สถานการณ์โรคทางจิตเวชในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่
The Situation of Mental Disorders in San Sai District, Chiang Mai Province

วารุณี ผ่องแผ้ว พย.ม.* Warunee Pongpaew, M.S.N.*
วรรณภา พิพัฒน์ธนวงศ์ วท.ด.* Wannapa Piputtanawong, D.S.*
สุรัช สุนันตา พย.ม.* Surush Sununta, M.S.N.*

Corresponding author Email: Email: namjaifahsai@gmail.com
Received: 7 Aug 2025, Revised: 1 Oct 2025, Accepted: 15 Nov 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และการกระจายของโรคทางจิตเวชตามปัจจัยบุคคล สถานที่ และเวลา ในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างปีงบประมาณ 2562–2564 ผลการศึกษา พบว่า มีผู้มารับบริการสะสมรวม 20,633 ราย และผู้ป่วยรายใหม่ 4,048 ราย โดยจำนวนผู้รับบริการสูงสุดอยู่ในปีงบประมาณ 2564 ขณะที่ผู้ป่วยรายใหม่สูงสุดพบในปี 2562 ตำบลหนองหาร มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด ส่วนตำบลสันป่าเปา มีน้อยที่สุด กลุ่มโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด 5 กลุ่ม ได้แก่ ความผิดปกติทางอารมณ์ (F30–F39), ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการใช้สารเสพติด (F10–F19), โรคจิตเภทและโรคหลงผิด (F20–F29), โรคประสาทและความผิดปกติที่สัมพันธ์กับความเครียด (F40–F48) และความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากโรคทางกาย (F00–F09) ผู้ป่วยเพศชายมีจำนวนมากกว่าเพศหญิง โดยพบว่ากลุ่มความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดมีอุบัติการณ์สูงสุดในเพศชาย ขณะที่เพศหญิงพบความผิดปกติทางอารมณ์สูงสุด การกระจายของโรคตามช่วงอายุพบว่า กลุ่มอายุ 0–5 ปี และ 6–14 ปี มีสัดส่วนใกล้เคียงกันในกลุ่มความผิดปกติทางพัฒนาการทางจิต (F80–F89) และความผิดปกติทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่มักเริ่มในวัยเด็กและวัยรุ่น (F90–F98) สำหรับกลุ่มอายุ 15–24 ปี พบความผิดปกติทางอารมณ์เป็นกลุ่มที่พบบ่อยที่สุด กลุ่มอายุ 25–59 ปี พบความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดมากที่สุด และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากโรคทางกายมากที่สุด ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าสถานการณ์โรคทางจิตเวชในอำเภอสันทรายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มของจังหวัดเชียงใหม่และภาพรวมของประเทศ กลุ่มโรคที่ควรให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังคือความผิดปกติทางอารมณ์และความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด

คำสำคัญ : โรคทางจิตเวช, ความผิดปกติทางอารมณ์, การใช้สารเสพติด, การวิจัยย้อนหลัง, อำเภอสันทราย

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ Email: waruneein@gmail.com, namjaifahsai@gmail.com, surush47@gmail.com*
**Instructor, Faculty of Nursing Maejo University*

Abstract

This retrospective descriptive study aimed to examine the situations and distributions of mental disorders according to personal, geographical, and temporal factors in San Sai District, Chiang Mai Province, during the fiscal years 2019–2021. The study found a total of 20,633 cumulative service visits and 4,048 new cases. The highest number of service visits occurred in 2021, while the highest number of new cases was reported in 2019. Nong Han Subdistrict had the highest number of patients, whereas San Pa Pao Subdistrict had the lowest one. The five most common diagnostic groups were mood [affective] disorders (F30–F39); mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use (F10–F19); schizophrenia, schizotypal, delusional, and other non-mood psychotic disorders (F20–F29); neurotic, stress-related, and somatoform disorders (F40–F48); and organic, including symptomatic, mental disorders (F00–F09), respectively. Male patients outnumbered females, with mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use being the most prevalent among males, and mood [affective] disorders being the most common among females. Age-specific distribution revealed that children aged 0–5 and 6–14 years had similar proportions of disorders of psychological development (F80–F89) and behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence (F90–F98). Mood [affective] disorders were most common in the 15–24 age group; mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use predominated among those aged 25–59 years; and organic, including symptomatic, mental disorders were most frequent in individuals aged 60 years and older. The findings indicate an increasing trend of mental disorders in San Sai District, especially during the COVID-19 pandemic, consistent with patterns observed at the provincial and national levels. Mood [affective] disorders and mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use were identified as the primary conditions requiring targeted surveillance.

Keywords : Mental disorders, Mood disorders, substance use disorders, Retrospective study, San Sai District

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพจิต เป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง ความผิดปกติทางจิตถือเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับนานาชาติ เนื่องจากมีผลต่อการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล นำไปสู่ความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ตลอดจนภาระทางเศรษฐกิจและสังคมที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะหลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ซึ่งส่งผลให้สถานการณ์สุขภาพจิตรุนแรงมากขึ้นทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าในปี 2019 มีผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั่วโลกประมาณ 970 ล้านคน หรือคิดเป็น 1 ใน 8 ของประชากรทั้งหมด โดยโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] หลังเกิดการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในปี ค.ศ. 2020 การศึกษาพบว่าอัตราผู้ป่วยโรควิตกกังวลและซึมเศร้าเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 26 และ 28 ตามลำดับ[1] ข้อมูลจากการศึกษา Global Burden of Disease (GBD) 2021 ระบุว่าในปี ค.ศ. 2021 มีผู้ป่วยโรคจิตเวชรายใหม่ถึง 444 ล้านราย ภาระโรคจิตเวชวัดจากจำนวนปีชีวิตที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) สูงถึง 155 ล้าน DALYs เพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 10 จากปี ค.ศ. 2019[2] โรคซึมเศร้ามีภาระสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 37.3 ของกลุ่มโรคจิตเวช รองลงมาคือโรควิตกกังวลที่ร้อยละ 22.9[3] โดยเพศหญิงมีค่า DALYs สูงกว่าเพศชายอย่างชัดเจน และกลุ่มเด็กและเยาวชนได้รับผลกระทบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี ค.ศ. 2019–2021[3] สะท้อนถึงความเปราะบางทางสุขภาพจิตในแต่ละกลุ่มประชากร โดยสรุป สถานการณ์โรคจิตเวชทั่วโลกในช่วงปี ค.ศ. 2019–2021 ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากโควิด-19 ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลและจัดการอย่างเร่งด่วนในทุกระดับ

สำหรับประเทศไทย ปัญหาสุขภาพจิตในช่วงปี พ.ศ. 2562–2564 ได้รับการยกระดับเป็นวาระสำคัญภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และกรอบความเป็นเลิศของกระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิตจึงขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญ พร้อมทั้งบูรณาการบริการกับโรงพยาบาลทั่วไป และร่วมมือกับภาคสังคม เช่น โรงเรียนและผู้นำชุมชน เพื่อให้การดูแลเข้าถึงได้ทั่วประเทศ[4] ในช่วงปี พ.ศ. 2562–2564 มีผู้รับบริการด้านจิตเวชรวมกว่า 13.7 ล้านครั้ง โดยโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรควิตกกังวล (2.97 ล้านครั้ง) โรคจิตเภท (2.57 ล้านครั้ง) และโรคซึมเศร้า (2.52 ล้านครั้ง) ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และกลุ่มอายุหลักคือวัยกลางคนถึงสูงอายุ ขณะเดียวกันกลุ่มวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีแนวโน้มผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉลี่ยปีละประมาณ 1.2 ล้านราย[4,7] ในช่วงเวลาดังกล่าว ยังมีความพยายามลดอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลจิตเวชจากร้อยละ 87.06 เหลือ 64.09 และลดวันนอนเฉลี่ยจาก 26 วัน เหลือ 23 วัน เพื่อส่งเสริมการดูแลในชุมชน[4] นอกจากนี้ สถานการณ์โควิด-19 ยังเร่งให้ภาระโรคทางจิตเวชสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยระบบ

Mental Health Check-In (ปี 2563–2565) มีผู้ใช้งานกว่า 6.15 ล้านคน พบว่า ร้อยละ 9.14 มีความเสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 7.87 เครียดสูง และร้อยละ 5.18 เสี่ยงฆ่าตัวตาย ซึ่งส่วนใหญ่พบในช่วงอายุ 20–29 ปี[5] ขณะเดียวกันพบว่าปัญหาสารเสพติดและจิตเวชเพิ่มขึ้นกว่า 500,000 ราย และผู้พยายามฆ่าตัวตาย 33,926 ครั้งในปี พ.ศ. 2567[5] รายงานจากยูนิเซฟและกรมสุขภาพจิตระบุว่า วัยรุ่นไทยกว่า 183,000 คนได้รับผลกระทบ โดยร้อยละ 28 มีความเครียดสูง ร้อยละ 32 เสี่ยงซึมเศร้า และร้อยละ 22 เสี่ยงฆ่าตัวตาย[4] ผลสำรวจระดับประชากรพบว่าหลังการระบาด อัตราซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด อยู่ที่ร้อยละ 19.4, 45.4 และ 24.1 ตามลำดับ และมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะผู้ที่สูญเสียสมาชิกครอบครัวจากโควิด-19 (Adjusted OR 2.27)[1,2,7] รัฐบาลโดยกรมสุขภาพจิตได้พัฒนาแพลตฟอร์ม Digital self-care ชื่อ “ต่อเติม ใจ (Tor-Tuem-Jai)” เพื่อส่งเสริมความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และส่งต่อผู้ใช้บริการที่อยู่ในภาวะเสี่ยงเข้าสู่การดูแลแบบมืออาชีพ[6,8] พร้อมกับพัฒนาบุคลากรทางสุขภาพจิต การขยายบริการ ลดวันนอนโรงพยาบาล ส่งเสริมการดูแลในชุมชน และการบูรณาการกับภาคสังคม เพื่อรองรับภาระโรคและผลกระทบทางสุขภาพจิตในประชาชนอย่างต่อเนื่อง[4,9] อย่างไรก็ตาม ระบบยังเผชิญกับข้อจำกัดด้านบุคลากรทางสุขภาพจิต ความครอบคลุมของบริการ และทัศนคติของสังคมต่อปัญหาสุขภาพจิต การเสริมสร้างระบบที่เข้มแข็งและทั่วถึงจึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วน[4,5,9]

จังหวัดเชียงใหม่ตั้งอยู่ในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย มีประชากรประมาณ 1,732,000 คน นับเป็นจังหวัดที่มีประชากรมากเป็นอันดับ 5 ของประเทศ[10] ความหลากหลายทางเศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่ส่งผลให้ประชากรมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตแตกต่างกัน โดยเฉพาะในช่วงปี พ.ศ. 2561–2564 ที่จังหวัดเชียงใหม่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงติดอันดับต้นของประเทศ[11] กลุ่มเสี่ยงได้แก่ ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคติดสุราเรื้อรัง รวมถึงผู้เผชิญปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ และผลกระทบจากโควิด-19 ซึ่งเพิ่มภาวะเครียดและความเปราะบางทางจิตใจ[11,12] ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2564 ระบุว่า ผู้ป่วยจิตเวชในทุกช่วงวัย โดยโรคซึมเศร้าและจิตเภทพบบ่อยในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ ขณะที่โรคออทิสติกและสมาธิสั้นพบมากในเด็กและวัยรุ่น[12] ในช่วงปี พ.ศ. 2562–2564 จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มจาก 5,200 ราย เป็น 6,400 ราย โรคจิตเภทเพิ่มจาก 2,100 ราย เป็น 2,600 ราย โรคจิตจากสารเสพติดเพิ่มจาก 1,500 เป็น 1,700 ราย ส่วนโรคออทิสติกและสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นเล็กน้อย[12] ในระดับพื้นที่ มีการส่งเสริมการบูรณาการงานสุขภาพจิตร่วมกับโรงเรียน ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและเฝ้าระวังความเสี่ยง โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน[12] นอกจากนี้ ยังมีการรณรงค์เรื่องการใช้กัญชาอย่างปลอดภัย เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้สารเสพติด[11,12] สถานการณ์โควิด-19 ยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่กระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชน ทำให้

การดูแลในระดับชุมชนมีความจำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม เพื่อบรรเทาผลกระทบที่เกิดขึ้น[11,12]

อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เป็นพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากรเป็นอันดับสองของจังหวัด โดยมีประชากรประมาณ 140,000 คน ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565[13] ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา อำเภอสันทรายได้รับผลกระทบจากการขยายตัวของเมืองเชียงใหม่อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานและเยาวชนที่ต้องเผชิญกับแรงกดดันจากความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว[14] สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับความเครียดและความไม่มั่นคงทางจิตใจของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ จากบริบทดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ โดยกลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ร่วมกับกลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการสำรวจสถานการณ์โรคทางจิตเวชในระดับพื้นที่ จึงร่วมกับโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง ด้วยการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคจิตเวชในช่วงปีงบประมาณ 2562–2564 มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และการกระจายของโรคทางจิตเวชตามปัจจัยบุคคล สถานที่และเวลา โดยพิจารณาลักษณะประชากรของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ และประเภทของโรค ตลอดจนแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยในแต่ละปี และการกระจายตัวในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนและพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในระดับอำเภอให้มีความเหมาะสมและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์และการกระจายของโรคทางจิตเวช ตามปัจจัยบุคคล สถานที่และเวลา ในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างปีงบประมาณ 2562–2564

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการระบาดวิทยา[15,16] เพื่อวิเคราะห์การกระจายของโรคทางจิตเวชตามปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ คน (Host) สถานที่ (Place) และเวลา (Time) ด้านคน ประกอบด้วยช่วงอายุหรือกลุ่มวัย และเพศ ซึ่งส่งผลต่อความสัมพันธ์กับกลุ่มโรคที่แตกต่างกัน ด้านสถานที่จำแนกตามตำบลเพื่อศึกษาการกระจายของผู้ป่วยในพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ รวมถึงความชุกของโรคในแต่ละพื้นที่ ด้านเวลาใช้วิเคราะห์แนวโน้มสถานการณ์โรคจิตเวชในช่วงเวลาศึกษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์และลักษณะการกระจายของโรคทางจิตเวชตามปัจจัยบุคคล สถานที่และเวลา ในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 ถึง 2564 (วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ.2661 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ ผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงปีงบประมาณ 2562–2564 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564) โดยใช้ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช ตามระบบบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 10 (ICD-10) หมวดที่ 5 รหัส F00–F99: ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม

2. ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่

3. มีประวัติการรับบริการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564

4. มีข้อมูลเวชระเบียนครบถ้วน ได้แก่ เพศ อายุ ตำบลที่อยู่อาศัย วันที่เข้ารับบริการ และรหัสการวินิจฉัยโรคจิตเวช

เกณฑ์การคัดออก

1. เวชระเบียนไม่สมบูรณ์ หรือขาดข้อมูลสำคัญ เช่น การวินิจฉัยโรค เพศ อายุ วันที่รับบริการ หรือที่อยู่ระดับตำบล

2. ไม่สามารถระบุรหัสการวินิจฉัยโรคจิตเวช (ICD-10 รหัส F00–F99) ได้อย่างชัดเจน

3. รับบริการในหน่วยงานอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิตโดยตรง

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยจัดทำหนังสือผ่านคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยที่ผู้นิพนธ์ปฏิบัติงานอยู่ เพื่อขออนุญาตเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วยจากโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่

2. ศึกษาเป็นเวชระเบียนของผู้รับบริการที่คลินิกสุขภาพจิต และจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างปีงบประมาณ 2562–2564 (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยตามระบบบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision: ICD-10) หมวดที่ 5 รหัส F00–F99: ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม โดยข้อมูลทั้งหมดครอบคลุมการรับบริการจำนวน 20,633 ครั้ง และผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 4,048 คน

3. รวบรวมข้อมูล ข้อมูล เพศ อายุ ตำบลที่อยู่อาศัย (ไม่ระบุบ้านเลขที่หรือชื่อหมู่บ้าน), วันที่รับบริการ และรหัสการวินิจฉัยโรคจิตเวช (ICD-10) โดยจัดเก็บเป็นข้อมูลไม่ระบุตัวตน (anonymous data) เอกสารถูกส่งมอบในลักษณะปิดผนึกและตรวจสอบความครบถ้วนก่อนการวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

1. การได้รับอนุมัติจริยธรรม: งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยที่ผู้นิพนธ์ปฏิบัติงานอยู่ (เลขที่ MJUIRB No. ST002/66) และเก็บข้อมูลภายใต้หลักจริยธรรม

2. การไม่ระบุตัวตน: ข้อมูลถูกจัดเก็บในระดับตำบลโดยไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถระบุตัวตนได้

3. การรักษาความลับ: ข้อมูลทั้งหมดถูกดูแลอย่างรัดกุมโดยทีมวิจัย และไม่เปิดเผยต่อบุคคลภายนอก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยจำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ กลุ่มโรคทางจิตเวช ตำบลที่อยู่อาศัย และช่วงเวลาที่ศึกษา

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์โรคทางจิตเวชในภาพรวมปีงบประมาณ 2562–2564

การศึกษาพบว่ามีผู้มารับบริการทางจิตเวชสะสมรวม 20,633 ราย โดยปีงบประมาณ 2564 มีผู้มารับบริการสูงสุด และปีงบประมาณ 2563 มีน้อยที่สุด โดยเพศชายมารับบริการมากกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะในปีงบประมาณ 2564 ผู้มารับบริการเพศชายสูงกว่าเพศหญิงอย่างชัดเจน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการสะสม จำแนกตามเพศ และปีงบประมาณที่รับบริการ

ปีงบประมาณ	2562 ราย (ร้อยละ)	2563 ราย (ร้อยละ)	2564 ราย (ร้อยละ)	รวม 3 ปี ราย (ร้อยละ)
เพศชาย	3,090 (14.98)	2,962 (14.35)	4,731 (22.93)	10,783 (52.26)
เพศหญิง	3,114 (15.09)	3,076 (14.91)	3,660 (17.74)	9,850 (47.74)
รวมทั้งหมด	6,204 (30.07)	6,038 (29.26)	8,391 (40.67)	20,633 (100.00)

2. ลักษณะการกระจายโรคทางจิตเวชจำแนกตามเพศ

กลุ่มโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ความผิดปกติทางอารมณ์ (F30–F39) พบในหญิงมากกว่าชาย รองลงมาคือ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการใช้สารเสพติด (F10–F19) พบในชายมากกว่าหญิง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มโรคทางจิตเวช จำแนกตามเพศ

อันดับ	กลุ่มโรค (ICD-10)	ชาย (ร้อยละ)	หญิง (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
1	F30-39	1,674 (8.11)	4,463 (21.63)	6,137 (29.74)
2	F10-19	4,963 (24.05)	652 (6.62)	5,615 (27.21)
3	F20-29	1,658 (8.04)	1,687 (8.18)	3,345 (16.21)
4	F40-49	445 (2.16)	1,448 (7.02)	1,893 (9.17)
5	F00-09	512 (2.48)	666 (3.23)	1,178 (5.71)

อันดับ	กลุ่มโรค (ICD-10)	ชาย (ร้อยละ)	หญิง (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
6	F90-99	897 (4.35)	252 (1.22)	1,149 (5.57)
7	F50-59	270 (1.31)	516 (2.50)	786 (3.81)
8	F80-89	312 (1.51)	88 (0.43)	400 (1.94)
9	F70-79	48 (0.23)	77 (0.37)	125 (0.61)
10	F60-69	4 (0.02)	1 (0.00)	5 (0.02)
รวม		10,783 (52.26)	9,850 (47.74)	20,633 (100.00)

3. ลักษณะการกระจายโรคทางจิตเวชในแต่ละปี จำแนกตามกลุ่มอายุ กลุ่มโรค เพศ

กลุ่มอายุ 0–5 ปี และ 6–14 ปี พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยใกล้เคียงกันในกลุ่มโรคความผิดปกติทางพัฒนาการทางจิต (F80–F89) และความผิดปกติทางพฤติกรรมและอารมณ์ (F90–F98) พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง กลุ่มอายุ 15–24 ปี พบกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์มากที่สุด และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กลุ่มอายุ 25–59 ปี พบกลุ่มโรคความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดมากที่สุดและพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปพบกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากโรคทางกายมากรองจากกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ และในกลุ่มอายุนี้พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนผู้รับบริการโรคทางจิตเวช จำแนกตามกลุ่มอายุ กลุ่มโรค และเพศ และการจัดอันดับ

กลุ่มอายุ	อันดับ	กลุ่มโรค (ICD-10)	ชาย	หญิง	รวม
ปฐมวัย (0–5 ปี)	1	F90–F98	209	85	294
	2	F80–F89	102	23	125
วัยเรียน (6–14 ปี)	1	F90–F98	651	138	789
	2	F80–F89	138	55	193
	3	F30–F39	1	72	73
วัยรุ่น (15–24 ปี)	1	F30–F39	235	594	829
	2	F10–F19	751	66	817
	3	F40–F49	33	69	102
วัยทำงาน (25–59 ปี)	1	F10–F19	3602	508	4110
	2	F30–F39	738	2081	2819
	3	F20–F29	1339	1084	2423
สูงอายุ (≥60 ปี)	1	F30–F39	700	1713	2413
	2	F00–F09	452	589	1041

กลุ่มอายุ	อันดับ	กลุ่มโรค (ICD-10)	ชาย	หญิง	รวม
	3	F40–F49	164	718	882
	4	F20–F29	291	568	859

4. สถานการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ จำแนกตามสถานที่ ปัจจัยบุคคล และพฤติกรรมการเข้ารับบริการ

ผู้ป่วยรายใหม่รวม 3 ปีงบประมาณ 4,048 ราย พบมากที่สุดในปีงบประมาณ 2562 และน้อยที่สุด ในปีงบประมาณ 2562 โดยเพศชายพบมากกว่าเพศหญิงอย่างชัดเจน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยรายใหม่ จำแนกตามเพศ และปีงบประมาณที่รับบริการ

ปีงบประมาณ	2562	2563	2564	รวม 3 ปี
เพศชาย (ราย) (ร้อยละ)	822 (20.31)	692 (17.09)	764 (18.87)	2,278 (56.27)
เพศหญิง (ราย) (ร้อยละ)	601 (14.85)	551 (13.61)	618 (15.27)	1,770 (43.73)
รวมทั้งหมด (ราย) (ร้อยละ)	1,423 (35.15)	1,243 (30.71)	1,382 (34.14)	4,048 (100)

เมื่อพิจารณาเป็นรายตำบลพบว่าตำบลหนองหารมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่มากที่สุด และตำบลสันป่าเปามีน้อยที่สุด ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่ จำแนกรายตำบล และเพศ

อันดับ	ตำบล	ชาย	ร้อยละ	หญิง	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
1	หนองหาร	353	8.72	345	8.52	698	17.24
2	ป่าไผ่	398	9.83	281	6.94	679	16.77
3	หนองจ๊อม	295	7.29	229	5.66	524	12.94
4	สันทรายน้อย	205	5.06	178	4.40	383	9.46
5	แม่แฝก	194	4.79	161	3.98	355	8.77
6	แม่แฝกใหม่	202	4.99	125	3.09	327	8.08
7	สันนาเม็ง	157	3.88	121	2.99	278	6.87
8	สันทรายหลวง	125	3.09	100	2.47	225	5.56
9	หนองแหย่ง	129	3.19	63	1.56	192	4.74
10	สันพระเนตร	89	2.20	58	1.43	147	3.63

อันดับ	ตำบล	ชาย	ร้อยละ	หญิง	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
11	เมืองเล็น	68	1.68	67	1.66	135	3.33
12	สันป่าเปา	63	1.56	42	1.04	105	2.59
	รวม	**2,278**	**56.27**	**1,770**	**43.73**	**4,048**	**100.00**

ตารางที่ 6 ข้อมูลแสดงจำนวน ร้อยละ ของ ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชรายใหม่ จำแนกตามที่อยู่ และกลุ่มโรค

อันดับ	ตำบล	F00 – F09	F10 – F19	F20 – F29	F30 – F39	F40 – F49	F50 – F59	F60 – F69	F70 – F79	F80 – F89	F90 – F99	รวม (ร้อยละ)
1	หนองหาร	41	184	86	210	53	41	1	5	19	58	698 (17.24)
2	ป่าไผ่	37	194	106	146	69	27	1	5	19	75	679 (16.77)
3	หนองจ๊อม	28	147	66	130	43	26	0	2	14	68	524 (12.94)
4	สันทรายน้อย	18	80	51	109	37	16	0	5	10	57	383 (9.46)
5	แม่แฝก	23	113	58	52	32	11	0	3	26	37	355 (8.77)
6	แม่แฝกใหม่	14	109	43	78	25	15	2	0	15	26	327 (8.08)
7	สันนาเม็ง	15	63	40	76	30	8	0	1	4	41	278 (6.87)
8	สันทรายหลวง	21	65	34	52	9	4	0	4	9	27	225 (5.56)
9	หนองแหย่ง	10	60	21	42	9	6	0	0	20	24	192 (4.74)
10	สันพระเนตร	6	44	12	37	17	8	0	0	5	18	147 (3.63)
11	เมืองเล็น	4	36	20	36	13	5	0	3	6	12	135 (3.33)
12	สันป่าเปา	6	27	8	22	14	3	0	2	4	19	105 (2.59)
	รวม	223 (5.51)	1,122 (27.72)	545 (13.46)	990 (24.46)	351 (8.67)	170 (4.20)	4 (0.10)	30 (0.74)	151 (3.73)	462 (11.41)	4,048 (100.00)

จากตารางที่ 6 พบว่า ตำบลที่พบผู้ป่วยในกลุ่ม F10–F19 มากที่สุดคือ ตำบลป่าไผ่ น้อยที่สุดคือตำบลสันป่าเปา ตำบลที่พบผู้ป่วยในกลุ่ม F90–F98 มากที่สุดคือ ตำบลป่าไผ่ และน้อยที่สุดคือตำบลเมืองเล็น และตำบลที่พบผู้ป่วยในกลุ่ม F80–F89 มากที่สุดคือ ตำบลแม่แฝกใหม่ และน้อยที่สุดคือ ตำบลสันนาเม็งและสันป่าเปา

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่ จำแนกรายกลุ่มโรค และกลุ่มอายุ

กลุ่มโรค (ICD-10)	0–5 ปี	6–14 ปี	15–24 ปี	25–59 ปี	60 ปีขึ้นไป	รวม	ร้อยละ
F00–09	0	1	1	26	195	223	5.5
F10–19	0	5	178	815	124	1,122	27.7
F20–29	0	1	15	378	151	545	13.5
F30–39	1	15	180	474	320	990	24.5
F40–49	0	8	41	162	140	351	8.7
F50–59	0	0	8	65	97	170	4.2
F60–69	0	2	1	1	0	4	0.1
F70–79	0	4	10	16	0	30	0.7
F80–89	25	107	8	10	1	151	3.7
F90–99	62	387	6	4	3	462	11.4
รวม (คน)	**89**	**530**	**448**	**1,951**	**1,031**	**4,048**	**100**

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มวัยทำงาน (25–59 ปี) พบผู้ป่วยรายใหม่มากที่สุดโดยพบในกลุ่มโรคกลุ่มโรคความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด (F10–F19) และ ความผิดปกติทางอารมณ์ (F30–F39) รองลงมาคือกลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) พบผู้ป่วยรายใหม่มากที่สุดในกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากโรคทางกาย (F00–F09) กลุ่มวัยรุ่น (15-24 ปี) พบผู้ป่วยรายใหม่มากที่สุดในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30–F39) กลุ่มปฐมวัย (0-5 ปี) และ วัยเรียน (6–14 ปี) พบผู้ป่วยรายใหม่มากที่สุดในกลุ่มโรคความผิดปกติทางพฤติกรรมในวัยเด็กและวัยรุ่น (F90–F98) และ ความผิดปกติของพัฒนาการทางจิตใจ F80–F89

และพบว่ากลุ่มโรคความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด กลุ่มโรคความผิดปกติทางพฤติกรรมในกลุ่มวัยเด็กและวัยรุ่น (F90–F98) และ กลุ่มโรคความผิดปกติของพัฒนาการทางจิตใจ (F80–F89) มีอุบัติการณ์สูงสุดในเพศชาย ขณะที่เพศหญิงพบกลุ่ม

โรคความผิดปกติทางอารมณ์สูงสุด (F30–F39) ดัง

ตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละ ของผู้ป่วยรายใหม่จำแนกตามกลุ่มโรคทางจิตเวชและเพศ

อันดับ	กลุ่มโรค	ชาย	ร้อยละ	หญิง	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
1	F10-19	986	24.36	136	3.36	1122	27.72
2	F30-39	281	6.94	709	17.51	990	24.46
3	F20-29	257	6.35	288	7.11	545	13.46
4	F90-99	380	9.39	82	2.03	462	11.41
5	F40-49	93	2.30	258	6.37	351	8.67
6	F00-09	104	2.57	119	2.94	223	5.51
7	F50-59	55	1.36	115	2.84	170	4.20
8	F80-89	106	2.62	45	1.11	151	3.73
9	F70-79	13	0.32	17	0.42	30	0.74
10	F60-69	3	0.07	1	0.02	4	0.10
	รวม	2278	56.27	1770	43.73	4048	100.00

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ผู้ป่วยรายใหม่ จำแนกตามพฤติกรรมการเข้ารับบริการตามปีงบประมาณ

กลุ่มรหัสโรคทางจิตเวช	2562		2563		2564		รวม 3 ปี	
	รายใหม่ (คน)	ผู้มารับบริการ (ครั้ง)	รายใหม่ (คน)	ผู้มารับบริการ (ครั้ง)	รายใหม่ (คน)	ผู้มารับบริการ (ครั้ง)	รายใหม่ (คน)	ผู้มารับบริการ (ครั้ง)
F10-F19	377	1,213	346	1,251	399	3,151	1,122	5,615
เฉลี่ยรับบริการจำนวนครั้ง/คน/ปี		3.22		3.61		7.90		5.00
F30-F39	240	1508	352	2133	398	2496	990	6137
เฉลี่ยรับบริการจำนวนครั้ง/คน/ปี		6.28		4.95		5.89		6.19

กลุ่มรหัสโรคทางจิตเวช	2562		2563		2564		รวม 3 ปี	
	รายใหม่ (คน)	ผู้มารับบริการ (ครั้ง)	รายใหม่ (คน)	ผู้มารับบริการ (ครั้ง)	รายใหม่ (คน)	ผู้มารับบริการ (ครั้ง)	รายใหม่ (คน)	ผู้มารับบริการ (ครั้ง)
F20-F29	194	1144	166	1063	185	1137	545	3344
เฉลี่ยรับบริการ จำนวนครั้ง/คน/ปี		5.90		6.40		6.15		6.14
F40-F48	122	682	103	560	126	651	351	1893
เฉลี่ยรับบริการ จำนวนครั้ง/คน/ปี		5.59		5.44		5.17		5.39
F00-F09	68	323	80	431	75	424	223	1178
เฉลี่ยรับบริการ จำนวนครั้ง/คน/ปี		4.75		5.39		5.65		5.28

จากตารางที่ 9 พบว่าในช่วง 3 ปีงบประมาณที่ผ่านมา มีผู้ป่วยรายใหม่สะสมจำนวน 4,048 ราย โดยกลุ่มโรคที่พบผู้ป่วยรายใหม่มากที่สุด 5 อันดับแรก มีความสอดคล้องกับกลุ่มโรคที่มีจำนวนการมารับบริการรวมสูงสุด ได้แก่ กลุ่ม F10-F19: มีผู้ป่วยรายใหม่สะสม 1,122 ราย และ กลุ่ม F30-F39: มีผู้ป่วยรายใหม่สะสม 990 ราย

นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยรายใหม่มีค่าเฉลี่ยความถี่ในการมารับบริการประมาณ 5.00 ถึง 6.14 ครั้งต่อคนต่อปี โดยเฉพาะในกลุ่ม F10-F19 ในปีงบประมาณ 2564 มีค่าเฉลี่ยการมารับบริการสูงถึง 7.90 ครั้งต่อคนต่อปี

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาที่ได้มีนัยสำคัญที่สามารถนำมาอภิปรายได้ดังนี้

1. สถานการณ์และการกระจายของโรคตามปัจจัยบุคคล

ผลการศึกษาพบว่า ในช่วงสามปีงบประมาณ (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564) มีผู้มารับบริการทางจิตเวชสะสมรวม 20,633 ราย โดยมีจำนวนผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิงอย่างชัดเจน (ร้อยละ 52.26) โดยเฉพาะในปีงบประมาณ 2564 ที่มีจำนวนผู้ป่วยชายสูงกว่าหญิงอย่างเด่นชัด (ตาราง 1 และ 4)

ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์โรคทางจิตเวชในระดับประเทศที่มักพบอุบัติการณ์ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง[17,18,19]

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดจำแนกตามกลุ่มโรคและเพศ (ตารางที่ 2 และ 8) พบว่า เพศชาย มีอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการใช้สารเสพติด (F10–F19)[20] เพศหญิง มีอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30–F39)[21] กลุ่มวัยเด็กและวัยเรียน (0-14 ปี) พบความผิดปกติทางพฤติกรรมในวัยเด็กและวัยรุ่น (F90–F98) และความผิดปกติทางพัฒนาการทางจิต (F80–F89) สูงที่สุด[22]และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งอาจสะท้อนถึงการวินิจฉัยและแนวโน้มปัญหาพฤติกรรมในวัยเด็กที่เพิ่มขึ้น[20] กลุ่มวัยทำงาน (25–59 ปี) มีสัดส่วนผู้ป่วยรายใหม่มากที่สุด โดยกลุ่มโรคความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด (F10–F19) เป็นกลุ่มโรคที่พบมากที่สุด ซึ่งพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงอย่างชัดเจน (ตารางที่ 3 และ 8)[20] กลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) พบกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากโรคทางกาย (F00–F09) ในสัดส่วนที่สูงตามหลังกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30–F39)[21] ผลการวิจัยเหล่านี้บ่งชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างของปัญหาสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับเพศและช่วงวัย ซึ่งมีความสำคัญต่อการวางแผนการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาในแต่ละกลุ่มประชากรได้อย่างเหมาะสม

2. สถานการณ์และการกระจายของโรคตามปัจจัยสถานที่

การศึกษาการกระจายของผู้ป่วยรายใหม่ตามสถานที่ในระดับตำบล (ตาราง 5 และ 6) พบว่า มีผู้ป่วยกระจุกตัวในบางพื้นที่ โดยตำบลหนองหารและป่าไผ่มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่รวมกันเกือบหนึ่งในสามของผู้ป่วยทั้งหมดในอำเภอ (ร้อยละ 17.24 และ 16.77 ตามลำดับ) ในขณะที่ตำบลสันป่าเปามีผู้ป่วยรายใหม่น้อยที่สุด (ร้อยละ 2.59) ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างทางภูมิศาสตร์ของปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ และเป็นข้อมูลสำคัญที่ช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถจัดสรรทรัพยากรและวางแผนการบริการด้านสุขภาพจิตเชิงรุกได้อย่างตรงเป้าหมาย[24,25,26]

3. สถานการณ์และการกระจายของโรคตามปัจจัยเวลา

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์โรคในแต่ละปีงบประมาณพบว่า มีจำนวนผู้มารับบริการทางจิตเวชสูงสุดในปีงบประมาณ 2564 และน้อยที่สุดในปีงบประมาณ 2563 (ตาราง 1) ซึ่งอาจเป็นผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงเวลาดังกล่าว ที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ และความถี่ในการมารับบริการของผู้ป่วย[27,28] จากข้อมูลในตาราง 9 ผู้ป่วยในกลุ่มโรคความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด (F10–F19) มีค่าเฉลี่ยความถี่ในการมารับบริการสูงขึ้นอย่างชัดเจนในปี 2564 (7.90 ครั้งต่อคนต่อปี) ซึ่งอาจสะท้อนถึงมาตรการการบำบัดรักษาที่เข้มข้นขึ้น หรือปัญหาที่ซับซ้อนขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว[29]

การศึกษาเชิงระบาดวิทยานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ ซึ่งหน่วยงานด้านสาธารณสุขและพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตที่ตอบสนองต่อกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[30] และเป็นข้อมูลตั้งต้น

สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพในอนาคตเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยเชิงลึกที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โรคทางจิตเวชในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การเฝ้าระวังและจัดการโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น: วัยรุ่น (15–24 ปี) มีความผิดปกติทางอารมณ์สูงสุด จึงควรพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพจิตในสถานศึกษาและชุมชน เพื่อลดผลกระทบและความรุนแรงของโรค

1.2 การแก้ไขปัญหายาเสพติดในวัยทำงาน: วัยทำงาน (25–59 ปี) มีความผิดปกติจากสารเสพติดมากที่สุด ควรเร่งพัฒนานโยบาย โปรแกรมบำบัดและฟื้นฟู พร้อมส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในวัยทำงาน รวมถึงดำเนินการวิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของมาตรการส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มแต่ละเป้าหมาย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยแม่โจ้ที่สนับสนุนทุนวิจัยภายใต้โครงการนักวิจัยรุ่นใหม่ประจำปีงบประมาณ 2565 และสำนักวิจัยและส่งเสริมวิชาการการเกษตร สำหรับการสนับสนุนด้านทุนและการดำเนินงานวิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งข้อมูล หัวหน้างานสุขภาพจิตและจิตเวช และเจ้าหน้าที่เวชระเบียน ที่อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental disorders [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2024 Aug 20]. Available from: https://www.who.int/mega-menu/health-topics/popular/mental-disorders
2. Global Burden of Disease Study 2021. Global burden of mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2021: results from the global burden of disease study 2021 [Internet]. BMC Psychiatry. 2023 [cited 2024 Aug 20]. Available from: https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-025-06932-y
3. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Psychiatry. 2022;9(2):137–150. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8776563/
4. UNICEF. COVID-19 pandemic continues to drive poor mental health among children and young people [Internet]. New York: UNICEF; 2021 [cited 2024 Aug 20]. Available from: https://www.unicef.org/press-releases/covid-19-pandemic-continues-drive-poor-mental-health-children-and-young-people
5. Mahikul W, Srichan P, Narkkul U, Soontarawirat I, Kitro A, Pumipuntu N, et al. Mental health status and quality of life among Thai people after the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. Sci Rep. 2024;25869.
6. World Health Organization. Mental health and social connection in Thailand. Geneva: WHO; 2025.
7. Wannasewok W, Suraaroonsamrit B, Jeungsiragulwit D, Udomratn P. Development of community mental health infrastructure in Thailand: from the past to the COVID-19 pandemic. Consort Psychiatr. 2022;3(3):98-109.
8. World Health Organization. Thailand adapts WHO's Step-by-Step programme as part of national digital mental health platform [Internet]. Bangkok: WHO Thailand; 2025. [cited 2025 Aug 3]. Available from: https://www.who.int/thailand/news/feature- stories/detail/thailand-adapts-who-s-step-by-step-programme-as-part-of-national-digital-mental-health-platform
9. Money and Banking Magazine. PM pushes "good mental health" policy to support Thai people [Internet]. 2025 May 6 [cited 2024 Aug 20]. Available from: https://en.moneyandbanking.co.th/author/mb-admin/page/705/

10. กรมการปกครอง, กระทรวงมหาดไทย. สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร (รายเดือน) พื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ เดือนธันวาคม 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 13 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/mainpage
11. กรมสุขภาพจิต. รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2561–2564 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 7 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/host.asp?id=50&nyear=2564
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตและปัจจัยเสี่ยงการฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 3 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก:https://cmi.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format_fix_col2.php&cat_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89&id=67ce3cd10f4ed5d2b3517f1373ef273d
13. กรมการปกครอง, กระทรวงมหาดไทย. สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร (รายเดือน) พื้นที่อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เดือนธันวาคม 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/mainpage
14. งานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่. ข้อมูลอำเภอสันทราย [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 30 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://sansaihospital.go.th/assets/fileDownlord/about/about_sansai.pdf
15. Centers for Disease Control and Prevention. Principles of Epidemiology. Section 8: Causal Thinking in Epidemiology [Internet]. 2012 [cited 2025 Sep 9]. Available from: https://archive.cdc.gov/www_cdc_gov/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section8.html
16. สุทิน ชนะบุญ. ระบาดวิทยา และการป้องกัน ควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: สภาการ-สาธารณสุขชุมชน; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 13 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ccph.or.th/wp-content/uploads/2022/07/%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%9A%E0%B8%B2%E0%B8%94%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%97%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%B0%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9B%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%9A%E0%B8%84%E0%B8%B8%E0%B8%A1%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84-%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%97%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B8%A3-%E0%B8%94%E0%B8%A3.-%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%97%E0%B8%B4%E0%B8%99-%E0%B8%8A%E0%B8%99%E0%B8%B0%E0%B8%9A%E0%B8%B8%E0%B8%8D.pdf
17. กรมสุขภาพจิต. รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2561–2564 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 7 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/host.asp?id=50&nyear=2564

18. กรมสุขภาพจิต. รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ข้อมูลจากระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย จังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 7 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/host.asp?id=50&nyear=2564
19. National Alliance on Mental Illness. Mental health by the numbers [Internet]. [USA]: National Alliance on Mental Illness; 2023. [cited 2025 Aug 13]. Available from: https://www.nami.org/about-mental-illness/mental-health-by-the-numbers/
20. นรักษ์ ชาติบัญชาชัย, ศิริวรรณ ปิยวัฒนเมธา, สุวรรณา อรุณพงไพศาล. โรคที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด. ใน นวนันท์ ปิยะวัฒน์กูล (บรรณาธิการ). จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สยามทองกิจ; 2563.
21. กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม. กลุ่มโรคซึมเศร้า. ใน นวนันท์ ปิยะวัฒน์กูล (บรรณาธิการ). จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สยามทองกิจ; 2563.
22. กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม. กลุ่มโรคพัฒนาการทางสมอง. ใน นวนันท์ ปิยะวัฒน์กูล (บรรณาธิการ). จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สยามทองกิจ; 2563.
23. ภูษณิศา มีนาเขตร, นิชนันท์ สุวรรณกูฏ, สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์, สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์, ดรุณี คชพรหม. การประเมินผลโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในกลุ่มเด็ก 6–15ปี เขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ-ประสงค์. 2565;6(3):1–12.
24. ดาราวรรณ รองเมือง, อินทิรา สุขรุ่งเรือง, จีราพร ทองดี, ลลิตา เดชาวุธ, กฤษณี สุวรรณรัตน์, อติญาณ์ ศรเกษตริน, et al. มาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิและความพร้อมให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ประสงค์ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2567;18(3):331-50.
25. PolicyWatch. ระบบสุขภาวะทางจิต: ส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. Bangkok: ThaiPBS; 2564. [เข้าถึงเมื่อ 13 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://policywatch.thaipbs.or.th/policy/life-5
26. Khan A, Flanagan M, Abdul Rahman M, Panda N, Yamin M. How co-locating public mental health interventions in community settings impacts mental health and health inequalities: a multi-site realist evaluation. BMC Public Health [Internet]. 2023 [cited 2025 Aug 13];23:1256. Available from: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-023-15843-5
27. กรมสุขภาพจิต. COVID-19 MENTAL HEALTH REPORT HR1 14 MAY 2020. ในการประชุมคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ 1 ครั้งที่ 5/2563. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563.
28. วรวรรณ จุฑา, กมลลักษณ์ มากคล้าย. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563–2566. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2567;32(1):60–72.
29. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนการผลิตกำลังคนสุขภาพจิตปี 2567–2570 ความท้าทายรองรับผู้ป่วยจิตเวชที่เพิ่มขึ้น [อินเทอร์เน็ต]. 2024 [เข้าถึงเมื่อ 11 ส.ค. 2025]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2024/07/31117

30. Jirapramukpitak T, Jaisin K, Supanya S, Takizawa P. Effectiveness of a community health worker-led case management programme to improve outcomes for people with psychotic disorders in Thailand: a one-year prospective cohort study. BMC Psychiatry [Internet]. 2022 [cited 2025 Aug 13];22:247. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8991661/