



นิพนธ์ต้นฉบับ

การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556:

การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของคนกรุงเทพมหานคร

สินเงิน สุขสมปอง*, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ*, กฤตณัย แก้วศ**,
วรธรรม จูทา***, คุษฎี อุดมอิทธิพงศ์****,
คณะทำงานสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและอาการทางจิตเวชกับการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของคนกรุงเทพมหานคร

วัสดุและวิธีการ : เป็นการศึกษาแบบพรรณนาภาคตัดขวางโดยใช้วิธีวิจัยแบบสำรวจเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ตัวต่อตัวในประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ตามฐานข้อมูลระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2556 ในกรุงเทพมหานคร (เขตคลองสามวา เขตบางรัก เขตจอมทอง และเขตวังทองหลาง) กลุ่มตัวอย่าง 715 คน ด้วยเครื่องมือ World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทย โดยบุคลากรวิชาชีพที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตและผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือ โดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการทดสอบเพียร์สันไคสแควร์

ผล : ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.2 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี ร้อยละ 39.9 ไม่ได้เรียนหนังสือหรือเรียนระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 39.4 ส่วนใหญ่ไม่พบอาการทางจิตเวช ร้อยละ 75.1 ลักษณะการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตที่พบมากที่สุดคือ การได้รับยาเพื่อดูแลสุขภาพจิต ร้อยละ 4.1 โดยพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตกับปัจจัยส่วนบุคคลคือ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตกับอาการทางจิตเวชคือ การนอนโรงพยาบาลหรือสถานบริการอื่น ๆ เพื่อดูแลสุขภาพจิต การได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อดูแลสุขภาพจิต อย่างน้อย 30 นาที และการได้รับยาเพื่อดูแลสุขภาพจิต

สรุป : การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในรูปแบบต่าง ๆ ของคนกรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส นอกจากนี้อาการทางจิตเวชมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต คือ การนอนโรงพยาบาลหรือสถานอื่นใด การได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อดูแลสุขภาพจิต อย่างน้อย 30 นาที และการได้รับยา ยังพบว่าผู้มีอาการทางจิตเวชมีการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่น้อย จึงควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมในการเข้าถึงบริการในเขตพื้นที่บริการ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตก่อนเกิดความเจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ : กรุงเทพมหานคร, การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต, ระบาดวิทยา

*จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**นักวิชาการศึกษา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

***นักวิชาการสาธารณสุข สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

****พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์



THE THAI NATIONAL MENTAL HEALTH SURVEY 2013: ACCESS TO MENTAL HEALTH SERVICES OF PEOPLE IN BANGKOK

Sinngern Sooksompong, Pholphat Losatiankij*, Krittanai Kaewyot**,
Worawan Chutha***, Dussadee Udomittipong****,
Thai Mental Health Survey Working Group*

Abstracts

Objective : To study prevalence and relationship between demographic data, psychiatric symptoms and accessing mental health services of people in Bangkok.

Material and Method : This study was a cross-sectional survey of Thai representative sample of 715 persons aged 18 years and over living in (Khlong Sam Wa District, Bang Rak District, Chom Thong District and Wang Thonglang District) by using data from The 4th Thai National Mental Health Survey 2013. The survey conducted face to face interviews by trained mental health care staff. The Thai version of World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0) were collected. Statistics used for data analysis included percentage, mean, and Pearson, Chi-square test.

Results : Altogether, 715 samples participated in the study. Most of the sample were female, 40 years old or under and primary school/uneducated level (71.2%, 39.9%, 39.4% respectively). The majority of the sample did not experience psychiatric symptoms (75.1%). We found that taking medication was the most frequent use of psychiatric service (4.1%). From the findings, the relationship between the characteristics of accessing mental health services and personal factor that was educational level and marital status. Also, there were the relationship between the characteristics of accessing mental health services and psychiatric symptoms that were hospital admission, at least 30-minute counselling and medication prescription.

Conclusion : Access to various mental health service patterns of people in Bangkok, there was a relationship between personal factor and marital status. Moreover, there were the relation between psychiatric symptoms and the access of mental health services i.e., hospital admission, at least 30-minute counselling and prescription medication. However, the number of people in Bangkok accessing mental health services were to promote the mental health care accessibility and prevent mental illness, the effective mental health care service system should be developed.

Key words : access to mental health, bangkok, epidemiology

*Psychiatrist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

**Education Officer, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

***Public Health Technical Officer, Bureau of Mental Health Service Administration

****Registered Nurse, Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับประเทศไทยและทั่วโลก พบว่าประชากรโลกทุกเพศ วัย เศรษฐฐานะ และเชื้อชาติ ร้อยละ 25 ประสบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต¹ และหนึ่งในทุกสี่ครอบครัวจะมีสมาชิกครอบครัวอย่างน้อยหนึ่งคนเจ็บป่วยทางจิตเวช มีการศึกษาแบบ meta-analysis² พบผู้ที่อาศัยอยู่ในเมืองที่มีความหนาแน่นของประชากรมากมีความเสี่ยงสูงกว่าร้อยละ 20 ที่จะมีการพัฒนาไปสู่ความผิดปกติของความวิตกกังวล และมากกว่าร้อยละ 40 มีความเสี่ยงในการพัฒนาไปสู่ความผิดปกติทางอารมณ์สำหรับความผิดปกติโรคทางจิตเภทกลับพบว่ามีความเสี่ยงของการเกิดโรคได้ถึง 2 เท่า ที่ต้องสัมผัสสิ่งแวดล้อมของสภาพในเมืองและจากภาวะของโรค เมื่อมีการศึกษาในระยะยาว³ ของโรคจิตเภทพบว่า เป็นตัวแปรทางระบาดวิทยาามากกว่าความผิดปกติทางจิตอื่นๆ ในขณะที่ปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้นแต่การไม่ได้เข้าถึงบริการสุขภาพจิตกลับยังคงเป็นปัญหาอยู่ ข้อมูลการสำรวจขององค์การอนามัยโลก¹ ในประเทศต่างๆ พบผู้ป่วยโรคจิตเวชรุนแรงไม่ได้รับการรักษาถึงร้อยละ 75 ในขณะที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 100 คน มีเพียง 10 คนเท่านั้นที่มาพบแพทย์

ประเทศไทยมีการศึกษาถึงอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตทำให้เกิด “ช่องว่าง” พบความหลากหลายของปัจจัยที่เป็นอุปสรรคหลายอย่าง⁴ ได้แก่ การขาดความรู้

ความเข้าใจที่ถูกต้องของประชาชน การตีตราผู้ป่วย ทักษะคิดเชิงลบต่อผู้ป่วยและการรักษาพยาบาล ความไม่เข้าใจในระบบประกันสุขภาพและไม่ครอบคลุมการรักษาทางจิตเวช แต่มีการศึกษาจำนวนมากได้พยายามศึกษาวิธีการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในเมืองใหญ่ของประเทศต่างๆ ทั่วโลกซึ่งเป็นความหวังให้ผู้คนได้มีคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตดี กลับพบการวิจัยในปัจจุบันทั่วโลกเชิงสำรวจและมีนัยสำคัญของผลดีจากการใช้บริการสุขภาพจิตผ่านอินเทอร์เน็ต⁶⁻⁹ แม้อินเทอร์เน็ตจะมีข้อเสีย¹⁰ ในการบำบัดจากข้อมูลที่มีความหลากหลาย กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ว่างงาน ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีความรู้เพียงพอในการใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์หรือผู้ที่เข้ารับบริการที่ชอบการพบปะผู้รับการบำบัดแบบ face to face นั้น พบว่า¹¹⁻¹² มีผู้นิยมใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในสังคมเมือง รวมทั้งการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อรับบริการสุขภาพจิตและพบว่าในประเทศที่พัฒนาแล้วเกือบทุกประเทศ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹³ จึงเห็นความจำเป็นของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้ครอบคลุมโดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร โดยตั้งเป้าภายในปี 2559 ผู้ป่วยโรคจิตต้องเข้าถึงบริการไม่ต่ำกว่าร้อยละ 45 และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ต่ำกว่าร้อยละ 37 การวิจัยเชิงสำรวจและความสัมพันธ์ที่ทำให้มีการรับบริการสุขภาพจิตของคนกรุงเทพมหานคร จากข้อมูลปี 2556 ใช้เครื่องมือ WMH: CIDI 3.0 (PAPI)¹⁴ มีการสัมภาษณ์ประชาชนทั่วไปในกรุงเทพมหานครนั้นที่ผ่านมา พบว่ายังไม่มีข้อมูลของการศึกษาดังกล่าวนี้มาก่อน

ดังนั้นประโยชน์การศึกษาเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาประกอบในการวางแผน เพื่อมีแนวทางหรือมาตรการในการส่งเสริมการเข้าถึงเพื่อดูแลการดูแลประชาชนและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของพื้นที่ได้จำเพาะมากขึ้น ส่งผลต่อความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ต่อการเข้าถึงบริการตามเป้าหมายต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจระดับชาติของสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ดำรงในครัวเรือนที่สุ่มได้ (household survey) โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบหน้าต่อหน้า (face-to-face interview) สุ่มแบบ 4 ขั้นภูมิ (stratified four-stage cluster sampling) ข้อมูลระดับภาคและกรุงเทพมหานครสามารถเป็นตัวแทนประชากรระดับพื้นที่ได้ ดำรงในประชากรไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคลอย่างน้อย 3 เดือน

พื้นที่ในกรุงเทพมหานครกำหนดให้เขตเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง (primary sampling units: PSUs) สุ่มเลือกเขตแบบมีระบบ (systematic sampling) ได้เขตตัวอย่าง 4 เขต ได้แก่ เขตบางรัก เขตจอมทอง เขตวังทองหลาง และเขตคลองสามวา หน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง (secondary sampling units: SSUs) เป็นเขตแขนนับ (enumeration areas: EAs) ที่มีจำนวนครัวเรือนประมาณ 150 - 200 หลังคาเรือนต่อ EA สุ่มโดยให้ความน่าจะเป็นเป็นสัดส่วนกับหน่วยวัดขนาด (probability

proportional to size) ได้จำนวนตัวอย่างในกรุงเทพมหานคร 53 EAs ครัวเรือนตัวอย่างเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม (tertiary sampling units; สุ่มแบบมีระบบได้ตัวอย่างทั้งสิ้น 1,272 ครัวเรือน และหน่วยตัวอย่างขั้นสุดท้าย (ultimate sampling units; USUs) ได้แก่ สมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป นำมาจัดเรียงลำดับตามอายุจากมากไปหาน้อย จากชายไปหญิง และสุ่มเลือกด้วยตารางคิช (Kish selection table) โดยไม่สามารถสุ่มทดแทนได้ ยินยอมเข้าร่วมโครงการและสัมภาษณ์ครบถ้วน 715 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจคือ World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นเครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวชที่ใช้การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างอย่างสมบูรณ์ มีความเที่ยงตรงในการวินิจฉัยโรคจิตเวชสูง ในการสำรวจครั้งนี้ใช้เครื่องมือฉบับกระดาษและดินสอ (paper and pencil instrument) โดยเลือก 18 หมวด จาก 42 หมวด สามารถให้การวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV และ ICD-10 โดยรายงานเป็นความเจ็บป่วยตลอดชีพ (lifetime disorder)

การวิจัยนี้ได้รับพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) กระทรวงสาธารณสุข หมายเลข 77/2556

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรมทางสถิติ แสดงผลเป็นจำนวน ร้อยละ และสถิติทดสอบเพียร์สันไคสแควร์ (chi-square) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ

ไว้ที่น้อยกว่า 0.05 ($p < 0.05$)

ผล

ลักษณะทั่วไป

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 715 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.2 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี ร้อยละ 39.9 ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหรือเรียนระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 39.4 มีงานทำ ร้อยละ 67.6 และส่วนมากสถานภาพสมรส ร้อยละ 53.4 (ตารางที่ 1)

ภาพรวมของผลการสำรวจโรคทางจิตเวชของคนกรุงเทพมหานคร

จากการสำรวจด้วยเครื่องมือ World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทย พบความชุกโรคจิตเวชหลักอย่างใดอย่างหนึ่งตลอดชีพอย่างเดียว (major mental disorder) ร้อยละ 10.6 ความชุกโรคจิตเวชรองอย่างใดอย่างหนึ่งและปัญหาสุขภาพจิตตลอดชีพอย่างเดียว (minor mental

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรในกรุงเทพมหานคร (n = 715)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	206	28.8
หญิง	509	71.2
อายุ (เฉลี่ย 46.05 ± 15.77 ปี)		
< 40 ปี	285	39.9
41 – 60 ปี	283	39.6
> 60 ปี	147	20.6
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	282	39.4
มัธยมศึกษา	263	30.8
อุดมศึกษา	170	23.8
อาชีพ		
ว่างงาน	232	32.4
มีงานทำ	483	67.6
สถานภาพสมรส		
โสด	160	22.4
สมรส	382	53.4
หม้าย/หย่า/แยก	173	24.2

disorder) ร้อยละ 2.8

พบความชุกโรคจิตเวชหลักอย่างใดอย่างหนึ่งตลอดชีพร่วมกับโรคจิตเวชรองอย่างใดอย่างหนึ่งและปัญหาสุขภาพจิตตลอดชีพ ร้อยละ 11.5 และไม่พบโรคทางจิตเวช ร้อยละ 75.1 (ตารางที่ 2)

ลักษณะการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตของคนกรุงเทพมหานคร

ลักษณะการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตของคนกรุงเทพมหานคร พบการนอนโรงพยาบาลหรือสถานอื่นใด ร้อยละ 1.8 ไม่พบการใช้บริการอินเทอร์เน็ตเพื่อดูแลปัญหาสุขภาพจิต พบการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือกันเองเพื่อดูแลปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 0.3 พบการใช้บริการโทรศัพท์สายด่วนสุขภาพจิต ร้อยละ 0.3 พบการได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อดูแลปัญหาสุขภาพจิต อย่างน้อย 30 นาที ร้อยละ 1.8 และพบการได้รับยาเพื่อดูแลปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 4.1 (ตารางที่ 3)

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตกับปัจจัยส่วนบุคคลในกรุงเทพมหานคร

จากตารางที่ 4 พบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตกับปัจจัยส่วนบุคคล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05 คือ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการใช้โทรศัพท์สายด่วนเพื่อดูแลปัญหาสุขภาพจิต และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลหรือสถานอื่นใด เพื่อดูแลปัญหาสุขภาพจิต

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตกับอาการทางจิตเวชในกรุงเทพมหานคร

จากตารางที่ 5 พบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตกับอาการทางจิตเวช ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05 คือ การนอนโรงพยาบาลหรือสถานอื่นใด เพื่อดูแลปัญหาสุขภาพจิต

ตารางที่ 2 ภาพรวมของผลการสำรวจโรคทางจิตเวชของคนกรุงเทพมหานคร (n = 715)

โรคทางจิตเวช	จำนวน	ร้อยละ
major mental disorder* อย่างเดียว	76	10.6
minor mental disorder** อย่างเดียว	20	2.8
major mental disorder* + minor mental disorder**	82	11.5
ไม่พบอาการทางจิตเวช	486	75.1

*major mental disorder = Affective disorder หรือ Anxiety disorder หรือ Substance use disorder หรือ Psychotic experience อย่างใดอย่างหนึ่ง

**minor mental disorder = Nicotine dependence หรือ Intermittent explosive disorder หรือ Pathological gambling หรือ Any suicidal behavior อย่างใดอย่างหนึ่ง

ตารางที่ 3 ลักษณะการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตของคนกรุงเทพมหานคร (n = 715)

รูปแบบการเข้ารับบริการ	จำนวน	ร้อยละ
นอนโรงพยาบาลหรือสถานอื่นใด เพื่อดูแลปัญหาสุขภาพจิต		
ไม่เคย	702	98.2
เคย	13	1.8
ใช้บริการอินเทอร์เน็ต เพื่อดูแลปัญหาสุขภาพจิต		
ไม่เคย	715	100.0
เคย	0	0.0
เข้าร่วมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันเอง เพื่อดูแลปัญหาสุขภาพจิต		
ไม่เคย	712	99.7
เคย	2	0.3
ใช้บริการโทรศัพท์สายด่วน เพื่อดูแลปัญหาสุขภาพจิต		
ไม่เคย	713	99.7
เคย	2	0.3
ได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อดูแลปัญหาสุขภาพจิต อย่างน้อย 30 นาที		
ไม่เคย	702	98.2
เคย	13	1.8
ได้รับยา เพื่อดูแลปัญหาสุขภาพจิต		
ไม่เคย	686	95.9
เคย	29	4.1

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตกับปัจจัยส่วนบุคคล

การเข้ารับบริการ	ระดับการศึกษา			p-value
	ไม่ได้เรียน/ประถมฯ	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ใช้บริการโทรศัพท์สายด่วน				
ไม่เคย	282 (39.6)	263 (36.9)	168 (23.6)	0.040*
เคย	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	
การเข้ารับบริการ	สถานภาพสมรส			p-value
	โสด	สมรส	หม้าย/หย่า/แยก	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
นอนโรงพยาบาลหรือสถานอื่นใด				
ไม่เคย	158 (22.5)	378 (53.8)	166 (33.6)	0.041*
เคย	2 (15.4)	4 (30.8)	7 (53.8)	

*p-value < 0.05, Pearson Chi-Square

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตกับอาการทางจิตเวช

การเข้ารับบริการ	ไม่พบอาการทางจิตเวช	major mental disorder	minor mental disorder	major + minor mental disorder	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
นอนโรงพยาบาลหรือสถานอื่นใด					
ไม่เคย	535 (76.2)	71 (10.1)	20 (2.8)	76 (10.8)	< 0.001*
เคย	2 (15.4)	5 (38.5)	0 (0.0)	6 (46.2)	
ใช้บริการอินเทอร์เน็ต					
ไม่เคย	537 (75.1)	76 (10.6)	20 (2.8)	82 (11.5)	-
เคย	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
เข้าร่วมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันเอง					
ไม่เคย	537 (75.3)	75 (10.5)	20 (2.8)	81 (11.4)	0.069
เคย	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	
ใช้บริการโทรศัพท์สายด่วน					
ไม่เคย	536 (75.2)	76 (10.7)	20 (2.8)	81 (11.4)	0.386
เคย	1 (50.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	
ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างน้อย 30 นาที					
ไม่เคย	535 (76.2)	72 (10.3)	19 (2.7)	76 (10.8)	< 0.001*
เคย	2 (15.4)	4 (30.8)	1 (7.7)	6 (46.2)	
ได้รับยา					
ไม่เคย	525 (76.5)	69 (10.1)	18 (2.6)	74 (10.8)	< 0.001*
เคย	12 (41.4)	7 (24.1)	2 (6.9)	8 (27.6)	

*p-value < 0.05, Pearson Chi-Square

การได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อดูแลปัญหาสุขภาพจิต อย่างน้อย 30 นาที และการได้รับยา เพื่อดูแลปัญหาสุขภาพจิต

อภิปราย

การเข้ารับบริการด้วยการนอนโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นใดมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสถานะภาพสมรส อาจเกิดกลุ่ม

ตัวอย่างที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม และการมีสถานะภาพโสดหรืออยู่ตัวคนเดียวจะมีการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำได้¹⁵⁻¹⁸ และการมีสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้บุคคลได้ระบายความทุกข์ ความกังวลที่มีอยู่ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความสำคัญส่งผลสะท้อนต่อพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งหมายถึงการที่บุคคลที่ไว้วางใจให้การสนับสนุน

ทั้งข้อมูลข่าวสาร ทรัพย์สิน เงินทอง ร่วมมือ
กันนำสู่การมีสุขภาพที่ดีต่อไป¹⁹

การเข้ารับบริการด้วยใช้บริการโทรศัพท์
สายด่วนมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา
สำหรับการศึกษาในประเทศไทย²⁰ มีการใช้
โทรศัพท์เป็นเครื่องมือในการสัมภาษณ์โดย
บุคลากรของกรมสุขภาพจิตที่ผ่านทักษะการ
ฝึกอบรมการให้คำปรึกษามาแล้ว อาจให้
บริการปรึกษาในกรณีที่มีขึ้นได้ระหว่างการ
สัมภาษณ์ แต่การเก็บข้อมูลครั้งนี้ก็ไม่ใช้
บริการปรึกษา สำหรับการบริการด้วยการใช้
บริการโทรศัพท์สายด่วนมีคำอธิบายว่า²¹ การ
ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์เป็นกระบวนการ
สนับสนุนทางจิตวิทยา และบริการทางสังคม
เพื่อช่วยเหลือผู้ใช้บริการที่ประสบความยุ่งยาก
ใจในการดำเนินชีวิต และร้องขอความช่วยเหลือ
จากผู้ให้การปรึกษาโดยใช้โทรศัพท์เป็น
สื่อ ซึ่งเป็นบริการที่สะดวก เข้าถึงบริการ
ได้โดยง่าย ค่าใช้จ่ายน้อย รวดเร็ว และ
มีความเท่าเทียมกัน แต่การให้การปรึกษาทาง
โทรศัพท์ไม่ใช่การสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปที่
ผู้รับบริการต้องตอบทุกคำถาม ผู้ให้คำปรึกษา
ต้องมีทักษะการสื่อสารที่ดีมีทัศนคติที่ดีต่อ
ผู้ใช้บริการ เป็นการสื่อสารแบบ 2 ทางที่
ให้บริการแบบส่วนตัวโดยไม่ต้องเปิดเผยตัวผู้ใช้
บริการและข้อมูลต้องมีข้อตกลงให้ผู้รับบริการ
ทราบถึงการเป็นความลับในการให้บริการ
ปรึกษา²²⁻²⁵ ดังนั้นข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้
ของผู้ตอบแบบสอบถามจึงไม่สามารถระบุ
ลงไปได้ว่าปัจจัยด้านการศึกษาจะสัมพันธ์กับ
การเข้ารับบริการโทรศัพท์สายด่วน เนื่องจาก
กระบวนการให้บริการโทรศัพท์สายด่วน

ข้อมูลที่ได้จะเป็นเฉพาะประเด็นปัญหาจึงไม่
ใช้ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ

การเข้ารับบริการด้วยการนอนโรง
พยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นเพื่อดูแลปัญหา
สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับอาการทางจิตเวช
สอดคล้องกับการศึกษาของ Sheilagh Hodgins
และคณะ²⁶ ศึกษาในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วย
รุนแรงทางจิตจากโรคจิตเภท โรคจิตที่มีความ
ผิดปกติด้านอารมณ์ โรคอารมณ์สองขั้ว
โรคซึมเศร้าหรือโรคจิตที่เกิดจากการใช้สาร
เสพติดหรือสุราของชุมชนเมืองชั้นในทั่ว
ประเทศอังกฤษ พบว่าผู้มีอาการรุนแรงทาง
จิตจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
เพื่อการดูแลรักษา ดังนั้นการบำบัดรักษาใน
โรงพยาบาลจะช่วยให้มีการจัดการรักษาหรือ
หา intervention ที่เหมาะสมและมีความเฉพาะ
เจาะจงได้เพื่อลดอาการทางจิตที่รุนแรง

การเข้ารับบริการด้วยได้รับการให้
คำปรึกษาอย่างน้อย 30 นาที เพื่อดูปัญหา
สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับอาการทางจิตเวช
เนื่องจากการให้คำปรึกษาสามารถช่วยเหลือผู้
มีปัญหาสุขภาพจิตได้ สอดคล้องกับการศึกษา
ของ Daisuke Fujisawa และคณะ²⁷ ศึกษาการ
ให้การปรึกษาแบบปรับเปลี่ยนความคิดและ
พฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy :
CBT) พบว่าการบำบัดโดยใช้ CBT เป็นวิธี
หนึ่งที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้โดยการปรับ
เปลี่ยนความคิดในทางลบที่ทำให้เกิดภาวะซึม
เศร้า²⁸

การเข้ารับบริการด้วยการได้รับยา
เพื่อดูแลปัญหาสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับ
อาการทางจิตเวช เนื่องจากรักษาด้วยยาเป็น

วิธีการรักษาหลักของผู้ป่วยจิตเวช สอดคล้องกับการศึกษาของ Ying-Tzu Chang และคณะ²⁹ พบว่าผู้ป่วยร่วมมือในการทานยา เนื่องจากประโยชน์ที่ได้จากตัวยา การสนับสนุนจากครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ค่านิยมของความกตัญญูของผู้ป่วยที่เชื่อฟังพ่อแม่อย่างเคร่งครัดในการรักษา การมีความหวังจากการรักษาใกล้เคียงกับการศึกษาของ Staring และคณะ³⁰ พบว่าการบำบัดรักษาด้วยการสร้างความร่วมมือปฏิบัติตาม ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญให้กับผู้ป่วยในการได้ประโยชน์จากการมีส่วนร่วมในการรักษา และเกิดการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และเมื่อติดตามไป 6 เดือนยังคงพบนัยสำคัญเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอแล้วยังพบว่าทำให้การเข้ารับการรักษาลดลง

สรุป

การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในรูปแบบต่างๆ ของคนกรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส นอกจากนี้โอกาสทางจิตเวชมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต คือ การนอนโรงพยาบาลหรือสถานอื่นใด การได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อดูแลปัญหาสุขภาพจิต อย่างน้อย 30 นาที และการได้รับยา ยังพบว่าผู้มีโอกาสทางจิตเวชมีการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่น้อย จึงควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมในการเข้าถึงบริการในเขตพื้นที่บริการ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตก่อนเกิดความเจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพ

กิตติกรรมประกาศ

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทย ระดับชาติ ปี 2556 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณโดยกรมสุขภาพจิต และบางส่วนจากสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programmed: scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. WHO: Geneva; 2008: 11-2.
2. Stanford Report, June 30, 2015. Stanford researchers find mental health prescription: Nature. Study finds that walking in nature yields measurable mental benefits and may reduce risk of depression.
3. Haddad L, Schäfer A, Streit F, Lederbogen F, Grimm O, Wüst S, et al. Brain Structure Correlates of Urban Upbringing, an Environmental Risk Factor for Schizophrenia. Schizophr Bull 2015; 41(1): 115-22.
4. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. “เดิมเดิมช่องว่าง” การเข้า (ไม่) ถึงบริการของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต. Policy Brief 2556; 1 (1).
5. Mitchell, Vella-Brodrick, Klein. Positive psychology and the internet. Electronic Journal of Applied Psychology 2010; 6(2): 30-41.
6. Powell J, Clarke A. Internet information-seeking in mental health Population survey. The British Journal of Psychiatry Aug 2006; 189(3): 273-77.

7. Tsai J, Klee A, Rosenheck RA, Harkness L. Internet Use Among Veterans With Severe Mental Illness. *PSYCHIATRIC SERVICES* 2014; 65(4).
8. Yao XY, Li Z, Arthur D, Hu LL, Cheng G. The feasibility of an internet-based intervention for Chinese people with mental illness: A survey of willingness and attitude. *International Journal of Nursing Sciences* 2014; 1(1): 28–33.
9. Burns JM, Davenport TA, Durkin LA, et al. The internet as a setting for mental health service utilisation by young people. *Medical Journal of Australia* 2010; 192: S22–26.
10. Mitchell J, Stanimirovic R, Klein B, Vella-Brodrick D. A randomised controlled trial of a self-guided internet intervention promoting wellbeing. *Computers in Human Behavior* 2009; 25: 749–60.
11. Parks AC. Positive psychotherapy: Building a model of empirically supported self-help. Unpublished Doctoral Thesis, University of Pennsylvania, Pennsylvania; 2009.
12. Australian Bureau of Statistics. Household Use of Information Technology, Australia, 2014–15. [online]. Available from: <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/8146.0> [2016 April 8].
13. ณรงค์ สหเมธาพัฒน์. สาธารณสุขเร่งเพิ่มการเข้าถึงรักษาโรคจิต “ทิศทางและแนวโน้มการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในอนาคต” [online]. Available from: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9580000108268> [2016 March 18].
14. ศาวิตรี อัยฉนังค์กรชัย, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา. ระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับประเทศ พ.ศ. 2556 (Thai National Mental Health Survey 2013). การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 14 ประจำปี 2558 กรุงเทพฯ: ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์คอนเวนชั่น.
15. Lin CH, Chen WL, Lin CM, Lee MD, Ko MC, Li CY. Predictors of psychiatric readmissions in the short- and long-term: a population-based study in Taiwan. *Clinics (Sao Paulo)* 2010; 65(5): 481–9.
16. Oiesvold T, Saarento O, Sytema S, Vinding H, Göstas G, Lönnerberg O, Muus S, Sandlund M, Hansson L. Predictors for readmission risk of new patients: the Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101(5): 367–73.
17. Priebe S, Katsakou C, Amos T, Leese M, Morriss R, Rose D, Wykes T, Yeeles K. Patients’ views and readmissions 1 year after involuntary hospitalization. *The British Journal of Psychiatry* 2008; 194(1): 49–54.
18. Ahmedani BK, Solberg LI, Copeland LA, Fang-Hollingsworth Y, Stewart C, Hu J, et al. Psychiatric comorbidity and 30-day readmissions after hospitalization for Heart Failure, Acute Myocardial Infarction and Pneumonia, *Psychiatric Services* 2015; 66(2): 134–40.
19. House JS, Kahn RL. Measures and concepts of social support. In: Cohen S, Syme SL, eds. *Social Support and Health*. Orlando, Fla: Academic Press, 1985: 83–108.

20. วรวรรณ จูฑา, ดวงกมล สิมจันทร์, เขมจิรา โกลิพา, รัชฎ์ เรืองจุติโพธิ์พาน, ชุพาวดี พรหมบุตร, กมลวรรณ จันทรโชติ. การเฝ้าระวังความเครียดของคนไทยในช่วงเดือนเมษายน 2552 – มกราคม 2554. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 10 และการประชุมวิชาการพัฒนาสติปัญญาเด็กไทย ครั้งที่ 8 ประจำปี 2554 กรุงเทพฯ: โรงแรมปริ้นซ์พาเลซ มหานาค.
21. สุจิรา เนาวรัตน์. ลักษณะปัญหาเกี่ยวกับความต้องการบริการปรึกษาทางโทรศัพท์ของผู้รับบริการตลอด 24 ชั่วโมง: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2544.
22. Soet JE, Basch CE. The telephone as a communication medium for health education. *Health Educ Behav* 1997; 24: 759-72.
23. McBride CM, Rimer BK. Using the telephone to improve health behavior and health service delivery. *Patient Educ Couns* 1999; 37: 3-18.
24. Marcus AC, Garrett KM, Kulchak-Rahm A, et al. Telephone counseling in psychosocial oncology: a report from the Cancer Information and Counseling Line. *Patient Educ Couns* 2002; 46: 267-75.
25. Anderson M, Duffy K, Hallett CD, et al. Cancer prevention counseling on telephone helplines. *Public Health Rep* 1992; 107: 278-83.
26. Hodgins S, Alderton J, Cree A, Aboud A, Mak T. Aggressive behavior, victimisation and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalization. *The British Journal of Psychiatry* Sep 2007; 191(4): 343-50.
27. Fujisawa D, Nakagawa A, Tajima M, Sado M, Kikuchi T, Hanaoka M, et al. Cognitive behavioral therapy for depression among adults in Japanese clinical settings: a single-group study. *BMC Research Notes* 2010; 3: 160.
28. Beck AT, Rush AJ, Shaw B, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford; 1979.
29. Chang YT, Tao SG, Lu CL. Qualitative inquiry into motivators for maintaining medication adherence among Taiwanese with schizophrenia. *International Journal of Mental Health Nursing* 2013; 22(3): 272–8.
30. Staring ABP, Gaag MV, Koopmans GT, Selten JP, Van Beveren JM, Hengeveld MW, et al. Treatment adherence therapy in people with psychotic disorders: randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 2010; 197(6): 448-55.