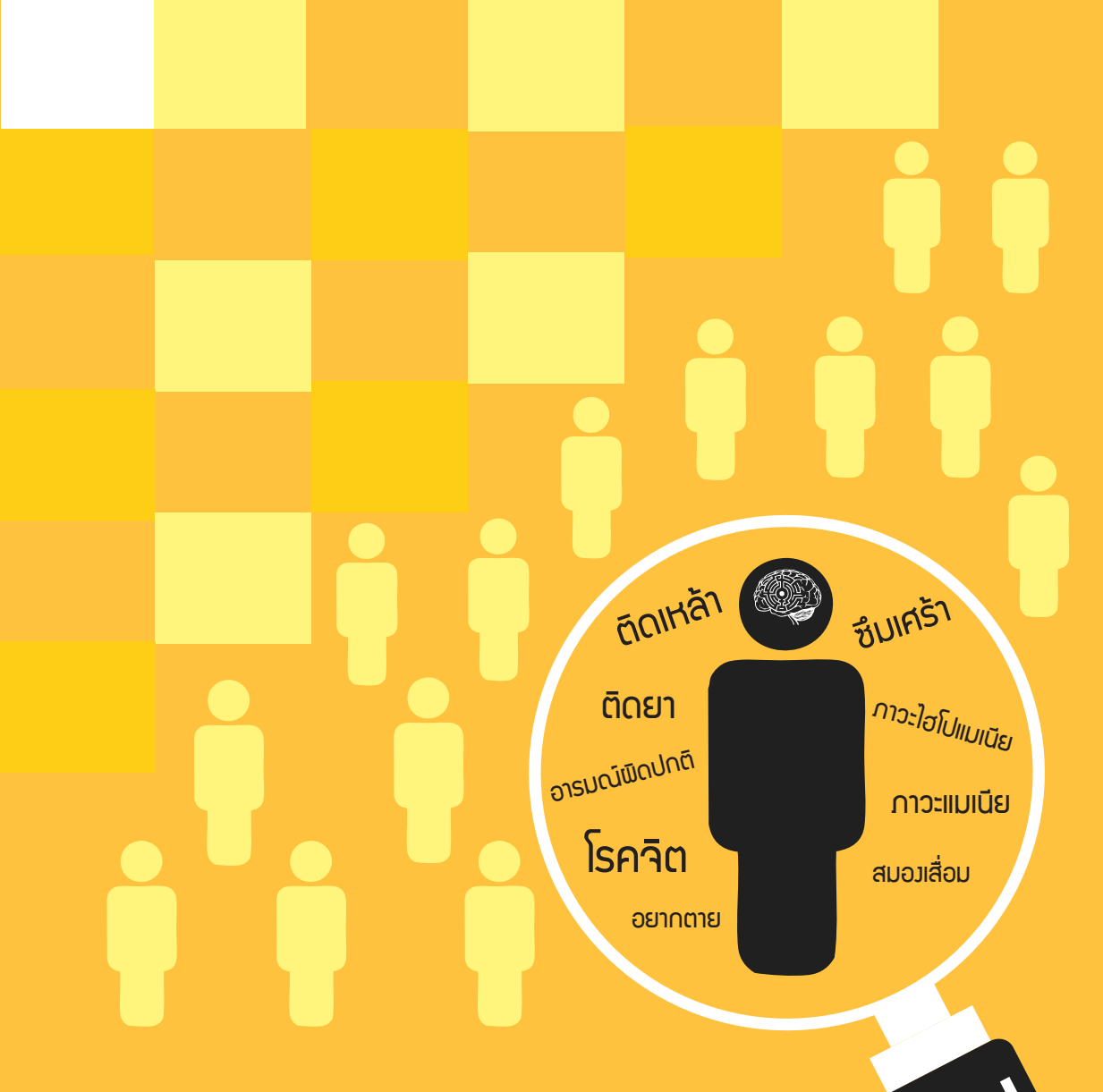




ติดเหล้า

ซึมเศร้า

ติดยา

ภาวะไฮโปแมนีย

อารมณ์ผิดปกติ

ภาวะแมนีย

โรคจิต

สมองเสื่อม

อยากตาย

ระบดวิทยาปัญหสุขภาพจิตและจิตเวช
โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการบวร
สำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด
ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(โครงการบริการสุขภาพจิตบวร)

ร:บาดวิทยาปัญหาสุภาพจิตและจิตเวช

โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการดรรบวงจ
สำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(โครงการบริการสุขภาพจิตดรรบวงจ)

สำนักงานเลขาการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ (สดสจ.) กรมสุขภาพจิต
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

รายงานฉบับสมบูรณ์

การสำรวจระดับชาติวิทยาปัญหามลพิษทางอากาศและสิ่งแวดล้อมในโครงการสนับสนุนและส่งเสริม
การบริการรถโดยสารสำหรับผู้พิการในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร)

คณะวิจัย

ดร.พญ.เบญจมาศ พงษ์กานนท์¹

นายธีระ ศิริสมุท²

นายสุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล²

นางสาวรัตน พวงลัดดา¹

นางกนกวรรณ สดศรีวิไล¹

ที่ปรึกษา

นพ.บุญชัย นวมงคลวัฒนา¹

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์²

ผศ.ดร.ลีลี อิงศรีสว่าง^{2,3}

¹ สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ (สคสช.) อาคาร 3 ชั้น 5 กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ จ.นนทบุรี 10110 โทรศัพท์: 02-149-5584

² โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) อาคาร 6 ชั้น 6 กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ จ.นนทบุรี 10110 โทรศัพท์: 02-590-4549, 02-590-437

³ ภาควิชาสถิติ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เลขที่ 50 ถนนพหลโยธิน เขตจตุจักร กรุงเทพฯ
10900

กิตติกรรมประกาศ

รายงานสำรวจระดับชาติวิทยาปัญหามสุขภาพจิตและจิตเวช ในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร) ไม่อาจสำเร็จลุล่วงลงได้หากปราศจากการสนับสนุนและให้ข้อคิดเห็นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้เชี่ยวชาญต่างๆ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกพื้นที่ที่ดำเนินการ ผู้ผลักดันเชิงนโยบายในระดับจังหวัดและมอบหมายให้เกิดการประสานงานของเครือข่ายบริการสาธารณสุขทุกระดับเพื่ออำนวยความสะดวกในการสำรวจ ขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติในความอนุเคราะห์กำหนดกลุ่มตัวอย่างและระบุพื้นที่เป้าหมาย ขอขอบคุณคณะผู้เชี่ยวชาญจากกรมสุขภาพจิต นพ. ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล นพ. ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล นพ. ธรณินทร์ กองสุข พญ. พันธุ์ธนา กิตติรัตนไพบูลย์ และคุณจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน ที่ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ขอขอบคุณนักวิจัยและทีมสื่อสารองค์กรของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพในการให้คำปรึกษาระเบียบวิธี การเขียนรายงาน การออกแบบปกและการจัดทำเล่มรายงาน และประการสำคัญยิ่ง ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำรวจระดับชาติจากโรงพยาบาลจิตเวช รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือจนสามารถทำให้การสำรวจครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยในครั้งนี้

คณะผู้วิจัย

สิงหาคม 2556

บทสรุปผู้บริหาร

การสำรวจระดับชาติวิทยาปัญหายาเสพติดและจิตเวช ในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจร
สำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร)

ปัญหาทางสุขภาพจิตมีความชุกสูงในทุกภูมิภาคทั่วโลก ประเทศไทยคาดการณ์ว่าผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละ 8 เท่านั้น จึงเป็นที่มาของการจัดทำโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสถานการณ์ปัญหาและการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชใน 10 โรคที่สำคัญและพบบ่อยในประเทศไทย ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าเรื้อรัง ภาวะไฮโปแมนเนีย ภาวะแมนเนีย ความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด เสพสารเสพติด โรคจิต โรคสมองเสื่อมและภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย เพื่อนำข้อมูลต่างๆ ดังกล่าวสะท้อนให้กับพื้นที่เป้าหมายในการพัฒนามาตรการให้มีความเหมาะสมบรรลุวัตถุประสงค์ในการลดช่องว่างปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชต่อไป

การศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวางในชุมชนครั้งนี้ ดำเนินการในเครือข่ายบริการสถานพยาบาล (Contracting Unit for Primary care; CUP) 5 แห่ง ได้แก่ CUP โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน CUP โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ CUP โรงพยาบาลตากสิน จังหวัดนครสวรรค์ CUP โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา และ CUP โรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2555 ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบด้วยวิธี stratified two-stage sampling ได้จำนวนทั้งสิ้น 4,120 คน (แบ่งได้เป็นจำนวน 2,564 คนในกลุ่มอายุ 15-59 ปี และ 1,556 คนในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป) สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตที่ผ่านการอบรมเครื่องมือหรือแบบสัมภาษณ์ Mini International Neuropsychiatric Interview; M.I.N.I และแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง Mini-Mental State Examination-Thai 2002 โดยสัมภาษณ์ M.I.N.I module A, B, C, D, E, J, K และ L ในกลุ่มอายุ 15-59 ปี และสัมภาษณ์ M.I.N.I เฉพาะ module A, B และ C รวมทั้งใช้แบบทดสอบ Mini-Mental State Examination-Thai 2002 ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งหากพบผลบวกใน Module L และ/หรือสงสัยภาวะสมองเสื่อมจากการทดสอบด้วย Mini-Mental State Examination-Thai 2002 ให้ยืนยันผลด้วยแพทย์ทุกราย การวิเคราะห์ข้อมูลมีทั้งสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์

ผลการศึกษาพบว่า

- อัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในปัจจุบัน (Current prevalence) เท่ากับร้อยละ 12.2 โดยกลุ่มอายุ 15-59 ปี (โรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าเรื้อรัง ภาวะไฮโปแมนเนีย ภาวะแมนเนีย ความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด เสพสารเสพติด โรคจิต และภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย) มีอัตราความชุกปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในปัจจุบัน เท่ากับร้อยละ 15.7 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (โรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าเรื้อรัง และภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย) มีอัตราความชุกร้อยละ 6.6
- กลุ่มโรคทางอารมณ์ พบอัตราความชุกในปัจจุบัน (Current prevalence) ร้อยละ 3.3 (โรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าเรื้อรัง ภาวะไฮโปแมนเนีย ภาวะแมนเนีย ความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย) มีอัตราความชุกเท่ากับร้อยละ 1.7 0.6 0.5 0.4 และ 0.1 ตามลำดับ) กลุ่มความผิดปกติของ

- พฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ พบร้อยละ 12.4 กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด พบร้อยละ 1.4 โรคจิต พบร้อยละ 0.5 ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย พบร้อยละ 6.4 โรคสมองเสื่อม พบร้อยละ 3.9
- ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจวินิจฉัยโรคทางจิตเวชมาก่อน โดยกลุ่มอายุ 15-59 ปี พบร้อยละ 93 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 95
 - อัตราการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในทุกโรคค่อนข้างต่ำ มีบางโรคเข้าถึงบริการฯ ไม่ถึงร้อยละ 10 ได้แก่ ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับ ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ โรคสมองเสื่อม ยกเว้นโรคจิตซึ่งร้อยละ 48 เข้าถึงบริการและได้รับการตรวจวินิจฉัย
 - จำนวน 65 รายหรือร้อยละ 12.9 เป็นผู้ป่วยจิตเวชเดิม หลังจากได้รับการตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์แล้วได้รับการบริการด้านการรักษาติดตามต่อ โดยเกือบทั้งหมดได้รับการรักษาต่อที่สถานพยาบาลรัฐ มีประมาณร้อยละ 5-10 รับการรักษาในสถานพยาบาลเอกชน ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชทุกรายได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช นอกจากนั้นผู้ป่วยยังได้รับการรักษาด้วยการให้คำปรึกษา กิจกรรมบำบัด การฝึกทักษะทางสังคมด้วย
 - กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 60) มีบางประเด็นที่เข้าใจผิด เช่น ร้อยละ 41 เข้าใจผิดว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และประกันสังคมไม่ครอบคลุมการรักษาโรคทางจิตเวช
 - กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติไม่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 53) บางประเด็นกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงลบ เช่น ร้อยละ 72 คิดว่าเมื่อพูดถึงคำว่า “สุขภาพจิต” จะนึกถึงคนบ้าหรือโรงพยาบาลโรคจิต
 - ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช มีทั้งปัจจัยด้านบุคคล เศรษฐกิจและสังคม เช่น เพศชาย อายุระหว่าง 25-44 ปี ผู้ที่มีสถานภาพหย่า/แยก/หม้าย ผู้ที่เรียนจบปริญญาตรีหรือสูงกว่า ลักษณะภาคหรือพื้นที่ของ CUP รพ.น่านและ CUP รพ. นครพิงค์ ปัจจัยเหล่านี้มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมากกว่ากลุ่มลักษณะประชากรอื่น นอกจากนั้นพบปัจจัยอื่น ๆ ที่มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมาก เช่น ผู้ที่มีประวัติเคยป่วยโรคจิตเวช ผู้ที่มีทัศนคติไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด ประสบเหตุการณ์ที่เครียดมากในชีวิต เป็นต้น
 - ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุ 55-59 ปี ลักษณะภาคหรือพื้นที่ เช่น CUP รพ.ตากสิน ผู้ที่มีโรคประจำตัว 2 โรคหรือมากกว่า มีโอกาสเข้าถึงบริการตรวจ วินิจฉัยและรักษา
 - ผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และเสพติด พบโอกาสเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาน้อยกว่าโรคอื่นๆ ได้แก่ โรคจิต กลุ่มโรคทางอารมณ์ ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะแก่ผู้เกี่ยวข้องทั้งจากผู้บริหารระดับนโยบาย ผู้บริหารระดับพื้นที่ รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ดังนี้

1. ส่งเสริมความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตในประเด็นที่สำคัญแก่ประชาชนทั่วไป เช่น
 - ความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ป่วยจิตเวช
 - ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช อาการหรือพฤติกรรมที่เป็นสัญญาณของโรค การดูแลรักษาเบื้องต้น

2. สร้างทัศนคติที่ดีต่อปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งระดับตัวบุคคล ครอบครัว และชุมชน ได้แก่
 - ทัศนคติที่ส่งเสริมให้เกิดการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เช่น ยอมรับการป่วยทางจิตเวช และคิดว่าโรคจิตเวชสามารถป้องกันหรือรักษาได้เหมือนโรคทางกาย
 - ส่งเสริมทัศนคติเชิงป้องกัน เช่น การทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวช่วยให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตดีขึ้น โดยไม่คิดว่าผู้ป่วยเป็นภาระของครอบครัว เป็นต้น
 - ระดับชุมชน เน้นสร้างทัศนคติเพื่อให้เกิดการยอมรับผู้ป่วยจิตเวช เช่น ไม่คิดว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นคนบ้า ไม่กลัวที่จะเข้าไปสนทนา ผู้นำชุมชนหรือผู้เกี่ยวข้องอื่น ควรส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้ป่วยเกิดความภูมิใจหรือเห็นคุณค่าของตนเอง เป็นต้น
3. พัฒนาระบบคัดกรอง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการรักษาในทุกพื้นที่
4. พิจารณาให้ความสำคัญในการพัฒนาบริการทั้งด้านตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษา การติดตาม ดูแล ทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีขนาดปัญหาและมีช่องว่างการถึงบริการที่สูง ได้แก่
 - ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และเสพสารเสพติด
 - ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย
 - โรคซึมเศร้า
 - โรคสมองเสื่อม
5. จากการสำรวจครั้งนี้ พบว่าปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช มีลักษณะพื้นที่ ลักษณะประชากรและปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้กำหนดในการเฝ้าระวังหรือพัฒนามาตรการส่งเสริม ป้องกันให้ตรงกับเป็นกลุ่มเสี่ยงให้มีความจำเพาะมากขึ้น

Executive Summary

The epidemiology survey on mental health disorders in 5 priority areas of a comprehensive intervention program (mhGAP intervention program) under the universal health coverage scheme

Mental disorders have been high prevalence in worldwide for decades. In Thailand, only 8% accessibility rate of mental health services have been reported by the Department of Mental Health (DMH) in 2012. This project, which was a collaborative project between DMH and Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP), aimed to improve the accessibility rate by strategic determining for development and implementation of mental health services in priority areas. The project was funded by the National Health Security Office (HHSO).

This study included in the project as a part of epidemiology survey aimed to determine the prevalence of important mental disorders in Thailand; major depressive episodes, dysthymia, manic episodes, hypomanic episodes, mood disorder with psychotic features, alcohol use disorder, non-alcohol use disorder, psychotic disorder, dementia and suicidality. Results for this study can be used for planning and designing intervention(s) on mental health promotion and prevention to decrease gap of accessibility on mental health services in priority areas.

A cross-sectional community based survey was conducted between May and August 2012 in 5 contracting units for primary care (CUP) or priority areas. There were CUP of Muang Nan hospital (Nan), Nakorping hospital (Chaing Mai), Taklee hospital (Nakorn Swan), Chumpuang hospital (Nakorn Ratchasima) and Don Sak hospital (Suratthani). The 4,120 participants were randomly selected by stratified two-stage sampling (2,564 participants aged between 15-59 years old and 1,556 participants who aged 60 years or above). Data were collected by face-to-face interview with trained mental health providers. They used Mini International Neuropsychiatric Structure Interview; M.I.N.I (module A, B, C, D, E, J, K and L in 15-59 years group and module A, B and C in group of 60 years and above) and Mini-Mental State Examination-Thai 2002 in 60 years and above. All cases that positive in Module L and/or in Mini-Mental State Examination-Thai 2002 were sent to physicians for diagnosis. Data were analyzed in descriptive and analytical statistics.

The important results are;

- The current prevalence rate of mental disorders in all population was 12.2%; 15.7% in 15-59 years old population and 6.6% in group of 60 years or above.
- The current prevalence rate of mental disorders were as this following: major depressive episode was 1.7%, dysthymia was 0.6%, hypomanic episode was 0.5%, manic episode was 0.4% , mood disorder with psychotic features was 0.1%, alcohol use disorder was 12.4%, non-alcohol use disorder was 1.4%, dementia was 3.9% and suicidality was 6.4%. Life time prevalence of psychotic disorder was 1.2%.
- In the group of people with mental disorders, most of them did not access for detection and treatment, 93% in group of 15-59 years and 95% in group of 60 years or above.
- Accessibility rate of all mental disorders had been very low. It was found that accessibility to detect and treat patients with non-alcohol use disorder, suicidality, alcohol use disorder and dementia were under 10%. However, we found that accessibility rate for psychotic patients were higher than others (48%).
- 65 cases (12.9%) of all participants had history of mental disorders. All received mental health services after diagnosis. Most had been detected and treated in public hospitals. Only 5-10% of them had been accessed in private hospitals. Everyone who had history of mental disorders received treatment with medication. Some received additional treatment options such as counselling, occupational therapy and social skill training.
- 60% of participants had well knowledge about mental health but some items of knowledge had been misunderstood such as, 41% of participants did not know that both the universal health coverage scheme and the social security scheme can cover mental health services. 53% of population had negative attitudes toward mental health problems, 72% of them thought that all people who got mental health problems were maniac or crazy.
- A multivariate logistic analysis showed that factors associated with the presence of mental disorders were male, age 25-44 years, widowed/divorced/separated of marital status, graduation university or higher level of education, residing in service area of CUP Muang Nan and Nakornping hospital, history of mental disorders, negative attitudes toward mental health problems, family member had history of using substances and important life stress event(s). The association factors between people with mental disorders and high accessibility of mental health detection and treatment were age group of 55-59 years, residing in service area of CUP Muang Nan and having 2 or 3 chronic illness.

Participants with alcohol use disorder and non-alcohol use disorder were associated with lower accessibility when compared with participants with other mental health problems (psychotic disorders, mood disorders and suicidality).

These recommendations are proposed;

1. Increasing of public knowledge in mental health such as;
 - Knowledge in health insurance system for treatment of psychiatric patients.
 - Knowledge in common mental disorders (causes, signs and symptoms including treatment and prognosis of mental illness).
2. Creating strategy to encourage positive attitude towards mental health problems at individual, family and community levels, including;
 - Acceptance that mental health disorders could be prevented or treated like physical diseases.
 - Promote preventive attitude such as encourage interaction and communication between family members and mental disorder patients.
 - Promote positive attitudes towards people with mental illness at community level such as
 - do not think that everyone with mental health problems are crazy or maniac
 - do not be afraid to talk or participate with mental disorder patients
3. Developing mental health screening system
4. Considering to develop interventions included mental health screening, diagnosis and treatment, monitoring and home visit in mental disorder patients and caregivers for important mental disorders which are;
 - alcohol and non-alcohol use disorders
 - suicidality
 - major depression episodes
 - dementia
5. Our result can help health care providers and policy makers to determine the intervention(s) on mental health accessibility and management that suit with the context in each area.

สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ	III
บทสรุปผู้บริหาร	IV
Executive Summary	VII
บทที่ 1 บทนำ	14
1.1 หลักการและเหตุผล	14
1.2 วัตถุประสงค์ทั่วไป	15
1.3 วัตถุประสงค์เฉพาะ	15
1.4 คำนิยามเชิงปฏิบัติการ	15
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	16
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	17
2.1 สุขภาพจิตและจิตเวช	17
2.2 ความรู้เบื้องต้น และปัจจัยหรือสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำรวจ	17
2.3 ขนาดของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในประเทศไทย	20
2.4 ผลกระทบของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช	22
2.5 การเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาด้านจิตเวช	24
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	26
3.1 กรอบแนวคิดการสำรวจ	26
3.2 รูปแบบและขอบเขตการศึกษา	26
3.3 พื้นที่เป้าหมายดำเนินโครงการ	27
3.4 กลุ่มตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง	27
3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	30
3.6 เครื่องมือในการสำรวจ	32
3.7 การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล	32
บทที่ 4 ผลการศึกษา	34
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยเสี่ยง	34
ส่วนที่ 2 ความรู้ ทักษะ ทักษะ และคุณภาพชีวิตของประชาชน	41
ส่วนที่ 3 อัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช	45
ส่วนที่ 4 ประเมินการจำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช และการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและ รักษาของผู้ป่วยจิตเวช	48
ส่วนที่ 5 ปัญหาร่วมทางสุขภาพจิตและจิตเวช	55
ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ทักษะ ทักษะ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและจิตเวช และ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบปัญหา การเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาทางจิตเวช	57
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	66
5.1 สรุปผลการศึกษา	66
5.2 อภิปรายผล	67
5.3 ข้อจำกัดในการวิจัย	73

5.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	74
เอกสารอ้างอิง	75
ภาคผนวก	80
ภาคผนวก 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	81
ภาคผนวก 2 ตารางข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม	132
ภาคผนวก 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช	149

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 ขนาดของปัญหาทางสุขภาพจิตทั้ง 8 โรค/ภาวะในประเทศไทย	21
ตาราง 2 ผลกระทบทางด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจและสังคมของปัญหาทางสุขภาพจิตและ จิตเวชต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล	23
ตาราง 3 สรุปปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญในประเทศไทย	25
ตาราง 4 อัตราความชุกโรคจิต จำแนกรายภาค	27
ตาราง 5 จำนวนกลุ่มตัวอย่างและหมู่บ้านตัวอย่างในพื้นที่เป้าหมาย	28
ตาราง 6 การสุ่มเลือกพื้นที่และจำนวนกลุ่มตัวอย่าง	29
ตาราง 7 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างทั่วไปและผู้ที่ได้รับการวินิจฉัย ว่ามีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ในภาพรวมและแยกตามกลุ่มอายุ 15-59 ปีและ อายุ 60 ปีขึ้นไป	38
ตาราง 8 ความรู้ ทักษะ ทักษะ และคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มตัวอย่างทั่วไปและผู้ที่ได้รับการ วินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ในภาพรวมและแยกตามกลุ่มอายุ 15-59 ปีและ อายุ 60 ปีขึ้นไป	42
ตาราง 9 คะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช	43
ตาราง 10 คะแนนทัศนคติต่อสุขภาพจิตและจิตเวช	44
ตาราง 11 อัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช จำแนกตามกลุ่มอายุ และการเป็นโรคจิตเวชร่วม	46
ตาราง 12 อัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชจำแนกรายโรคหรือกลุ่มโรค	47
ตาราง 13 ประเมินการจำนวนผู้ป่วยและจำนวนการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษา	48
ตาราง 14 รายละเอียดการได้รับการบริการด้านการรักษา ติดตาม ผู้ป่วยจิตเวช (ผู้ที่เคยได้รับจากตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์มาก่อน)	54
ตาราง 15 จำนวนปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช จำแนกตามกลุ่มอายุ	55
ตาราง 16 ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชร่วม และภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายจากการสำรวจ	56
ตาราง 17 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ ทักษะ และคุณภาพชีวิต ในกลุ่มผู้มีและไม่มี ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชและกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับและไม่เข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษา	57

สารบัญรูปร่าง

หน้า

รูป 1 ค่าประมาณความชุกและการเข้าถึงบริการของโรคจิตเวชที่สำคัญของประเทศไทย	22
รูป 2 กรอบแนวคิดการสำรวจ	26
รูป 3 กรอบการวิเคราะห์ข้อมูล.....	33
รูป 4 จำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่างแยกอายุ.....	34
รูป 5 แสดงสัดส่วนแยกอายุ.....	35
รูป 6 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับประชาชน	43
รูป 7 ทักษะเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับประชาชน	45
รูป 8 ประเมินการจำนวนผู้ป่วยและการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช	49
รูป 9 ประเมินการจำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตฯ และการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษา สุขภาพจิตและจิตเวช จำแนกตามพื้นที่.....	50
รูป 10 ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทุกชนิด กับการประมาณการการเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยและรักษา โรคทางจิตเวชที่ผ่านมา	51
รูป 11 ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชยกเว้นผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และ เสพสารเสพติด กับการประมาณการการเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคทางจิตเวชที่ผ่านมา	52
รูป 12 ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนความรู้.....	58
รูป 13 ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนทัศนคติ.....	59
รูป 14 ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนความสุข.....	60
รูป 15 ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิต.....	60
รูป 16 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบปัญหาสุขภาพจิตฯ ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป (โรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าเรื้อรัง ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับ).....	62
รูป 17 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบปัญหาสุขภาพจิตฯ ในกลุ่มอายุ 15-59 ปี.....	63
รูป 18 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบปัญหาสุขภาพจิตฯ ในอายุ 60 ปีขึ้นไป.....	64
รูป 19 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการตรวจ วินิจฉัยและรักษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและ ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย.....	65

บทที่ 1 บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

ปัญหาทางสุขภาพจิตมีความชุกสูงในทุกภูมิภาคทั่วโลก แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรเพื่อใช้ในการจัดการปัญหา ทั้งยังพบว่าการกระจายอย่างไม่เท่าเทียมและใช้ทรัพยากรขาดประสิทธิภาพ จึงส่งผลเสียต่อการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมของผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตทั่วโลก ทำให้เกิดช่องว่างของการรักษา มากกว่าร้อยละ 75 ในหลายประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่มีรายได้ต่ำ⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลกจึงจัดทำรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตและเสนอโครงการเชิงปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่างของปัญหาทางสุขภาพจิต (WHO's Mental Health Gap Action Program; mhGAP) โครงการดังกล่าวกำหนดกลยุทธ์ในการขยายวิธีการดูแลช่วยเหลือให้ครอบคลุมปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีความสำคัญบนพื้นฐานของทรัพยากรที่จำกัด โดยพยายามสนับสนุนให้เกิดข้อตกลงร่วมเชิงนโยบายของรัฐ องค์การระหว่างประเทศ และผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ ในการจัดระบบบริการสาธารณสุขและจัดสรรทรัพยากรเพื่อพัฒนาระบบบริการในการลดช่องว่างดังกล่าว^(2, 3) โดยกำหนดกลยุทธ์ในการขยายวิธีการดูแลช่วยเหลือให้ครอบคลุมปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีความสำคัญ 8 โรค/ภาวะ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม โรคลมชัก ความผิดปกติของพฤติกรรมติ้มแอลกอฮอล์ ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด ความผิดปกติทางพัฒนาการและพฤติกรรมในเด็ก การทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย

ประเทศไทยจากการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตระดับประเทศของกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2551⁽⁴⁾ พบว่าความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมติ้มแอลกอฮอล์ โรคซึมเศร้าและโรคจิตเป็นร้อยละ 10.9, 2.2 และ 1.2 ตามลำดับ นอกจากนี้กรมสุขภาพจิต ร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP) ประเมินว่ามีผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ 8 โรค/ภาวะ ที่กล่าวมาข้างต้น จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือประมาณ 10 ล้านคนทั่วประเทศ แต่ปัจจุบันมีผู้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตประมาณ 8 แสนคนหรือคิดเป็นร้อยละ 8 เท่านั้น⁽⁵⁾ การที่ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตไม่สามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสม ส่งผลเสียอย่างมหาศาลต่อระบบสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งนี้เพราะปัญหาทางสุขภาพจิตมิได้ส่งผลกระทบโดยเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังรวมไปถึงญาติ ผู้ดูแล และบุคคลอื่นในสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีอายุเฉลี่ยที่สั้นกว่าบุคคลทั่วไป 5 ถึง 25 ปี⁽⁶⁾ และมักพบโรคร่วมทางกายอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคถุงลมอุดกั้นเรื้อรังมากขึ้น⁽⁷⁻⁹⁾ รวมทั้งผู้ป่วยมักอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีและไม่สามารถดูแลตนเองได้ และยังพบว่าผู้ให้บริการทางการแพทย์มักมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยและมองข้ามปัญหาความเจ็บป่วยทางกายอื่นๆ ของผู้ป่วยจิตเวช^(10, 11) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเวชมักขาดโอกาสและการสนับสนุนในสังคม⁽¹²⁻¹⁴⁾ ทำให้ตกเป็นเหยื่อในรูปแบบต่างๆ หรือเสี่ยงต่อการก่อคดีอุกฉกรรจ์⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยก็ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมเช่นเดียวกัน ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการละเลยการดูแลผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตอย่างเหมาะสมมีมูลค่ามหาศาล มีการศึกษาของประเทศอังกฤษรายงานว่าคิดเป็นประมาณ 77 พันล้านปอนด์ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2545 และ 2546⁽¹⁶⁾

ปัญหาของการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตที่สำคัญเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ การขาดความเอาใจจริง เอาใจและความเอาใจใส่จากผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบายที่มองข้ามปัญหาทางสุขภาพจิต ข้อจำกัดด้านบุคลากร และงบประมาณที่ไม่เพียงพอ ปัญหาด้านการออกแบบระบบบริการที่ต้องตอบสนองต่อความต้องการที่

แตกต่างของผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตกับผู้ป่วยทั่วไปอื่นๆ ขาดความตระหนักหรือความไม่รู้ของผู้ป่วยและญาติ ความอับอายและตราบาปที่สังคมหยิบบั่นให้กับผู้ป่วยและครอบครัว และปัญหาการติดตามและประเมินผลที่ยังไม่เพียงพอทำให้ผู้บริหารและประชาชนในสังคม ไม่ตระหนักถึงความจำเป็นและความสำคัญของการให้บริการทางสุขภาพจิต^(17, 18)

กรมสุขภาพจิตร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ได้จัดทำโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเน้นการสร้างบริการทางสุขภาพจิตให้ผนวกในบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีระบบเชื่อมต่อกับสถานบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายก่อนดำเนินโครงการดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวิเคราะห์ วางแผน และติดตามประเมิน ที่ผ่านมายังไม่มีข้อมูลที่สามารถสะท้อนสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องดำเนินการสำรวจระดับจิตเวชปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นสะท้อนกลับให้พื้นที่ได้รับทราบขนาดของปัญหาและข้อมูลทางระบาดวิทยา เพื่อประกอบในการวางแผน ค้นหาแนวทาง หรือมาตรการในการลดปัญหาสุขภาพจิตของพื้นที่ได้จำเพาะมากยิ่งขึ้น ส่งผลต่อความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของโครงการ ในการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่เหมาะสมสำหรับบริบทของประเทศไทย ที่เน้นเครือข่ายบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชได้มากขึ้น อันจะเป็นต้นแบบเพื่อขยายผลในระดับประเทศต่อไป นอกจากนั้นการสำรวจครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนดำเนินโครงการ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเมื่อสิ้นสุดโครงการอีกด้วย

1.2 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่การศึกษาของโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะก่อนดำเนินการ

1.3 วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่เป้าหมาย โดยครอบคลุมประเด็นข้อมูลดังนี้

1. ศึกษาความชุกและประมาณการจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่สำคัญและพบบ่อยในประเทศไทย
2. ศึกษาจำนวนและแนวทางการได้รับบริการของผู้ป่วยเก่าที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช
3. ศึกษาข้อมูลด้านดัชนีความสุข คุณภาพชีวิต ความรู้และทัศนคติของประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย
4. ศึกษาปัจจัยของกลุ่มเป้าหมายที่สัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช
5. ศึกษาปัจจัยของการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

1.4 คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1. ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช หมายถึง ปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพประชาชน โดยการสำรวจครั้งนี้ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญในประเทศไทย ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าเรื้อรัง ภาวะไฮโปแมนเนีย ภาวะแมเนีย โรคความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย (Mood disorder with psychotic features) ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด โรคจิต โรคสมองเสื่อม และภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย

2. ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช หมายถึง ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โดยการคัดกรองและประเมินจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและผ่านการอบรมการใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวชในชุมชน
3. แบบสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวชในชุมชน เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง ได้แก่ Mini International Neuropsychiatric Interview; M.I.N.I และ Mini-Mental State Examination-Thai 2002 (สำหรับคัดกรองสงสัยภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ)
4. อัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช (prevalence rate of mental disorder) หมายถึง ความน่าจะเป็นของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งอาจเป็นผู้มีปัญหาอยู่ก่อนหรือเพิ่งเริ่มมีปัญหาและพบในการสำรวจครั้งนี้ โดยการคัดกรองและประเมินด้วยแบบสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวชในชุมชน ในกลุ่มประชากรที่ศึกษาหรือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ กลุ่มอายุ 15-59 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยนำเสนอข้อมูลอัตราความชุกในปัจจุบัน (current prevalence)
5. ผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยหรือได้รับการรักษาที่ระบุไว้ในเวชระเบียน
6. การเข้าถึงบริการตรวจรักษาและวินิจฉัย หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในการสำรวจครั้งนี้ที่เคยมีประวัติการเข้ารับการรักษาโรคทางจิตเวชในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา
7. ญาติที่ป่วยจิตเวช หมายถึง ญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดและมีประวัติเข้ารับการรักษาตรวจวินิจฉัยหรือได้รับการรักษาที่ระบุไว้ในเวชระเบียนในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่เป้าหมาย
2. ข้อมูลทางระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่จำเพาะในแต่ละพื้นที่
3. การมีส่วนร่วมของทีมนักวิจัยและผู้รับผิดชอบในการค้นหาข้อมูล เพื่อวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่

บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม

2.1 สุขภาพจิตและจิตเวช

สุขภาพจิตเป็นส่วนประกอบสำคัญของสุขภาพ ตามนิยามขององค์การอนามัยโลกและธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติระบุว่า “สุขภาพ” หมายถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล สุขภาพกายและสุขภาพจิตส่งผลซึ่งกันและกัน ทั้งสองภาวะนี้ไม่สามารถมีเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งเพื่อให้เกิดภาวะอยู่ดีมีสุขอย่างแท้จริงได้^(19, 20) องค์การอนามัยโลกยังได้นิยามปัญหาทางสุขภาพจิตว่าครอบคลุมโรคจิตเวช โรคระบบประสาท และความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์หรือเสพติด (mental, neurological, and substance use disorders; MNS) ทั้งนี้พบว่าปัญหาทางสุขภาพจิตมีความชุกสูงในทุกภูมิภาคทั่วโลกและประมาณว่ามีผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการทางสุขภาพจิตเป็นจำนวนมากทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา แต่เนื่องจากทรัพยากรเพื่อใช้ในการจัดการปัญหาดังกล่าวมีจำกัด ทั้งยังพบว่าการกระจายทรัพยากรอย่างไม่เท่าเทียม รวมถึงการใช้ทรัพยากรอย่างขาดประสิทธิภาพจึงส่งผลเสียต่อการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมของผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตทั่วโลก ทำให้เกิดช่องว่างของการรักษา (treatment gap) มากกว่าร้อยละ 75 ในหลายประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางค่อนข้างต่ำ (low and lower middle income countries)⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลกจึงจัดทำรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตและเสนอโครงการเชิงปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่างของปัญหาทางสุขภาพจิต (WHO’s Mental Health Gap Action Program; mhGAP) โครงการดังกล่าวกำหนดกลยุทธ์ในการขยายวิธีการดูแลช่วยเหลือให้ครอบคลุมปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีความสำคัญบนพื้นฐานของทรัพยากรที่จำกัด โดยพยายามสนับสนุนให้เกิดข้อตกลงร่วมเชิงนโยบายของรัฐ องค์การระหว่างประเทศ และผู้มีส่วนได้เสียอื่น ๆ ในการจัดระบบบริการสาธารณสุขและจัดสรรทรัพยากรเพื่อพัฒนาระบบบริการในการลดช่องว่างดังกล่าว^(3, 21)

2.2 ความรู้เบื้องต้น และปัจจัยหรือสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญ⁽²²⁾

■ โรควิตกกังวล (Major depressive disorders)

เป็นโรคที่มีความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางด้านอารมณ์ ความผิดปกติดังกล่าวส่งผลให้การทำหน้าที่ของสมองผิดปกติไป ลักษณะสำคัญของโรควิตกกังวล คือ 1) มีอารมณ์เศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน 2) ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง 3) เบื่ออาหารหรืออยากอาหารเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้น 4) นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป 5) ทำอะไรช้าลงหรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้ 6) อ่อนเพลียไม่มีแรง 7) สมาธิไม่ดี 8) รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า 9) คิดอยากตายไม่อยากมีชีวิตอยู่ โดยโรควิตกกังวลจะต้องมีอาการดังกล่าวอย่างน้อย 5 อาการนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป และในจำนวน 5 อาการนี้ต้องมีอาการ 1) อารมณ์เศร้าหรือ 2) ความสนใจหรือความเพลิดเพลินลดลงด้วยอย่างน้อย 1 อาการ ส่วนสาเหตุการเกิดโรควิตกกังวลอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น พันธุกรรม ความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทระดับฮอร์โมน ปัญหาทางจิตใจ ความคิดในด้านลบ การเปลี่ยนแปลงทางสภาพสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมหรือโรคทางกายเรื้อรังและสารเสพติด เหล่านี้เป็นปัจจัยก่อตัวหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยเป็นโรควิตกกังวลหรือมีอาการเกิดซ้ำได้

■ โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia)

เป็นโรคที่มีอาการคล้ายกับโรคซึมเศร้าแต่มีความรุนแรงน้อยกว่า อาการสำคัญคือ มีอารมณ์เศร้าแทบทั้งวัน ติดต่อกันเป็นเวลา 2 ปี ร่วมกับอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป ได้แก่ 1) เบื่ออาหารหรือกินมากขึ้น 2) นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป 3) อ่อนเพลียไม่มีแรง 4) รู้สึกไร้ค่า 5) สมาธิไม่ดีหรือมีความลังเลในการตัดสินใจ 6) รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง โดยช่วงเวลาดังกล่าวไม่มีระยะเวลาที่มีอาการเป็นปกตินานเกิน 2 เดือน สาเหตุของโรคซึมเศร้าเรื้อรัง อาจเกิดจากสารในสมองผิดปกติและเกิดจากปัจจัยทางพันธุกรรม โดยมีผลกระทบจากบุคลิกภาพ ความเครียดในชีวิตตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่ ตลอดจนการอยู่ในสังคมที่เสียเปรียบ จึงทำให้เกิดอาการป่วยขึ้น

■ ภาวะแมเนีย (Manic episode)

เป็นภาวะที่มีลักษณะอารมณ์ครื้นเครง (elevate) รู้สึกมีพลังงานหรือเรียวแรงมากขึ้น (expansive) หรือ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายผิดปกติ (erritable mood) นาน 1 สัปดาห์ ร่วมกับอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 3 อาการ คือ 1) เชื่อมมั่นในตนเองมากเกินไป 2) ความต้องการการนอนลดลง 3) พูดมากกว่าที่เคยเป็น 4) ความคิดแล่นเร็ว 5) ไม่สามารถคงความสนใจอยู่ที่เรื่องใดเรื่องหนึ่งได้ (Distractibility) 6) ทำกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น 7) ยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมที่ทำให้ตนเองเพลิดเพลินเกินความจำเป็น อาการดังกล่าวมีความรุนแรงจนมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางสังคม หรือสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

■ ภาวะไฮโปแมเนีย (Hypo manic episode)

เป็นภาวะที่มีลักษณะอาการคล้ายภาวะแมเนีย คือ 1) เชื่อมมั่นในตนเองมากเกินไป 2) ความต้องการการนอนลดลง 3) พูดมากกว่าที่เคยเป็น 4) ความคิดแล่นเร็ว 5) ไม่สามารถคงความสนใจอยู่ที่เรื่องใดเรื่องหนึ่งได้ (Distractibility) 6) ทำกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น 7) ยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมที่ทำให้ตนเองเพลิดเพลินเกินความจำเป็น อาการดังกล่าวจะรุนแรงน้อยกว่าและมีช่วงระยะเวลามีอาการน้อยกว่าภาวะแมเนีย และไม่มีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางสังคมหรือสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ภาวะแมเนียและไฮโปแมเนีย เกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนต่างๆ ในร่างกาย การนอนหลับที่ผิดปกติ ความผิดปกติของระบบการทำงานทางสมองที่ควบคุมอารมณ์ ไม่สามารถปรับตัวกับความเครียดหรือปัญหาต่างๆ ภายในชีวิตได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามพบว่าปัจจัยทางสังคมเป็นตัวกระตุ้นให้โรคแสดงอาการได้ นอกจากนั้นปัจจัยทางพันธุกรรม ก็เป็นอีกหนึ่งสาเหตุ แต่ยังไม่สามารถอธิบายกลไกการถ่ายทอดยีนได้อย่างแน่ชัด ซึ่งมีผลการศึกษาที่ระบุว่าพบโรคนี้ได้บ่อยขึ้นในครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมากกว่าประชาชนทั่วไป

■ โรคจิต (Psychotic disorder)

เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้และพฤติกรรม ส่งผลให้บุคคลไม่อยู่ในโลกเป็นจริงลักษณะอาการที่สำคัญ คือ หลงผิด ประสาทหลอน การพูดไม่ประติดประต่อ (loosening of association) หรือพูดอ้อมค้อม (incoherent speech) หรือพูดวกไปวนมา (tangentiality) และมีพฤติกรรมที่แปลก ไม่สมเหตุสมผล ไม่มีจุดมุ่งหมายคาดเดาไม่ได้ว่าทำไปเพราะอะไร

สาเหตุของโรคจิต พบว่าเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ด้านพันธุกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น การเกิดเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงสำคัญในชีวิตหรือครอบครัว คนรอบข้าง การอยู่อาศัยในเขตเมือง เขตอุตสาหกรรม รวมทั้งฐานะเศรษฐกิจ สังคม เป็นต้น ปัจจัยด้านพยาธิวิทยา ที่เชื่อว่าระบบการทำงานของ dopamine ทำงานมากเกินไป นอกจากนั้นพบว่าการสร้าง serotonin ในผู้ป่วยจิตเวชเสียสมดุล มีมากบ้าง น้อยบ้าง ซึ่งส่งผลต่อให้โรคมียาอาการมากน้อยเป็นระยะๆ นอกจากนั้นการหยุดพัฒนาการของโครงสร้างสมองในช่วงหลังคลอดไม่นานเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคนี้ ถ้าได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายนอกเพิ่มขึ้น จะเสี่ยงต่อการปรากฏพบโรคนี้

สำหรับปัจจัยด้านบุคคล อาจจะมีผลต่อการกระตุ้นผู้ที่มีความผิดปกติอยู่แล้ว ให้แสดงอาการเป็นโรคจิต เช่น การเลี้ยงดูไม่เหมาะสมในระยะพัฒนาการเด็กช่วงระยะปาก หรือติดกับพัฒนาการในระยะใดระยะหนึ่ง เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ การอบรมเลี้ยงดูหรือการเลียนแบบพฤติกรรม วิธีคิดและปฏิกิริยาของผู้เลี้ยงดูที่มีปัญหาทางอารมณ์ อยู่ในครอบครัวที่มีความขัดแย้ง ครอบครัวไม่อบอุ่น แยกแยก หรือครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีความแปรปรวนทางจิต หรือครอบครัวที่แสดงออกต่อสังคมอีกอย่างแต่ภายในเป็นอีกอย่าง ครอบครัวที่ดำเนินชีวิตกำกวม ไม่คงเส้นคงวา รวมถึงครอบครัวที่มีอารมณ์รุนแรง ใช้อำนาจ มีการวิพากษ์รุนแรง เป็นต้น นอกจากนั้นยังพบว่าโรคนี้จะปรากฏได้มากในบุคคลที่มีปมหรือมีจุดอ่อนในใจ หากมีสิ่งเร้าจะทำให้กระตุ้นอาการของโรคได้มากขึ้น รวมทั้งปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่ทำให้อาการโรคจิตชัดเจนขึ้นในปัจจุบัน ได้แก่ การใช้สารเสพติด

■ โรคความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย (Mood disorder with psychotic features)

เป็นโรคที่มีความผิดปกติของอารมณ์เป็นอาการเด่นชัด และมีอาการทางจิตร่วมด้วย โดยความผิดปกติของอารมณ์ คือ มีอารมณ์เศร้าผิดปกติหรือมีอารมณ์ดีรำเริงมากผิดปกติ ทั้งนี้ผู้ที่เป็โรคความผิดปกติทางอารมณ์อาจมีอาการเพียงด้านเดียวหรือสองด้านก็ได้ ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว

■ โรคสมองเสื่อม (Dementia)

โรคนี้เป็นส่วนหนึ่งของ cognitive impairment โดยสมองเสื่อม เป็นภาวะที่สมองทำงานเสื่อมถอยลงทั้งหมด ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับความจำความรู้ มีการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมและบุคลิกภาพผู้ป่วยจะจำไม่ได้เลยว่ามีการทำกิจกรรมต่าง ๆ เกิดขึ้น นอกจากนั้นผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพร่วมด้วย กล่าวคือมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงอีกอย่างหนึ่งเช่น ไม่สนใจหรือดูแลตนเอง ทั้งที่แต่ก่อนเป็นคนแต่งตัวสวยงาม ดูแลตนเองอยู่เสมอ เป็นต้น นอกจากนั้นผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย จากคนที่เรียบร้อยคนช่างหัวเราะ อาจจะมีพฤติกรรมที่โกรธเกรี้ยว ก้าวร้าว รุนแรง

สมองเสื่อมเกิดจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ 1) เกิดจากเนื้อสมองมีการเสื่อมสลายหรือมีการตายเกิดขึ้นซึ่งส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุหรือตัวกระตุ้นที่ทำให้เนื้อสมองมีการตายแน่ชัด 2) เกิดจากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นตาย เกิดจากหลอดเลือดสมองที่ไปเลี้ยงสมองมีการหนาตัวแข็งตัว หรือมีการตีบตัวผิดปกติ หรือการอุดตันในบริเวณเส้นเลือดใหญ่ ซึ่งหากเนื้อสมองมีการตายเป็นจำนวนมาก จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงลืมหรือสมองเสื่อมได้ 3) เกิดจากการติดเชื้อในสมอง เช่น เชื้อไวรัสสมองอักเสบการติดเชื้อไวรัส HIV ที่สมองทำให้เนื้อสมองได้รับเสียหายและตายไป 4) การขาดสารอาหารบางชนิด โดยเฉพาะวิตามิน เช่น วิตามิน B1 หรือ

วิตามิน B12 ซึ่งเป็นวิตามินที่มีสารช่วยทำให้การทำงานของเซลล์สมองเป็นไปอย่างปกติ 5) สมองเสื่อมจากการแปรปรวนของเมตาโบลิคของร่างกาย เช่น การทำงานของต่อมไร้ท่อบางชนิดผิดปกติไป เช่น ต่อมไทรอยด์ทำงานมากไปหรือทำงานน้อยไป การทำงานของตับหรือของไตผิดปกติไปจะทำให้เกิดของเสียคั่งอยู่ในร่างกาย ซึ่งมีผลทำให้สมองไม่สามารถสั่งการได้ตามปกติ 6) การกระทบกระแทกที่ศีรษะอยู่เสมอๆ เช่น อุบัติเหตุ ถูกทำร้ายทางศีรษะ นักมวย นักกีฬาบางชนิดที่ต้องใช้ศีรษะกระแทกสิ่งต่างๆ 7) เกิดจากเนื้องอกในสมอง

■ ความผิดปกติของพฤติกรรมติ้มแอลกอฮอล์และเสพติด (Substance use disorder)

ความผิดปกติของพฤติกรรมติ้มแอลกอฮอล์และเสพติด แบ่งเป็น 2 แบบ คือ 1) การใช้สารในทางที่ผิด (abuse) และการติดสาร (dependence) ซึ่งความผิดปกติทั้งสองชนิดนี้มีเกณฑ์การวินิจฉัยแตกต่างกัน และอาการแสดงระหว่าง abuse กับ dependence จะมีลักษณะคล้ายคลึงกันในทางคลินิก จัดเป็นปรากฏการณ์ที่ต่อเนื่องกัน (continuum) ความแตกต่างระหว่าง dependence กับ abuse คือ ใน dependence จะมีการติดยาทางกาย กล่าวคือ ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนในระบบประสาทเกิดขึ้น มีผลต่อการดื้อยาและขาดยาตามมา รวมถึงมีการใช้สารเหล่านั้นเพิ่มมากขึ้นและต้องใช้สารนั้นตลอดเวลา อย่างไรก็ตามภาวะ abuse นั้นสามารถเกิดขึ้นได้โดยไม่จำเป็นต้องมีการติดยาทางกายร่วมด้วย

สาเหตุของปัญหาพฤติกรรมติ้มแอลกอฮอล์และเสพติดเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น มีเหตุการณ์หรือภาวะผิดปกตินี้เกิดจากปัจจัยด้านครอบครัว ที่มีสมาชิกในครอบครัวใช้เครื่องติ้มแอลกอฮอล์และเสพติด ปัจจัยด้านบุคคล เช่น เป็นผู้มีบุคลิกที่มีความเครียดสูง มีความกังวลใจ มีปมด้อยและลำบากในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และมักพบการใช้สารเสพติดเพื่อเป็นที่พึ่งพิง ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม เช่น การยอมรับของสังคมของกลุ่มเพื่อนในการติ้มแอลกอฮอล์และเสพติด ความเข้มงวดหรือมาตรการทางสังคม ศาสนาและกฎหมายบังคับ นอกจากนี้ผู้ที่มีอารมณ์หรือจิตใจอ่อนไหว เปื่อหน่ายชีวิตมักเป็นปัจจัยสำคัญต่อการติ้มแอลกอฮอล์และเสพติด

■ ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย (Suicidality)

ภาวะเสี่ยงและการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นความคิดและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ทั้งการฆ่าตัวตายสำเร็จและการพยายามฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตายเป็นการกระทำที่มุ่งทำร้ายตนเองให้ได้รับอันตรายแต่ไม่ถึงขั้นการเสียชีวิต โดยมีความตั้งใจจะตายอย่างชัดเจนแน่นอน สาเหตุการฆ่าตัวตายเป็นทางจิตเวชนั้นเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าและการใช้เครื่องติ้มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้สาเหตุของการมีภาวะเสี่ยงต่อความคิดและพยายามฆ่าตัวตาย อาจเกิดจากปัจจัยทางสังคม เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาเรื่องครอบครัวแตกแยก ค่านิยมเลียนแบบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีสัมพันธภาพกับสังคมที่ไม่ดี เกิดความแปลกแยกทางสังคม ปัจจัยทางจิต เช่น ผู้ที่มีความคิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า ไม่มีความหมาย มองสังคมนอกข้างว่าขาดความเป็นธรรม ไม่ให้อภัยกับความผิดพลาดของตนเอง เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง

2.3 ขนาดของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในประเทศไทย

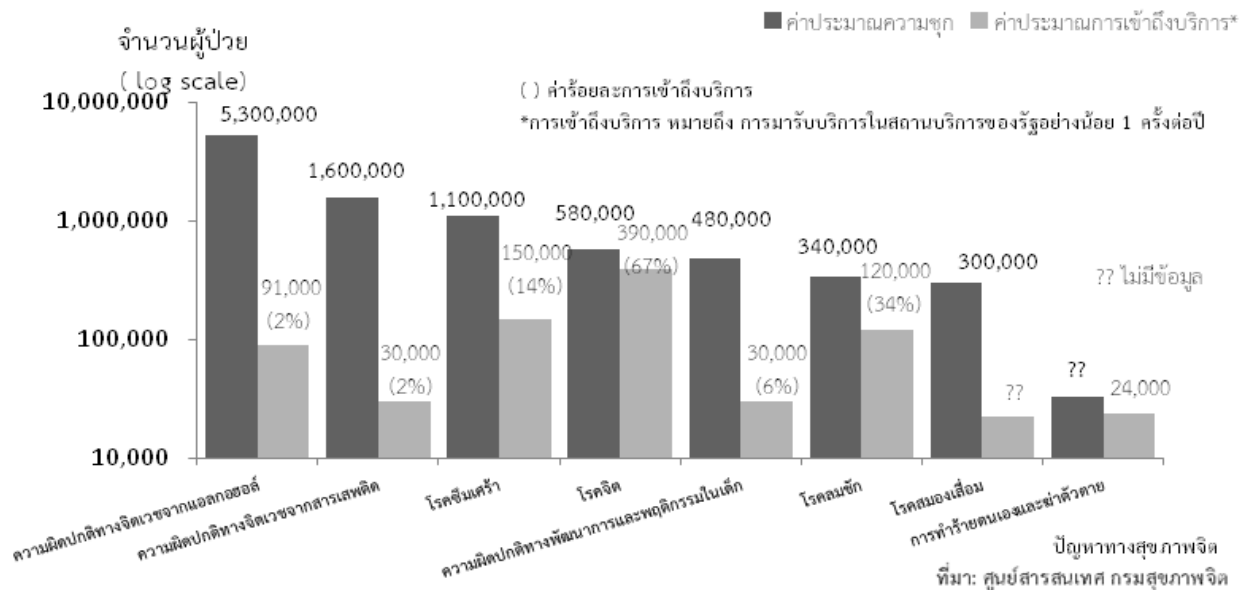
องค์การอนามัยโลกได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญไว้ 8 โรค/ภาวะ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม โรคลมชัก ความผิดปกติของพฤติกรรมติ้มแอลกอฮอล์ ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด ความผิดปกติทางพัฒนาการและพฤติกรรมในเด็ก การทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ซึ่ง

หากพิจารณาขนาดของปัญหาทางสุขภาพจิตทั้ง 8 โรค/ภาวะในประเทศไทย จากแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่ผ่านมา สรุปได้ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ขนาดของปัญหาทางสุขภาพจิตทั้ง 8 โรค/ภาวะในประเทศไทย

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช	การศึกษา	ปีศึกษา	ความชุก
โรคซึมเศร้า	การสำรวจระดับวิทยาสุขภาพจิต ⁽²³⁾	2546	ร้อยละ 3.2
	การสำรวจระดับวิทยาสุขภาพจิต ⁽⁴⁾	2551	ร้อยละ 2.2
	อนุรักษ บัณฑิตยชาติและคณะ ⁽²⁴⁾	2542	ร้อยละ 1.4
	ธงชัย ทวีชาติและคณะ ⁽²⁵⁾	2541	ร้อยละ 1.0
โรคซึมเศร้าเรื้อรัง	การสำรวจระดับวิทยาสุขภาพจิต ⁽²³⁾	2546	ร้อยละ 1.2
	การสำรวจระดับวิทยาสุขภาพจิต ⁽⁴⁾	2551	ร้อยละ 0.4
	อนุรักษ บัณฑิตยชาติและคณะ ⁽²⁴⁾	2542	ร้อยละ 0.1
โรคจิต	การสำรวจระดับวิทยาสุขภาพจิต ⁽²³⁾	2546	ร้อยละ 0.6
	การสำรวจระดับวิทยาสุขภาพจิต ⁽⁴⁾	2551	ร้อยละ 1.2
ภาวะไฮโปแมนเนีย	การสำรวจระดับวิทยาสุขภาพจิต ⁽²³⁾	2546	ร้อยละ 0.5
	การสำรวจระดับวิทยาสุขภาพจิต ⁽⁴⁾	2551	ร้อยละ 1.2
ภาวะแมนเนีย	การสำรวจระดับวิทยาสุขภาพจิต ⁽²³⁾	2546	ร้อยละ 0.4
	การสำรวจระดับวิทยาสุขภาพจิต ⁽⁴⁾	2551	ร้อยละ 0.7
	อนุรักษ บัณฑิตยชาติและคณะ ⁽²⁴⁾	2542	ร้อยละ 0.3
Mood disorder with psychotic features	การสำรวจระดับวิทยาสุขภาพจิต ⁽²³⁾	2546	ร้อยละ 0.4
	การสำรวจระดับวิทยาสุขภาพจิต ⁽⁴⁾	2551	ร้อยละ 0.3
ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย	หวาน ศรีเรือนทองและคณะ ⁽²⁶⁾	2551	เสี่ยงทุกระดับ ร้อยละ 7.3 เสี่ยงน้อย ร้อยละ 6.0 เสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 0.6 เสี่ยงสูงร้อยละ 0.7
	การสำรวจระดับวิทยาสุขภาพจิต ⁽²³⁾	2546	เสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 1.2 เสี่ยงมาก ร้อยละ 0.9
	อนุรักษ บัณฑิตยชาติและคณะ ⁽²¹⁾	2544	พยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 1.0
ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์	บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ ⁽²⁷⁾	2551	ร้อยละ 10.9
	อนุรักษ บัณฑิตยชาติและคณะ ⁽²¹⁾	2544	ร้อยละ 10.2
	ธงชัย ทวีชาติและคณะ ⁽²⁵⁾	2541	ร้อยละ 18.4
ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพสารเสพติด	สาวิตรี อัยณางค์กรชัย และคณะ ⁽²⁸⁾	2551	เคยใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งในชีวิต ร้อยละ 5.4 ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งใน 1 ปี ร้อยละ 1.2
	อนุรักษ บัณฑิตยชาติและคณะ ⁽²¹⁾	2546	ร้อยละ 0.7
โรคสมองเสื่อม	สุทธิชัย จิตะพันธ์และคณะ ⁽²⁹⁾	2544	ร้อยละ 3.4
โรคสมาธิสั้นในเด็ก	ภาสรี แสงสุภาวนิชและคณะ ⁽³⁰⁾	2554	ร้อยละ 4.1

กรมสุขภาพจิตร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP) ประเมินจากความชุกที่ได้จากการสำรวจระบาดวิทยาที่เชื่อถือในระดับประเทศ พบว่าผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญทั้ง 8 โรค/ภาวะดังกล่าว จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือประมาณ 10 ล้านคนทั่วประเทศ อย่างไรก็ตามปัจจุบันมีผู้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตประมาณ 8 แสนคนหรือคิดเป็นร้อยละ 8 เท่านั้น⁽⁵⁾ ซึ่งพบว่าความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์และสารเสพติด โรคซึมเศร้า และโรคจิตเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ 3 ลำดับแรกสำหรับประเทศไทย แสดงดังรูป 1



รูป 1 ค่าประมาณความชุกและการเข้าถึงบริการของโรคจิตเวชที่สำคัญของประเทศไทย

2.4 ผลกระทบของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

การที่ผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชไม่สามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมส่งผลเสียอย่างมหาศาลต่อระบบสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประเทศทั้งนี้เพราะปัญหาทางสุขภาพจิตมิได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังรวมไปถึงญาติ ผู้ดูแล และบุคคลอื่นในสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีอายุขัยเฉลี่ยที่สั้นกว่าบุคคลทั่วไป 5 ถึง 25 ปี⁽⁶⁾ และมักพบโรคร่วมทางกายอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคถุงลมอุดกั้นเรื้อรังมากขึ้น⁽⁷⁻⁹⁾ รวมทั้งผู้ป่วยมักอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีและไม่สามารถดูแลตนเองได้และยังพบว่าผู้ให้บริการทางการแพทย์มักมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยและมองข้ามปัญหาความเจ็บป่วยทางกายอื่นๆ ของผู้ป่วยจิตเวช^(10, 11) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเวชมักขาดโอกาสและการสนับสนุนในสังคม⁽¹²⁻¹⁴⁾ ทำให้ตกเป็นเหยื่อในรูปแบบต่างๆหรือเสี่ยงต่อการก่อคดีอุกฉกรรจ์⁽¹⁵⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยก็ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมเช่นเดียวกัน ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการละเลยการดูแลผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตอย่างเหมาะสมมีมูลค่ามหาศาล มีการศึกษาของประเทศอังกฤษรายงานว่าคิดเป็นประมาณ 77 พันล้านปอนด์ในช่วงระหว่างปี พ.ศ.2545 และ 2546⁽¹⁶⁾ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ผลกระทบทางด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจและสังคมของปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

	ต่อผู้ป่วย	ต่อญาติหรือผู้ดูแล
ผลกระทบด้านสุขภาพ	เสียชีวิตเร็วกว่าประชากรทั่วไป: การศึกษาในอเมริกาพบอายุเฉลี่ยแตกต่างกัน 5-25 ปี ⁽⁶⁾ ซึ่งในผู้ป่วยจิตเวชขั้นรุนแรงร้อยละ 30-40 เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายและการบาดเจ็บและร้อยละ 60-70 เสียชีวิตจากโรคทางกาย	ปัญหาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง รวมทั้งมีผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกัน ⁽³¹⁾
	มีโรคทางกายมากกว่าประชากรทั่วไป: มีโรคร่วมทางกาย ⁽⁷⁻⁹⁾ CHD, MI, stroke, COPD และ metabolic syndrome ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น ⁽³²⁾ เกิดจากการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีและการไม่ดูแลตนเอง ที่เกิดจากอาการของโรค เช่น การขาดแรงจูงใจ และความผิดปกติในความคิด	ปัญหาการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ⁽³³⁻³⁶⁾ เช่น ภาวะเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความรู้สึกอับอายต่อการของ ผู้ป่วย การที่ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความรู้สึกผิดผิดหวัง การสูญเสียความฝันและความคาดหวังที่มีต่อตัวผู้ป่วย
	ได้รับการบริการทางการแพทย์ที่ด้อยกว่าประชากรทั่วไป: จากทัศนคติทางลบ การตั้งข้อรังเกียจของผู้ให้บริการที่ผู้ป่วยจิตเวชดูแปลก เสียเวลา สื่อสารไม่เข้าใจ ⁽³⁷⁾ มักไม่ร่วมมือในการรักษาและความเชื่อที่ว่าอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยน่าจะเกิดจากการทางจิต ^(10, 11)	ปัญหาความสัมพันธ์ทางเพศกับคูครอง ^(38, 39) การศึกษาในคูสมามีภรรยาของผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่ามีปัญหาเพศสัมพันธ์และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด
ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม	ถูกตีตรา ⁽¹¹⁾ เป็นการสร้างวงจรผลร้ายต่อผู้ป่วย โดยนำไปสู่การรังเกียจ การขาดความเชื่อมั่นในตนเอง การตอบสนองต่อการรักษาที่ไม่ดี ทำให้มีโอกาสมากขึ้นที่ผู้ป่วยจะกลับเป็นซ้ำ ซึ่งเมื่อมีอาการกำเริบ ก็ยิ่งกระตุ้นให้เกิดการตีตราและการรังเกียจจากสังคมมากขึ้น และยังเป็นอุปสรรคต่อการได้รับที่พักพิงที่ปลอดภัย ได้รับการจ้างงานและได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม	ภาระจากการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ^(36, 40-42) เช่น การตามแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยรายวัน การพาผู้ป่วยไปรับการรักษา การเจรจาต่อรองกับผู้เกี่ยวข้องในกรณีผู้ป่วยก่อคดี ทำให้ขาดโอกาสในการทำงาน เนื่องจากภาระดูแลผู้ป่วย และได้รับการจ้างงานต่ำและโอกาสตกงานสูงจากการถูกรังเกียจจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงาน เนื่องจากมีญาติป่วยทางจิตเวช
	รู้สึกท้อแท้และแปลกแยกจากสังคม ⁽⁴³⁾ ซึ่งอาจเกิดจากปฏิกิริยาที่คนอื่นมีต่อตนเอง ความรู้สึกทางลบต่อตนเองและความผิดปกติของความคิดซึ่งเป็นอาการของโรคทางจิต	ภาระจากการถูกตีตราจากสังคม ^(38, 41) การตีตราจากสังคมไม่ได้จำกัดอยู่แต่เพียงผู้ป่วยจิตเวช ยังรวมไปถึงญาติของผู้ป่วยจากรุ่นถึงรุ่น ⁽³⁶⁾ เช่น “ตระกูลนี้มีคนเป็นโรคจิต”
	บุคคลในครอบครัว เพื่อน สังคมรวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์มีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยและขาดการเอาใจใส่ขาดความเข้าใจ ผู้ป่วยจึงมักจะรู้สึกดีเมื่ออยู่กับผู้ป่วยด้วยกัน ^(11, 38)	ผู้ป่วยอาจจะแยกตัวหรือออกจากบ้านทำให้มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของคนในครอบครัว ⁽³⁸⁾
	ไม่ได้รับการพิทักษ์สิทธิ การรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ^(16, 43)	ภาระจากสังคมขาดความเข้าใจ โดยเฉพาะความเข้าใจเรื่องภาระของการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ^(36, 38)
	ขาดโอกาสในการทำงาน มีโอกาสได้รับการจ้างงานต่ำและโอกาสตกงานสูง ⁽¹²⁻¹⁴⁾ เนื่องมาจากอาการจากโรคทางจิตเอง ผลข้างเคียงจากการรักษา และขาดความเชื่อมั่นตั้งแต่การสมัครงาน การสัมภาษณ์ ไปจนถึงการทำงาน รวมทั้งการถูกรังเกียจจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงาน	ขาดการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ ญาติหรือผู้ดูแลมักถูกละเลยเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์มุ่งความสนใจไปที่ผู้ป่วยมากกว่า ^(36, 42) ญาติหรือผู้ดูแลจึงไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควรรวมทั้งไม่มีโอกาสมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับบุคลากรทางการแพทย์
ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	ไม่มีความมั่นคงทางการเงิน ซึ่งนำไปสู่การขาดโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่ต้องมีค่าใช้จ่าย และการว่างงาน ผู้ป่วยส่วนมากจึงมีเวลาว่างมากเกินไป จนรู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่า ⁽¹¹⁾	ภาระในเรื่องการเงินที่ไม่มั่นคง ความยากจนจากการรับภาระดูแลผู้ป่วย
	ความยากจนทำให้ขาดแคลนสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐาน ยิ่งเพิ่มโอกาสของการตกเป็นเหยื่อมากขึ้นเช่น การขโมย การทำร้ายร่างกาย การล่วงละเมิดทางเพศ การละเลยหรือเพิกเฉยไม่สนใจ ⁽¹¹⁾	การตกเป็นเหยื่อจากอาการหรือความรุนแรงของผู้ป่วย
	เสี่ยงต่อการก่อคดีโดยอาจจะเกิดจากอาการของโรค เช่น หลงผิด หวาดระแวงจนมีโอกาสทำลายทรัพย์สิน ทำร้ายร่างกาย จนกระทั่งถึงทำให้ผู้อื่นเสียชีวิต	

2.5 การเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาด้านจิตเวช

การประมาณการผู้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตที่มีเพียงประมาณ 8 แสนคนหรือคิดเป็นร้อยละ 8⁽⁵⁾ ถือเป็นการเข้าถึงบริการที่ค่อนข้างต่ำอย่างมากซึ่งปัญหาของการเข้าไม่ถึงบริการทางสุขภาพจิตที่สำคัญเกิดจากหลายสาเหตุ⁽¹⁸⁾ ได้แก่ การขาดความเอาใจใส่และความเอาใจใส่จากผู้ให้บริการ ผู้กำหนดนโยบายที่มองข้ามปัญหาทางสุขภาพจิต ข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณที่ไม่เพียงพอ ปัญหาด้านการออกแบบระบบบริการที่ต้องตอบสนองต่อความต้องการที่แตกต่างของผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตกับผู้ป่วยทั่วไปอื่นๆ ขาดความตระหนักหรือความไม่รู้ของผู้ป่วยและญาติ ความอับอายและตราบาปที่สังคมหยิบนำให้กับผู้ป่วยและครอบครัว และปัญหาการติดตามและประเมินผลที่ยังไม่เพียงพอทำให้ผู้บริหารและประชาชนในสังคม ไม่ตระหนักถึงความจำเป็นและความสำคัญของการให้บริการทางสุขภาพจิต

นอกจากนี้ ประเทศไทยขาดแคลนจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชอย่างรุนแรงในทุกภูมิภาคของประเทศ⁽⁴⁴⁾ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยขององค์การอนามัยโลก⁽⁴⁵⁾ ซึ่งทั่วโลกในภาพรวมมีจิตแพทย์ประมาณ 4 คนต่อแสนประชากร และพยาบาลจิตเวชประมาณ 13 คนต่อแสนประชากร พบว่าในประเทศไทยมีเพียงกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรีที่มีจำนวนจิตแพทย์มากกว่าค่าเฉลี่ยและพบว่ามี 14 จังหวัดที่ไม่มีจิตแพทย์เลย ได้แก่ พิจิตร อุทัย ชัยนาท เพชรบูรณ์ เพชรบุรี สตูล ชุมพร ระนอง ตรัง มหาสารคาม อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ มุกดาหาร และหนองบัวลำภู สำหรับพยาบาลจิตเวชมีเพียง 3 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่และสุราษฎร์ธานีที่มีจำนวนพยาบาลจิตเวชมากกว่าค่าเฉลี่ยขององค์การอนามัยโลก นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจากที่กรมสุขภาพจิตได้รับงบประมาณจัดสรรในปี 2553 จำนวน 17 ล้านบาท⁽⁴⁶⁾ หรือคิดเป็นเพียงร้อยละ 2.8 ของงบประมาณทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น จึงสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาความขาดแคลนของทั้งบุคลากรและงบประมาณในระดับชาติ

กรมสุขภาพจิตพยายามผลักดันให้ผู้บริหารในระดับชาติ เห็นความสำคัญของปัญหาทางสุขภาพจิต จนได้มีการกำหนดพระราชบัญญัติสุขภาพจิตแห่งชาติ ขึ้นในปี พ.ศ.2551⁽⁴⁷⁾ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับสังคม และเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย ซึ่งกฎหมายฉบับนี้มีใจความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการบังคับรักษาผู้ป่วยจิตเวชว่า หากบุคคลผู้ใดที่มีแนวโน้มจะเป็นอันตรายต่อตนเองและสังคม โดยบุคคลผู้นั้นไม่มีสติสัมปชัญญะ หรือไม่มีความรู้ตัวในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาด้วยตนเอง ผู้พบเห็นสามารถแจ้งเจ้าพนักงาน เช่น ตำรวจ หรือ เจ้าพนักงานในสถานพยาบาล เพื่อให้เจ้าพนักงานนำตัวบุคคลที่มีแนวโน้มจะเป็นอันตรายเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่ได้แต่งตั้งไว้ ซึ่งปัจจุบันมีสถานพยาบาลเพียง 41 แห่งทั่วประเทศเท่านั้นที่จัดเป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชตามที่กฎหมายกำหนด

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกรมสุขภาพจิต ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่นับวันจะเพิ่มจำนวนขึ้นจากปัจจัยต่างๆ ในสังคม อาทิ ความซับซ้อนของปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจที่บุคคลต้องเผชิญ รวมทั้งแรงกระตุ้นทางกฎหมายที่สำคัญดังกล่าว จึงได้จัดทำข้อเสนอการก่อตั้งกองทุนสุขภาพจิตเพื่อพัฒนาและปรับปรุงระบบบริการทางสุขภาพจิต รวมทั้งการสนับสนุนการจัดหาและทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาาริสเพอริโดน ซึ่งเป็นยารักษาอาการทางจิตกลุ่มใหม่ที่ลดผลข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตกลุ่มเดิม รวมทั้งยารักษาโรคซึมเศร้าเซอร์ทาลีน อันจะมีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชดีขึ้น

อย่างไรก็ตามผลการดำเนินงานเบื้องต้นแสดงให้เห็นว่า ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2553 ถึง 31 พฤษภาคม 2554 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าถึงยาดังกล่าว 25,197 คน⁽⁴⁸⁾ คิดเป็นเพียงร้อยละ 0.25 ของค่าผู้ป่วยประมาณการทั้งหมดทั่วประเทศซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาปรับปรุงระบบบริการทางสุขภาพจิตเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตในประเทศไทย

ตาราง 3 สรุปปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญในประเทศไทย

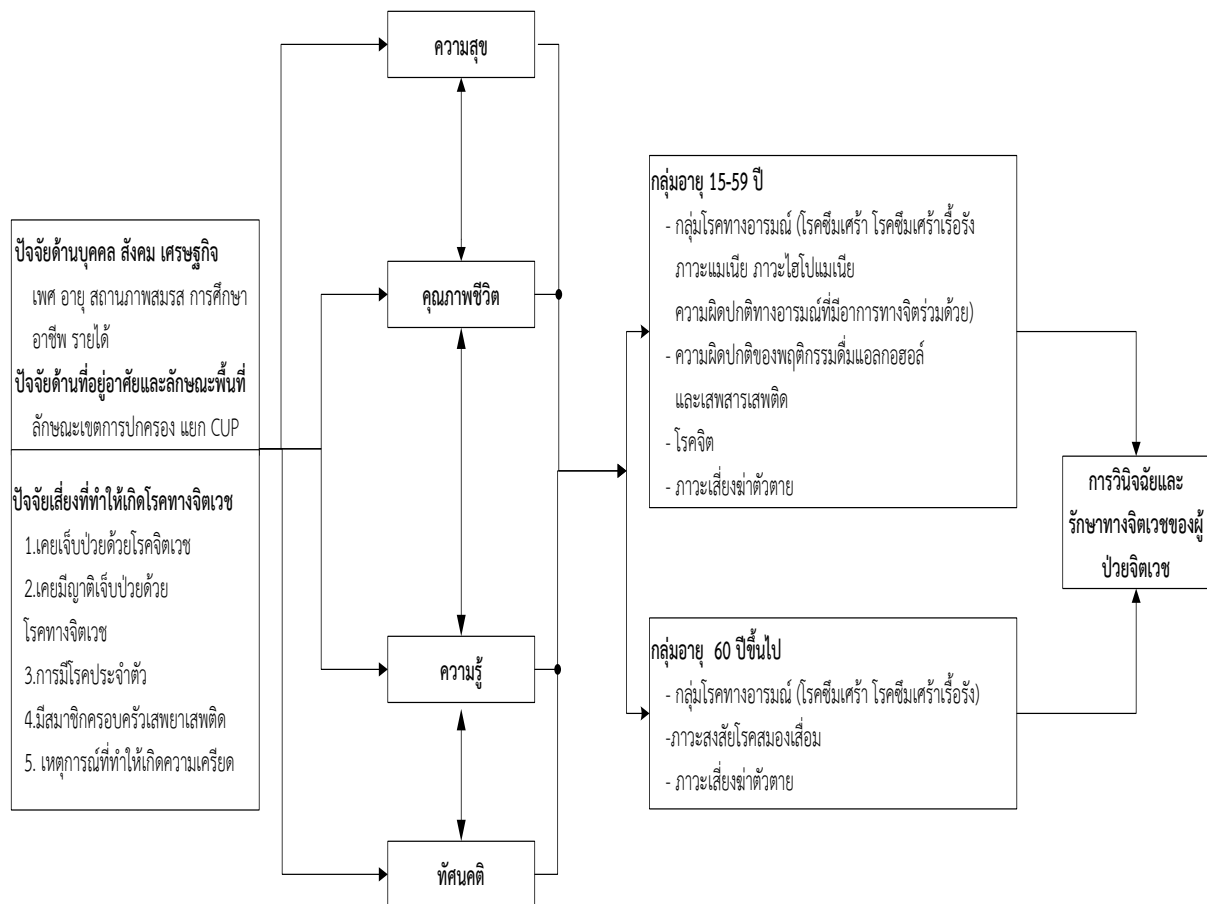
สรุปปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญในประเทศไทย
ผู้ป่วยที่ได้รับการประมาณว่าจำเป็นต้องเข้าถึงบริการ 10 ล้านคน แต่มีผู้ป่วยประมาณ 8 แสนคน (ร้อยละ 8) เท่านั้นที่เข้าถึงบริการทางสุขภาพจิต
ปัญหาทางสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม
ขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณสำหรับจัดบริการทางสุขภาพจิต
ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันหลังจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังไม่ได้ผนวกการให้บริการทางสุขภาพจิตเข้าไปในระบบบริการปฐมภูมิ แม้ว่าจะมีนโยบายสนับสนุนการใช้ยาทางจิตเวช ได้แก่อาริสเพอริโดนและเซอร์ทราลีน แต่การเข้าถึงยาดังกล่าวยังมีปัญหาเพราะระบบที่ไม่รองรับ จึงทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อนโยบายดังกล่าวได้

จากความสำคัญของปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น (ตาราง 3) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการเริ่มต้นพัฒนาระบบการบริหารจัดการ การประเมินและการติดตามการให้บริการทางสุขภาพจิตที่สำคัญตามที่องค์การอนามัยโลกพยายามผลักดันให้ประเทศสมาชิกดำเนินการอย่างจริงจัง โดยหวังว่าโครงการพัฒนาระบบฯ นี้จะนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการและระบบฐานข้อมูลสำหรับการบริหารจัดการ การติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม โดยเป็นความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกรมสุขภาพจิตและหน่วยบริการในพื้นที่ ซึ่งหัวใจสำคัญของโครงการพัฒนาระบบฯ นี้คือ การสร้างบริการทางสุขภาพจิตให้ผนวกในบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีระบบเชื่อมต่อกับสถานบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ อันจะนำมาซึ่งความยั่งยืนในระบบสุขภาพสำหรับประชาชนไทย

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

การสำรวจครั้งนี้เพื่อศึกษาสถานการณ์ทางระบาดวิทยา ค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการพบปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชของประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย ศึกษาการเข้ารับบริการด้านจิตเวช รวมทั้งศึกษาสถานการณ์ คุณภาพชีวิตและความสุขของประชาชน ซึ่งข้อมูลต่างๆ เหล่านี้จะมีประโยชน์ต่อหน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เป้าหมายประกอบการพิจารณาหาแนวทางหรือมาตรการสำหรับเพิ่มการเข้าถึงบริการ ส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟู ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างจำเพาะต่อบริบทพื้นที่ต่อไป

3.1 กรอบแนวคิดการสำรวจ



รูป 2 กรอบแนวคิดการสำรวจ

3.2 รูปแบบและขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางกับกลุ่มประชาชนในชุมชน (cross-sectional community based survey) โดยศึกษาในประชาชน 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่น/วัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ใน 5 พื้นที่เครือข่ายบริการสถานพยาบาล (CUP) ได้แก่ 1) CUP รพ.นครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ 2) CUP รพ.น่าน จังหวัดน่าน 3) CUP รพ.ตากสิน จังหวัดนครสวรรค์ 4) CUP รพ.ชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา และ 5) CUP รพ.ดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี

3.3 พื้นที่เป้าหมายดำเนินโครงการ

กรมสุขภาพจิตร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน
พิจารณาจาก

1) พื้นที่ดำเนินงาน 5 พื้นที่ ได้แก่ พื้นที่โซนภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้
และกรุงเทพมหานคร

2) พิจารณาเลือกจังหวัดอย่างเจาะจง ในจังหวัดที่มีความพร้อมด้านบุคลากร เครื่องมือและ
ประสิทธิภาพการดำเนินงานที่ผ่านมา โดยผู้บริหารและผู้ให้บริการสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

3) ทีมดำเนินงานและผู้บริหารภายในจังหวัดเลือกเครือข่ายบริการสถานพยาบาล (Contracting Unit
for Primary Care: CUP) ที่มีความพร้อมและมีความเหมาะสม จังหวัดละ 1 อำเภอ/CUP เพื่อดำเนินงานตาม
รูปแบบหรือมาตรฐานที่กำหนดครอบคลุมทั้งพื้นที่ โดยมีผู้เกี่ยวข้อง 4 ระดับ ได้แก่ 1) โรงพยาบาลจิตเวช 2)
โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หรือศูนย์สุขภาพหรือศูนย์บริการสาธารณสุขในกรุงเทพฯ 3) โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือศูนย์สุขภาพชุมชนในกรุงเทพฯ และ 4) ระดับตำบล/แขวง รวมทั้งหมู่บ้าน/ชุมชน
ทั้งหมดในพื้นที่ดำเนินการ

3.4 กลุ่มตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง

การสำรวจข้อมูลในครั้งนี้ ต้องการสะท้อนข้อมูลในแต่ละอำเภอ/CUP ทีมวิจัยจึงสุ่มตัวอย่างในกลุ่มวัยรุ่น/
วัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) กำหนดขนาดตัวอย่างและสุ่มจากประชาชนพื้นที่
ดำเนินการโดยแต่ละอำเภอเป็น 1 กลุ่มประชากร ตามสมการนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 PQ}{d^2}$$

โดยที่ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง $Z_{\alpha/2}^2 = 1.96$ (ค่าคงที่ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%) P = อัตราความชุกของ
การเป็นโรคหรือปัญหาด้านจิตเวช ในการวิจัยนี้กำหนดอัตราความชุกของปัญหาด้านจิตเวชจากการสำรวจ
ระดับชาติโรคจิตเวชของคนไทย: การศึกษาระดับชาติปี 2551⁽⁴⁾ ซึ่งพบว่าปัญหาที่มีอัตราความชุกน้อยที่สุด
และเป็นขอบเขตของปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นเป้าหมายการดำเนินงาน นั่นคือ กลุ่มโรคจิต
(psychotic disorders current) โดยใช้อัตราความชุกแยกในแต่ละภาค ดังแสดงในตาราง 4 โดย $Q = 1-P$
และ d = ค่าความแม่นยำของอัตราความชุกจากการสำรวจ กำหนดเท่ากันที่ร้อยละ 0.8 (0.008)

ตาราง 4 อัตราความชุกโรคจิต จำแนกภูมิภาค

โรคจิต	ค่าประมาณการความชุก (ร้อยละ)					
	ทั่วประเทศ	กรุงเทพ	กลาง	อีสาน	เหนือ	ใต้
Psychotic Disorders Current	0.8	1.1	0.4	0.9	1.0	0.7

แทนค่าในสมการข้างต้นได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 2,734 คน สำหรับงานวิจัยนี้ได้สุ่มเลือกตัวอย่าง
แบบ 2 ขั้นตอน (stratified two-stage sampling) จึงต้องปรับด้วยค่าอิทธิพลการออกแบบ (design effect)
เข้าไปในกระบวนการเป็น 1.5 เท่า และทีมวิจัยกำหนดอัตราการไม่ตอบ (non-response rate) ร้อยละ 5 ได้

กลุ่มตัวอย่างจำนวนรวมทั้งสิ้น 4,308 คน อีกทั้งการสำรวจครั้งนี้ กำหนดให้เก็บข้อมูลหมู่บ้าน/ชุมชนละ 32 คน คำนวณหาจำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนตัวอย่างโดยนำขนาดตัวอย่างแต่ละอำเภอมาหารกับ 32 และพิจารณาปรับกลุ่มตัวอย่างตามความเหมาะสม ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างหลังการปรับปรุงทั้งสิ้น 4,288 คน จำนวน 155 หมู่บ้าน/ชุมชน จำนวนกลุ่มตัวอย่างและหมู่บ้าน/ชุมชนแบ่งเป็นรายอำเภอพื้นที่เป้าหมายดำเนินการ ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนกลุ่มตัวอย่างและหมู่บ้านตัวอย่างในพื้นที่เป้าหมาย

อำเภอ/จังหวัด	P	Q	N	n x 1.5 design effect +5% non- resp.rate	จำนวน หมู่บ้าน*	(adj.)	ในเขต เทศบาล	นอกเขต เทศบาล **
อ.แม่ริม/เมือง (บางส่วน) จ.เชียงใหม่	0.01	0.99	594	936	29	928	9	20
อ.เมืองน่านและภู เพียง/จ.น่าน	0.01	0.99	594	936	29	928	9	20
อ.ตากสิน/จ.นครสวรรค์	0.01	0.99	594	936	29	928	9	20
อ.ชุมพวง/ จ.นครราชสีมา	0.009	0.99	535	843	26	832	8	18
อ.ดอนสัก/ จ.สุราษฎร์ธานี	0.007	0.993	417	657	21	672	7	14
รวม			2,734	4,308	134	4,288	42	92

*สัมภาษณ์หมู่บ้านละ 32 คน ** กำหนดการกระจายเขตการปกครองด้วยอัตราส่วน 1:2 (ในเขตเทศบาล : นอกเขตเทศบาล)
ค่า $d = 0.008$

การสำรวจข้อมูลทางระบาดวิทยาและการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของจังหวัดที่ดำเนินโครงการนี้ ได้สุ่มเพื่อเลือกพื้นที่ตัวอย่างโดยใช้แบบ stratified two-stage sampling ใน 5 พื้นที่เครือข่ายบริการสถานพยาบาล (CUP) ได้แก่ 1) CUP รพ.นครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ 2) CUP รพ.น่าน จังหวัดน่าน 3) CUP รพ.ตากสิน จังหวัดนครสวรรค์ 4) CUP รพ.ชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา และ 5) CUP รพ.ดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป มีรายละเอียดขั้นตอนการเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มหมู่บ้านหรือชุมชนอย่างเป็นระบบตามลักษณะภูมิศาสตร์แต่ละตำบล (Systematic Random Sampling) โดยใช้ฐานข้อมูลและสุ่มเลือกโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ กำหนดให้มีการสัมภาษณ์หมู่บ้านหรือชุมชนละ 32 คน การสุ่มได้จำนวนทั้งหมด 134 หมู่บ้าน/ชุมชน ในขั้นตอนนี้มีการกระจายพื้นที่ตัวอย่างไปตามเขตการปกครองด้วยอัตราส่วน 1:2 (ในเขตเทศบาล: นอกเขตเทศบาล)

ขั้นที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างอายุ 15-59 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไป อย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) จำนวนทั้งสิ้น 32 คน โดยกระจายตามช่วงอายุแบ่งเป็น 15-24 ปี, 25-34 ปี, 35-44 ปี, 45-54 ปี และ 55-59 ปี ช่วงอายุละ 4 คน โดยแบ่งเป็นหญิง 2 คน ชาย 2 คน สำหรับช่วงอายุ 60-69 ปี และ 70 ปี ขึ้นไป ช่วงอายุละ 6 คน โดยแบ่งเป็นหญิง 3 คน ชาย 3 คน (ช่วงอายุ 15-59 ปี จำนวน 20 คน และช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 12 คน) มีแนวทางการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นระบบ ดังนี้

1. จัดทำทะเบียนรายชื่อประชาชนเป้าหมาย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ในพื้นที่ตัวอย่าง โดยประสานความร่วมมือไปกับผู้ประสานงานระดับจังหวัด เพื่อขอรายชื่อกลุ่มเป้าหมายแต่ละตำบลที่เป็นความรับผิดชอบของ รพ.สต. นั้นๆ
2. เจ้าหน้าที่รพ.สต./สอ. ต้องตรวจสอบความถูกต้องและความเป็นปัจจุบันของรายชื่อกลุ่มเป้าหมายที่รับผิดชอบในหมู่บ้านนั้นๆ โดยพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมออกจากโครงการ (Exclusion criteria)
3. ส่งรายชื่อประชาชนเป้าหมายมาที่ทีมส่วนกลางเพื่อดำเนินการสุ่มเลือกอย่างเป็นระบบ โดย
 - ก. เรียงอายุจากน้อยไปหามาก โดยจัดทำแยกเป็นเพศชายและหญิง และกำหนดหมายเลขตามบัญชีรายชื่อที่มีการปรับปรุงล่าสุด
 - ข. คำนวณช่วงของการสุ่ม (random interval) ในแต่ละกลุ่มอายุ $I=N/n$ (I = ช่วงห่างของการสุ่ม N =จำนวนประชาชนทั้งหมดในกลุ่มอายุนั้นๆ และ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ)
 - ค. สุ่มหา random start (r) คือ สุ่มเลือกประชาชนจากกลุ่มแรกมา 1 คน โดยใช้วิธีการจับสลากหมายเลข
 - ง. หลังจากได้หมายเลขสุ่มเริ่มต้น (r) ให้นำไปอีกตามช่วงที่คำนวณได้ (I)
4. จัดทำทะเบียนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 3 บัญชี/1 หมู่บ้าน

ตาราง 6 การสุ่มเลือกพื้นที่และจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่ตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง (คน)	จำนวนตำบล	จำนวนหมู่บ้าน
อ.แมริม/เมือง จ.เชียงใหม่	936	อ.เมืองเชียงใหม่ 5 ตำบล ได้แก่ หนองหอย แม่เหียะ ท่าศาลา ช้างเผือก สันผีเสื่อ อ.แมริม 7 ตำบล ได้แก่ โปงแยง แม่แรม เหมืองแก้ว ห้วยทราย แม่สา สะलग ดอนแก้ว	29
อ.เมืองน่าน/ภูเพียง จ.น่าน	936	อ.เมืองน่าน 9 ตำบล ได้แก่ ในเวียง บ่อ ผาสิ่งห์ ถิมตอง ไชยสถาน เรืองนาขาว บ่อสวก สะเนียน อ.ภูเพียง 6 ตำบล ได้แก่ น้ำเกียน เมืองจาง ท่าข้าว ผายแก้ว	29
อ.ตากลี จ.นครสวรรค์	936	10 ตำบล ได้แก่ ตากลี หนองหม้อ สร้อยทอง ลาดทิพรส พรหมนิมิต หนองโพ ห้วยหอม ห้วยหวาย จันเสน ช่อแค	29
อ.ชุมพวง จ.นครราชสีมา	843	8 ตำบล ได้แก่ ชุมพวง ประสุข ท่าลาด ตลาดไทร โนนรัง หนองหลัก โนนตูม โนนยอ	26
อ.ดอนสัก จ.สุราษฎร์ธานี	657	4 ตำบล ได้แก่ ดอนสัก ชลคราม ไชยคราม ปากแพรก	21
รวม	4,288	49 ตำบล	134

3.4.2 เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. ประชาชนที่มีทะเบียนในความรับผิดชอบเพื่อจัดบริการสุขภาพของ รพ.สต.นั้นๆ
2. ประชาชนที่เกิดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2540 (15 ปีขึ้นไป)
3. มีตัวตนในพื้นที่และยินดีให้ความร่วมมือในช่วงการสัมภาษณ์
4. เป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ ถึงแม้มีความผิดปกติทางจิตหรือทางกาย โดยขึ้นอยู่กับประเมินของทีมวิจัยหรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต.นั้นๆ

3.4.3 เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ไม่มีตัวตนในพื้นที่ ได้แก่ ย้ายออก ไปทำงานต่างจังหวัดระยะยาว เสียชีวิต ซึ่งจะคัดออกตั้งแต่วิธีการสุ่มเลือกตัวอย่าง
2. เป็นผู้ที่มิใช่ชื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง แต่ในวันสัมภาษณ์ ทีมวิจัยหรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้ประเมินและสรุปว่าไม่สามารถทำการสัมภาษณ์ อาจเนื่องจากมีความผิดปกติทางจิตหรือทางกายกำเริบ อาจเป็นอันตรายต่อผู้สัมภาษณ์ เป็นต้น
3. ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการหรือไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองในกรณีผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี

3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย⁽⁴⁹⁾

3.5.1 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สรรหาและกำหนดนักวิจัยภาคสนามที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวช หรือมีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลระดับจิตเวชปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ผ่านมา
2. หัวหน้าและทีมสำรวจภาคสนามเข้าร่วมในการอบรมและฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือในการวินิจฉัยโรคจิตเวชในชุมชนด้วย Mini International Neuropsychiatric Interview; M.I.N.I.⁽³⁸⁾ และ Mini-Mental State Examination-Thai2002⁽⁵⁰⁾ และทำความเข้าใจตลอดระยะเวลาในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่
3. คณะทำงานส่วนกลางจะออกหนังสือประสานพื้นที่ในนามกรมสุขภาพจิตส่งถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพื่อเก็บข้อมูลในพื้นที่ โดยทีมนักวิจัยภาคสนามวางแผนเก็บข้อมูลในระดับจังหวัด และประสานพื้นที่เพื่อเตรียมพื้นที่ตัวอย่าง การอำนวยความสะดวก การจัดเตรียมสถานที่ เส้นทางเดินทาง รวมทั้งประสานขอความร่วมมือในการเร่งรัดให้ รพ.สต. ที่รับผิดชอบในพื้นที่ตัวอย่างนั้นๆ ส่งรายชื่อกลุ่มเป้าหมายกลับมาที่คณะทำงานส่วนกลางตามข้อตกลง
4. รพ.สต. ที่รับผิดชอบชุมชนหรือหมู่บ้านตัวอย่าง ดึงข้อมูลฐานประชากรและตรวจสอบสถานะของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งคณะทำงานส่วนกลางจะดำเนินการสุ่มโดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้
 - ก. เป็นบุคคลที่มีทะเบียนในความรับผิดชอบเพื่อจัดบริการสุขภาพของ รพ.สต. นั้นๆ
 - ข. เกิดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2540 (15 ปีขึ้นไป)
 - ค. มีตัวตนในพื้นที่ตัวอย่างในช่วงการสัมภาษณ์ คือ ไม่นับรวมผู้ที่ย้ายออก ไปทำงานต่างจังหวัดระยะยาว เสียชีวิต
 - ง. เป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ ถึงแม้มีความผิดปกติทางจิตหรือทางกาย โดยขึ้นอยู่กับอาการของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. นั้นๆ
5. คณะทำงานส่วนกลางดำเนินการสุ่มและส่งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 บัญชี พร้อมหนังสืออนุญาตเก็บข้อมูลให้กับหัวหน้าทีมสำรวจภาคสนามในแต่ละพื้นที่
6. หัวหน้าทีมสำรวจภาคสนามประสานงานพื้นที่เพื่อยืนยันการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.2 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

1. หัวหน้าทีมสำรวจภาคสนามบริหารจัดการทีมสำรวจให้สามารถดำเนินการตามขั้นตอนและข้อกำหนด

2. ตรวจสอบความถูกต้องของรายชื่อและจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้สัมภาษณ์ให้ตรงตามบัญชีรายชื่อที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างของคณะทำงานกลาง

3. ให้ดำเนินการเก็บข้อมูลตามรายชื่อในบัญชีที่ 1 (จำนวน 32 คน) ถ้าในกรณีที่ตัวอย่างไม่เป็นไปตามบัญชีรายชื่อ 1 ให้พิจารณาทดแทนกลุ่มอายุและเพศในบัญชีสำรองที่ 2 และบัญชีสำรองที่ 3 แต่หากไม่ครบจำนวนตัวอย่างในบัญชีสำรองที่ 3 ซึ่งอาจเกิดปัญหา คือ

ก) **ตัวอย่างไม่มีตัวตน** หมายถึง ในช่วงการส่งรายชื่อเพื่อสุ่มตัวอย่างยังอยู่หรือมีตัวตนในพื้นที่ แต่ขณะเข้าสัมภาษณ์ ไม่อยู่ในพื้นที่ซึ่งอาจมีการย้ายออก ย้ายบ้านหรือที่ทำงานไปยังพื้นที่อื่นๆ หรือเสียชีวิต หรือมีรายชื่อ แต่เพศหรืออายุไม่ตรงกับฟอร์มตามบัญชีรายชื่อ

ข) **ตัวอย่างไม่ยินดีหรือสะดวกให้ข้อมูล** หมายถึง ตัวอย่างในรายชื่อทั้ง 3 บัญชี มีตัวตนและอยู่ในพื้นที่แต่ไม่ยินดีให้ข้อมูลหรือไม่สะดวกเนื่องจากติดภารกิจ เจ็บป่วยหนัก เป็นต้น

4. ประชุมชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการแนะนำตัวทีมเก็บข้อมูล ชี้แจงที่มาของโครงการ และวัตถุประสงค์ ขั้นตอน รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการสำรวจ

5. แบ่งกลุ่มตัวอย่างให้ผู้สัมภาษณ์ดำเนินการ

6. ผู้สัมภาษณ์ชี้แจง และพิทักษ์สิทธิของผู้ยินยอมให้ข้อมูล ก่อนเก็บข้อมูลรับคำยินยอม ให้ตัวอย่างเซ็นยินยอม ถ้าหากตัวอย่างมีอายุระหว่าง 15-17 ปี อายุยังไม่ถึง 18 (ไม่บรรลุนิติภาวะ) ให้ผู้ปกครองเป็นผู้เซ็นยินยอมให้ผู้ที่อยู่ในการปกครอง ในกรณีที่ตัวอย่างไม่สามารถเซ็นยินยอมได้ด้วยสาเหตุทางกายภาพ ให้ป้ามายนี้หัวแม่มือ พร้อมบันทึกกำกับว่า เป็นลายนิ้วมือข้างไหน และมีพยานเซ็นรับรอง 2 คน

7. ดำเนินการสัมภาษณ์ตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือแบบสอบถาม

8. ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล กำหนดทำการตรวจสอบ 3 ครั้ง โดยไม่ซ้ำผู้ตรวจสอบ ดังนี้

- **การตรวจสอบครั้งที่ 1** โดยผู้สัมภาษณ์ ทำการตรวจสอบก่อนให้คำตอบแทน และก่อนออกจากพื้นที่ ถ้าไม่ครบถ้วนให้ขอข้อมูลเพิ่มเติม
- **การตรวจสอบครั้งที่ 2** โดยหัวหน้าทีมภาคสนามทำการตรวจสอบก่อนออกจากพื้นที่ ถ้าไม่ครบถ้วนให้ขอข้อมูลเพิ่มเติม
- **การตรวจสอบครั้งที่ 3** โดยหัวหน้าทีมนักวิจัย หรือผู้รับผิดชอบตรวจสอบข้อมูลในการสำรวจของหน่วยงาน ก่อนส่งคณะทำงานกลาง ถ้าไม่ครบถ้วนให้ประสานพื้นที่ขอข้อมูลเพิ่มเติม

ในกรณีที่ผลการสัมภาษณ์ด้วย Mini International Neuropsychiatric Interview; M.I.N.I.⁽³⁸⁾ พบว่ามีผลบวก Positive Module L ในกลุ่มอายุ 15-59 ปี ผลการสัมภาษณ์ด้วย Mini-Mental State Examination-Thai2002⁽⁵⁰⁾ พบผลบวกในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ให้แจ้งผลและแนะนำการปฏิบัติตัว พร้อมกับส่งต่อไปพบจิตแพทย์

9. หัวหน้าทีมสำรวจภาคสนามสรุปรายงานการสำรวจและจัดส่งแบบเก็บรวบรวมข้อมูลให้กับคณะทำงานส่วนกลาง คณะทำงานส่วนกลางตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

3.6 เครื่องมือในการสำรวจ

เครื่องมือในการสำรวจระดับชาติวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชครั้งนี้ ทีมวิจัยได้พัฒนาและปรับปรุงเครื่องมือจากหลายแหล่ง มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ลักษณะประชากร ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช พัฒนาจากแบบสัมภาษณ์การสำรวจระดับชาติวิทยาสุขภาพจิต: การศึกษาระดับชาติ ปี พ.ศ. 2546 และ ปี พ.ศ. 2551^(4, 23)

2. แบบสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวชในชุมชนเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง ใช้แบบสัมภาษณ์โดยพัฒนาจาก Mini International Neuropsychiatric Interview; M.I.N.I.⁽³⁸⁾ และ Mini-Mental State Examination-Thai 2002⁽⁵⁰⁾ (สำหรับคัดกรอง cognitive impairment ในอายุ 60 ปีขึ้นไป)

3. ข้อมูลความรู้และทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและจิตเวช เพิ่มเติมและพัฒนาจากการสำรวจเพื่อรายงานผลการประเมินแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในระยะสั้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554)⁽⁵¹⁾

4. ข้อมูลความสุขประชาชน ใช้แบบสัมภาษณ์แบบประเมินความสุขคนไทยของอภิชัย มงคลและคณะ⁽⁵²⁾

5. ข้อมูลคุณภาพชีวิต เป็นแบบประเมินสภาวะสุขภาพ มี 2 วิธี คือ วิธี Visual analog scale และแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D ซึ่งโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)¹ ได้นำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในการศึกษาหลายงานวิจัย โดยได้รับความร่วมมือจากหน่วยงาน EuroQol² การทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม พบว่าประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D ถือได้ว่าเป็นความเหมาะสมกับการวัดคุณภาพชีวิตของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช^(53, 54)

3.7 การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

3.7.1 การประมวลผลข้อมูล ผู้ประสานงานแต่ละอำเภอ/CUP เป็นผู้บรรณาธิการข้อมูลภาคสนาม นักวิจัยส่วนกลางเป็นผู้บรรณาธิการข้อมูลซ้ำ และนำแบบสัมภาษณ์ลงรหัสข้อมูล บันทึกข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยมีการตรวจสอบข้อมูลในทุกขั้นตอนจากนักวิจัยจากส่วนกลาง ก่อนที่นำข้อมูลทั้งหมดเข้าสู่ระบบของการวิเคราะห์

3.7.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวนร้อยละ สัดส่วนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย ข้อมูลปัญหา/โรค ความชุกของโรคกระจายตามลักษณะบุคคล พื้นที่ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา และการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

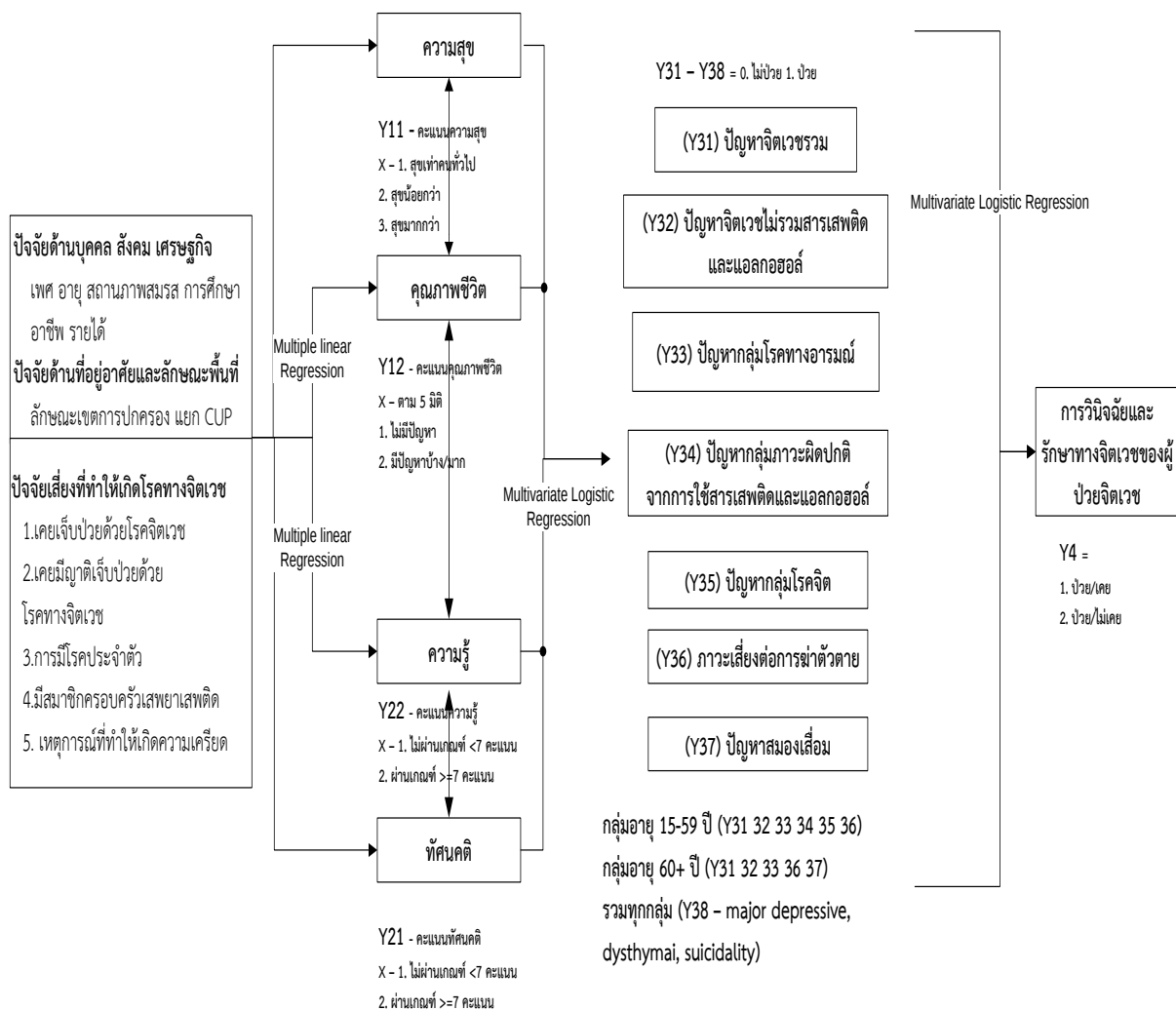
สถิติเชิงวิเคราะห์ (analytical statistics) เพื่อพิสูจน์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆที่ส่งผลต่อปัญหาหรือการเป็นโรคสุขภาพจิตและจิตเวชของประชาชนใน 5 พื้นที่เป้าหมายตามกรอบการวิเคราะห์ ดังแสดงในรูป 3 โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

➤ เปรียบเทียบสัดส่วนโดยใช้สถิติ Chi-Square test และ Fisher's exact test

¹ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
www.hitap.net

² EuroQol Group Executive Office Marten Meesweg 107 3068 AV Rotterdam, The Netherlands.
http://www.euroqol.org/contact.html

- เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลที่มีลักษณะช่วงมาตราและอัตราส่วนมาตรา (interval and ratio scale) เช่น ความสุข คุณภาพชีวิต ความรู้และทัศนคติระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ T-test และ Analysis of Variance (ANOVA)
- วิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ทัศนคติ ความสุขและคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยใช้สถิติถดถอยพหุตัวแปร ซึ่งมีการควบคุมตัวแปรตามอื่นๆ (multiple regression analysis) และ 95% Confidence Interval กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
- วิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ปัจจัยต่อการเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาของผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้สถิติความถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ ซึ่งมีการควบคุมตัวแปรตามอื่นๆ (multiple logistic regression) เพื่อได้ adjusted odd ratio (OR_{adj}) และ 95% Confidence Interval กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05



รูป 3 กรอบการวิเคราะห์ข้อมูล

บทที่ 4 ผลการศึกษา

ผลการศึกษาการสำรวจระดับชาติวิทยา ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร) ใน 5 พื้นที่ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 15-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป โดยผลการศึกษาแบ่งเป็น 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยเสี่ยง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ ทักษะ ความสุข และคุณภาพชีวิตของประชาชน

ส่วนที่ 3 อัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

ส่วนที่ 4 อัตราการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช และการใช้รับบริการด้านการรักษาติดตาม พื้นที่ผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนที่ 5 ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช (ปัญหาความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย)

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ทักษะ ความสุขและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและจิตเวช และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบปัญหา การเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาทางจิตเวช

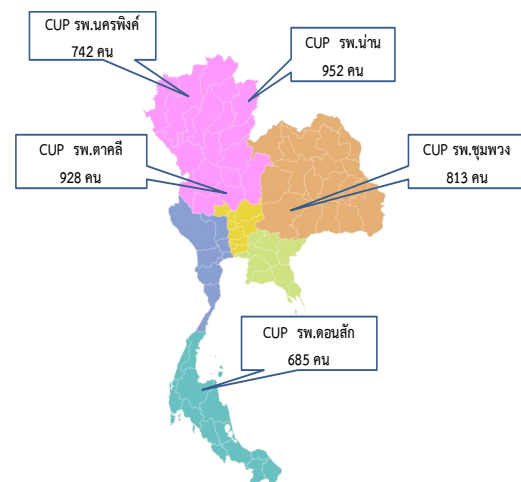
- เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ ความสุขและคุณภาพชีวิต
- ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ทักษะ ความสุขและคุณภาพชีวิต
- ปัจจัยที่มีผลต่อการพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช
- ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาของผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยเสี่ยง

การเก็บข้อมูลสำรวจทางระดับชาติวิทยา ดำเนินการใน 5 พื้นที่เครือข่ายบริการสถานพยาบาล (CUP) ได้แก่

- 1) CUP รพ.น่าน จ.น่าน
- 2) CUP รพ.นครพิงค์ จ.เชียงใหม่
- 3) CUP รพ.ตากสิน จ.นครสวรรค์
- 4) CUP รพ.ชุมพวง จ.นครราชสีมา
- 5) CUP รพ.ดอนสัก จ.สุราษฎร์ธานี

รวมทั้งสิ้นจำนวน 4,120 คน (ดังแสดงในรูป 4)
แบ่งเป็นกลุ่มอายุ 15-59 ปี จำนวน 2,564 คน
และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,556 คน



รูป 4 จำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่างแยกราย CUP

ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างทั่วไปและผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ในภาพรวมและแยกตามกลุ่มอายุ คือ 15-59 ปีและอายุ 60 ปีขึ้นไปดังนี้ (ตาราง 7) (รายละเอียดข้อมูลทั่วไปแยกรายพื้นที่และกลุ่มอายุ ในตารางภาคผนวก 2 (ตาราง 1))

ลักษณะที่อยู่อาศัย กลุ่มตัวอย่างภาพรวมส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 65) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 65) และทั้งสองกลุ่มอายุมีข้อมูลสอดคล้องกับภาพรวม กล่าวคือกลุ่ม 15-59 ปีที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลพบผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ ร้อยละ 64 และกลุ่ม 60 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 72

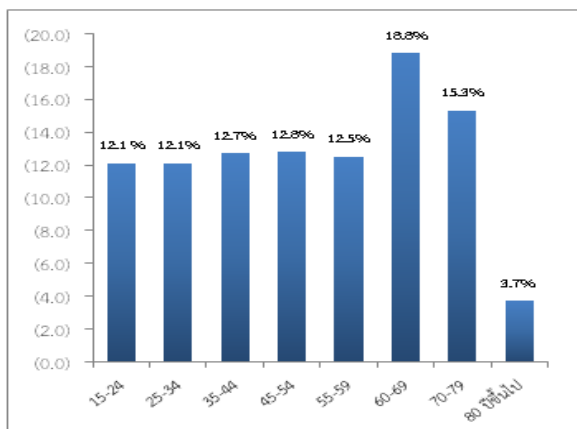
เพศ กลุ่มตัวอย่างภาพรวมมีอัตราส่วนระหว่างเพศชายกับเพศหญิง เท่ากับ 1:1 ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 76)

กลุ่มอายุ 15-59 ปี เพศชายได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ มากที่สุด (ร้อยละ 85) ส่วนกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่จะพบในเพศหญิง (ร้อยละ 61)

สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างภาพรวมส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 64) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 54) รองลงมาเป็นผู้ที่มีสถานภาพโสด และหย่า/แยกกันอยู่/หม้าย (ร้อยละ 30 และ 16)

พิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่ากลุ่มอายุ 15-59 ปี ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ สอดคล้องกับภาพรวม แต่ในกลุ่ม 60 ปีขึ้นไปสถานภาพคู่มีปัญหาสุขภาพจิตฯ มากที่สุด (ร้อยละ 59) รองลงมา หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย และโสด (ร้อยละ 40 และ 1)

อายุ มีการกระจายอย่างสม่ำเสมอ (ประมาณร้อยละ 12) ยกเว้นในช่วงอายุ 60-69 ปีมีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 19) และน้อยที่สุดอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 4) ดังแสดงในรูป 5 ส่วนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ ส่วนใหญ่อายุ 25-34 ปี (ร้อยละ 19)



รูป 5 แสดงสัดส่วนแยกรายกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ 15-59 ปี ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ ส่วนใหญ่อายุ 25-34 ปี (ร้อยละ 24) รองลงมา 35-44 ปี 45-54 ปี 15-24 ปี และ 55-59 ปี (ร้อยละ 23 21 19 และ 14) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ ส่วนใหญ่อายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 42) รองลงมา อายุ 60-69 ปี และ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 38 และ 8) ตามลำดับ

ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างภาพรวมส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 54) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 23) การสำรวจครั้งนี้พบผู้ไม่ได้เรียน ร้อยละ 12 ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 45)

กลุ่มอายุ 15-59 ปี ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 42) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ระดับปวช./ปวส./อนุปริญญา ระดับปริญญาตรีหรือ/และสูงกว่า (ร้อยละ 36 13 และ 7) ตามลำดับ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตฯ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 54) รองลงมาคือ ผู้ที่ไม่ได้เรียนและมัธยมศึกษา (ร้อยละ 43 และ 3) ตามลำดับ

อาชีพ กลุ่มตัวอย่างภาพรวมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 30) ผู้ที่ว่างงานหรือทำงานบ้านกับผู้ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มีจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 25) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 37) นอกจากนั้น พบร้อยละ 24 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 18 เป็นผู้ว่างงานหรือทำงานบ้าน

กลุ่มอายุ 15-59 ปี ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 43) รองลงมาอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 25) ค่าขาย ว่างงาน/งานบ้าน นักเรียน/นักศึกษา ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ และอาชีพอื่นๆ (ร้อยละ 25 10 9 7 4 และ 4) ตามลำดับ สำหรับกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตฯ ส่วนใหญ่จะว่างงาน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 53) รองลงมาคือ เกษตรกรรม รับจ้าง ค่าขาย และอาชีพอื่นๆ (ร้อยละ 20 12 8 และ 8) ตามลำดับ

รายได้ต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างภาพรวมส่วนใหญ่มีรายได้ของครัวเรือนต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ค่าเฉลี่ยรายได้ของครัวเรือนต่อเดือน เท่ากับ 11,541 บาท) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 39) รองลงมาได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 30) ส่วนรายได้ช่วงอื่นๆ มีจำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตฯ ใกล้เคียงกัน (ประมาณร้อยละ 10)

กลุ่มอายุ 15-59 ปี ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตฯ ส่วนใหญ่มีรายได้ครัวเรือนต่อเดือน 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 34) รองลงมา ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 26) รายได้ในช่วงอื่นๆ มีจำนวนใกล้เคียงกัน (ประมาณร้อยละ 13-14) สำหรับกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปผู้มีปัญหาสุขภาพจิตฯ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 75) รองลงมาคือ 5,001-10,000 บาท มากกว่า 20,001 บาท และ 15,001-20,000 บาท (ร้อยละ 14 8 และ 4) ตามลำดับ

ผู้ที่เคยมีประวัติการตรวจวินิจฉัยโรคทางจิตเวช กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ (จากการสำรวจครั้งนี้) ส่วนใหญ่เป็นผู้ไม่เคยเข้ารับการตรวจวินิจฉัยโรคทางจิตเวชมาก่อน (ร้อยละ 93) และหากไม่พิจารณาผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และเสพสารเสพติด (จำนวน 352 ราย) จะพบร้อยละ 81.2 เป็นผู้ที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษามาก่อน

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลสอดคล้องกับภาพรวมโดยผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคทางจิตเวชมาก่อน โดยกลุ่มอายุ 15-59 ปี พบร้อยละ 93 (และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 95)

การป่วยทางจิตของญาติ มีร้อยละ 5 ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมที่มีญาติป่วยทางจิตเวช (รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์) ซึ่งผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ ส่วนใหญ่ไม่มีญาติป่วยทางจิตเวช (ร้อยละ 93)

สมาชิกในครอบครัวติดยาเสพติด พบร้อยละ 5 ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมที่มีสมาชิกในครอบครัวติดยาเสพติด และมีร้อยละ 21 พบว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ มีสมาชิกในครอบครัวติดยาเสพติด

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ ที่มีสมาชิกในครอบครัวติดยาเสพติดในกลุ่มอายุ 15-59 ปี พบร้อยละ 23 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 13 ติดยาเสพติด

ประวัติการมีโรคประจำตัว ร้อยละ 41 ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมมีโรคประจำตัว โดยส่วนใหญ่มีอาการหรือโรคประจำตัว 1 โรค (ร้อยละ 28) ในกลุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ พบผู้มีโรคประจำตัวร้อยละ 35 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้มีอาการหรือโรคประจำตัว 1 โรค (ร้อยละ 24)

พิจารณาตามกลุ่มอายุ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ และมีโรคประจำตัวในกลุ่มอายุ 15-59 ปี พบร้อยละ 28 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 63

เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด กลุ่มตัวอย่างภาพรวม ส่วนใหญ่จะประสบเหตุการณ์แต่จะไม่ทำให้เกิดความเครียด (ร้อยละ 48) และพบร้อยละ 25 มีผู้ที่ประสบเหตุการณ์และทำให้เกิดความเครียด ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ ส่วนใหญ่จะพบว่าประสบเหตุการณ์แต่ไม่ทำให้เกิดความเครียด (ร้อยละ 41) และมีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด (ร้อยละ 38)

กลุ่มอายุ 15-59 ปี ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ ส่วนใหญ่เป็นผู้ประสบเหตุการณ์แต่ไม่เครียด (ร้อยละ 45) และมีร้อยละ 38 ที่มีเหตุการณ์ทำให้เกิดความเครียด ร้อยละ 26 ไม่มีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ มีร้อยละ 39 ประสบเหตุการณ์ทำให้เกิดความเครียด และร้อยละ 25 ที่ประสบเหตุการณ์แต่ไม่เครียด

เหตุการณ์สำคัญที่ทำให้เกิดความเครียดที่พบส่วนใหญ่ เช่น ญาติพี่น้องในครอบครัวเจ็บป่วย ลูกไปเรียน/ทำงานต่างจังหวัดหรือต่างประเทศ กู้ยืม/ภาระหนี้สิน ส่วนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและมีความเครียดมากที่สุดคือ กู้ยืม/มีภาระหนี้สิน (รายละเอียดเหตุการณ์ความเครียดแยกรายพื้นที่และกลุ่มอายุ ในตารางภาคผนวก 2 (ตาราง 2))

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างทั่วไปและผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ในภาพรวมและแยกตามกลุ่มอายุ 15-59 ปีและ อายุ 60 ปีขึ้นไป

ลักษณะข้อมูลทั่วไป		กลุ่มอายุ 15-59 ปี					กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป					ภาพรวม					
		ปัญหาสุขภาพจิต					ปัญหาสุขภาพจิต					ปัญหาสุขภาพจิต					
		ใช่		ไม่ใช่		จน. รวม	ใช่		ไม่ใช่		จน. รวม	ใช่		ไม่ใช่		จน.รวม	
		จำนวน	%	จำนวน	%		จำนวน	%	จำนวน	%		จำนวน	%	จำนวน	%	คน	%
พื้นที่เป้าหมาย																	
	ดาดลิ	45	(11.2)	535	(24.7)	580	12	(11.8)	336	(23.1)	348	57	(11.3)	871	(24.1)	928	(22.5)
	น่าน	120	(29.9)	506	(23.4)	626	13	(12.7)	313	(21.5)	326	133	(26.4)	819	(22.6)	952	(23.1)
	นครพิงค์	104	(25.9)	317	(14.7)	421	16	(15.7)	305	(21.0)	321	120	(23.9)	622	(17.2)	742	(18.0)
	ชุมพวง	59	(14.7)	445	(20.6)	504	34	(33.3)	275	(18.9)	309	93	(18.5)	720	(19.9)	813	(19.7)
	ดอนสัก	73	(18.2)	360	(16.6)	433	27	(26.5)	225	(15.5)	252	100	(19.9)	585	(16.2)	685	(16.6)
ลักษณะพื้นที่อาศัย																	
	นอกเขตเทศบาล	257	(64.1)	1425	(65.9)	1682	73	(71.6)	933	(64.2)	1006	330	(65.6)	2358	(65.2)	2688	(65.2)
	เขตเทศบาล	144	(35.9)	738	(34.1)	882	29	(28.4)	521	(35.8)	550	173	(34.4)	1259	(34.8)	1432	(34.8)
เพศ																	
	หญิง	61	(15.2)	1225	(56.6)	1286	62	(60.8)	708	(48.7)	770	123	(24.5)	1933	(53.4)	2056	(49.9)
	ชาย	340	(84.8)	938	(43.4)	1278	40	(39.2)	746	(51.3)	786	380	(75.5)	1684	(46.6)	2064	(50.1)
สถานภาพสมรส																	
	คู่	211	(52.6)	1457	(67.4)	1668	60	(58.8)	925	(63.6)	985	271	(53.9)	2382	(65.9)	2653	(64.4)
	โสด	151	(37.7)	514	(23.8)	665	1	(1.0)	32	(2.2)	33	152	(30.2)	546	(15.1)	698	(16.9)
	หย่า/แยก/หม้าย	39	(9.7)	191	(8.8)	230	41	(40.2)	497	(34.2)	538	80	(15.9)	688	(19.0)	768	(18.6)
อายุ (ปี)																	
	15-24	75	(18.7)	428	(19.8)	503	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	75	(14.9)	428	(11.8)	503	(12.2)
	25-34	95	(23.7)	402	(18.6)	497	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	95	(18.9)	402	(11.1)	497	(12.1)
	35-44	92	(22.9)	430	(19.9)	522	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	92	(18.3)	430	(11.9)	522	(12.7)
	45-54	83	(20.7)	443	(20.5)	526	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	83	(16.5)	443	(12.2)	526	(12.8)
	55-59	56	(14.0)	460	(21.3)	516	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	56	(11.1)	460	(12.7)	516	(12.5)
	60-69	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	39	(38.2)	736	(50.6)	775	39	(7.8)	736	(20.3)	775	(18.8)
	70-79	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	43	(42.2)	586	(40.3)	629	43	(8.5)	586	(16.2)	629	(15.3)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป		กลุ่มอายุ 15-59 ปี					กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป					ภาพรวม					
		ปัญหาสุขภาพจิต					ปัญหาสุขภาพจิต					ปัญหาสุขภาพจิต					
		ใช่		ไม่ใช่		จน.รวม	ใช่		ไม่ใช่		จน.รวม	ใช่		ไม่ใช่		จน.รวม	
		จำนวน	%	จำนวน	%		จำนวน	%	จำนวน	%		จำนวน	%	จำนวน	%	คน	%
>=80		-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	20	(19.6)	132	(9.1)	152	20	(4.0)	132	(3.6)	152	(3.7)
ระดับการศึกษา																	
	ไม่ได้เรียน	6	(1.5)	89	(4.1)	95	44	(43.1)	348	(23.9)	392	50	(9.9)	437	(12.1)	487	(11.8)
	ประถมศึกษา	169	(42.1)	997	(46.1)	1166	55	(53.9)	995	(68.4)	1050	224	(44.5)	1992	(55.1)	2216	(53.8)
	มัธยมศึกษา	146	(36.4)	733	(33.9)	879	3	(2.9)	73	(5.0)	76	149	(29.6)	806	(22.3)	955	(23.2)
	ปวช./ปวส./อนุปริญญา	51	(12.7)	186	(8.6)	237	0	(0.0)	0	(0.0)	0	51	(10.1)	186	(5.1)	237	(5.8)
	ปริญญาตรีและสูงกว่า	29	(7.2)	158	(7.3)	187	0	(0.0)	38	(2.6)	38	29	(5.8)	196	(5.4)	225	(5.5)
อาชีพ																	
	ว่างงาน/งานบ้าน	35	(8.7)	297	(13.7)	332	54	(52.9)	666	(45.8)	720	89	(17.7)	963	(26.6)	1052	(25.5)
	นักเรียน/นักศึกษา	26	(6.5)	148	(6.8%)	174	0	(0.0)	0	(0.0)	0	26	(5.2)	148	(4.1)	174	(4.2)
	ค้าขาย	38	(9.5)	254	(11.7)	292	8	(7.8)	102	(7.0)	110	46	(9.1)	356	(9.8)	402	(9.8)
	เกษตรกรรม	101	(25.2)	704	(32.5)	805	20	(19.6)	417	(28.7)	437	121	(24.1)	1121	(31.0)	1242	(30.1)
	รับจ้าง	172	(42.9)	633	(29.3)	805	12	(11.8)	186	(12.8)	198	184	(36.6)	819	(22.6)	1003	(24.3)
	ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	15	(3.7)	67	(3.1)	82	0	(0.0)	0	(0.0)	0	15	(3.0)	67	(1.9)	82	(2.0)
	อื่นๆ 15-59	14	(3.5)	60	(2.8)	74	0	(0.0)	0	(0.0)	0	14	(2.8)	60	(1.7)	74	(1.8)
	อื่นๆ 60 ปีขึ้นไป	0	(0.0)	0	(0.0)	0	8	(7.8)	83	(5.7)	91	8	(1.6)	83	(2.3)	91	(2.2)
รายได้ครัวเรือนต่อเดือน (บาท)																	
	<=5000	106	(26.4)	636	(29.4)	742	76	(74.5)	787	(54.1)	863	182	(36.2)	1423	(39.3)	1605	(39.0)
	5001-10000	136	(33.9)	726	(33.6)	862	14	(13.7)	341	(23.5)	355	150	(29.8)	1067	(29.5)	1217	(29.5)
	10001-15000	53	(13.2)	286	(13.2)	339	0	(0.0)	106	(7.3)	106	53	(10.5)	392	(10.8)	445	(10.8)
	15001-20000	51	(12.7)	203	(9.4)	254	4	(3.9)	91	(6.3)	95	55	(10.9)	294	(8.1)	349	(8.5)
	>=20001	55	(13.7)	312	(14.4)	367	8	(7.8)	129	(8.9)	137	63	(12.5)	441	(12.2)	504	(12.2)
ประวัติการตรวจวินิจฉัยโรคทางจิตเวช																	
	เคย	30	(7.5)	15	(0.7)	45	5	(4.9)	17	(1.2)	22	35	(7.0)	32	(0.9)	67	(1.6)
	ไม่เคย	371	(92.5)	2148	(99.3)	2519	97	(95.1)	1437	(98.8)	1534	468	(93.0)	3585	(99.1)	4053	(98.4)
การป่วยทางจิตเวชของญาติ																	
	ไม่มี	377	(94.0)	2032	(93.9)	2409	92	(90.2)	1397	(96.1)	1489	469	(93.2)	3429	(94.8)	3898	(94.6)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มอายุ 15-59 ปี					กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป					ภาพรวม					
	ปัญหาสุขภาพจิตฯ					ปัญหาสุขภาพจิตฯ					ปัญหาสุขภาพจิตฯ					
	ใช่		ไม่ใช่		จน.รวม	ใช่		ไม่ใช่		รวม	ใช่		ไม่ใช่		จน.รวม	
	จำนวน	%	จำนวน	%		จำนวน	%	จำนวน	%		จำนวน	%	จำนวน	%	คน	%
มี	24	(6.0)	131	(6.1)	155	10	(9.8)	57	(3.9)	67	34	(6.8)	188	(5.2)	222	(5.4)
ลักษณะความสัมพันธ์กับญาติที่ป่วยทางจิตเวช																
มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด	22	(91.6)	110	(85.9)	132	10	(100)	48	(85.7)	58	32	(94.1)	158	(85.8)	190	(87.2)
ไม่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด	2	(8.4)	18	(14.1)	20	0	(0.0)	8	(12.3)	8	2	(5.9)	26	(14.2)	28	(12.8)
มีสมาชิกในครอบครัวติดยาเสพติด																
ไม่มี	308	(76.8)	1982	(91.7)	2290	89	(87.3)	1388	(95.5)	1477	397	(78.9)	3370	(93.2)	3767	(91.4)
มี	93	(23.2)	179	(8.3)	272	13	(12.7)	66	(4.5)	79	106	(21.1)	245	(6.8)	351	(8.5)
กลุ่มโรคประจำตัว																
ไม่มีโรค	287	(71.8)	1558	(72.2)	1845	38	(37.3)	560	(38.6)	598	325	(64.7)	2118	(58.7)	2443	(59.3)
มีอาการ/โรค 1 โรค	88	(22.0)	480	(22.2)	568	34	(33.3)	540	(37.2)	574	122	(24.3)	1020	(28.3)	1142	(27.7)
มีอาการ/โรค 2 โรค	20	(5.0)	96	(4.4)	116	21	(20.6)	261	(18.0)	282	41	(8.2)	357	(9.9)	398	(9.7)
มีอาการ/โรค 3 โรคหรือมากกว่า	5	(1.3)	24	(1.1)	29	9	(8.8)	89	(6.1)	98	14	(2.8)	113	(3.1)	127	(3.1)
เหตุการณ์เครียดทั้งหมด (คน)																
ไม่มี	68	(17.0)	515	(23.8)	583	36	(35.3)	458	(31.5)	494	104	(20.7)	973	(26.9)	1077	(26.1)
มีเหตุการณ์แต่ไม่เครียด	181	(45.1)	1075	(49.7)	1256	26	(25.5)	712	(49.0)	738	207	(41.2)	1787	(49.4)	1994	(48.4)
มีเหตุการณ์และเครียด	152	(37.9)	573	(26.5)	725	40	(39.2)	284	(19.5)	324	192	(38.2)	857	(23.7)	1049	(25.5)

ส่วนที่ 2 ความรู้ ทักษะ ความสุข และคุณภาพชีวิตของประชาชน

ความรู้ ทักษะ ความสุข และคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มตัวอย่างทั่วไปและผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ ในภาพรวมและแยกตามกลุ่มอายุ คือ 15-59 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไป มีดังนี้ (ตาราง 8)

ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มตัวอย่างภาพรวมส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตฯ ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 60) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ มีคะแนนความรู้ระหว่างผ่านกับไม่ผ่านเกณฑ์ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 53 และ 47)

กลุ่มอายุ 15-59 ปี ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ มีร้อยละ 44 ความรู้ไม่ผ่านเกณฑ์ ส่วนกลุ่มอายุ 60 ปี ผู้มีความรู้ไม่ผ่านเกณฑ์พบสัดส่วนมากกว่า คือ ร้อยละ 58

ทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มตัวอย่างภาพรวม ส่วนใหญ่มีทัศนคติไม่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 53) ซึ่งผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ ส่วนใหญ่มีทัศนคติไม่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 53)

กลุ่มอายุ 15-59 ปี ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ มีร้อยละ 59 ทัศนคติไม่ผ่านเกณฑ์ ส่วนกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตฯ มีประมาณ 1 ใน 4 ที่มีทัศนคติไม่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 25)

ระดับความสุข กลุ่มตัวอย่างภาพรวมส่วนใหญ่มีระดับความสุขมากกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 65) รองลงมา มีระดับความสุขเท่ากับคนทั่วไป และมีระดับความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 29 และ 6) ตามลำดับ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีระดับความสุขมากกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 47) รองลงมา คือ มีความสุขเท่าคนทั่วไป และมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 39 และ 14)

กลุ่มอายุ 15-59 ปี ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีระดับความสุขมากกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 51) รองลงมา คือ มีความสุขเท่าคนทั่วไป และมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 39 และ 10) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีระดับความสุขเท่าคนทั่วไป (ร้อยละ 38) มีระดับความสุขมากกว่าคนทั่วไปใกล้เคียงกับระดับความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (ประมาณร้อยละ 30)

คุณภาพชีวิต แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน การเจ็บปวด การวิตกกังวลและซึมเศร้า และการดูแลตนเอง จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างภาพรวม ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในด้านต่างๆ แต่ที่พบว่ามีปัญหาบ้างและมากที่สุดคือการวิตกกังวลและซึมเศร้าซึ่งพบร้อยละ 37

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาทั้ง 5 ด้าน ซึ่งผู้ที่มีปัญหาบ้างและมากที่สุด ได้แก่ ร้อยละ 13 มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 6 มีปัญหาด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 12 มีปัญหาด้านการเจ็บปวด ร้อยละ 37 มีปัญหาด้านการวิตกกังวลและซึมเศร้า และร้อยละ 26 มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง

กลุ่ม 15-59 ปี ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ มีปัญหาบ้างและมากที่สุดในการวิตกกังวลและซึมเศร้า และด้านการดูแลตนเอง (ร้อยละ 29 และ 21) ส่วนกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปพบว่ามีปัญหาบ้างและมากที่สุดในการเคลื่อนไหว และการวิตกกังวล/ซึมเศร้า (ร้อยละ 57 และ 71)

*ความรู้และทัศนคติผ่านเกณฑ์ คือ ผู้ที่มีคะแนนความรู้ คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน⁽⁵¹⁾

ตาราง 8 ความรู้ ทักษะ และคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มตัวอย่างทั่วไปและผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ในภาพรวมและแยกตามกลุ่มอายุ 15-59 ปีและ อายุ 60 ปีขึ้นไป

ลักษณะข้อมูลทั่วไป		กลุ่มอายุ 15-59 ปี					กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป					ภาพรวม					
		ปัญหาสุขภาพจิต					ปัญหาสุขภาพจิต					ปัญหาสุขภาพจิต					
		ใช่		ไม่ใช่		จน.	ใช่		ไม่ใช่		จน.	ใช่		ไม่ใช่		จน.รวม	
		จำนวน	%	จำนวน	%	รวม	จำนวน	%	จำนวน	%	รวม	จำนวน	%	จำนวน	%	คน	%
ความรู้*	ความรู้ผ่านเกณฑ์	223	(55.6)	1438	(66.5)	1661	43	(42.2)	753	(51.8)	796	266	(52.9)	2191	(60.6)	2457	(59.6)
	ความรู้ไม่ผ่านเกณฑ์	178	(44.4)	725	(33.5)	903	59	(57.8)	701	(48.2)	760	237	(47.1)	1426	(39.4)	1663	(40.4)
ทัศนคติ*	ทัศนคติผ่านเกณฑ์	164	(40.9)	748	(34.7)	912	72	(75.0)	930	(64.6)	1002	236	(47.5)	1678	(46.7)	1914	(46.5)
	ทัศนคติไม่ผ่านเกณฑ์	237	(59.1)	1409	(65.3)	1646	24	(25.0)	509	(35.4)	533	261	(52.5)	1918	(53.3)	2179	(52.9)
ระดับความสุข	27-32 เท่าคนทั่วไป	155	(38.7)	637	(29.4)	792	38	(38.4)	346	(23.9)	384	193	(38.6)	983	(27.2)	1176	(28.5)
	26- น้อยกว่าคนทั่วไป	42	(10.5)	100	(4.6)	142	30	(30.3)	93	(6.4)	123	72	(14.4)	193	(5.3)	265	(6.4)
	33+ มากกว่าคนทั่วไป	204	(50.9)	1426	(65.9)	1630	31	(31.3)	1010	(69.7)	1041	235	(47.0)	2436	(67.4)	2671	(64.8)
การเคลื่อนไหว	ไม่มีปัญหา	393	(98.0)	2102	(97.2)	2495	43	(43.4)	1051	(72.3)	1094	436	(87.2)	3153	(87.2)	3589	(87.1)
	มีปัญหาบ้าง+มากที่สุด	8	(2.0)	61	(2.8)	69	56	(56.6)	403	(27.7)	459	64	(12.8)	464	(12.8)	528	(12.8)
กิจวัตรประจำวัน	ไม่มีปัญหา	394	(98.3)	2140	(98.9)	2534	74	(74.7)	1379	(94.8)	1453	468	(93.6)	3519	(97.3)	3987	(96.8)
	มีปัญหาบ้าง+มากที่สุด	7	(1.7)	23	(1.1)	30	25	(25.3)	75	(5.2)	100	32	(6.4)	98	(2.7)	130	(3.2)
การเจ็บปวด	ไม่มีปัญหา	375	(93.5)	2111	(97.6)	2486	67	(67.7)	1318	(90.6)	1385	442	(88.4)	3429	(94.8)	3871	(94.0)
	มีปัญหาบ้าง+มากที่สุด	26	(6.5)	52	(2.4)	78	32	(32.3)	136	(9.4)	168	58	(11.6)	188	(5.2)	246	(6.0)
การวิตกกังวลและซึมเศร้า	ไม่มีปัญหา	286	(71.3)	1614	(74.6)	1900	29	(29.3)	675	(46.4)	704	315	(63.0)	2289	(63.3)	2604	(63.2)
	มีปัญหาบ้าง+มากที่สุด	115	(28.7)	549	(25.4)	664	70	(70.7)	779	(53.6)	849	185	(37.0)	1328	(36.7)	1513	(36.7)
การดูแลตนเอง	ไม่มีปัญหา	318	(79.3)	1953	(90.3)	2271	53	(53.5)	1258	(86.5)	1311	371	(74.2)	3211	(88.8)	3582	(86.9)
	มีปัญหาบ้าง+มากที่สุด	83	(20.7)	210	(9.7)	293	46	(46.5)	196	(13.5)	242	129	(25.8)	406	(11.2)	535	(13.0)

*ความรู้และทัศนคติผ่านเกณฑ์ คือ ผู้ที่มีคะแนนความรู้ คะแนนทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและจิตเวช มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน⁽⁵¹⁾

นอกจากนี้ มีการวิเคราะห์แยกในแต่ละประเด็นของความรู้ ทศนคติที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช ดังนี้

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช

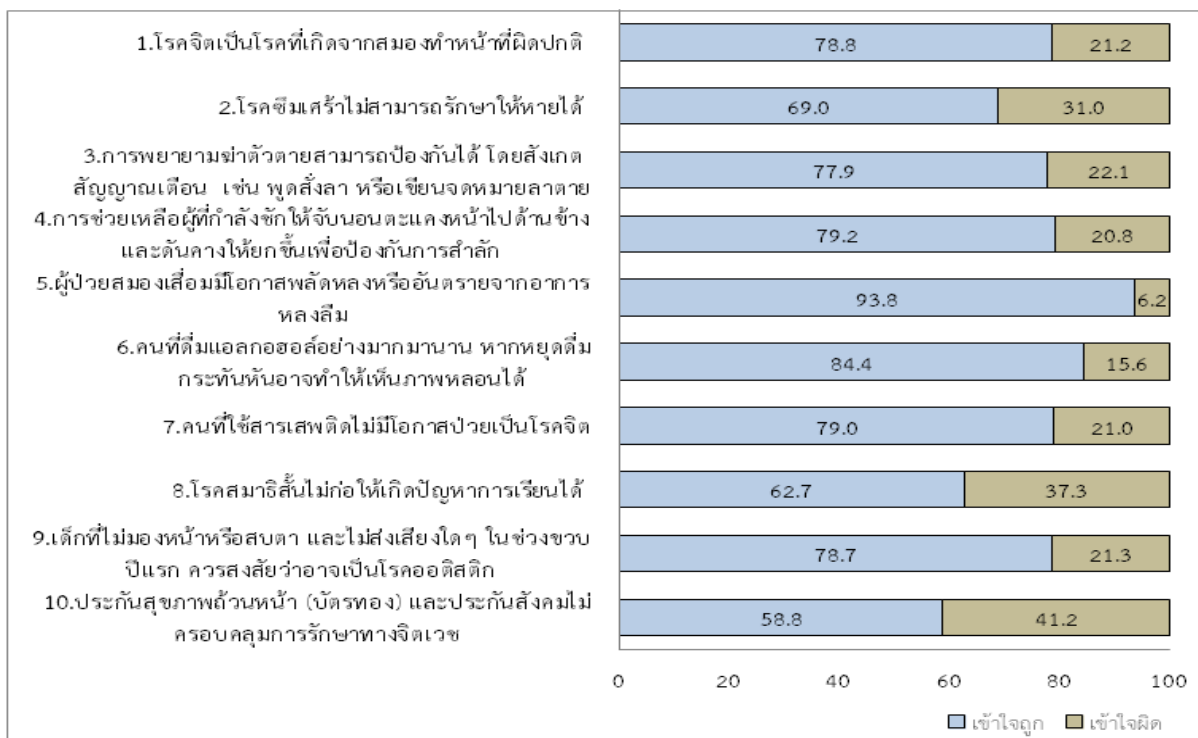
กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช เท่ากับ 7.6 คะแนน (เต็ม 10 คะแนน) และพบว่าแต่ละพื้นที่มีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 คะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช

พื้นที่	คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
CUP รพ.น่าน	7.5 (2.15)
CUP รพ.นครพิงค์	7.6 (1.65)
CUP รพ.ตากลี	8.0 (1.59)
CUP รพ.ชุมพวง	7.7 (1.80)
CUP รพ.ดอนสัก	7.2 (1.83)

จากการสำรวจข้อมูลทั้ง 5 พื้นที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชในทุกประเด็น เช่น ร้อยละ 94 เข้าใจถูกต้องว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมมีโอกาสพลัดหลงหรืออันตรายจากการหลงลืม ร้อยละ 84 เข้าใจถูกต้องว่าคนที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างมกมานาน หากหยุดดื่ม กระทั่งหันมาอาจทำให้เห็นภาพหลอนได้ ร้อยละ 80 เข้าใจถูกต้องว่าการช่วยเหลือผู้ที่กำลังชักให้จับนอนตะแคงหน้าไปด้านข้างและดันคางให้ยกขึ้นเพื่อป้องกันการสำลัก

มีบางประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจผิด เช่น เข้าใจผิดว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และประกันสังคมไม่ครอบคลุมการรักษาทางจิตเวช (ร้อยละ 41) เข้าใจผิดว่าโรคสมาธิสั้นไม่ก่อให้เกิดปัญหาการเรียนได้ (ร้อยละ 37) และเข้าใจผิดว่าโรคซึมเศร้าไม่สามารถรักษาให้หายได้ (ร้อยละ 31) ดังแสดงในรูป 6



รูป 6 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับประชาชน

เมื่อแยกเป็นรายพื้นที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชสอดคล้องกับข้อมูลในภาพรวม คือ ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในประเด็นต่างๆ และมีบางประเด็นยังมีความรู้ความเข้าใจผิด เช่น เกือบทุกพื้นที่มากกว่าร้อยละ 40 เข้าใจผิดว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)

และประกันสังคมไม่ครอบคลุมการรักษาทางจิตเวช มีกลุ่มตัวอย่างพื้นที่ CUP รพ.ตาคลีที่เข้าใจถูกต้องในเรื่องนี้มากกว่าพื้นที่อื่นๆ

ส่วนประเด็นคำถามอื่นๆ พบว่ามีบางพื้นที่ที่มีความเข้าใจผิดสูงกว่าพื้นที่อื่นๆ เช่นกลุ่มตัวอย่างพื้นที่ CUP รพ.ดอนสักไม่เข้าใจว่าเด็กที่ไม่มองหน้าหรือสบตา และไม่ส่งเสียงใดๆ ในช่วงขวบปีแรก ควรสงสัยว่าอาจเป็นโรคออทิสติก (ร้อยละ 31) กลุ่มตัวอย่างพื้นที่ CUP รพ.ดอนสัก ไม่เข้าใจว่าคนที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างมกานาน หากหยุดดื่มกะทันหันอาจทำให้เห็นภาพหลอนได้ (ร้อยละ 22) ดังรายละเอียดใน ตารางภาคผนวก 2 (ตาราง 3)

ทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช เท่ากับ 7.5 คะแนน (เต็ม 10 คะแนน) เมื่อแยกตามพื้นที่พบว่ามีความแตกต่างกันเล็กน้อย คือ 7.3-7.6 โดยพื้นที่ CUP รพ.น่าน มีคะแนนต่ำกว่า พื้นที่ CUP อื่นๆ ดังแสดงในตาราง 10

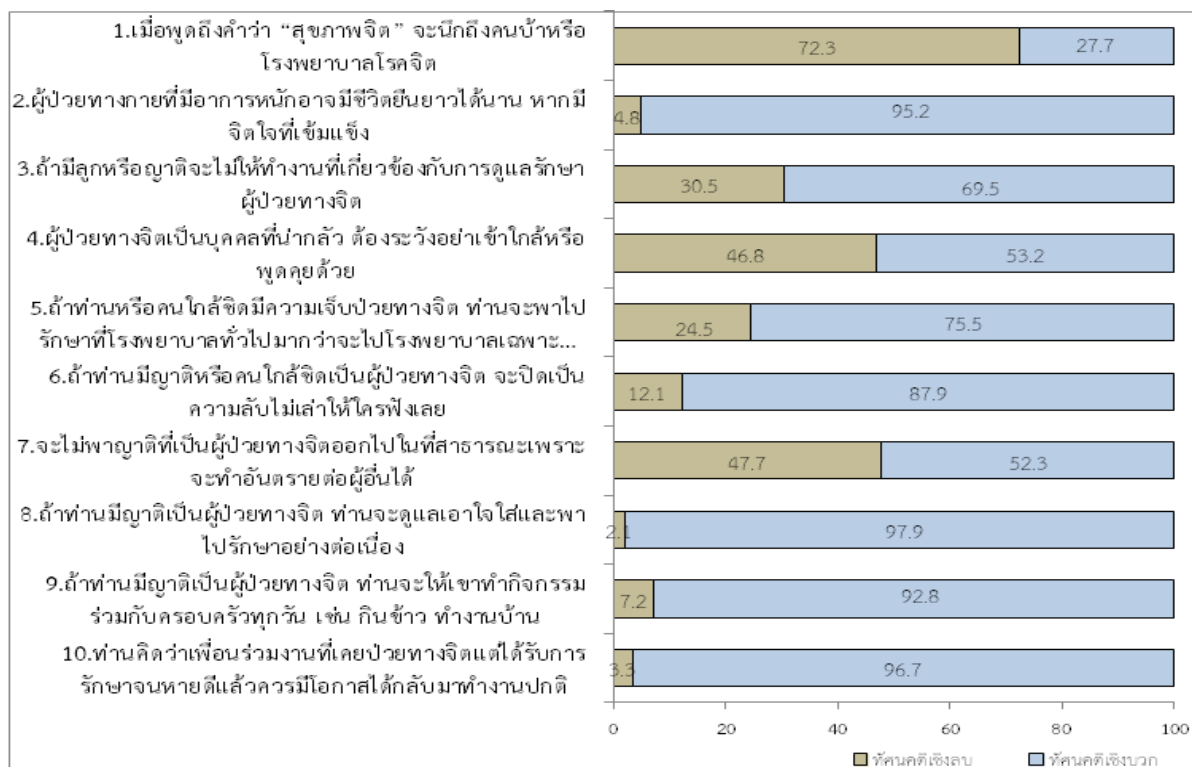
ตาราง 10 คะแนนทัศนคติต่อสุขภาพจิตและจิตเวช

พื้นที่	คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
CUP รพ.น่าน	7.3 (1.86)
CUP รพ.นครพิงค์	7.4 (1.70)
CUP รพ.ตาคลี	7.6 (1.62)
CUP รพ.ชุมพวง	7.5 (1.60)
CUP รพ.ดอนสัก	7.6 (1.76)

จากการสำรวจข้อมูลทั้ง 5 พื้นที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชในทุกประเด็น เช่น ร้อยละ 98 เห็นว่าถ้ามีญาติเป็นผู้ป่วยทางจิตจะดูแลเอาใจใส่และพาไปรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 97 คิดว่าเพื่อนร่วมงานที่เคยป่วยทางจิตแต่ได้รับการรักษาจนหายดีแล้วควรมีโอกาสได้กลับมาทำงานปกติ ร้อยละ 95 เห็นว่าผู้ป่วยทางกายที่มีอาการหนักอาจมีชีวิตรอดยืนยาวได้นาน หากมีจิตใจที่เข้มแข็ง

มีบางประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงลบ เช่น ร้อยละ 72 เห็นว่าเมื่อพูดถึงคำว่า “สุขภาพจิต” จะนึกถึงคนบ้าหรือโรงพยาบาลโรคจิต มีร้อยละ 48 ที่คิดว่าจะไม่พาญาติที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชออกไปในที่สาธารณะ เพราะจะทำอันตรายต่อผู้อื่นได้ และร้อยละ 47 เห็นว่าผู้ป่วยทางจิตเป็นบุคคลที่น่ากลัว ต้องระวังอย่าเข้าใกล้หรือพูดคุยด้วย ดังแสดงในรูป 7

เมื่อแยกเป็นรายพื้นที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติสอดคล้องกับข้อมูลในภาพรวม คือ ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชในประเด็นต่างๆ มีบางประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ยังมีทัศนคติเชิงลบ เช่น กลุ่มตัวอย่างพื้นที่ CUP รพ.น่านเห็นว่าหากมีคนใกล้ชิดเจ็บป่วยทางจิตเวช จะพาไปรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าจะไปโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช (ร้อยละ 32) พื้นที่ CUP รพ.นครพิงค์ เห็นว่าจะไม่พาญาติที่ป่วยทางจิตเวชออกไปในที่สาธารณะเพราะจะทำอันตรายต่อผู้อื่นได้ (ร้อยละ 53) เป็นต้น (รายละเอียดแสดงในตารางภาคผนวก 2 (ตาราง 4))



รูป 7 ทักษะคติเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชของประชาชน

ส่วนที่ 3 อัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

การสำรวจอัตราความชุกปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในปัจจุบัน (Current prevalence) ของโครงการนี้แบ่งเป็น 6 กลุ่มโรค ได้แก่ 1) กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorder) 2) ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol use disorders) 3) ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด (Substance non-alcohol use disorders) 4) โรคจิต (Psychotic disorders) 5) โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (Dementia) และ 6) ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย (Suicidality) พบว่า

อัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชภาพรวมในปัจจุบันเท่ากับร้อยละ 12.2 (503 ราย) ในกลุ่มอายุ 15-59 ปี พบร้อยละ 1.8-7.7 โดยพบอัตราความชุกมากในพื้นที่ 3 ลำดับแรก คือ พื้นที่ CUP รพ.น่าน CUP รพ.นครพิงค์ และ CUP รพ.ดอนสัก (ร้อยละ 7.7 4.1 และ 2.9) ตามลำดับ สำหรับกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบอัตราความชุก ร้อยละ 0.8-2.2 โดยพื้นที่ CUP รพ.ชุมพวงและ CUP ดอนสัก พบร้อยละ 2.2 และ 1.7 ส่วนพื้นที่อื่นๆ พบอัตราความชุกใกล้เคียงกัน (ประมาณร้อยละ 1) และนอกจากนั้นยังพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเพียง 1 โรค/ภาวะ (ร้อยละ 87) ส่วนผู้ที่โรคทางจิตเวชฯ รวม 2 โรค/ภาวะ มีประมาณร้อยละ 1.4 ดังแสดงแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 อัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช จำแนกตามกลุ่มอายุ และการเป็นโรคจิตเวชร่วม

โรคจิตเวช และภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย*	น่าน	นครพิกค์	ตาคลี	ชุมพวง	ดอนสัก	ภาพรวม
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน(%)
แบ่งตามช่วงอายุ (ทุกกลุ่มอายุในภาพรวมมีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชฯ 503 คน (ร้อยละ 12.2))						
กลุ่มอายุ 15-59 ปี	120 (7.7)	104 (4.1)	45 (1.8)	59 (2.3)	73 (2.9)	401 (15.7)
กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป	13 (0.8)	16 (1.0)	12 (0.8)	34 (2.2)	27 (1.7)	102 (6.6)
จำนวนการเป็นโรค/ภาวะ						
เป็น 1 โรค/ภาวะ	123 (92.5)	111 (92.6)	48 (84.3)	79 (85.0)	76 (76.0)	437 (86.9)
เป็น 2 โรค/ภาวะ	7 (5.3)	7 (5.8)	7 (12.3)	13 (14.0)	22 (22.0)	56 (11.1)
เป็น 3 โรค/ภาวะ	2 (1.5)	1 (0.8)	1 (1.7)	1 (1.0)	2 (2.0)	7 (1.4)
เป็น 5 โรค/ภาวะ	1 (0.7)	1 (0.8)	1 (1.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.6)
จำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพจิต	133	120	57	93	100	503

* ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายระดับปานกลางและมาก

อัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในปัจจุบัน (Current prevalence) จำแนกตามกลุ่มและรายโรค พบดังนี้ (ตาราง 12)

1. กลุ่มโรคทางอารมณ์ (Mood disorder) ภาพรวมพบอัตราความชุก ร้อยละ 3.3 และหากจำแนกรายโรค มีอัตราความชุกของโรคซึมเศร้า (Major depressive episode) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) ภาวะไฮโปแมนเนีย (Hypo manic episode) ภาวะแมนเนีย (Manic episode) ความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย เท่ากับร้อยละ 1.7 0.6 0.5 0.4 และ 0.1 ตามลำดับ นอกจากนี้พบอัตราความชุกมากน้อยแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ แตกต่างตามกลุ่มอายุ และพบเกือบทุกโรคในพื้นที่ CUP รพ.ดอนสักมากกว่าพื้นที่อื่น

2. ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ (Substance Alcohol use disorders) ภาพรวมพบอัตราความชุก ร้อยละ 12.4 โดยภาวะ Alcohol dependence และ Alcohol abuse มีอัตราใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 6.4 และ 6.0 ตามลำดับ ทั้งสองประเภทความผิดปกติ พบมากในพื้นที่ CUP รพ.นครพิกค์ น่าน และชุมพวง (ร้อยละ 21.6 17.4 และ 9.1) ตามลำดับ

3. ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพยาเสพติด (Substance non-alcohol use disorders) ภาพรวมพบอัตราความชุก ร้อยละ 1.4 (Non-alcohol dependence, Non-alcohol abuse เท่ากับร้อยละ 0.9 และ 0.5) พบมากในพื้นที่ CUP รพ.ดอนสัก ตาคลี น่าน และนครพิกค์ (ร้อยละ 4.6 0.7 0.5 และ 0.5) ตามลำดับ

4. โรคจิต (Psychotic Disorders) ภาพรวมพบอัตราความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence rate) และอัตราความชุกช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (Psychotic disorder current rate) เท่ากับร้อยละ 1.2 และ 0.5 โดยพื้นที่ CUP รพ.นครพิกค์ ดอนสัก และชุมพวง พบมากเป็น 3 ลำดับแรก

5. โรคสมองเสื่อม (Dementia) ภาพรวมพบอัตราความชุกร้อยละ 3.9 ซึ่งพื้นที่ CUP รพ.ชุมพวง พบมากที่สุด (ร้อยละ 8.1) แต่การสำรวจครั้งนี้ไม่พบความชุกโรคสมองเสื่อมในพื้นที่ CUP รพ.ตาคลี

6. ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย (Suicidality) อัตราความชุกของภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับ ในภาพรวมเท่ากับร้อยละ 6.4 โดยพบอัตราที่สูงในพื้นที่ CUP รพ.นครพิกค์ น่าน และดอนสัก (ร้อยละ 10.1 7.1 และ 6.7) ตามลำดับ สำหรับความชุกภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายระดับปานกลางและมาก เท่ากับร้อยละ 0.5 เมื่อแยกตามกลุ่มอายุ พบว่าทุกพื้นที่มีอัตราความชุกใกล้เคียงกัน คือ ประมาณร้อยละ 0.1-0.2

ตาราง 12 อัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชจำแนกรายโรคหรือกลุ่มโรค

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช	เมื่อนาน (%)	นครพิงค์ (%)	ดาคี (%)	ชุมพวง (%)	ดอนสัก (%)	ภาพรวม (%)
กลุ่มโรคทางอารมณ์ (Mood disorder)	(1.7)	(2.9)	(2.2)	(3.7)	(6.5)	(3.3)
* 1. Major depressive episode current	(0.5)	(0.7)	(1.6)	(2.3)	(3.6)	(1.7)
- 15- 59	(0.2)	(0.1)	(0.2)	(0.4)	(0.3)	(1.2)
- 60+	(0.0)	(0.1)	(0.6)	(0.6)	(1.1)	(2.4)
* 2. Major depressive episode recurrent	(0.1)	(0.3)	(0.5)	(0.5)	(1.9)	(0.6)
- 15- 59	(0.2)	(0.2)	(0.2)	(0.6)	(0.9)	(0.4)
- 60+	(0.0)	(0.3)	(1.1)	(0.3)	(3.6)	(1.0)
* 3. Dysthymia current	(0.2)	(0.5)	(0.4)	(0.6)	(1.5)	(0.6)
- 15- 59	(0.1)	(0.1)	(0.0)	(0.0)	(0.2)	(0.4)
- 60+	(0.0)	(0.1)	(0.3)	(0.3)	(0.3)	(1.0)
** 4. Hypo manic episode current	(0.0)	(0.2)	(0.0)	(0.0)	(0.7)	(0.2)
** 5. Hypo manic episode past	(0.6)	(1.0)	(0.0)	(0.2)	(0.7)	(0.5)
** 6. Manic episode current	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.5)	(0.1)
** 7. Manic episode past	(0.2)	(0.5)	(0.2)	(0.4)	(0.7)	(0.4)
** 8. Mood disorder with psychotic features current	(0.0)	(0.2)	(0.0)	(0.2)	(0.0)	(0.1)
** 9. Mood disorder with psychotic features Lifetime	(0.2)	(0.2)	(0.0)	(0.2)	(0.0)	(0.1)
ภาวะผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์ (Substance Alcohol use disorders)	(17.4)	(21.6)	(6.0)	(9.1)	(8.3)	(12.4)
** 10. Alcohol dependence current	(7.8)	(10.2)	(3.4)	(6.7)	(3.9)	(6.4)
** 11. Alcohol abuse current	(9.6)	(11.4)	(2.6)	(2.4)	(4.4)	(6.0)
ภาวะผิดปกติของการใช้สารเสพติด (Substance non-alcohol use disorders)	(0.5)	(0.5)	(0.7)	(0.4)	(4.6)	(1.4)
** 12. Non-alcohol dependence	(0.2)	(0.0)	(0.5)	(0.2)	(4.4)	(0.9)
** 13. Non-alcohol abuse	(0.3)	(0.5)	(0.2)	(0.2)	(0.2)	(0.5)
กลุ่มโรคจิต (Psychotic Disorders)						
** 14. Psychotic disorder current	(0.3)	(1.0)	(0.5)	(0.6)	(0.2)	(0.5)
** 15. Psychotic disorder lifetime	(0.6)	(1.9)	(1.2)	(1.0)	(1.6)	(1.2)
โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (Dementia)						
*** 16. Dementia	(3.7)	(3.7)	(0.0)	(8.1)	(4.4)	(3.9)
ภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicidality)						
* 17.1 ความเสี่ยงทุกระดับ	(7.1)	(10.1)	(5.4)	(2.8)	(6.7)	(6.4)
- 15- 59	(5.3)	(9.5)	(4.0)	(2.4)	(4.6)	(5.0)
- 60+	(10.7)	(10.9)	(7.8)	(3.6)	(10.3)	(8.6)
17.2 ความเสี่ยงระดับปานกลางและมาก	(0.7)	(0.5)	(0.4)	(0.2)	(0.6)	(0.5)
- 15- 59	(0.2)	(0.1)	(0.1)	(0.1)	(0.1)	(0.6)
- 60+	(0.1)	(0.1)	(0.1)	(0.0)	(0.1)	(0.4)

* สํารวจความชุกปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเหมือนกันทั้ง 2 กลุ่มอายุ (n= 4,120 คน) ** สํารวจความชุกปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเฉพาะกลุ่มอายุ 15-59 ปี (n=2,564 คน) *** สํารวจความชุกปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเฉพาะกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (n=1,556 คน)

ส่วนที่ 4 ประมาณการจำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช และการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาของผู้ป่วยจิตเวช

4.1 ประมาณการจำนวนปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษา

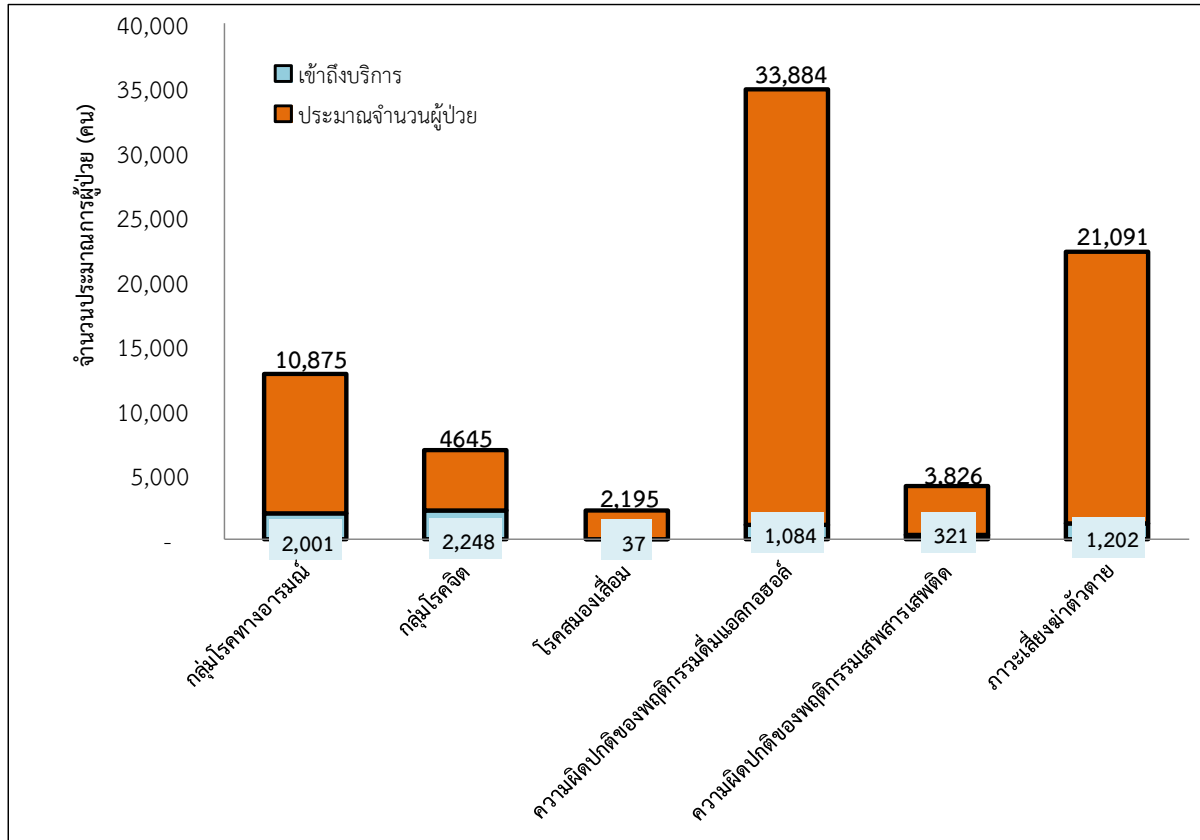
จากอัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ดังแสดงในตาราง 12 เมื่อนำมาประมาณการจำนวนผู้ป่วยจากการสำรวจพบว่า ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ 33,884 ราย ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย พบจำนวน 21,900 ราย กลุ่มโรคทางอารมณ์ พบจำนวน 10,875 ราย ด้านการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาของผู้ป่วยจิตเวชจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชเกือบทุกโรคมีอัตราการเข้าถึงบริการฯ น้อยกว่าร้อยละ 20 และมีบางโรคที่มีอัตราการเข้าถึงบริการฯ น้อยกว่าร้อยละ 10 ได้แก่ ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด ประเมินการเข้าถึงบริการฯ จำนวน 321 ราย (ร้อยละ 8.4) ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับ จำนวน 1,202 ราย (ร้อยละ 5.7) ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 1,084 ราย (ร้อยละ 3.2) โรคสมองเสื่อม จำนวน 37 ราย (ร้อยละ 1.7) ส่วนโรคจิตจากการสำรวจครั้งนี้พบผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการฯ สูงกว่าโรคอื่น (ร้อยละ 48) ดังตาราง 13 (รายละเอียดแยกกรายกลุ่มโรคและกลุ่มอายุ ในตารางภาคผนวก 2 (ตาราง 5-6))

จากการประมาณการจำนวนผู้ป่วยและการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากที่ยังไม่เข้าถึงบริการ เช่น จำนวนประมาณการผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์มีมากกว่า 3 หมื่นราย ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายมีจำนวนมากกว่า 2 หมื่นราย ขณะที่ในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาประมาณ 1 พันกว่ารายเท่านั้น สำหรับผู้ป่วยโรคจิตจะเข้าถึงบริการฯ ได้มากกว่าโรคอื่น (ประมาณ 2,300 ราย) แต่ยังพบผู้ป่วยมากกว่า 2 พันรายที่ยังเข้าไม่ถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษา ดังแสดงรูป 8

ตาราง 13 ประมาณการจำนวนผู้ป่วยและจำนวนการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษา

ประมาณการจำนวนผู้ป่วยและจำนวนการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษา	น่าน	นครพิกค์	ตากลี้	ชุมพวง	ดอนล็ก	รวม
กลุ่มโรคทางอารมณ์ (Mood disorders)						
จำนวนผู้ป่วยจากการสำรวจ (คน)	1,137	3,505	1,441	2,134	1,208	10,875
ร้อยละการเข้าถึงบริการฯ	20.0	15.4	25.0	20.8	14.3	18.4
จำนวนการเข้าถึงบริการฯ (คน)	228	539	360	445	173	2,001
ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ (Substance Alcohol use disorders)						
จำนวนผู้ป่วยจากการสำรวจ (คน)	9,766	21,133	3,260	4,477	1,308	33,884
ร้อยละการเข้าถึงบริการฯ	2.8	4.4	5.9	2.2	0.0	3.2
จำนวนการเข้าถึงบริการฯ (คน)	271	929	192	97	0	1,084
ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด (Substance non-alcohol use disorders)						
จำนวนผู้ป่วยจากการสำรวจ (คน)	281	489	380	197	725	3,826
ร้อยละการเข้าถึงบริการฯ	0.0	0.0	25.0	50.0	3.7	8.4
จำนวนการเข้าถึงบริการฯ (คน)	0	0	95	98	27	321

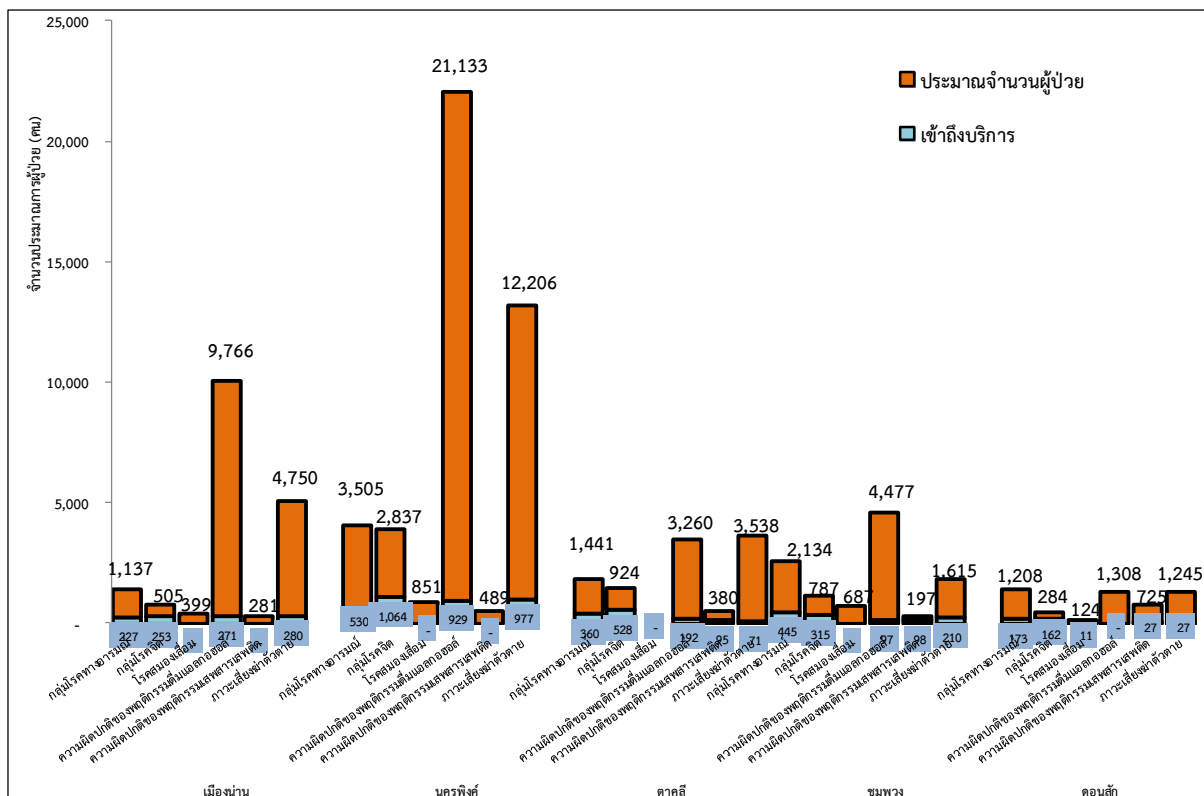
ประมาณการจำนวนผู้ป่วยและจำนวน การเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษา	น่าน	นครพินค์	ตากลี	ชุมพวง	ดอนสัก	รวม
โรคจิต (Psychotic Disorders)						
จำนวนผู้ป่วยจากการสำรวจ (คน)	505	2,837	924	787	284	4,645
ร้อยละการเข้าถึงบริการฯ	50.0	37.5	57.1	40.0	57.1	48.4
จำนวนการเข้าถึงบริการฯ (คน)	253	1,064	528	315	162	2,248
โรคสมองเสื่อม (Dementia)						
จำนวนผู้ป่วยจากการสำรวจ (คน)	399	851	0	687	124	2,195
ร้อยละการเข้าถึงบริการฯ	0.0	0.0	0.0	0.0	9.1	1.7
จำนวนการเข้าถึงบริการฯ (คน)	0	0	0	0	11	37
ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย (Suicidality)						
จำนวนผู้ป่วยจากการสำรวจ (คน)	4,750	12,206	3,538	1,615	1,245	21,091
ร้อยละจำนวนการเข้าถึงบริการฯ	5.9	8.0	2.0	13.0	2.2	5.7
จำนวนการเข้าถึงบริการฯ (คน)	280	977	71	210	27	1,202
ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย (ปานกลาง/มาก)						
จำนวนผู้ป่วยจากการสำรวจ (คน)	468	594	262	145	111	1,711
ร้อยละการเข้าถึงบริการฯ	14.3	25.0	25.0	50.0	0.0	19.0
จำนวนการเข้าถึงบริการฯ (คน)	67	149	66	72	0	325



รูป 8 ประมาณการจำนวนผู้ป่วยและการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

เมื่อประมาณการจำนวนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษา จากอัตราความชุกและการเข้าถึงบริการฯ ในครั้งนี้ กับจำนวนประชากรของแต่ละพื้นที่ พบว่าจำนวนผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์มีมากกว่ากลุ่มโรคอื่นๆ ในทุกพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่ CUP รพ.นครพิงค์ และพื้นที่ CUP รพ.น่าน (ประมาณ 21,133 และ 9,766 ราย) ซึ่งทั้งสองพื้นที่นี้พบจำนวนผู้มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายจากการประมาณการสูงกว่าพื้นที่อื่นๆ เช่นกัน

กลุ่มโรคทางอารมณ์ พบว่าพื้นที่ CUP รพ.นครพิงค์ และชุมพวงมีจำนวนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตฯ มากกว่าที่อื่น (ประมาณ 3,505 และ 2,134 ราย) กลุ่มโรคจิต พบมากที่สุดที่พื้นที่ CUP รพ.นครพิงค์ (ประมาณ 2,837 ราย) ส่วนพื้นที่ CUP อื่นๆ มีจำนวนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตฯ ประมาณ 300 - 1,000 ราย โรคสมองเสื่อม พบมากที่สุดที่พื้นที่ CUP รพ.นครพิงค์ (ประมาณ 851 ราย) ส่วนพื้นที่ CUP อื่นๆ มีจำนวนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตฯ ประมาณ 100 - 700 ราย (ไม่พบจำนวนประมาณผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในพื้นที่ CUP รพ.ตากสิน) สำหรับความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด พบมากที่สุดที่พื้นที่ CUP รพ.ดอนสัก (ประมาณ 725 ราย) ส่วนพื้นที่ CUP อื่นๆ มีจำนวนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตฯ ประมาณ 200 - 500 รายดังแสดงในรูป 9



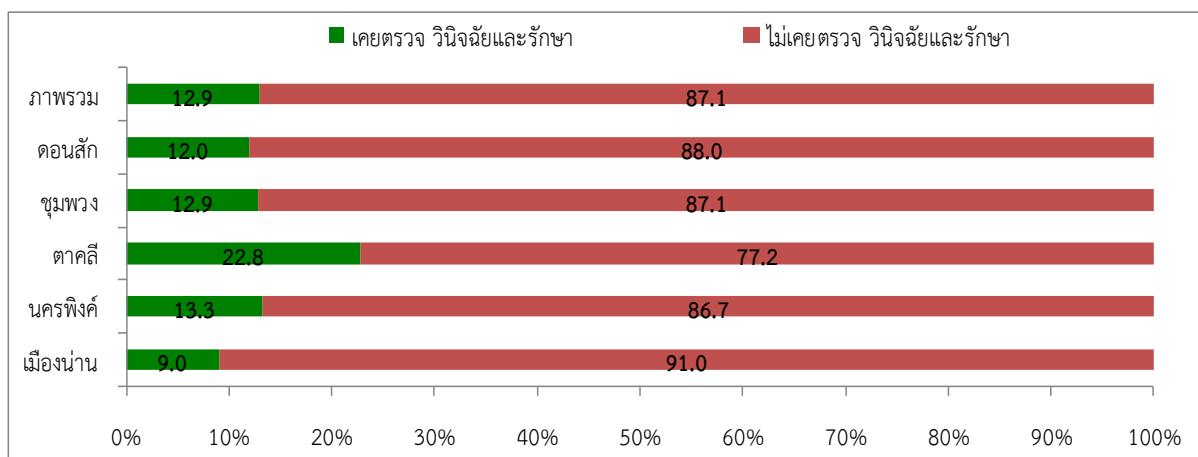
รูป 9 ประมาณการจำนวนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตฯ และการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช จำแนกตามพื้นที่

4.2 ลักษณะทั่วไปของผู้มีปัญหสุขภาพจิตและจิตเวชกับการได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษา

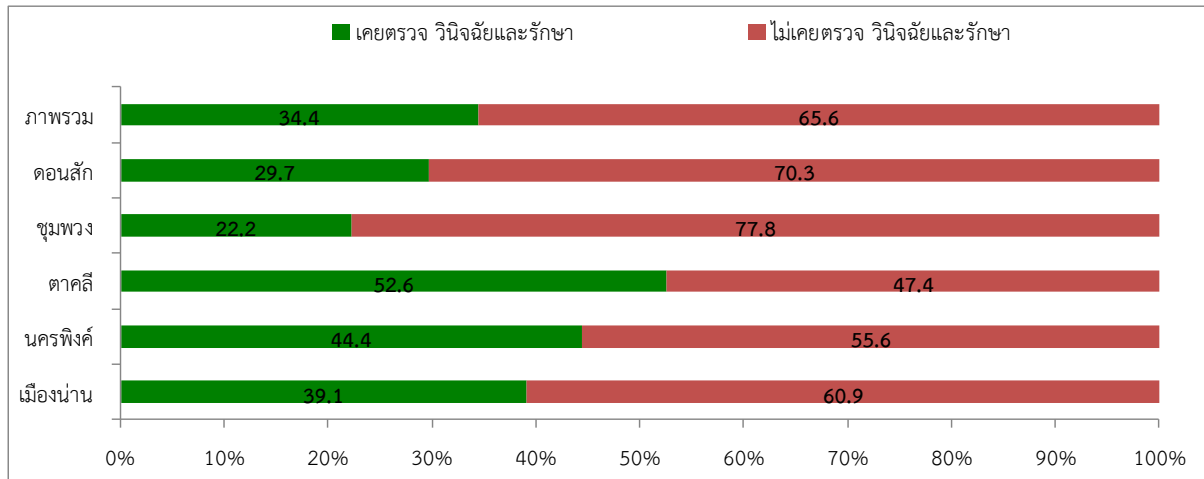
ผู้มีปัญหสุขภาพจิตฯ ที่ได้รับการสำรวจครั้งนี้ เมื่อสอบถามถึงการเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่ผ่านมา สามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาประมาณการการเข้าถึงบริการฯ ของแต่ละกลุ่มโรคหรือปัญหาสุขภาพจิตฯ เพื่ออธิบายถึงขนาดของช่องว่างและคุณลักษณะทางประชากรของการเข้าถึงบริการฯ เพื่อประโยชน์ต่อการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และวางแผนการแก้ไขปัญหสุขภาพจิตและจิตเวชในแต่ละพื้นที่ต่อไป

ผลการประมาณการในภาพรวม พบเพียงร้อยละ 13 ที่เคยได้รับการวินิจฉัยและรักษาปัญหสุขภาพจิตและจิตเวช โดยพื้นที่ CUP รพ.ตากสิน พบผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยและรักษามากกว่าพื้นที่อื่น ๆ (ร้อยละ 23) ขณะที่ CUP รพ.น่านพบจำนวนดังกล่าวน้อยที่สุด (ร้อยละ 9) ส่วนพื้นที่ CUP รพ.นครพิงค์ รพ.ชุมพวง และ รพ.ดอนสัก พบผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยและรักษาใกล้เคียงกัน คือประมาณร้อยละ 12-13 ดังแสดงในรูป 10

รูป 11 เป็นผลจากการประมาณการผู้ที่มีปัญหสุขภาพจิตฯ ยกเว้นผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และเสพสารเสพติด กับการเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่ผ่านมา พบว่า ในภาพรวมผู้ที่มีปัญหสุขภาพจิตฯ ร้อยละ 34 เคยได้รับการวินิจฉัยและรักษามากแล้ว โดยพื้นที่ 3 ลำดับแรกที่มีจำนวนการเข้าถึงบริการฯ มากกว่าพื้นที่อื่นๆ ได้แก่ พื้นที่ CUP รพ.ตากสิน CUP รพ.นครพิงค์ และ CUP รพ.น่าน (ร้อยละ 53 44 และ 39 ตามลำดับ) พื้นที่ CUP รพ.ชุมพวง พบจำนวนดังกล่าวน้อยที่สุด (ร้อยละ 22)



รูป 10 ผู้มีปัญหสุขภาพจิตและจิตเวชทุกชนิด กับการประมาณการการเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคทางจิตเวชที่ผ่านมา



รูป 11 ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชยกเว้นผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และเสพติด สารเสพติด กับการประมาณการการเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคทางจิตเวชที่ผ่านมา

ลักษณะผู้มีปัญหาสุขภาพจิตฯ จากการสำรวจกับประวัติการได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาในแต่ละกลุ่มโรคหรือรายโรค (อธิบายเพียงบางลักษณะของประชากร รายละเอียดทั้งหมดในตารางภาคผนวก 2 (ตาราง 5-6)) พบว่า

1. กลุ่มโรคทางอารมณ์ พบจำนวน 98 ราย ภาพรวมพบว่าส่วนใหญ่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตฯ ไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษา (ร้อยละ 82) ซึ่งลักษณะประชากรจำแนกตามพื้นที่พักอาศัย เพศ การมีประวัติญาติป่วยจิตเวช มีสัดส่วนที่ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยฯ ใกล้เคียงกัน โดยผู้มีปัญหาสุขภาพจิตฯ อายุต่ำกว่า 35 ปีและอายุมากกว่า 60 ปี ผู้ที่มีสถานภาพแยก/หย่าร้าง/หม้าย ไม่ได้เรียนหนังสือ รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท จะพบสัดส่วนที่ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาค่อนข้างสูง

2. ความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พบจำนวน 315 ราย ซึ่งเกือบทั้งหมดไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยฯ (ร้อยละ 97) โดยทุก CUP พบสัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยฯ สูงกว่าร้อยละ 95 โดยเฉพาะ CUP รพ.ดอนสัก ที่การสำรวจครั้งนี้ไม่พบผู้ได้รับการตรวจวินิจฉัยฯ เลย นอกจากนั้นไม่ว่าผู้มีปัญหาสุขภาพจิตฯ จะมีลักษณะทางประชากรแบบใดก็ตาม จะพบสัดส่วนที่ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาสูงใกล้เคียงกัน

3. ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดสารเสพติด พบจำนวน 37 ราย ภาพรวมมีประมาณ 9 ใน 10 รายที่ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยฯ (ร้อยละ 92) โดย CUP รพ.ชุมพวงและตากลี มีสัดส่วนผู้เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยฯ มากกว่า CUP อื่น ส่วนลักษณะทางประชากรอื่นๆ พบสัดส่วนที่ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาสูงใกล้เคียงกัน (เหมือนกลุ่มผู้มีภาวะผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์) แต่ในกลุ่มผู้ที่สมาชิกในครอบครัวติดยาเสพติดพบสัดส่วนผู้ที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยฯ สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีสมาชิกติดยาเสพติด

4. โรคจิต พบจำนวน 31 ราย ภาพรวมพบประมาณครึ่งหนึ่งที่ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยฯ (ร้อยละ 52) ซึ่งพบที่ CUP รพ.นครพิงค์และชุมพวงมากกว่าร้อยละ 60 นอกจากนั้นพบสัดส่วนสูงที่ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยฯ ในบางกลุ่ม เช่น ผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาล เป็นเพศชาย อายุน้อยกว่า 25 ปี มีสถานภาพคู่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ปวช. ปวส. อนุปริญญา เป็นกลุ่มนักเรียน นักศึกษา เป็นต้น

5. โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบจำนวน 60 ราย ภาพรวมพบว่าเกือบทั้งหมดไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัย (ร้อยละ 98) ซึ่งพบสัดส่วนสูงในทุก CUP (มากกว่าร้อยละ 90) และไม่ว่าจะมีลักษณะทางประชากรแบบใดก็ตาม จะพบสัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาค่อนข้างสูง

6. ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย (ทุกระดับความเสี่ยง) พบจำนวน 262 ราย ภาพรวมพบว่าผู้มีภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายเกือบทั้งหมดไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัย (ร้อยละ 94) ซึ่งพบมากที่ CUP รพ.ตาคลี ดอนสัก น่าน มีสัดส่วนมากใน 3 ลำดับแรก (ร้อยละ 98 98 และ 94 ตามลำดับ) และไม่ว่าผู้มีภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายจะมีลักษณะทางประชากรแบบใดก็ตาม จะพบสัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาค่อนข้างสูง

4.3 การได้รับการบริการด้านการรักษา ติดตาม พันฟูผู้ป่วยจิตเวช (ผู้ที่เคยได้รับจากตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจิตเวชจากแพทย์มาก่อน)

จากการสำรวจครั้งนี้ ภาพรวมพบผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 65 ราย (จากผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจำนวน 503 ราย) ส่วนใหญ่หลังจากได้รับการตรวจวินิจฉัยแล้วจะได้รับการรักษาต่อ (ร้อยละ 92) ซึ่ง CUP รพ.น่าน รพ.ตาคลี รพ.ชุมพวง ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาทั้งหมด ส่วน CUP อื่นๆ มีประมาณร้อยละ 15-20 ที่ไม่ได้รับการรักษา ซึ่งเหตุผลที่ผู้ป่วยเกือบทุกรายที่ไม่เข้ารับการักษา เนื่องจากต้องเดินทางหรือทำงานต่างพื้นที่ จึงไม่สะดวกมารับบริการ

ผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาที่สถานพยาบาลรัฐ อาทิ รพ.จิตเวช รพ.ชุมชน รพ.ทั่วไป รพ.ศูนย์ มีส่วนหนึ่งประมาณร้อยละ 5-10 ที่เข้ารับรักษาในสถานพยาบาลเอกชน ได้แก่ คลินิกและรพ.เอกชน โดยผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช แต่มีประมาณ 3 ใน 10 คน ที่รับยาไม่สม่ำเสมอ (ร้อยละ 29) ซึ่งพบมากในพื้นที่ CUP รพ.นครพิงค์ (ร้อยละ 55) นอกจากนั้นผู้ป่วยยังได้รับการรักษาด้วยการให้คำปรึกษา กิจกรรมบำบัด การฝึกทักษะทางสังคมด้วย ซึ่งผู้ที่ให้บริการรักษา ดูแลและช่วยเหลือที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ใน 3 ลำดับแรก คือ พยาบาล แพทย์ เภสัชกร ซึ่งข้อมูลต่างๆ เหล่านี้สอดคล้องกันทั้งภาพรวมและแยกรายพื้นที่

หลังการเข้ารับการรักษา ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นมาก (ร้อยละ 55) มีร้อยละ 23 ที่หายจากอาการป่วย ร้อยละ 10 อาการดีขึ้นเพียงเล็กน้อย และมีประมาณ 1 ใน 10 คนที่อาการไม่ดีขึ้น (ร้อยละ 12) เมื่อแยกตาม CUP พบว่าส่วนใหญ่มีลักษณะสอดคล้องกันในภาพรวม ยกเว้น CUP รพ.ชุมพวงที่พบว่าส่วนใหญ่จะพบว่าผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นเลย (ร้อยละ 42)

จากการสำรวจครั้งนี้ พบผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวชและการดูแลตนเอง ได้รับการนัดตรวจ ติดตาม และรักษาในครั้งต่อไป โดยผู้ที่ไม่ได้รับการนัดตรวจครั้งต่อไปเป็นเพราะตนหยุดรับประทานยาจึงไม่ไปตามนัด เพราะเห็นว่าอาการของตนดีขึ้นแล้ว และไม่สะดวกตามเวลาที่แพทย์นัด อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น ซึ่งเหตุผลส่วนใหญ่เป็นเพราะพวกเขาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลใกล้บ้านและมั่นใจว่าเป็นโรงพยาบาลที่รักษาโรคได้ เป็นต้น ข้อมูลต่างๆ เหล่านี้สอดคล้องกันทั้งภาพรวมและแยกรายพื้นที่ นอกจากนั้นมีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 60 รับรู้ว่าตนเองไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่บ้านจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเลย โดยพบมากในพื้นที่ CUP รพ.นครพิงค์ รพ.น่าน และรพ.ชุมพวง (มากกว่าร้อยละ 55) ดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 รายละเอียดการได้รับบริการด้านการรักษา ติดตาม พันธุ์ผู้ป่วยจิตเวช (ผู้ที่เคยได้รับจากตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์มาก่อน)

การเข้าถึงบริการ	เมื่อนาน	นครพินด์	ตาคลี	ชุมพวง	ดอนสัก	รวม
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
การรักษาโรค	12(100.0)	15(100.0)	13(100.0)	12(100.0)	13(115.4)	65(100.0)
รักษา	12(100.0)	12(80.0)	13(100.0)	12(100.0)	11(100.0)	60(92.3)
ไม่รักษา	0(0.0)	3(20.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(15.4)	5(7.7)
สถานที่รับบริการ						
คลินิก	2(16.7)	0(0.0)	1(7.7)	0(0.0)	3(23.1)	6(9.2)
รพ.เอกชน	0(0.0)	2(13.3)	0(0.0)	1(8.3)	0(0.0)	3(4.6)
รพ.สต	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(8.3)	1(7.7)	2(3.1)
รพ.ชุมชน	1(8.3)	0(0.0)	12(92.3)	4(33.3)	3(23.1)	20(30.8)
รพ.ทั่วไป	7(58.3)	4(26.7)	0(0.0)	0(0.0)	1(7.7)	12(18.5)
รพ.ศูนย์	1(8.3)	0(0.0)	0(0.0)	1(8.3)	1(7.7)	3(4.6)
รพ.จิตเวช	3(25.0)	7(46.7)	3(23.1)	8(66.7)	6(46.2)	27(41.5)
วิธีการรักษา						
การรักษาด้วยยา	12(100.0)	12(100.0)	13(100.0)	12(100.0)	11(100.0)	60(100.0)
สมุนไพร	9(75.0)	5(45.5)	12(92.3)	6(50.0)	10(90.9)	42(71.2)
ไม่สมุนไพร	3(25.0)	6(54.5)	1(7.7)	6(50.0)	1(9.1)	17(28.8)
จิตบำบัด	0(0.0)	1(9.1)	0(0.0)	1(8.3)	0(0.0)	2(3.4)
การฝึกทักษะทางสังคม	1(8.3)	2(18.2)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(5.1)
การให้คำปรึกษา	3(25.0)	4(40.0)	6(46.2)	3(25.0)	1(9.1)	17(29.3)
กิจกรรมกลุ่มบำบัด	0(0.0)	5(50.0)	2(15.4)	2(16.7)	1(9.1)	10(17.2)
พฤติกรรมบำบัด	0(0.0)	1(10.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(9.1)	2(3.4)
การรักษาด้วยไฟฟ้า	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(8.3)	0(0.0)	1(1.7)
ผู้ที่ให้การรักษา/ดูแลช่วยเหลือ						
แพทย์	12(100.0)	12(80.0)	11(84.6)	11(91.7)	10(76.9)	44(67.7)
พยาบาล	11(91.7)	12(80.0)	13(100.0)	11(91.7)	7(53.8)	54(83.1)
นักจิตวิทยา	2(16.7)	5(33.3)	1(7.7)	3(25.0)	2(15.4)	13(20.0)
เภสัชกร	1(8.3)	4(26.7)	4(30.8)	6(50.0)	3(23.1)	18(27.7)
นักสังคมสงเคราะห์	1(8.3)	0(0.0)	0(0.0)	1(8.3)	0(0.0)	2(3.1)
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	1(8.3)	2(13.3)	2(15.4)	0(0.0)	0(0.0)	5(7.7)
หลังได้รับการรักษา	11(100.0)	12(99.9)	13(100.0)	12(100.0)	11(100.1)	60(100.0)
ไม่ดีขึ้น	1(8.3)	1(8.3)	0(0.0)	5(41.7)	0(0.0)	7(11.7)
ดีขึ้นเล็กน้อย	2(16.7)	0(0.0)	1(7.7)	1(8.3)	2(18.2)	6(10.0)
ดีขึ้นมาก	6(50.0)	7(58.3)	12(92.3)	3(25.0)	5(45.5)	33(55.0)
หายเจ็บป่วย	3(25.0)	4(33.3)	0(0.0)	3(25.0)	4(36.4)	14(23.3)
ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	12(100.0)	12(100.0)	13(100.0)	12(100.0)	11(100.0)	60(100.0)
ได้รับ	11(91.7)	9(75.0)	13(100.0)	11(91.7)	10(90.9)	54(90.0)
ไม่ได้รับ	1(8.3)	3(25.0)	0(0.0)	1(8.3)	1(9.1)	6(10.0)
การรับนัดตรวจ	12(100.0)	12(100.0)	13(100.0)	10(100.0)	11(100.0)	58(100.0)
ได้รับ	8(66.7)	8(66.7)	13(100.0)	8(80.0)	10(90.9)	47(81.0)
ไม่ได้รับ	4(33.3)	4(33.3)	0(0.0)	2(20.0)	1(9.1)	11(19.0)
ระบุสาเหตุที่ไม่ได้รับ : เหตุที่รับประทานยาเอง อาการดีขึ้น ไม่ว่างตามนัด						
การส่งต่อ	12(100.0)	12(100.0)	13(100.0)	11(100.0)	11(100.0)	59(100.0)
ได้รับ	1(8.3)	6(50.0)	1(7.7)	6(54.5)	5(45.5)	19(32.2)
ไม่ได้รับ	11(91.7)	6(50.0)	12(92.3)	5(45.5)	6(54.5)	40(67.8)
สาเหตุไม่ได้รับ: อาการดีขึ้นรักษาตามสิทธิบัตรของรพ.สามารถรักษาได้รักษาใกล้บ้านแพทย์ไม่อนุญาตไม่มั่นใจกับสถานพยาบาลใหม่ไม่ทราบ						

การเข้าถึงบริการ	เมืองน่าน	นครพินค์	ตาคลี	ชุมพวง	ดอนสัก	รวม
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
การติดตามดูแลช่วยเหลือที่บ้าน	11(100.0)	12(100.0)	13(100.0)	12(100.0)	11(100.0)	59(100.0)
ได้รับ	3(27.3)	2(16.7)	8(61.5)	5(41.7)	6(54.5)	24(40.7)
ไม่ได้รับ	8(72.7)	10(83.3)	5(38.5)	7(58.3)	5(45.5)	35(59.3)

ส่วนที่ 5 ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช (ปัญหาความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด และภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย)

ปัญหาสุขภาพจิตฯ ทั้งหมดจากการสำรวจครั้งนี้ คือ 688 ปัญหา-ราย (นับรวมผู้มีภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับ แต่ในการวิเคราะห์ความชุกและประมาณการผู้ป่วยจิตเวช นับเฉพาะผู้ที่มีภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายระดับปานกลางถึงมากเท่านั้น เท่ากับ 503 ราย) พบผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชรวม จำนวน 102 ราย (ร้อยละ 14.8) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตฯ รวม 2 ปัญหา (ร้อยละ 11) แต่ละกลุ่มอายุพบลักษณะสอดคล้องกับภาพรวม โดยพบผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตฯ รวม ประมาณร้อยละ 14-16 ดังแสดงในตาราง 15

ตาราง 15 จำนวนปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช^f จำแนกตามกลุ่มอายุ

ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช	อายุ 15-59 ปี		อายุ 60 ปีขึ้นไป		รวม	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
1 ปัญหา	414	85.7	172	83.9	586	85.2
2 ปัญหา	52	10.8	23	11.2	75	10.9
3 ปัญหา	12	2.5	10	4.9	22	3.3
4 ปัญหา	2	0.4	0	0	2	0.2
5 ปัญหา	3	0.6	0	0	3	0.4
รวม	483		205		688	

^f นับจำนวนรวมผู้ที่มีภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับ

จากตาราง 16 พบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่เกิดภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตร่วมกับความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด นอกจากนั้นในตารางดังกล่าวจะแสดงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายที่พบร่วมกับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตฯ อื่นๆ ดังนี้

ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ พบภาวะปัญหาสุขภาพจิตฯ รวม ได้แก่ ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด (ร้อยละ 5.1) โรคจิต (ร้อยละ 3.2) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 1.9) และกลุ่มผู้ที่มีปัญหานี้จะพบว่าเป็นผู้ที่มีภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายรวมด้วยถึงร้อยละ 7.9

ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด ผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด พบภาวะปัญหาสุขภาพจิตฯ รวม ได้แก่ ผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 42.1) โรคจิต (ร้อยละ 7.9) และโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 5.3) และกลุ่มผู้ที่มีปัญหานี้จะพบว่าเป็นผู้ที่มีภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายรวมด้วยถึงร้อยละ 13.2

ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายในการสำรวจครั้งนี้ พบว่าเป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตฯ อื่นๆ รวมด้วย เช่น เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 12.2) ผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด (ร้อยละ 9.5) เป็นโรคสมองเสื่อม (ร้อยละ 4.2) โรคจิต (ร้อยละ 3.8) ผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 1.9) เป็นต้น

ตาราง 16 ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชร่วม และภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายที่จากการสำรวจ

	ความ ผิดปกติของ พฤติกรรม ดื่ม แอลกอฮอล์*	% ปัญหา ร่วม	ความ ผิดปกติ ของ พฤติกรรม เสพยา เสพติด*	% ปัญหา ร่วม	ภาวะ เสี่ยงฆ่า ตัวตาย	% ปัญหา ร่วม
จำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตฯ	316		38		262	
1. โรคซึมเศร้า	6	1.9	2	5.3	32	12.2
2. โรคซึมเศร้าเรื้อรัง	0	0.0	0	0.0	11	4.2
3. ภาวะโศกเศร้า	0	0.0	0	0.0	3	1.1
4. ภาวะเครียด	3	0.9	0	0.0	3	1.1
5. ความผิดปกติทางอารมณ์ที่มี อาการทางจิตร่วมด้วย	0	0.0	0	0.0	2	0.8
6. โรคจิต	10	3.2	3	7.9	10	3.8
7. โรคสมองเสื่อม	ไม่ได้สำรวจ				11	4.2
8. ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่ม แอลกอฮอล์	316	100	16	42.1	5	1.9
9. ความผิดปกติของพฤติกรรม เสพยาเสพติด	16	5.1	38	100	25	9.5
10. ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย	25	7.9	5	13.2	262	100

* เป็นความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และเสพยาเสพติด รวมทั้งแบบ abuse และ dependence

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ทักษะ ความสุข คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบปัญหา การเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาทางจิตเวช

6.1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ ความสุขและคุณภาพชีวิต

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ ความสุขและคุณภาพชีวิตในผู้ที่มีและไม่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช (จากการสำรวจ) พบว่า

ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตฯ มีคะแนนความรู้ ความสุข และคุณภาพชีวิต (7.33 31.98 และ 0.82 ตามลำดับ) น้อยกว่าผู้ไม่มี (7.73 74.36 และ 0.86 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความน่าเชื่อถือ 95% ($p\text{-value} = <0.001, <0.001, <0.001$ ตามลำดับ) แต่สำหรับคะแนนทักษะ ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ที่เข้ารับบริการตรวจและรักษากับไม่ได้เข้ารับบริการตรวจและรักษา พบว่าคะแนนความรู้ ทักษะ ความสุข และคุณภาพชีวิต ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 17

ตาราง 17 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ ความสุข และคุณภาพชีวิต ในกลุ่มผู้ที่มีและไม่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชและกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับและไม่เข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยและรักษา

ตัวแปร		ภาพรวม			
		ความรู้	ทักษะ	ความสุข	คุณภาพชีวิต
ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในการสำรวจ					
มี	Mean (sd)	7.33(1.70)	7.45(1.68)	31.98(5.91)	0.82(0.21)
ไม่มี	Mean (sd)	7.73(1.72)	7.50 (1.68)	34.36(4.98)	0.86(0.18)
	P-value	<0.001*	0.524	<0.001*	<0.001*
ผู้ป่วยจิตเวชและการเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยและรักษา					
เข้าถึงบริการ	Mean (sd)	7.52(1.62)	7.79(1.47)	30.67(5.53)	0.76(0.22)
ไม่เข้าถึงบริการ	Mean (sd)	7.32 (1.71)	7.42(1.69)	32.08(5.94)	0.82(0.21)
	P-value	0.529	0.228	0.186	0.129

*มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

6.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ทักษะ ความสุขและคุณภาพชีวิตของประชาชน

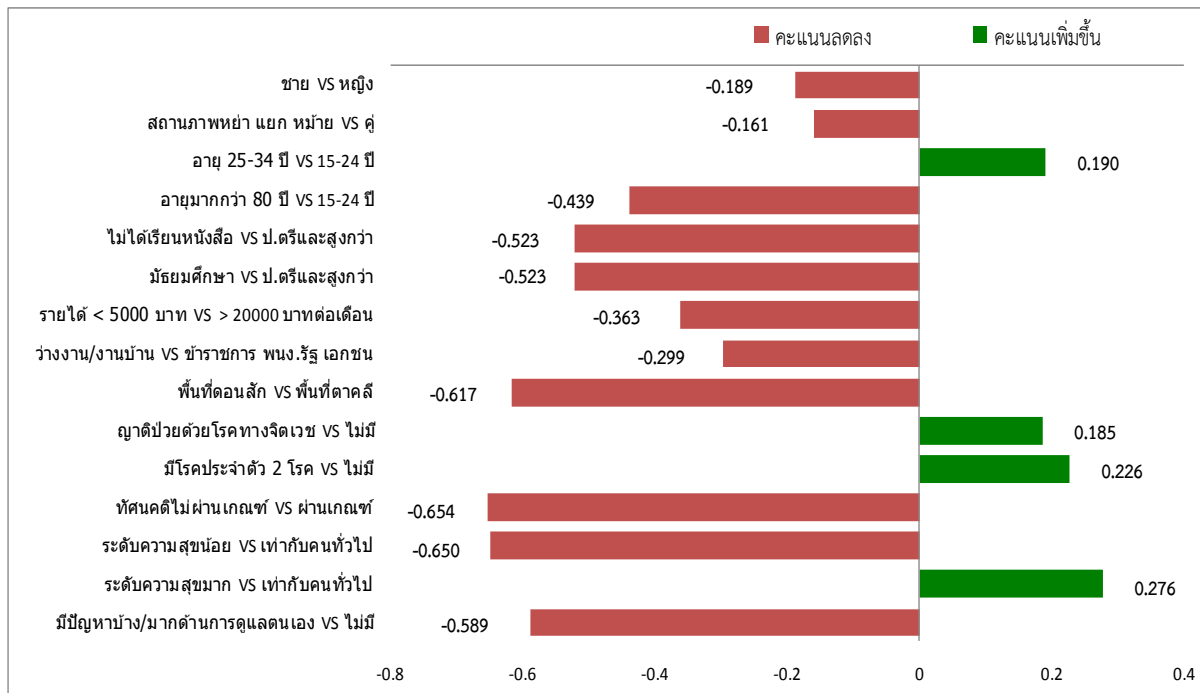
เป็นการวิเคราะห์ถึงปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยของพื้นที่ ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ ความสุข และคุณภาพชีวิตที่ผลต่อคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ ความสุขและคุณภาพชีวิต โดยการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุตัวแปร ซึ่งมีการควบคุมตัวแปรตามอื่นๆ (Multiple regression analysis) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($P\text{-value} < 0.05$) มีผลการศึกษาดังนี้

ความรู้

จากการศึกษาพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งที่เพิ่มขึ้นและลดลง ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($P\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในรูป 11 ดังนี้

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนความรู้ที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ กลุ่มอายุระหว่าง 25-34 ปี (เปรียบเทียบกับอายุ 15-24 ปี) ผู้ที่มีญาติป่วยทางจิตเวช หรือผู้มีโรคประจำตัวร่วม 2 โรค (เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีลักษณะดังกล่าว) และผู้มีระดับความสุขมาก (เปรียบเทียบกับผู้มีระดับความสุขเท่ากับคนทั่วไป)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนความรู้ที่ลดลง ได้แก่ ผู้ชาย สถานภาพหย่า/แยก/หม้าย (เปรียบเทียบกับสถานภาพคู่) อายุมากกว่า 80 ปี (เปรียบเทียบกับอายุ 15-24 ปี) ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือจบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา (เปรียบเทียบกับผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่า) ผู้มีรายได้ครัวเรือนน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (เปรียบเทียบกับผู้ที่มีรายได้ครัวเรือนมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน) ผู้ที่ว่างงานหรือทำงานบ้าน (เปรียบเทียบกับผู้ที่ทำงานราชการ พนักงานบริษัท พนักงานเอกชน) ผู้ที่อาศัยในพื้นที่ตึก (เปรียบเทียบกับผู้อาศัยในพื้นที่ตึก) ผู้ที่มีคะแนนทัศนคติไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้ที่มีระดับความสุขน้อยกว่าคนปกติทั่วไป และผู้ที่มีปัญหาบ้างเล็กน้อยหรือมากในการดูแลตนเอง



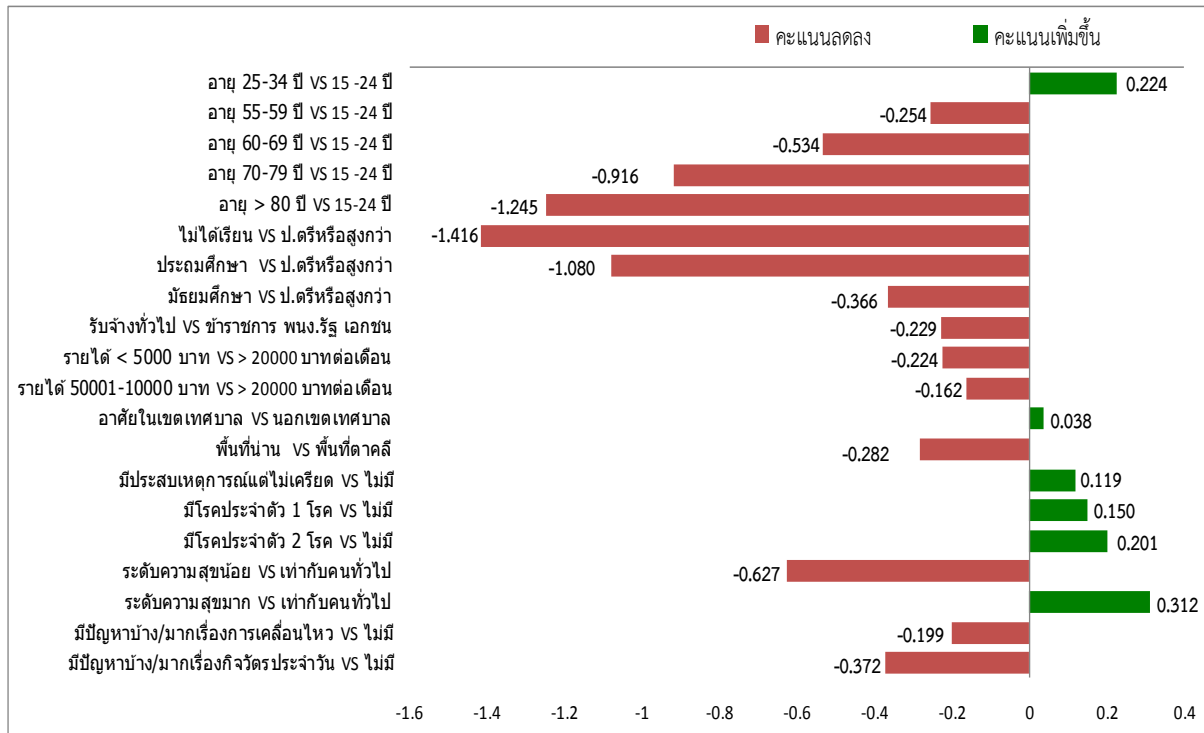
รูป 12 ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนความรู้

ทัศนคติ

จากการศึกษา พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งที่เพิ่มขึ้นและลดลง ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (P-value < 0.05) ดังแสดงในรูป 12 มีดังนี้

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนทัศนคติที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ กลุ่มอายุระหว่าง 25-34 ปี (เปรียบเทียบกับอายุ 15-24 ปี) ผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาล ผู้ที่เคยประสบเหตุการณ์สำคัญในชีวิตแต่ไม่เครียด มีโรคประจำตัว 1 หรือ 2 โรค และมีระดับความสุขมากกว่าคนปกติทั่วไป

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนทัศนคติที่ลดลง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป (เปรียบเทียบกับอายุ 15-24 ปี) ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือจบการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือระดับมัธยมศึกษา (เปรียบเทียบกับผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่า) ผู้ที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป (เปรียบเทียบกับผู้ที่ทำงานราชการ พนักงานบริษัท หรือพนักงานเอกชน) ผู้มีรายได้ครัวเรือนน้อยกว่า 5,000 หรือ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน (เปรียบเทียบกับผู้ที่มีรายได้ครัวเรือนมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน) ผู้ที่อาศัยในพื้นที่ CUP รพ.น่าน (เปรียบเทียบกับผู้อาศัยในพื้นที่ CUP รพ.ตาคล) ผู้ที่มีระดับความสุขน้อยกว่าคนปกติทั่วไปและผู้ที่มีปัญหาบ้างเล็กน้อยหรือมากในการเคลื่อนไหว และผู้ที่มีปัญหาบ้างเล็กน้อยหรือมากในการทำกิจวัตรประจำวัน



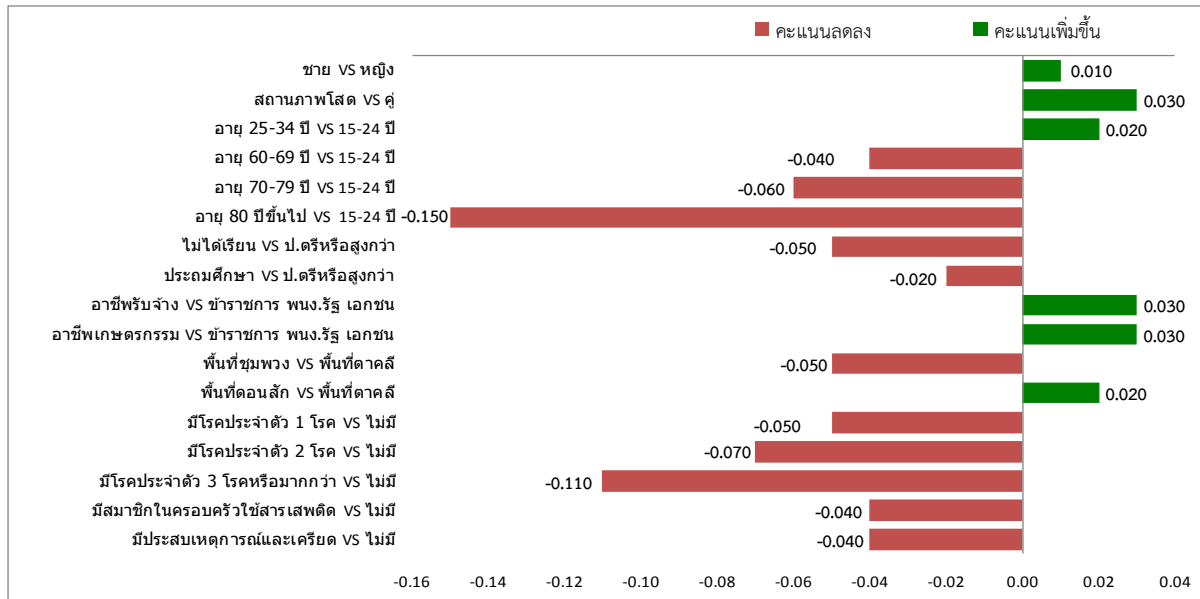
รูป 13 ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนทัศนคติ

ความสุข

จากการศึกษา พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนความสุขเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งที่เพิ่มขึ้นและลดลง ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($P\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในรูป 13 มีดังนี้

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนความสุขที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ ผู้ชาย ผู้ที่สถานภาพโสด (เปรียบเทียบกับสถานภาพคู่) ผู้ที่มีอายุระหว่าง 25-34 ปี (เปรียบเทียบกับอายุ 15-24 ปี) มีอาชีพรับจ้าง หรืออาชีพเกษตรกรรม (เปรียบเทียบกับผู้ที่ประกอบอาชีพข้าราชการ พนักงานรัฐและเอกชน) ผู้ที่อาศัยในพื้นที่ CUP รพ.ดอนสัก (เปรียบเทียบกับผู้ที่อาศัยในพื้นที่ CUP รพ.ตาคลี)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนความสุขที่ลดลง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไป (เปรียบเทียบกับอายุ 15-24 ปี) ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (เปรียบเทียบกับผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่า) ผู้ที่อาศัยในพื้นที่ CUP รพ.ชุมพวง (เปรียบเทียบกับผู้ที่อาศัยในพื้นที่ CUP รพ.ตาคลี) ผู้ที่มีโรคประจำตัวทั้ง 1 2 และ 3 โรคหรือมากกว่า ผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด รวมทั้งผู้ประสบเหตุการณ์สำคัญในชีวิตและเครียด



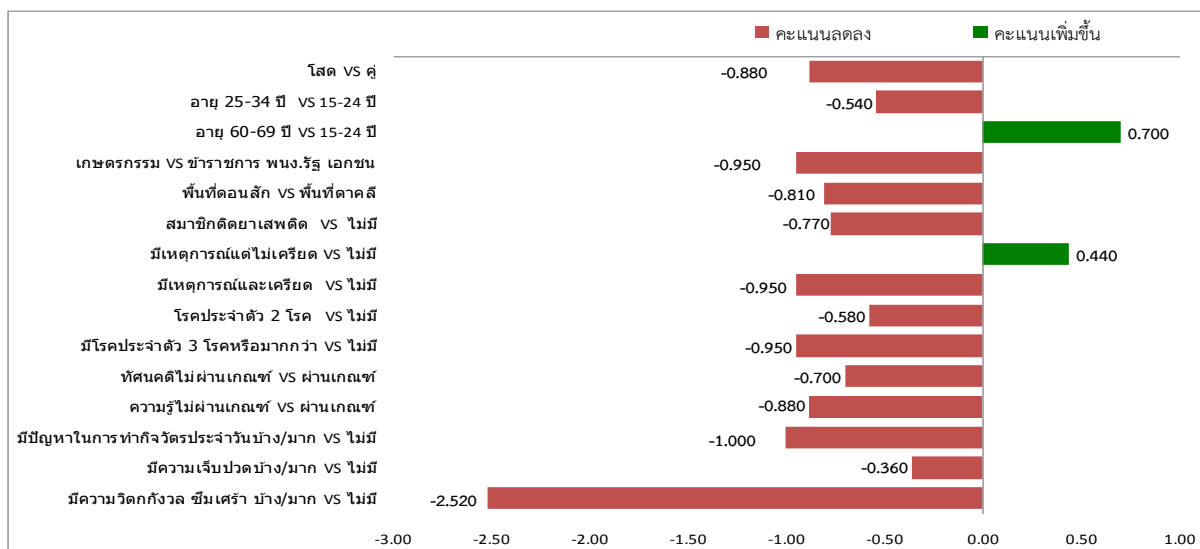
รูป 14 ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนความสุข

คุณภาพชีวิต

จากการศึกษา พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งที่เพิ่มขึ้นและลดลง ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($P\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในรูป 14 มีดังนี้

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (เปรียบเทียบกับอายุ 15-24 ปี) ผู้ที่ประสบเหตุการณ์สำคัญแต่ไม่เครียด

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตที่ลดลง ได้แก่ ผู้ที่สถานภาพโสด (เปรียบเทียบกับสถานภาพคู่) ผู้ที่มีอายุระหว่าง 25-34 ปี (เปรียบเทียบกับอายุ 15-24 ปี) ผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกร (เปรียบเทียบกับผู้ที่ประกอบอาชีพข้าราชการ พนักงานรัฐและเอกชน) ผู้ที่อาศัยในพื้นที่ CUP รพ. ดอนสัก (เปรียบเทียบกับผู้ที่อาศัยในพื้นที่ CUP รพ.ตาคลี) ผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด ผู้ที่ประสบเหตุการณ์สำคัญและเครียด มีโรคประจำตัว 2 โรคและมากกว่า ผู้ที่มีคะแนนทัศนคติ คะแนนความรู้ไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้ที่มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันบ้างหรือมาก ผู้ที่มีความเจ็บปวดบ้างหรือมาก และผู้ที่มีความวิตกกังวล ซึมเศร้าบ้างหรือมาก



รูป 15 ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิต

6.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

เป็นการวิเคราะห์ถึงปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยของพื้นที่ ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ ความสุข และคุณภาพชีวิต ที่สัมพันธ์กับการพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โดยใช้การวิเคราะห์โลจิสติกเชิงพหุ (Multiple logistic regression) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($P\text{-value} < 0.05$) แบ่งการวิเคราะห์เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) วิเคราะห์ภาพรวมทุกกลุ่มที่ทำการสำรวจ (กลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป) 2) กลุ่ม 15-59 ปี และ 3) กลุ่ม 60 ปีขึ้นไป

6.3.1 ภาพรวมทุกกลุ่มที่ทำการสำรวจ (กลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป)

รูป 15 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชและภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ทำการสำรวจในปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเหมือนกัน นั่นคือ โรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าเรื้อรัง ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับ จากการวิเคราะห์พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ดังนี้

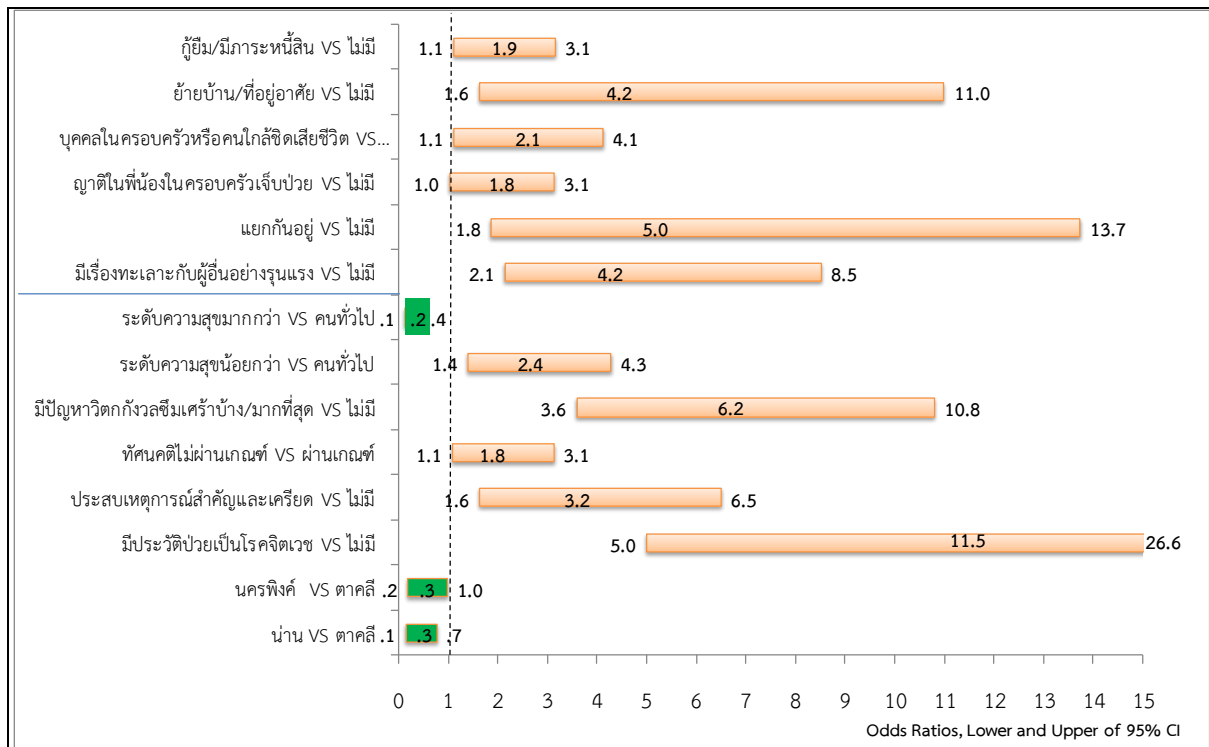
ปัจจัยด้านบุคคลและข้อมูลทั่วไป พบว่า CUP รพ.นครพิงค์ มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ น้อยกว่า CUP รพ.ตากสินร้อยละ 70 ($OR=0.3$ 95% $CI:0.2-1.0$) และ CUP รพ.น่านมีปัญหาสุขภาพจิตฯ น้อยกว่า CUP รพ.ตากสิน ร้อยละ 70 ($OR=0.3$ 95% $CI:0.1-0.7$)

ปัจจัยเสี่ยง พบว่า ผู้ที่ประสบเหตุการณ์สำคัญและเครียด มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ มากกว่าผู้ที่ไม่ใช่ 3.2 เท่า ($OR=3.2$ 95% $CI: 1.6-6.5$) โดยเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเครียด มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ มากกว่าผู้ที่ไม่ใช่ ได้แก่ ผู้ที่มีการกักขัง/มีภาระหนี้สิน พบเป็น 1.9 เท่า ($OR=1.9$ 95% $CI:1.1-3.1$) ย้ายบ้าน/ที่อยู่อาศัย พบเป็น 4.2 เท่า ($OR=4.2$ 95% $CI:1.6-11.0$) บุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเสียชีวิต พบเป็น 2.1 เท่า ($OR=2.1$ 95% $CI:1.1-4.1$) ญาติพี่น้องในครอบครัวเจ็บป่วย พบเป็น 1.8 เท่า ($OR=1.8$ 95% $CI:1.0-3.1$) แยกกันอยู่ พบเป็น 5.0 เท่า ($OR=5.0$ 95% $CI:1.8-13.7$) มีเรื่องทะเลาะกับผู้อื่นอย่างรุนแรง พบเป็น 4.2 เท่า ($OR=4.2$ 95% $CI:2.1- 8.5$) และผู้ที่มีประวัติเคยป่วยโรคจิตเวช มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ มากกว่าผู้ที่ไม่ใช่ 11.5 เท่า ($OR=11.5$ 95% $CI: 5.0-26.6$)

ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า ผู้ที่มีทัศนคติไม่ผ่านเกณฑ์ มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ มากกว่าผู้ที่มีทัศนคติผ่านเกณฑ์ 1.8 เท่า ($OR=2.4$ 95% $CI:1.1-3.1$)

ปัจจัยด้านความสุข พบว่า ผู้ที่มีระดับความสุขมากกว่าคนทั่วไป มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ น้อยกว่าผู้ที่มีระดับความสุขเท่าคนทั่วไป ร้อยละ 80 ($OR=0.2$ 95% $CI:0.1-0.4$) ผู้ที่มีระดับความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ มากกว่าผู้ที่มีระดับความสุขเท่าคนทั่วไป 2.4 เท่า ($OR=2.4$ 95% $CI:1.4-4.3$)

ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้มีปัญหาวิตกกังวลซึมเศร้าบ้าง/มากที่สุด มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ มากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหา 6.2 เท่า ($OR=6.2$ 95% $CI: 3.6-10.8$)



แสดงค่าเฉลี่ยของ Odd Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 (95% Confidence Interval-CI) โดยปัจจัยที่แสดงด้านหลัง vs คือ กลุ่มอ้างอิง (Reference) เส้นประแสดงค่า OR =1 กลุ่มเปรียบเทียบไม่ต่างจากกลุ่มอ้างอิง

รูป 16 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบปัญหาสุขภาพจิตฯ ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป (โรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าเรื้อรัง ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับ)

6.3.2 กลุ่มอายุ 15-59 ปี

รูป 16 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบปัญหาสุขภาพจิตฯ ในกลุ่มอายุ 15-59 ปีจากการวิเคราะห์พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ดังนี้

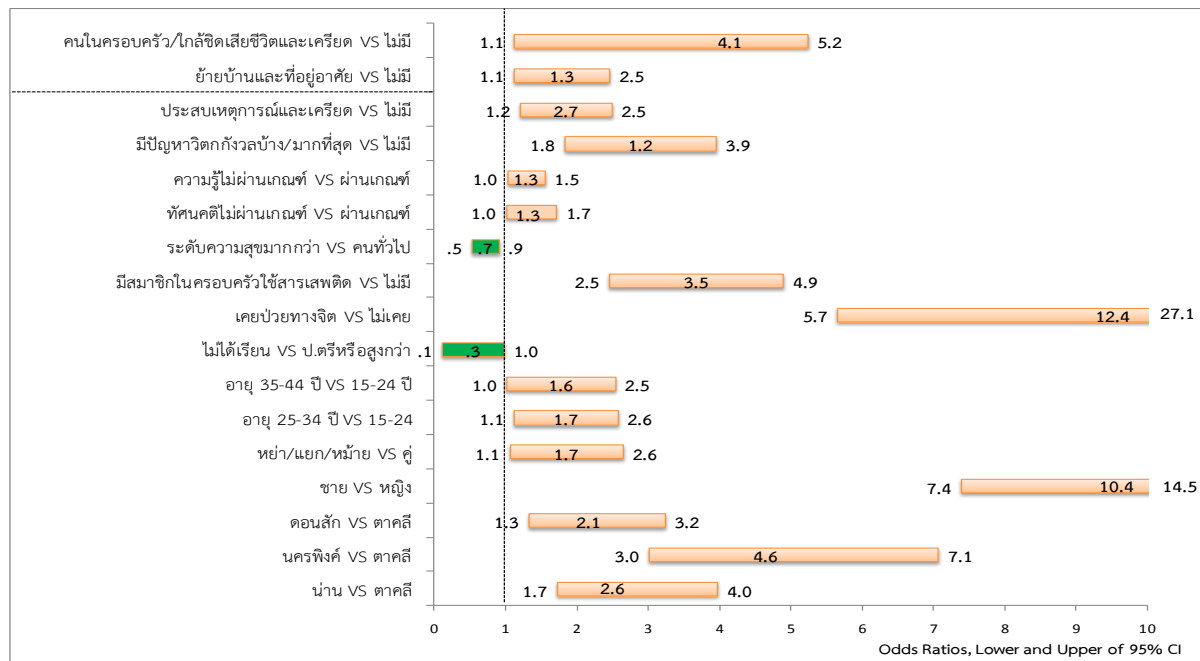
ปัจจัยด้านบุคคลและข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ที่ไม่ได้เรียน มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ น้อยกว่าผู้ที่จบการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 70 (OR=0.3 95% CI:0.1-1.0) ผู้ที่อายุ 25-44 มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ มากกว่าผู้ที่อายุ 15-24 ปี 1.6-1.7 เท่า (OR=1.6 95% CI:1.1-2.6, OR=1.7 95% CI:1.0-2.5) ผู้มีสถานภาพหย่า/แยก/หม้าย มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ มากกว่าสถานภาพคู่ 1.7 เท่า (OR=1.7 95% CI:1.1-2.6) เพศชาย มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ มากกว่าเพศหญิง 10.4 เท่า (OR=10.4 95% CI:7.4-14.5) CUP รพ.ดอนสัก นครพิงค์ และน่าน มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ มากกว่า CUP รพ.ตาคลี 2.1 4.6 และ 2.6 เท่า (OR=2.1 95% CI:1.3-3.2, OR=4.6 95% CI:3.0-7.1, OR=2.6 95% CI:1.6-4.0 ตามลำดับ)

ปัจจัยเสี่ยง พบว่า ผู้ที่ประสบเหตุการณ์สำคัญและความเครียด มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ 2.7 เท่า (OR=2.7 95% CI:1.2-2.5) และเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเครียดพบโอกาสมีปัญหาสุขภาพจิตฯ มากกว่าผู้ที่ไม่ได้แก่ ผู้ที่มีคนในครอบครัว/ใกล้ชิดเสียชีวิต พบเป็น 4.1 เท่า (OR=4.1 95% CI:1.1-5.2) ผู้ที่ย้ายบ้านและที่อยู่อาศัยพบเป็น 1.3 เท่า (OR=1.3 95% CI:1.1-2.5) ผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติดพบเป็น 3.5 เท่า (OR=3.5 95% CI:2.5-4.9) ผู้ที่มีประวัติเคยป่วยทางจิตเวช พบเป็น 12.4 เท่า (OR=4.1 95% CI:5.7-27.1)

ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชไม่ผ่านเกณฑ์ มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ มากกว่าผู้ที่มีความรู้ผ่านเกณฑ์ 1.3 เท่า (OR=1.3 95% CI:1.0-1.5) ผู้ที่มีทัศนคติด้านสุขภาพจิตและจิตเวชไม่ผ่านเกณฑ์ มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ มากกว่าผู้ที่มีทัศนคติผ่านเกณฑ์ 1.3 เท่า (OR=1.3 95% CI:1.0-1.7)

ปัจจัยด้านความสุข พบว่า ผู้ที่มีระดับความสุขมากกว่าคนทั่วไป มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ น้อยกว่าผู้ที่มีระดับความสุขเท่าคนทั่วไปร้อยละ 30 (OR=0.7 95% CI:0.5-0.9)

ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ที่มีปัญหาวิตกกังวลบ้าง/มากที่สุด มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ มากกว่าผู้ที่ไม่มี 1.2 เท่า (OR=1.2 95% CI:1.8-3.9)



แสดงค่าเฉลี่ยของ Odds Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 (95% Confidence Interval-CI) โดยปัจจัยที่แสดงด้านหลัง vs คือ กลุ่มอ้างอิง (Reference) เส้นประแสดงค่า OR =1 กลุ่มเปรียบเทียบไม่ต่างจากกลุ่มอ้างอิง

รูป 17 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบปัญหาสุขภาพจิตฯ ในกลุ่มอายุ 15-59 ปี

6.3.3 กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป

รูป 17 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบปัญหาสุขภาพจิตฯ ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปจากการวิเคราะห์พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ดังนี้

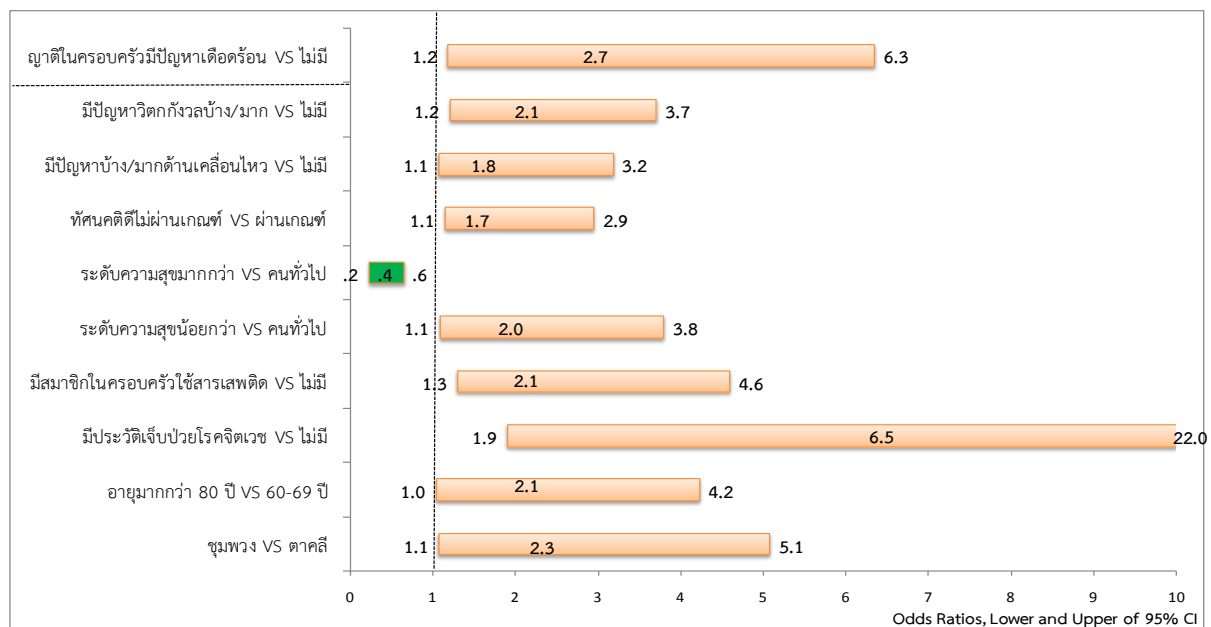
ปัจจัยด้านบุคคลและข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ มากกว่าผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี 2.1 เท่า (OR=2.1 95% CI:1.0-4.2) CUP รพ.ชุมพวง มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ มากกว่า CUP รพ.ตาคลี 2.3 เท่า (OR=2.3 95% CI:1.1-5.1)

ปัจจัยเสี่ยง พบว่า ผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ มากกว่าผู้ที่ไม่มี 2.1 เท่า (OR=2.1 95% CI:1.3-4.6) ผู้ที่มีประวัติเจ็บป่วยโรคจิตเวช มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ มากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติ 6.5 เท่า (OR=6.5 95% CI:1.9-22.0) และผู้ที่มีญาติในครอบครัวมีปัญหาเดือดร้อน มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ มากกว่าผู้ที่ไม่มี 2.7 เท่า (OR=2.7 95% CI:1.2-6.3)

ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ที่มีปัญหาวิตกกังวลบ้าง/มาก มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ 2.1 เท่า (OR=2.1 95% CI:1.2-3.7) ผู้มีปัญหาบ้าง/มากด้านการเคลื่อนไหว มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ 1.8 เท่า (OR=1.8 95% CI:1.1-3.2)

ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า ผู้ที่มีทัศนคติไม่ผ่านเกณฑ์ มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ มากกว่าผู้ที่มีทัศนคติผ่านเกณฑ์ 1.7 เท่า (OR=1.7 95% CI:1.1-2.9)

ปัจจัยด้านความสุข พบว่า ผู้ที่มีระดับความสุขมากกว่าคนทั่วไป มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ น้อยกว่าผู้ที่มีระดับความสุขเท่าคนทั่วไปร้อยละ 60 (OR=0.4 95% CI:0.2-0.6) ผู้ที่มีระดับความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตฯ มากกว่าผู้ที่มีระดับความสุขเท่าคนทั่วไป 2.0 เท่า (OR=2.0 95% CI:1.1-3.8)



แสดงค่าเฉลี่ยของ Odds Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 (95% Confidence Interval--CI) โดยปัจจัยที่แสดงด้านหลัง vs คือ กลุ่มอ้างอิง (Reference) เส้นประแสดงค่า OR = 1 กลุ่มเปรียบเทียบไม่ต่างจากกลุ่มอ้างอิง

รูป 18 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบปัญหาสุขภาพจิตฯ ในอายุ 60 ปีขึ้นไป

6.4 ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาของผู้ป่วยจิตเวช

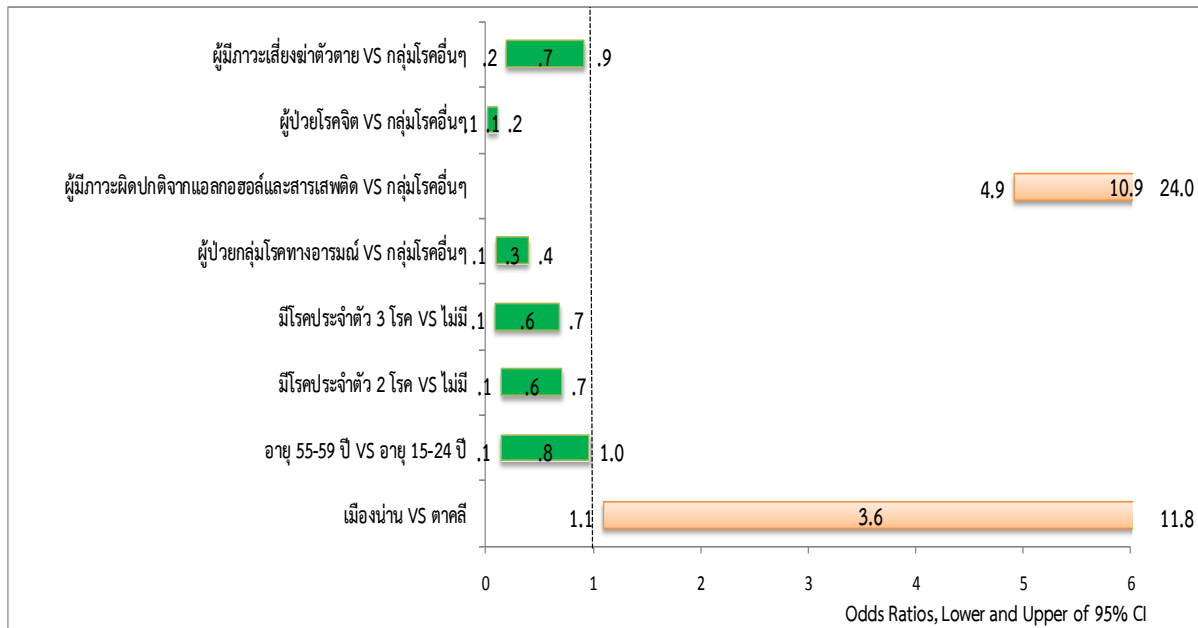
รูป 18 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการตรวจ วินิจฉัยและรักษาในกลุ่มคนป่วยจิตเวช จากการวิเคราะห์พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ดังนี้

ปัจจัยด้านบุคคลและข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุ 55-59 ปี พบโอกาสเข้าถึงบริการตรวจ วินิจฉัย รักษา มากกว่าผู้ที่มีอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 20 (OR=0.8 95% CI:0.1-1.0) CUP รพ.น่าน มีโอกาสเข้าถึงบริการตรวจ วินิจฉัยและรักษาน้อยกว่า CUP รพ.ตาคลี 3.6 เท่า (OR=3.6 95% CI:1.1-11.8)

ปัจจัยเสี่ยง พบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัว 2 และ 3 โรคพบโอกาสเข้าถึงบริการตรวจ วินิจฉัย รักษา มากกว่าผู้ที่ไม่ได้โรคประจำตัว ร้อยละ 40 (OR=0.6 95% CI:0.1-0.7)

ปัจจัยด้านกลุ่มโรคทางจิตเวช พบว่า ผู้มีภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอารมณ์ ผู้ป่วยโรคจิต พบโอกาสเข้าถึงบริการตรวจ วินิจฉัย รักษา มากกว่ากลุ่มโรคอื่นๆ ร้อยละ 30 70 และ 90 (OR=0.7 95% CI:0.2-0.9, OR=0.3 95% CI:0.1-0.4, OR=0.1 95% CI:0.1-0.2) ส่วนผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่ม

แอลกอฮอล์และสารเสพติด พบโอกาสเข้าถึงบริการตรวจ วินิจฉัย รักษา น้อยกว่ากลุ่มโรคอื่นๆ 10.9 เท่า (OR= 10.9 95% CI:4.9-24.0)



แสดงค่าเฉลี่ยของ Odds Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 (95% Confidence Interval-CI) โดยปัจจัยที่แสดงด้านหลัง vs คือ กลุ่มอ้างอิง (Reference) เส้นประแสดงค่า OR =1 กลุ่มเปรียบเทียบไม่ต่างจากกลุ่มอ้างอิง

รูป 19 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการตรวจ วินิจฉัยและรักษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย

บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล

5.1 สรุปผลการศึกษา

ศึกษาวิจัยเชิงสำรวจในชุมชน (Cross-sectional community based survey) กับกลุ่มประชาชน 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่น/วัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ใน 5 พื้นที่เครือข่ายบริการสถานพยาบาล (Contracting Unit of Primary Care; CUP) ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2555 ถึงเดือนสิงหาคม 2555 จำนวนทั้งสิ้น 4,120 คน พบว่า กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ (จากการสำรวจครั้งนี้) ส่วนใหญ่เป็นผู้ไม่เคยเข้ารับการตรวจวินิจฉัยโรคทางจิตเวชมาก่อน โดยกลุ่มอายุ 15-59 ปี พบร้อยละ 93 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 95

อัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในภาพรวม เท่ากับร้อยละ 12.2 กลุ่มอายุ 15-59 ปี พบร้อยละ 15.7 กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 6.6 เมื่อแยกเป็นรายกลุ่มโรค พบอัตราความชุก ดังนี้ กลุ่มโรคทางอารมณ์ พบร้อยละ 3.3 (และหากจำแนกรายโรคของกลุ่มโรคทางอารมณ์ มีอัตราความชุกของโรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าเรื้อรัง ภาวะไฮโปแมเนีย ภาวะแมเนีย ความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย เท่ากับร้อยละ 1.7 0.6 0.5 0.4 0.1 ตามลำดับ) กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ พบร้อยละ 12.4 โดยภาวะ Alcohol dependence และ Alcohol abuse มีอัตราความชุกใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 6.4 และ 6.0 ตามลำดับ กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด พบร้อยละ 1.4 กลุ่มโรคจิต ภาพรวมพบความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) และความชุกช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (Psychotic disorder current) เท่ากับร้อยละ 1.2 และ 0.5 โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบร้อยละ 3.9 และภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับพบร้อยละ 6.4

ผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชและสุขภาพจิตในทุกโรคเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษา น้อยกว่าร้อยละ 20 โดยมีบางกลุ่มโรคที่เข้าถึงบริการไม่ถึงร้อยละ 10 ได้แก่ ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด ร้อยละ 8.4 ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับ ร้อยละ 5.7 ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 3.2 โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 1.7 ยกเว้นโรคจิต ซึ่งการสำรวจนี้พบผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 48 เข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัย

การได้รับบริการด้านการรักษา ติดตาม ฟันฟูในผู้ป่วยจิตเวช (ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์มาก่อน) จากการสำรวจครั้งนี้ มีจำนวน 65 ราย ส่วนใหญ่หลังจากได้รับการตรวจวินิจฉัยแล้วจะได้รับการรักษาต่อ โดยส่วนใหญ่รับการรักษาที่สถานพยาบาลรัฐ อาทิ รพ.จิตเวช รพ.ชุมชน รพ.ทั่วไป รพ.ศูนย์ มีส่วนหนึ่งประมาณร้อยละ 5-10 ที่เข้ารับรักษาในสถานพยาบาลเอกชน โดยผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาจะได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช ซึ่งมีประมาณ 3 ใน 10 คนรับยาไม่สม่ำเสมอ นอกจากนั้นผู้ป่วยยังได้รับการรักษาด้วยการให้คำปรึกษา กิจกรรมบำบัด การฝึกทักษะทางสังคมด้วย ผู้ที่ให้บริการที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ในการรักษา ดูแล และช่วยเหลือ 3 ลำดับแรก คือ พยาบาล แพทย์ เภสัชกร หลังการเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยร้อยละ 55 จะมีอาการดีขึ้นมาก มีร้อยละ 23 ที่หายจากอาการป่วย ร้อยละ 10 อาการดีขึ้นเพียงเล็กน้อย และมีประมาณ 1 ใน 10 คนที่อาการไม่ดีขึ้น

จากการสำรวจความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 60 มีความรู้ผ่านเกณฑ์มีบางประเด็นที่เข้าใจผิด เช่น ร้อยละ 41 เข้าใจผิดว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(บัตรทอง) และประกันสังคมไม่ครอบคลุมการรักษาทางจิตเวชกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 53 มีทัศนคติไม่ผ่านเกณฑ์ บางประเด็นกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงลบ เช่น ร้อยละ 72 เห็นว่าเมื่อพูดถึงคำว่า “สุขภาพจิต” จะนึกถึงคนบ้าหรือโรงพยาบาลโรคจิต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 65 มีระดับความสุขมากกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 37 มีปัญหาคุณภาพชีวิตในเรื่องของการวิตกกังวลและซึมเศร้า ส่วนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตฯ ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการเจ็บปวด ร้อยละ 37 และการวิตกกังวลและซึมเศร้า ร้อยละ 26

เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติความถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชและภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติเคยป่วยโรคจิตเวช ผู้ที่มีทัศนคติไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้ที่มีระดับความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป ผู้ที่มีปัญหาวิตกกังวลซึมเศร้าบ้าง/มากที่สุด ผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด ผู้ที่ประสบเหตุการณ์สำคัญและเครียด เช่น มีการกักขัง/มีการะหุนสิน ย้ายบ้าน/ที่อยู่อาศัย บุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเสียชีวิต

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุ 55-59 ปี พบโอกาสเข้าถึงบริการตรวจ วินิจฉัย รักษา มากกว่าผู้ที่มีอายุ 15-24 ปี CUP รพ.น่าน มีโอกาสเข้าถึงบริการตรวจ วินิจฉัยและรักษา มากกว่า CUP รพ.ตากสิน ปัจจัยเสี่ยง พบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัว 2 และ 3 โรคพบโอกาสเข้าถึงบริการตรวจ วินิจฉัย รักษา มากกว่าผู้ที่ไม่มียาโรคประจำตัว ปัจจัยด้านกลุ่มโรคทางจิตเวช พบว่า ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอารมณ์ ผู้ที่ป่วยโรคจิต พบโอกาสเข้าถึงบริการตรวจ วินิจฉัย รักษา มากกว่ากลุ่มโรคอื่นๆ ผู้ที่มีภาวะผิดปกติจากแอลกอฮอล์และสารเสพติด พบโอกาสเข้าถึงบริการตรวจ วินิจฉัย รักษา น้อยกว่ากลุ่มโรคอื่นๆ

5.2 อภิปรายผล

ความชุก และการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

“ทุกพื้นที่พบขนาดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญ คือ ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ และเสพยาเสพติด ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายและกลุ่มโรคทางอารมณ์ นอกจากนั้นในบางพื้นที่ บางลักษณะประชากรพบปัญหาสุขภาพจิตเป็นการเฉพาะแตกต่างกัน”

การสำรวจความชุกปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ในการศึกษาครั้งนี้ พบดังนี้

ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ สํารวจในกลุ่มอายุ 15-59 ปี พบอัตราความชุกร้อยละ 12.4 ซึ่งมากกว่าการศึกษาของอนุรักษ บัณฑิตชาติและคณะ⁽⁵⁵⁾ (ร้อยละ 10.2) และใกล้เคียงกับการสำรวจฯ ปี 2551⁽⁴⁾ (ร้อยละ 11.7) แต่จะน้อยกว่าการศึกษาของธงชัย ทวีชาติและคณะ (ร้อยละ 18.4)⁽²⁵⁾ ค่อนข้างมาก

การสำรวจครั้งนี้พบความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ มีอัตราความชุกมากที่สุด และพบเป็นปัญหาสำคัญของทุกๆ พื้นที่ โดยเฉพาะ CUP รพ.นครพิงค์ (ร้อยละ 21.6) CUP รพ.น่าน (ร้อยละ 17.4) CUP รพ.ชุมพวง (ร้อยละ 9.1) นอกจากนั้นพบอัตราส่วนระหว่างผู้ป่วยเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 10.6:1 กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 25 – 54 ปี ประมาณร้อยละ 70 ของกลุ่มอายุอื่นๆ และส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 65) ซึ่งปัญหาความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ของ CUP รพ.นครพิงค์และน่าน ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช⁽⁵⁶⁾ โดยผู้บริหารและผู้ให้บริการทั้งสองพื้นที่เห็นตรงกันว่าเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ควรได้รับการแก้ไข

นอกจากนี้จากรายงานสถานการณ์การดื่มสุราของประชากรไทย ปี 2551 พบว่า⁽⁵⁷⁾ ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปดื่มสุราร้อยละ 29 โดยผู้ชายดื่มมากกว่าผู้หญิง 6 เท่า ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาล โดยกลุ่มเยาวชนและวัยทำงานมีอัตราการดื่มสุราร้อยละ 22 และ 34 ซึ่งจากข้อมูลและสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีแนวโน้มในการพบความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขในลำดับต้น

ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย ผลการสำรวจพบอัตราความชุกภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับและทุกกลุ่มอายุ ร้อยละ 6.4 (อายุ 15-59 ปี เท่ากับร้อยละ 5.0 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 8.6) ซึ่งพบอัตราความชุกภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายต่ำกว่าการสำรวจระดับชาติในประชากรไทยอายุ 15-59 ปี 2546⁽²³⁾ และ 2551⁽⁴⁾ (ร้อยละ 7.7 และ 7.3) แต่ถือได้ว่าอัตราเสี่ยงฆ่าตัวตายของคนไทยจากการสำรวจดังกล่าวค่อนข้างสูง และเมื่อพิจารณาแยกตามลักษณะทั่วไป พบว่า ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญเกือบทุกพื้นที่ โดยเฉพาะ CUP รพ.นครพิงค์ น่าน และดอนสัก (มีอัตราความชุกร้อยละ 10.1 7.1 และ 6.7 ตามลำดับ) พบอัตราส่วนผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อผู้ชาย เท่ากับ 1.7:1 ผู้มีภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพรับจ้าง/ใช้แรงงาน มีรายได้ครัวเรือนน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจก่อนหน้านี้^(4, 23) สำหรับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราค่อนข้างสูง ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าวมักจะมีโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง ร่วมด้วย

องค์การอนามัยโลก⁽⁵⁸⁾ ให้ข้อเสนอแนะว่าการระบุได้ว่าผู้ใดเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแล้วให้การส่งเสริมป้องกันให้ความช่วยเหลือและเฝ้าระวังจะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายได้ดีกว่า ดังนั้นการสำรวจครั้งนี้ รวมทั้งการสำรวจอื่นๆ ที่ผ่านมา จะช่วยให้ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องสามารถใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับขนาดของปัญหาและคุณลักษณะสำคัญบางประการ เช่น ลักษณะพื้นที่ เพศ การศึกษา หรือลักษณะทางสังคม สิ่งแวดล้อมอื่นๆ เพื่อจำแนกผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายระดับต่างๆ และวางแผนแก้ไข เฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายได้อย่างถูกต้องและตรงกับลักษณะปัญหาที่สุด

กลุ่มโรคทางอารมณ์ พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้า เท่ากับร้อยละ 1.7 ซึ่งอัตราความชุกนี้จะน้อยกว่าการสำรวจระดับชาติวิทยาโรคจิตเวชของคนไทย ปี 2551⁽⁴⁾ และ 2546⁽²³⁾ (เท่ากับร้อยละ 2.2 และ 3.2) แต่จะใกล้เคียงกับการศึกษาของอนุรักษ บัณฑิตชาติและคณะ⁽²⁴⁾ (เท่ากับร้อยละ 1.4)

โรคซึมเศร้าเรื้อรัง พบอัตราความชุกร้อยละ 0.6 ใกล้เคียงกับการสำรวจ ปี 2551 (ร้อยละ 0.4) แต่จะน้อยกว่าการสำรวจ ปี 2551 ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 1.2) และมากกว่าการศึกษาของอนุรักษ บัณฑิตชาติและคณะ⁽²⁴⁾ (ร้อยละ 0.1)

สำหรับภาวะไฮโปแมเนีย ภาวะแมเนีย และความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วยพบอัตราความชุกร้อยละ 0.5 0.4 และ 0.1 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น^(4, 23) พบความชุกไม่ได้แตกต่างกันมากนัก

กลุ่มโรคทางอารมณ์ โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า เมื่อแยกตามพื้นที่พบอัตราความชุกแตกต่างกัน โดยพบอัตราความชุกที่ CUP รพ.ดอนสัก มากกว่าที่อื่นๆ (ร้อยละ 3.6) รองลงมาเป็น CUP รพ.ชุมพวงและตาสี (ร้อยละ 2.3 และ 1.6) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพื้นที่หรือลักษณะภูมิประเทศที่มีบริบทสังคม วัฒนธรรม การดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน อาจมีผลต่อการพบโรคซึมเศร้าที่มากน้อยต่างกันได้ ดังนั้นการกำหนดนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้านี้ จำเป็นต้องพิจารณาถึงความแตกต่างในลักษณะนี้ด้วย นอกจากนี้พบอัตราความชุกในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงกว่าอายุ 15-59 ปี (ร้อยละ 2.4 และ 1.2) และการศึกษาของเทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิและคณะ⁽⁵⁹⁾ พบ

ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ค่อนข้างสูง (ร้อยละ 5.9) ดังนั้น ผู้สูงอายุควรเป็นกลุ่มเป้าหมายแรกในการค้นหาเพื่อเข้าสู่บริการตรวจรักษา ติดตาม ฟันฟู โดยการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตนี้ ซึ่งอาจผนวกรวมกับงานสุขภาพทางกาย เช่น งานด้านโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดัน) การเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้สูงอายุพิการ เป็นต้น

ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด สํารวจในกลุ่มอายุ 15-59 ปี พบอัตราความชุกร้อยละ 1.4 ซึ่งต่ำกว่าการสำรวจ ปี 2551⁽⁴⁾ ที่พบร้อยละ 3.2 สาเหตุที่การสำรวจครั้งนี้พบอัตราความชุกต่ำ ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะการให้ข้อมูลที่ไม่เป็นจริง ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากความกลัวกฎหมายหรือการเอาผิดภายหลังของประชาชนที่มาให้สัมภาษณ์

เมื่อพิจารณาแยกตามลักษณะทั่วไป พบว่า CUP รพ.ดอนสัก พบความชุกค่อนข้างสูงอย่างชัดเจน (ร้อยละ 4.6) ขณะที่ CUP อื่นมีความชุกประมาณร้อยละ 0.4-0.7 โดยผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดเกือบทั้งหมดเป็นผู้ชาย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้างหรือเกษตรกร รายได้ครัวเรือนน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับผลวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตของพื้นที่ CUP รพ.ดอนสัก และอีกหลายๆ พื้นที่ นอกจากนั้นผู้บริหารและผู้ให้บริการของ CUP รพ.ดอนสัก ระบุว่าผู้เสพติดจะแฝงอยู่ในชุมชนค่อนข้างมาก ซึ่งการแก้ไขปัญหาค่อนข้างลำบาก ไม่สามารถเข้าถึงเพื่อจัดบริการให้กับกลุ่มนี้ได้เลย⁽⁵⁶⁾

ประเทศไทยคาดการณ์ได้ว่าจะมีผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเวชจากสารเสพติดเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากสถานการณ์ปัญหาเสพติดของประเทศไทย⁽⁶⁰⁾ เพิ่มขึ้นจาก 460,000 คนในปี 2546 เป็น 570,000 คนในปี 2550 คนและปี 2551 เพิ่มขึ้นเป็น 605,000 คน ซึ่งกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงเกี่ยวข้องและมีจำนวนผู้เสพยาเสพติดค่อนข้างมาก นั่นคือ กลุ่มเยาวชน

หากพิจารณาข้อมูลประชากรแล้ว ประเทศไทยถือว่ากลุ่มเยาวชนมีขนาดค่อนข้างใหญ่ คือมีจำนวนร้อยละ 19 (อายุ 13-25 ปี) ของประชากรทั้งหมด⁽⁶¹⁾ และจากการข้อมูลระบบรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.)⁽⁶⁰⁾ พบว่าในปีพ.ศ. 2549-2551 เยาวชนอายุต่ำกว่า 25 ปี เป็นกลุ่มที่เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นจำนวนมากโดยเข้ารับการบำบัดถึงร้อยละ 50.1 51.4 และ 52.0 ของผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมด ตามลำดับ ดังนั้นจากข้อมูลต่างๆ ดังกล่าวจะเห็นว่า กลุ่มเยาวชนเป็นกลุ่มที่ควรให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาลำดับต้น

การแก้ไขปัญหาเสพติดในกลุ่มเยาวชนที่มีขนาดใหญ่ เป็นเรื่องที่ค่อนข้างยากทั้งการบริหารจัดการ กำลังคน งบประมาณ และอื่นๆ จึงจำเป็นต้องจัดเยาวชนออกเป็นกลุ่ม เช่น กลุ่มเยาวชนสีขาว (กลุ่มทั่วไป) กลุ่มเยาวชนสีเทา (กลุ่มเสี่ยง) กลุ่มเยาวชนสีคล้ำ (กลุ่มติดยา) และควรมาตรการที่ตรงกับแต่ละกลุ่ม โดยมีทั้งมาตรการส่งเสริม ป้องกัน มาตรการรักษา ฟันฟู มาตรการคืนดีสู่บ้าน เป็นต้น นอกจากนั้นสถานศึกษา ชุมชน หน่วยงานรัฐและเอกชน หน่วยงานไม่หวังผลกำไรอื่นๆ ควรบูรณาการการทำงานร่วมกันในการแก้ไขปัญหาด้านนี้อย่างจริงจัง

โรคจิต การสำรวจครั้งนี้พบอัตราความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence rate) เท่ากับร้อยละ 1.2 ซึ่งเท่ากับการสำรวจ ปี 2551⁽⁴⁾ และจะมากกว่าการสำรวจ ปี 2546⁽²³⁾ (อัตราความชุกร้อยละ 0.6) เมื่อพิจารณาแยกตามลักษณะทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ โดยพบอัตราความชุกมากที่สุดที่ CUP รพ.นครพิงค์ (ร้อยละ 1.9) ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่อาศัยในเขตเทศบาล เป็นผู้ป่วยหญิงร้อยละ 74 อยู่ระหว่างอายุ 25-34 ปี เกือบร้อยละ 60 พบว่าผู้ป่วยมีสถานภาพโสด ประมาณครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับ

ประถมศึกษา (ร้อยละ 52) อาชีพเกษตรกรกรรมและรับจ้าง/ใช้แรงงานจะพบผู้ป่วยโรคจิตมากกว่าอาชีพอื่น (ร้อยละ 32-35)

จากการศึกษาของศิริจิต สุทธิจิตต์ และคณะ⁽⁶²⁾ พบว่าอัตราความชุกชั่วชีวิตของแต่ละงานวิจัยแตกต่างกัน ซึ่งอาจเกิดจากเครื่องมือในการประเมินหรือสำรวจและความแตกต่างลักษณะกลุ่มประชากร ซึ่งความชุกชั่วชีวิตอยู่ระหว่างร้อยละ 0.2-1.2 และสรุปได้ว่าในช่วงที่ผ่านมา ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเภทมีความก้าวหน้าค่อนข้างมาก ทั้งด้านการค้นหา วินิจฉัย รวมทั้งพบว่าการรักษาด้วยยาโรคจิตตัวใหม่ที่มีประสิทธิภาพเหนือยาหลอก และอาจมีประสิทธิผลมากกว่ายาในกลุ่มเก่าบางตัว นอกจากนี้การรักษาทางจิตสังคมบางชนิดมีประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทอย่างชัดเจน

จากข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มโรคจิตเภทมีความชัดเจนทั้งด้านการค้นหา รักษา ติดตามและฟื้นฟู ดังนั้น การให้ความสำคัญจึงควรมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มมาตรการเพื่อค้นหา คัดกรอง กลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่ระบบการรักษา และให้ความสำคัญกับมาตรการในการติดตาม ฟื้นฟูผู้ป่วยให้รับยาและทำจิตบำบัดอย่างสม่ำเสมอ

โรคสมองเสื่อม การสำรวจครั้งนี้พบอัตราความชุกร้อยละ 3.9 ใกล้เคียงกับการศึกษาของสุทธิชัย จิตะพันธ์และคณะ⁽²⁹⁾ (ร้อยละ 3.4) และการศึกษาในของศุวรัศม์ วังทองคำและคณะ⁽⁶³⁾ (ร้อยละ 3.8) เมื่อพิจารณาแยกตามลักษณะทั่วไป พบความแตกต่างของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในแต่ละพื้นที่ โดยพบมากในพื้นที่ CUP รพ. ชุมพวง (ร้อยละ 8.1) รพ.ดอนสัก (ร้อยละ 4.4) แต่ไม่พบใน CUP รพ.ตาคลี (อาจเนื่องจากความผิดพลาดที่เกิดจากการทดแทนกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนสุ่มตัวอย่างและความผิดพลาดในการใช้แบบประเมินของผู้เก็บข้อมูล) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 78) ผู้ป่วยหญิงจะมีมากกว่าผู้ป่วยชาย (1.4:1) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุ 70-79 ปี มีสถานภาพคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา

จากการสำรวจภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยช่วงปี พ.ศ. 2542-2544 พบว่าความชุกของการเกิดโรคเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มสูงขึ้นกล่าวคือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 11.4 ในขณะที่ผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปีมีความชุกของโรคเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 41.4⁽⁶⁴⁾ นอกจากนี้จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากในอนาคตซึ่งจากการสำรวจพบว่าในปี พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยไทยที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด 229,000 รายและคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปี ข้างหน้าจะเพิ่มเป็น 450,000 คน และอาจมากกว่า 1 ล้านคนในอีก 50 ปีข้างหน้า⁽⁶⁵⁾

โรคสมองเสื่อมส่งผลกระทบทั้งทางด้านเศรษฐกิจสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นอย่างมากเนื่องจากผู้ป่วย 1 คนจะต้องมีผู้ดูแลอย่างน้อย 2 คนส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายด้านการดูแลอย่างเป็นทางการหรือการดูแลโดยผู้ที่เกี่ยวข้องมา (formal care) และการดูแลอย่างไม่เป็นทางการหรือดูแลโดยญาติในครอบครัว (informal care) เพิ่มขึ้น⁽⁶⁶⁾ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลกระทบด้านทางสังคม เช่น อาจก่อให้เกิดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัวเนื่องจากขาดที่พึ่งและส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ดูแลทำให้เกิดความเครียดที่ต้องแบกรับภาระและมีอาการซึมเศร้า⁽⁶⁷⁾

ปัจจุบันการรักษาโรคสมองเสื่อมเป็นเพียงให้ผู้ป่วยมีกระบวนการรับรู้ดีขึ้นหรือเสื่อมลงช้าที่สุดและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเองได้ แนวทางการรักษาแบ่งเป็น 2 ประเภทได้แก่ 1) การรักษาโดยไม่ใช้ยา 2) การรักษาโดยใช้ยา⁽⁶⁸⁾ จากการศึกษาของเสาวลักษณ์ ตระกูลวิ และคณะ⁽⁶⁵⁾ พบว่าประเทศไทยทางเลือกในการไม่ใช้ยารักษาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์เป็นทางเลือกที่มีความคุ้มค่ามากที่สุด หากความเต็มใจจ่ายของสังคมเท่ากับ 1 เท่าของรายได้ต่อหัวประชาชาติ ซึ่งทางเลือกที่ไม่ใช้ยา เช่น

กิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและการจัดการกับปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นต้น ดังนั้น ผู้ให้บริการในพื้นที่จะต้องเข้าใจโรคสมองเสื่อม และแนวทางในการรักษาและบำบัดเพื่อถ่ายทอดความรู้ให้กับ ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวในการดูแลและหาวิธีที่เหมาะสมที่สุดกับผู้ป่วยนั้น

การเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษา

...ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีปัญหาในการเข้าถึงบริการวินิจฉัยและรักษาในทุกกลุ่มและทุกพื้นที่ และกลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิตฯ ที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์และสารเสพติดประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการ มากที่สุด จึงควรพิจารณาพัฒนาบริการที่ทำให้คนกลุ่มนี้เข้าถึงการวินิจฉัยและรักษาได้มากขึ้นในทุกพื้นที่...

การสำรวจครั้งนี้พบว่า อัตราการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาของผู้ป่วยจิตเวชค่อนข้างต่ำเกือบ ทุกโรค ได้แก่ โรคสมองเสื่อม ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย ความผิดปกติ ของพฤติกรรมเสพติดและกลุ่มโรคทางอารมณ์ (ร้อยละ 1.7 3.2 5.7 8.4 และ 18.4 ตามลำดับ) ยกเว้น โรคจิตซึ่งพบผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาสูงกว่าโรคอื่น (ร้อยละ 48)

เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเข้าถึงบริการฯ ระดับประเทศ⁽⁵⁾ พบอัตราการเข้าถึงบริการฯ ค่อนข้างต่ำในโรค ต่างๆ เหล่านี้สอดคล้องกัน ได้แก่ ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด (ร้อยละ 2 ทั้งคู่) ถึงแม้ว่าการสำรวจครั้งนี้ไม่ได้จำแนกการเข้าถึงบริการฯ ของผู้ป่วยกลุ่มโรคทาง อารมณ์ เมื่อเปรียบเทียบกับระดับประเทศก็ยังพบอัตราการเข้าถึงบริการฯ ของโรคซึมเศร้า ไม่ต่างกันมากนัก (ร้อยละ 14) สำหรับโรคจิต อัตราการเข้าถึงบริการฯ ระดับประเทศ (ร้อยละ 67) มีมากกว่าการสำรวจครั้งนี้ (ร้อยละ 47) อาจเกิดจากความผิดพลาดในการสุ่มตัวอย่างทดแทน แต่จากข้อมูลดังกล่าวก็สามารถสะท้อนได้ ว่าโรคจิตเป็นโรคที่ผู้ป่วยเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษามากที่สุด

จากการประมาณการจำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและ รักษาจำนวนประชากรรวมในพื้นที่ดำเนินการ พบว่าทุกพื้นที่มีช่องว่างระหว่างจำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตฯ และการเข้าถึงบริการฯ ค่อนข้างมาก โดยเฉพาะความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนประมาณ การผู้ป่วยมากกว่า 3 หมื่นราย หรือภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย ประมาณการผู้ป่วยมากกว่า 2 หมื่นราย แต่ทั้งสอง โรคได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาประมาณ 1 พันกว่ารายเท่านั้น นั้นแสดงถึงว่ามีจำนวนผู้มีปัญหาที่ยังแฝง อยู่ในประชากรหรือชุมชนจำนวนมาก และถึงแม้ผู้ป่วยโรคจิตจะเข้าถึงบริการได้มากกว่าโรคอื่นๆ ก็ตาม แต่ยังมี ผู้ป่วยมากกว่า 2 พันรายที่ต้องค้นหา เพื่อเข้าสู่ระบบการรักษาต่อไป

ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช

...ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าการรักษาผู้ป่วยจิตเวชอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือ ประกันสังคม...

...ประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช เช่น ไม่เข้าใจ ไม่ให้มีกิจกรรมในชุมชน ซึ่งจะทำให้ ผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชกลับมีความรุนแรงขึ้นได้...

...ข้อมูลเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชต่างๆ ทำให้สามารถนำมาใช้ประโยชน์ใน การทำงานด้านป้องกันและค้นหาผู้ป่วยได้ เช่น คนในครอบครัวของผู้ใช้สารเสพติดหรือป่วยด้วยปัญหา สุขภาพจิตมีความเสี่ยงสูง ควรมีมาตรการป้องกันและให้ความรู้กับคนในครอบครัวเพื่อคัดกรองเบื้องต้น...

ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่าประชาชนร้อยละ 60 มีความรู้ผ่านเกณฑ์ ซึ่งมากกว่าการสำรวจของกรมสุขภาพจิต ในปี 2553⁽⁵¹⁾ ที่พบความรู้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 54 การสำรวจนี้พบผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 47 ความรู้ที่ประชาชนเข้าใจผิด เช่น เข้าใจผิดว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และประกันสังคมไม่ครอบคลุมการรักษาทางจิตเวช (ร้อยละ 41) ซึ่งความเข้าใจที่ผิดนี้ อาจทำให้ประชาชนหรือผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีฐานะต่ำไม่เข้าไปรับการรักษาทางจิตเวชเพราะกลัวเสียค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังพบความเข้าใจผิดของประชาชนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เช่น เข้าใจผิดว่าโรคสมาธิสั้นไม่ก่อให้เกิดปัญหาการเรียนได้ (ร้อยละ 37) เข้าใจผิดว่าโรคซึมเศร้าไม่สามารถรักษาให้หายได้ (ร้อยละ 31)

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ถือได้ว่าเป็นปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรม และความผิดปกติของสมอง อาการแสดงมีความซับซ้อนและมีรูปแบบแตกต่างกันไป⁽²²⁾ ดังนั้นการเฝ้าระวัง สังเกตหรือค้นหาปัญหาจึงไม่ใช่เพียงแค่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพเท่านั้น ควรให้ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนหรือผู้ป่วยเข้ามีส่วนร่วม โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/แกนนำชุมชน เพื่อถ่ายทอดความรู้ต่อไปยังประชาชน ญาติหรือผู้ป่วยเอง จึงถือได้ว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อส่งเสริมความเข้าใจต่อตัวปัญหา ปัจจัยหรือสาเหตุของปัญหารวมทั้งอาการผิดปกติ โดยเฉพาะสัญญาณเตือนที่อาจแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม เพื่อสามารถประเมินกลุ่มเสี่ยงและสังเกตลักษณะอาการหรือสัญญาณเตือน รวมทั้งให้การช่วยเหลือเบื้องต้นที่เหมาะสม

ทัศนคติต่อสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่าประชาชนร้อยละ 53 มีทัศนคติที่ดีผ่านเกณฑ์ ซึ่งน้อยกว่าการสำรวจของกรมสุขภาพจิต ในปี 2553⁽⁵¹⁾ ที่พบทัศนคติที่ดีผ่านเกณฑ์ร้อยละ 72 การสำรวจนี้พบผู้ป่วยจิตเวชมีทัศนคติที่ดีไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 52 นอกจากนั้นการสำรวจครั้งนี้พบทัศนคติเชิงลบที่สอดคล้องกับการสำรวจของกรมสุขภาพจิตแต่จะมีร้อยละของทัศนคติเชิงลบน้นมากกว่า เช่น การสำรวจครั้งนี้และการสำรวจกรมสุขภาพจิต ร้อยละ 72 และ 52 เห็นว่าเมื่อพูดถึงคำว่า “สุขภาพจิต” จะนึกถึงคนบ้าหรือโรงพยาบาลโรคจิตมีร้อยละ 48 และ 38 ที่คิดว่าจะไม่พาญาติที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชออกไปในที่สาธารณะเพราะจะทำอันตรายต่อผู้อื่นได้ และมีร้อยละ 47 และ 37 เห็นว่าผู้ป่วยทางจิตเป็นบุคคลที่น่ากลัว ต้องระวังอย่าเข้าใกล้หรือพูดคุยด้วย

ทัศนคติหรือความเห็นเชิงลบเหล่านี้สอดคล้องกับการสนทนากลุ่มประชาชน ในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช⁽⁵⁶⁾ ซึ่งเหล่านี้อาจเป็นอุปสรรคในการแก้ไขปัญหการอยู่ร่วมกันระหว่างชุมชนกับผู้ป่วย นั่นคืออาจไม่ส่งผลต่ออาการแสดงของผู้ป่วยจิตเวชหรือทำให้อาการเหล่านั้นรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะโรคจิต ที่การศึกษาของศิริจิต สุทธิจิตต์และคณะ⁽⁶²⁾ ระบุว่า การรักษาทางจิตสังคมบางชนิดมีประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทอย่างชัดเจน

ความรู้ที่ผิดและทัศนคติเชิงลบ ถือเป็นปัญหา อุปสรรคประการหนึ่งในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rosenheck R. และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าความไม่เข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตส่งผลให้ประชาชนไม่ทราบว่าอาการผิดปกติ การดูแลรักษาและให้การช่วยเหลือ เนื่องจากความไม่เข้าใจโรคจิตเวชจึงทำให้ประชาชนขาดความตระหนักในการแก้ปัญหา นอกจากนั้นพบว่าผู้ป่วยหรือญาติจะไม่เข้ารับการรักษาเพราะกลัวสังคมรังเกียจและตีตรา

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย มีทั้งปัจจัยด้านบุคคล เศรษฐกิจและสังคม เช่น เพศชาย อายุระหว่าง 25-44 ปี ผู้ที่มีสถานภาพหย่า/แยก/หม้าย ผู้ที่เรียนจบปริญญาตรีหรือสูงกว่า ลักษณะภาคหรือพื้นที่มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชแตกต่างกัน นอกจากนั้นผู้ที่มีประวัติเคยป่วยโรคจิตเวช มีทัศนคติไม่ผ่านเกณฑ์มีปัญหาวิตกกังวลซึมเศร้า ผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวใช้สาร

เสพติดประสบเหตุการณ์สำคัญและเครียด เช่น มีการกักขัง/มีการหนีสิน ย้ายบ้าน/ที่อยู่อาศัยบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเสียชีวิตปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เหล่านี้มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมากขึ้น ซึ่งลักษณะประชากรและปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ สามารถใช้กำหนดในการเฝ้าระวังหรือพัฒนามาตรการส่งเสริมป้องกันให้ตรงกับเป็นกลุ่มเสี่ยงให้มีความจำเพาะมากขึ้น

5.3 ข้อจำกัดในการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง จะสุ่มอย่างเป็นระบบจากรายชื่อประชากรที่ผ่านการคัดเลือกเบื้องต้นของเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานระดับพื้นที่แล้วทั้งหมด 3 บัญชี การสำรวจครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในบัญชีรายชื่อทั้ง 3 บัญชีประมาณร้อยละ 50-60 ดังนั้นอาจเกิดความผิดพลาดของข้อมูลจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทดแทนได้

2. การสำรวจข้อมูลระดับชาติวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องดำเนินการด้วยผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช/พยาบาลเวชปฏิบัติ และนักจิตวิทยา โดยทุกคนต้องผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือการสำรวจจากผู้เชี่ยวชาญของกรมสุขภาพจิตทั้งแนวทางการดำเนินการวิจัยตามข้อกำหนด (protocol) และคู่มือการสัมภาษณ์ แต่เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้เน้นสร้างการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ดังนั้นจึงมีทีมการสำรวจทั้งหมด 5 ทีม ถึงแม้ทางทีมวิจัยส่วนกลางจะป้องกันความผิดพลาดที่เกิดจากผู้สัมภาษณ์หลายกลุ่มแล้ว ยังพบว่า การสำรวจช่วงแรกมีความเข้าใจไม่ตรงกันของการประเมินปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยเครื่องมือ M.I.N.I. ซึ่งทางทีมมีการควบคุมคุณภาพข้อมูลด้วยการสุ่มตรวจแบบสัมภาษณ์ ติดตามการสัมภาษณ์และปัญหาการเก็บข้อมูลทางโทรศัพท์ รวมทั้งการนิเทศ ติดตามการดำเนินงาน และการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

3. อัตราความชุกบางโรคอาจต่ำกว่าความเป็นจริงได้ เช่น ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด โรคสมองเสื่อม เป็นต้น กลุ่มดังกล่าวอาจถูกสุ่มในบัญชีรายชื่อแต่ไม่มาให้สัมภาษณ์ โดยเฉพาะผู้มีภาวะผิดปกติทางจิตเวชจากสารเสพติด เนื่องจากเกรง กลัวกฎหมาย กลัวถูกเอาผิดหรือถูกเปิดเผยความลับจากเจ้าหน้าที่ รวมทั้งกลุ่มเหล่านี้โดยทั่วไปมักเป็นกลุ่มเยาวชน โอกาสให้ความร่วมมือมีน้อย ส่วนโรคสมองเสื่อม อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มผู้ที่มีปัญหาสมองเสื่อมระดับรุนแรง (ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากแล้ว) ไม่สามารถมาให้ข้อมูลได้

4. พื้นที่สำรวจ เป็นพื้นที่ที่ผู้บริหารและผู้ให้บริการสมัครใจเข้าร่วมโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร) พื้นที่เหล่านี้มีศักยภาพด้านบุคลากร เครื่องมือ นโยบาย กระบวนการ หรือมีความพร้อมที่ระดับหนึ่งและอาจมีมากกว่าหลายๆ พื้นที่ ดังนั้นหากจะนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจครั้งนี้สะท้อนถึงภาพรวมในระดับประเทศอาจต้องพิจารณาข้อจำกัดนี้ และควรนำมาเปรียบเทียบกับหรือใช้ประโยชน์ร่วมกันกับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจระดับประเทศร่วมด้วย

5.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการศึกษาครั้งนี้ ทีมวิจัยมีข้อเสนอแนะกับผู้เกี่ยวข้องทั้งจากผู้บริหารระดับนโยบาย ผู้บริหารระดับพื้นที่ รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ดังนี้

1. ส่งเสริมความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตในประเด็นที่สำคัญแก่ประชาชนทั่วไป เช่น ความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ป่วยจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช อาการหรือพฤติกรรมที่เป็นสัญญาณของโรค การดูแลรักษาเบื้องต้น
2. สร้างทัศนคติที่ดีต่อปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งระดับตัวบุคคล ครอบครัว และชุมชน ได้แก่ ทัศนคติที่ส่งเสริมให้เกิดการเข้ารับการรักษของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เช่น ยอมรับการป่วยทางจิตเวช และคิดว่าโรคจิตเวชสามารถป้องกันหรือรักษาได้เหมือนโรคทางกาย ส่งเสริมทัศนคติเชิงป้องกัน เช่น การทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวช่วยให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตดีขึ้น โดยไม่คิดว่าผู้ป่วยเป็นภาระของครอบครัว เป็นต้น ในระดับชุมชน เน้นสร้างทัศนคติเพื่อให้เกิดการยอมรับผู้ป่วยจิตเวช เช่น ไม่คิดว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นคนบ้า ไม่กลัวที่จะเข้าไปสนทนา ผู้นำชุมชนหรือผู้เกี่ยวข้องอื่น ควรส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้ป่วยเกิดความภูมิใจหรือเห็นคุณค่าของตนเอง เป็นต้น
3. พัฒนาระบบคัดกรอง เพื่อให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเข้าสู่ระบบบริการรักษาในทุกพื้นที่ เพราะผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทุกปัญหาและทุกพื้นที่มีจำนวนมากที่ยังเข้าไม่ถึงบริการโดยให้หน่วยพยาบาลระดับพื้นที่เป็นศูนย์กลางการปฏิบัติงาน โดยมีสถานพยาบาลระดับอื่นๆ สนับสนุนด้านอื่น และจัดบริการรองรับผู้ที่มีโอกาสเป็นผู้ป่วยจิตเวชจากการคัดกรอง
4. พิจารณาให้ความสำคัญในการพัฒนาบริการทั้งด้านตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษา การติดตาม ดูแล กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย ทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เป็นลำดับต้น
5. จากการสำรวจครั้งนี้ พบว่าปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช มีลักษณะพื้นที่ ลักษณะประชากรและปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้กำหนดในการเฝ้าระวังหรือพัฒนามาตรการส่งเสริม ป้องกันให้ตรงกับเป็นกลุ่มเสี่ยงให้มีความจำเพาะมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental Health Global Action Programme: mhGAP: Geneva: World Health Organization; 2002.
2. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings Geneva: WHO Press; 2010.
3. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. mhGAP: โปรแกรมปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพจิต: การขยายบริการสำหรับโรคจิตเวช โรคระบบประสาท และความผิดปกติพฤติกรรมเสพติด. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.) 2554.
4. วชิระ เพ็งจันทร์, ธรณินทร์ กองสุข, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, พัทธ์ศพล บุญยมาลิก, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, วรารณ จุฑา, และคณะ. การสำรวจระดับจิตเวชในสถานศึกษาสุขภาพจิต: การศึกษาระดับประเทศ ปี 2551. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์ บลู จำกัด; 2551.
5. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช (8โรค) ประจำปีงบประมาณ 2553. Available from: <http://www.plan.dmh.go.th/>.
6. Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. Prev Chronic Dis. 2006;3:1-14.
7. Carney CP, Jones L, Woolson RF. Medical Comorbidity in Women and Men with Schizophrenia: A Population Based Controlled Study. Journal of general internal medicine. 2006;21(11):1133-7.
8. Fagiolini A, Goracci A. The effects of undertreated chronic medical illnesses in patients with severe mental disorders. The Journal of clinical psychiatry. 2009;70:22.
9. Parks J, Svendsen D, Singer P, Foti ME. Morbidity and Mortality in People with Serious Mental Illness. 2006.
10. Jones S, Howard L, Thornicroft G. 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2008;118(3):169-71.
11. Perese EF. Stigma, poverty, and victimization. Roadblocks to recovery for individuals with severe mental illness. Journal of the American Psychiatric Nurses Association. 2007;13(5):285.
12. Dunn E, Wewiorski N, Rogers E. The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results of a qualitative study. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2008;32(1):59.
13. Honey A. Benefits and drawbacks of employment: perspectives of people with mental illness. Qualitative health research. 2004;14(3):381.
14. Seeman M. Employment discrimination against schizophrenia. The Psychiatric quarterly. 2009;80(1):9.
15. Hartwell S. Triple stigma: Persons with mental illness and substance abuse problems in the criminal justice system. Criminal Justice Policy Review. 2004;15(1):84.

16. Patel A, Knapp M. Costs of mental illness in England. PSSRU. 1998:4.
17. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. The Lancet. 2007;370(9593):1164-74.
18. Rosenheck R, Leslie D, Keefe R, McEvoy J, Swartz M, Perkins D, et al. Barriers to employment for people with schizophrenia. American Journal of Psychiatry. 2006;163(3):411.
19. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. The Lancet. 2007;370(9590):859-77.
20. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 เรื่อง นโยบายศัพท์. มาตราที่ 48 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.
21. Bunditchate. A, Saosarn. P, Kitiruksanon. P, Chutha. W. Epidemiology of Mental Disorders Among Thai People. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2001;46(4):335-43.
22. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. 2 ed. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.
23. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, อัจฉรา จรัสสิงห์, เนตรชนก บัวเล็ก, สตรีรัตน์ รุจิระชาคร, และพัชรินทร์ สุริยะ. การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิต การศึกษาระดับประเทศ ปี 2546. 2546.
24. อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ, และคณะ. การสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิต และความรู้ เจตคติที่ก่อกำเนิดการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนปี 2541. ที่ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตครั้งที่ 5, 2542.
25. ธงชัย ทวีชาติ, นันทิกา ทวีชาติ, อรพรรณ เมฆสุภะ. การสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิต และความรู้ เจตคติ ที่ก่อกำเนิดการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. ที่ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 4 ระหว่างวันที่ 7-9 กันยายน 2541. 2541.
26. Sriruenthong W, Kongsuk T, Pangchuntr W, Kittirattanapaiboon P, Kenbubpha K, Yingyeun R, et al. The Suicidality in Thai population: A National survey. J Psychiatr Assoc Thailand. 2011;56(4):413-24.
27. บุญศิริ จันศิริมงคล, พันธนา กิตติรัตนไพบูลย์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น, วรวรรณ จุฑา, ธรณินทร์ กองสุข, และ จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การสำรวจระดับชาติ 2551. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2554;19(2):88-101.
28. สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย, อภินันท์ อร่ามรัตน์, อุษณีย์ พึ่งปาน, มานพ คณะโต, นพดล กรรณิกา, และ อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา. สถานการณ์ปัญหาจากสารเสพติดของประเทศไทยในปัจจุบัน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2551;53(1):24-36.
29. Jitapunkul S, Chayovan N, Kespichaywattana J. National Policies on Ageing and Long-term Care Provision for Older Persons in Thailand. In: DRPaAC IC, editor. Ageing and Long-term Care: National Policies in the Asia-Pacific. Pasir Panjang: International Typesetters Ple. Ltd.; 2002.

30. ภาสุรี แสงสุภาวนิช. การคัดกรองโรคสมาธิสั้น และความบกพร่องด้านการเรียนในโรงเรียน. นนทบุรี: เดอะกราฟฟิโก ซิสเต็มส์; 2554.
31. Vitaliano PP, Russo J, Niaura R. Plasma lipids and their relationships with psychosocial factors in older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 1995;50(1):P18.
32. Bunce DF, Jones LR, Badger LW, Jones SE. Medical illness in psychiatric patients: barriers to diagnosis and treatment. *Southern Medical Journal*. 1982;75(8):941.
33. Bell CM, Araki SS, Neumann PJ. The association between caregiver burden and caregiver health-related quality of life in Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 2001;15(3):129.
34. Clyburn L, Stones M, Hadjistavropoulos T, Tuokko H. Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease. *The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences*. 2000;55(1):S2.
35. Connell CM, Janevic MR, Gallant MP. The costs of caring: Impact of dementia on family caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 2001;14(4):179.
36. Marsh DT. Serious mental illness: Opportunities for family practitioners. *The Family Journal*. 1999;7(4):358.
37. Druss BG, von Esenwein SA. Improving general medical care for persons with mental and addictive disorders: systematic review. *General hospital psychiatry*. 2006;28(2):145-53.
38. Kittirattanapaiboon P, M. W. The validity of Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)-Thai version. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2005;13:125-35.
39. Simonelli C, Tripodi F, Rossi R, Fabrizi A LD, Cosmi V, et al. The influence of caregiver burden on sexual intimacy and marital satisfaction in couples with an Alzheimer spouse. *International journal of clinical practice*. 2008;62(1):47-52.
40. Corring D. Quality of life: perspectives of people with mental illnesses and family members. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2002;25(4):350.
41. Lefley HP. *Family caregiving in mental illness*: Sage Publications: Inc; 1996.
42. Papastavrou E, Kalokerinou A, Papacostas SS, Tsangari H, Sourtzi P. Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;58(5):446-57.
43. Erdner A, Magnusson A, Nyström M, Litzén K. Social and existential alienation experienced by people with long term mental illness. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2005;19(4):373-80.
44. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. จำนวนจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวชในประเทศไทย. 2553; Available from: <http://www.plan.dmh.go.th>.
45. World Health Organization. *Mental Health Atlas 2005*. 2005; Available from: http://www.who.int/mental_health/evidence/mhatlas05/en/index.html.

46. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปงบประมาณรายจ่าย ประจำปี 2553. 2553; Available from: <http://bps.ops.moph.go.th/strategy/plan-moph/image/4.2-53.pdf>.
47. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. สารสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์; 2553.
48. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ผลการดำเนินงานเบื้องต้นโครงการเพิ่มการเข้าถึงยา จ2 (1 ก.ค. 2553- 31 พ.ค. 2554).
49. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. คู่มือปฏิบัติการภาคสนามและการใช้แบบสัมภาษณ์: การสำรวจทางระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช: โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร); 2555.
50. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Service Ministry of Public Health. Mini-Mental state Examination-Thai 2002.
51. อินโฟเลิร์ช. รายงานผลการประเมินแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในระยะสั้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) 2554.
52. อภิชัย มงคล, วัชนี หัตถพนม, ภัสรา เซษฐ์โชติศักดิ์, วรณประภา ชลอรกุล, ละเอียต ปัญโญใหญ่, สุจิต สุวรรณชีพ. การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล). วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544;46(3):209-25.
53. Christophe Sapin, Bruno Fantino, Marie-Laure, Nowicki, Paul Kind. Usefulness of EQ-5D in Assessing Health Status in Primary Care Patients with Major Depressive Disorder. BioMed Central 2004;2:1-8.
54. John Brazier. Is the EQ-5D fit for purpose in mental health? BJP. 2010;197:348-9.
55. อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภัคนพิน กิตติรักษนนท์, และวรวรรณ จุฑา. ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชากรไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2544;46(4):335-43.
56. เบญจมาศ พงษ์กานนท์, สกาวรัตน์ พงษ์ลัดดา, สุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล, เยาวรีย์ ดอเกาะห์, อีระ ศิริสมุด, กนกวรรณ สุดศรีวิไล, และคณะ. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร) 2555.
57. บัณฑิต ศรไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ, กมลลา วัฒนพร, โศภิต นาสืบ, แหวดาว พิมพ์พันธ์ดี, และกัณณพนธ์ ภักดีเศรษฐกุล. รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ.2551. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2551.
58. World Health Organization. World Health Statistics Annual. Geneva, Switzerland 1989.
59. Wongpoom T, Sukying C, Udomsubpayakul U. Prevalence of Depression among the Elderly in Chiang Mai Province. J Psychiatr Assoc Thailand. 2011;56(2):103-16.
60. สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. แนวคิดการป้องกันยาเสพติดในเยาวชนกลุ่มเสี่ยง. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ที่ บริษัท รุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977) จำกัด; 2552.
61. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. ข้อมูลประชากร ปี 2553. Available from: <http://stat.bora.dopa.go.th/hpstat9/people2.htm>.

62. Suttajit S, Srisurapanont M. Schizophrenia:Epidemiology and Treatment. J Psychiatr Assoc Thailand. 2009;54(Supplement 1):21-37.
63. Wangtongkum S, Sucharitkul P, Silprasert N, Intrachak R. Prevalence of Dementia among Population Age Over 45 Years in Chiang Mai, Thailand. J Med Assoc Thai. 2008;91(11):1685-90.
64. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. การสำรวจภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุไทย 2543: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2545.
65. เสาวลักษณ์ ตูรงค์ราวี, อุษา ฉาดเกล็ดแก้ว, ยศ ตีระวัฒนานนท์, และสิรินทร์ ฉันทศิริกาญจน. การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ของการใช้ยาในกลุ่ม Acetylcholinesterase Inhibitors ในการรักษาโรคอัลไซเมอร์ ระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ 2554.
66. Fillit HM. The pharmacoeconomics of Alzheimer's disease. AmJ Managed care. 2000;6922(Suppl):1139-48.
67. ศิริพันธุ์ สาสัตย์. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศ: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อม โดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2543;1(14):15-24.
68. Feldman H, Gauthier S, Hecker J, Vellas B, Hux M, Xu Y, et al. Economic evaluation of donepezil in moderate to severe Alzheimer disease. Neurology. 2004;63(4):644-50.

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

หนังสืออนุมัติดำเนินการศึกษาวิจัย
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์

อาคาร 8 ชั้น 7 ห้อง 702 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ถนนพหลโยธิน 11000

โครงการวิจัย: การสำรวจทางระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการตรวจสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการสุขภาพจิตตรวจ) (Version 1/190455)

ผู้วิจัยหลัก: ดร.พญ.เบญจมาศ พุกภัยกานนท์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ฯ ได้พิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าว โดยได้คำนึงถึงประเด็นทางด้านวิชาการ ICH-GCP และด้านจริยธรรม และมีมติอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัย ตามโครงการวิจัยดังกล่าวแล้ว อนึ่ง ขอให้ผู้วิจัยปฏิบัติตามจรรยาบรรณนักวิจัย สภาวิจัยแห่งชาติด้วย

(ลงชื่อ).....

(นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

วันที่ประชุมครั้งแรก: 29 พฤษภาคม พ.ศ.2555

(ลงชื่อ).....

(นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์)

รับรองตั้งแต่วันที่: 29 พฤษภาคม พ.ศ.2555

เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet)

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย: การสำรวจทางระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2555

ผู้วิจัยทีมวิจัย/: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาหนึ่ง เป็นรูปแบบของการสำรวจในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง: เป็นประชาชนที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่ดำเนินการ 5 พื้นที่ 5 จังหวัด อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 4,300 คน ครอบคลุมเฉพาะประชากรที่อาศัยในครัวเรือนส่วนบุคคลเท่านั้น ไม่รวมประชากรที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนสถาบัน เช่น วัด หอพัก โรงเรียน ค่ายทหาร ฯลฯ

สถานที่วิจัย: พื้นที่ในความรับผิดชอบของ CUP 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน โรงพยาบาลตากสิน จังหวัดนครสวรรค์ โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลดอนสักจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ผู้ได้รับการเชิญให้เข้าร่วมการศึกษานี้ กรุณาศึกษารายละเอียดในเอกสารชี้แจงทำนองนี้และตัดสินใจว่า ท่านพร้อมที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้หรือไม่ เพราะการเข้าร่วมในการศึกษาต้องเป็นไปโดยสมัครใจ ซึ่งจะไม่มีการดุด่าหรือการเก็บข้อมูลของท่านแต่อย่างใด

การศึกษานี้เกี่ยวกับเรื่องอะไร

การศึกษานี้ เป็นการสำรวจระดับระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้ได้ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยรายเก่าที่ยังคงรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยรายเก่าที่หยุดการรักษาเอง ความสุข คุณภาพชีวิต ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งกรมสุขภาพจิตและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะนำข้อมูลที่ได้นำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบบริการให้ครบวงจร ทั้งด้านการส่งเสริมป้องกันฟื้นฟู และบำบัดผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

ท่านจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษานี้ ทีมวิจัยขอความกรุณาให้ท่านปฏิบัติตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ขอให้ท่านรับฟังหรืออ่านคำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของท่านให้ครบถ้วนก่อนให้ข้อมูลตามแบบสำรวจของการวิจัย
2. ขณะที่ท่านอ่านคำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ หรืออ่านเสร็จเรียบร้อยแล้ว ถ้ามีข้อซักถาม/ข้อสงสัย ให้ถามทันที

3. หากไม่มีข้อซักถามและตัดสินใจว่า จะให้ข้อมูลและรับการสัมภาษณ์ ขอให้ท่านเซ็นชื่อลงในแบบแสดง
ความยินยอม
4. กรณีที่ท่านมีอายุต่ำกว่า 20 ปี ขอให้ผู้ปกครองเป็นคนเซ็นชื่อลงในแบบแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วม
โครงการวิจัย
5. ให้ข้อมูลตามความเป็นจริง ความรู้สึกและความคิดเห็นของท่าน นักวิจัยจะสัมภาษณ์ โดยใช้เวลา
ประมาณ 1 ชั่วโมง
6. เมื่อมีข้อสงสัยหรือต้องการติดต่อนักวิจัย สามารถติดต่อได้ตามที่อยู่และโทรศัพท์ในเอกสารนี้

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านอาจจะเกิดความวิตกกังวลหลังจากตอบแบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้
สัมภาษณ์เป็นพยาบาลจิตเวชที่มีความพร้อมและยินดีให้การปรึกษาเพื่อช่วยให้ท่านคลายความวิตกกังวล

ท่านจะได้ประโยชน์อะไรจากการศึกษานี้

ท่านจะได้รับการประเมินปัญหาสุขภาพจิต และได้รับคำแนะนำการบริการตามความเหมาะสม และ
เป็นผู้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบด้านส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และบำบัดผู้ที่มีปัญหา
สุขภาพจิตและจิตเวช

ค่าตอบแทน

ท่านจะได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการศึกษานี้ เป็นเงินสด จำนวน 150 บาท หากข้อมูล
สัมภาษณ์พบข้อสงสัยหรือมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ท่านจะได้รับการประเมินวินิจฉัยโรค
จากจิตแพทย์ และให้การรักษาที่เหมาะสม

ท่านจะอย่างไร หากไม่ต้องการเข้าร่วมการศึกษานี้ หรือเปลี่ยนใจระหว่างร่วมศึกษานี้

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมการศึกษานี้หากไม่สมัครใจ หรือหลังจากท่านตัดสินใจเข้าร่วมแล้ว
ต้องการหยุด/ถอนตัวได้ตลอดเวลา การตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลต่อการรักษาในอนาคตหรือการดูแลอื่นใด

การปกป้องรักษาข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดผลเสียหายน
การนำเสนอข้อมูลจะเป็นลักษณะภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่เป็นทีมวิจัยเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงบันทึก
ข้อมูล หรือศึกษาข้อมูลของท่าน ข้อมูลที่ได้จะใช้ประโยชน์เฉพาะการวิจัยเท่านั้น ชื่อ ที่อยู่ของท่านจะไม่
ปรากฏในเอกสารสาธารณะใดๆ โดยเก็บแบบสอบถามเป็นระยะเวลา 5 ปี ภายหลังสิ้นสุดการวิจัย

หากท่านมีคำถามเกี่ยวกับการศึกษานี้ ท่านสามารถติดต่อใครบ้าง

ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	โทรศัพท์
ดร.พญ.เบญจมาศ พฤษักานนท์	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพจิต	
นางกนกวรรณ สุดศรีวิไล	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพจิต	
นายธีระ ศิริสมุท	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)	
นางสาวรัตน์ พงษ์ลัดดา	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพจิต	
นายสุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)	
นางสาวเยาวรีย์ ดอเลาะ	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)	

ที่อยู่สำนักงาน

1. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพจิต อาคาร 3 ชั้น 5 กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ จ.นนทบุรี 10110 โทรศัพท์: 02-149-5584
2. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) อาคาร 6 ชั้น 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ จ.นนทบุรี 10110 โทรศัพท์: 02-590-4549, 02-590-4374

แบบแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent form) สำหรับประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป

แบบแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการจิตเวชสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการจิตเวชครบวงจร)

รหัสแบบสำรวจ

--	--	--	--	--	--	--	--	--

- ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้าพเจ้าได้รับและเข้าใจข้อมูลที่อยู่ในเอกสารข้อมูลยินยอมให้ทำการศึกษาวิจัยดังกล่าวข้างต้นเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยนี้
- ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้าพเจ้ามีโอกาสถามคำถามต่างๆ และปรึกษารายละเอียดของการวิจัยก่อนการเข้าร่วมโครงการ
- ข้าพเจ้ายืนยันว่า การยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของข้าพเจ้าเป็นไปโดยความสมัครใจ และเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีอิสระที่จะถอนตัวเมื่อใดก็ได้ โดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาทางการแพทย์
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ผู้ที่ชี้แจงให้หลักประกันได้ว่า ข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับการวิจัยจะไม่มีเปิดเผยให้เกิดผลเสียหาย การนำเสนอข้อมูลจะเสนอในลักษณะภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่เป็นทีมวิจัยเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงบันทึกข้อมูล หรือศึกษาข้อมูลของข้าพเจ้าได้เต็มที่ ข้อมูลที่จะใช้ประโยชน์เฉพาะการวิจัยเท่านั้น ชื่อ ที่อยู่ของข้าพเจ้าจะไม่ไปปรากฏในเอกสารสาธารณะใดๆ
- ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูล เพื่อการสำรวจระดับความวิตกกังวลของโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการจิตเวชสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการจิตเวชครบวงจร) ที่ได้อธิบายในแบบฟอร์มนี้โดยการลงนามข้างล่างนี้

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ

วันที่/เดือน/ปี

ผู้สัมภาษณ์ (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ

วันที่/เดือน/ปี

พยาน (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ

วันที่/เดือน/ปี

พยาน (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ

วันที่/เดือน/ปี

(กรณีผู้ลงชื่อไม่สามารถลงนามได้ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ และมีพยานรับรองการลงชื่ออย่างน้อย 2 คน)

แบบแสดงความยินยอมของผู้ปกครองผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent form) สำหรับ ประชาชนอายุต่ำกว่า 18 ปี

แบบแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจร สำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่
เป้าหมายเร่งรัดภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการจิตเวชครบวงจร)

รหัสแบบสำรวจ

--	--	--	--	--	--	--	--	--

- ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้าพเจ้าได้รับและเข้าใจข้อมูลที่อยู่ในเอกสารข้อมูลยินยอมให้ทำการศึกษาวิจัยดังกล่าว
ข้างต้นเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยนี้
- ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้าพเจ้ามีโอกาสถามคำถามต่างๆ และปรึกษารายละเอียดของการวิจัยก่อนการเข้าร่วม
โครงการ
- ข้าพเจ้ายืนยันว่า การยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของข้าพเจ้าเป็นไปโดยความสมัครใจ และเข้าใจว่า
ข้าพเจ้ามีอิสระที่จะถอนตัวเมื่อใดก็ได้ โดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาทางการแพทย์
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ผู้ที่ชี้แจงให้หลักประกันได้ว่า ข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับการวิจัยจะไม่มีเปิดเผยให้เกิดผล
เสียหาย การนำเสนอข้อมูลจะเสนอในลักษณะภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่เป็นทีมวิจัยเท่านั้นที่จะ
สามารถเข้าถึงบันทึกข้อมูล หรือศึกษาข้อมูลของข้าพเจ้าได้เต็มที่ ข้อมูลที่จะใช้ประโยชน์เฉพาะการวิจัย
เท่านั้น ชื่อ ที่อยู่ของข้าพเจ้าจะไม่ไปปรากฏในเอกสารสาธารณะใดๆ
- ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลของข้าพเจ้าให้ข้อมูล เพื่อการสำรวจระดับวิทยาลัยสุขภาพจิตของ
โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจร สำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด
ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการจิตเวชครบวงจร) ที่ได้อธิบายในแบบฟอร์มนี้
โดยการลงนามข้างล่างนี้

ผู้ปกครองผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ

วันที่/เดือน/ปี

ผู้สัมภาษณ์ (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ

วันที่/เดือน/ปี

พยาน (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ

วันที่/เดือน/ปี

พยาน (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ

วันที่/เดือน/ปี

(กรณีผู้ลงชื่อไม่สามารถลงนามได้ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ และมีพยานรับรองการลงชื่ออย่างน้อย 2 คน)

แบบสำรวจระดับวิทยาของ
โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจร
สำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด
ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร)
สำหรับกลุ่มอายุ 15-59 ปี



รหัสแบบสำรวจ

--	--	--	--	--

Version 1 /190455

ข้อมูลแบบสำรวจ

รหัสแบบสำรวจ

รหัสผู้สัมภาษณ์

วันที่เก็บข้อมูล
วันที่ เดือน ปี พ.ศ.

เวลาที่ใช้เก็บข้อมูล
เวลาเริ่มต้น เวลาสิ้นสุด รวมเวลาทั้งหมด

องค์ประกอบของแบบสำรวจ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคทางจิตเวช
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชด้วย M.I.N.I.
- ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
- ส่วนที่ 5 ข้อมูลความรู้และทัศนคติ
- ส่วนที่ 6 ข้อมูลความสุข
- ส่วนที่ 7 ข้อมูลคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง

ให้ผู้สำรวจหรือนักวิจัย กาเครื่องหมาย ☒ ลงในข้อที่เป็นจริงและตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกของ
ผู้ตอบแบบสำรวจมากที่สุด

แบบสำรวจระดับวิทยาของโครงการบริการสุขภาพจิตตบวงจร (สำหรับกลุ่มอายุ 15-59 ปี)

Version 1 /190455

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ลักษณะพื้นที่อาศัย ☐ 1) เขตเทศบาล ☐ 2) นอกเขตเทศบาล ☐ Resident
2. เพศ ☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง ☐ Sex
3. วัน/เดือน/ปี เกิด วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... Age
4. นับถือศาสนา ☐ 1) พุทธ ☐ 2) คริสต์ ☐ 3) อิสลาม ☐ 4) อื่นๆ ☐ Religion
5. สถานภาพสมรส ☐ 1) โสด ☐ 2) คู่ ☐ 3) แยกกันอยู่ ☐ Status
☐ 4) หย่าร้าง ☐ 5) หม้าย
☐ 6) อื่นๆ (ระบุ).....
6. ระดับการศึกษา ☐ 1) ไม่ได้เรียน ☐ 2) ประถมศึกษา ☐ Edu
☐ 3) มัธยมศึกษา ☐ 4) ปวช./ปวส./อนุปริญญา
☐ 5) ปริญญาตรี ☐ 6) ปริญญาโท/เอก
7. อาชีพ ☐ 1) ว่างาน ☐ 2) งานบ้าน ☐ Occ
☐ 3) นักเรียน/นักศึกษา ☐ 4) ค้าขาย
☐ 5) เกษตรกรรม ☐ 6) รับจ้าง
☐ 7) ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ ☐ 8) อื่นๆ ระบุ.....
8. รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อเดือนบาท Income

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคทางจิตเวช (ข้อมูลใน 1 ปีที่ผ่านมา)

9. ท่านมีญาติป่วยด้วยโรคทางจิตเวชหรือไม่ ☐ Relative
☐ 1) ไม่มี ☐ 2) มี ระบุ.....
มีความสัมพันธ์กับท่านคือ.....
รับการรักษาหรือไม่ ☐ 1) รักษา ☐ 2) ไม่รักษา ☐ 3) ไม่ทราบ ☐ TreatRel
10. สมาชิกในครอบครัวของท่านติดยาเสพติดหรือไม่ ☐ Narcotic
☐ 1) ไม่มี ☐ 2) มี ระบุ.....
11. ท่านมีโรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง/ความพิการ หรือไม่ ☐ Disease
☐ 1) ไม่มี ☐ 2) มี ระบุ.....

แบบสำรวจระบาดวิทยาของโครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร (สำหรับกลุ่มอายุ 15-59 ปี)

Version 1 /190455

12. ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านมีเหตุการณ์เหล่านี้หรือไม่ ถ้ามี... ท่านเครียดกับเหตุการณ์เหล่านี้หรือไม่
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

เหตุการณ์	ไม่มี	มี		ไม่เครียด	เครียด		
1. แต่งงาน	☐	☐	ถ้ามี...แล้วเครียดกับเหตุการณ์นี้หรือไม่	☐	☐	☐	E1
2. แยกกันอยู่	☐	☐		☐	☐	☐	E2
3. หย่าร้าง	☐	☐		☐	☐	☐	E3
4. มีเรื่องทะเลาะกับผู้อื่นอย่างรุนแรง	☐	☐		☐	☐	☐	E4
5. ญาติพี่น้องในครอบครัวเจ็บป่วย	☐	☐		☐	☐	☐	E5
6. ตกงาน	☐	☐		☐	☐	☐	E6
7. บุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเสียชีวิต	☐	☐		☐	☐	☐	E7
8. มีคดีฟ้องร้อง	☐	☐		☐	☐	☐	E8
9. ลูกไปเรียน/ไปทำงานต่างจังหวัด/ต่างประเทศ	☐	☐		☐	☐	☐	E9
10. ลูกหนีออกจากบ้าน	☐	☐		☐	☐	☐	E10
11. ลูกมีแฟน/ลูกแต่งงาน	☐	☐		☐	☐	☐	E11
12. ย้ายบ้าน/ที่อยู่อาศัย	☐	☐		☐	☐	☐	E12
13. ญาติในครอบครัวมีปัญหาเดือดร้อน	☐	☐		☐	☐	☐	E13
14. กู้ยืม/มีภาระหนี้สิน	☐	☐		☐	☐	☐	E14
15. เปลี่ยนงาน/เปลี่ยนสถานที่เรียน	☐	☐		☐	☐	☐	E15
16. ตัดความสัมพันธ์กับคนสนิทคุ้นเคย	☐	☐		☐	☐	☐	E16

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการวินิจฉัยโรคด้วย M.I.N.I.

A. MAJOR DEPRESSIVE EPISODE

(➔ หมายถึง: ไปที่กรอบการวินิจฉัย วงกลมล้อมรอบคำว่า "ไม่ใช่" ในทุกกรอบ, แล้วไปที่คำถามเพิ่มเติม, แล้วข้ามไปทำชุดต่อไป)

A1	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา, คุณมีอาการซึมเศร้า หรือ ท้อแท้ตลอดเวลา, เกือบทั้งวัน, เกือบทุกวัน หรือไม่ ?	ไม่ใช่	ใช่
A2	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา, คุณเบื่อหน่าย สนใจเรื่องต่างๆลดลงอย่างมาก หรือ แทบจะรู้สึกไม่สนุกเหมือนเดิม เกือบตลอดเวลา หรือไม่ ?	ไม่ใช่	ใช่
ข้อ A1 หรือ A2 ข้อใดข้อหนึ่ง ตอบว่า "ใช่" ใช่หรือไม่?		➔	ไม่ใช่ / ใช่

A3 ในช่วง 2 สัปดาห์ดังกล่าว, ขณะที่คุณมีอาการซึมเศร้าหรือเบื่อหน่ายนั้น คุณมีอาการต่อไปนี้ หรือไม่:

- | | | | |
|---|---|--------|-----|
| a | คุณเบื่ออาหาร หรืออยากรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น เกือบทุกวัน หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| | น้ำหนักตัวของคุณลดลงหรือเพิ่มขึ้นโดยที่คุณไม่ได้ตั้งใจที่จะลดหรือเพิ่ม หรือไม่ ?
(เช่น ใน 1 เดือนมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือลดลง 5% ของน้ำหนักตัว หรือ
ในคนที่น้ำหนัก 50 กก. มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือลดลงประมาณ 2.5 กก.) | | |
| | ถ้าตอบว่า "ใช่" ในข้อใดข้อหนึ่ง, ให้ลงคำตอบว่า "ใช่" | | |
| b | คุณมีปัญหาการนอนหลับเกือบทุกคืน (เช่น หลับยาก, ตื่นกลางดึก, ตื่นเช้ากว่าปกติ หรือนอนมากกว่าปกติ) หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| c | คุณพูดช้าลงหรือทำอะไรช้าลงกว่าปกติ หรือคุณรู้สึกหงุดหงิด, กระสับกระส่าย หรือ นั่งอยู่นิ่งๆ ไม่ได้ เกือบทุกวัน หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| d | คุณรู้สึกอ่อนเพลีย หรือไม่มีแรง เกือบทุกวัน หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| e | คุณรู้สึกไม่มีค่าหรือรู้สึกผิด เกือบทุกวัน หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| f | คุณไม่มีสมาธิ หรือตัดสินใจลำบาก เกือบทุกวัน หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| g | คุณเคยคิดที่จะทำร้ายตัวเอง, อยากฆ่าตัวตาย, หรืออยากตาย ซ้ำๆ หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |

ข้อ (A1-A3) ตอบว่า "ใช่" อย่างน้อย 5 ข้อ ใช่หรือไม่ ?

ถ้าตอบว่า "ใช่" ในกล่อง Major depressive episode, current ให้ทำข้อ A4 ต่อ

ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ไปที่คำถามเพิ่มเติม แล้วให้ข้ามไปทำชุด B

ไม่ใช่ ใช่
MAJOR DEPRESSIVE
EPISODE, CURRENT



- | | | | | |
|----|---|---|--------|-----|
| A4 | a | ตลอดชีวิตที่ผ่านมา, ก่อนหน้านี้นี้ คุณเคยมีอาการซึมเศร้าหรือเบื่อหน่าย, และอาการที่พูดถึงไปเมื่อสักครู่นี้ นานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือไม่ ? (กี่ครั้ง ?) | ไม่ใช่ | ใช่ |
| | b | ช่วงเวลาระหว่างที่คุณมีอาการครั้งก่อนหน้านี้นี้ กับอาการในครั้งนี้, คุณมีช่วงเวลาที่ยาวนานที่สุดที่ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือเบื่อหน่าย, นานอย่างน้อย 2 เดือน หรือไม่ ? | | |

ไม่ใช่ ใช่
MAJOR DEPRESSIVE
EPISODE, RECURRENT

คำถามเพิ่มเติม

- ขณะนี้คุณรับประทานยา หรือ รับประทานยาโรคซึมเศร้าหรือไม่ ?
- ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คุณเคยรับประทานยา หรือ รับประทานยาโรคซึมเศร้ามาก่อนหรือไม่ ?

ใช่	ไม่ใช่
☐	☐
☐	☐

Version 1 /190455

B. DYSTHYMIA

(➔ หมายถึง: ให้ไปที่กรอบการวินิจฉัย วงกลมล้อมรอบคำว่า “ไม่ใช่” ในทุกกรอบ. แล้วไปที่คำถามเพิ่มเติม. แล้วข้ามไปทำชุดต่อไป)

B1	ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา, คุณรู้สึกเสียใจ, ไม่สดชื่น หรือซึมเศร้า เกือบตลอดเวลา หรือไม่?	➔	ไม่ใช่	ใช่
B2	ในช่วง 2 ปีนั้น คุณเคยมีช่วงที่รู้สึกปกติดี อย่างน้อย 2 เดือน หรือไม่?	➔	ไม่ใช่	ใช่
B3	ในช่วงเวลาที่ความรู้สึกเศร้าเกือบตลอดเวลา นั้น :			
a	คุณเบื่ออาหาร หรืออยากรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น อย่างเห็นได้ชัด หรือไม่?		ไม่ใช่	ใช่
b	คุณมีปัญหาการนอนหลับ หรือนอนมากเกินไป หรือไม่?		ไม่ใช่	ใช่
c	คุณรู้สึกเหนื่อยล้าหรือไม่มีแรง หรือไม่?		ไม่ใช่	ใช่
d	คุณรู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง หรือไม่?		ไม่ใช่	ใช่
e	คุณรู้สึกไม่มีสมาธิหรือตัดสินใจลำบาก หรือไม่?		ไม่ใช่	ใช่
f	คุณรู้สึกหมดหวัง หรือไม่?		ไม่ใช่	ใช่
	ตัด B3 ตอบว่า “ใช่” อย่างน้อย 2 ข้อ ใช่หรือไม่?	➔	ไม่ใช่	ใช่
B4	อาการซึมเศร้าดังกล่าว ทำให้คุณรู้สึกเป็นทุกข์ หรือรบกวนความสามารถในการทำงาน, การใช้ชีวิตในสังคม, หรือเรื่องสำคัญอื่นๆ อย่างเห็นได้ชัด หรือไม่?		ไม่ใช่ ใช่ DYSTHYMIA CURRENT	
	<u>คำถามเพิ่มเติม</u>		ใช่	ไม่ใช่
■	ขณะนี้คุณรับประทานยา หรือ รับการรักษาโรคซึมเศร้าเรื้อรังหรือไม่?		☐	☐
■	ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คุณเคยรับประทานยา หรือ รับการรักษาโรคซึมเศร้าเรื้อรังมาก่อนหรือไม่?		☐	☐

Version 1 /190455

C. SUICIDALITY

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณ:		คะแนน	
C1	คุณเคยได้รับอุบัติเหตุ หรือไม่?	ไม่ใช่ ใช่	0
<u>ข้อ C1: ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ให้ข้ามไปข้อ C2: ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้ถามต่อข้อ C1a:</u>			
C1a	ในอุบัติเหตุครั้งนั้น คุณตั้งใจหรือวางแผนที่จะให้ตัวเองบาดเจ็บ ไม่ว่าด้วยตัวคุณเอง หรือยอมให้ผู้อื่นกระทำ หรือไม่?	ไม่ใช่ ใช่	0
<u>ข้อ C1a: ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ให้ข้ามไปข้อ C2: ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้ถามต่อข้อ C1b:</u>			
C1b	ในอุบัติเหตุครั้งนั้น คุณตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต หรือไม่?	ไม่ใช่ ใช่	0
C2	คุณคิดว่าถ้าตายไปเสียคงจะดีกว่าหรือ อยากให้ตัวเองตายไป หรือไม่?	ไม่ใช่ ใช่	1
C3	คุณอยากทำร้ายตัวเองหรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ หรือไม่?	ไม่ใช่ ใช่	2
C4	คุณคิดฆ่าตัวตาย หรือไม่?	ไม่ใช่ ใช่	6
<u>ถ้าข้อ C4 ตอบว่า "ใช่" ให้ถามถึงความรุนแรงและความถี่ของความคิดฆ่าตัวตาย (ตามการรับรู้ของผู้ป่วย)</u>			
ความถี่		ความรุนแรง	

บางครั้ง	☐	เล็กน้อย	☐
บ่อย	☐	ปานกลาง	☐
บ่อยมาก	☐	รุนแรง	☐



ขณะสัมภาษณ์นี้ คุณสามารถ
ควบคุมตัวเองหรือบอกได้ว่า คุณจะ
ไม่กระทำการฆ่าตัวตาย หรือไม่?
ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ให้ 8 คะแนน

C5	คุณได้วางแผนฆ่าตัวตาย หรือไม่?	ไม่ใช่ ใช่	8
C6	คุณได้เตรียมการเพื่อจะทำร้ายตนเองหรือเพื่อจะฆ่าตัวตาย โดยคุณคาดหวังหรือตั้งใจให้เสียชีวิต หรือไม่?	ไม่ใช่ ใช่	9
C7	คุณได้ทำร้ายตนเอง แต่ไม่ต้องการจะฆ่าตัวตาย หรือไม่?	ไม่ใช่ ใช่	4
C8	คุณเคยพยายามฆ่าตัวตาย หรือไม่?	ไม่ใช่ ใช่	10
ในขณะพยายามฆ่าตัวตายครั้งนั้น คุณหวังว่าจะมีคนมาช่วย หรือจะรอดตาย หรือไม่?		☐	
คุณคาดหวังหรือตั้งใจให้เสียชีวิต หรือไม่?		☐	
<u>ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้ทำเครื่องหมาย "✓" : ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ให้ทำเครื่องหมาย "0"</u>			

ตลอดชีวิตที่ผ่านมา :

C9	คุณเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน หรือไม่?	ไม่ใช่ ใช่	4
<u>ข้อ C1a-C9 ตอบว่า "ใช่" อย่างน้อย 1 ข้อ ใช่หรือไม่?</u>			
<u>ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้รวมคะแนนข้อที่ตอบว่า "ใช่" ตั้งแต่ข้อ C1-C9</u>			
<u>และระดับความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย ตามคะแนนในกรอบการวินิจฉัย:</u>			
<u>เขียนให้ความเห็นเพิ่มเติมในช่องว่างด้านล่างนี้</u>			
<u>จากผลการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในขณะนี้หรือในอนาคตนับจากนี้</u>			
.....			
.....			

ไม่ใช่	ใช่
SUICIDE RISK CURRENT	
1-8 คะแนน	น้อย ☐
9-16 คะแนน	ปานกลาง ☐
≥17 คะแนน	มาก ☐

D. (HYPO) MANIC EPISODE

(→ หมายถึง: ให้ไปที่กรอบการวินิจฉัย วงกลมล้อมรอบคำว่า “ไม่ใช่” ในทุกกรอบ แล้วไปที่คำถามเพิ่มเติม แล้วข้ามไปทำชุดต่อไป)

D1	a	ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณเคยมีช่วงเวลาที่คุณรู้สึกดีหรือเครียดมาก หรือมีเรี่ยวแรงอย่างมาก ไม่ใช่ ใช่ หรือทำอะไรไม่หยุด จนก่อให้เกิดปัญหากับตัวเอง, หรือคนรอบข้างคิดว่าคุณเปลี่ยนไป ไม่เหมือนเดิม หรือไม่? (ไม่นับรวมเฉพาะเวลาที่คุณเมาสุราหรือยาเสพติด) <u>ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจคำว่า “รู้สึกดีหรือเครียดมาก” หมายความว่าอะไร, ให้อธิบายดังต่อไปนี้</u> คำว่า “รู้สึกดีหรือเครียดมาก” หมายถึง: การมีอารมณ์สนุกสนานครั้งแรง; การมีกำลังวังชาเพิ่มขึ้น; ความต้องการนอนลดลง; ความคิดแล่นเร็ว; มีความคิดมากมาย; ทำสิ่งต่างๆ เพิ่มขึ้น, แรงใจเพิ่มขึ้น, ความคิดสร้างสรรค์เพิ่มขึ้น, หรือพฤติกรรมรุนแรงหันหลังกลับมากขึ้น ไม่รู้จักหักห้ามใจ <u>ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่”, ให้วงคำตอบว่า “ไม่ใช่” ในข้อ D1b; ถ้าตอบว่า “ใช่” ให้ถามต่อ:</u>		
	b	ในช่วงนี้คุณรู้สึกดีหรือเครียดมาก หรือมีเรี่ยวแรงอย่างมาก หรือไม่? ไม่ใช่ ใช่		
D2	a	ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณเคยรู้สึกหงุดหงิดง่ายมากติดต่อกัน, เป็นเวลาหลายวัน, จนเป็นเหตุให้เกิดการโต้เถียง ทะเลาะวิวาท, หรือตวาดใส่คนอื่น ทั้งที่ไม่ใช่คนในครอบครัวของคุณ หรือไม่? มีคนบอกคุณ หรือคุณรู้สึกว่าตัวเองหงุดหงิดง่ายขึ้น หรือแสดงอาการตอบโต้เกินเหตุ, เมื่อเทียบกับคนอื่น, ในสถานการณ์ที่คุณเองก็คิดว่าเหมาะสมแล้ว หรือไม่? <u>ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่”, ให้วงคำตอบว่า “ไม่ใช่” ในข้อ D2b; ถ้าตอบว่า “ใช่” ให้ถามต่อ:</u>	ไม่ใช่	ใช่
	b	ในช่วงนี้คุณรู้สึก หงุดหงิดอยู่ตลอด หรือไม่? ไม่ใช่ ใช่		
		→		
		ข้อ D1a หรือ D2a ตอบว่า “ใช่” ใช่หรือไม่? ไม่ใช่ ใช่		

D3 ถ้าข้อ D1b หรือ D2b ตอบว่า “ใช่”: ให้ถามต่อถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วงนี้และอาการที่เกิดขึ้นซ้ำในอดีต

ถ้าข้อ D1b และ D2b ตอบว่า “ไม่ใช่”: ให้ถามต่อถึงอาการที่เกิดขึ้นอย่างเด่นชัดในอดีตเท่านั้น

ในช่วงเวลาที่คุณเครียดมาก/มีเรี่ยวแรงอย่างมาก/หงุดหงิดง่ายนั้น คุณมีอาการต่อไปนี้หรือไม่:

		Current episode		Past episode	
a	คุณรู้สึกว่า你能สามารถทำในสิ่งที่คนอื่นทำไม่ได้, หรือเป็นบุคคลสำคัญอย่างยิ่ง หรือไม่ ? <u>ถ้าตอบว่า “ใช่” ให้ลองยกตัวอย่าง</u> <u>ตัวอย่างที่เล่ามานั้น เข้าได้กับความคิดหลังคิด หรือไม่? ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่</u>	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่
b	คุณต้องการเวลานอนน้อยลง (เช่น ทั้งที่นอนไม่กี่ชั่วโมงก็รู้สึกง่วง) ได้พักผ่อนเพียงพอแล้ว) หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่
c	คุณพูดมากกว่าปกติโดยไม่หยุด, หรือพูดเร็วจนคนอื่นฟังไม่ทัน หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่
d	คุณมีความคิดแล่นเร็ว หรือไม่ ?	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่
e	คุณกลายเป็นคนที่วอกแวกง่าย แม้กระทั่งเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ก็สามารถ เบี่ยงเบนความสนใจของคุณได้ หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่
f	คุณเปลี่ยนเป็นคนว่องไว หรืออยู่ไม่นิ่งจนคนอื่นฯ เป็นห่วงคุณ หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่
g	คุณชอบเข้าร่วมกิจกรรมที่สนุกสนานเพลิดเพลินจนไม่สนใจความเสี่ยง หรือผลเสียที่จะเกิดขึ้น (เช่น ใช้จ่ายอย่างฟุ่มเฟือย, ขับรถประมาท, หรือ เปลี่ยนคู่นอนหลายคน) หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่

Version 1 /190455

	Current episode	Past episode
สรุปข้อ D3 :	→ ไม่ใช่ ใช่	→ ไม่ใช่ ใช่
หากข้อ D1a ตอบว่า "ไม่ใช่" (กรณีประเมินในอดีต)		
และ ข้อ D1b ตอบว่า "ไม่ใช่" (กรณีประเมินในช่วงนี้)		
ข้อ D3 ตอบว่า "ใช่" อย่างน้อย 4 ข้อ ใช่หรือไม่?		
(มีเฉพาะอาการหงุดหงิดง่ายเพียงอย่างเดียว คือ เฉพาะ D2a ตอบว่า "ใช่"(กรณีประเมินในอดีต)		
หรือมี D2b ตอบว่า "ใช่" (กรณีประเมินในช่วงนี้)		
หรือหากไม่ใช่กรณีดังกล่าว ข้อ D3 ตอบว่า "ใช่" อย่างน้อย 3 ข้อ ใช่หรือไม่?		
หลักการ : ถ้ามีอาการคึกคักหรือกระฉับกระเฉงมากจะต้องมีอาการจากข้อ D3 ประกอบอีก 3 ข้อ		
แต่หากมีเฉพาะอาการหงุดหงิดง่าย จะต้องมีอาการจากข้อ D3 ประกอบอีก 4 ข้อ		
ตรวจสอบดูว่าอาการดังกล่าวเกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน		
D4 อาการเหล่านี้คงอยู่นานอย่างน้อย 1 สัปดาห์ และ เป็นเหตุให้เกิดปัญหา	ไม่ใช่ ใช่	ไม่ใช่ ใช่
ที่บ้าน, ที่ทำงาน, ที่โรงเรียน หรือ ปัญหาการใช้ชีวิตในสังคม, หรือ	↓ ↓	↓ ↓
ทำให้คุณต้องนอนโรงพยาบาลเพราะปัญหาเหล่านี้หรือไม่ ?	☐ ☐	☐ ☐
การป่วยคราวนี้เป็น :	HYPOMANIC EPISODE MANIC EPISODE	HYPOMANIC EPISODE MANIC EPISODE
ข้อ D4 ตอบว่า "ไม่ใช่" ใช่หรือไม่?	ไม่ใช่ ใช่ HYPOMANIC CURRENT EPISODE	ไม่ใช่ ใช่ HYPOMANIC PAST EPISODE
ข้อ D4 ตอบว่า "ใช่" ใช่หรือไม่?	ไม่ใช่ ใช่ MANIC CURRENT EPISODE	ไม่ใช่ ใช่ MANIC PAST EPISODE
คำถามเพิ่มเติม	ใช่	ไม่ใช่
■ ขณะนี้คุณรับประทานยา หรือ ได้รับการรักษาโรคอารมณ์สองขั้ว	☐	☐
หรืออารมณ์แปรปรวนหรือไม่?		
■ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คุณเคยรับประทานยา หรือ ได้รับการรักษาโรคอารมณ์สองขั้ว	☐	☐
หรืออารมณ์แปรปรวนมาก่อนหรือไม่?		

แบบสำรวจระดับวิทยาของโครงการบริการสุขภาพจิตเวช (สำหรับกลุ่มอายุ 15-59 ปี)

Version 1 /190455

J. ALCOHOL ABUSE AND DEPENDENCE

(→ หมายถึง: ให้ไปที่กรอบการวินิจฉัย. วงกลมล้อมรอบคำว่า "ไม่ใช่" ในทุกกรอบ. แล้วไปที่คำถามเพิ่มเติม. แล้วข้ามไปทำชุดต่อไป)

J1	ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา, คุณเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (เช่น เบียร์ เหล้า เหล้าขาว วิสกี้ สาโท กระแช่ สเปย์ ไวน์) หรือไม่? คุณเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ระบุชนิดที่ดื่ม) มากกว่า 3 ดื่มมาตรฐาน (เช่น เบียร์มากกว่า 3 กระป๋อง/1.5 ขวด; เหล้ามากกว่า 2 เป๊ก หรือ ¼ แบน; ไวน์มากกว่า 3 แก้ว), ภายใน 3 ชั่วโมง, อย่างน้อย 3 ครั้งขึ้นไป หรือไม่	→	ไม่ใช่	ใช่
J2	ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา:			
a	คุณต้องดื่มปริมาณมากขึ้นกว่าครั้งเมื่อดื่มใหม่ๆ เพื่อที่จะให้เมาเท่าเดิม หรือไม่?		ไม่ใช่	ใช่
b	เมื่อคุณลดการดื่มลงทันที คุณมีอาการมือสั่น, เหงื่อออกมาก หรือรู้สึกกระวนกระวาย หรือไม่? คุณต้องนอน หรือ ดื่มเพื่อไม่ให้เกิดอาการ ตัวสั่น, เหงื่อออก หรือกระวนกระวาย หรือ อาการเมาค้าง หรือไม่?		ไม่ใช่	ใช่
	ถ้าตอบว่า "ใช่" ในข้อใดข้อหนึ่ง ให้ตอบว่า "ใช่"			
c	เมื่อคุณได้ดื่มแล้ว คุณดื่มมากกว่าที่คุณตั้งใจไว้ในตอนแรก หรือดื่มติดลม หรือไม่?		ไม่ใช่	ใช่
d	คุณได้พยายามลดหรือหยุดดื่ม แต่ทำไม่สำเร็จ หรือไม่?		ไม่ใช่	ใช่
e	ในวันที่คุณดื่ม, คุณใช้เวลาส่วนใหญ่ ไปกับการเสาะหา, การดื่ม, หรือเพื่อให้สร้างเมา หรือไม่?		ไม่ใช่	ใช่
f	จากการดื่มของคุณ ทำให้คุณใช้เวลาทำงาน, พักผ่อนหย่อนใจ, หรืออยู่ร่วมกับผู้อื่นน้อยลง หรือไม่?		ไม่ใช่	ใช่
g	คุณไม่หยุดดื่ม แม้จะรู้ว่าการดื่มทำให้เกิดปัญหาสุขภาพร่างกายหรือจิตใจของคุณ หรือไม่?		ไม่ใช่	ใช่
	ข้อ J2 ตอบว่า "ใช่" อย่างน้อย 3 ข้อ ใช่หรือไม่?			
	* ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้ข้ามคำถามข้อ J3. แล้วตอบว่า "ไม่ได้ประเมิน" ในกล่องวินิจฉัย ALCOHOL ABUSE หลังจากนั้นข้ามไปทำคำถามเพิ่มเติม แล้วไปทำชุด K			
J3	ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา:			
a	คุณเคยเมา, ครั่นคร้ามมาก, หรือเมาค้าง ในขณะที่คุณต้องเรียน, ทำงาน หรือรับผิดชอบครอบครัวหรือไม่? เหตุการณ์ดังกล่าวเคยก่อให้เกิดปัญหาหรือไม่? (ให้ตอบว่า "ใช่" ถ้าเคยเกิดปัญหา)		ไม่ใช่	ใช่
b	คุณเคยเมา ในขณะที่คุณอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย มากกว่า 1 ครั้ง เช่น ขณะขับขี่ยานพาหนะ (รถ, จักรยานยนต์, เรือ) หรือใช้เครื่องจักร ฯลฯ หรือไม่?		ไม่ใช่	ใช่
c	จากการดื่มของคุณ ทำให้คุณมีปัญหาด้านกฎหมาย เช่น ถูกจับ หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (ทะเลาะวิวาท, อาละวาดทำลายข้าวของ, ก่ออาชญากรรม) มากกว่า 1 ครั้ง หรือไม่?		ไม่ใช่	ใช่
d	คุณยังคงดื่ม ทั้งๆ ที่การดื่มของคุณทำให้เกิดปัญหากับคนในครอบครัวหรือกับคนอื่น หรือไม่?		ไม่ใช่	ใช่
	ข้อ J3 ตอบว่า "ใช่" อย่างน้อย 1 ข้อ ใช่หรือไม่?			

ไม่ใช่ ใช่*

ALCOHOL DEPENDENCE

CURRENT

ไม่ใช่ ไม่ได้ประเมิน ใช่

ALCOHOL ABUSE CURRENT

Version 1 /190455

- | คำถามเพิ่มเติม | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ▪ ขณะนี้คุณรับประทานยา หรือ ได้รับการรักษาปัญหาจิตเวชจากการใช้สุราหรือไม่? | ☐ | ☐ |
| ▪ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คุณเคยรับประทานยา หรือ ได้รับการรักษาปัญหาจิตเวชจากการใช้สุรามาก่อนหรือไม่? | ☐ | ☐ |

รายชื่อยาหรือสารเสพติด

แอมเฟตามีน	ยาบ้า	ยาบ้า	ยาขยัน	โคเคน
เฮโรอีน	ยาขาว	มอร์ฟิน	ฝิ่น	ยาดำ
เมธาโดน	โคเดอีน	ยาแก้ไอ	LSD	PCP
เอกซ์ตาซี	ยาอี	ยาเลิฟ	ยาเค	กาว
ทินเนอร์	เบนซิน	กัญชา	ใบกระท่อม	เหล้าแห้ง
แวลีเยม	แซนแนค	ดิสอง	ดีห้า	ดอร์มิกูม
โรฮิบนอล	ยานอนหลับ	4X100	ยาไอซ์	น้ำแข็ง

K. NON-ALCOHOL PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE DISORDERS

(➔ หมายถึง: ให้ไปที่กรอบการวินิจฉัย. วงกลมล้อมรอบคำว่า "ไม่ใช่" ในทุกกรอบ. แล้วไปที่คำถามเพิ่มเติม. แล้วข้ามไปทำชุดต่อไป)

K1	a	คุณกรณอ่าน (พี่) ดูรายชื่อยาและสารเสพติดเหล่านี้ นะคะ/ครับ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา, คุณเคยใช้ (ระบุสารเสพติด) เหล่านี้ มากกว่า 1 ครั้ง, เพื่อให้อารมณ์สนุกสนานอย่างมาก, สบายใจขึ้น, อารมณ์ดีขึ้น คลายกังวล, หรือเพื่อให้ทำงานได้มากขึ้น หรือไม่ ?	➔	ไม่ใช่	ใช่
----	---	---	---	--------	-----

วงกลมล้อมรอบสารเสพติดชนิดที่เคยใช้:

สารกระตุ้นประสาท: แอมเฟตามีน, ยาลดความอ้วน, ยาม้า, ยาบ้า, ยาขยัน, Ritalin, "speed", crystal meth, "rush", Dexedrine
โคเคน : snorting, IV, freebase, crack, "speedball"

Narcotics: เฮโรอีน, ยาขาว, มอร์ฟีน, ฝิ่น, ยาตา, เมธาโดน, โคเดอีน, Dilaudid, Demerol, Percodan, Darvon

สารหลอนประสาท: LSD("acid"), mescaline, Peyote, PCP("Angle Dust", "peace pill"), psilocybin, STP, "mushrooms",
เอ็กซ์ตาซี(ยาอี/ยาเลิฟ), ยาเค, MDA หรือ MDMA

สารระเหย: กาว, ทินเนอร์, ethyl chloride, nitrous oxide("laughing gas"), amyl or buthyl nitrate("poppers"), เบนซิน
กัญชา: hashish("hash"), THC, "pot", "grass", "weed", "reefer"

ยากล่อมประสาท: Valium, Xanax, Librium, Ativan, Halcion, barbiturate, quaalude, Seconal, ("reds"), Millown

อื่น ๆ : โบเกาะท่อม, เหล้าแห้ง, steroids, ยานอนหลับหรือยาลดความอ้วนที่ไม่มีใบสั่งของแพทย์, หรือยาอื่น ๆ

ระบุสารเสพติดที่ใช้บ่อยที่สุด:

เลือก 1 ข้อ

ใช้สารเสพติดเพียงชนิดเดียว / กลุ่มเดียว เท่านั้น

☐

เลือกสามาชนเฉพาะสารเสพติดที่ใช้บ่อยที่สุดเท่านั้น

☐

สามาชนสารเสพติดที่ใช้หลายชนิด แยกสามาชนแต่ละชนิด (จำแนกข้อ K2 และ K3 เพิ่ม)

☐

K1 b ถ้ามีการใช้สารเสพติดหลายตัวร่วมกันหรือใช้ต่อเนื่องกันหลายชนิดให้ระบุว่าชนิด/กลุ่มของสารเสพติด
ที่จะสามาชนต่อไป:

K2 เกี่ยวกับการใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) ของคุณในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา:

a เพื่อที่จะให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิม คุณต้องใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด)
ปริมาณมากขึ้นกว่าครั้งเมื่อใช้ใหม่ ๆ หรือไม่ ?

ไม่ใช่

ใช่

b เมื่อคุณลดหรือหยุดการใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) คุณมีอาการขาดยา
(เช่น ปวด, สั่น, ไข้, อ่อนเพลีย, ท้องเสีย, คลื่นไส้, เหงื่อออกมาก, ใจเต้นแรง, นอนหลับยาก,
หรือรู้สึกกระวนกระวาย, วิตกกังวล, หงุดหงิดหรือซึมเศร้า) หรือไม่ ?

ไม่ใช่

ใช่

คุณได้ใช้ยา (หรือสารเสพติด) อื่น ๆ เพื่อให้ตัวเองหายจากอาการขาดยา หรือเพื่อให้อารมณ์ดีขึ้น หรือไม่ ?

ถ้าตอบว่า "ใช่" เพียงข้อใดข้อหนึ่ง ให้ตอบว่า "ใช่"

c เมื่อคุณได้ใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) แล้ว ปอยครั้งที่คุณใช้มากกว่าที่คุณตั้งใจไว้
ในตอนแรก หรือไม่ ?

ไม่ใช่

ใช่

d คุณได้พยายามที่จะลดหรือหยุดใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) แต่ทำไม่สำเร็จ หรือไม่ ?

ไม่ใช่

ใช่

e ในวันที่คุณใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) นั้น, คุณใช้เวลา (> 2 ชม.)

ไม่ใช่

ใช่

ในการหา (ระบุสารเสพติด), ในการเสพ (ระบุสารเสพติด), หรือพ้นจากฤทธิ์ของ (ระบุสารเสพติด),
หรือคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับ(ระบุสารเสพติด) นั้น หรือไม่ ?

Version 1 /190455

f จากการใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) ของคุณ ทำให้คุณใช้เวลาทำงาน, ไม่ใช่ ใช่
พักผ่อนน้อยลง, หรืออยู่ร่วมกับผู้อื่นน้อยลง หรือไม่?

g คุณไม่หยุดใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) แม้จะรู้ว่าการใช้สารเสพติด (ระบุ) นั้น ไม่ใช่ ใช่
ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพร่างกายหรือจิตใจของคุณ หรือไม่?

ข้อ K2 ตอบว่า "ใช่" อย่างน้อย 3 ข้อ ใช่หรือไม่?

ระบุชื่อสารเสพติด: _____

ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้ข้ามคำถามข้อ K3.

แล้วตอบว่า "ไม่ได้ประเมิน" ในกล่องวินิจฉัย SUBSTANCE ABUSE

หลังจากนั้น, ข้ามไปทำชุดต่อไป

เกี่ยวกับการใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) ของคุณ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา:

K3 a คุณเคยเมา, ครั่นเครงมาก, หรือเมาค้างจากการใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) ไม่ใช่ ใช่
ในขณะที่คุณต้องเรียน, ทำงาน, หรือรับผิดชอบครอบครัวหรือไม่?
เหตุการณ์ดังกล่าวเคยก่อให้เกิดปัญหาหรือไม่?

(ให้ตอบว่า "ใช่" ถ้าเคยเกิดปัญหา)

b คุณเคยเมาหรือครั่นเครงมากจากการใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) ในขณะที่ ไม่ใช่ ใช่
คุณอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บทางร่างกายมากกว่า 1 ครั้ง
เช่น ขณะขับขี่ยานพาหนะ (รถ, จักรยานยนต์, เรือ) หรือใช้เครื่องจักร ฯลฯ หรือไม่?

c จากการใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) ของคุณ ทำให้คุณมีปัญหาด้านกฎหมาย ไม่ใช่ ใช่
เช่น ถูกจับหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม(ทะเลาะวิวาท, อาละวาดทำลายข้าวของ, ก่ออาชญากรรม)
มากกว่า 1 ครั้ง หรือไม่?

d คุณยังคงใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) ทั้ง ๆ ที่การใช้สารเสพติด (ระบุ) ของคุณ ไม่ใช่ ใช่
ทำให้เกิดปัญหากับคนในครอบครัวหรือผู้อื่น หรือไม่?

ข้อ K3 ตอบว่า "ใช่" อย่างน้อย 1 ข้อ ใช่หรือไม่?

ระบุชื่อสารเสพติด: _____

คำถามเพิ่มเติม

■ ขณะนี้คุณรับประทานยา หรือ รับการรักษาปัญหาทางจิตเวชจาก
การใช้สารเสพติดหรือไม่?

■ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คุณเคยรับประทานยา หรือ รับการรักษาปัญหาทางจิตเวช
จากการใช้สารเสพติดมาก่อนหรือไม่?

ไม่ใช่ ไม่ได้ประเมิน ใช่
SUBSTANCE ABUSE
CURRENT

ใช่ ไม่ใช่

☐

☐

☐

☐

L. PSYCHOTIC DISORDER

ถ้าข้อใดตอบว่า "ใช่" ให้ยกตัวอย่างประกอบ ลงคำตอบว่า "ใช่" เฉพาะกรณีที่ได้ตัวอย่างนั้นแสดงให้เห็นชัดเจนว่ามีความผิดปกติของความคิด หรือการรับรู้ หรือ
สิ่งนั้นไม่เข้ากับความเชื่อตามวัฒนธรรม ก่อนสรุปคำตอบ ให้ตรวจสอบว่าการหลังคิดนั้น มีลักษณะ "ประหลาด" หรือไม่

อาการหลังจะจัดว่า "ประหลาด" ก็ต่อเมื่อ เห็นได้อย่างชัดเจนว่าไม่มีทางเป็นไปได้, ไร้สาระ, ไม่สามารถเข้าใจได้ และไม่สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตจริงของคน
ทั่วไป

ประสาทหลอนจะจัดว่า "ประหลาด" ก็ต่อเมื่อ เป็นเสียงวิพากษ์วิจารณ์ความคิดหรือพฤติกรรมของคนๆ นั้น, หรือเป็นเสียงสนทนาของคนอย่างน้อยสองคน

ต่อไปนี้จะสอบถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ไม่ธรรมดา ที่อาจพบได้ในบางคน					ประหลาด	
L1	a	คุณเคยคิดหรือเชื่อว่า มีใครบางคนสะกดรอยตามคุณ, หรือมีใครบางคน วางแผนมุ่งร้ายกับคุณ, หรือพยายามทำร้ายคุณ หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่	ใช่	
		<u>หมายเหตุ:</u> ให้ยกตัวอย่างเพื่อให้แน่ใจว่าไม่ใช่การตามล่าจริงๆ				
	b	ถ้าตอบว่า "ใช่" หรือ "ใช่ประหลาด": ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณยังคิดหรือเชื่ออยู่ หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่	ใช่	→ L6
L2	a	คุณเคยคิดหรือเชื่อว่า มีใครบางคนอ่านใจของคุณได้ หรือได้ยินเสียงความคิดของคุณ, หรือคุณสามารถอ่านใจคนอื่น หรือได้ยินเสียงความคิดของคนอื่น หรือไม่ ?	ไม่ใช่	ใช่	ใช่	
	b	ถ้าตอบว่า "ใช่" หรือ "ใช่ประหลาด": ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณยังคิดหรือเชื่ออยู่ หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่	ใช่	→ L6
L3	a	คุณเคยคิดหรือเชื่อว่า มีใครบางคนหรือมีพลังจากภายนอกได้ควบคุมสอดแทรก เข้ามาในหัวคุณ, หรือ ทำให้คุณทำอะไรบางอย่างที่ไม่ใช่ตัวของคุณเอง หรือไม่? คุณเคยรู้สึกเหมือนมีอะไรมาเข้าสิง หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่	ใช่	
	b	<u>ผู้สัมภาษณ์:</u> ให้ยกตัวอย่าง และตัดสินว่าไม่ใช่อาการโรคจิตหรือไม่! ถ้าตอบว่า "ใช่" หรือ "ใช่ประหลาด": ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณยังคิดหรือเชื่ออยู่ หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่	ใช่	→ L6
L4	a	คุณเคยคิดหรือเชื่อว่า มีข้อความที่สื่อความหมายเฉพาะมาถึงตัวคุณ โดยผ่านทาง โทรทัศน์, วิทยุ, หนังสือพิมพ์ หรือมีคนๆ หนึ่งที่คุณไม่เคยรู้จักเป็นส่วนตัว มาสนใจคุณเป็นพิเศษ หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่	ใช่	
	b	ถ้าตอบว่า "ใช่" หรือ "ใช่ประหลาด": ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณยังคิดหรือเชื่ออยู่ หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่	ใช่	→ L6
L5	a	ญาติหรือเพื่อนของคุณเคยทักว่า ความคิดของคุณแปลกประหลาดไม่ธรรมดา หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่	ใช่	
		<u>ผู้สัมภาษณ์:</u> ให้ยกตัวอย่างประกอบ ลงคำตอบว่า "ใช่" ถ้าตัวอย่างที่ยกมาเป็นความคิดหลังคิดอย่างชัดเจน ซึ่งไม่ได้ตอบไว้ในข้อ L1 ถึง L4 เช่น อาการหลอนด้านร่างกายหรือศาสนา หรืออาการหลอนว่าตนเองยิ่งใหญ่, อาการหลอนว่าคู่ครองไม่ซื่อสัตย์, อาการหลอนว่าตนเองทำผิดอย่างมาก, อาการหลอนว่า สัมผัสอย่างถึง หรือไม่มีอะไรเหลือเลย หรืออื่น ๆ				
	b	ถ้าตอบว่า "ใช่" หรือ "ใช่ประหลาด": ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ญาติหรือเพื่อนของคุณ ยังทักว่าคุณคิดหรือเชื่อเรื่องแปลกประหลาดอยู่ หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่	ใช่	

Version 1 /190455

			ประหลาด	
L6	a	คุณเคยได้ยินเสียงในขณะที่คนอื่นไม่ได้ยิน, เช่น เสียงคนพูดโดยไม่เห็นตัว หรือไม่? <u>ถ้าตอบว่า "ใช่"</u> : คุณได้ยินเสียงวิพากษ์วิจารณ์ความคิดหรือพฤติกรรมของคุณหรือไม่ หรือคุณได้ยินเสียงคนคุยกันเองตั้งแต่สองคนขึ้นไป หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่
	b	<u>ถ้าตอบว่า "ใช่" หรือ "ใช้ประหลาด" จาก ข้อ L6a: ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา</u> คุณยังได้ยินเสียงเหล่านั้นอยู่ หรือไม่? <u>อาการประสาทหลอนเป็นแบบ "ประหลาด" ถ้าผู้ป่วยตอบว่า "ใช่" ในคำถามต่อไปนี้:</u> คุณได้ยินเสียงวิพากษ์วิจารณ์ความคิดหรือพฤติกรรมของคุณ หรือคุณได้ยินเสียงคนคุยกันเองตั้งแต่สองคนขึ้นไป หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่
			➔ L8b	
L7	a	คุณเคยเห็นภาพหลอนตอนคุณกำลังตื่นอยู่ หรือเห็นในสิ่งที่คนอื่นไม่สามารถเห็นได้ หรือไม่? <u>ผู้สัมภาษณ์: ตรวจสอบว่าภาพนั้นไม่เข้ากับความเชื่อตามวัฒนธรรม</u>	ไม่ใช่	ใช่
	b	<u>ถ้าตอบว่า "ใช่" ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา</u> คุณยังเห็นภาพเหล่านั้นอยู่ หรือไม่? การตัดสินใจของผู้สัมภาษณ์ทางคลินิก:	ไม่ใช่	ใช่
L8	b	<u>ผู้ป่วยมีการแสดงออกของ INCOHERENCE, DISORGANIZED SPEECH หรือ MARKED LOOSENING OF ASSOCIATION ในขณะนี้หรือไม่ ?</u>	ไม่ใช่	ใช่
L9	b	<u>ผู้ป่วยมีการแสดงออกของ DISORGANIZED หรือ CATATONIC BEHAVIOR ในขณะนี้หรือไม่ ?</u>	ไม่ใช่	ใช่
L10	b	<u>ผู้ป่วยมีอาการ NEGATIVE SYMPTOMS ของ SCHIZOPHRENIA เช่น อารมณ์เฉยเมยอย่างชัดเจน (AFFECTIVE FLATTENING) , แทะจะไม่พูด (ALOGIA) หรือไม่สามารถเริ่มทำหรือทำกิจกรรมที่มีเป้าหมายอย่างต่อเนื่องได้ (AVOLITION) , อาการดังกล่าวเห็นได้ชัดเจนสม่ำเสมอหรือไม่ ?</u>	ไม่ใช่	ใช่
L11	a	<u>ข้อ L1a ถึง L7a ข้อ <<a>> อย่างน้อย 1 ข้อ ตอบว่า "ใช่" หรือ "ใช้ ประหลาด" ใช่หรือไม่ ? และเป็นอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้</u> MAJOR DEPRESSIVE EPISODE, (CURRENT OR RECURRENT) หรือ MANIC OR HYPOMANIC EPISODE, (CURRENT OR PAST) <u>ตอบว่า "ใช่" ใช่หรือไม่? ไม่ใช่</u>	ไม่ใช่	ใช่
			➔ L13	
<u>ถ้า ข้อ L11a ตอบว่า "ไม่ใช่", ให้วงกลมล้อมรอบคำว่า "ไม่ใช่" ในกล่องวินิจฉัยโรค MOOD DISORDER WITH PSYCHOTIC FEATURES ทั้งสองกล่อง แล้วข้ามไปทำข้อ L13</u>				

Version 1 /190455

L11	b	ก่อนหน้านี้คุณได้เล่าให้ฟังว่าคุณเคยมีช่วงเวลาที่คุณมีอาการ (ซึมเศร้า/เครียด/) อย่างมาก/หงุดหงิดอยู่ตลอดเวลา) ความคิด ความเชื่อหรือประสบการณ์ที่คุณเพิ่งเล่า มานั้น (อาการที่ตอบว่า "ใช่" จาก ข้อ L1a ถึง L7a) เกิดขึ้นเฉพาะในช่วงที่คุณมีอาการ (ซึมเศร้า/เครียด/หงุดหงิด) หรือไม่ ? <u>ถ้าผู้ป่วยเคยมีช่วงที่มีอาการดังกล่าว (PSYCHOTIC SYMPTOMS) ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปโดยที่ไม่มีอาการ (ซึมเศร้า/เครียด/อย่างมาก/ หงุดหงิดอยู่ตลอดเวลา) ให้ตอบว่า "ไม่ใช่" สำหรับการวินิจฉัยโรคนี้</u> <u>ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" สำหรับการวินิจฉัยโรคนี้ ให้วงกลมล้อมรอบคำว่า "ไม่ใช่"</u> <u>ในข้อ L12 แล้วข้ามไป ข้อ L13</u>	ไม่ใช่ ใช่ MOOD DISORDER WITH PSYCHOTIC FEATURES LIFETIME
L12	a	<u>ข้อ L1b ถึง L7b ข้อ <> อย่างน้อย 1 ข้อ ตอบว่า "ใช่" หรือ "ใช่ประหลาด" ใช่หรือไม่? และเป็นอย่างไรอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้</u> MAJOR DEPRESSIVE EPISODE, (CURRENT) หรือ MANIC OR HYPOMANIC EPISODE, (CURRENT) ตอบว่า "ใช่" ใช่หรือไม่? <u>ถ้าตอบว่า "ใช่" สำหรับการวินิจฉัยโรคนี้ (LIFETIME OR CURRENT) ให้วงกลมล้อมรอบคำว่า "ไม่ใช่" ในข้อ L13 และ L14 แล้วข้ามไปทำชุดถัดไป</u>	ไม่ใช่ ใช่ MOOD DISORDER WITH PSYCHOTIC FEATURES CURRENT
L13		<u>ข้อ L1b ถึง L6b ข้อ <> อย่างน้อย 1 ข้อ ตอบว่า "ใช่ ประหลาด" ใช่หรือไม่?</u> หรือ <u>ข้อ L1b ถึง L10b ข้อ <> อย่างน้อย 2 ข้อ ตอบว่า "ใช่"</u> <u>(แต่ไม่ใช่ "ใช่ประหลาด") ใช่หรือไม่?</u> <u>และอาการโรคจิตอย่างน้อย 2 อาการนั้นเกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน ใช่หรือไม่?</u>	ไม่ใช่ ใช่ PSYCHOTIC DISORDER CURRENT
L14		<u>ข้อ L13 ตอบว่า "ใช่" ใช่หรือไม่</u> หรือ <u>ข้อ L1a ถึง L6a ข้อ <<a>> อย่างน้อย 1 ข้อ ตอบว่า "ใช่ ประหลาด" ใช่หรือไม่?</u> หรือ <u>ข้อ L1a ถึง L7a ข้อ <<a>> อย่างน้อย 2 ข้อ ตอบว่า "ใช่"</u> <u>(แต่ไม่ใช่ "ใช่ ประหลาด") ใช่หรือไม่?</u> <u>และอาการโรคจิตอย่างน้อย 2 อาการนั้นเกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน ใช่หรือไม่?</u> <u>คำถามเพิ่มเติม</u> ใช่ ไม่ใช่ - ขณะนี้คุณรับประทานยา หรือ รับการรักษาโรคจิตหรือไม่? - ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คุณเคยรับประทานยา หรือ รับการรักษาโรคจิตมาก่อนหรือไม่?	ไม่ใช่ ใช่ PSYCHOTIC DISORDER LIFETIME ใช่ ไม่ใช่ ☐ ☐

Version 1 /190455

กรุณาสรุปรวินิจฉัยโรคจิตเวชลงในช่องว่างทุกช่อง		0-ไม่ใช้	1-ใช้
MODULES		TIME FRAME	
A	MAJOR DEPRESSIVE EPISODE	Current (2 weeks)	☐
		Recurrent	☐
B	DYSTHYMIA	Current (Past 2 years)	☐
C	SUICIDALITY	Current (Past Month)	☐
		Total score	☐ ☐
Risk: ☐ Low		☐ Medium	☐ High
D	HYPOMANIC EPISODE	Current	☐
		Past	☐
	MANIC EPISODE	Current	☐
		Past	☐
J	ALCOHOL DEPENDENCE	Past 12 Months	☐
	ALCOHOL ABUSE	Past 12 Months	☐
K	SUBSTANCE DEPENDENCE (Non-alcohol)	Past 12 Months	☐
ระบุชื่อสารเสพติด.....			
	SUBSTANCE ABUSE (Non-alcohol)	Past 12 Months	☐
ระบุชื่อสารเสพติด.....			
L	MOOD DISORDER WITH PSYCHOTIC FEATURES	Lifetime	☐
		Current	☐
	PSYCHOTIC DISORDERS	Lifetime	☐
		Current	☐

แบบสำรวจระดับความรุนแรงของโครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร (สำหรับกลุ่มอายุ 15-59 ปี)

Version 1 /190455

สรุปการวินิจฉัยโรคจิตตามเกณฑ์ DSM IV TR โดยจิตแพทย์
ให้กาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ตามผลการสัมภาษณ์หรือผลการทดสอบ

		ใช่	ไม่ใช่
■ Schizophrenia	<i>Current</i>	☐	☐
	Lifetime	☐	☐
■ Schizophreniform Disorder	<i>Current</i>	☐	☐
	Lifetime	☐	☐
■ Delusional Disorder	<i>Current</i>	☐	☐
	Lifetime	☐	☐
■ Schizoaffective Disorder	<i>Current</i>	☐	☐
	Lifetime	☐	☐
■ Brief Psychotic Disorder	<i>Current</i>	☐	☐
	Lifetime	☐	☐
■ Shared Psychotic Disorder	<i>Current</i>	☐	☐
	Lifetime	☐	☐
■ Psychotic Disorder due to Medical Condition (Specify.....)	<i>Current</i>	☐	☐
	Lifetime	☐	☐
■ Substance – induced Psychotic Disorder (Specify.....)	<i>Current</i>	☐	☐
	Lifetime	☐	☐
■ Psychotic Disorder NOS	<i>Current</i>	☐	☐
	Lifetime	☐	☐
■ Major Depressive Disorder with Psychotic Features	<i>Current</i>	☐	☐
	Lifetime	☐	☐
■ Bipolar Disorder with Psychotic Features	<i>Current</i>	☐	☐
	Lifetime	☐	☐
■ Mood Disorder NOS	<i>Current</i>	☐	☐
	Lifetime	☐	☐

จิตแพทย์ผู้วินิจฉัยโรค

วันที่ เดือน พ.ศ.

แบบสำรวจระดับชาติของโครงการบริการสุขภาพจิตเวช (สำหรับกลุ่มอายุ 15-59 ปี)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

(ข้อมูลใน 1 ปีที่ผ่านมา)

13. ท่านเคยได้รับการตรวจหรือประเมินวินิจฉัยโรคทางจิตเวชจากแพทย์หรือไม่ ☐ Inves 1
☐ 1) เคย ที่ รพ..... ☐ 2) ไม่เคย
 หากตอบว่า "ไม่เคย" ให้ข้ามไปตอบ ----> ส่วนที่ 5 ข้อมูลความรู้และทัศนคติ
14. ท่านได้รับการตรวจหรือประเมินวินิจฉัยโรคทางจิตเวชด้วยอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ Inves2.1
☐ 1) วัดความดันโลหิต ☐ 5) เอกซเรย์ ☐ Inves2.2
☐ 2) ตรวจหัวใจ ☐ 6) ตรวจเลือด ☐ Inves2.3
☐ 3) ตรวจคลื่นสมอง ☐ 7) อื่นๆ ระบุ.....
☐ 4) ตรวจทางจิตวิทยา
15. ท่านทราบหรือไม่ว่า ป่วยเป็นโรคอะไร ☐ Diag
☐ 1) ทราบ แพทย์บอกว่าเป็นโรค.....
☐ 2) ไม่ทราบ
16. เมื่อเกิดการเจ็บป่วยตามข้อที่ 15 ท่านได้รับการรักษาและการดูแลช่วยเหลือหรือไม่ ☐ Treat
☐ 1) รักษา
☐ 2) ไม่รักษา เพราะเหตุใด.....
 หากตอบว่า "ไม่รักษา" ให้ข้ามไปตอบ ----> ส่วนที่ 5 ข้อมูลความรู้และทัศนคติ
17. เมื่อเกิดการเจ็บป่วยตามข้อที่ 15 ท่านเคยไปรับบริการที่ใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ Seek1.1
☐ 1) คลินิก ☐ 2) รพ.เอกชน ☐ 3) รพ.สต. ☐ Seek1.2
☐ 4) รพ.ชุมชน ☐ 5) รพ.ทั่วไป ☐ 6) รพ.ศูนย์ ☐ Seek1.3
☐ 7) โรงพยาบาลจิตเวช ☐ 8) อื่นๆ ระบุ.....
18. ท่านได้รับการรักษาและการดูแลช่วยเหลืออย่างไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ 1) รักษาด้วยยา ต้องรับยาเป็นประจำสม่ำเสมอหรือไม่ ☐ T1
☐ 1) สม่ำเสมอมานาน.....เดือน.....ปี ☐ 2) ไม่สม่ำเสมอ ☐ T1.1
☐ 2) จิตบำบัด ☐ เคย ☐ ไม่เคย ☐ T2
☐ 3) การฝึกทักษะทางสังคม ☐ เคย ☐ ไม่เคย ☐ T3
☐ 4) การให้คำปรึกษา ☐ เคย ☐ ไม่เคย ☐ T4
☐ 5) กิจกรรมกลุ่มบำบัด ☐ เคย ☐ ไม่เคย ☐ T5
☐ 6) พฤติกรรมบำบัด ☐ เคย ☐ ไม่เคย ☐ T6
☐ 7) การรักษาด้วยไฟฟ้า ☐ เคย ☐ ไม่เคย ☐ T7
☐ 8) อื่นๆ ระบุ..... ☐ เคย ☐ ไม่เคย ☐ T8

Version 1 /190455

19. ท่านได้รับการรักษาและการดูแลช่วยเหลือจากใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐ 1) แพทย์ ☐ 5) นักสังคมสงเคราะห์ ☐ Service1.1
- ☐ 2) พยาบาล ☐ 6) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ☐ Service1.2
- ☐ 3) นักจิตวิทยา ☐ 7) อื่นๆ ระบุ..... ☐ Service1.3
- ☐ 4) เกสเซอร์
20. หลังจากท่านได้รับการรักษาและดูแลช่วยเหลือการเจ็บป่วยของท่านเป็นอย่างไร
- ☐ 1) ไม่ดีขึ้น ☐ 2) ดีขึ้นเล็กน้อย ☐ 3) ดีขึ้นมาก ☐ 4) หายเจ็บป่วย ☐ Improv
- ☐ 5) อื่นๆ ระบุ.....
21. ท่านได้รับทราบความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่านจากผู้ให้การดูแลช่วยเหลือท่านหรือไม่
- ☐ 1) ได้รับ ☐ 2) ไม่ได้รับ ☐ 3) อื่นๆ ระบุ..... ☐ Edu
22. ท่านได้รับการนัดตรวจดูอาการเจ็บป่วยอีกหรือไม่
- ☐ 1) ได้รับ ☐ 2) ไม่ได้รับ เพราะ..... ☐ Visit
23. ท่านได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่อื่นหรือไม่
- ☐ 1) ได้รับ ☐ 2) ไม่ได้รับ เพราะ..... ☐ Refer
24. ท่านได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือที่บ้านหรือไม่
- ☐ 1) ได้รับ ☐ 2) ไม่ได้รับ เพราะ..... ☐ Follow

Version 1 /190455

ส่วนที่ 5 ข้อมูลความรู้และทัศนคติ

แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตสำหรับประชาชน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตสำหรับประชาชนประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็มทั้งหมด 10 คะแนน (ข้อละ 1 คะแนน) ดังนี้

ข้อคำถามประเมินความรู้ความเข้าใจ	ใช่	ไม่ใช่	รหัส
1.โรคจิตเป็นโรคที่เกิดจากสมองทำหน้าที่ผิดปกติ			___K1
2.โรคซึมเศร้าไม่สามารถรักษาให้หายได้			___K2
3.การพยายามฆ่าตัวตายสามารถป้องกันได้ โดยสังเกตสัญญาณเตือน เช่น พูดถึงลา หรือเขียนจดหมายลาตาย			___K3
4.การช่วยเหลือผู้ที่กำลังชักให้จับนอนตะแคงหน้าไปด้านข้างและดันคางให้ยกขึ้นเพื่อป้องกันการสำลัก			___K4
5.ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีโอกาสพลัดหลงหรืออันตรายจากอาการหลงลืม			___K5
6.คนที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างมากมายนาน หากหยุดดื่มกระทันหันอาจทำให้เห็นภาพหลอนได้			___K6
7.คนที่ใช้สารเสพติดไม่มีโอกาสป่วยเป็นโรคจิต			___K7
8.โรคสมาธิสั้นไม่ก่อให้เกิดปัญหาการเรียนได้			___K8
9.เด็กที่ไม่มองหน้าหรือสบตา และไม่สนใจสิ่งใดๆ ในช่วงขวบปีแรก ควรสงสัยว่าอาจเป็นโรคออทิสติก			___K9
10.ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และประกันสังคมไม่ครอบคลุมการรักษาทางจิตเวช			___K10

Version 1 /190455

แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ที่ คะแนนเต็มทั้งหมด 10 คะแนน (ข้อละ 1 คะแนน) ดังนี้

ข้อคำถามประเมินทัศนคติ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	รหัส
1.เมื่อพูดถึงคำว่า "สุขภาพจิต" จะนึกถึงคนบ้าหรือโรงพยาบาลโรคจิต			___A1
2.ผู้ป่วยทางกายที่มีอาการหนักอาจมีชีวิตที่ยืนยาวได้นาน หากมีจิตใจที่เข้มแข็ง			___A2
3.ถ้ามีลูกหรือญาติจะไม่ให้ทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยทางจิต			___A3
4.ผู้ป่วยทางจิตเป็นบุคคลที่น่ากลัว ต้องระวังอย่าเข้าใกล้หรือพูดคุยด้วย			___A4
5.ถ้าท่านหรือคนใกล้ชิดมีความเจ็บป่วยทางจิต ท่านจะพาไปรักษาที่โรงพยาบาล ทั่วไปมากกว่าจะไปโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช			___A5
6.ถ้าท่านมีญาติหรือคนใกล้ชิดเป็นผู้ป่วยทางจิต ท่านจะปิดเป็นความลับไม่เล่าให้ใคร ฟังเลย			___A6
7.ท่านจะไม่พาลูกที่เป็นผู้ป่วยทางจิตออกไปในที่สาธารณะเพราะจะทำอันตรายต่อ ผู้อื่นได้			___A7
8.ถ้าท่านมีญาติเป็นผู้ป่วยทางจิต ท่านจะดูแลเอาใจใส่และพาไปรักษาอย่างต่อเนื่อง			___A8
9.ถ้าท่านมีญาติเป็นผู้ป่วยทางจิต ท่านจะให้เขาทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวทุกวัน เช่น กินข้าว ทำงานบ้าน			___A9
10.ท่านคิดว่าเพื่อนร่วมงานที่เคยป่วยทางจิตแต่ได้รับการรักษาจนหายดีแล้วควรมี โอกาสได้กลับมาทำงานปกติ			___A10

ที่มา: กรมสุขภาพจิต (2554). รายงานการประเมินแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในระยะสั้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ
สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) ฉบับสมบูรณ์

ส่วนที่ 6 ข้อมูลความสุข

แบบประเมินความสุขคนไทย

คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามถึงประสบการณ์ของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

ด้าน	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	รหัส
ความรู้สึกที่ดี	1. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต					__Hp1
	2. ท่านรู้สึกสบายใจ					__Hp2
	3. ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง					__Hp3
ความรู้สึกไม่ดี	4. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำรงชีวิตประจำวัน					__Hp4
	5. ท่านรู้สึกผิดหวังในตนเอง					__Hp5
	6. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีแต่ความทุกข์					__Hp6
สมรรถภาพของจิตใจ	7. ท่านสามารถทำใจยอมรับได้ สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)					__Hp7
	8. ท่านมั่นใจว่าสามารถควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น					__Hp8
	9. ท่านมั่นใจที่จะเผชิญเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต					__Hp9
คุณภาพของจิตใจ	10. ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์					__Hp10
	11. ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา					__Hp11
	12. ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกา					__Hp12
ปัจจัยสนับสนุน	13. ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว					__Hp13
	14. เมื่อท่านป่วยหนักเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลเป็นอย่างดี					__Hp14
	15. ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน					__Hp15

ที่มา: ปรับจากอภิชัย มงคล และคณะ. 2547. การพัฒนาและทดสอบ ดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

แบบสำรวจระดับความพึงพอใจของโครงการบริการสุขภาพจิตบวงจร (สำหรับกลุ่มอายุ 15-59 ปี)

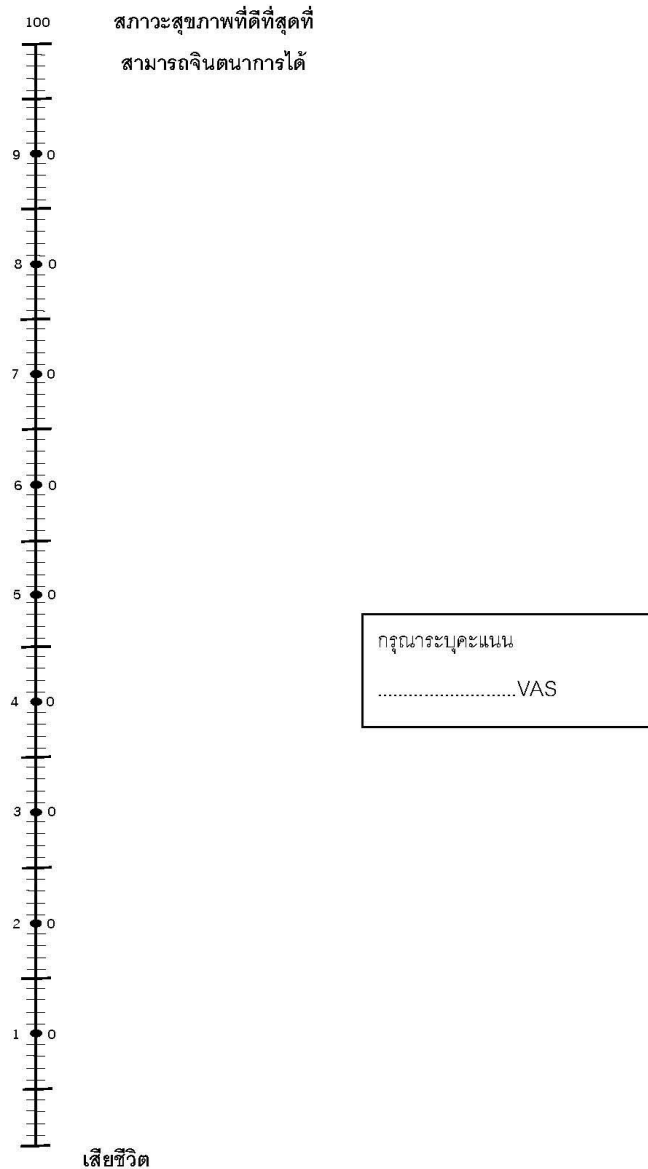
Version 1 /190455

ส่วนที่ 8 ข้อมูลคุณภาพชีวิต

ตอนที่ 1 แบบประเมินสภาวะสุขภาพของท่านในวันนี้ (Visual analog Scale)

ไม่บรรเทาด้วยระดับสุขภาพนี้ เริ่มต้นตั้งแต่ระดับ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึงสภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุดตามความคิดของท่าน และ 100 หมายถึง
สภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดตามความคิดของท่าน

(กรุณาทำเครื่องหมาย X ลงบนไม้บรรทัดด้านล่าง และระบุคะแนนสุขภาพของท่านในวันนี้)



แบบสำรวจระดับความเครียดของโครงการบริการสุขภาพจิตเวช (สำหรับกลุ่มอายุ 15-59 ปี)

Version 1 /190455

ตอนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D

คำชี้แจง ในแต่ละมิติจะทำเครื่องหมาย X ลงในช่องสี่เหลี่ยมที่ตรงกับสภาวะสุขภาพของท่านในวันนี้มากที่สุด

1. การเคลื่อนไหว

- ☐ 1.ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการเดิน
- ☐ 2.ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินบ้าง
- ☐ 3.ข้าพเจ้าไม่สามารถไปไหนได้ และจำเป็นต้องอยู่บนเตียง

2. การดูแลตนเอง

- ☐ 1.ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการดูแลตนเอง
- ☐ 2.ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำหรือการแต่งตัวบ้าง
- ☐ 3.ข้าพเจ้าไม่สามารถอาบน้ำหรือแต่งตัวด้วยตนเองได้

3. กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (เช่น การทำงาน, การเรียนหนังสือ, การทำงานบ้าน, การทำกิจกรรมในครอบครัว หรือการทำกิจกรรมยามว่าง)

- ☐ 1.ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ
- ☐ 2.ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำอยู่บ้าง
- ☐ 3.ข้าพเจ้าไม่สามารถทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำได้

4. ความเจ็บปวด/ความไม่สบาย

- ☐ 1.ข้าพเจ้าไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบาย
- ☐ 2.ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายปานกลาง
- ☐ 3.ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายมากที่สุด

5. ความวิตกกังวล/ ความซึมเศร้า

- ☐ 1.ข้าพเจ้าไม่รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า
- ☐ 2.ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง
- ☐ 3.ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้ามากที่สุด

สรุปคะแนน

การเคลื่อนไหว	การดูแลตนเอง	กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	ความเจ็บปวด/ไม่สบาย	ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า
___ Motion	___ Selfcare	___ Routine	___ Pain	___ Mental

แบบสำรวจระดับวิทยาของโครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร (สำหรับกลุ่มอายุ 15-59 ปี)

แบบสำรวจระดับวิทยาของ
โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจร
สำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด
ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร)
สำหรับกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป



รหัสแบบสำรวจ

--	--	--	--	--

Version 1 /190455

ข้อมูลแบบสำรวจ

รหัสแบบสำรวจ

รหัสผู้สัมภาษณ์

วันที่เก็บข้อมูล
วันที่ เดือน ปี พ.ศ.

เวลาที่ใช้เก็บข้อมูล
เวลาเริ่มต้น เวลาสิ้นสุด รวมเวลาทั้งหมด

องค์ประกอบของแบบสำรวจ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคทางจิตเวช
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชด้วย M.I.N.I.
- ส่วนที่ 4 ข้อมูลการทดสอบสมองด้วย MMSE-Thai2002
- ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
- ส่วนที่ 6 ข้อมูลความรู้และทัศนคติ
- ส่วนที่ 7 ข้อมูลความสุข
- ส่วนที่ 8 ข้อมูลคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง

ให้ผู้สำรวจหรือนักวิจัย ภาครื่องหมาย ☒ ลงในข้อที่เป็นจริงและตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกของ
ผู้ตอบแบบสำรวจมากที่สุด

แบบสำรวจระดับวิทยาของโครงการบริการสุขภาพจิตตบวงจร (สำหรับกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป)

Version 1 /190455

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ลักษณะพื้นที่อาศัย ☐ 1) เขตเทศบาล ☐ 2) นอกเขตเทศบาล ☐ Resident
2. เพศ ☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง ☐ Sex
3. วัน/เดือน/ปี เกิด วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... Age
4. นับถือศาสนา ☐ 1) พุทธ ☐ 2) คริสต์ ☐ 3) อิสลาม ☐ 4) อื่นๆ ☐ Religion
5. สถานภาพสมรส ☐ 1) โสด ☐ 2) คู่ ☐ 3) แยกกันอยู่ ☐ Status
☐ 4) หย่าร้าง ☐ 5) หม้าย
☐ 6) อื่นๆ (ระบุ).....
6. ระดับการศึกษา ☐ 1) ไม่ได้เรียน (อ่านออกเขียนได้) ☐ 2) ไม่ได้เรียน (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้) ☐ Edu
☐ 3) ประถมศึกษา ☐ 4) มัธยมศึกษา
☐ 5) ปวช./ปวส./อนุปริญญา ☐ 6)ปริญญาตรี
☐ 7)ปริญญาโท/เอก
7. อาชีพ ☐ 1)ว่างงาน ☐ 2)งานบ้าน ☐ Occ
☐ 3)ค้าขาย ☐ 4)เกษตรกรรม
☐ 5)รับจ้าง ☐ 6) อื่นๆ ระบุ.....
8. รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อเดือนบาท Income

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคทางจิตเวช (ข้อมูลใน 1 ปีที่ผ่านมา)

9. ท่านมีญาติป่วยด้วยโรคทางจิตเวชหรือไม่ ☐ Relative
☐ 1) ไม่มี ☐ 2) มี ระบุ.....
มีความสัมพันธ์กับท่านคือ.....
ได้รับการรักษาหรือไม่ ☐ 1) รักษา ☐ 2) ไม่รักษา ☐ 3) ไม่ทราบ ☐ TreatRel
10. สมาชิกในครอบครัวของท่านติดยาเสพติดหรือไม่ ☐ Narcotic
☐ 1) ไม่มี ☐ 2) มี ระบุ.....
11. ท่านมีโรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง/ความพิการ หรือไม่ ☐ Disease
☐ 1) ไม่มี ☐ 2) มี ระบุ.....

แบบสำรวจระดับความเครียดและการบริการสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต (สำหรับกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป)

Version 1 /190455

12. ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านมีเหตุการณ์เหล่านี้หรือไม่ ถ้ามี... ท่านเครียดกับเหตุการณ์เหล่านี้หรือไม่
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

เหตุการณ์	ไม่มี	มี		ไม่เครียด	เครียด		
1. แต่งงาน	☐	☐	ถ้ามี...แล้วเครียดกับเหตุการณ์นี้หรือไม่	☐	☐		E1
2. แยกกันอยู่	☐	☐		☐	☐		E2
3. หย่าร้าง	☐	☐		☐	☐		E3
4. มีเรื่องทะเลาะกับผู้อื่นอย่างรุนแรง	☐	☐		☐	☐		E4
5. ญาติพี่น้องในครอบครัวเจ็บป่วย	☐	☐		☐	☐		E5
6. ตกงาน	☐	☐		☐	☐		E6
7. บุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเสียชีวิต	☐	☐		☐	☐		E7
8. มีคดีฟ้องร้อง	☐	☐		☐	☐		E8
9. ลูกไปเรียน/ไปทำงานต่างจังหวัด/ต่างประเทศ	☐	☐		☐	☐		E9
10. ลูกหนีออกจากบ้าน	☐	☐		☐	☐		E10
11. ลูกมีแฟน/ลูกแต่งงาน	☐	☐		☐	☐		E11
12. ย้ายบ้าน/ที่อยู่อาศัย	☐	☐		☐	☐		E12
13. ญาติในครอบครัวมีปัญหาเดือตร้อน	☐	☐		☐	☐		E13
14. กู้ยืม/มีภาระหนี้สิน	☐	☐		☐	☐		E14
15. เปลี่ยนงาน/เปลี่ยนสถานที่เรียน	☐	☐		☐	☐		E15
16. ตัดความสัมพันธ์กับคนสนิทคุ้นเคย	☐	☐		☐	☐		E16

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการวินิจฉัยโรคด้วย M.I.N.I.

A. MAJOR DEPRESSIVE EPISODE

(➔ หมายถึง: ไปที่กรอบการวินิจฉัย วงกลมล้อมรอบคำว่า "ไม่ใช่" ในทุกกรอบ, แล้วไปที่คำถามเพิ่มเติม, แล้วข้ามไปทำชุดต่อไป)

A1	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา, คุณมีอาการซึมเศร้า หรือ ท้อแท้ตลอดเวลา, เกือบทั้งวัน, เกือบทุกวัน หรือไม่ ?	ไม่ใช่	ใช่
A2	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา, คุณเบื่อหน่าย สนใจเรื่องต่างๆลดลงอย่างมาก หรือ แทบจะไม่มีรู้สึก สนุกสนานเหมือนเดิม เกือบตลอดเวลา หรือไม่ ?	ไม่ใช่	ใช่
		➔	
ข้อ A1 หรือ A2 ข้อใดข้อหนึ่ง ตอบว่า "ใช่" ใช่หรือไม่ ?		ไม่ใช่	ใช่

A3 ในช่วง 2 สัปดาห์ดังกล่าว, ขณะที่คุณมีอาการซึมเศร้าหรือเบื่อหน่ายนั้น คุณมีอาการต่อไปนี้ หรือไม่:

- a คุณเบื่ออาหารหรืออยากรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น เกือบทุกวัน หรือไม่ ? ไม่ใช่ ใช่
น้ำหนักตัวของคุณลดลงหรือเพิ่มขึ้นโดยที่คุณไม่ได้ตั้งใจที่จะลดหรือเพิ่ม หรือไม่ ?
(เช่น ใน 1 เดือนมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือลดลง 5% ของน้ำหนักตัว หรือ
ในคนที่น้ำหนัก 50 กก. มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือลดลงประมาณ 2.5 กก.)
ถ้าตอบว่า "ใช่" ในข้อใดข้อหนึ่ง, ให้ลงคำตอบว่า "ใช่"
- b คุณมีปัญหาการนอนหลับเกือบทุกคืน (เช่น หลับยาก, ตื่นกลางดึก, ตื่นเช้ากว่าปกติ หรือนอนมากกว่าปกติ) หรือไม่ ? ไม่ใช่ ใช่
- c คุณพูดช้าลงหรือทำอะไรช้าลงกว่าปกติ หรือคุณรู้สึกหงุดหงิด, กระสับกระส่าย หรือ นั่งอยู่นิ่งๆ ไม่ได้ เกือบทุกวัน หรือไม่ ? ไม่ใช่ ใช่
- d คุณรู้สึกอ่อนเพลีย หรือไม่มีแรง เกือบทุกวัน หรือไม่ ? ไม่ใช่ ใช่
- e คุณรู้สึกไม่มีค่าหรือรู้สึกผิด เกือบทุกวัน หรือไม่ ? ไม่ใช่ ใช่
- f คุณไม่มีสมาธิ หรือตัดสินใจลำบาก เกือบทุกวัน หรือไม่ ? ไม่ใช่ ใช่
- g คุณเคยคิดที่จะทำร้ายตัวเอง, อยากฆ่าตัวตาย, หรืออยากตาย ซ้ำๆ หรือไม่ ? ไม่ใช่ ใช่

ข้อ (A1-A3) ตอบว่า "ใช่" อย่างน้อย 5 ข้อ ใช่หรือไม่ ?

ถ้าตอบว่า "ใช่" ในกล่อง Major depressive episode, current ให้ทำข้อ A4 ต่อ

ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ไปที่คำถามเพิ่มเติม แล้วให้ข้ามไปทำชุด B

ไม่ใช่ ใช่
MAJOR DEPRESSIVE
EPISODE, CURRENT



- A4 a ตลอดชีวิตที่ผ่านมา, ก่อนหน้านี้นี้ คุณเคยมีอาการซึมเศร้าหรือเบื่อหน่าย, และอาการที่พูดถึงไปเมื่อสักครูนี้น นานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือไม่ ? (กี่ครั้ง ?)
- b ช่วงเวลาระหว่างที่คุณมีอาการครั้งก่อนหน้านี้น กับอาการในครั้งนี้, คุณมีช่วงเวลาที่ยาวที่สุด ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือเบื่อหน่าย, นานอย่างน้อย 2 เดือน หรือไม่ ?

ไม่ใช่ ใช่
MAJOR DEPRESSIVE
EPISODE, RECURRENT

คำถามเพิ่มเติม

- ขณะนี้คุณรับประทานยา หรือ รับประทานโรคซึมเศร้าหรือไม่ ?
- ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คุณเคยรับประทานยา หรือ รับประทานโรคซึมเศร้ามาก่อนหรือไม่ ?

ใช่ ไม่ใช่
☐ ☐
☐ ☐

Version 1 /190455

B. DYSTHYMIA

(→ หมายถึง: ให้ไปที่กรอบการวินิจฉัย วงกลมล้อมรอบคำว่า "ไม่ใช่" ในทุกกรอบ. แล้วไปที่คำถามเพิ่มเติม. แล้วข้ามไปทำชุดต่อไป)

B1	ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา, คุณรู้สึกเสียใจ, ไม่สดชื่น หรือซึมเศร้า เกือบตลอดเวลา หรือไม่?	→	ไม่ใช่	ใช่
B2	ในช่วง 2 ปีนั้น คุณเคยมีช่วงที่รู้สึกปกติดี อย่างน้อย 2 เดือน หรือไม่?	→	ไม่ใช่	ใช่
B3	ในช่วงเวลาที่ความรู้สึกเศร้าเกือบตลอดเวลา นั้น :			
a	คุณเบื่ออาหาร หรืออยากรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น อย่างเห็นได้ชัด หรือไม่?		ไม่ใช่	ใช่
b	คุณมีปัญหาการนอนหลับ หรือนอนมากเกินไป หรือไม่?		ไม่ใช่	ใช่
c	คุณรู้สึกเหนื่อยล้าหรือไม่มีแรง หรือไม่?		ไม่ใช่	ใช่
d	คุณรู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง หรือไม่?		ไม่ใช่	ใช่
e	คุณรู้สึกไม่มีสมาธิหรือตัดสินใจลำบาก หรือไม่?		ไม่ใช่	ใช่
f	คุณรู้สึกหมดหวัง หรือไม่?		ไม่ใช่	ใช่
	ชุด B3 ตอบว่า "ใช่" อย่างน้อย 2 ข้อ ใช่หรือไม่?	→	ไม่ใช่	ใช่

B4 อาการซึมเศร้าดังกล่าว ทำให้คุณรู้สึกเป็นทุกข์ หรือรบกวนความสามารถ
ในการทำงาน, การใช้ชีวิตในสังคม, หรือเรื่องสำคัญอื่นๆ อย่างเห็นได้ชัด หรือไม่?

ไม่ใช่	ใช่
DYSTHYMIA CURRENT	

คำถามเพิ่มเติม

- ขณะนี้คุณรับประทานยา หรือ รับการรักษาโรคซึมเศร้าเรื้อรังหรือไม่?
- ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คุณเคยรับประทานยา หรือ รับการรักษาโรคซึมเศร้าเรื้อรังมาก่อนหรือไม่?

ใช่	ไม่ใช่
☐	☐
☐	☐

Version 1 /190455

C. SUICIDALITY

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณ: คะแนน

C1	คุณเคยได้รับอุบัติเหตุ หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่	0
<i>ข้อ C1: ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ให้ข้ามไปข้อ C2: ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้ถามต่อข้อ C1a:</i>				
C1a	ในอุบัติเหตุครั้งนั้น คุณตั้งใจหรือวางแผนที่จะให้ตัวเองบาดเจ็บ ไม่ว่าด้วยตัวคุณเอง หรือยอมให้ผู้อื่นกระทำ หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่	0
<i>ข้อ C1a: ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ให้ข้ามไปข้อ C2: ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้ถามต่อข้อ C1b:</i>				
C1b	ในอุบัติเหตุครั้งนั้น คุณตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่	0
C2	คุณคิดว่าถ้าตายไปเสียคงจะดีกว่าหรือ อยากให้ตัวเองตายไป หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่	1
C3	คุณอยากทำร้ายตัวเองหรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่	2
C4	คุณคิดฆ่าตัวตาย หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่	6
<i>ถ้าข้อ C4 ตอบว่า "ใช่" ให้ถามถึงความรุนแรงและความถี่ของความคิดฆ่าตัวตาย (ตามการรับรู้ของผู้ป่วย)</i>				
	ความถี่	ความรุนแรง		

บางครั้ง	☐	เล็กน้อย	☐
บ่อย	☐	ปานกลาง	☐
บ่อยมาก	☐	รุนแรง	☐



ขณะสัมภาษณ์นี้ คุณสามารถ
ควบคุมตัวเองหรือบอกได้ว่า คุณจะ
ไม่กระทำการฆ่าตัวตาย หรือไม่?
ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ให้ 8 คะแนน

C5	คุณได้วางแผนฆ่าตัวตาย หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่	8
C6	คุณได้เตรียมการเพื่อจะทำร้ายตนเองหรือเพื่อจะฆ่าตัวตาย โดยคุณคาดหวังหรือตั้งใจให้เสียชีวิต หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่	9
C7	คุณได้ทำร้ายตนเอง แต่ไม่ต้องการจะฆ่าตัวตาย หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่	4
C8	คุณเคยพยายามฆ่าตัวตาย หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่	10
	ในขณะพยายามฆ่าตัวตายครั้งนั้น คุณหวังว่าจะมีคนมาช่วย หรือจะรอดตาย หรือไม่?	☐	☐	
	คุณคาดหวังหรือตั้งใจให้เสียชีวิต หรือไม่?	☐	☐	
<i>ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้ทำเครื่องหมาย "✓" : ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ให้ทำเครื่องหมาย "0"</i>				

ตลอดชีวิตที่ผ่านมา :

C9	คุณเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน หรือไม่?	ไม่ใช่	ใช่	4
<i>ข้อ C1a-C9 ตอบว่า "ใช่" อย่างน้อย 1 ข้อ ใช่หรือไม่?</i>				
<i>ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้รวมคะแนนข้อที่ตอบว่า "ใช่" ตั้งแต่ข้อ C1-C9</i>				
<i>และระดับความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย ตามคะแนนในกรอบการวินิจฉัย:</i>				
<i>เขียนให้ความเห็นเพิ่มเติมในช่องว่างด้านล่างนี้</i>				
<i>จากผลการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในขณะนี้หรือในอนาคตอันใกล้</i>				

ไม่ใช่	ใช่	
SUICIDE RISK CURRENT		
1-8 คะแนน	น้อย	☐
9-16 คะแนน	ปานกลาง	☐
≥17 คะแนน	มาก	☐

Version 1 /190455

กรุณาสรุปวินิจฉัยโรคจิตเวชลงในช่องว่างทุกช่อง		0-ไม่ใช้	1-ใช้
MODULES		TIME FRAME	
A	MAJOR DEPRESSIVE EPISODE	Current (2 weeks)	☐
		Recurrent	☐
B	DYSTHYMIA	Current (Past 2 years)	☐
C	SUICIDALITY	Current (Past Month)	☐
		Total score	☐ ☐
Risk: ☐ Low ☐ Medium ☐ High			

แบบสำรวจระดับความรุนแรงของโครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร (สำหรับกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai2002)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10 ให้บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง ทั้งที่ถูกและผิด

1. orientation for time (5 คะแนน ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		คะแนน
1.1 วันนี้วันอะไร	.....	
1.2 วันนี้วันอะไร	.....	
1.3 เดือนนี้เดือนอะไร	.....	
1.4 ปีนี้ปีอะไร	.....	
1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร	.....	
2. Orientation for place (5 คะแนน ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล		
2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และชื่ออะไร	.....	
2.1.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นเท่าไรของตัวอาคาร	.....	
2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ/เขตอะไร	.....	
2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร	.....	
2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร	.....	
2.2 กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ		
2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไรและบ้านเลขที่เท่าไร	.....	
2.2.2 ที่นี้หมู่บ้านหรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร	.....	
2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ/เขตอะไร	.....	
2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร	.....	
2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร	.....	
3. Registration (3 คะแนน)		
ผู้สัมภาษณ์อ่านให้ผู้ตอบแบบสอบถาม ดังนี้ “ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของสามอย่าง คุณ (ตา, ยาย,...) ตั้งใจฟังให้ดีๆ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้คุณ (ตา, ยาย,...) พูดทวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี่ยว ผม(ดิฉัน) ถามซ้ำ” (การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)		
○ ดอกไม้	○ แม่น้ำ	○ รถไฟ
.....		
		คะแนน

Version 1 /190455

4. Attention/calculation (5 คะแนน) **ไม่ต้องทำหากผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้**

"ข้อนี้เป็นความคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา,ยาย,...) คิดเลขในใจเป็นไหม"

(ถ้าตอบคิดเป็น ให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบ ให้ทำข้อ 4.2)

คะแนน

4.1 "ข้อนี้คิดในใจ เอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา" ☐

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง

4.2 "ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา, ยาย,...) ฟังแล้วให้คุณ (ตา, ยาย, ...) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะ

ตัวหลังไปตัวแรก คำว่า "มะนาว" สะกดว่า "มอม่่า สระอะ นอหนู สระ อา วอแหวน" ไหนคุณ (ตา,ยาย) สะกดถอยหลัง

ให้ฟังซิ ว า น อ ม "

..... ☐

5. Recall (3 คะแนน)

"เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง" (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)

คะแนน

☐ ดอกไม้

☐ แม่น้ำ

☐ รถไฟ

..... ☐

6. Naming (2 คะแนน ข้อละ 1 คะแนน)

6.1 ยืนดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า "ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร" ☐

6.2 ใช้นิ้วชี้ให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า "ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร" ☐

7. Repetition (1 คะแนน พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

"ตั้งใจฟัง ผม (ดิฉัน) นะ เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย,...) พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว"

"ใครใคร่ขายไก่ไข่"

..... ☐

8. Verbal command (3 คะแนน)

"ฟังดีๆนะ เดี่ยว ผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย,...) รับด้วยมือขวา พับครึ่งด้วยมือทั้ง 2 ข้าง แล้ววางไว้ที่.....(พื้น,โต๊ะ,เตียง)" ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาด A4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

☐ รับด้วยมือขวา

☐ พับครึ่ง

☐ วางไว้ที่ (พื้น,โต๊ะ,เตียง)

..... ☐

9. Written command (1 คะแนน) **ไม่ต้องทำหากผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้**

"ต่อไปนี้ เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย,...) อ่านแล้วทำตาม คุณ (ตา, ยาย,...) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้" ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า "หลับตา" ให้ผู้ถูกทดสอบ

☐ หลับตาได้

..... ☐

Version 1 /190455

10. Writing (1 คะแนน) ไม่ต้องทำหากผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้

ข้อนี้เป็นคำสั่ง "ให้คุณ (ตา, ยาย,...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมายมา 1 ประโยค"

☐ ประโยคมีความหมาย

☐

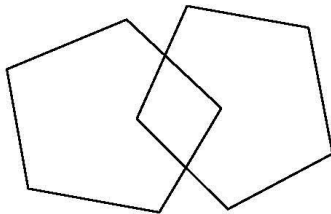
11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง "จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง" (ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง)

☐

ภาพตัวอย่าง

พื้นที่สำหรับวาดภาพ



คะแนนรวม.....คะแนน

สรุปการทดสอบสมองเบื้องต้นด้วย MMSE-Thai 2002

ให้ 0 = ไม่ใช่, 1= ใช่ ลงในช่อง ☐ และลงจำนวนตัวเลขในช่องที่มีคำว่า Total score ตามคะแนนที่ได้

สงสัยภาวะสมองเสื่อม	☐	Total score	☐	☐
---------------------	--------------------------	-------------	--------------------------	--------------------------

▪ การแปลผล จุดตัดคะแนน (cut of point) ที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

• ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	มีคะแนน ≤ 14 (คะแนนเต็ม 23)
• ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา	มีคะแนน ≤ 17 (คะแนนเต็ม 30)
• ผู้สูงอายุที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	มีคะแนน ≤ 22 (คะแนนเต็ม 30)

Version 1 /190455

สรุปผลการทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นด้วย MMSE-Thai 2002

ให้กาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ ตามผลการสัมภาษณ์หรือผลการทดสอบ

	ใช่	ไม่ใช่
■ Cognitive Impairment	☐	☐

ผู้ทดสอบ
วันที่ เดือน พ.ศ.

สรุปการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์ DSM IV TR โดยจิตแพทย์

	ใช่	ไม่ใช่
■ Dementia (ครบตามเกณฑ์วินิจฉัยข้อ A, B ของหมวด Dementia)	☐	☐
■ กรณีไม่ใช่ Dementia ให้ประเมิน Depressive Disorder		
- Depressive Disorder	☐	☐
- Dysthymia	☐	☐
■ อื่นๆ.....		

จิตแพทย์ผู้ประเมินวินิจฉัย.....
วันที่ เดือน พ.ศ.

แบบสำรวจระดับวิทยาของโครงการบริการสุขภาพจิตตบวงจร (สำหรับกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป)

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

(ข้อมูลใน 1 ปีที่ผ่านมา)

13. ท่านเคยได้รับการตรวจหรือประเมินวินิจฉัยโรคทางจิตเวชจากแพทย์หรือไม่ ☐ Inves 1
☐ 1) เคย ที่ รพ..... ☐ 2) ไม่เคย
 หากตอบว่า "ไม่เคย" ให้ข้ามไปตอบ ----> ส่วนที่ 5 ข้อมูลความรู้และทัศนคติ
14. ท่านได้รับการตรวจหรือประเมินวินิจฉัยโรคทางจิตเวชด้วยอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ Inves2.1
☐ 1) วัดความดันโลหิต ☐ 5) เอกซเรย์ ☐ Inves2.2
☐ 2) ตรวจหัวใจ ☐ 6) ตรวจเลือด ☐ Inves2.3
☐ 3) ตรวจคลื่นสมอง ☐ 7) อื่นๆ ระบุ.....
☐ 4) ตรวจทางจิตวิทยา
15. ท่านทราบหรือไม่ว่า ป่วยเป็นโรคอะไร ☐ Diag
☐ 1) ทราบ แพทย์บอกว่าเป็นโรค.....
☐ 2) ไม่ทราบ
16. เมื่อเกิดการเจ็บป่วยตามข้อที่ 15 ท่านได้รับการรักษาและการดูแลช่วยเหลือหรือไม่ ☐ Treat
☐ 1) รักษา
☐ 2) ไม่รักษา เพราะเหตุใด.....
 หากตอบว่า "ไม่รักษา" ให้ข้ามไปตอบ ----> ส่วนที่ 5 ข้อมูลความรู้และทัศนคติ
17. เมื่อเกิดการเจ็บป่วยตามข้อที่ 15 ท่านเคยไปรับบริการที่ใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ Seek1.1
☐ 1) คลินิก ☐ 2) รพ.เอกชน ☐ 3) รพ.สต. ☐ Seek1.2
☐ 4) รพ.ชุมชน ☐ 5) รพ.ทั่วไป ☐ 6) รพ.ศูนย์ ☐ Seek1.3
☐ 7) โรงพยาบาลจิตเวช ☐ 8) อื่นๆ ระบุ.....
18. ท่านได้รับการรักษาและการดูแลช่วยเหลืออย่างไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ 1) รักษาด้วยยา ต้องรับยาเป็นประจำสม่ำเสมอหรือไม่ ☐ T1
☐ 1) สม่ำเสมอมานาน.....เดือน.....ปี ☐ 2) ไม่สม่ำเสมอ ☐ T1.1
☐ 2) จิตบำบัด ☐ เคย ☐ ไม่เคย ☐ T2
☐ 3) การฝึกทักษะทางสังคม ☐ เคย ☐ ไม่เคย ☐ T3
☐ 4) การให้คำปรึกษา ☐ เคย ☐ ไม่เคย ☐ T4
☐ 5) กิจกรรมกลุ่มบำบัด ☐ เคย ☐ ไม่เคย ☐ T5
☐ 6) พฤติกรรมบำบัด ☐ เคย ☐ ไม่เคย ☐ T6
☐ 7) การรักษาด้วยไฟฟ้า ☐ เคย ☐ ไม่เคย ☐ T7
☐ 8) อื่นๆ ระบุ..... ☐ เคย ☐ ไม่เคย ☐ T8

Version 1 /190455

19. ท่านได้รับการรักษาและการดูแลช่วยเหลือจากใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐ 1) แพทย์ ☐ 5) นักสังคมสงเคราะห์ ☐ Service1.1
- ☐ 2) พยาบาล ☐ 6) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ☐ Service1.2
- ☐ 3) นักจิตวิทยา ☐ 7) อื่นๆ ระบุ..... ☐ Service1.3
- ☐ 4) เกสซกร
20. หลังจากท่านได้รับการรักษาและดูแลช่วยเหลือการเจ็บป่วยของท่านเป็นอย่างไร
- ☐ 1) ไม่ดีขึ้น ☐ 2) ดีขึ้นเล็กน้อย ☐ 3) ดีขึ้นมาก ☐ 4) หายเจ็บป่วย ☐ Improv
- ☐ 5) อื่นๆ ระบุ.....
21. ท่านได้รับทราบความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่านจากผู้ให้การดูแลช่วยเหลือท่านหรือไม่
- ☐ 1) ได้รับ ☐ 2) ไม่ได้รับ ☐ 3) อื่นๆ ระบุ..... ☐ Edu
22. ท่านได้รับการนัดตรวจดูอาการเจ็บป่วยอีกหรือไม่
- ☐ 1) ได้รับ ☐ 2) ไม่ได้รับ เพราะ..... ☐ Visit
23. ท่านได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่อื่นหรือไม่
- ☐ 1) ได้รับ ☐ 2) ไม่ได้รับ เพราะ..... ☐ Refer
24. ท่านได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือที่บ้านหรือไม่
- ☐ 1) ได้รับ ☐ 2) ไม่ได้รับ เพราะ..... ☐ Follow

Version 1 /190455

ส่วนที่ 6 ข้อมูลความรู้และทัศนคติ

แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตสำหรับประชาชน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตสำหรับประชาชนประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็มทั้งหมด 10 คะแนน (ข้อละ 1 คะแนน) ดังนี้

ข้อคำถามประเมินความรู้ความเข้าใจ	ใช่	ไม่ใช่	รหัส
1.โรคจิตเป็นโรคที่เกิดจากสมองทำงานที่ผิดปกติ			___K1
2.โรคซึมเศร้าไม่สามารถรักษาให้หายได้			___K2
3.การพยายามฆ่าตัวตายสามารถป้องกันได้ โดยสังเกตสัญญาณเตือน เช่น พูดถึงลา หรือเขียนจดหมายลาตาย			___K3
4.การช่วยเหลือผู้ที่กำลังชักให้จับนอนตะแคงหน้าไปด้านข้างและดันคางให้ยกขึ้นเพื่อป้องกันการสำลัก			___K4
5.ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีโอกาสพลัดหลงหรืออันตรายจากอาการหลงลืม			___K5
6.คนที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างมากมายนาน หากหยุดดื่มกระทันหันอาจทำให้เห็นภาพหลอนได้			___K6
7.คนที่ใช้สารเสพติดไม่มีโอกาสป่วยเป็นโรคจิต			___K7
8.โรคสมาธิสั้นไม่ก่อให้เกิดปัญหาการเรียนได้			___K8
9.เด็กที่ไม่มองหน้าหรือสบตา และไม่สนใจสิ่งใดๆ ในช่วงขวบปีแรก ควรสงสัยว่าอาจเป็นโรคออทิสติก			___K9
10.ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และประกันสังคมไม่ครอบคลุมการรักษาทางจิตเวช			___K10

แบบสำรวจระดับชาติของโครงการบริการสุขภาพจิตครอบครัว (สำหรับกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป)

แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ที่ คะแนนเต็มทั้งหมด 10 คะแนน (ข้อละ 1 คะแนน) ดังนี้

ข้อคำถามประเมินทัศนคติ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	รหัส
1.เมื่อพูดถึงคำว่า "สุขภาพจิต" จะนึกถึงคนบ้าหรือโรงพยาบาลโรคจิต			___A1
2.ผู้ป่วยทางกายที่มีอาการหนักอาจมีชีวิตที่ยืนยาวได้นาน หากมีจิตใจที่เข้มแข็ง			___A2
3.ถ้ามีลูกหรือญาติจะไม่ให้ทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยทางจิต			___A3
4.ผู้ป่วยทางจิตเป็นบุคคลที่น่ากลัว ต้องระวังอย่าเข้าใกล้หรือพูดคุยด้วย			___A4
5.ถ้าท่านหรือคนใกล้ชิตมีความเจ็บป่วยทางจิต ท่านจะพาไปรักษาที่โรงพยาบาล ทั่วไปมากกว่าจะไปโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช			___A5
6.ถ้าท่านมีญาติหรือคนใกล้ชิตเป็นผู้ป่วยทางจิต ท่านจะปิดเป็นความลับไม่เล่าให้ใคร ฟังเลย			___A6
7.ท่านจะไม่พาลูกที่เป็นผู้ป่วยทางจิตออกไปในที่สาธารณะเพราะจะทำอันตรายต่อ ผู้อื่นได้			___A7
8.ถ้าท่านมีญาติเป็นผู้ป่วยทางจิต ท่านจะดูแลเอาใจใส่และพาไปรักษาอย่างต่อเนื่อง			___A8
9.ถ้าท่านมีญาติเป็นผู้ป่วยทางจิต ท่านจะให้เขาทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวทุกวัน เช่น กินข้าว ทำงานบ้าน			___A9
10.ท่านคิดว่าเพื่อนร่วมงานที่เคยป่วยทางจิตแต่ได้รับการรักษาจนหายดีแล้วควรมี โอกาสได้กลับมาทำงานปกติ			___A10

ที่มา: กรมสุขภาพจิต (2554). รายงานการประเมินแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในระยะสั้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ
สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) ฉบับสมบูรณ์

ส่วนที่ 7 ข้อมูลความสุข

แบบประเมินความสุขคนไทย

คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามถึงประสบการณ์ของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

ด้าน	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด	รหัส
ความรู้สึกที่ดี	1. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต					__Hp1
	2. ท่านรู้สึกสบายใจ					__Hp2
	3. ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง					__Hp3
ความรู้สึกไม่ดี	4. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำรงชีวิตประจำวัน					__Hp4
	5. ท่านรู้สึกผิดหวังในตนเอง					__Hp5
	6. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีแต่ความทุกข์					__Hp6
สมรรถภาพของจิตใจ	7. ท่านสามารถทำใจยอมรับได้ สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)					__Hp7
	8. ท่านมั่นใจว่าสามารถควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น					__Hp8
	9. ท่านมั่นใจที่จะเผชิญเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต					__Hp9
คุณภาพของจิตใจ	10. ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์					__Hp10
	11. ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา					__Hp11
	12. ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส					__Hp12
ปัจจัยสนับสนุน	13. ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว					__Hp13
	14. เมื่อท่านป่วยหนักเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลเป็นอย่างดี					__Hp14
	15. ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน					__Hp15

ที่มา: ปรับจากอภิชัย มงคล และคณะ. 2547. การพัฒนาและทดสอบ ดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

แบบสำรวจระดับความพึงพอใจของโครงการบริการสุขภาพจิตบวงจร (สำหรับกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป)

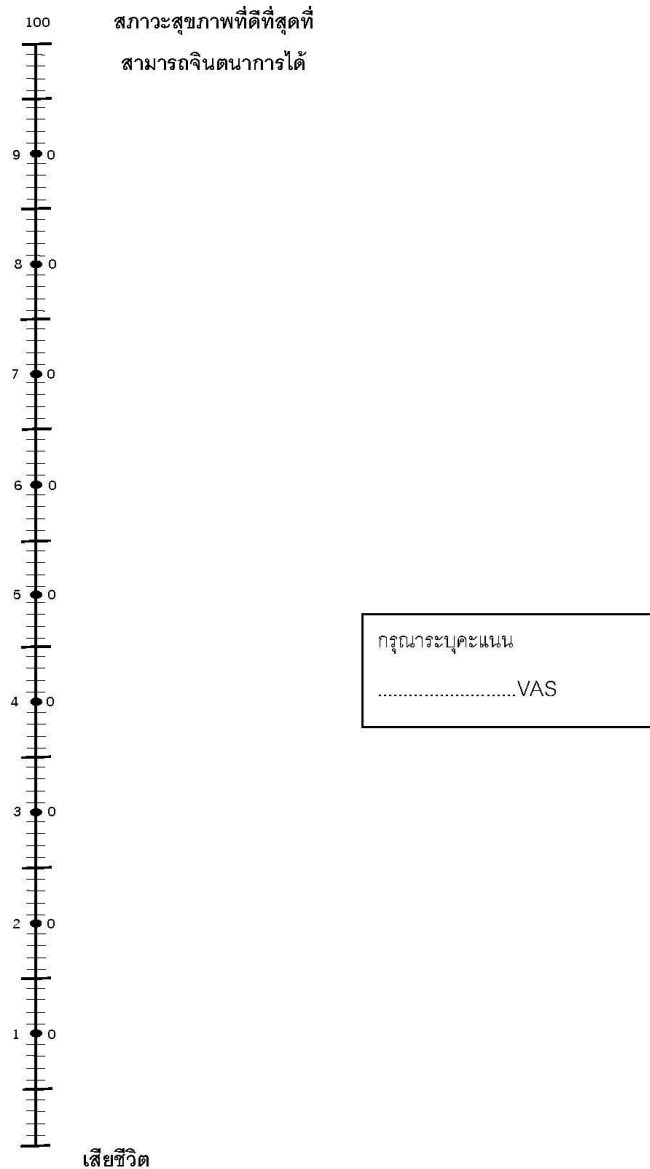
Version 1 /190455

ส่วนที่ 8 ข้อมูลคุณภาพชีวิต

ตอนที่ 1 แบบประเมินสภาวะสุขภาพของท่านในวันนี้ (Visual analog Scale)

ไม้บรรทัดวัดระดับสุขภาพนี้ เริ่มตั้งแต่ระดับ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึงสภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุดตามความคิดของท่าน และ 100 หมายถึงสภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดตามความคิดของท่าน

(กรุณาทำเครื่องหมาย X ลงบนไม้บรรทัดด้านล่าง และระบุคะแนนสุขภาพของท่านในวันนี้)



แบบสำรวจระดับความทุกข์ทางจิตใจของโครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร (สำหรับกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป)

Version 1 /190455

ตอนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D

คำชี้แจง ในแต่ละมิติจะทำเครื่องหมาย X ลงในช่องสี่เหลี่ยมที่ตรงกับสภาวะสุขภาพของท่านในวันนี้มากที่สุด

1. การเคลื่อนไหว

- ☐ 1.ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการเดิน
- ☐ 2.ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินบ้าง
- ☐ 3.ข้าพเจ้าไม่สามารถไปไหนได้ และจำเป็นต้องอยู่บนเตียง

2. การดูแลตนเอง

- ☐ 1.ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการดูแลตนเอง
- ☐ 2.ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำหรือการแต่งตัวบ้าง
- ☐ 3.ข้าพเจ้าไม่สามารถอาบน้ำหรือแต่งตัวด้วยตนเองได้

3. กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (เช่น การทำงาน, การเรียนหนังสือ, การทำงานบ้าน, การทำกิจกรรมในครอบครัว หรือการทำกิจกรรมยามว่าง)

- ☐ 1.ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ
- ☐ 2.ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำอยู่บ้าง
- ☐ 3.ข้าพเจ้าไม่สามารถทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำได้

4. ความเจ็บปวด/ความไม่สบาย

- ☐ 1.ข้าพเจ้าไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบาย
- ☐ 2.ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายปานกลาง
- ☐ 3.ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายมากที่สุด

5. ความวิตกกังวล/ ความซึมเศร้า

- ☐ 1.ข้าพเจ้าไม่รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า
- ☐ 2.ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง
- ☐ 3.ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้ามากที่สุด

สรุปคะแนน

การเคลื่อนไหว	การดูแลตนเอง	กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	ความเจ็บปวด/ไม่สบาย	ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า
___ Motion	___ Selfcare	___ Routine	___ Pain	___ Mental

แบบสำรวจระดับวิทยาของ โครงการบริการสุขภาพจิตตบวงจร (สำหรับกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป)

ภาคผนวก 2

ตารางข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปแยกชายพื้นที่และภาพรวม

ข้อมูลทั่วไป	น่าน		นครพินค์		ตาคลี		ชุมพวง		ดอนสัก		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ให้ข้อมูล	952/928		742/928		928/928		813/832		885/832		4120/4448	
กลุ่มอายุ 15-59 ปี	626	(65.8)	421	(56.7)	580	(62.5)	504	(62.0)	433	(63.2)	2564	(62.2)
กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป	326	(34.2)	321	(43.3)	348	(37.5)	309	(38.0)	252	(36.8)	1556	(37.8)
ลักษณะพื้นที่อาศัย	952	(100.0)	742	(100.0)	928	(100.0)	813	(100.0)	685	(100.0)	4120	(100.0)
เขตเทศบาล	292	(30.7)	331	(44.6)	288	(31.0)	272	(33.5)	249	(36.4)	1432	(34.8)
นอกเขตเทศบาล	660	(69.3)	411	(55.4)	640	(69.0)	541	(66.5)	436	(63.6)	2688	(65.2)
เพศ	952	(100.0)	742	(100.0)	928	(100.0)	813	(100.0)	685	(100.0)	4120	(100.0)
ชาย	478	(50.2)	372	(50.1)	465	(50.1)	402	(49.4)	347	(50.7)	2064	(50.1)
หญิง	474	(49.8)	370	(49.9)	463	(49.9)	411	(50.6)	338	(49.3)	2056	(49.9)
กลุ่มช่วงอายุ	952	(100.0)	742	(100.0)	928	(100.0)	813	(100.0)	685	(100.0)	4120	(100.0)
15-24	133	(14.0)	72	(9.7)	117	(12.6)	94	(11.6)	87	(12.7)	503	(12.1)
25-34	114	(12.0)	84	(11.3)	114	(12.3)	100	(12.3)	85	(12.4)	497	(12.1)
35-44	124	(13.0)	88	(11.9)	118	(12.7)	105	(12.9)	87	(12.7)	522	(12.7)
45-54	130	(13.6)	88	(11.9)	117	(12.6)	105	(12.9)	86	(12.6)	526	(12.8)
55-59	125	(13.1)	89	(12.0)	114	(12.3)	100	(12.3)	88	(12.8)	516	(12.5)
60-69	158	(16.6)	161	(21.7)	173	(18.6)	154	(18.9)	129	(18.8)	775	(18.8)
70-79	133	(14.0)	130	(17.5)	155	(16.7)	122	(15.0)	89	(13.0)	629	(15.3)
80 ปีขึ้นไป	35	(3.7)	30	(4.0)	20	(2.2)	33	(4.1)	34	(5.0)	152	(3.7)
Mean (SE)	49.93 (18.952)		53.05 (18.516)		50.52 (18.621)		51.33 (18.833)		50.54 (19.082)		51 (18.819)	
ศาสนา	952	(100.0)	742	(100.0)	928	(100.0)	813	(100.0)	685	(100.0)	4120	(100.0)
พุทธ	937	(98.4)	727	(98.0)	922	(99.4)	809	(99.5)	684	(99.9)	4079	(99.0)
คริสต์	13	(1.4)	13	(1.8)	4	(0.4)	3	(0.4)	0	(0.0)	33	(0.8)
อิสลาม	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(0.2)	1	(0.1)	1	(0.1)	4	(0.1)
อื่นๆ	2	(0.2)	2	(0.2)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(0.1)
สถานภาพสมรส	952	(100.0)	741	(100.0)	928	(100.0)	813	(100.0)	685	(100.0)	4119	(100.0)
โสด	200	(21.0)	131	(17.8)	156	(16.8)	110	(13.7)	101	(14.8)	698	(16.9)
คู่	586	(61.5)	444	(59.9)	595	(64.1)	563	(69.2)	465	(67.9)	2653	(64.5)

ข้อมูลทั่วไป	น่าน		นครพิกังค์		ตากลั		ชุมพวง		ดอนลั		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แยกกันอยู่	12	(1.3)	9	(1.2)	34	(3.7)	15	(1.8)	18	(2.6)	88	(2.1)
หย่าร้าง	32	(3.4)	30	(4.0)	21	(2.3)	15	(1.8)	9	(1.3)	107	(2.6)
หม้าย	122	(12.8)	127	(17.1)	122	(13.1)	110	(13.5)	92	(13.4)	573	(13.9)
ระดับการศึกษา	952	(100.0)	742	(100.0)	928	(100.0)	813	(100.0)	685	(100.0)	4120	(100.0)
ไม่ได้เรียน (อ่านออกเขียนได้)	46	(4.8)	42	(5.7)	32	(3.4)	42	(5.1)	27	(3.9)	189	(4.6)
ไม่ได้เรียน (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้)	94	(9.9)	51	(6.9)	69	(7.4)	47	(5.8)	37	(5.5)	298	(7.2)
ประถมศึกษา	416	(43.8)	389	(52.4)	525	(56.6)	489	(60.1)	397	(58.0)	2216	(53.8)
มัธยมศึกษา	225	(23.6)	151	(20.4)	214	(23.1)	198	(24.4)	167	(24.4)	955	(23.2)
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	87	(9.1)	53	(7.1)	52	(5.6)	20	(2.5)	25	(3.6)	237	(5.8)
ปริญญาตรี	81	(8.5)	56	(7.5)	36	(3.9)	16	(2.0)	31	(4.5)	220	(5.3)
ปริญญาโท/เอก	3	(0.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.1)	1	(0.1)	5	(0.1)
อาชีพ	952	(100.0)	742	(100.0)	928	(100.0)	813	(100.0)	685	(100.0)	4120	(100.0)
ว่างงาน	81	(8.6)	86	(11.6)	88	(9.5)	28	(3.5)	79	(11.5)	362	(8.9)
งานบ้าน	184	(19.3)	137	(18.5)	149	(16.1)	141	(17.3)	79	(11.5)	690	(16.7)
นักเรียน/นักศึกษา	68	(7.1)	31	(4.2)	22	(2.4)	19	(2.3)	34	(5.0)	174	(4.2)
ค้าขาย	99	(10.4)	102	(13.7)	74	(8.0)	59	(7.3)	68	(9.9)	402	(9.8)
เกษตรกรรม	229	(24.1)	96	(12.9)	246	(26.5)	401	(49.3)	270	(39.4)	1242	(30.1)
รับจ้าง	222	(23.3)	238	(32.1)	287	(30.9)	129	(15.9)	127	(18.5)	1003	(24.3)
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	19	(2.0)	15	(2.0)	32	(3.4)	6	(0.7)	10	(1.5)	82	(2.0)
อื่นๆ (อายุ 15-59)	23	(2.4)	22	(3.0)	12	(1.3)	7	(0.9)	10	(1.5)	74	(1.8)
อื่นๆ (อายุ 60 ปีขึ้นไป)	27	(2.8)	15	(2.0)	18	(1.9)	23	(2.8)	8	(1.2)	91	(2.2)
กลุ่มรายได้	952	(100.0)	742	(100.0)	928	(100.0)	813	(100.0)	685	(100.0)	4120	(100.0)
ต่ำกว่า 5,000 บาท	418	(43.9)	223	(30.1)	324	(34.9)	479	(58.9)	162	(23.6)	1606	(39.0)
5,001-10,000 บาท	260	(27.3)	228	(30.6)	284	(30.6)	217	(26.7)	227	(33.1)	1216	(29.5)
10,001-15,000 บาท	107	(11.2)	93	(12.5)	113	(12.2)	35	(4.3)	97	(14.2)	445	(10.8)
15,001-20,000 บาท	52	(5.5)	85	(11.5)	88	(9.5)	29	(3.6)	95	(13.9)	349	(8.5)
20,001-25,000 บาท	18	(1.9)	22	(3.0)	21	(2.3)	5	(0.6)	18	(2.6)	84	(2.0)
25,001-30,000 บาท	32	(3.4)	36	(4.9)	42	(4.5)	8	(1.0)	47	(6.9)	165	(4.0)

ข้อมูลทั่วไป		น้ำหนัก		นครพิงค์		ตาสี		ชุมพวง		ดอนสัก		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	มากกว่า 30,001 บาท	65	(6.8)	55	(7.4)	56	(6.0)	40	(4.9)	39	(5.7)	255	(6.2)
		11152, 6200,		13729, 9000		12502, 8000		7080, 5000,		13604, 10000,		11541, 7000,	
	Mean, Median, SE	14810.153		,19423.512		,14763.001		10321.543		12954.762		14915.169	
	Min, Max	0 ,150000		500 , 200000		400 ,125000		0 ,200000		600 ,150000		0 ,200000	

ตาราง 2 เหตุการณ์ความเครียด แยกอายุกลุ่มอายุและภาพรวม

เหตุการณ์		กลุ่มอายุ 15-59 ปี					กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป					ภาพรวม					
		ปัญหาสุขภาพจิต					ปัญหาสุขภาพจิต					ปัญหาสุขภาพจิต					
		ใช่		ไม่ใช่		จน. รวม	ใช่		ไม่ใช่		จน. รวม	ใช่		ไม่ใช่		จน. รวม	%
		จำนวน	%	จำนวน	%		จำนวน	%	จำนวน	%		จำนวน	%	จำนวน	%		
แต่งงาน	ไม่มี	395	(98.5)	2108	(97.5)	2503	102	(100.0)	1446	(99.4)	1548	497	(98.8)	3554	(98.3)	4051	(98.3)
	มีแต่ไม่เครียด	5	(1.2)	49	(2.3)	54	0	(0.0)	6	(0.4)	6	5	(1.0)	55	(1.5)	60	(1.5)
	มีและเครียด	1	(0.2)	6	(0.3)	7	0	(0.0)	2	(0.1)	2	1	(0.2)	8	(0.2)	9	(0.2)
แยกกันอยู่	ไม่มี	387	(96.5)	2113	(97.7)	2500	100	(98.0)	1446	(99.4)	1546	487	(96.8)	3559	(98.4)	4046	(98.2)
	มีแต่ไม่เครียด	7	(1.7)	37	(1.7)	44	1	(1.0)	5	(0.3)	6	8	(1.6)	42	(1.2)	50	(1.2)
	มีและเครียด	7	(1.7)	13	(0.6)	20	1	(1.0)	3	(0.2)	4	8	(1.6)	16	(0.4)	24	(0.6)
หย่าร้าง	ไม่มี	398	(99.3)	2152	(99.5)	2550	102	(100.0)	1451	(99.8)	1553	500	(99.4)	3603	(99.6)	4103	(99.6)
	มีแต่ไม่เครียด	1	(0.2)	10	(0.5)	11	0	(0.0)	1	(0.1)	1	1	(0.2)	11	(0.3)	12	(0.3)
	มีและเครียด	2	(0.5)	1	(0.0)	3	0	(0.0)	2	(0.1)	2	2	(0.4)	3	(0.1)	5	(0.1)
มีเรื่องทะเลาะ กับผู้อื่นรุนแรง	ไม่มี	359	(89.5)	2089	(96.6)	2448	98	(96.1)	1424	(97.9)	1522	457	(90.9)	3513	(97.1)	3970	(96.4)
	มีแต่ไม่เครียด	15	(3.7)	34	(1.6)	49	1	(1.0)	7	(0.5)	8	16	(3.2)	41	(1.1)	57	(1.4)
	มีและเครียด	27	(6.7)	40	(1.8)	67	3	(2.9)	23	(1.6)	26	30	(6.0)	63	(1.7)	93	(2.3)
ญาติพี่น้องใน ครอบครัว เจ็บป่วย	ไม่มี	268	(66.8)	1536	(71.0)	1804	74	(72.5)	1087	(74.8)	1161	342	(68.0)	2623	(72.5)	2965	(72.0)
	มีแต่ไม่เครียด	82	(20.4)	420	(19.4)	502	16	(15.7)	272	(18.7)	288	98	(19.5)	692	(19.1)	790	(19.2)
	มีและเครียด	51	(12.7)	207	(9.6)	258	12	(11.8)	95	(6.5)	107	63	(12.5)	302	(8.3)	365	(8.9)
ตกงาน	ไม่มี	352	(87.8)	1992	(92.1)	2344	92	(90.2)	1413	(97.2)	1505	444	(88.3)	3405	(94.1)	3849	(93.4)
	มีแต่ไม่เครียด	28	(7.0)	102	(4.7)	130	2	(2.0)	21	(1.4)	23	30	(6.0)	123	(3.4)	153	(3.7)
	มีและเครียด	21	(5.2)	69	(3.2)	90	8	(7.8)	20	(1.4)	28	29	(5.8)	89	(2.5)	118	(2.9)
คนใน ครอบครัว/ ใกล้ชิดเสียชีวิต	ไม่มี	333	(83.0)	1851	(85.6)	2184	90	(88.2)	1255	(86.3)	1345	423	(84.1)	3106	(85.9)	3529	(85.7)
	มีแต่ไม่เครียด	38	(9.5)	219	(10.1)	257	7	(6.9)	137	(9.4)	144	45	(8.9)	356	(9.8)	401	(9.7)
	มีและเครียด	30	(7.5)	93	(4.3)	123	5	(4.9)	62	(4.3)	67	35	(7.0)	155	(4.3)	190	(4.6)
มีคดี ฟ้องร้อง	ไม่มี	385	(96.0)	2127	(98.3)	2512	100	(98.0)	1440	(99.0)	1540	485	(96.4)	3567	(98.6)	4052	(98.3)
	มีแต่ไม่เครียด	6	(1.5)	19	(0.9)	25	1	(1.0)	5	(0.3)	6	7	(1.4)	24	(0.7)	31	(0.8)
	มีและเครียด	10	(2.5)	17	(0.8)	27	1	(1.0)	9	(0.6)	10	11	(2.2)	26	(0.7)	37	(0.9)
ลูกไปเรียน/ ทำงาน ตจว./	ไม่มี	356	(88.8)	1874	(86.6)	2230	90	(88.2)	1134	(78.0)	1224	446	(88.7)	3008	(83.2)	3454	(83.8)
	มีแต่ไม่เครียด	38	(9.5)	231	(10.7)	269	7	(6.9)	285	(19.6)	292	45	(8.9)	516	(14.3)	561	(13.6)

เหตุการณ์		กลุ่มอายุ 15-59 ปี					กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป					ภาพรวม					
		ปัญหาสุขภาพจิตฯ					ปัญหาสุขภาพจิตฯ					ปัญหาสุขภาพจิตฯ					
		ใช่		ไม่ใช่		จน.	ใช่		ไม่ใช่		จน.	ใช่		ไม่ใช่		จน.	
		จำนวน	%	จำนวน	%	รวม	จำนวน	%	จำนวน	%	รวม	จำนวน	%	จำนวน	%	รวม	%
ต่างประเทศ	มีและเครียด	7	(1.7)	58	(2.7)	65	5	(4.9)	35	(2.4)	40	12	(2.4)	93	(2.6)	105	(2.5)
ลูกหนีออกจากบ้าน	ไม่มี	400	(99.8)	2157	(99.7)	2557	101	(99.0)	1450	(99.7)	1551	501	(99.6)	3607	(99.7)	4108	(99.7)
	มีแต่ไม่เครียด	0	(0.0)	0	(0.0)	0	1	(1.0)	3	(0.2)	4	1	(0.2)	3	(0.1)	4	(0.1)
	มีและเครียด	1	(0.2)	6	(0.3)	7	0	(0.0)	1	(0.1)	1	1	(0.2)	7	(0.2)	8	(0.2)
ลูกมีแฟน/แต่งงาน	ไม่มี	383	(95.5)	2057	(95.1)	2440	98	(96.1)	1377	(94.7)	1475	481	(95.6)	3434	(94.9)	3915	(95.0)
	มีแต่ไม่เครียด	15	(3.7)	90	(4.2)	105	3	(2.9)	70	(4.8)	73	18	(3.6)	160	(4.4)	178	(4.3)
	มีและเครียด	3	(0.7)	16	(0.7)	19	1	(1.0)	7	(0.5)	8	4	(0.8)	23	(0.6)	27	(0.7)
ย้ายบ้าน/ที่อยู่อาศัย	ไม่มี	371	(92.5)	2074	(95.9)	2445	98	(96.1)	1441	(99.1)	1539	469	(93.2)	3515	(97.2)	3984	(96.7)
	มีแต่ไม่เครียด	18	(4.5)	67	(3.1)	85	1	(1.0)	10	(0.7)	11	19	(3.8)	77	(2.1)	96	(2.3)
	มีและเครียด	12	(3.0)	22	(1.0)	34	3	(2.9)	3	(0.2)	6	15	(3.0)	25	(0.7)	40	(1.0)
ญาติในครอบครัวเดือดร้อน	ไม่มี	357	(89.0)	2022	(93.5)	2379	89	(87.3)	1383	(95.1)	1472	446	(88.7)	3405	(94.1)	3851	(93.5)
	มีแต่ไม่เครียด	17	(4.2)	72	(3.3)	89	5	(4.9)	38	(2.6)	43	22	(4.4)	110	(3.0)	132	(3.2)
	มีและเครียด	27	(6.7)	69	(3.2)	96	8	(7.8)	33	(2.3)	41	35	(7.0)	102	(2.8)	137	(3.3)
ก๊วยม/มีการะหนีสิน	ไม่มี	212	(52.9)	1085	(50.2)	1297	80	(78.4)	988	(68.0)	1068	292	(58.1)	2073	(57.3)	2365	(57.4)
	มีแต่ไม่เครียด	127	(31.7)	806	(37.3)	933	10	(9.8)	359	(24.7)	369	137	(27.2)	1165	(32.2)	1302	(31.6)
	มีและเครียด	62	(15.5)	272	(12.6)	334	12	(11.8)	107	(7.4)	119	74	(14.7)	379	(10.5)	453	(11.0)
เปลี่ยนงาน/เปลี่ยนสถานที่เรียน	ไม่มี	370	(92.3)	2051	(94.8)	2421	100	(98.0)	1440	(99.0)	1540	470	(93.4)	3491	(96.5)	3961	(96.1)
	มีแต่ไม่เครียด	19	(4.7)	83	(3.8)	102	0	(0.0)	13	(0.9)	13	19	(3.8)	96	(2.7)	115	(2.8)
	มีและเครียด	12	(3.0)	29	(1.3)	41	2	(2.0)	1	(0.1)	3	14	(2.8)	30	(0.8)	44	(1.1)
ตัดความสัมพันธ์กับคนสนิท	ไม่มี	372	(92.8)	2088	(96.5)	2460	98	(96.1)	1430	(98.3)	1528	470	(93.4)	3518	(97.3)	3988	(96.8)
	มีแต่ไม่เครียด	18	(4.5)	49	(2.3)	67	3	(2.9)	16	(1.1)	19	21	(4.2)	65	(1.8)	86	(2.1)
	มีและเครียด	11	(2.7)	26	(1.2)	37	1	(1.0)	8	(0.6)	9	12	(2.4)	34	(0.9)	46	(1.1)

ตาราง 3 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชของประชาชนแยกตามพื้นที่

ความรู้ความเข้าใจ		น่าน		นครพิกังค์		ตากลี		ชุมพวง		ดอนสัก		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.โรคจิตเป็นโรคที่เกิดจากสมองทำหน้าที่ผิดปกติ	ตอบผิด	251	(26.4)	166	(22.4)	151	(16.3)	155	(19.1)	149	(21.8)	872	(21.2)
	ตอบถูก	701	(73.6)	576	(77.6)	777	(83.7)	658	(80.9)	536	(78.2)	3248	(78.8)
2.โรคซึมเศร้าไม่สามารถรักษาให้หายได้	ตอบผิด	283	(29.7)	209	(28.2)	282	(30.4)	276	(33.9)	226	(33.0)	1276	(31.0)
	ตอบถูก	669	(70.3)	533	(71.8)	646	(69.6)	537	(66.1)	459	(67.0)	2844	(69.0)
3.การพยายามฆ่าตัวตายสามารถป้องกันได้ โดยสังเกตสัญญาณเตือนเช่น พูดสับสน หรือเขียนจดหมายลาตาย	ตอบผิด	230	(24.2)	156	(21.0)	113	(12.2)	222	(27.3)	188	(27.4)	909	(22.1)
	ตอบถูก	722	(75.8)	586	(79.0)	815	(87.8)	591	(72.7)	497	(72.6)	3211	(77.9)
4.การช่วยเหลือผู้ที่กำลังชักให้จับนอนตะแคงหน้าไปด้านหลังและดันคางให้ยกขึ้นเพื่อป้องกันการสำลัก	ตอบผิด	226	(23.7)	168	(22.6)	151	(16.3)	148	(18.2)	162	(23.6)	855	(20.8)
	ตอบถูก	726	(76.3)	574	(77.4)	777	(83.7)	665	(81.8)	523	(76.4)	3265	(79.2)
5.ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีโอกาสพลัดหลงหรืออันตรายจากอาการหลงลืม	ตอบผิด	81	(8.5)	39	(5.3)	25	(2.7)	52	(6.4)	58	(8.5)	255	(6.2)
	ตอบถูก	871	(91.5)	703	(94.7)	903	(97.3)	761	(93.6)	627	(91.5)	3865	(93.8)
6.คนที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างมกมานาน หากหยุดดื่มกะทันหัน อาจทำให้เห็นภาพหลอนได้	ตอบผิด	170	(17.9)	94	(12.7)	140	(15.1)	88	(10.8)	152	(22.2)	644	(15.6)
	ตอบถูก	782	(82.1)	648	(87.3)	788	(84.9)	725	(89.2)	533	(77.8)	3476	(84.4)
7.คนที่ใช้สารเสพติดไม่มีโอกาสป่วยเป็นโรคจิต	ตอบผิด	209	(22.0)	159	(21.4)	177	(19.1)	161	(19.8)	158	(23.1)	864	(21.0)
	ตอบถูก	743	(78.0)	583	(78.6)	751	(80.9)	652	(80.2)	527	(76.9)	3256	(79.0)
8.โรคสมาธิสั้นไม่ก่อให้เกิดปัญหาการเรียนได้	ตอบผิด	350	(36.8)	277	(37.3)	321	(34.6)	290	(35.7)	298	(43.5)	1536	(37.3)
	ตอบถูก	602	(63.2)	465	(62.7)	607	(65.4)	523	(64.3)	387	(56.5)	2584	(62.7)
9.เด็กที่ไม่มองหน้าหรือสบตา และไม่ส่งเสียงใดๆ ในช่วงขวบปีแรกควรสงสัยว่าอาจเป็นโรคออติสติก	ตอบผิด	214	(22.5)	158	(21.3)	150	(16.2)	143	(17.6)	213	(31.1)	878	(21.3)
	ตอบถูก	738	(77.5)	584	(78.7)	778	(83.8)	670	(82.4)	472	(68.9)	3242	(78.7)
10.ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)และประกันสังคมไม่ครอบคลุมการรักษาทางจิตเวช	ตอบผิด	401	(42.1)	320	(43.1)	299	(32.2)	360	(44.3)	319	(46.6)	1699	(41.2)
	ตอบถูก	551	(57.9)	422	(56.9)	629	(67.9)	453	(55.7)	366	(53.4)	2421	(58.8)

ตาราง 4 ทศนคติเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชของประชาชนแยกรายพื้นที่

ทศนคติ		น่าน		นครพังก		ตาคล		ชมพวง		ตอนล		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.เมื่อพูดถึงคำว่า “สุขภาพจิต” จะนึกถึงคนบ้าหรือโรงพยาบาลโรคจิต	เห็นด้วย	651	(70.2)	564	(76.1)	692	(74.6)	600	(74.0)	449	(65.6)	2956	(72.3)
	ไม่เห็นด้วย	276	(29.8)	177	(23.9)	236	(25.4)	211	(26.0)	235	(34.4)	1135	(27.7)
2.ผู้ป่วยทางกายที่มีอาการหนักอาจมีชีวิตยืนยาวได้นานหากมีจิตใจที่เข้มแข็ง	เห็นด้วย	859	(92.6)	712	(96.1)	903	(97.3)	774	(95.6)	646	(94.4)	3894	(95.2)
	ไม่เห็นด้วย	69	(7.4)	29	(3.9)	25	(2.7)	36	(4.4)	38	(5.6)	197	(4.8)
3.ถ้ามีลูกหรือญาติจะไม่ให้ทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยทางจิต	เห็นด้วย	312	(33.6)	239	(32.3)	265	(28.6)	226	(27.8)	206	(30.1)	1248	(30.5)
	ไม่เห็นด้วย	616	(66.4)	501	(67.7)	663	(71.4)	586	(72.2)	478	(69.9)	2844	(69.5)
4.ผู้ป่วยทางจิตเป็นบุคคลที่น่ากลัวต้องระวังอย่าเข้าใกล้หรือพูดคุยด้วย	เห็นด้วย	415	(44.7)	347	(46.9)	434	(46.8)	402	(49.5)	315	(46.1)	1913	(46.8)
	ไม่เห็นด้วย	513	(55.3)	393	(53.1)	493	(53.2)	410	(50.5)	369	(53.9)	2178	(53.2)
5.ถ้าท่านหรือคนใกล้ชิดมีความเจ็บป่วยทางจิตท่านจะพาไปรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าจะไปโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช	เห็นด้วย	296	(31.9)	169	(22.9)	239	(25.8)	190	(23.4)	110	(16.1)	1004	(24.5)
	ไม่เห็นด้วย	632	(68.1)	570	(77.1)	688	(74.2)	622	(76.6)	574	(83.9)	3086	(75.5)
6.ถ้าท่านมีญาติหรือคนใกล้ชิดเป็นผู้ป่วยทางจิตท่านจะปิดเป็นความลับไม่เล่าให้ใครฟังเลย	เห็นด้วย	134	(14.4)	97	(13.1)	87	(9.4)	107	(13.2)	69	(10.1)	494	(12.1)
	ไม่เห็นด้วย	794	(85.6)	644	(86.9)	841	(90.6)	704	(86.8)	615	(89.9)	3598	(87.9)
7.ท่านจะไม่พาญาติที่เป็นผู้ป่วยทางจิตออกไปในที่สาธารณะเพราะจะทำอันตรายต่อผู้อื่นได้	เห็นด้วย	460	(49.6)	391	(52.8)	380	(40.9)	388	(47.8)	334	(48.8)	1953	(47.7)
	ไม่เห็นด้วย	468	(50.4)	350	(47.2)	548	(59.1)	424	(52.2)	350	(51.2)	2140	(52.3)
8.ถ้าท่านมีญาติเป็นผู้ป่วยทางจิตท่านจะดูแลเอาใจใส่และพาไปรักษาอย่างต่อเนื่อง	เห็นด้วย	902	(97.2)	727	(98.1)	919	(99.0)	795	(97.9)	665	(97.2)	4008	(97.9)
	ไม่เห็นด้วย	26	(2.8)	14	(1.9)	9	(1.0)	17	(2.1)	19	(2.8)	85	(2.1)
9.ถ้าท่านมีญาติเป็นผู้ป่วยทางจิตท่านจะให้เขาทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวทุกวัน เช่น กินข้าวทำงานบ้าน	เห็นด้วย	839	(90.4)	697	(94.1)	870	(93.9)	759	(93.5)	632	(92.4)	3797	(92.8)
	ไม่เห็นด้วย	89	(9.6)	44	(5.9)	57	(6.1)	53	(6.5)	52	(7.6)	295	(7.2)
10.ท่านคิดว่าเพื่อนร่วมงานที่เคยป่วยทางจิตแต่ได้รับการรักษาจนหายดีแล้วควรมีโอกาสได้กลับมาทำงานปกติ	เห็นด้วย	893	(96.4)	712	(96.1)	902	(97.2)	787	(97.0)	660	(96.5)	3954	(96.7)
	ไม่เห็นด้วย	33	(3.6)	29	(3.9)	26	(2.8)	24	(3.0)	24	(3.5)	136	(3.3)

ตาราง 5 ลักษณะผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช และการได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษา (กลุ่มโรคทางอารมณ์ ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด)

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มโรคทางอารมณ์					ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์					ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด				
	จากการสำรวจ		ประวัติรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์		% ไม่ได้ตรวจ	จากการสำรวจ		ประวัติรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์		% ไม่ได้ตรวจ	จากการสำรวจ		ประวัติการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์		% ไม่ได้ตรวจ
			เคย	ไม่เคย				เคย	ไม่เคย				เคย	ไม่เคย	
	98	(%)	18	80	(81.6)	315	(%)	10	305	(96.8)	37	(%)	3	34	(91.9)
พื้นที่เป้าหมายดำเนินการ															
น่าน	10	(10.2)	2	8	(80.0)	108	(34.3)	3	105	(97.2)	2	(5.4)	0	2	(100.0)
นครพิกค์	13	(13.3)	2	11	(84.6)	91	(28.9)	4	87	(95.6)	2	(5.4)	0	2	(100.0)
ดาคล	16	(16.3)	4	12	(75.0)	34	(10.8)	2	32	(94.1)	4	(10.8)	1	3	(75.0)
ชุมพวง	24	(24.5)	5	19	(79.2)	46	(14.6)	1	45	(97.8)	2	(5.4)	1	1	(50.0)
ดอนสัก	35	(35.7)	5	30	(85.7)	36	(11.4)	0	36	(100.0)	27	(73.0)	1	26	(96.3)
ลักษณะพื้นที่อาศัย															
เขตเทศบาล	60	(61.2)	11	49	(81.7)	111	(35.2)	3	108	(97.3)	15	(40.5)	1	14	(93.3)
นอกเขตเทศบาล	38	(38.8)	7	31	(81.6)	204	(64.8)	7	197	(96.6)	22	(59.5)	2	20	(90.9)
เพศ															
ชาย	57	(58.2)	10	47	(82.5)	288	(91.4)	10	278	(96.5)	34	(91.9)	3	31	(91.2)
หญิง	41	(41.8)	8	33	(80.5)	27	(8.6)	0	27	(100.0)	3	(8.1)	0	3	(100.0)
กลุ่มอายุ (ปี)															
15-24	10	(10.2)	1	9	(90.0)	58	(18.4)	0	58	(100.0)	12	(32.4)	1	11	(91.7)
25-34	10	(10.2)	1	9	(90.0)	75	(23.8)	5	70	(93.3)	7	(18.9)	1	6	(85.7)
35-44	8	(8.2)	2	6	(75.0)	76	(24.1)	2	74	(97.4)	8	(21.6)	1	7	(87.5)
45-54	11	(11.2)	4	7	(63.6)	69	(21.9)	3	66	(95.7)	5	(13.5)	0	5	(100.0)
55-59	14	(14.3)	5	9	(64.3)	37	(11.7)	0	37	(100.0)	5	(13.5)	0	5	(100.0)
60-69	21	(21.4)	3	18	(85.7)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
70-79	17	(17.3)	1	16	(94.1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
80+	7	(7.1)	1	6	(85.7)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ศาสนา															
พุทธ	97	(99.0)	17	80	(82.5)	312	(99.0)	10	302	(96.8)	37	100.0	3	34	(91.9)

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มโรคทางอารมณ์					ความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มแอลกอฮอล์					ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด				
	จากการสำรวจ		ประวัติรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์		% ไม่ได้ตรวจจา	จากการสำรวจ		ประวัติรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์		% ไม่ได้ตรวจจา	จากการสำรวจ		ประวัติการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์		% ไม่ได้ตรวจจา
			เคย	ไม่เคย				เคย	ไม่เคย				เคย	ไม่เคย	
98	(%)	18	80	(81.6)	315	(%)	10	305	(96.8)	37	(%)	3	34	(91.9)	
คริสต์	0	(0.0)	0	0	(0.0)	2	(0.6)	0	2	(100.0)	0	0	0	0	(0.0)
อิสลาม	1	(1.0)	1	0	(0.0)	0	(0.0)	0	0	(0.0)	0	0	0	0	(0.0)
อื่นๆ	0	(0.0)	0	0	(0.0)	1	(0.3)	0	1	(100.0)	0	0	0	0	(0.0)
สถานภาพสมรส															
โสด	14	(14.3)	3	11	(78.6)	125	(39.7)	7	118	(94.4)	18	(48.6)	3	15	(83.3)
คู่	54	(55.1)	11	43	(79.6)	167	(53.0)	0	167	(100.0)	18	(48.6)	0	18	(100.0)
แยกกันอยู่	7	(7.1)	1	6	(85.7)	6	(1.9)	1	5	(83.3)	0	0	0	0	(0.0)
หย่าร้าง	1	(1.0)	0	1	(100.0)	13	(4.1)	2	11	(84.6)	1	(2.7)	0	1	(100.0)
หม้าย	22	(22.4)	3	19	(86.4)	4	(1.3)	0	4	(100.0)	0	0	0	0	(0.0)
การศึกษา															
ไม่ได้เรียน/อ่านออกเขียนได้	7	(7.1)	1	6	(85.7)	5	(1.6)	0	5	(100.0)	0	0	0	0	(0.0)
ประถมศึกษา	51	(52.0)	11	40	(78.4)	127	(40.3)	5	122	(96.1)	17	(45.9)	1	16	(94.1)
มัธยมศึกษา	19	(19.4)	5	14	(73.7)	114	(36.2)	2	112	(98.2)	18	(48.6)	2	16	(88.9)
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	2	(2.0)	0	2	(100.0)	48	(15.2)	2	46	(95.8)	1	(2.7)	0	1	(100.0)
ปริญญาตรี	6	(6.1)	1	5	(83.3)	20	(6.3)	1	19	(95.0)	1	(2.7)	0	1	(100.0)
ปริญญาโท/เอก	0	(0.0)	0	0	(0.0)	1	(0.3)	0	1	(100.0)	0	0	0	0	(0.0)
ไม่ได้เรียน (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้)	13	(13.3)	0	13	(100.0)	0	(0.0)	0	0	(0.0)	0	0	0	0	(0.0)
อาชีพ															
ว่างงาน	15	(15.3)	3	12	(80.0)	21	(6.7)	1	20	(95.2)	5	(13.5)	1	4	(80.0)
งานบ้าน	9	(9.2)	2	7	(77.8)	2	(0.6)	0	2	(100.0)	0	0	0	0	(0.0)
นักเรียน/นักศึกษา	5	(5.1)	0	5	(100.0)	19	(6.0)	0	19	(100.0)	5	(13.5)	0	5	(100.0)
ค้าขาย	14	(14.3)	2	12	(85.7)	28	(8.9)	2	26	(92.9)	2	(5.4)	0	2	(100.0)
เกษตรกรรม	22	(22.4)	7	15	(68.2)	75	(23.8)	1	74	(98.7)	13	(35.1)	1	12	(92.3)
รับจ้าง	24	(24.5)	4	20	(83.3)	149	(47.3)	5	144	(96.6)	10	(27.0)	1	9	(90.0)
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	2	(2.0)	0	2	(100.0)	11	(3.5)	1	10	(90.9)	0	0	0	0	(0.0)
อื่นๆ ของ 15-59	3	(3.1)	0	3	(100.0)	10	(3.2)	0	10	(100.0)	2	(5.4)	0	2	(100.0)

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มโรคทางอารมณ์					ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์					ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด				
	จากการสำรวจ		ประวัติรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์		% ไม่ได้ตรวจฯ	จากการสำรวจ		ประวัติรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์		% ไม่ได้ตรวจฯ	จากการสำรวจ		ประวัติการตรวจวินิจัยและรักษาจากแพทย์		% ไม่ได้ตรวจฯ
			เคย	ไม่เคย				เคย	ไม่เคย				เคย	ไม่เคย	
	98	(%)	18	80	(81.6)	315	(%)	10	305	(96.8)	37	(%)	3	34	(91.9)
อื่นๆ ของ 60+	4	(4.1)	0	4	(100.0)	0	(0.0)	0	0	(0.0)	0	0	0	0	(0.0)
รายได้ครัวเรือน (บาทต่อเดือน)															
<=5000	52	(53.1)	11	41	(78.8)	78	(24.8)	2	76	(97.4)	6	(16.2)	0	6	(100.0)
5001-10000	23	(23.5)	2	21	(91.3)	114	(36.2)	4	110	(96.5)	11	(29.7)	1	10	(90.9)
10001-15000	4	(4.1)	1	3	(75.0)	43	(13.7)	1	42	(97.7)	7	(18.9)	0	7	(100.0)
15001-20000	9	(9.2)	2	7	(77.8)	37	(11.7)	0	37	(100.0)	9	(24.3)	0	9	(100.0)
>=20001	10	(10.2)	2	8	(80.0)	43	(13.7)	3	40	(93.0)	4	(10.8)	2	2	(0.0)
การป่วยทางจิตของญาติ															
ไม่มี	86	(87.8)	16	70	(81.4)	301	(95.6)	8	293	(97.3)	29	(78.4)	2	27	(93.1)
มี	12	(12.2)	2	10	(83.3)	14	(4.4)	2	12	(85.7)	8	(21.6)	1	7	(87.5)
สมาชิกติดยาเสพติด															
ไม่มี	79	(80.6)	13	66	(83.5)	233	(74.0)	5	228	(97.9)	28	(75.7)	1	27	(96.4)
มี	19	(19.4)	5	14	(73.7)	82	(26.0)	5	77	(93.9)	9	(24.3)	2	7	(77.8)
กลุ่มโรค															
ไม่มีโรค	41	(41.8)	5	36	(87.8)	240	(76.2)	4	236	(98.3)	27	(73.0)	2	25	(92.6)
มีอาการ/โรค 1 โรค	36	(36.7)	10	26	(72.2)	59	(18.7)	3	56	(94.9)	8	(21.6)	1	7	(87.5)
มีอาการ/โรค 2 โรค	13	(13.3)	3	10	(76.9)	13	(4.1)	2	11	(84.6)	2	(5.4)	0	2	(100.0)
มีอาการ/โรค 3 โรคหรือมากกว่า	8	(8.2)	0	8	(100.0)	2	(0.6)	1	1	(50.0)	0	0	0	0	(0.0)
เหตุการณ์เครียดทั้งหมด (คน)															
ไม่มี	13	(13.3)	2	11	(84.6)	52	(16.5)	0	52	(100.0)	10	(27.0)	1	9	(90.0)
มีเหตุการณ์แต่ไม่เครียด	17	(17.3)	5	12	(70.6)	161	(51.1)	5	156	(96.9)	8	(21.6)	0	8	(100.0)
มีเหตุการณ์และเครียด	68	(69.4)	11	57	(83.8)	102	(32.4)	5	97	(95.1)	19	(51.4)	2	17	(89.5)

ตาราง 6 ลักษณะผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช และการได้รับบริการตรวจวินิจฉัยและรักษา (โรคจิต โรคสมองเสื่อม ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย)

ลักษณะข้อมูล	โรคจิต					โรคสมองเสื่อม					ปัญหาเสี่ยงฆ่าตัวตาย				
	จากการสำรวจ		ประวัติรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์		% ไม่ได้ตรวจจา	จากการสำรวจ		ประวัติรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์		% ไม่ได้ตรวจจา	จากการสำรวจ		ประวัติรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์		% ไม่ได้ตรวจจา
			เคย	ไม่เคย				เคย	ไม่เคย				เคย	ไม่เคย	
	31	(%)	15	16	(51.6)	60	(%)	6	55	(91.7)	262	(%)	15	247	(94.3)
พื้นที่เป้าหมายดำเนินการ															
น่าน	4	(12.9)	2	2	(50.0)	12	(20.0)	1	11	(91.7)	68	(21.6)	4	64	(94.1)
นครพินค	8	(25.8)	3	5	(62.5)	12	(20.0)	1	11	(91.7)	75	(23.8)	6	69	(92.0)
ตาคลี	7	(22.6)	4	3	(42.9)	0	0	1	0	(0.0)	50	(15.9)	1	49	(98.0)
ชุมพวง	5	(16.1)	2	3	(60.0)	25	(41.7)	2	23	(92.0)	23	(7.3)	3	20	(87.0)
ดอนสัก	7	(22.6)	4	3	(42.9)	11	(18.3)	1	10	(90.9)	46	(14.6)	1	45	(97.8)
ลักษณะพื้นที่อาศัย		0.0													
เขตเทศบาล	21	(67.7)	11	10	(47.6)	13	(21.7)	1	12	(92.3)	107	(34.0)	4	103	(96.3)
นอกเขตเทศบาล	10	(32.3)	4	6	(60.0)	47	(78.3)	0	47	(100.0)	155	(49.2)	11	144	(92.9)
เพศ		0.0		0											
ชาย	8	(25.8)	3	5	(62.5)	25	(41.7)	0	25	(100.0)	97	(30.8)	5	92	(94.8)
หญิง	23	(74.2)	12	11	(47.8)	35	(58.3)	1	34	(97.1)	165	(52.4)	10	155	(93.9)
กลุ่มอายุ (ปี)		0.0		0											
15-24	3	(9.7)	0	3	(100.0)	-	-	-	-	-	17	(5.4)	0	17	(100.0)
25-34	10	(32.3)	6	4	(40.0)	-	-	-	-	-	35	(11.1)	6	29	(82.9)
35-44	8	(25.8)	2	6	(75.0)	-	-	-	-	-	21	(6.7)	1	20	(95.2)
45-54	8	(25.8)	5	3	(37.5)	-	-	-	-	-	34	(10.8)	2	32	(94.1)
55-59	2	(6.5)	2	0	(0.0)	-	-	-	-	-	21	(6.7)	2	19	(90.5)
60-69	0	(0.0)	0	0	-	16	(26.7)	0	16	(100.0)	56	(17.8)	2	54	(96.4)
70-79	0	(0.0)	0	0	-	28	(46.7)	0	28	(100.0)	60	(19.0)	0	60	(100.0)
80+	0	(0.0)	0	0	-	16	(26.7)	1	15	(93.8)	18	(5.7)	2	16	(88.9)
ศาสนา		0.0		0											
พุทธ	30	(96.8)	14	16	(53.3)	59	(98.3)	1	58	(98.3)	256	(81.3)	15	241	(94.1)
คริสต์	0	(0.0)	0	0	(0.0)	1	(1.7)	0	1	(100.0)	6	(1.9)	0	6	(100.0)

ลักษณะข้อมูล	โรคจิต					โรคสมองเสื่อม					ปัญหาเสี่ยงฆ่าตัวตาย				
	จากการสำรวจ		ประวัติรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์		% ไม่ได้ตรวจจา	จากการสำรวจ		ประวัติรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์		% ไม่ได้ตรวจจา	จากการสำรวจ		ประวัติรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์		% ไม่ได้ตรวจจา
			เคย	ไม่เคย				เคย	ไม่เคย				เคย	ไม่เคย	
	31	(%)	15	16	(51.6)	60	(%)	6	55	(91.7)	262	(%)	15	247	(94.3)
อิสลาม	1	(3.2)	1	0	(0.0)	0	0	0	0	(0.0)	0	(0.0)	0	0	(0.0)
สถานภาพสมรส		0.0		0											
โสด	18	(58.1)	9	9	(50.0)	0	0	0	0	(0.0)	36	(11.4)	6	30	(83.3)
คู่	8	(25.8)	3	5	(62.5)	36	(60.0)	0	36	(100.0)	151	(47.9)	6	145	(96.0)
แยกกันอยู่	2	(6.5)	1	1	(50.0)	1	(1.7)	0	1	(100.0)	6	(1.9)	0	6	(100.0)
หย่าร้าง	2	(6.5)	1	1	(50.0)	0	0	0	0	(0.0)	11	(3.5)	1	10	(90.9)
หม้าย	1	(3.2)	1	0	(0.0)	23	(38.3)	1	22	(95.7)	58	(18.4)	2	56	(96.6)
อื่นๆ	0	(0.0)	0	0	(0.0)	0	0	0	0	(0.0)	0	(0.0)	0	0	(0.0)
การศึกษา		0.0		0			0								
ไม่ได้เรียน/อ่านออกเขียนได้	0	(0.0)	0	0	(0.0)	6	(10.0)	0	6	(100.0)	21	(6.7)	0	21	(100.0)
ประถมศึกษา	16	(51.6)	9	7	(43.8)	30	(50.0)	1	29	(96.7)	138	(43.8)	7	131	(94.9)
มัธยมศึกษา	10	(32.3)	4	6	(60.0)	1	(1.7)	0	1	(100.0)	43	(13.7)	6	37	(86.0)
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	1	(3.2)	0	1	(100.0)	0	0	0	0	(0.0)	12	(3.8)	1	11	(91.7)
ปริญญาตรี	4	(12.9)	2	2	(50.0)	0	0	0	0	(0.0)	9	(2.9)	0	9	(100.0)
ปริญญาโท/เอก	0	(0.0)	0	0	(0.0)	0	0	0	0	(0.0)	0	(0.0)	0	0	(0.0)
ไม่ได้เรียน (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้)	0	(0.0)	0	0	(0.0)	23	(38.3)	0	23	(100.0)	39	(12.4)	1	38	(97.4)
อาชีพ		0.0		0											
ว่างงาน	4	(12.9)	3	1	(25.0)	16	(26.7)	0	16	(100.0)	40	(12.7)	2	38	(95.0)
งานบ้าน	2	(6.5)	0	2	(100.0)	21	(35.0)	0	21	(100.0)	57	(18.1)	4	53	(93.0)
นักเรียน/นักศึกษา	1	(3.2)	0	1	(100.0)	0	0	0	0	(0.0)	8	(2.5)	0	8	(100.0)
ค้าขาย	1	(3.2)	1	0	(0.0)	3	(5.0)	1	2	(66.7)	26	(8.3)	1	25	(96.2)
เกษตรกร	10	(32.3)	6	4	(40.0)	10	(16.7)	0	10	(100.0)	47	(14.9)	2	45	(95.7)
รับจ้าง	11	(35.5)	4	7	(63.6)	5	(8.3)	0	5	(100.0)	74	(23.5)	6	68	(91.9)
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	2	(6.5)	1	1	(0.0)	0	0	0	0	(0.0)	3	(1.0)	0	3	(100.0)
อื่นๆ ของ 15-59	0	(0.0)	0	0	(0.0)	0	0	0	0	(0.0)	1	(0.3)	0	1	(100.0)
อื่นๆ ของ 60+	0	(0.0)	0	0	(0.0)	5	(8.3)	0	5	(100.0)	6	(1.9)	0	6	(100.0)

ลักษณะข้อมูล	โรคจิต					โรคสมองเสื่อม					ปัญหาเสี่ยงฆ่าตัวตาย				
	จากการสำรวจ		ประวัติรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์		% ไม่ได้ตรวจจา	จากการสำรวจ		ประวัติรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์		% ไม่ได้ตรวจจา	จากการสำรวจ		ประวัติรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์		% ไม่ได้ตรวจจา
	31	(%)	15	16	(51.6)	60	(%)	6	55	(91.7)	262	(%)	15	247	(94.3)
จัดกลุ่มรายได้		0.0		0											
<=5000	11	(35.5)	6	5	(45.5)	49	(81.7)	1	48	(98.0)	124	(39.4)	11	113	(91.1)
5001-10000	9	(29.0)	3	6	(66.7)	5	(8.3)	0	5	(100.0)	72	(22.9)	2	70	(97.2)
10001-15000	4	(12.9)	2	2	(50.0)	0	0	0	0	(0.0)	19	(6.0)	0	19	(100.0)
15001-20000	2	(6.5)	0	2	(100.0)	2	(3.3)	0	2	(100.0)	19	(6.0)	1	18	(94.7)
>20001	5	(16.1)	4	1	(0.0)	4	(6.7)	0	4	(100.0)	28	(8.9)	1	27	(96.4)
การป่วยทางจิตของญาติ		0.0		0											
ไม่มี	30	(96.8)	14	16	(53.3)	56	(93.3)	0	56	(100.0)	236	(74.9)	13	223	(94.5)
มี	1	(3.2)	1	0	(0.0)	4	(10.0)	1	3	(75.0)	26	(8.3)	2	24	(92.3)
สมาชิกติดยาเสพติด		0.0		0											
ไม่มี	26	(83.9)	11	15	(57.7)	54	(90.0)	1	53	(98.1)	226	(71.7)	11	215	(95.1)
มี	5	(16.1)	4	1	(20.0)	6	(10.0)	0	6	(100.0)	36	(11.4)	4	32	(88.9)
กลุ่มโรค		0.0		0											
ไม่มีโรค	15	(48.4)	5	10	(66.7)	26	(43.3)	1	25	(96.2)	96	(30.5)	5	91	(94.8)
มีอาการ/โรค 1 โรค	9	(29.0)	5	4	(44.4)	20	(33.3)	0	20	(100.0)	100	(31.7)	5	95	(95.0)
มีอาการ/โรค 2 โรค	5	(16.1)	3	2	(40.0)	11	(18.3)	0	11	(100.0)	45	(14.3)	3	42	(93.3)
มีอาการ/โรค 3 โรคหรือมากกว่า	2	(6.5)	2	0	(0.0)	3	(5.0)	0	3	(100.0)	20	(6.3)	2	18	(90.0)
เหตุการณ์เครียดทั้งหมด (คน)		0.0		0											
ไม่มี	4	(12.9)	2	2	(50.0)	30	(50.0)	0	30	(100.0)	55	(17.5)	2	53	(96.4)
มีเหตุการณ์แต่ไม่เครียด	12	(38.7)	5	7	(58.3)	16	(26.7)	0	16	(100.0)	75	(23.8)	5	70	(93.3)
มีเหตุการณ์และเครียด	15	(48.4)	8	7	(46.7)	14	(23.3)	1	13	(92.9)	132	(41.9)	8	124	(93.9)

ตาราง 7 รายละเอียดการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช แยกรายพื้นที่

ประวัติการเข้าถึงบริการ	เมื่อนาน		นครพิงค์		ตากลิ		ชุมพวง		ดอนสัก		ภาพรวม	
	จำนวน (%)		จำนวน (%)		จำนวน (%)		จำนวน (%)		จำนวน (%)		จำนวน (%)	
เคยตรวจวินิจฉัย	12	(1.3)	16	(2.3)	13	(1.4)	12	(1.5)	12	(1.9)	65	(1.6)
สถานพยาบาลที่รับบริการตรวจ : รพ.จิตเวชนครราชสีมา รพ.จิตเวชนครสวรรค์ รพ.สวนปรุง รพ.ชุมพวง รพ.นครพิงค์ รพ.น่าน รพ.ดอนสัก รพ.ตากลิ รพ.ประสาทสงขลา รพ.ประสาทเชียงใหม่ รพ.สมเด็จพระเจ้าพระยา รพ.สวนสราญรมย์ รพ.สุราษฎร์ธานี รพ.เชียงใหม่ รพ.ระยอง ศูนย์บำบัดยาเสพติดคอ.แมริม												
การตรวจหรือประเมินวินิจฉัยโรคทางจิตเวช												
วัดความดันโลหิต	11	(91.7)	14	(87.5)	13	(100.0)	10	(83.3)	11	(84.6)	59	(89.4)
ตรวจหัวใจ	3	(25.0)	1	(6.3)	1	(7.7)	1	(8.3)	2	(15.4)	8	(12.1)
ตรวจคลื่นสมอง	0	(0.0)	1	(6.3)	0	(0.0)	1	(8.3)	3	(23.1)	5	(7.6)
ตรวจทางจิตวิทยา	3	(25.0)	3	(18.8)	0	(0.0)	2	(16.7)	4	(30.8)	9	(13.6)
เอกซเรย์	2	(16.7)	3	(18.8)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(7.7)	4	(6.1)
ตรวจเลือด	3	(25.0)	10	(62.5)	1	(7.7)	3	(25.0)	2	(15.4)	19	(28.8)
อื่นๆ เช่นการตรวจซักประวัติ แบบสัมภาษณ์												
การวินิจฉัยโรค	12	(100.0)	16	(100.0)	13	(100.0)	12	(100.0)	13	(100.0)	66	(100.0)
ทราบ	9	(75.0)	11	(68.8)	11	(84.6)	7	(58.3)	9	(69.2)	47	(71.2)
ไม่ทราบ	3	(25.0)	5	(31.2)	2	(15.4)	5	(41.7)	4	(30.8)	19	(28.8)
การรักษาโรค	12	(100.0)	15	(100.0)	13	(100.0)	12	(100.0)	13	(115.4)	65	(100.0)
รักษา	12	(100.0)	12	(80.0)	13	(100.0)	12	(100.0)	11	(100.0)	60	(92.3)
ไม่รักษา	0	(0.0)	3	(20.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(15.4)	5	(7.7)
สาเหตุไม่รักษา ; ไม่ทราบ												
สถานที่รับบริการ												
คลินิก	2	(16.7)	0	(0.0)	1	(7.7)	0	(0.0)	3	(23.1)	6	(9.2)
รพ.เอกชน	0	(0.0)	2	(13.3)	0	(0.0)	1	(8.3)	0	(0.0)	3	(4.6)
รพ.สต	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(8.3)	1	(7.7)	2	(3.1)
รพ.ชุมชน	1	(8.3)	0	(0.0)	12	(92.3)	4	(33.3)	3	(23.1)	20	(30.8)
รพ.ทั่วไป	7	(58.3)	4	(26.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(7.7)	12	(18.5)
รพ.ศูนย์	1	(8.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(8.3)	1	(7.7)	3	(4.6)
รพ.จิตเวช	3	(25.0)	7	(46.7)	3	(23.1)	8	(66.7)	6	(46.2)	27	(41.5)
วิธีการรักษา												
การรักษาด้วยยา	12	(100.0)	12	(100.0)	13	(100.0)	12	(100.0)	11	(100.0)	60	(100.0)

ประวัติการเข้าถึงบริการ	เมื่อนำน		นครพิงค์		ตากลิ		ชุมพวง		ดอนสัก		ภาพรวม	
	จำนวน (%)		จำนวน (%)		จำนวน (%)		จำนวน (%)		จำนวน (%)		จำนวน (%)	
สม่ำเสมอ	9	(75.0)	5	(45.5)	12	(92.3)	6	(50.0)	10	(90.9)	42	(71.2)
ไม่สม่ำเสมอ	3	(25.0)	6	(54.5)	1	(7.7)	6	(50.0)	1	(9.1)	17	(28.8)
จิตบำบัด	0	(0.0)	1	(9.1)	0	(0.0)	1	(8.3)	0	(0.0)	2	(3.4)
การฝึกทักษะทางสังคม	1	(8.3)	2	(18.2)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(5.1)
การให้คำปรึกษา	3	(25.0)	4	(40.0)	6	(46.2)	3	(25.0)	1	(9.1)	17	(29.3)
กิจกรรมกลุ่มบำบัด	0	(0.0)	5	(50.0)	2	(15.4)	2	(16.7)	1	(9.1)	10	(17.2)
พฤติกรรมบำบัด	0	(0.0)	1	(10.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(9.1)	2	(3.4)
การรักษาด้วยไฟฟ้า	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(8.3)	0	(0.0)	1	(1.7)
ผู้ที่ให้การรักษา/ดูแลช่วยเหลือ												
แพทย์	12	(100.0)	12	(80.0)	11	(84.6)	11	(91.7)	10	(76.9)	44	(67.7)
พยาบาล	11	(91.7)	12	(80.0)	13	(100.0)	11	(91.7)	7	(53.8)	54	(83.1)
นักจิตวิทยา	2	(16.7)	5	(33.3)	1	(7.7)	3	(25.0)	2	(15.4)	13	(20.0)
เภสัชกร	1	(8.3)	4	(26.7)	4	(30.8)	6	(50.0)	3	(23.1)	18	(27.7)
นักสังคมสงเคราะห์	1	(8.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(8.3)	0	(0.0)	2	(3.1)
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	1	(8.3)	2	(13.3)	2	(15.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	5	(7.7)
การเจ็บป่วยหลังจากได้รับการรักษา	11	(100.0)	12	(99.9)	13	(100.0)	12	(100.0)	11	(100.1)	60	(100.0)
ไม่ดีขึ้น	1	(8.3)	1	(8.3)	0	(0.0)	5	(41.7)	0	(0.0)	7	(11.7)
ดีขึ้นเล็กน้อย	2	(16.7)	0	(0.0)	1	(7.7)	1	(8.3)	2	(18.2)	6	(10.0)
ดีขึ้นมาก	6	(50.0)	7	(58.3)	12	(92.3)	3	(25.0)	5	(45.5)	33	(55.0)
หายเจ็บป่วย	3	(25.0)	4	(33.3)	0	(0.0)	3	(25.0)	4	(36.4)	14	(23.3)
ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	12	(100.0)	12	(100.0)	13	(100.0)	12	(100.0)	11	(100.0)	60	(100.0)
ได้รับ	11	(91.7)	9	(75.0)	13	(100.0)	11	(91.7)	10	(90.9)	54	(90.0)
ไม่ได้รับ	1	(8.3)	3	(25.0)	0	(0.0)	1	(8.3)	1	(9.1)	6	(10.0)
การรับนัดตรวจ	12	(100.0)	12	(100.0)	13	(100.0)	10	(100.0)	11	(100.0)	58	(100.0)
ได้รับ	8	(66.7)	8	(66.7)	13	(100.0)	8	(80.0)	10	(90.9)	47	(81.0)
ไม่ได้รับ	4	(33.3)	4	(33.3)	0	(0.0)	2	(20.0)	1	(9.1)	11	(19.0)
ระบุสาเหตุไม่ได้รับ : หายดีรับประทานยาเอง ,อาการดีขึ้น ,ไม่ว่างตามนัด												
การส่งต่อ	12	(100.0)	12	(100.0)	13	(100.0)	11	(100.0)	11	(100.0)	59	(100.0)
ได้รับ	1	(8.3)	6	(50.0)	1	(7.7)	6	(54.5)	5	(45.5)	19	(32.2)
ไม่ได้รับ	11	(91.7)	6	(50.0)	12	(92.3)	5	(45.5)	6	(54.5)	40	(67.8)

ประวัติการเข้าถึงบริการ	เมื่อน่าน		นครพิงค์		ตากสิน		ชุมพวง		ดอนสัก		ภาพรวม	
	จำนวน (%)		จำนวน (%)		จำนวน (%)		จำนวน (%)		จำนวน (%)		จำนวน (%)	
สาเหตุไม่ได้รับ: อาการดีขึ้น, รักษาตามสิทธิบัตรทอง, รพ.สามารถรักษาได้, รักษาใกล้บ้าน, แพทย์ไม่อนุญาต, ไม่มั่นใจกับสถานพยาบาลใหม่, ไม่ทราบ												
การติดตามดูแลช่วยเหลือที่บ้าน	11	(100.0)	12	(100.0)	13	(100.0)	12	(100.0)	11	(100.0)	59	(100.0)
ได้รับ	3	(27.3)	2	(16.7)	8	(61.5)	5	(41.7)	6	(54.5)	24	(40.7)
ไม่ได้รับ	8	(72.7)	10	(83.3)	5	(38.5)	7	(58.3)	5	(45.5)	35	(59.3)
สาเหตุไม่ได้รับ :เดินทางมารักษาเองได้, อยู่เรือนจำ, อาการดีขึ้น												

ภาคผนวก 3

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชแยกตามกลุ่มอายุและกลุ่มโรค

แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอายุ ได้แก่ 15-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป ตามกลุ่มโรคต่างๆ ดังนี้

กลุ่มอายุ 15-59 ปี

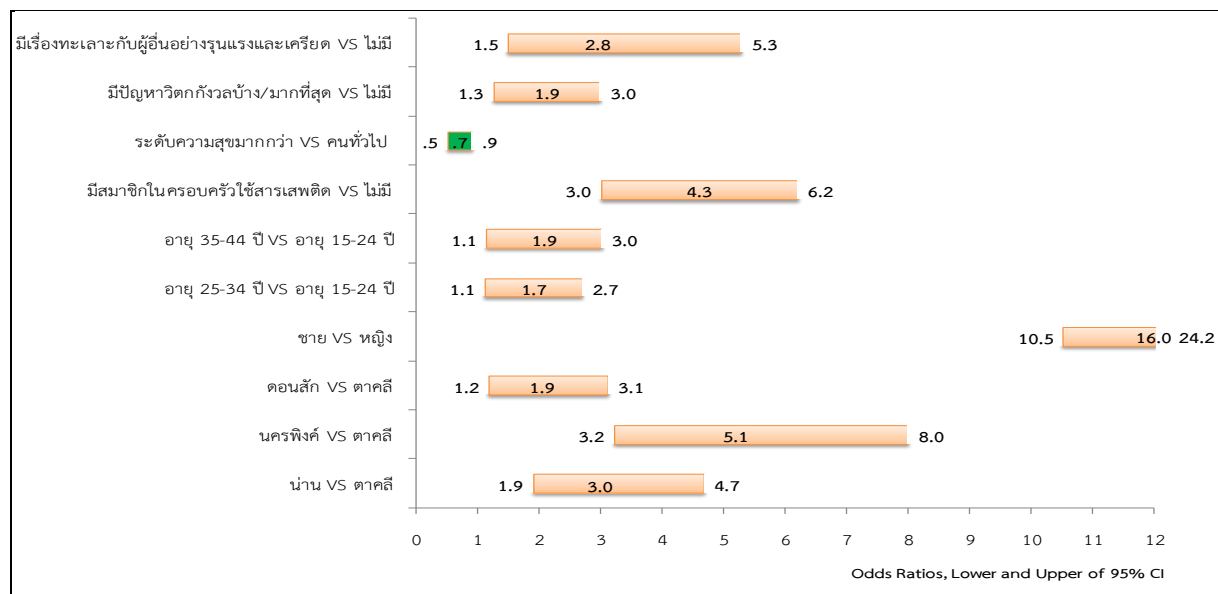
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และเสพยาเสพติด (รูป 1)

ปัจจัยด้านบุคคลและข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ที่อายุ 25-34 ปี และ 35-44 ปี มีโอกาสพบความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และเสพยาเสพติดมากกว่าผู้มีอายุ 15-24 ปี เป็น 1.7 และ 1.9 เท่า (OR=1.7 95% CI:1.1-2.7, OR=1.9 95% CI:1.1-3.0) เพศชาย มีโอกาสพบความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และเสพยาเสพติดมากกว่าเพศหญิง 16 เท่า (OR=16.0 95% CI:10.5-24.2) พื้นที่ CUP รพ.ดอนสัก น่าน นคร พังค์ มีโอกาสพบความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และเสพยาเสพติดมากกว่า CUP รพ.ตากสิน 1.9 3.0 และ 5.1 เท่า (OR=1.9 95% CI:1.2-3.1, OR=3.0 95% CI:1.9-4.7, OR=5.1 95% CI:3.2-8.0 ตามลำดับ)

ปัจจัยเสี่ยง พบว่า ผู้มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด มีโอกาสพบภาวะผิดปกติทางจิตเวชจากการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ที่ไม่ใช่ 4.3 เท่า (OR=4.3 95% CI:3.0-6.2) ผู้มีเรื่องทะเลาะกับผู้อื่นอย่างรุนแรง มีโอกาสพบความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และเสพยาเสพติดมากกว่าผู้ที่ไม่ใช่ 2.8 เท่า (OR=2.8 95% CI:1.5-5.3)

ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้มีปัญหาวิตกกังวลบ้าง/มากที่สุด มีโอกาสพบความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และเสพยาเสพติดมากกว่าผู้ที่ไม่ใช่ 1.9 เท่า (OR=1.9 95% CI:1.3-3.0)

ปัจจัยด้านความสุข พบว่า ผู้ที่มีระดับความสุขมากกว่าคนทั่วไป มีโอกาสพบความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และเสพยาเสพติดน้อยกว่าผู้ที่มีระดับความสุขเท่าคนทั่วไปร้อยละ 30 (OR=0.7 95% CI:0.5-0.9)



แสดงค่าเฉลี่ยของ Odd Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 (95% Confidence Interval--CI) โดยปัจจัยที่แสดงด้านหลัง vs คือ กลุ่มอ้างอิง (Reference) เส้นประแสดงค่า OR =1 กลุ่มเปรียบเทียบไม่ต่างจากกลุ่มอ้างอิง

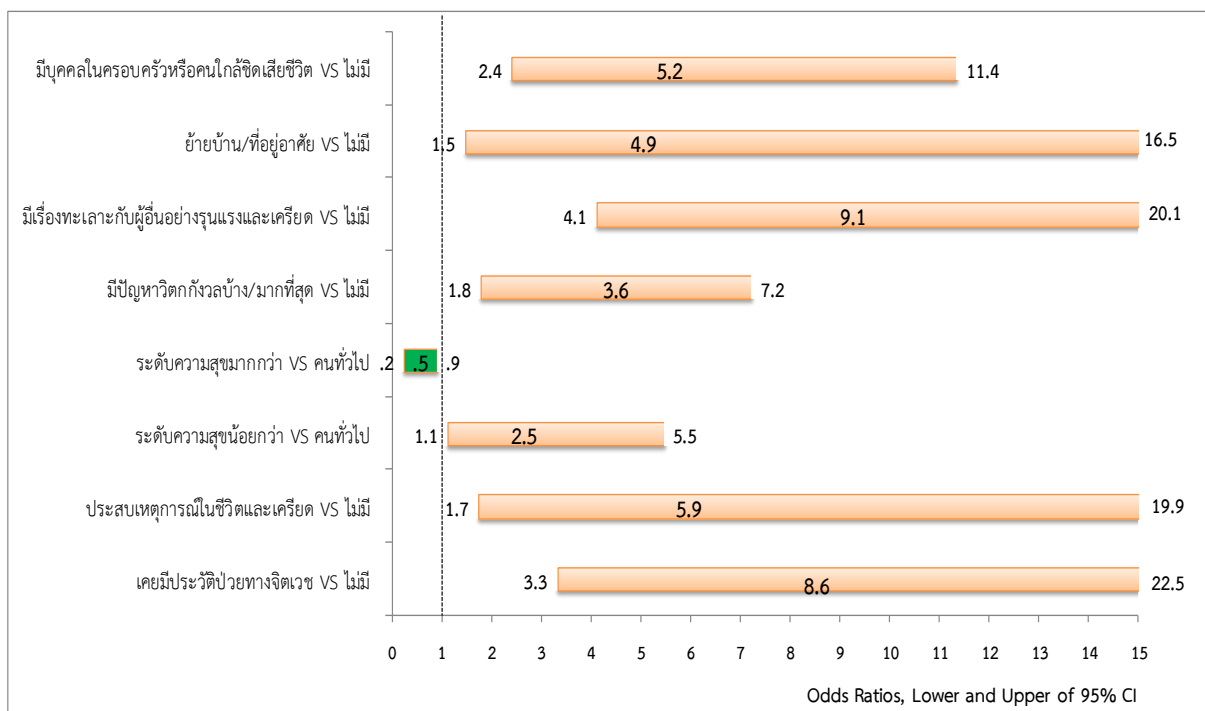
รูป 1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และเสพยาเสพติดกลุ่มอายุ 15-59 ปี

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบกลุ่มโรคทางอารมณ์ (รูป 2)

ปัจจัยเสี่ยง พบว่า ผู้ที่มีประวัติป่วยทางจิตเวชมีโอกาสพบความผิดปกติของกลุ่มโรคทางอารมณ์มากกว่าผู้ไม่มีเป็น 8.6 เท่า (OR=8.6 95% CI:3.3-22.5) ผู้ที่ประสบเหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้เกิดความเครียด มีโอกาสพบความผิดปกติของกลุ่มโรคทางอารมณ์มากกว่าผู้ไม่มีเป็น 5.9 เท่า (OR=5.9 95% CI:1.7-19.9) และเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเครียด มีโอกาสพบความผิดปกติของกลุ่มโรคทางอารมณ์ ได้แก่ ผู้ที่มีบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเสียชีวิต พบเป็น 5.2 เท่า (OR=5.2 95% CI:2.4-11.4) ผู้ที่มีการย้ายบ้าน/ที่อยู่อาศัย พบเป็น 4.9 เท่า (OR=4.9 95% CI:1.5-16.5) ผู้ที่มีเรื่องทะเลาะกับผู้อื่นอย่างรุนแรง พบเป็น 9.1 เท่า (OR=9.1 95% CI:4.1-20.1)

ปัจจัยด้านความสุข พบว่า ผู้ที่มีระดับความสุขมากกว่าคนทั่วไป มีโอกาสพบความผิดปกติของกลุ่มโรคทางอารมณ์น้อยกว่าผู้ที่มีระดับความสุขเท่าคนทั่วไปร้อยละ 50 (OR=0.5 95% CI:0.2-0.9) ผู้ที่มีระดับความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปมีโอกาพบความผิดปกติของกลุ่มโรคทางอารมณ์ มากกว่าผู้ที่มีระดับความสุขเท่าคนทั่วไป 2.5 เท่า (OR=2.5 95% CI:1.1-5.5)

ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ที่มีปัญหาวิตกกังวลบ้าง/มากที่สุด มีโอกาสพบความผิดปกติของกลุ่มโรคทางอารมณ์มากกว่าผู้ไม่มี 3.6 เท่า (OR=3.6 95% CI:1.8-7.2)



แสดงค่าเฉลี่ยของ Odd Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 (95% Confidence Interval-CI) โดยปัจจัยที่แสดงด้านหลัง vs คือ กลุ่มอ้างอิง (Reference) เส้นประแสดงค่า OR =1 กลุ่มเปรียบเทียบไม่ต่างจากกลุ่มอ้างอิง

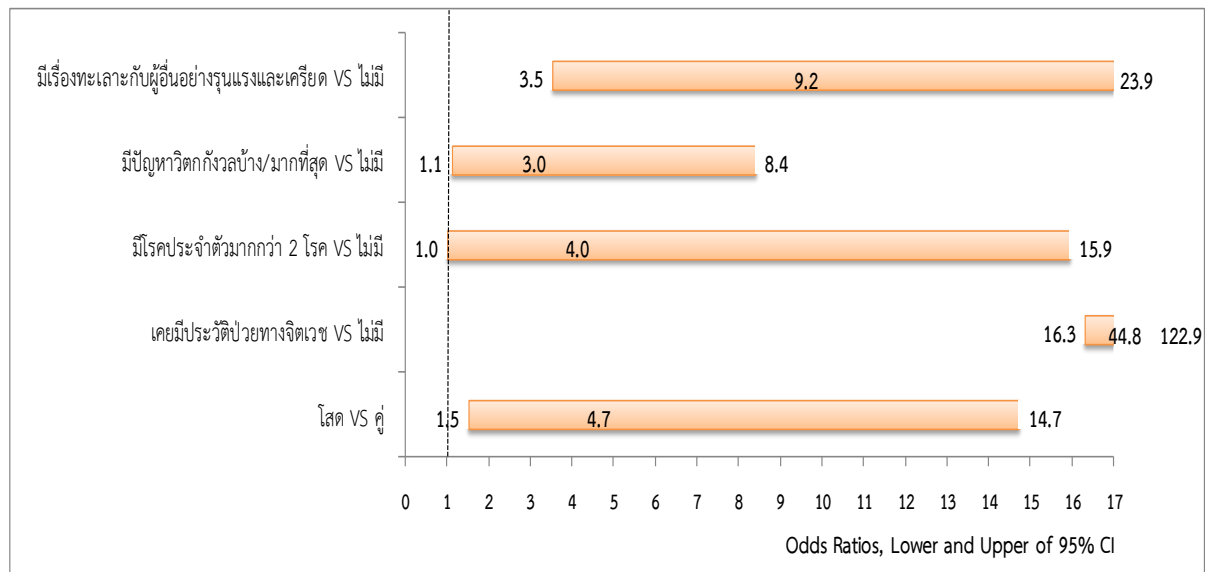
รูป 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของกลุ่มโรคทางอารมณ์กลุ่มอายุ 15-59 ปี

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบโรคจิต (รูป 3)

ปัจจัยด้านบุคคลและข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพโสด มีโอกาสพบโรคจิตมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพคู่ 4.7 เท่า (OR=4.7 95% CI:1.5-14.7)

ปัจจัยเสี่ยง พบว่า ผู้ที่มีประวัติป่วยทางจิตเวช มีโอกาสพบโรคจิตมากกว่าผู้ไม่มีประวัติ 44.8 เท่า (OR=44.8 95% CI:16.3-122.9) ผู้ที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรค มีโอกาสพบโรคจิตมากกว่าผู้ไม่มีโรคประจำตัว 4.0 เท่า (OR=4.0 95% CI:1.0-15.9) ผู้ที่มีเรื่องทะเลาะกับผู้อื่นอย่างรุนแรง มีโอกาสพบโรคจิตมากกว่าผู้ไม่มี 9.2 เท่า (OR=9.2 95% CI:3.5-23.9)

ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ที่มีปัญหาวิตกกังวลบ้าง/มากที่สุด มีโอกาสพบโรคจิตมากกว่าผู้ไม่มี 3.0 เท่า (OR=3.0 95% CI:1.1-8.4)



แสดงค่าเฉลี่ยของ Odd Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 (95% Confidence Interval-CI) โดยปัจจัยที่แสดงด้านหลัง vs คือ กลุ่มอ้างอิง (Reference) เส้นประแสดงค่า OR = 1 กลุ่มเปรียบเทียบไม่ต่างจากกลุ่มอ้างอิง

รูป 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของโรคจิตกลุ่มอายุ 15-59 ปี

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับ (รูป 4)

ปัจจัยด้านบุคคลและข้อมูลทั่วไป พบว่าผู้ที่มีอายุ 25-34 ปี มีโอกาสพบภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับมากกว่าผู้มีอายุ 15-24 ปี 1.9 เท่า (OR=1.9 95% CI:1.0-3.6) CUP รพ.ชุมพวง มีโอกาสพบภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับน้อยกว่า CUP รพ.ตาคี ร้อยละ 70 (OR=0.3 95% CI:0.2-0.8) CUP รพ.นครพิงค์ มีโอกาสพบภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับมากกว่า CUP รพ.ตาคี 1.9 เท่า (OR=1.9 95% CI:1.0-3.3)

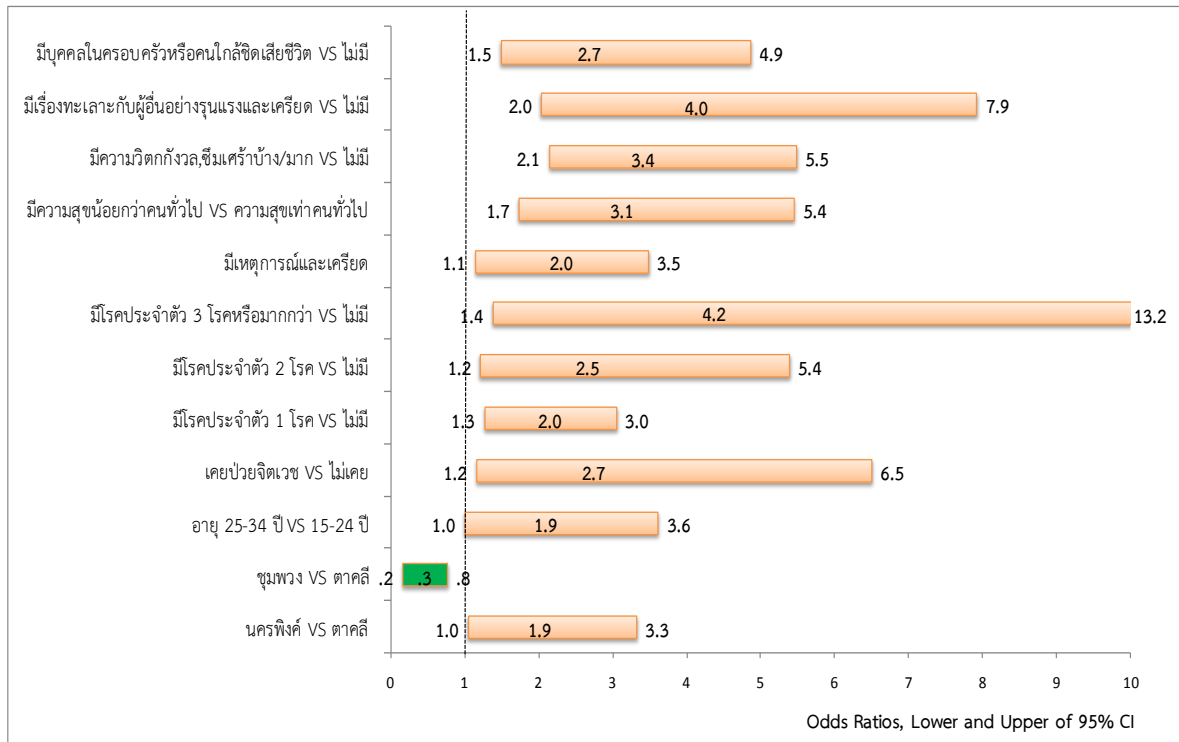
ปัจจัยเสี่ยง พบว่าผู้ที่เคยป่วยจิตเวช มีโอกาสพบภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับมากกว่าผู้ไม่เคย 2.7 เท่า (OR=2.7 95% CI:1.2-6.5) ผู้ที่มีโรคประจำตัว 1 2 และ 3 โรคหรือมากกว่า มีโอกาสพบภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับมากกว่าผู้ไม่มีโรคประจำตัว 2.0 2.5 และ 4.2 เท่า ตามลำดับ (OR=2.0 95% CI:1.3-3.0, OR=2.5 95% CI:1.2-5.4, OR=4.2 95% CI:1.4-13.2 ตามลำดับ)

ผู้ที่ประสบเหตุการณ์และเครียด มีโอกาสพบภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับมากกว่าผู้ไม่มี 2.0 เท่า (OR=2.0 95% CI:1.1-3.5) และเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเครียด มีโอกาสพบภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับ

ได้แก่ ผู้ที่มีบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเสียชีวิต พบเป็น 2.7 เท่า (OR=2.7 95% CI:1.5-4.9) ผู้ที่มีเรื่องทะเลาะกับผู้อื่นอย่างรุนแรง พบเป็น 4.0 เท่า (OR=4.0 95% CI:2.0-7.9)

ปัจจัยด้านความสุข พบว่า ผู้ที่มีระดับความสุขน้อยกว่าคน มีโอกาสพบภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับมากกว่าผู้ที่มีระดับความสุขเท่าคนทั่วไป 3.1 เท่า (OR=3.1 95% CI:1.7-5.4)

ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ที่มีความวิตกกังวลซึมเศร้าบ้าง/มาก มีโอกาสพบภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับมากกว่าผู้ไม่มี 3.4 เท่า (OR=3.4 95% CI:2.1-5.5)



แสดงค่าเฉลี่ยของ Odd Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 (95% Confidence Interval-CI) โดยปัจจัยที่แสดงด้านหลัง vs คือ กลุ่มอ้างอิง (Reference) เส้นประแสดงค่า OR =1 กลุ่มเปรียบเทียบไม่ต่างจากกลุ่มอ้างอิง

รูป 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับกลุ่มอายุ 15-59

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป

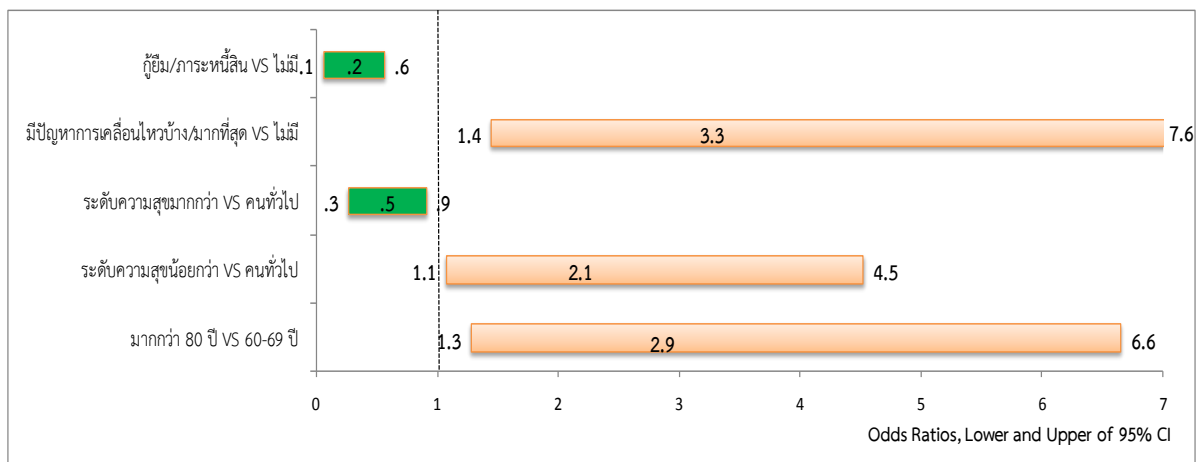
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบโรคสมองเสื่อม (รูป 5)

ปัจจัยด้านบุคคลและข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี มีโอกาสพบโรคสมองเสื่อมมากกว่าผู้มีอายุ 60-69 ปี 2.9 เท่า (OR=2.9 95% CI:1.3-6.6)

ปัจจัยเสี่ยง พบว่า ผู้ที่มีการกักขัง/ภาระหนี้สิน มีโอกาสพบโรคสมองเสื่อมน้อยกว่าผู้ไม่มีร้อยละ 80 (OR=0.2 95% CI:0.1-0.6)

ปัจจัยด้านความสุข พบว่า ผู้ที่มีระดับความสุขมากกว่าคนทั่วไป มีโอกาสพบโรคสมองเสื่อมน้อยกว่าผู้ที่มีระดับความสุขเท่าคนทั่วไปร้อยละ 50 (OR=0.5 95% CI:0.3-0.9) ผู้ที่มีระดับความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป มีโอกาสพบโรคสมองเสื่อมมากกว่าผู้ที่มีระดับความสุขเท่าคนทั่วไป 2.1 เท่า (OR=2.1 95% CI:1.1-4.5)

ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวบ้าง/มากที่สุด มีโอกาสพบโรคสมองเสื่อมมากกว่าผู้ไม่มี 3.3 เท่า (OR=3.3 95% CI:1.4-7.6)



แสดงค่าเฉลี่ยของ Odds Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 (95% Confidence Interval--CI) โดยปัจจัยที่แสดงด้านหลัง vs คือ กลุ่มอ้างอิง (Reference) เส้นประแสดงค่า OR =1 กลุ่มเปรียบเทียบไม่ต่างจากกลุ่มอ้างอิง

รูป 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของโรคสมองเสื่อม

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบความผิดปกติของกลุ่มโรคทางอารมณ์ (รูป 6)

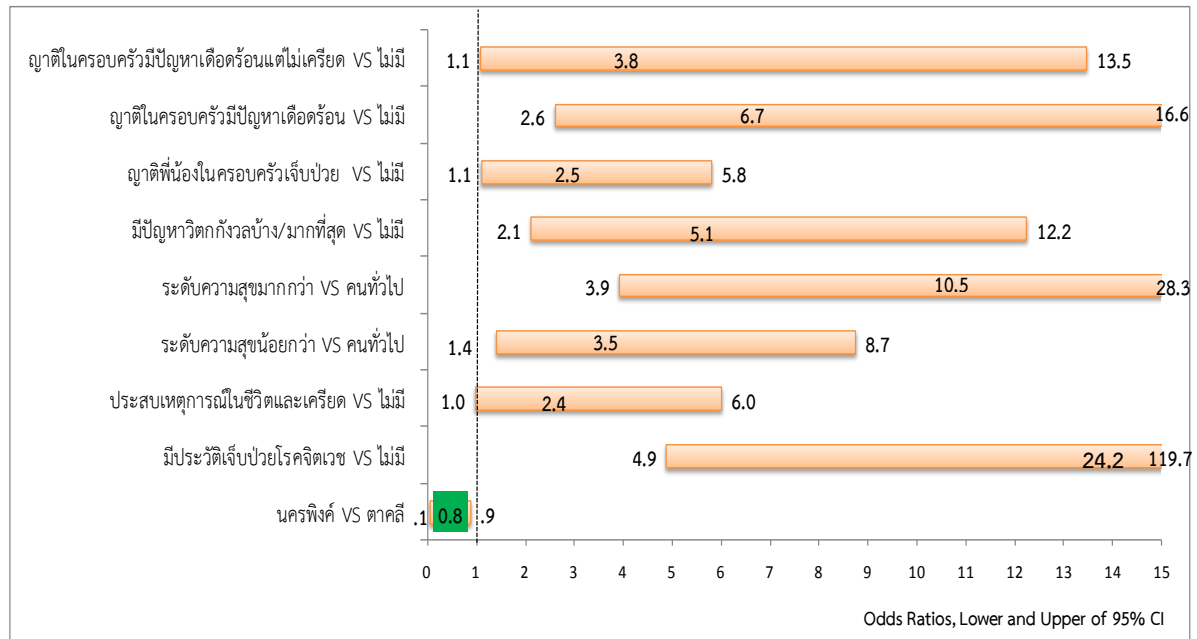
ปัจจัยด้านบุคคลและข้อมูลทั่วไป พบว่า CUP รพ.นครพิงค์ มีโอกาสพบความผิดปกติของกลุ่มโรคทางอารมณ์น้อยกว่า CUP รพ.ตาคีร้อยละ 20 (OR=0.8 95% CI:0.1-0.9)

ปัจจัยเสี่ยง พบว่า ผู้ที่มีประวัติเจ็บป่วยโรคจิตเวช มีโอกาสพบความผิดปกติของกลุ่มโรคทางอารมณ์มากกว่าผู้ไม่เคย 24.2 เท่า (OR=24.2 95% CI:4.9-119.7) ผู้ที่ประสบเหตุการณ์และเครียด มีโอกาสพบความผิดปกติของกลุ่มโรคทางอารมณ์ มากกว่าผู้ไม่มี 2.4 เท่า (OR=2.4 95% CI:1.0-6.0)

เหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเครียดและมีโอกาสพบความผิดปกติของกลุ่มโรคทางอารมณ์ ได้แก่ ผู้ที่มีญาติในครอบครัวมีปัญหาเดือดร้อนแต่ไม่เครียด พบเป็น 3.8 เท่า (OR=3.8 95% CI:1.1-13.5) ผู้ที่มีญาติในครอบครัวมีปัญหาเดือดร้อน พบเป็น 6.7 เท่า (OR=6.7 95% CI:2.6-16.6) ผู้ที่มีญาติพี่น้องในครอบครัวเจ็บป่วย พบเป็น 2.5 เท่า (OR=2.5 95% CI:1.1-5.8)

ปัจจัยด้านความสุข พบว่า ผู้ที่มีระดับความสุขมากกว่าคนทั่วไป มีโอกาสพบความผิดปกติของกลุ่มโรคทางอารมณ์ มากกว่าผู้ที่มีระดับความสุขเท่าคนทั่วไป 10.5 เท่า (OR=10.5 95% CI:3.9-28.3) ผู้ที่มีระดับความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป มีโอกาสพบความผิดปกติของกลุ่มโรคทางอารมณ์ มากกว่าผู้ที่มีระดับความสุขเท่าคนทั่วไป 3.5 เท่า (OR=3.5 95% CI:1.4-8.7)

ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ที่มีปัญหาวิตกกังวลบ้าง/มากที่สุด มีโอกาสพบความผิดปกติของกลุ่มโรคทางอารมณ์ มากกว่าผู้ไม่มี 5.1 เท่า (OR=5.1 95% CI:2.1-12.2)



แสดงค่าเฉลี่ยของ Odds Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 (95% Confidence Interval--CI) โดยปัจจัยที่แสดงด้านหลัง vs คือ กลุ่มอ้างอิง (Reference) เส้นประแสดงค่า OR =1 กลุ่มเปรียบเทียบไม่ต่างจากกลุ่มอ้างอิง

รูป 6 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของกลุ่มโรคทางอารมณ์กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับ (รูป 7)

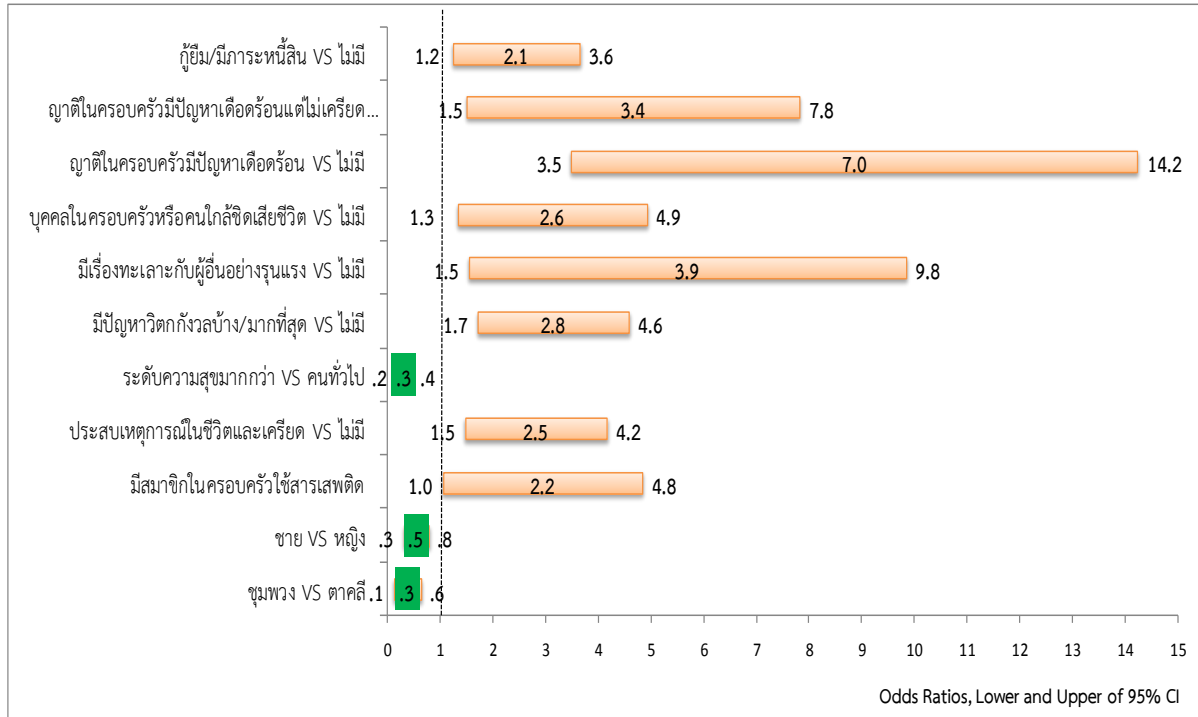
ปัจจัยด้านบุคคลและข้อมูลทั่วไปพบว่า เพศชาย มีโอกาสพบภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับน้อยกว่าเพศหญิงร้อยละ 50 (OR=0.5 95% CI:0.3-0.8) CUP รพ.ชุมพวง มีโอกาสพบภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับน้อยกว่า CUP รพ.ตาคลีร้อยละ 70 (OR=0.3 95% CI:0.1-0.6)

ปัจจัยเสี่ยง พบว่า ผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด มีโอกาสพบภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับมากกว่าผู้ไม่มี 2.2 เท่า (OR=2.2 95% CI:1.0-4.8) ผู้ที่ประสบเหตุการณ์ในชีวิตและเครียด มีโอกาสพบภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับมากกว่าผู้ไม่มี 2.5 เท่า (OR=2.5 95% CI:1.5-4.2)

เหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเครียดและมีโอกาสพบภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับ ได้แก่ ผู้ที่มีการก๊วยม/ภาระหนี้สินพบเป็น 2.1 เท่า (OR=2.1 95% CI:1.2-3.6) ผู้ที่มีญาติในครอบครัว พบเป็น 3.4 เท่า (OR=3.4 95% CI:1.5-7.8) ผู้ที่มีญาติในครอบครัวมีปัญหาเดือร้อน พบเป็น 7.0 เท่า (OR=7.0 95% CI:3.5-14.2) ผู้ที่มีบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเสียชีวิตพบเป็น 2.6 เท่า (OR=2.6 95% CI:1.3-4.9) ผู้ที่มีเรื่องทะเลาะกับผู้อื่นอย่างรุนแรง พบเป็น 3.9 เท่า (OR=3.9 95% CI:1.5-9.8)

ปัจจัยด้านความสุข พบว่า ผู้ที่มีระดับความสุขมากกว่าคนทั่วไป มีโอกาสพบภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับน้อยกว่าผู้ที่มีระดับความสุขเท่าคนทั่วไปร้อยละ 70 (OR=0.3 95% CI:0.2-0.4)

ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ที่มีปัญหาวิตกกังวลบ้าง/มากที่สุด มีโอกาสพบภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับมากกว่าผู้ไม่มี 2.8 เท่า (OR=2.8 95% CI:1.7-4.6)



แสดงค่าเฉลี่ยของ Odds Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 (95% Confidence Interval-CI) โดยปัจจัยที่แสดงด้านหลัง vs คือ กลุ่มอ้างอิง (Reference) เส้นประแสดงค่า OR =1 กลุ่มเปรียบเทียบไม่ต่างจากกลุ่มอ้างอิง

รูป 7 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป

คณะกรรมการและทีมวิจัยภาคสนาม

คณะกรรมการสำรวจระดับวิทยาลัยพยาบาลสุขภาพจิต

1. นายแพทย์บุญชัย	นามมงคลวัฒนา	ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
2. นายแพทย์ยงยุทธ	วงศ์ภิรมย์ศาน	หัวหน้ากลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
3. นายแพทย์ดุสิต	ลิขนะพิชิตกุล	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	ประธาน
4. ดร.พญ.เบญจมาศ	พฤกษ์กานนท์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	รองประธาน
5. นางตติยา	ทุมเสน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
6. นางสาววรัตน์	พวงลัดดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
7. นางพรทิพย์	วชิระดิลก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
8. นางกนกวรรณ	สุดศรีวิไล	นักวิชาการสถิติชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
9. นายธีระ	ศิริสมุด	นักวิจัยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)	กรรมการ
10. นายสุรเดช	ดวงทิพย์สิริกุล	ผู้ช่วยวิจัยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)	กรรมการ
11. นางสาวเยาวรีย์	ดอเลาะ	ผู้ช่วยวิจัยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)	กรรมการ

ทีมวิจัยภาคสนาม

โรงพยาบาลสวนปรุง		โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกนครินทร์	
นางสาวหทัยชนัน บุญเจริญ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	นายณรงค์ชาติ รัตนชาติ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
นางสาวนิภาพรรณ พรมอุทัย	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	นางกมลสดา จิระโรจน์วงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวราณี พรมานะจิรัฐกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	นางสาวนิศากร แก้วพิลา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวมธุรี คำวงศ์ปิ่น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	นางสาวปราณีต ชุ่มพุด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางจิระพรรณ สุริยงค์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	นางสมจิตร ทัพพิมาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวณัฐญา กาใหญ่	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	นางสาวนฤมล สุริยะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวสกวรัตน์ เทพประสงค์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	นายสันติ ศิริพัฒน์พงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวกาญจนา ปิงจันทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	นางสมบุญ ดอกดวง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวสมศรี วรรณมณี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	นางวิษณุรัตน์ วรรณรัตน์วงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางดวงเดือน ไชยน้อย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	นายบุญเลิศ บุญทิพย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางอุรา ทิพย์ประจักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	นางจำเนียร สุรวรรณกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวชลธิพร แสนไชย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		

โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนกนครินทร์

นายวรวัฒน์ ไชยชาญ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
นางศรีธัญญา ทองจีน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นายอัชฌา หล่ายลอย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางรัชณี ไพรสวัสดิ์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
นางสาวณัฐธิดา วุฒิพงษ์วรโชค	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ
นางจินนัทนา เนตรศิริ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางกษพร สายสุทธิ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นายธวัชชัย สายชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสรินดา น้อยสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางธิดาเดือน ดอนจันทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นายคมสันต์ มิ่งมิตรมี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นายอุทัย ตรงเมธี	พยาบาลเทคนิคชำนาญการ

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

นางสาวอาภรณ์ สุวรรณเจษฎาเลิศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางศิริยา รอดเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นายสัมพันธ์ มณีรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวสุวิทย์ วงษ์พนม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นายประเสริฐ สุขพิทักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวพรรณิ แดงเรือ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสำรวย ปัญญาอภิวังค์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสุภาวดี สมุทรเก่า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นายอำนาจ ปานเพชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวเกศกมล วรรณนุช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางศรีเวียง ศรีเทพ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นายวิทยา บุญชิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางวัลยา ภิญญาคง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวพวงรัตน์ ภูพิชญาพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวประไพพร เพชรประดับสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวศิริวรรณ หวังอินทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสุภาวดี ใจห้าว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวปราณี เชษฐนท	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวประไพ ทายาท	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางอรสา เรืองสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

