

ความชุกของโรคจิตเวชในนักเรียนไทยอายุ 13-17 ปี

The prevalence of psychiatric disorders in Thai students aged 13-17 year

ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, พ.บ.¹, จอมสุรางค์ โพธิสัตย์, พ.บ.², รสสุคนธ์ ชมชื่น, ศศ.ม.²
Suparat Ekasawin, M.D.¹, Chomsurang Phothisut, M.D.², Rossukon Chomchuen, M.A.²

กลุ่มที่ปรึกษาการมสุขภาพจิต¹, โรงพยาบาลศรีธัญญา²
Advisory Group, Department of Mental Health¹, Srithanya Hospital²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของโรคจิตเวชในนักเรียนไทยอายุ 13-17 ปี

วัสดุวิธีการ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอายุ 13-17 ปี ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นปีที่ 1-3 ถึงมัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 4-6 หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 1-3 จาก 17 จังหวัดและ 3 เขตของกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ Thai Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised (T-DICA-R) ฉบับวัยรุ่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและประมาณค่าความชุกด้วยการถ่วงน้ำหนัก

ผล จำนวนนักเรียน 3,100 คน อัตราตอบรับร้อยละ 92.6 ชายร้อยละ 49.9 อายุเฉลี่ย 14.9 ปี ความชุกปัจจุบันของโรคจิตเวชในนักเรียนไทยหลังถ่วงน้ำหนักร้อยละ 15.0 โรคจิตเวชที่พบบ่อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ generalized anxiety disorder, attention deficit/hyperactivity disorder และ conduct disorder ส่วนความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติด พบร้อยละ 15.6 ความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติดที่พบบ่อยที่สุดคือ alcohol abuse/dependence เมื่อพิจารณาความชุกของโรคจิตเวช หรือความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติด พบร้อยละ 26.0 ความชุกปัจจุบันและชั่วชีวิตของการพยายามฆ่าตัวตายพบร้อยละ 0.4 และ 1.1 ตามลำดับ

สรุป ความชุกปัจจุบันของโรคจิตเวชของวัยรุ่นไทยร้อยละ 15.0 ใกล้เคียงกับรายงานที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยคล้ายกัน โดยโรคจิตเวชที่พบบ่อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ GAD, ADHD และ CD ส่วน Alcohol abuse/dependence พบสูงสุดในความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติด การใช้ข้อค้นพบไปวางแผนเพิ่มการเข้าถึงบริการจะช่วยลดความสูญเสียทั้งต่อระดับบุคคลและประเทศชาติ

คำสำคัญ: ความชุก นักเรียน โรคจิตเวช วัยรุ่น สารเสพติด

ติดต่อผู้พิมพ์ e-mail: drsuparat@gmail.com

Abstract

Objectives To determine the prevalence of psychiatric disorders in Thai students aged 13-17 years.

Materials and methods The samples were students aged 13-17 year in high school year 1st-3rd to 4th-6th or vocational school year 1st-3rd from 17 provinces and 3 districts of Bangkok. Data was collected with Thai Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised (T-DICA-R): adolescent version and was analyzed with descriptive statistic and estimated of weighted prevalence.

Results Total 3,100 students were voluntary, which were 92.6 percent response rate. Male were 49.9 percent, average aged 14.9 years. The prevalence of psychiatric disorders after data weighting was 15.0 percent. The three most common mental disorders included generalized anxiety disorder, attention deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder. The prevalence of any substance use disorder found 15.6 percent which alcohol abuse/dependence was the most frequent. For any psychiatric disorders or any substance use disorder, its prevalence was 26.0 while current and lifetime prevalence of suicide attempts were 0.4 and 1.1 respectively.

Conclusion The current prevalence of mental disorders among adolescent student was 15.0 percent, concordant when comparing with similar methodology. The three most common psychiatric disorders were included GAD, ADHD and CD and alcohol abuse / dependence was most common for behavior disorders of substance used. Data utilizing to improve in service accessibility will deduct loss on both personal and national level.

Key words: adolescence, prevalence, psychiatric disorders, student, substance use
corresponding author e-mail: drsuparat@gmail.com

บทนำ

โรคทางจิตเวชในนักเรียนก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมต่อเนื่องไปจนเป็นผู้ใหญ่¹ และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับการเกิดปัญหาการเรียน ปัญหาพฤติกรรม ความก้าวร้าว การใช้สารเสพติด การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การติดเชื้อ HIV/AIDS และการทำผิดกฎหมาย กว่าที่นักเรียนป่วยกลุ่มนี้จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ยังต้องเผชิญกับตรบาบการกีดกันและการตายก่อนวัยอันควร² อีกทั้งโรคจิตเวชประมาณร้อยละ 50 มักเริ่มแสดงอาการช่วงอายุ

12-24 ปี^{3,4,5} เมื่อพิจารณาในแง่ของภาระโรค (burden of disease) ปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (Disability-Adjusted Life Years-DALYs) จากโรคทางจิตเวชช่วงอายุ 15-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 60-70⁶

ความชุกของโรคจิตเวชของวัยรุ่นในชุมชนตามรายงานต่างๆ แตกต่างกันไปมากขึ้นกับระเบียบวิธีวิจัย กลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์การวินิจฉัย รายงานความชุกปัจจุบันของโรคจิตเวชของวัยรุ่นในประเทศต่างๆ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความชุกปัจจุบันของโรคจิตเวชอย่างน้อย 1 โรคในเด็กและวัยรุ่น (ใช้เกณฑ์บกพร่องของหน้าที่สังคม อารมณ์ร่วมด้วย)

ประเทศ	รายงาน	จำนวน ตัวอย่าง (คน)	ช่วงอายุ (ปี)	ระยะเวลา (เดือน)	เครื่องมือ	ความชุก (ร้อยละ)
อังกฤษ ⁷	Ford และคณะ (2003)	10,438	5-15	point	DAWBA	9.5
อเมริกา ⁸	Angold และคณะ (2002)	4,500	9-17	3 m	CAPA	21.1
อเมริกา ⁹	Costello และคณะ (2003)	1,015	9-16	3 m	CAPA	6.8
เปอร์โตริโก ¹⁰	Canino และคณะ (2004)	1,886	4-17	12 m	DISC	6.9
จีน ¹¹	Xiaoli และคณะ (2014)	8,848	6-17	point	DAWBA	9.5
อเมริกา ¹²	Roberts และคณะ (2007)	4,175	11-17	12 m	DISC	10.1
ชิลี ¹³	Vincente และคณะ (2012)	792	12-18	12 m	DISC-IV	18.2
อิตาลี ¹⁴	Frigerio และคณะ (2009)	3481	12-16	point	DAWBA	8.2
อิสราเอล ¹⁵	Farbstein และคณะ (2010)	957	14-17	point	DAWBA	11.7
ไต้หวัน ¹⁶	Gau และคณะ (2005)	1,070	14	3 m	K-SADS-PL	14.8
ฮ่องกง ¹⁷	Leung และคณะ (2008)	541	13-15	12 m	DISC-IV	16.4

DAWBA: Development and Well-Being Assessment, DISC: Diagnostic Interview Schedule for Children, CAPA: Child and Adolescent Psychiatric Assessment, K-SADS-PL: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children

รายงานที่ใช้กลุ่มตัวอย่างอายุ 11-17 ปี และเก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง พบว่ามีความชุกของโรคจิตเวชอย่างน้อย 1 โรคร้อยละ 8.2-18.2 แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะรายงานที่ใช้ Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) ซึ่งมีโครงสร้างการสัมภาษณ์คล้าย Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised (DICA-R) ให้ความชุกร้อยละ 10.1-18.2 แต่เมื่อเปรียบเทียบกับรายงานที่ใช้เกณฑ์เพียงอาการครบ ไม่ใช่เกณฑ์บกพร่องของหน้าที่ สังคม อารมณ์จะพบว่าความชุกใน 1 ปีประมาณร้อยละ 25 ความชุกชั่วชีวิตประมาณ

ร้อยละ 33¹⁸ โดยความชุกจะลดลงเมื่อใช้เกณฑ์บกพร่องของหน้าที่ สังคม อารมณ์ร่วมด้วยโดยลดลงประมาณร้อยละ 50^{12,19,20}

รายงานส่วนมากระบุกลุ่มโรคที่พบมากตามลำดับได้แก่ anxiety disorders, disruptive behavior disorders และ mood disorders โดยโรคที่พบสูงสุดในแต่ละกลุ่มโรคตามลำดับได้แก่ agoraphobia, conduct disorder และ major depressive disorder²¹ ความชุกปัจจุบันของโรคจิตเวชในวัยรุ่นจำแนกรายโรค (ไม่รวมวัยเด็ก) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความชุกปัจจุบันของโรคจิตเวชในวัยรุ่น (11-17 ปี) จำแนกรายโรค (ไม่รวมวัยเด็ก)

DSM-IV	1	2	3	4	5	6
any mental disorder	10.1	14.8	16.4	18.2	11.7	8.2
attention deficit/hyperactivity disorder	2.1	3.3-7.5	3.9	4.5	3.0	
oppositional defiant disorder	2.8	1.3-2.8	6.8	2.3	1.8	
conduct disorder	3.3	2.5-2.9	1.7	2.9	0.9	
disruptive behavior disorders	6.4					
major depressive disorder	1.5			6.9		
mania	0.3					
dysthymia disorder	0.3			0.1		
any mood disorder	3.0	0.7-4.8	1.3	7.0	3.3	
generalized anxiety disorder	0.4		0.4	2.6	1.5	
post traumatic stress disorder	0.5				0.8	
obsessive compulsive disorder			0.7		1.2	
any anxiety disorder	6.9	3.1-9.2	6.9	7.4	6.1	
alcohol related disorder	1.4			0.7-0.9		
marijuana related disorder	1.9			0-0.4		
other substance use	0.3					
substance use disorder	5.3	2.2-5.3	1.1	2.6		

*1.Roberts และคณะ¹², 2. Gau และคณะ¹⁶, 3. Leung และคณะ¹⁷, 4. Vincente และคณะ¹³, 5. Farbstein และคณะ¹⁵, 6. Frigerio และคณะ¹⁴.

สำหรับการศึกษาความชุกโรคจิตเวชในวัยรุ่นไทยในชุมชนระดับประเทศได้แก่การศึกษาความชุกปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่นอายุระหว่าง 6-18 ปี ด้วยเครื่องมือ Thai Youth Checklist พบว่าเฉพาะวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี มีปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมในวัยรุ่นชายร้อยละ 16.2 วัยรุ่นหญิงร้อยละ 15.9²² และการศึกษาโรคซึมเศร้าในคนไทยด้วยเครื่องมือ M.I.N.I. แยกพิจารณากลุ่มวัยรุ่น 15-24 ปี มีความชุกของ major depressive episode, current ร้อยละ 1.6 dysthymia current (past 2 year) ร้อยละ 0.3²³ ยังไม่มีการศึกษาความชุกโรคจิตเวชของวัยรุ่นระดับชาติตามระบบการวินิจฉัยโรคที่

ครอบคลุมโรคสำคัญทางจิตเวช เพื่อให้ผู้วางนโยบายใช้ประโยชน์ในการพิจารณาแนวโน้มและขนาดปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นไทย และนำไปวางแผนการจัดบริการรวมทั้งยังเป็นข้อมูลเพื่อศึกษาต่อยอด เช่น การชี้วัดภาระโรคและการเข้าถึงบริการ วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อการศึกษาความชุกโรคจิตเวชของนักเรียนไทย

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาความชุกโรคจิตเวชในนักเรียนระหว่างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๘ – เมษายน ๒๕๕๙ เป็นการสำรวจแบบ one phase survey กลุ่มตัวอย่าง

เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นปีที่ 1-3 ถึงมัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 4-6 หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 1-3 ทุกสังกัดการศึกษา การคำนวณขนาดตัวอย่างให้เพียงพอที่จะค้นหาโรคจิตเวชในนักเรียนที่มีค่าความชุกร้อยละ 2 กำหนดค่าแอลฟาเท่ากับ 0.05 และค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.01 คำนวณด้วย n4Studies²⁴ ได้ขนาดตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของนักเรียนทั้งสิ้น 3,012 คน เนื่องจากการติดตามกลุ่มตัวอย่างนักเรียนทำได้ง่ายและความจำกัดของงบประมาณจึงสำรวจกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการร้อยละ 10 รวมได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูลทั้งสิ้นประมาณ 3,347 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบ่งประเทศไทยเป็นกทม.และ 4 ภาคโดยในกทม.ทำการศึกษาใน 3 เขต (คลองสาน ดุสิต ดลิ่งชัน) ภาคกลางมี 5 จังหวัด (นนทบุรี สมุทรปราการ นครปฐม สระแก้ว นครสวรรค์) ภาคเหนือมี 3 จังหวัด (เชียงใหม่ พิษณุโลก ลำพูน) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมี 5 จังหวัด (นครราชสีมา ขอนแก่น อุบลราชธานี เลย นครพนม) และภาคใต้มี 4 จังหวัด (สุราษฎร์ธานี สงขลา พัทลุง ปัตตานี) รวมทั้งสิ้น 17 จังหวัด/ 3 เขต ในแต่ละจังหวัด (ยกเว้น กทม.) แบ่งเป็นในและนอกเขตเทศบาล แล้วแบ่งเป็นระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นปีที่ 1-3 และมัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 4-6 หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 1-3 สุ่มเลือก 1 โรงเรียนสำหรับระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นปีที่ 1-3 และ 1 โรงเรียนสำหรับระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 4-6 หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 1-3 ดังนั้นจะมี 4 โรงเรียนในแต่ละจังหวัด ในแต่ละระดับชั้นสุ่มเลือก 3 ห้องเรียน ในแต่ละห้องเรียนสุ่มเลือกนักเรียนแบบมีระบบ โดยจะสุ่มทดแทนในกรณีที่นักเรียนหรือ

ผู้ปกครองไม่ยินยอม จำนวนขนาดตัวอย่างในแต่ละจังหวัดเป็นไปตามสัดส่วนจำนวนประชากรนักเรียนของแต่ละจังหวัด เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการได้แก่ 1. นักเรียนมีปัญหาสื่อสารไม่เข้าใจ 2. มีอาการทางจิต 3. มีอาการเจ็บป่วยทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์

เครื่องมือสำคัญในการเก็บข้อมูลมี 3 ชุด ได้แก่ 1. แบบสัมภาษณ์ Thai Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised (T-DICA-R) ซึ่งได้เพิ่มเติมคำถามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัวนักเรียน ข้อมูลโรงเรียน 2. Youth risk questionnaires 3. แบบสำรวจพฤติกรรมด้วยตนเองสำหรับเด็กและนักเรียนไทย (Thai Youth Checklist: self-report) รายงานนี้แสดงผลเฉพาะการศึกษาด้วยแบบ T-DICA-R

แบบสัมภาษณ์ T-DICA-R เฉพาะฉบับวัยรุ่นเป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคที่พัฒนามาจาก DICA-R²⁵ มีการแปลและพัฒนา รวมทั้งลดจำนวนข้อคำถามเพื่อใช้สำรวจโรคจิตเวชได้หลายโรคในคราวเดียวและในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่^{26, 27} ซึ่งยังไม่เคยมีฉบับภาษาไทยมาก่อน โดยครอบคลุมโรคทางจิตเวช 4 กลุ่มโรคหรือ 13 โรค ได้แก่ กลุ่มโรค disruptive behavior disorders ได้แก่ attention deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder และ conduct disorder, กลุ่มโรค substance use disorders ได้แก่ alcohol, tobacco, marijuana และ amphetamine กลุ่มโรค mood disorders ได้แก่ major depressive disorder, mania disorder และ dysthymic disorder กลุ่มโรค anxiety disorders ได้แก่ generalized anxiety disorder, obsessive compulsive disorder, post traumatic stress disorder ซึ่งทุกโรคมีค่า

ความจำเพาะสูง ความตรงของการวินิจฉัยด้วยแบบ
สัมภาษณ์ T-DICA-R เปรียบเทียบกับจิตแพทย์เด็ก
อยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีมาก²⁶ การวินิจฉัยอิง DSM-IV โดย
เพิ่มความชัดเจนเรื่องของเกณฑ์บกพร่องของหน้าที่
สังคม อารมณ์ออกเป็น 4 ระดับ เรียงลำดับจากปกติ
ไปถึงรุนแรง ให้ค่าเท่ากับ 0-4 และเข้าได้กับเกณฑ์
บกพร่องของหน้าที่ สังคม อารมณ์เมื่อได้ค่าคะแนน
3 หรือ 4 โดยทุกโรคแสดงความชุกปัจจุบัน ยกเว้น
attention deficit/hyperactivity disorder, oppositional
defiant disorder และ major depressive disorder ที่
แสดงทั้งความชุกปัจจุบันและชั่วชีวิต

ผู้เก็บข้อมูลเป็นนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์
และพยาบาล ของกรมสุขภาพจิตจำนวน 260 คน
(จังหวัดละ 5-20 คน) ที่ได้รับการอบรมการใช้แบบ
สัมภาษณ์ T-DICA-R ระยะเวลา 18 ชั่วโมง ให้มีความรู้
พื้นฐานเกี่ยวกับอาการของโรค การรักษาความลับ
และภาวะวิกฤติ เช่น ความคิดที่จะเป็นอันตรายต่อ
ตนเองและผู้อื่น อาการหลงผิด อาการทางจิต ซึ่ง
จำเป็นต้องรีบให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อตาม
ระบบของเขตสุขภาพ ทั้งนี้ก่อนการสัมภาษณ์ได้
ทำการขอความยินยอมจากทั้งนักเรียนและผู้ปกครอง
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและประมาณ
ค่าความชุก ค่าสัดส่วนด้วยการถ่วงน้ำหนักให้
สอดคล้องกับข้อมูลจำนวนนักเรียนในพื้นที่ โครงร่าง

วิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการ
วิจัยของกรมสุขภาพจิต รหัสโครงการ 101/๒๕๕๘ วัน
ที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๕๘

ผล

จำนวนโรงเรียนที่เข้าร่วมในการศึกษา
ทั้งหมด 72 โรงเรียนเป็นประเภทสายสามัญ 65 โรง
สายประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) 7 โรง สังกัด
รัฐบาล 62 โรง สังกัดเอกชน 10 โรง เป็นโรงเรียน
ในเขตเทศบาล 32 โรง นอกเขตเทศบาล 40 โรง
รวมจำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 3,100 คน จากนักเรียน
อาสาสมัครจำนวน 3,347 คน คิดเป็นอัตราตอบรับ
ร้อยละ 92.6

นักเรียนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 3,100 คน
เป็นชายร้อยละ 49.9 หญิงร้อยละ 50.1 อายุเฉลี่ย
14.9 ปี (SD = 1.6) เรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอน
ต้นร้อยละ 49.8 และระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
และปวช. ร้อยละ 50.2 ส่วนมากมาจากโรงเรียน
ในสังกัดของรัฐบาลร้อยละ 77.8 และอยู่ในเขตเทศบาล
ร้อยละ 45.7 นอกเขตเทศบาลร้อยละ 54.3 ภูมิลำเนา
จากตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 42.6 นับถือศาสนา
พุทธร้อยละ 94.7 ผลการเรียนในปีที่ผ่านมาอยู่ใน
ระดับเกรด 3-4 ร้อยละ 52.9 ผู้ดูแลหลักเป็นพ่อ/แม่
ร้อยละ 86.1 ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป		ก่อนถ่วงน้ำหนัก		หลังถ่วงน้ำหนัก	
		ร้อยละ	SE	ร้อยละ	SE
อายุเฉลี่ย	14.9 (SD = 1.6)				
กลุ่มอายุ	13-15 ปี	54.5	1.0	53.5	1.3
เพศ	ชาย	49.6	0.9	49.9	0.3
	หญิง	50.4	0.9	50.1	0.3
ระดับชั้นเรียน	ม.ต้น	49.6	0.9	49.8	0.1
	ม.ปลาย/ปวช.	50.4	0.9	50.2	0.1
โรงเรียนสังกัดรัฐบาล		84.9	0.6	77.8	2.4
โรงเรียนในเขตเทศบาล		45.5	1.2	45.7	2.4
ภูมิลาเนา	เหนือ	18.2	2.1	26.0	0.1
	ใต้	17.3	2.1	14.5	0.1
	ตะวันออกเฉียงเหนือ	38.2	2.1	42.6	0.1
	กลาง	17.3	2.1	8.7	0.1
	กทม.	9.1	2.1	8.2	0.1
นับถือศาสนาพุทธ		94.0	0.7	94.7	1.2
ผลการเรียน	เกรด 3-4	52.2	0.5	52.9	1.4
ผู้ดูแลหลัก: พ่อ/แม่		84.9	1.5	86.1	1.3

ความชุกปัจจุบันของโรคจิตเวช หลังถ่วงน้ำหนักแล้วพบโรคจิตเวช ร้อยละ 15.0 ชายใกล้เคียงกับหญิงคือร้อยละ 14.9 และ 15.1 ตามลำดับ โรคจิตเวชที่พบมาก 3 ลำดับแรกได้แก่ generalized anxiety disorder, attention deficit/hyperactivity disorder และ conduct disorder เท่ากับร้อยละ 6.9, 3.8 และ 3.8 ตามลำดับ ส่วนความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติด พบร้อยละ 15.6 โดยพบในชายมากกว่าหญิงคือร้อยละ 22.1 และ 9.2 ตามลำดับ ความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติดที่พบมาก 3 ลำดับแรก ได้แก่ alcohol abuse, alcohol dependence และ tobacco abuse ร้อยละ 12.0, 6.4 และ 5.8 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความชุกของโรคจิตเวช หรือความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติด พบร้อยละ 26.0 ชายสูงกว่าหญิงคือร้อยละ 30.9 และ 21.1 ตาม

ลำดับ ความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติดที่ผิดกฎหมายพบปัญหาจากกัญชามากกว่ายาบ้าโดย marijuana abuse/ dependence ร้อยละ 1.2/0.4 ตามลำดับ ขณะที่ amphetamine abuse/ dependence ร้อยละ 0.9/0.6 ตามลำดับ ในส่วนความชุกช่วงชีวิตนั้น เก็บข้อมูลเพียง 3 โรค ได้แก่ attention deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder และ major depressive disorder พบร้อยละ 5.4, 3.0 และ 2.0 ตามลำดับ พฤติกรรมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายพบว่า ความชุกปัจจุบันของการคิด การวางแผน การพยายามฆ่าตัวตายพบร้อยละ 2.8, 0.8 และ 0.4 ตามลำดับ และพบในหญิงมากกว่าชาย ส่วนความชุกช่วงชีวิตของการวางแผน การพยายามฆ่าตัวตายพบร้อยละ 1.3 และ 1.1 ตามลำดับ พบในหญิงมากกว่าชาย ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความชุกปัจจุบันและความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติด หลังถ่วงน้ำหนัก แยกตามเพศ

DSM-IV	ความชุกปัจจุบัน ร้อยละ (SE)			ความชุกชั่วชีวิต ร้อยละ (SE)		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
attention deficit/hyperactive disorder	3.8 (0.9)	4.8 (0.9)	2.9 (0.1)	5.4 (1.2)	6.5 (0.9)	4.4 (1.5)
oppositional defiant disorder	2.0 (0.3)	2.3 (0.4)	1.7 (0.4)	3.0 (0.5)	3.0 (0.5)	2.9 (0.5)
conduct disorder	3.8 (0.8)	4.6 (0.8)	3.0 (0.9)	-	-	-
major depressive disorder	1.6 (0.3)	1.3 (0.4)	1.9 (0.3)	2.0 (0.3)	1.5 (0.4)	2.5 (0.4)
mania disorder	1.2 (0.3)	1.2 (0.3)	1.3 (0.3)	-	-	-
dysthymic disorder	0.9 (0.2)	0.8 (0.2)	1.0 (0.3)	-	-	-
generalized anxiety disorder	6.9 (0.6)	5.9 (0.6)	7.9 (1.1)	-	-	-
obsessive compulsive disorder	0.8 (0.2)	0.8 (0.3)	0.8 (0.3)	-	-	-
post traumatic stress disorder	0.4 (0.1)	0.1 (0.1)	0.7 (0.1)	-	-	-
any mental disorder	15.0 (1.5)	14.9 (0.9)	15.1 (2.3)	-	-	-
alcohol abuse	12.0 (2.5)	16.4 (2.8)	7.6 (2.1)	-	-	-
alcohol dependence	6.4 (1.1)	8.8 (1.2)	3.9 (1.3)	-	-	-
tobacco abuse	5.8 (1.2)	9.9 (1.9)	1.8 (0.7)	-	-	-
tobacco dependence	2.4 (0.6)	3.9 (0.9)	0.9 (0.4)	-	-	-
marijuana abuse	1.2 (0.5)	1.8 (0.7)	0.5 (0.3)	-	-	-
marijuana dependence	0.4 (0.2)	0.6 (0.3)	0.2 (0.1)	-	-	-
amphetamine abuse	0.9 (0.4)	1.3 (0.4)	0.6 (0.4)	-	-	-
amphetamine dependence	0.6 (0.2)	1.0 (0.2)	0.3 (0.2)	-	-	-
any substance use disorder	15.6 (2.8)	22.1 (3.1)	9.2 (2.5)	-	-	-
any mental disorder or substance use disorder	26.0 (3.0)	30.9 (2.5)	21.1 (3.6)	-	-	-
suicide thought	2.8 (0.4)	2.5 (0.5)	3.1 (0.8)			
suicide plan	0.8 (0.3)	0.6 (0.2)	1.1 (0.5)	1.3 (0.2)	1.1 (0.5)	1.6 (0.4)
suicide attempted	0.4 (0.1)	0.3 (0.2)	0.5 (0.3)	1.1 (0.2)	1.0 (0.5)	1.2 (0.2)

หมายเหตุ ระยะเวลาของความชุกปัจจุบันใช้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ส่วนความชุกชั่วชีวิต ใช้ระยะเวลาของอาการเริ่มตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่สัมภาษณ์

ในกรณีใช้และไม่ใช้เกณฑ์บกพร่องของหน้าที่ สังคม อารมณ์พบว่าเมื่อใช้เกณฑ์บกพร่องของหน้าที่ สังคม อารมณ์ ความสุขของโรคจิตเวชนั้นๆ จะต่ำกว่าการวินิจฉัยที่ใช้เพียง symptom check list เช่น any mental disorder กรณีใช้และไม่ใช้เกณฑ์บกพร่องเท่ากับร้อยละ 15.0 ร้อยละ 33.3 ตามลำดับ

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนและทำการสัมภาษณ์ในโรงเรียนเพื่ออำนวยความสะดวกและปลอดภัยแก่นักเรียน การศึกษานี้เลือกใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ T-DICAR ซึ่งผู้สัมภาษณ์ต้องมีประสบการณ์ทางคลินิกจิตเวชเด็ก จึงเลือกใช้นักวิชาการสุขภาพจิตจากหน่วยงานกรมสุขภาพจิต และเครือข่ายทั้งในกทม.และจังหวัดทั่วประเทศเป็นผู้สัมภาษณ์และการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลในนักเรียนทำได้อย่างมากวันละ 2-4 คนต่อผู้สัมภาษณ์ 1 คนประกอบกับการสำรวจครั้งนี้ผู้สัมภาษณ์บางส่วนเพิ่งเสร็จจากการสำรวจความชุกโรคจิตเวชในคนไทยปี ๒๕๕๖ เพื่อควบคุมไม่ให้ผู้สัมภาษณ์ล้าเกินไปถ้าต้องเดินทางไปที่ต่างจังหวัดอันมีผลต่อคุณภาพการเก็บข้อมูลจึงจะจงเลือกอำเภอเมืองที่หน่วยงานของกรมสุขภาพจิตตั้งอยู่ ยกเว้นนครสวรรค์ที่ตั้งอยู่อำเภอพยุหะคีรี และจังหวัดใกล้เคียงที่ใช้เวลาเดินทางจากหน่วยงานของกรมไม่เกิน 1 ชั่วโมงได้แก่ ลำพูนและพัทลุงและเลือกกรอบประชากรเป็นโรงเรียนแทนครัวเรือน โดยที่สัดส่วนเยาวชนระดับมัธยมศึกษาปวช. ในระบบโรงเรียนนั้นคิดเป็นกว่าร้อยละ 70 ของเยาวชนระดับอายุ 13-17 ปีทั้งประเทศ²⁸ เมื่อนำความชุกที่ได้ทำการถ่วงน้ำหนักแล้ว น่าจะเป็นข้อมูลตัวแทนนักเรียนวัยรุ่นไทยได้ แต่การนำข้อมูลไปอ้างอิงควรคำนึงถึงข้อจำกัดของระเบียบวิธีวิจัยด้วย

ความชุกปัจจุบันของโรคจิตเวชของนักเรียนไทยอย่างน้อย 1 โรคพบร้อยละ 15.0 ใกล้เคียงกับความชุกในฮ่องกงและไต้หวันที่พบร้อยละ 14.8¹⁷ และ 16.4¹⁶ แต่สูงกว่าความชุกในอิตาลี อเมริกา และอิสราเอลที่พบร้อยละ 8.2¹⁴, 10.1¹² และ 11.7¹⁵ ทั้งนี้ถ้าไม่ใช้เกณฑ์บกพร่องของหน้าที่ สังคม อารมณ์ การศึกษาจะพบความชุกปัจจุบันของโรคจิตเวชอย่างน้อย 1 โรคสูงถึงร้อยละ 33.3 เช่นเดียวกับรายงานความชุกจากการศึกษาย้อนหลัง 10 ปีในอเมริกาของ Costello และคณะที่พบร้อยละ 25-33²⁹ จะเห็นว่าข้อมูลเกณฑ์บกพร่องของหน้าที่ สังคม อารมณ์ จำเป็นต่อการวินิจฉัย ทั้งนี้ระบบการวินิจฉัย DSM-IV จัดให้เกณฑ์บกพร่องของหน้าที่ สังคม อารมณ์เข้าไปเป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคโดยใช้คำว่า clinical significance ซึ่งความหมายของเกณฑ์บกพร่องของหน้าที่ สังคม อารมณ์ไม่ชัดเจน ขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ผู้วินิจฉัย ในขณะที่ระบบ ICD-10 แยกประเมินด้วยเกณฑ์ International Classification of Function (ICF) หรือการศึกษาบางฉบับใช้เครื่องมือแยกประเมิน Children Global Assessment Scale (CGAS)³⁰ ผลของการใช้เกณฑ์บกพร่องของหน้าที่ สังคม อารมณ์ จะลดความชุกของโรคลง

โรคจิตเวชที่พบบ่อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ generalized anxiety disorder, attention deficit/hyperactivity disorder และ conduct disorder เท่ากับร้อยละ 6.9, 3.8 และ 3.8 ตามลำดับ เมื่อเทียบเคียงกับการศึกษาของ Roberts และคณะ¹² ที่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ จำนวนและเครื่องมือสัมภาษณ์ใกล้เคียงกัน พบความชุกของ generalized anxiety disorder, attention deficit/hyperactivity disorder และ conduct disorder ร้อยละ 0.4, 2.1 และ 2.5 ตามลำดับ จะเห็นว่าความชุกโรคที่ต่างกันมากคือ generalized

anxiety disorder น่าสังเกตว่าในรายงานของ Roberts และคณะ นั้นทำการศึกษาในกลุ่มโรค anxiety disorders หลายโรคและพบโรค agoraphobia สูงสุดร้อยละ 4.5 ในขณะที่การศึกษานี้ไม่ได้ค้นหาโรค agoraphobia แต่ ค้นหาเพียง generalized anxiety disorder, obsessive compulsive disorder และ post traumatic stress disorder จึงเป็นไปได้ว่านักเรียนที่มีอาการวิตกกังวลแบบโรค agoraphobia จะให้คำตอบเข้าได้กับอาการของ generalized anxiety disorder ซึ่งอาการมีลักษณะ non-specific ในส่วนความชุกของ attention deficit/hyperactivity disorder ในการศึกษาพบความชุกอยู่ในช่วงกลางของรายงานในต่างประเทศที่พบร้อยละ 2.1-7.5^{12, 16, 17} อย่างไรก็ตามค่าความชุกของ attention deficit/hyperactivity disorder ในการศึกษา นี้ยังคงสูงกว่าความเป็นจริง เนื่องจากได้ตัดเกณฑ์การวินิจฉัยข้อเกี่ยวกับอาการเกิดก่อนอายุ 7 ปี จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พบคำตอบว่า “จำไม่ได้” หรือ “ไม่แน่ใจ” จำนวนมากจึงต้องตัดเกณฑ์ข้อนี้ออก ส่งผลให้ความชุกสูงกว่าความเป็นจริง ส่วนความชุกของโรค conduct disorder คงสูงกว่ารายงานอื่นเล็กน้อย^{12,16,17} โดยคำตอบที่พบมากที่สุดไม่ใช่พฤติกรรมละเมิดคนอื่น เช่น รั้งแกหรือตั้งใจทำร้าย แต่เป็นการโกหก หนีเรียน หนีเที่ยวกลางคืน ซึ่งน่าจะสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการฝึกวินัยและการเลี้ยงดูบุตรของคนไทย เมื่อเปรียบเทียบกับนักเรียนจีนในไต้หวันและฮ่องกงที่พบความชุกของโรค conduct disorder ร้อยละ 1.7-2.9^{16,17} น่าสนใจในการศึกษาต่อไปว่าปัจจัยเกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมต่อต้านสังคมของวัฒนธรรมไทย-จีนต่างกันอย่างไร

ในส่วนของโรคความผิดปกติของอารมณ์ พบมากเรียงตามลำดับ ได้แก่ major depressive

disorder, mania และ dysthymic disorder ร้อยละ 1.6, 1.2 และ 0.9 ตามลำดับ โดยความชุกของ major depressive disorder ใกล้เคียงกับการศึกษาโรคซึมเศร้าในคนไทยด้วยเครื่องมือ M.I.N.I.²³ และการศึกษาในวัยรุ่นของ Roberts และคณะ¹² แต่ความชุกของ mania และ dysthymic disorder แม้ว่าจะต่างจากรายงานอื่นไม่มาก แต่น่าจะมาจากลักษณะข้อคำถามของ T-DICA-R ที่ในโรค mania บางอาการแยกจากพฤติกรรมของคนปกติและโรค dysthymic disorder ที่เกณฑ์วินิจฉัยต้องการอาการเพียงข้อเดียว นอกจากอารมณ์เศร้าหรือหงุดหงิด ทำให้ง่ายต่อการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเมื่อเปรียบเทียบกับโรคที่ต้องการอาการหลายข้อ จึงทำให้ความชุกของ mania และ dysthymic disorder ที่ได้จากการศึกษานี้สูงกว่า

แนวโน้มความชุกที่แตกต่างของเพศชายและหญิง พบว่าในโรคจิตเวชเหล่านี้มีความชุกใกล้เคียงกัน แต่ชายจะพบมากกว่าในกลุ่มโรค disruptive disorders เช่น attention deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder และ conduct disorder รวมทั้งความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติด ส่วนเพศหญิงจะพบมากกว่าในกลุ่มโรคความผิดปกติของอารมณ์และความวิตกกังวลเช่นเดียวกับรายงานประเทศอื่น^{3,18,21}

จากการสำรวจพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของสำนักงานสถิติแห่งชาติในวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี พบการดื่มสุราร้อยละ 25.2 และสูบบุหรี่ร้อยละ 14.7³¹ ในขณะที่การศึกษานี้พบความชุกของ alcohol abuse/ dependence ร้อยละ 12/6.4 และความชุกของ tobacco abuse/dependence ร้อยละ 5.8/2.4 ประมาณการได้ว่าวัยรุ่นที่ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่จำนวนครึ่งหนึ่ง จะเกิดความผิดปกติของการใช้สารทั้งสอง เมื่อรวม

สารเสพติดทั้ง 4 ประเภทในการศึกษานี้ พบความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติดอยู่ระหว่างร้อยละ 0.6-12.0 สูงกว่าประเทศอื่นที่อยู่ระหว่างร้อยละ 0.2-5.3^{12,16,17} โดยเฉพาะความชุกของการดื่มสุราอย่างอันตรายพบสูงถึงร้อยละ 12 และพบร้อยละของความผิดปกติของพฤติกรรมจากกัญชาสูงกว่ายาบ้า อาจเนื่องจากยาบ้าถูกปราบปรามหนักทำให้นักเรียนเลี่ยงไปใช้กัญชาแทน และเมื่อพิจารณาความชุกของโรคจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติดร้อยละ 26.0 หรือกล่าวอีกนัยคือหนึ่งในสี่ของเด็กนักเรียนไทยมีโรคจิตเวชหรือปัญหาความผิดปกติของพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ทั้งๆ ที่ความชุกเฉพาะโรคจิตเวชพบร้อยละ 15.0 ทำให้เห็นความสำคัญของปัญหาความผิดปกติของพฤติกรรมจากใช้สารเสพติดของนักเรียนไทย นโยบายการรักษาความผิดปกติของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของนักเรียนวัยรุ่นไทยจึงจำเป็นต้องค้นหาและติดตามในสถานศึกษาด้วย

ในส่วนของพฤติกรรมการฆ่าตัวตายพบความชุกของการพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 0.4 หรือ 400 คน ต่อแสนประชากร เมื่อเปรียบเทียบกับรายงานของศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต (รง.506) ในปี ๒๕๕๔ มีสัดส่วนการพยายามฆ่าตัวตายของช่วงอายุ 10-19 ปีเท่ากับ 854 คนต่อแสนประชากร³² โดยทั่วไปความชุกในชุมชนน่าจะสูงกว่าความชุกจากรายงานผู้ป่วย³³ ทั้งนี้ อาจเกิดจากวิธีการเก็บข้อมูลที่ใช้การถามตรงๆ ถึงพฤติกรรมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและนักเรียนปกปิดการเคยมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายต่อคนสัมภาษณ์ที่ไม่คุ้นเคยมาก่อน การค้นหาพฤติกรรมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในชุมชนจึงควรออกแบบวิธีการ

สัมภาษณ์เฉพาะเพื่อให้เกิดความไว้วางใจก่อนการถามถึงพฤติกรรมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

สรุป

ความชุกปัจจุบันของโรคจิตเวชในนักเรียนวัยรุ่นไทยพบได้บ่อย 3 ลำดับแรกได้แก่ generalized anxiety disorder, attention deficit/hyperactivity disorder และ conduct disorder ส่วนความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติดที่พบมากที่สุดคือ alcohol abuse/dependence โดยที่โรคเหล่านี้เริ่มแสดงอาการตั้งแต่ในวัยเด็กหรือวัยรุ่น และส่งผลต่อปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (Disability-Adjusted Life Years-DALYs) ข้อมูลความชุกที่ได้นี้สามารถนำไปใช้ประกอบการพิจารณาวางแผนเพิ่มการเข้าถึงบริการและการวางแผนป้องกัน จะช่วยลดความสูญเสียทั้งต่อระดับบุคคล และประเทศชาติ

ข้อจำกัด

การวินิจฉัยโรคในการศึกษานี้ ไม่มีการตรวจยืนยันซ้ำโดยจิตแพทย์เด็ก เนื่องจากแบบสัมภาษณ์ T-DICA-R มีค่าความสอดคล้องกับจิตแพทย์เด็กอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมากอยู่แล้ว

References

1. Knapp M, McCrone P, Fombonne E, Beecham J, Wostear G. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. Impact of comorbid conduct disorder on service use and costs in adulthood. Br J Psychiatry 2002;180:19-23.
2. Costello EJ, Foley DL, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006;45:8-25.

3. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 2007;369:1302-13.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Ellen E, Walters EE. Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593-602.
5. Singh SP. Transition of care from child to adult mental health services: the great divide. *Curr Opin Psychiatry* 2009; 22:386-90.
6. Public Health Group. Victorian burden of disease study, mortality and morbidity in 2001. Department of Human Services, editor. Melbourne Victoria: State of Victoria; 2005.
7. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:1203-11.
8. Angold A, Erkanli A, Farmer EM, Fairbank JA, Burns BJ, Keeler G, et al. Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African American and white youth. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:893-901.
9. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:837-44.
10. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramirez R, et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:85-93.
11. Xiaoli Y, Chao J, Wen P, Wenming X, Fang L, Ning L, et al. Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents in northeast China. *PLOS ONE* 2014;9:e111223.
12. Roberts RE, Roberts CR, Xing Y. Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *J Psychiatr Res* 2007;41:959-67.
13. Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Kohn R, Pihan R, Valdivia M. et al. Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *J Child Psychol Psychiatry* 2012;53:1026-35. .
14. Frigerio A, Rucci P, Goodman R, Ammaniti M, Carlet O, Cavolina P, et al. Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: the PrISMA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009;18:217-26.
15. Farbstein I, Mansbach-Kleinfeld I, Levinson D, Goodman R, Levav I, Vograft I, et al. Prevalence and correlates of mental disorders in Israeli adolescents: results from a national mental health survey. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51:630-9.
16. Gau SS, Chong MY, Chen TH, Cheng AT. A 3-year panel study of mental disorders among adolescents in Taiwan. *Am J Psychiatry* 2005;162:1344-50.
17. Leung PW, Hung SF, Ho TP, Lee CC, Liu WS, Tang CP, et al. Prevalence of DSM-IV disorders in Chinese adolescents and the effects of an impairment criterion. a pilot community study in Hong Kong. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008;17:452-61.
18. Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49:226-36.
19. Brauner C, Stephens C. Estimating the prevalence of early childhood serious emotional/behavioral disorders: challenges and recommendations. *Public Health Rep* 2006;121:303-10.
20. Waddell C, Offord D, Shepherd C, Hua J, McEwan K. Child psychiatric epidemiology and Canadian public policy-making: the state of the science and the art of the possible. *Can J Psychiatry* 2002;47:825-32.
21. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci* 2009;11:7-20.

22. Sirithongthaworn S, Kongsuk T, Jarusing A, Wacharasindhu A, Jarusing B. Epidemiology of emotional and behavioral problem among Thai children, 2005. *Rajanukul Journal* 2014;29:41-50.
23. Kongsuk T, Arunpongpaisarn S, Penjuntr W, Kenbuppa K, Kittiratanapaibul P, Yingyue R, et al. Prevalence of major depressive disorders in Thai national mental health survey. Department of mental health; 2008; Available from: <http://www.dmh.go.th/downloadportal/Morbidity/Depress2551.pdf>[11 Oct 2016].
24. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V. n4Studies: Sample size and power calculations for android. The Thailand Research Fund: Prince of Songkla University; 2014.
25. Reich W. Diagnostic interview for children and adolescents (DICA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:59-66.
26. Ekasawin S, Pothisat J, Chomcheun R. Validity of Thai diagnostic interview for psychiatric disorders in children and adolescents (T-DICA-R): adolescent version. *J Ment Health Thai* 2016;24:29-39.
27. Pothisat J, Ekasawin S, Chomcheun R. Reliability of Thai diagnostic interview for psychiatric disorders in children and adolescents (T-DICA-R): adolescent version. *J Ment Health Thai* 2016;24:94-106.
28. Center for information technology and communications. Number of Thai students in the school system. Bangkok: Thai Education Council Office, Ministry of Education; 2016; Available from: <http://stat-ed.onecapps.org/StatDetail.aspx?MenuID=51&SubID=1&MainID=1>[5 Oct 2016].
29. Costello J, Egger H, Angold A. 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44:972-86.
30. Shaffer D, Gould M, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, et al. A children's global assessment scale (CGAS) *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:1228-31.
31. Centers of disease control and prevention. National youth risk behavior survey.2015; Available from: ftp://ftp.cdc.gov/pub/data/yrbs/2015/2015_xxh_questionnaire.pdf[11 Dec 2016].
32. Center of suicidal behavior prevention. Annual report of attempt suicide in Thailand by the year 2000-2016. Bangkok, Thailand: Department of mental health; 2016; Available from: https://www.suicidethai.com/report/dmh/age_506s.asp[14 Dec 2016]
33. McKinnon B, Gariépy G, Sentenac M, Elgar FJ. Adolescent suicidal behaviours in 32 low and middleincome countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2016; Available from: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.163295>[14 Dec 2016]