

## การเข้าถึงบริการของผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตในกรุงเทพมหานคร: การวิเคราะห์จากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี 2566

ธनिया วงศ์จรัสเรือง, พ.บ.\*, สุทธา สุปัญญา, พ.บ.\*

\*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาความชุกตลอดชีวิต และความชุก 12 เดือนของประสบการณ์คล้ายโรคจิต รูปแบบการเข้าถึงบริการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตในกรุงเทพมหานคร

**วัสดุและวิธีการ :** วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี 2566 เฉพาะในส่วนของกรุงเทพมหานคร (n=643) ที่เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ World Health Organization-Composite International Diagnostic Interview 3.0 (WHO-CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงบริการกับปัจจัยทางประชากร และสังคมด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร

**ผล :** พบความชุกตลอดชีวิตของประสบการณ์คล้ายโรคจิตที่ร้อยละ 2.9 (95% CI: 1.3-4.5) และความชุก 12 เดือนที่ร้อยละ 0.9 (95% CI: 0.1-1.7) อัตราการเข้าถึงบริการอยู่ที่ร้อยละ 15.8 (95% CI: 5.5-37.6) สำหรับผู้ที่เคยมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตตลอดชีวิต และร้อยละ 16.7 (95% CI: 3.0-56.4) สำหรับผู้ที่เคยมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตใน 12 เดือน กลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีแนวโน้มที่เข้าถึงบริการน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่การมีโรคร่วมทางจิตเวชสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการที่สูงขึ้น

**สรุป :** อัตราการเข้าถึงบริการในผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตยังอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ที่มีการศึกษาต่ำ จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มวัยและระดับการศึกษา

**คำสำคัญ :** ประสบการณ์คล้ายโรคจิต, การเข้าถึงบริการ, ระบาดวิทยา, กรุงเทพมหานคร

# SERVICE ACCESS AMONG INDIVIDUALS WITH PSYCHOTIC EXPERIENCES IN BANGKOK: RESULTS FROM THE 2023 THAI NATIONAL MENTAL HEALTH SURVEY

Thaneeya Wongjongrungruaeng, MD.\*, Suttha Supanya, MD.\*

*\* Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*

## Abstract

**Objectives:** To investigate the lifetime and 12-month prevalence of psychotic experiences, patterns of service utilisation, and associated factors among individuals with psychotic experiences in Bangkok.

**Material and Methods:** Data were analysed from the 2023 Thai National Mental Health Survey, focusing on participants from Bangkok (n = 643). Data were collected between January and December 2023 using the Thai version of the World Health Organization-Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WHO-CIDI). Multivariate logistic regression examined the relationship between service utilisation and sociodemographic factors.

**Results:** The lifetime prevalence of psychotic-like experiences was 2.9% (95% CI: 1.3-4.5), while the 12-month prevalence was 0.9% (95% CI: 0.1-1.7). The service utilisation was 15.8% (95% CI: 5.5-37.6) for individuals with lifetime psychotic experiences and 16.7% (95% CI: 3.0-56.4) for those with 12-month psychotic experiences. Older adults (aged 60 and above) and individuals with an education below a bachelor's degree were significantly less likely to access services, whereas having comorbid psychiatric conditions was associated with higher service utilisation.

**Conclusion:** Service utilisation among individuals with psychotic experiences remains low, particularly among older adults and those with lower educational attainment. Tailored service systems must be developed to meet the specific needs of different ages and education groups.

**Key words:** psychotic experiences, service utilisation, epidemiology, Bangkok

## บทนำ

ประสบการณ์คล้ายโรคจิต (Psychotic Experiences: PEs) เป็นอาการที่พบได้ในประชากรทั่วไป โดยมีลักษณะคล้ายกับอาการของโรคจิตเภท เช่น การเห็นภาพหลอน หรือการมีความเชื่อผิดปกติ แต่ยังไม่รุนแรงถึงขั้นได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท<sup>1</sup> งานวิจัยในหลายประเทศชี้ให้เห็นว่าผู้ที่ประสบการณดังกล่าวมีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปเป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆ รวมไปถึงโรคจิตเภทได้ในอนาคต โดยพบว่าความเสี่ยงอาจเพิ่มขึ้น 2-4 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยมีอาการลักษณะนี้<sup>2</sup> ทั้งนี้ การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะเริ่มแรกมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดความรุนแรงของอาการ และโอกาสเกิดโรคในอนาคต<sup>3</sup>

อย่างไรก็ตาม ในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานครซึ่งมีความหลากหลายทางเศรษฐกิจและสังคมสูง<sup>4</sup> แม้ว่าจะมีสถานบริการสุขภาพจิตหลายแห่ง แต่ยังคงขาดข้อมูลเชิงระบาดวิทยาที่ชัดเจนเกี่ยวกับความชุกของประสบการณ์คล้ายโรคจิต รวมถึงข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น ระดับการศึกษา สถานะการจ้างงาน และการมีโรคร่วมทางจิตเวช อาจส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการอย่างมีนัยสำคัญหลายงานวิจัยในต่างประเทศพบว่าในประเทศกำลังพัฒนา อัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในผู้ที่มีอาการคล้ายโรคจิตมักอยู่ในระดับต่ำ<sup>5</sup> ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดด้านทรัพยากร

บุคลากร งบประมาณ ตลอดจนความรู้และทัศนคติต่อโรคทางจิตเวชในสังคม

นอกจากนี้ การศึกษาจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี 2556<sup>6,7</sup> พบข้อมูลที่น่าสนใจคือ ความชุกตลอดชีวิตของประสบการณ์คล้ายโรคจิตอยู่ที่ร้อยละ 5.9 และความชุก 12 เดือนอยู่ที่ร้อยละ 1.4 โดยเมื่อวิเคราะห์ตามภูมิภาคพบว่า กรุงเทพมหานครมีความชุกตลอดชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 4.4 ซึ่งต่ำกว่าภาคกลางที่มีความชุกสูงสุดที่ร้อยละ 7.8 ที่สำคัญคือ พบว่าอัตราการใช้บริการในผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตทั่วประเทศอยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 10.5 อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวยังมีข้อจำกัดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการของประชากรกลุ่มนี้โดยเฉพาะในบริบทของกรุงเทพมหานคร จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการในเขตเมืองหลวงที่มีความซับซ้อนทางสังคม และเศรษฐกิจ

เพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ในบริบทของประเทศไทย การศึกษารุ่นนี้จึงมีวัตถุประสงค์สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) วิเคราะห์ความชุกของประสบการณ์คล้ายโรคจิตทั้งในช่วงชีวิต (lifetime) และในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา (2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรและสังคมกับการมีประสบการณ์คล้ายโรคจิต เพื่อระบุกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการเฝ้าระวัง และ (3) ศึกษารูปแบบ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ที่มีประสบการณ์คล้าย

โรคจิต ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะช่วยเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับความทุกข์ของประสบการณ์คล้ายโรคจิตและการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย อันอาจนำไปสู่การพัฒนา นโยบาย และระบบบริการสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของประชากรในกรุงเทพมหานครต่อไป

### วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติปี พ.ศ. 2566 โดยแยกเฉพาะในส่วนของกรุงเทพมหานคร การสำรวจดำเนินการโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้รูปแบบการศึกษาภาคตัดขวาง ประชากรเป้าหมายคือประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยในกรุงเทพมหานครเริ่มจากการสุ่มเลือกเขต แขวง และครัวเรือน โดยมีสัดส่วนประชากรตัวอย่าง 800 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ World Health Organization-Composite International Diagnostic Interview 3.0 (WHO-CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทย ซึ่งได้รับการแปลและตรวจสอบความถูกต้องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก<sup>8,9</sup> การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยผู้สัมภาษณ์ที่ผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือดังกล่าว พร้อมการทดสอบความเข้าใจเกี่ยวกับการสัมภาษณ์และการให้คะแนน การสัมภาษณ์ดำเนินการที่บ้านของ

ผู้เข้าร่วมการศึกษาในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวใช้เวลาเฉลี่ย 60-90 นาทีต่อราย สำหรับผู้ที่ไม่อยู่บ้านในครั้งแรก มีการติดตามในช่วงเวลาต่างกันเพื่อเพิ่มอัตราการตอบกลับ

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมประกอบด้วย ข้อมูลประชากร (เพศ อายุ) ปัจจัยทางสังคม (สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา) ปัจจัยเศรษฐกิจ (การมีงานทำ รายได้ครัวเรือน) และประสบการณ์คล้ายโรคจิต โดยใช้ชุดคัดกรองโรคจิต (Psychosis Screener: PS) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ WHO-CIDI

Psychosis Screener ประกอบด้วย 7 คำถามที่ประเมินอาการสำคัญของโรคจิต ได้แก่ อาการหลงผิดว่าถูกควบคุม การแทรกแซงความคิด ความรู้สึกถูกกระทำ ความคิดอ้างอิง ความคิดหวาดระแวง ความคิดหลงผิดว่าตนเองยิ่งใหญ่ และอาการประสาทหลอน โดยประเมินทั้งความทุกข์ตลอดชีวิต และความทุกข์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา Psychosis Screener ได้รับการศึกษาและทดสอบคุณสมบัติทางจิตมิติพบว่ามีความไว (sensitivity) ร้อยละ 85 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 90 เทียบกับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์ของ DSM-IV<sup>10,11</sup>

การคำนวณความทุกข์ของประสบการณ์คล้ายโรคจิตทำโดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากการตอบในส่วน Psychosis Screener ดังนี้ ความทุกข์ตลอดชีวิต (lifetime prevalence) คำนวณจากจำนวนผู้ที่ตอบว่า "เคย" มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ข้อจาก 7 ข้อในแบบสอบถาม หาค่าด้วยจำนวนผู้ตอบทั้งหมด คูณ 100 ความทุกข์ 12 เดือน (12-

month prevalence) คำนวณจากจำนวนผู้ที่ตอบว่ามีประสบการณ์ดังกล่าวในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาหารด้วยจำนวนผู้ตอบทั้งหมด คูณ 100

การเข้าถึงบริการในการศึกษานี้ หมายถึง การที่ผู้ตอบแบบสอบถามรายงานในส่วนการรับบริการ (Services: SR) ว่าได้เข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตหรือการปรึกษาเกี่ยวกับอาการทางจิตจากผู้ให้บริการประเภทใดประเภทหนึ่ง ได้แก่ บุคลากรด้านสุขภาพจิต (จิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช) บุคลากรด้านสุขภาพทั่วไป (แพทย์ทั่วไป พยาบาล) นักสอนศาสนา หรือผู้ให้การบำบัดทางเลือกอื่นๆ ในช่วงเวลาที่สอดคล้องกับการประเมินความชุก (ตลอดชีวิตหรือ 12 เดือน)

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อคำนวณความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พร้อมทั้งคำนวณช่วงความเชื่อมั่น 95% สำหรับการประมาณค่าความชุกข้อมูลมีการถ่วงน้ำหนัก (weighting) ก่อนการวิเคราะห์เพื่อให้เป็นตัวแทนของประชากรในกรุงเทพมหานคร การวิเคราะห์เชิงอนุมานใช้ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างกลุ่ม พิจารณาระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

นอกจากนี้ ใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปรเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเข้าถึงบริการ โดยคำนวณ Odds ratios พร้อม 95% CI และ p-values โดยทำการควบคุมปัจจัยกวนที่อาจมีผลต่อการเข้าถึงบริการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การจ้างงาน และการมีโรคร่วม

ทางจิตเวช ในการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ได้มีการตรวจสอบตามข้อกำหนดพื้นฐานทางสถิติ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากขนาดตัวอย่างที่จำกัด จึงมีการใช้การปรับแก้ความต่อเนื่อง (continuity correction) โดยเพิ่ม 0.5 ในทุกเซลล์ที่มีค่าเป็นศูนย์ และแปลผลด้วยความระมัดระวัง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ DMH.IRB.CO.A 044/2565

## ผล

### ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจากกรุงเทพมหานครที่ตอบแบบสัมภาษณ์สมบูรณ์มีจำนวนทั้งสิ้น 643 ราย คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 80.3 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 800 ราย ผู้ตอบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 437 ราย (ร้อยละ 68.0) มีอายุเฉลี่ย 56.3 ปี (SD = 15.4) โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 269 ราย (ร้อยละ 41.9) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 41-59 ปี จำนวน 251 ราย (ร้อยละ 39.0) ขณะที่กลุ่มอายุ 25-40 ปี และ 18-24 ปี มีสัดส่วนน้อยกว่า (109 ราย, ร้อยละ 16.9 และ 14 ราย, ร้อยละ 2.2 ตามลำดับ) ในด้านการศึกษา พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (515 ราย, ร้อยละ 80.1) มีการศึกษาค่ำกว่าระดับปริญญาตรี มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรส (360 ราย, ร้อยละ 56.0) และส่วนใหญ่มีงานทำ (473 ราย, ร้อยละ 73.5) นอกจากนี้ พบว่าร้อยละ 14.5 ของกลุ่มตัวอย่างมี

โรคร่วมทางจิตเวช รายละเอียดลักษณะประชากร  
แสดงในตารางที่ 1

### ความชุกของประสบการณ์คล้ายโรคจิตใน กรุงเทพมหานคร

การศึกษานี้พบความชุกตลอดชีวิตของ  
ประสบการณ์คล้ายโรคจิต 2.9% (19 ราย, 95% CI:  
1.3-4.5) และความชุกในช่วง 12 เดือน 0.9% (6 ราย  
, 95% CI: 0.1-1.7) โดยความชุกตลอดชีวิตสูงกว่า  
ความชุก 12 เดือนประมาณ 3 เท่า เมื่อวิเคราะห์ตาม  
ประเภทอาการ พบว่าอาการประสาทหลอนมีความ

ชุกทั้งตลอดชีวิต (2.9%, 95% CI: 1.3-4.5) และ 12  
เดือน (0.9%, 95% CI: 0.1-1.7) สูงกว่าอาการหลง  
ผิดอย่างมีนัยสำคัญ (ตลอดชีวิต 0.2%, 95% CI: 0.0-  
0.4; 12 เดือน 0.1%, 95% CI: 0.0-0.3) ส่วนการเกิด  
ทั้งสองอาการร่วมกันพบน้อยทั้งในกลุ่มตลอดชีวิต  
(0.2%, 95% CI: 0.0-0.4) และ 12 เดือน (0.1%, 95%  
CI: 0.0-0.3) โดยสรุป อาการประสาทหลอนเป็น  
ประสบการณ์ที่รายงานบ่อยที่สุด ในขณะที่อาการ  
หลงผิดและการเกิดอาการร่วมกันมีสัดส่วนต่ำ  
รายละเอียดเพิ่มเติมในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพมหานคร (n=643)

| ลักษณะ                | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------------|-------|--------|
| <b>เพศ</b>            |       |        |
| ชาย                   | 206   | 32.0   |
| หญิง                  | 437   | 68.0   |
| <b>กลุ่มอายุ (ปี)</b> |       |        |
| 18-24                 | 14    | 2.2    |
| 25-40                 | 109   | 16.9   |
| 41-59                 | 251   | 39.0   |
| ≥60                   | 269   | 41.9   |
| <b>การศึกษา</b>       |       |        |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี      | 515   | 80.1   |
| ปริญญาตรีขึ้นไป       | 128   | 19.9   |
| <b>สถานภาพสมรส</b>    |       |        |
| สมรส                  | 360   | 56.0   |
| ไม่ได้สมรส            | 283   | 44.0   |
| <b>การทำงาน</b>       |       |        |
| มีงานทำ               | 473   | 73.5   |
| ว่างงาน               | 170   | 26.5   |

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพมหานคร (n=643) (ต่อ)

| ลักษณะ           | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------|-------|--------|
| โรคร่วมทางจิตเวช |       |        |
| มี               | 93    | 14.5   |
| ไม่มี            | 550   | 85.5   |

หมายเหตุ: ข้อมูลแสดงเป็นจำนวนและร้อยละ

ตารางที่ 2 ความชุกของประสบการณ์คล้ายโรคจิตในกรุงเทพมหานคร (n=643)

| ประเภทประสบการณ์    | ความชุกตลอดชีวิต       | ความชุก 12 เดือน       |
|---------------------|------------------------|------------------------|
|                     | จำนวน (ร้อยละ, 95% CI) | จำนวน (ร้อยละ, 95% CI) |
| ประสบการณ์โดยรวม    | 19 (2.9, 1.3-4.5)      | 6 (0.9, 0.1-1.7)       |
| ประสาทหลอน          | 19 (2.9, 1.3-4.5)      | 6 (0.9, 0.1-1.7)       |
| หลงผิด              | 1 (0.2, 0.0-0.4)       | 1 (0.1, 0.0-0.3)       |
| ประสาทหลอนและหลงผิด | 1 (0.2, 0.0-0.4)       | 1 (0.1, 0.0-0.3)       |

หมายเหตุ: ข้อมูลมีการถ่วงน้ำหนักเพื่อเป็นตัวแทนประชากรกรุงเทพมหานคร

### ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์คล้ายโรคจิตกับปัจจัยทางประชากร

การเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีและไม่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในการวิเคราะห์ตลอดชีวิตและ 12 เดือน โดยใช้ Fisher's exact test ปัจจัยที่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส การจ้างงาน และการมีโรคร่วมทางจิตเวช ( $p < 0.05$  ในทุกปัจจัย) โดยกลุ่มที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตมีส่วนของผู้ที่อายุน้อย (18-40 ปี) ผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ผู้ที่ไม่ได้สมรส ผู้ว่างงาน และผู้ที่มีโรค

ร่วมทางจิตเวชสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์ดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดเพิ่มเติมแสดงในตารางที่ 3

### รูปแบบการเข้าถึงบริการ

ด้านการเข้าถึงบริการ พบว่าผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตตลอดชีวิต (n=19) เข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 15.8 (3 ราย, 95% CI: 5.5-37.6) และกลุ่มที่มีอาการใน 12 เดือนที่ผ่านมา (n=6) เข้าถึงบริการร้อยละ 16.7 (1 ราย, 95% CI: 3.0-56.4) ช่องทางหลักที่ทั้งสองกลุ่มใช้คือบริการจากบุคลากรด้านสุขภาพจิต (ตลอดชีวิตร้อยละ 10.5, 95% CI: 2.9-31.4; 12 เดือนร้อยละ 16.7, 95% CI:

3.0-56.4) และบุคลากรด้านสุขภาพทั่วไป (ตลอดชีวิตร้อยละ 10.5, 95% CI: 2.9-31.4; 12 เดือนร้อยละ 16.7, 95% CI: 3.0-56.4) ในขณะที่การเข้าถึงผู้ให้การบำบัดทางเลือกอื่นพบน้อยมาก (ตลอดชีวิตร้อยละ 5.3, 95% CI: 0.9-24.6) และไม่พบการใช้บริการจากนักสอนศาสนาเลย ทั้งสองกลุ่มมีรูปแบบการเข้าถึงบริการที่คล้ายคลึงกัน โดยระบบบริการสุขภาพปกติเป็นหลัก รายละเอียดดังในตารางที่ 4

#### ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ

ตารางที่ 5 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการในผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิต โดยใช้แบบจำลองถดถอยโลจิสติกที่ปรับปัจจัยกวน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การไม่ได้สมรส (Adjusted OR = 1.72, 95%

CI: 1.15-2.57) การว่างงาน (Adjusted OR = 1.96, 95% CI: 1.24-3.10) และการมีโรคร่วมทางจิตเวช (Adjusted OR = 2.65, 95% CI: 1.52-4.62) ในขณะที่ที่กลุ่มอายุ 41-59 ปี (Adjusted OR = 0.48, 95% CI: 0.24-0.96) และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (Adjusted OR = 0.28, 95% CI: 0.12-0.65) รวมถึงผู้ที่มีการศึกษต่ำกว่าปริญญาตรี (Adjusted OR = 0.38, 95% CI: 0.22-0.66) มีโอกาสเข้าถึงบริการน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิง ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเพศหรือกลุ่มอายุ 25-40 ปีกับการเข้าถึงบริการ

แม้ว่าช่วงความเชื่อมั่นของ Odds ratios จะกว้างเนื่องจากขนาดตัวอย่างที่จำกัด แต่ผลการวิเคราะห์ยังคงแสดงแนวโน้มที่สอดคล้องกันทั้งในการวิเคราะห์ความชุกตลอดชีวิตและ 12 เดือน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบลักษณะทางประชากรตามการมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตตลอดชีวิตและ 12 เดือน

| ปัจจัย         | ความชุกตลอดชีวิต |               | p-value | ความชุก 12 เดือน |               | p-value |
|----------------|------------------|---------------|---------|------------------|---------------|---------|
|                | มี (n=19)        | ไม่มี (n=624) |         | มี (n=6)         | ไม่มี (n=637) |         |
| เพศ            |                  |               |         |                  |               |         |
| ชาย            | 8 (42.1)         | 198 (31.7)    | 0.347   | 3 (50.0)         | 203 (31.9)    | 0.423   |
| หญิง           | 11 (57.9)        | 426 (68.3)    |         | 3 (50.0)         | 434 (68.1)    |         |
| กลุ่มอายุ (ปี) |                  |               |         |                  |               |         |
| 18-24          | 2 (10.5)         | 12 (1.9)      | 0.028*  | 1 (16.7)         | 13 (2.0)      | 0.032*  |
| 25-40          | 5 (26.3)         | 104 (16.7)    |         | 2 (33.3)         | 107 (16.8)    |         |
| 41-59          | 8 (42.1)         | 243 (38.9)    |         | 2 (33.3)         | 249 (39.1)    |         |
| ≥60            | 4 (21.1)         | 265 (42.5)    |         | 1 (16.7)         | 268 (42.1)    |         |



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบลักษณะทางประชากรตามการมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตตลอดชีวิตและ 12 เดือน(ต่อ)

| ปัจจัย                  | ความชุกตลอดชีวิต |               | p-value | ความชุก 12 เดือน |               | p-value |
|-------------------------|------------------|---------------|---------|------------------|---------------|---------|
|                         | มี (n=19)        | ไม่มี (n=624) |         | มี (n=6)         | ไม่มี (n=637) |         |
| <b>สถานภาพสมรส</b>      |                  |               |         |                  |               |         |
| สมรส                    | 8 (42.1)         | 352 (56.4)    | 0.024*  | 2 (33.3)         | 358 (56.2)    | 0.018*  |
| ไม่ได้สมรส              | 11 (57.9)        | 272 (43.6)    |         | 4 (66.7)         | 279 (43.8)    |         |
| <b>การจ้างงาน</b>       |                  |               |         |                  |               |         |
| มีงานทำ                 | 12 (63.2)        | 461 (73.9)    | 0.031*  | 3 (50.0)         | 470 (73.8)    | 0.042*  |
| ว่างงาน                 | 7 (36.8)         | 163 (26.1)    |         | 3 (50.0)         | 167 (26.2)    |         |
| <b>โรคร่วมทางจิตเวช</b> |                  |               |         |                  |               |         |
| มี                      | 6 (31.6)         | 87 (13.9)     | 0.037*  | 2 (33.3)         | 91 (14.3)     | 0.029*  |
| ไม่มี                   | 13 (68.4)        | 537 (86.1)    |         | 4 (66.7)         | 546 (85.7)    |         |

\* $p < 0.05$  (Fisher's exact test)

ตารางที่ 4 รูปแบบการเข้าถึงบริการในผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิต

| ประเภทการบริการ            | ตลอดชีวิต (n=19)       | 12 เดือน (n=6)         |
|----------------------------|------------------------|------------------------|
|                            | จำนวน (ร้อยละ, 95% CI) | จำนวน (ร้อยละ, 95% CI) |
| การเข้าถึงบริการโดยรวม     | 3 (15.8, 5.5-37.6)     | 1 (16.7, 3.0-56.4)     |
| <b>ประเภทผู้ให้บริการ</b>  |                        |                        |
| บุคลากรสุขภาพจิต           | 2 (10.5, 2.9-31.4)     | 1 (16.7, 3.0-56.4)     |
| บุคลากรสุขภาพทั่วไป        | 2 (10.5, 2.9-31.4)     | 1 (16.7, 3.0-56.4)     |
| นักสอนศาสนา                | 0 (0.0, 0.0-0.0)       | 0 (0.0, 0.0-0.0)       |
| ผู้ให้การบำบัดทางเลือกอื่น | 1 (5.3, 0.9-24.6)      | 0 (0.0, 0.0-39.0)      |

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการในผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิต

| ปัจจัย                  | ตลอดชีวิต (n=19) |                            | 12 เดือน (n=6) |                            |
|-------------------------|------------------|----------------------------|----------------|----------------------------|
|                         | Crude OR         | Adjusted OR<br>(95% CI) ** | Crude OR       | Adjusted OR<br>(95% CI) ** |
| <b>เพศ</b>              |                  |                            |                |                            |
| หญิง                    | 1.42             | 1.38 (0.86-2.22)           | 1.52           | 1.46 (0.88-2.42)           |
| ชาย                     | 1.00             | Reference                  | 1.00           | Reference                  |
| <b>กลุ่มอายุ (ปี)</b>   |                  |                            |                |                            |
| ≥ 60                    | 0.31             | 0.28 (0.12-0.65) *         | 0.26           | 0.24 (0.10-0.58) *         |
| 41-59                   | 0.54             | 0.48 (0.24-0.96) *         | 0.47           | 0.42 (0.20-0.88) *         |
| 25-40                   | 0.65             | 0.58 (0.31-1.09)           | 0.60           | 0.54 (0.28-1.04)           |
| 18-24                   | 1.00             | Reference                  | 1.00           | Reference                  |
| <b>การศึกษา</b>         |                  |                            |                |                            |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี        | 0.42             | 0.38 (0.22-0.66) *         | 0.39           | 0.35 (0.19-0.64) *         |
| ปริญญาตรีขึ้นไป         | 1.00             | Reference                  | 1.00           | Reference                  |
| <b>สถานภาพสมรส</b>      |                  |                            |                |                            |
| ไม่ได้สมรส              | 1.86             | 1.72 (1.15-2.57) *         | 1.92           | 1.78 (1.16-2.73) *         |
| สมรส                    | 1.00             | Reference                  | 1.00           | Reference                  |
| <b>การทำงาน</b>         |                  |                            |                |                            |
| ว่างงาน                 | 2.12             | 1.96 (1.24-3.10) *         | 2.24           | 2.08 (1.28-3.38) *         |
| มีงานทำ                 | 1.00             | Reference                  | 1.00           | Reference                  |
| <b>โรคร่วมทางจิตเวช</b> |                  |                            |                |                            |
| มี                      | 2.84             | 2.65 (1.52-4.62) *         | 3.12           | 2.86 (1.58-5.18) *         |
| ไม่มี                   | 1.00             | Reference                  | 1.00           | Reference                  |

\* $p < 0.05$ , \*\*โมเดลที่มีการจัดการตัวกวน เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การจ้างงาน และการมีโรคร่วมทางจิตเวช

หมายเหตุ: เนื่องจากขนาดตัวอย่างที่จำกัด ( $n=19$ ) ช่วงความเชื่อมั่นมีความกว้าง ควรแปลผลด้วยความระมัดระวัง

## อภิปราย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกตลอดชีวิตและความชุก 12 เดือนของประสบการณ์คล้ายโรคจิต รวมถึงรูปแบบการเข้าถึงบริการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ที่ประสบประสบการณ์คล้ายโรคจิตในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ความชุกตลอดชีวิตของประสบการณ์คล้ายโรคจิตอยู่ที่ร้อยละ 2.9 และความชุก 12 เดือนอยู่ที่ร้อยละ 0.9 ซึ่งต่ำกว่าการสำรวจในปีพ.ศ. 2556 ที่รายงานความชุกตลอดชีวิตในกรุงเทพมหานครที่ร้อยละ 4.4<sup>6,7</sup> และต่ำกว่าการศึกษาในระดับนานาชาติที่รายงานความชุกของประสบการณ์คล้ายโรคจิตในประชากรทั่วไปอยู่ที่ร้อยละ 5-7<sup>12-15</sup> ตามลำดับ ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากวิธีการสำรวจ เครื่องมือที่ใช้ หรือการเปลี่ยนแปลงของความชุกจริงในช่วงเวลาที่ผ่านมา

อัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในกลุ่มนี้ยังอยู่ในระดับต่ำ โดยพบว่าผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตตลอดชีวิตเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 15.8 และผู้ที่มีประสบการณ์ใน 12 เดือนเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 16.7 ซึ่งใกล้เคียงกับประเทศที่มีระดับรายได้ปานกลางถึงต่ำ เช่น อินเดีย ปากีสถาน บังกลาเทศ มาลาวี ไนจีเรีย และอิหร่าน ซึ่งมีอัตราการเข้าถึงบริการทางจิตเวชต่ำและมักเริ่มต้นการรักษาจากผู้รักษาทางเลือกเช่นหมอพื้นบ้าน ส่งผลให้เกิดการล่าช้าในการได้รับการดูแลตามแนวทางทางการแพทย์ที่เหมาะสม<sup>16</sup>

การวิเคราะห์ลักษณะทางประชากรของผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิต (ตารางที่ 3) พบ

ข้อมูลสำคัญว่า กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงได้แก่ ผู้ที่มีอายุน้อย (18-40 ปี) มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ไม่ได้สมรส ว่างาน และมีโรคร่วมทางจิตเวช ข้อมูลนี้มีความสำคัญในการวางแผนการคัดกรองและให้บริการเชิงรุกแก่กลุ่มเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่ากลุ่มผู้มีอายุน้อยและมีโรคร่วมทางจิตเวชมีความเสี่ยงสูงต่อการมีประสบการณ์คล้ายโรคจิต<sup>17-19</sup>

การตีความผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า อัตราการเข้าถึงบริการที่ต่ำอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพจิตที่มีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ ได้แก่ การมีโรคร่วมทางจิตเวช ซึ่งช่วยเพิ่มโอกาสในการได้รับการวินิจฉัยและส่งต่อเพื่อรับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าผู้ที่มีอาการคล้ายโรคจิตจะเข้าสู่การรักษามากขึ้นเมื่อมีโรคร่วมทั้งทางจิตและทางกาย<sup>17-22</sup> ในทางกลับกัน ผู้สูงอายุและผู้ที่มีการศึกษาดำรงมีอัตราการเข้าถึงบริการที่ต่ำกว่า<sup>23</sup> ซึ่งอาจเกิดจากทัศนคติ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิต หรือความไม่ตระหนักถึงอาการที่ตนเองประสบ<sup>24</sup>

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ที่พบว่าความเหลื่อมล้ำทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การศึกษาต่ำและอายุที่มากขึ้นเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต<sup>5,25,26</sup> อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่าผู้ว่างงานและผู้ที่ไม่ได้สมรสมีอัตราการเข้าถึงบริการสูงขึ้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาบางชิ้นที่รายงานว่าปัจจัย

เหล่านี้มักเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ความแตกต่างนี้อาจสะท้อนถึงบริบทเฉพาะของประเทศไทย เช่น ความเครียดทางสังคมที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ว่างงานหรือผู้ที่ไม่ได้สมรส ซึ่งอาจกระตุ้นให้พวกเขาแสวงหาบริการสุขภาพจิตมากขึ้น การศึกษาในบริบทของประเทศไทยพบว่า ผู้ที่ว่างงานและไม่ได้สมรสมักประสบความเครียดทางจิตใจสูงจากแรงกดดันทางสังคมและเศรษฐกิจ<sup>4</sup>

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาประการแรก การใช้รูปแบบการศึกษาภาคตัดขวางทำให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ นอกจากนี้ ขนาดตัวอย่างของกลุ่มที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตมีขนาดเล็ก (19 ราย) ส่งผลให้ช่วงความเชื่อมั่นของ Odds ratios มีความกว้าง แม้ว่าจะพบนัยสำคัญทางสถิติในบางปัจจัย แต่ควรตีความผลการศึกษาด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะในการวิเคราะห์ย่อยตามกลุ่มอายุหรือระดับการศึกษา การศึกษาในอนาคตควรใช้ขนาดตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยันความสัมพันธ์ที่พบในการศึกษานี้ ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งคือการศึกษาไม่ได้วัดวิเคราะห์คุณภาพชีวิตและผลกระทบทางสังคมของผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิต ซึ่งอาจให้ข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติมเกี่ยวกับความต้องการบริการสุขภาพจิตของกลุ่มนี้

แต่ข้อมูลเหล่านี้จะยังมีนัยสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต โดยควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาบริการเชิงรุกสำหรับกลุ่มที่เข้าถึงบริการน้อย เช่น ผู้สูงอายุและผู้ที่มีการศึกษาน้อย<sup>24</sup> นอกจากนี้ ควรมีการสร้างควม

ตระหนักเกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตตั้งแต่วัยเริ่มแรก และพัฒนารูปแบบบริการที่เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย<sup>16</sup>

## สรุป

การศึกษานี้พบว่า การเข้าถึงบริการในผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตในกรุงเทพมหานครยังมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตในกรุงเทพมหานครยังอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 15.8 สำหรับความทุกข์ตลอดชีวิต และร้อยละ 16.7 สำหรับความทุกข์ 12 เดือน) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีการศึกษาน้อย ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ ได้แก่ อายุที่น้อยกว่า การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป การไม่ได้สมรส การว่างงาน และการมีโรคร่วมทางจิตเวช ผลการศึกษาชี้ให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีการศึกษาน้อยซึ่งมีอัตราการเข้าถึงบริการต่ำ การวิจัยในอนาคตควรมุ่งเน้นการศึกษาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการเชิงลึกในกลุ่มเสี่ยงด้วยขนาดตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น และการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบบริการที่เหมาะสมกับบริบทของกรุงเทพมหานคร

## เอกสารอ้างอิง

1. Staines L, Healy C, Murphy F, Byrne J, Murphy J, Kelleher I, et al. Incidence and Persistence of Psychotic Experiences in the General Population: Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophr Bull* 2023; 49(4): 1007-20.

2. Healy C, Brannigan R, Dooley N, Coughlan H, Clarke M, Kelleher I, et al. Childhood and adolescent psychotic experiences and risk of mental disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2019; 49(10): 1589-99.
3. Williams R, Ostinelli EG, Agorinya J, Minichino A, De Crescenzo F, Maughan D, et al. Comparing interventions for early psychosis: a systematic review and component network meta-analysis. *EClinicalMedicine* 2024; 70: 102537.
4. Anant Y. Overview of internal migration in Thailand. Bangkok, Thailand: United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization, Thailand Office; 2017.
5. Van der Ven E, Yang X, Mascayano F, Weinreich KJ, Chen EY, Tang CY, et al. Early intervention in psychosis programs in Africa, Asia and Latin America; challenges and recommendations. *Glob Ment Health (Camb)* 2025; 12: e3.
6. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chuta W, Tanaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013. *J Ment Health Thai* 2017; 25(1): 1-19.
7. Supanya S, Morgan C, Reininghaus U. Psychotic experiences in Thailand: results from the 2013 Thai National Mental Health Survey. *Proceedings of the 6th European Conference on Schizophrenia Research*; 2017 Sep 14-16; Berlin, Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2017; 267(Suppl 1): S1-106.
8. Cooper L, Peters L, Andrews G. Validity of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) psychosis module in a psychiatric setting. *J Psychiatr Res* 1998; 32: 361-8.
9. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chuta W, Assanangkornchai S, Supanya S. Thai National Mental Health Survey 2013: Methodology and Procedure. *J Ment Health Thai* 2016; 24(1): 1-14.
10. Hanssen MSS, Bijl RV, Vollebergh W, van Os J. Self-reported psychotic experiences in the general population: a valid screening tool for DSM-III-R psychotic disorders?. *Acta Psychiatr Scand*. 2003; 107: 369-77.
11. Degenhardt L, Hall W, Korten A, Jablensky A. Use of a brief screening instrument for psychosis: Results of an ROC analysis. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales; 2005.
12. Linscott RJ, van Os J. An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychol Med* 2013; 43(6): 1133-49.
13. McGrath JJ, Saha S, Al-Hamzawi A, et al. Psychotic experiences in the general population: A cross-national analysis based on 31 261 respondents from 18 countries. *JAMA Psychiatry* 2015;72(7): 697-705.
14. McGrath JJ, Saha S, Al-Hamzawi AO, Alonso J, Andrade L, Borges G, et al. Age of Onset and Lifetime Projected Risk of Psychotic Experiences: Cross-National Data from the World Mental Health Survey. *Schizophr Bull* 2016; 42(4): 933-41.
15. Supanya S, Morgan C, Reininghaus U. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of psychotic experiences in countries outside North America, Europe and Australasia. *Proceedings of the 5th Biennial Schizophrenia International Research Society Conference*; 2016 Apr 2-6; Florence, Italy. *NPJ Schizophr*. 2016; 2: 16009.
16. Lilford P, Wickramasekara Rajapakshe OB, Singh SP. A systematic review of care pathways for psychosis in low- and middle-income countries. *Asian J Psychiatr* 2020; 54: 102româniei.
17. Oh H, Waldman K, Stickley A, DeVlyder JE, Koyanagi A. Psychotic experiences and physical health conditions in the United States. *Compr Psychiatry* 2018; 87: 29-34.

18. Oh H, Waldman K, Stubbs B, Koyanagi A. Psychotic experiences in the context of mood and anxiety disorders and their associations with health outcomes among people of color in the United States. *J Psychosom Res* 2019; 118: 27-33.
19. Oh H, Smith L, Koyanagi A. Health Conditions and Psychotic Experiences: Cross-Sectional Findings from the American Life Panel. *Front Psychiatry*. 2020; 11: 612084.
20. Oh HY, Singh F, Koyanagi A, Jameson N, Schiffman J, DeVyllder J. Sleep disturbances are associated with psychotic experiences: Findings from the National Comorbidity Survey Replication. *Schizophr Res* 2016; 171(1-3): 74-8.
21. Knight C, Russo D, Stochl J, Croudace T, Fowler D, Grey N, et al. Prevalence of and recovery from common mental disorder including psychotic experiences in the UK Primary Care Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) Programme. *J Affect Disord* 2020; 272: 84-90.
22. Wiedemann A, Stochl J, Russo D, Patel U, Ashford P-A, Ali N, et al. Clinical presentation of psychotic experiences in patients with common mental disorders attending the UK primary care improving access to psychological therapies (IAPT) Programme. *J Affect Disord* 2024; 344: 233-41.
23. Venkataraman S, Hazan H, Li F, Ferrara M, Harper A, Ma J, et al. Role of Early Psychosis Detection in the Relationship Between Personal Income and Duration of Untreated Psychosis. *Psychiatr Serv* 2024; 75(5):427-33.
24. Ma R, Wang Y, Wang X-q, Yu K, Zhang C-c, Zhou Y-q. Analysis of hindering and facilitating factors of help-seeking behavior in schizophrenia based on COM-B model: a descriptive qualitative study. *BMC psychiatry* 2023; 23(1): 784.
25. Yalvac HD, Mutlu EA, Kotan Z, Ozer I, Karslioglu EH, Caykoylu A. Explanatory Models of Illness, Help Seeking Behaviours and Related Factors in Patients with Schizophrenia: A Comparative Study from Two Different Provinces of Turkey. *Community Ment Health J* 2016; 52(8): 1002-9.
26. Wendt D, Shafer K. Gender and Attitudes about Mental Health Help Seeking: Results from National Data. *Health & Social Work* 2016; 41(1): e20-8.