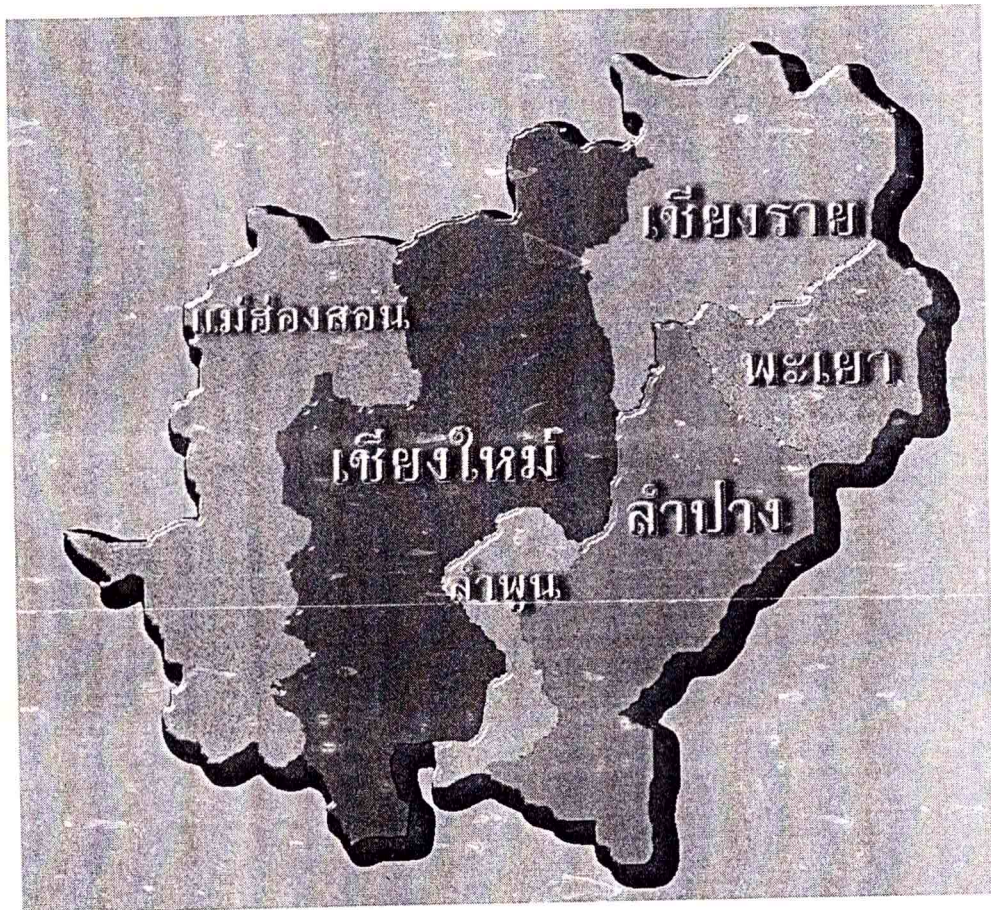




Rec. 095

รายงานผลการสำรวจ

ภาวะสุขภาพจิตคนไทยในระดับจังหวัด
ในพื้นที่สาธารณสุข เขต 10



ศูนย์สุขภาพจิตเขต 10 เชียงใหม่
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทยในระดับจังหวัด (เขต 10) ปีงบประมาณ 2542 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ประเมินภาวะสุขภาพจิตของประชาชนและปัญหาสังคม ที่เกี่ยวข้อง ประเมินผล การดำเนินงานสุขภาพจิตในแผนพัฒนาสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 – 2544) ช่วงครึ่งแผน กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนา อยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง พะเยา ลำพูน และแม่ฮ่องสอน จำนวน 3,077 ราย เก็บรวบรวม ข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window ใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และทดสอบความแตกต่างด้วย Chi square ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษาพบว่าภาวะสุขภาพจิต มีปัญหาหนักใจทุกข์ใจมากที่สุดคือร้อยละ 55.5 คิ่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ร้อยละ 38.8 โรคประสาทร้อยละ 16.3 มีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 3.9 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 2.9 เคยใช้สารเสพติดร้อยละ 0.8 ส่วนปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตพบ ว่าเป็นปัญหาเศรษฐกิจร้อยละ 44.0 รองลงมาคือปัญหาการทำงาน ปัญหาสุขภาพจิตพบเพียงร้อยละ 7.5 ปัญหาสุขภาพจิตของครอบครัวพบว่า สมาชิกของครอบครัวมีปัญหาหนักใจทุกข์ใจมากที่สุด ร้อยละ 52.2 คิ่มสุราหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ร้อยละ 48.8 มีอาการทางจิต ร้อยละ 1.5 มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 1.3 ปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง และคนในครอบครัว คือปัญหา เศรษฐกิจมากที่สุด ปัญหาที่พบในชุมชนตามความเห็นของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72.3 คือปัญหาเศรษฐกิจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90 มีความเห็นว่า จังหวัด(ที่ตนเองมีภูมิลำเนา)น่าอยู่ ตนเองมีความสุข ครอบครัวมีความสุข ฟังพอใจในชุมชนที่อยู่ ได้ร่วมกิจกรรมกับครอบครัว ชุมชนที่อยู่อาศัย พบว่ามี ปัญหาเศรษฐกิจร้อยละ 72.3 รองลงมาคือปัญหาความเจ็บป่วย (30.6) และปัญหาสังคม (30.6) ส่วน ปัญหาสุขภาพจิตพบร้อยละ 11.9

ผลการดำเนินงานสุขภาพจิต พบว่ามีผู้รู้จักบริการสุขภาพจิต ด้านบริการให้คำปรึกษามาก ที่สุดคือร้อยละ 31.7 และบริการปรึกษาทางโทรศัพท์รองลงมา ส่วนบริการโทรศัพท์อัตโนมัติ มีผู้รู้จัก น้อยที่สุดคือ 14.7 เมื่อพูดถึงการใช้บริการพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียง 5.5 เคยใช้บริการปรึกษาและร้อยละ 0.5 เคยใช้บริการ 1667

คำนำ

จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมยุคโลกาภิวัตน์ การว่างงาน เนื่องจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจในประเทศไทยตั้งแต่ปลาย พ.ศ.2540 เป็นต้นมา ได้ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของประชาชน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาภาวะสุขภาพจิตของประชาชนดังกล่าว จึงได้ดำเนินโครงการสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทยในระดับจังหวัด ปี 2542 ขึ้น และการสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทยในระดับจังหวัด ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 10 นี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการสำรวจดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะและขนาดของปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน และนำผลการสำรวจดังกล่าวมาวางแผน ดำเนินการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟูสุขภาพจิตของประชาชนให้ตรงกับปัญหาที่แท้จริงในแต่ละท้องถิ่น ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานสุขภาพจิตเป็นไปอย่างเหมาะสม สอดคล้อง ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544)

ศูนย์สุขภาพจิตเขต 10 หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตในระดับจังหวัดในพื้นที่สาธารณสุขเขต 10 จะเป็นประโยชน์ในการดำเนินงานสุขภาพจิต และการวางแผนงาน โครงการสุขภาพจิตในพื้นที่สาธารณสุขเขต 10 ต่อไป

นายมนตรี นามมงคล

ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตเขต 10

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัย เรื่อง การสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทยในระดับจังหวัด ในสาขารณสุขเขต 10 โดย ศูนย์สุขภาพจิตเขต 10 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือของบุคลากร ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และสถานีอนามัย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง พะเยา เชียงราย และแม่ฮ่องสอน ที่ร่วมเก็บรวบรวมข้อมูลในระดับพื้นที่

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลสวนปรุง ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ ที่ให้การสนับสนุนบุคลากร และยานพาหนะ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ และขอขอบคุณ เกศษกรวนิดา พุ่มไพศาลชัย หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสวนปรุง ที่ให้ความกรุณาเป็นที่ปรึกษาด้านสถิติ การวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของเขต

ศูนย์สุขภาพจิตเขต 10 หวังว่าการศึกษาในครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานสุขภาพจิต และนำไปใช้ในการวางแผนงาน โครงการสุขภาพจิตต่อไป

ศูนย์สุขภาพจิตเขต 10

เมษายน 2543

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
คำนำ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	5
นิยามศัพท์	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	7
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	12
ระเบียบวิธีวิจัย	12
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	13
การเก็บและรวบรวมข้อมูล	14
การวิเคราะห์ข้อมูล	14
บทที่ 4 ผลการวิจัย	16
บทที่ 5 สรุป วิเคราะห์และข้อเสนอแนะ	38
บรรณานุกรม	43
ภาคผนวก	

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล	16
ตารางที่ 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง แยกตามเพศ	16
ตารางที่ 3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามช่วงอายุ จำแนกรายจังหวัด	17
ตารางที่ 4 ร้อยละของสถานภาพสมรส ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด	17
ตารางที่ 5 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการโรคประสาท ภาวะซึมเศร้าและสมาธิ ในครอบครัวมีอาการทางจิต จำแนกตามจังหวัด	18
ตารางที่ 6 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่เสพสารเสพติดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เมื่อจำแนกแต่ละจังหวัด	19
ตารางที่ 7 ร้อยละของสมาชิกในครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง ที่เสพสารเสพติดในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา เมื่อจำแนกแต่ละจังหวัด	20
ตารางที่ 8 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ใน ระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามจังหวัด	21
ตารางที่ 9 ร้อยละของบุคคลในครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่ ผสมแอลกอฮอล์ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา	22
ตารางที่ 10 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีปัญหาหัวใจ/ทุกข์ใจ/ไม่สบายใจ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามจังหวัด	23
ตารางที่ 11 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้วิธีแก้ไขความทุกข์ใจ/ไม่สบายใจ ที่เกิดขึ้น จำแนกตามจังหวัด	24
ตารางที่ 12 ร้อยละของสมาชิกในครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง ที่มีปัญหาหัวใจ/ทุกข์ใจ /ไม่สบายใจ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามจังหวัด	25
ตารางที่ 13 ร้อยละ ของสมาชิกในครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้วิธีแก้ไขความทุกข์ใจ /ไม่สบายใจ ที่เกิดขึ้น จำแนกตามจังหวัด	26
ตารางที่ 14 ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และวิธีการฆ่าตัวตาย ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามจังหวัด	27
ตารางที่ 15 ร้อยละ ของสมาชิกในครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และใช้วิธีการฆ่าตัวตาย ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามจังหวัด	28
ตารางที่ 16 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่รู้จักและใช้บริการสุขภาพจิตจำแนกตามจังหวัด	29

ตารางที่ 17	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความคิดเห็นต่อข้อชี้วัดสุขภาพจิตดีถ้วนหน้า	30
ตารางที่ 18	ร้อยละของสมาชิกในครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง ที่มีปัญหาช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เช่น ป่วยทางกาย, ป่วยทางจิต, พิการ	32
ตารางที่ 19	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว, ร้อยละของการดูแลผู้สูงอายุ และการได้รับการดูแลจากครอบครัวกรณีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำแนกตามจังหวัด	33
ตารางที่ 20	ร้อยละของเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี ในครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด	34
ตารางที่ 21	ร้อยละของปัญหาที่พบในชุมชน และวิธีแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ตามความเห็น ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด	35
ตารางที่ 22	ร้อยละของปัญหาภายในครอบครัวของบ้านที่อยู่ด้านซ้ายมือติดกับบ้าน ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด	36
ตารางที่ 23	ร้อยละของคนในครอบครัวของบ้านที่อยู่ด้านซ้ายมือติดกับบ้านของกลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติต่อเด็ก จำแนกตามจังหวัด	37

ความเป็นมาของโครงการวิจัย

ในยุคที่ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางภาวะเศรษฐกิจและสังคมเกิดขึ้นมากและรวดเร็วทั้งด้านโครงสร้างทางสังคม ความเป็นอยู่ของประชากร รวมถึงลักษณะการดำรงชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปมาก ส่งผลกระทบต่อภาวะความเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพของประชาชน สาเหตุส่วนใหญ่เป็นผลสืบเนื่องจากการบีบคั้น ทางเศรษฐกิจ ทางจิตใจ และปัญหาสิ่งแวดล้อม นอกจากความเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมาแล้ว ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และวิทยาการต่าง มากและรวดเร็ว โดยเฉพาะวิทยาการทางการแพทย์ การสาธารณสุข ผลการวิจัยทำให้เข้าใจเรื่องความเจ็บป่วย การรักษา และเน้นการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมากขึ้น

สุขภาพจิตและความเจ็บป่วยทางจิตเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทางพันธุกรรม ความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการของชีวิต พฤติกรรมการดำรงชีวิตที่เป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัวและชุมชน ภายใต้อิทธิพลของสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ในเวลาและสถานที่นั้น ๆ ซึ่งรวมถึงประสิทธิภาพของระบบบริหารสุขภาพจิตในการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตและความผิดปกติทางสมอง การรักษา และการดูแลผู้ป่วยทางจิต และผู้ที่มีปัญหาทางจิตประสาทและการฟื้นฟูสภาพทางจิต

จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลก เมื่อเดือนสิงหาคม 2539 มีประชากรทั่วโลกถึง 1,500 ล้านคน ที่ต้องทุกข์ทรมานจากปัญหาทางจิตประสาท รวมถึงปัญหาโรคจิต ปัญหาทางพฤติกรรม และการใช้สารเสพติด หนึ่งในผู้ที่มีปัญหากลุ่มนี้ จะมีปัญหามากกว่าหนึ่งอย่าง และสามในสี่ของผู้ป่วยจะอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา รวมถึงประเทศไทยด้วย ซึ่งทราบกันอยู่ทั่วไปว่า ปัจจุบันประชาชนเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิตเพิ่มมากขึ้น จึงเป็นภาระของหน่วยงานที่มีภาระหลักในการที่จะต้องหาทฤษฎี และศึกษาพฤติกรรมกรรมการดำรงชีวิตเพื่อสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว การอยู่ร่วมกันในชุมชน รวมถึงพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองทางสุขภาพจิต (Psychological self care behavior) การดูแลผู้ป่วย บุคคลปัญญาอ่อนและการดูแลช่วยเหลือกันในครอบครัวและชุมชน (Care – givers) ซึ่งรวมทั้งภาวะพึ่งพิง (disability burden) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship)

เนื่องจากสภาวะทางสุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตของบุคคล กลุ่มคนในสภาพทางสังคมที่เป็นอยู่ขณะนั้น การป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต การส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนในสังคมใด จึงต้องอาศัยความเข้าใจในสภาพปัญหา การเกิดปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาตามสภาพสังคมนั้นๆ ซึ่งความเข้าใจดังกล่าว เป็นองค์ความรู้ สภาพสังคมและการทบทวนสิ่งที่เป็นบริบทพื้นฐานอย่างเข้าใจและประยุกต์สภาพต่าง ๆ นั้นเข้าด้วยกัน และสะท้อนออกมาเป็นสภาพปัญหาเฉพาะจุด แล้วเริ่มต้นแก้ไขในแต่ละระดับอย่างเหมาะสม จึงเป็นที่มาของการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในระดับจังหวัด ที่กรมสุขภาพจิตดำเนินการ

การประเมินผลแผนพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงครึ่งแผน 8

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 – 2544) เป็นแผนที่กำหนดวิสัยทัศน์การพัฒนากคนและสังคมไทยไปสู่ภาพลักษณ์ที่พึงปรารถนา ได้กำหนดกลยุทธ์ที่สำคัญ คือ เน้นคนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาและเน้นการพัฒนาแบบบูรณาการ ทั้งนี้ ในส่วนของแผนพัฒนาสุขภาพจิต ก็ได้กำหนดกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาการสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นที่จะพัฒนาบุคคลทั้งในเรื่องร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญาและสังคม ส่งเสริมให้ครอบครัวมีความอบอุ่น สนับสนุนชุมชนให้มีความเข้มแข็ง รวมทั้งพัฒนาบริการสุขภาพจิตที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ โดยมีแผนงานที่กำหนดขึ้น เพื่อรองรับกลยุทธ์ดังกล่าว รวม 4 แผนงาน คือ แผนงานบริหารจัดการการสาธารณสุข (งานบริหารทั่วไป และงานนโยบายและแผน) แผนงานบริการสาธารณสุข (งานบริการสุขภาพจิต) แผนงานสุขภาพจิต (งานสุขภาพจิตบุคคลและสถาบัน งานสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต และงานพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต) และแผนงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (งานบริการคำปรึกษา) ซึ่งปัจจุบันได้มีการดำเนินงานตามแผนงานต่าง ๆ เป็นเวลาครึ่งแผน ฯ 8 แล้ว

การประเมินผลนับเป็นกลไกที่สำคัญในการบริหารการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยน เป้าหมาย นโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงาน/โครงการ ตลอดจนการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ ความเท่าเทียมกัน และความเสมอภาค การที่จะวัดความสำเร็จหรือความล้มเหลวของแผนพัฒนาประเทศ จำเป็นต้องมีระบบการติดตามประเมินผลที่สามารถจะวัดผลของการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยดัชนีชี้วัดความสำเร็จในหลายมิติและหลายระดับ สำหรับในส่วนของแผนพัฒนาสุขภาพจิต ได้มีการกำหนดดัชนีชี้วัดไว้ครอบคลุมทุกแผน ทั้งที่รวมกับแผนของกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม ซึ่งส่วนใหญ่จะมีการติดตามจากระบบรายงานที่มีอยู่และในส่วนที่แยกออกมาโดยเฉพาะ ดังแผนงานสุขภาพจิต ซึ่งกรมสุขภาพจิต จะต้องรับผิดชอบในการประเมินผลโดยตรง ทั้งจากการติดตามผลจากระบบรายงานที่มีอยู่แล้ว และจากการศึกษาวิจัย สำหรับในส่วนของแผนงานสุขภาพจิตนั้น มีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานเพื่อให้บุคคลและสถาบันต่าง ๆ ในสังคม มีภูมิคุ้มกันต่อปัญหาสุขภาพจิต และสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม มีจิตสำนึกที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพจิตตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสถาบัน รวมทั้งมีความสามารถในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง และแนะนำช่วยเหลือผู้อื่นได้เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพจิต จากวัตถุประสงค์ดังกล่าวได้กำหนดเป้าหมายในการประเมินผลดังนี้

1. ประชาชนไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70 ตระหนักในความสำคัญของสุขภาพจิตที่มีต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม สามารถหาทางช่วยเหลือตนเองหรือผู้อื่นได้เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น รวมทั้งสามารถหากลไกทางสังคมเพื่อพัฒนาสุขภาพจิตตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ โดยมีดัชนีชี้วัดความสำเร็จ 3 ข้อ คือ

- 1.1 ร้อยละของประชาชนมีความรู้ และมีการปฏิบัติตนเพื่อให้สุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว และสังคมดีขึ้น
- 1.2 ร้อยละของประชาชน มีความรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือสังคมได้ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น
- 1.3 ร้อยละของประชาชนใช้ระบบบริการทางสังคมทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว และสังคมได้

2. ประชาชนร้อยละ 70 มีทักษะในการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมมีดัชนีชี้วัด คือ ร้อยละของประชาชน ใช้วิธีการปฏิบัติต่อตนเองอย่างเหมาะสมเมื่อมีความเครียด

จะเห็นได้ว่าการกำหนดเป้าหมายของแผนงานสุขภาพจิตดังกล่าว จำเป็นต้องประเมินผลการดำเนินงานจากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นประชาชนทั่วประเทศ หากจะต้องทำการศึกษาวิจัยเพื่อการประเมินผล ฯ ในช่วงครึ่งแผน ฯ 8 นี้ เป็นการเฉพาะแล้ว อาจทำให้ต้องสูญเสียงบประมาณกำลังคน และเวลาในการดำเนินการมาก จึงได้ผนวกงานศึกษาวิจัยดังกล่าว รวมกับโครงการสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทยในระดับจังหวัด ที่มีกำหนดการศึกษาในช่วงเวลาเดียวกันซึ่งนอกจากจะมีความเหมาะสม และสอดคล้องกับสถานะวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศปัจจุบันแล้ว ผลของการประเมินยังจะใช้ประโยชน์เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริการในการกำหนดทิศทางนโยบายและกลยุทธ์ต่าง ๆ อันจะนำไปสู่การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพจิต ในช่วงแผน ฯ 9 ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อบังเกิดผลต่อการมีสุขภาพจิตที่ดีของประชาชนในประเทศต่อไป

การประเมินผลสุขภาพจิตดีถ้วนหน้า

ประเทศไทยได้ดำเนินการพัฒนาทางเศรษฐกิจ และสังคม เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี 2543 เริ่มตั้งแต่การประชุมระดับชาติในปี พ.ศ.2520 และในปี พ.ศ.2523 ประเทศไทยก็ได้ให้สัตยาบันใน “กฎบัตรเพื่อพัฒนาการทางสุขภาพ” ณ เมืองอัลมา อตา ประเทศรัสเซีย เพื่อตอกย้ำ เจตนารมณ์ของประเทศที่จะทำให้ “ทุกคนในประเทศไทยเกิดมา และเติบโตไปจนแก่และตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ อีกทั้งในระหว่างที่มีชีวิตอยู่นั้น จะต้องมีความสุขพอที่จะเป็นประโยชน์และมีส่วนร่วมสร้างเสริมเศรษฐกิจ ตลอดจนสังคมที่ทุกคนเป็นสมาชิกอยู่ได้อย่างเต็มตามความหมายของคำว่าสุขภาพดีถ้วนหน้า ก่อนปี 2543”

สำหรับกลวิธีที่ประเทศไทยใช้ในการพัฒนาทางสังคมให้บรรลุจุดหมายดังกล่าวได้แก่ กลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน โดยกำหนดให้ดำเนินงานโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้าขึ้น โดยกำหนดเกณฑ์ชี้วัด 3 กลุ่ม คือ 1.)จปฐ 2.)การพึ่งตนเอง 3.)การเข้าถึงบริการ ตามเกณฑ์ พบส. เมื่อหมู่บ้านใด ชุมชนใด ดำเนินการได้ตามเกณฑ์ ก็จะบรรลุเป็นหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า หากทุกหมู่บ้านในตำบลนั้น

บรรลุลักษณะ ทั้ง 3 กลุ่ม ก็จะบรรลุเป็นตำบลสุขภาพดีถ้วนหน้า อำเภอสุขภาพดีถ้วนหน้า และจังหวัดสุขภาพดีถ้วนหน้า ตามลำดับ โดยเป้าหมายเมื่อสิ้นปี 2537 ร้อยละ 50 ของหมู่บ้านและชุมชนทั่วประเทศ บรรลุจุดหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าทุกอำเภอ ต้องมีตำบลสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างน้อย 1 ตำบล ทุกจังหวัด มีมีอำเภอสุขภาพดีถ้วนหน้า อย่างน้อย 1 อำเภอ ทุกเขตสาธารณสุขจะต้องมีจังหวัดสุขภาพดีถ้วนหน้า อย่างน้อย 1 จังหวัด ผลของโครงการสามารถดำเนินการพัฒนาบรรลุลักษณะทั้งหมด 30,270 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 83.44 ของหมู่บ้านเป้าหมายและ 251 ชุมชน คิดเป็นร้อยละ 44.19 ของชุมชนเป้าหมาย และพบว่าสถานบริการ รพช. 450 แห่ง ผ่านเกณฑ์ 332 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 73.77 ของ รพช. ที่รายงาน สถานอนามัย จำนวน 5,832 แห่ง ผ่านเกณฑ์ 3,349 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 56.99 ของจำนวนสถานอนามัย ที่รายงาน ในปัจจุบันพบว่าหมู่บ้าน 66,114 หมู่บ้าน ผ่านเกณฑ์สุขภาพดีถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 97.82 ชุมชน 1,821 ชุมชน ผ่านเกณฑ์สุขภาพดีถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 93.82 ตำบล สุขภาพดีถ้วนหน้า จำนวน 6,847 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 95.14 อำเภอ สุขภาพดีถ้วนหน้า 783 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 90

ในงานสุขภาพดีถ้วนหน้าดังกล่าว งานสุขภาพจิตก็เป็นเครื่องชี้วัดตัวหนึ่งของโครงการ และอยากทราบว่า สุขภาพจิตของประชาชนมีความสอดคล้องกับผลสำเร็จของโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้าหรือไม่ ประการใด กรมสุขภาพจิต ได้เห็นความสำคัญของการมีสุขภาพจิตดีของประชาชน จึงประสงค์ประเมินผลสุขภาพดีถ้วนหน้าขึ้น เพื่อจะได้กำหนดแนวทางในการดำเนินงานสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับข้อมูลที่จะได้ดำเนินการศึกษานี้ต่อไป

คำถามของการวิจัย (Research Questions)

8.1 สภาพปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของคน ครอบครัว และชุมชน ในแต่ละจังหวัดมีปริมาณเท่าใด แตกต่างกันในแต่ละจังหวัดอย่างไร

8.2 นโยบายพัฒนาบริการสุขภาพจิตในแผนพัฒนาสุขภาพจิต ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 – 2544) ด้านการสาธารณสุข ที่ผ่านมาครึ่งแผน สามารถแปลงไปสู่การปฏิบัติถึงประชาชนในระดับจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรมเพียงใด

8.3 ประชาชนไทยมีภาวะสุขภาพจิตเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ (Objectives)

9.1 เพื่อศึกษาลักษณะและขนาดของปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ของคน ครอบครัว และชุมชน ในแต่ละจังหวัด

9.2 เพื่อประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพจิต ในแผนพัฒนาสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 – 2544) ครึ่งแผน

9.3 เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในระดับจังหวัด

สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

1. ลักษณะและขนาดของปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของคนรอบครัว และชุมชน ในแต่ละจังหวัดแตกต่างกัน
2. ประชาชนในแต่ละจังหวัดได้รับผลของการพัฒนาสุขภาพจิตตามแผนแตกต่างกัน
3. ประชาชนในแต่ละจังหวัดมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

- | | |
|-------------|--|
| ด้านประชากร | - ศึกษาเฉพาะผู้ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม |
| | - มีอายุ 15 ปีขึ้นไป |
| | - ตั้งบ้านเรือนอยู่ใน 6 จังหวัด ในเขต 10 คือ เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง พะเยา เชียงราย และ แม่ฮ่องสอน |
| ด้านพื้นที่ | - ศึกษาเฉพาะพื้นที่ใน 6 จังหวัด คือ เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง พะเยา เชียงราย และแม่ฮ่องสอน |

นิยามศัพท์

1. Life – time prevalence หมายถึง อัตราความชุกของความผิดปกติทางจิตในบุคคลที่วัด ณ ช่วง เวลาหนึ่งว่าเคยมีความผิดปกติทางจิตที่ต้องการศึกษา
2. อาการวิตกกังวล หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ แสดงออกมาในรูปของความไม่สบายใจ หวาดหวั่น วิตกว่าจะเกิดเหตุร้าย วุ่นวายใจโดยหาสาเหตุไม่ได้ชัดเจน อาการแสดงออกมาได้หลายทาง เช่น อาการทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ อาจมีระดับตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรง แบ่งได้หลายโรคตามเกณฑ์วินิจฉัยมาตรฐานของ ICD-10 หรือ DSM-IV
3. โรคซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติของอารมณ์ที่แสดงออกในรูปซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ร่วมกับอาการอย่างอื่น เช่น นอนไม่หลับ น้ำหนักลด ไม่มีสมาธิ พฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดปกติ เป็นต้น ถ้ารุนแรง อาจมีความคิด หรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย แบ่งได้หลายโรคตามเกณฑ์ การวินิจฉัยมาตรฐานของ ICD-10 หรือ DSM-IV
4. การติดยาและสารเสพติด หมายถึง การใช้ยาหรือสารเสพติดอย่างมีพยาธิสภาพ ก่อให้เกิดการบกพร่องต่อบทบาทหน้าที่ อันเป็นผลมาจากการใช้ยาหรือสารนั้น มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา มีการเพิ่มขนาดของการใช้ (tolerance) และมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจเมื่อหยุดใช้ (Withdrawal Symptoms)
5. ประชาชนหรือคน หมายถึง คนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย เป็นประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มสถาบัน บ้านพักพิศุข หรือบ้านที่เป็นชาวต่างชาติ
6. คนในครอบครัว คือ คนที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน โดยมีระยะเวลาหนึ่งอาจรวมถึง บิดา มารดา บุตรธิดา สะใภ้ ลูกจ้าง ญาติพี่น้อง

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลพื้นฐานทางระบาดวิทยา ความชุกของความผิดปกติทางจิต ปัญหาการติดยา และสารเสพติด การติดสุรา การฆ่าตัวตาย ปัญหาสังคม ที่เป็นข้อมูลระดับจังหวัด
2. เป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนดำเนินการงานส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษาและฟื้นฟูทางสุขภาพจิตและสังคม ที่ตรงกับปัญหาที่แท้จริงของแต่ละพื้นที่
3. นำข้อมูลที่ได้ ไปประเมินผลการดำเนินการตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ครั้งแผน ด้านสาธารณสุข และปรับแผนการดำเนินการให้สอดคล้องกับสภาพที่เป็นจริง
4. นำข้อมูลในส่วนความเป็นสุข และสุขภาพจิตดีถ้วนหน้าของประชาชน เป็นฐานประเมินผล

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้ นำเสนอทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องเฉพาะสภาพความทุกข์ของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชไว้ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่า โรคทางจิตเวชจะเป็นปัญหาสำคัญของการสาธารณสุขทั่วโลก ผู้มีปัญหาทางจิตใจ หรือผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตในปัจจุบันมีประมาณ 1,500 ล้านคนทั่วโลก 3 ใน 4 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ปัญหาสุขภาพจิตที่พบ ได้แก่ ภาวะความแปรปรวนทางอารมณ์ (Mood disorder) ที่สำคัญคือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีประมาณ 340 ล้านคนทั่วโลก สำหรับประเทศไทยนั้น ปัจจุบันคนไทย 18 ล้านคน กำลังเผชิญปัญหาสุขภาพจิต มีอาการรุนแรงเป็นโรคจิตประมาณ 6 แสนคน เป็นโรคประสาทประมาณ 7 ล้าน 2 แสนคน เป็นบุคคลที่มีภาวะปัญญาอ่อนประมาณ 6 แสนคน สำหรับภาวะซึมเศร้าในคนไทยไม่ทราบแน่ชัด เนื่องจากไม่มีการศึกษาในเรื่องนี้ ในประเทศไทย

จากรายงานใน The Global Burden of Disease กล่าวถึง ตัวชี้วัดถึงภาวะที่เกิดจากการเป็นโรค (Burden of disease) ซึ่งพิจารณาอัตราการตาย ผลกระทบของภาวะการตายก่อนวันอันควร (Premature Death) และภาวะการสูญเสียความสามารถ (Disability) องค์การอนามัยโลกได้ใช้ข้อพิจารณาดังกล่าว แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะของการสูญเสียความสามารถ (Disability) เป็น 7 ระดับ ซึ่งการให้น้ำหนักของโรค/ภาวะทางจิตเวชจัดอยู่ในอันดับที่มีการสูญเสียความสามารถสูงเมื่อเทียบกับโรคทางกาย

นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ยังได้กล่าวถึงรายงานสาเหตุของภาวะการสูญเสียความสามารถ (Disability) ของประชากรโลก 10 อันดับแรก ซึ่งมีโรคทางจิตเวช 5 อันดับ คือ โรคซึมเศร้า (Unipolar Major Depression) การดื่มเหล้า (Alcohol Use) ความผิดปกติทางอารมณ์ (Bipolar Disorder) โรคจิตเภท (Schizophrenia) และโรคประสาทวิตกกังวลย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-Compulsive Disorder) โดยที่ Unipolar Major Depression อยู่ในอันดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 10.7 และคาดว่าสัดส่วนของโรคจิตและโรคระบบประสาทที่ทำให้เกิด disability จะสูงขึ้นจากร้อยละ 10.5 ในปี พ.ศ.2543 เป็นร้อยละ 15 ในปี พ.ศ.2563

สภาพปัญหาของประเทศไทยปัจจุบัน เนื่องจากไม่มีการศึกษาความสูญเสียของภาวะซึมเศร้าว่าเกิดความสูญเสียต่อองค์กร บุคคล และเศรษฐกิจเพียงใด และมีคนไทยมากน้อยเพียงใดที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้ ประสิทธิภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หรือบุคคลที่เกิดภาวะซึมเศร้า จะลดประสิทธิภาพการดำเนินชีวิต การงานประจำวันลงจากเดิมมาก จิตแพทย์ในฐานะผู้ให้การดูแลให้ทัศนะเปรียบเทียบ (Expert's Opinion) ว่าผู้ป่วยหรือบุคคลที่ประสบภาวะซึมเศร้าสูญเสียหน้าที่การทำงานเท่า ๆ กับผู้เป็นอัมพาตที่ไม่สามารถยกแขนและขาได้ทั้ง 2 ข้าง ผลเสียของภาวะซึมเศร้า นำไปสู่การฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิต ได้ดำเนินการศึกษา ปัญหาของการฆ่าตัวตายในประชาชน พบว่า การป้องกันการฆ่าตัวตาย จะประสบผลสำเร็จได้ต้องเริ่มดำเนินการที่กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อน คนที่ประสบภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญที่สุด ในการเริ่มดำเนินการป้องกัน การค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชนเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องมีการดำเนินการ โดยในปี พ.ศ.2540 และปี พ.ศ.2541 กรมสุขภาพจิต ได้เร่งดำเนินการสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิต และความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชน เพื่อศึกษาความชุกของความผิดปกติต่าง ๆ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า วิตกกังวล การฆ่าตัวตาย ลมชัก ปัญญาอ่อน การติดยา-สารเสพติด และการดื่มสุราในคนไทย รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต เพื่อนำมาวางแผนในการดำเนินงานสุขภาพจิตแก่ประชาชนในทุกด้าน ในปี พ.ศ.2540 ทำการสำรวจประชากรในกรุงเทพมหานคร จำนวน 2,948 ราย พบว่า ประชาชนกรุงเทพมหานคร ได้รับการคัดกรองว่าความผิดปกติทางจิตอย่างใดอย่างหนึ่ง ร้อยละ 21.34 โดยไม่รวมการติดยาสารเสพติดและสุรา ในการสำรวจนี้ ได้คัดกรองประชากรแล้ว พบความผิดปกติทางจิตอย่างใดอย่างหนึ่งมาวินิจฉัย เพื่อยืนยันความผิดปกติชนิดต่าง ๆ พบว่าร้อยละ 15.74 ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคจิตเภท ปัญญาอ่อน โรคลมชัก ความผิดปกติของอารมณ์ โรควิตกกังวล ในปี พ.ศ.2541 กรมสุขภาพจิตได้ทำการสำรวจ โดยวิธีเดียวกันในกลุ่มประชากรเขตภูมิภาค ทุกภาคของประเทศ รวม 13 จังหวัด ได้แก่ ภาคเหนือ 3 จังหวัด คือ เชียงราย ลำปาง อุทัยธานี ภาคกลาง 4 จังหวัด คือ นนทบุรี สระบุรี ราชบุรี สระแก้ว ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4 จังหวัด คือ บุรีรัมย์ อุดรธานี ศรีสะเกษ นครพนม ส่วนภาคใต้ 2 จังหวัด คือ นครศรีธรรมราช และสงขลา มีประชากรในการศึกษานี้ 7,150 ราย ผลการศึกษาแสดงให้เห็นความชุกของผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่อยู่ในชุมชน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย ปี พ.ศ.2540-2541

ผลการศึกษา	ความชุกของโรค (ร้อยละ)	
	กรุงเทพมหานคร(2540)	เขตภูมิภาค(2541)
จำนวนตัวอย่าง	2,948	7,149
การคัดกรองโรค		
ปัญญาอ่อน	1.83	1.3
โรคประสาท	15.47	4.4
โรคจิตชนิดต่าง ๆ	9.57	2
อารมณ์ครึ่งแครงผิดปกติ	4.27	0.6

ผลการศึกษา	ความทุกข์ของโรค (ร้อยละ)	
	กรุงเทพมหานคร(2540)	เขตภูมิภาค(2541)
มีความคิดฆ่าตัวตาย	7.06	3.1
อาการย้ำคิดย้ำทำ	7.46	1.3
โรคลมชัก	1.32	0.7
ไข้ยา – สารเสพติด	32.4	5.65
ใช้เกิน 5 ครั้ง	19.2	4.7
ใช้เพื่อสบายใจ คลายเครียด	13.2	0.95
ดื่มสุรา	37.9	10.2
ดื่มเป็นครั้งคราว	87.0	6.0
ดื่มบ่อย ๆ ติดต่อกันนานกว่า 1 ปี	31.8	4.2
<u>การวินิจฉัยโรค</u>		
โรคจิตเภท	0.2	0.17
ความผิดปกติของอารมณ์ชนิด		
คลุ้มคลั่ง	1.42	1.4
ซึมเศร้ารุนแรง	3.05	0.3
ซึมเศร้า	0.14	0.1
โรควิตกกังวล ชนิด		
Hypochondriasis	0.92	0.8
Somatization	0.1	0.2
Panic disorder	1.29	10.0
Generalized Anxiety disorder	1.53	0.7
Agoraphobia	0.95	0.8
Social Phobia	0.37	0.3
Simple Phobia	0.54	0.3
Obsessive Compulsive disorder	0.41	0.3

ในการสำรวจนี้ นอกจากจะพบความชุกของโรคทางจิตเวชในชุมชน ปัญหาการติดยาเสพติด และดื่มสุราแล้ว ในส่วนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต พบว่าประชาชนในกรุงเทพมหานคร มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตอยู่ในระดับคะแนนเฉลี่ย 17 จากคะแนนเต็ม 24 โดยส่วนที่เห็นชัดเจนว่าประชากรยังขาดความรู้ ความเข้าใจว่าคนที่ป่วยเป็นโรคจิต มักจะต้องเอะอะอาละวาด พฤติกรรมเกี่ยวกับการปัสสาวะรดที่นอน คิดว่าโรคประสาทมีความผิดปกติของสมอง คนที่ไม่สบายใจมีอารมณ์เศร้าจะมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ไม่มีความรู้ ว่า โรคทางจิตใจและอารมณ์สามารถรักษาได้ด้วยยา ยังคิดว่าการเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวในช่วงวัยรุ่นเป็นช่วงที่มีผลต่อสภาพจิตใจของคนเรามากที่สุด และยังคงคิดว่าโรงพยาบาลทั่วไปไม่สามารถรักษาผู้ป่วยทางจิตได้ คิดว่าจำเป็นต้องรักษาเฉพาะที่โรงพยาบาลจิตเวชเท่านั้น ซึ่งส่วนที่กล่าวมานี้ น่าจะนำไปสู่การให้สุขภาพจิตศึกษาให้ประชาชนในกรุงเทพมหานครได้ ในส่วนของเจตคติที่น่าจะต้องพยายามปรับเปลี่ยน เช่น ประชาชนยังเห็นว่าคนที่ป่วยเป็นโรคจิตเป็นผู้ที่น่ากลัว ผู้ที่อยู่ในครอบครัวที่มีปัญหามักเกิดความเจ็บป่วยทางใจได้ เมื่อคนที่รู้จักป่วยเป็นโรคจิตจะแนะนำให้ไปนั่งสมาธิไม่ควรให้ทำงานตามปกติ ไม่เชื่อว่าวัฒนธรรมประเพณี จะมีส่วนทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้ และเชื่อว่าคนที่ป่วยทางจิตมักเป็นคนที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี ในส่วนของทักษะและพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ ยังมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติทางจิตรวมทั้งไม่ค่อยได้ปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสริมต่อการทำให้สุขภาพจิตเข้มแข็ง มั่นคง น่าจะนำเรื่องนี้ไปเป็นแนวทางนำไปดำเนินการให้สุขศึกษา เช่น การออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬา การฝึกสมาธิ การปฏิบัติศาสนกิจ การรับฟังเพื่อช่วยเหลือปัญหาผู้อื่น การดูแลพฤติกรรม การเรียนของลูก การให้คำปรึกษากับลูก การติดต่อสื่อสารเพื่อลดข้อขัดแย้ง การสร้างความสัมพันธ์กับญาติ และผู้สูงอายุ การเฝ้าหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพจิต การเข้าสังคมกับเพื่อนฝูง การเป็นสมาชิกชมรมต่างๆ การดูแลสุขภาพตรวจร่างกาย เป็นต้น ส่วนการสำรวจเชิงคุณภาพในเรื่องการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช โดยทั่วไปไม่พบสภาพที่ชัดเจน ยกเว้นที่เด่นชัดโดยตลอดว่าเกี่ยวข้องกับปัญหาครอบครัว หรือสาเหตุของการทะเลาะเบาะแว้ง ซึ่งอาจมีผลกระทบเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับพัฒนาการ คือ ปัญหาการดื่มสุราของพ่อแม่ และปัญหาด้านเศรษฐกิจ ส่วนผลการสำรวจความรู้ เจตคติ และทักษะการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตของคนไทยในเขตภูมิภาคนั้น พบว่า ประชากรที่ศึกษามีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตอยู่ในระดับคะแนนเฉลี่ย 14.5 จากคะแนนเต็ม 24 ในส่วนที่เห็นชัดเจนจะคล้ายกับประชาชนในกรุงเทพมหานคร แต่จะเพิ่มเติมในส่วนที่เป็นการเลี้ยงดูบุตรที่ยังไม่ถูกต้อง เจตคติของประชาชนในภูมิภาคต่องานสุขภาพจิตที่ควรให้ความสนใจเพื่อให้ประชาชนมีเจตคติที่ดีในประเด็นเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค การดูแลรักษา ความสำคัญของญาติในการร่วมดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย ปรับเปลี่ยนให้เกิดความเห็นอกเห็นใจผู้มีปัญหาทางจิต ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการพัฒนาการของเด็ก และวัยรุ่น หรือวิธีการเลี้ยงดูบุตรที่เหมาะสม ความเปลี่ยนแปลงของคนแต่ละวัย ความเครียดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงอายุ รวมถึงการประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลทั่วไปในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และบทบาทของครู โรงเรียน ในการปรับปรุงแก้ไขสภาพจิตใจของเด็ก ในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพจิตยังมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และบางพฤติกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติทางจิต และบางพฤติกรรมเป็นปัจจัยส่งเสริม

สุขภาพจิต แต่ยังปฏิบัติกันน้อย น่าจะนำไปเป็นแนวทางในการดำเนินการให้ศึกษา และสุขภาพจิตศึกษาต่อไป จะเป็นได้ว่าผลการสำรวจที่นอกจากจะทราบขนาดของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต หรือความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตที่มีอยู่ในชุมชนแล้ว ยังเห็นสภาพปัญหาการติดยา สารเสพติด การดื่มสุรา รวมทั้งความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพจิตของประชาชนที่เป็นบริบทของคนไทย เพื่อให้ได้สภาพปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในจุดที่แคบลงไปกว่าระดับภาคที่ได้กล่าวมาแล้ว กรมสุขภาพจิตจึงมีนโยบายสำรวจสุขภาพจิตประชาชนในระดับจังหวัด ในการนำมาเชื่อมโยงกับสภาพปัญหาในระดับภาค และระดับประเทศ เพื่อนำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และเริ่มต้นแก้ปัญหาให้เหมาะสมกับสภาพปัญหา และพื้นที่ของประเทศในแต่ละจุด

จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยไว้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)

1. การศึกษาลักษณะและขนาดปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของคน ครอบครัว และชุมชน
2. นโยบายการพัฒนาบริการสุขภาพจิต ตามแผนฯ 8 สามารถแปลงไปสู่การปฏิบัติถึงประชาชนในระดับจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรม
3. การศึกษาภาวะสุขภาพจิต

ตัวแปรอิสระ

ปัจจัยทางชีวภาพ
ปัจจัยทางจิตสังคม
ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม
ปัจจัยทางนโยบายการดำเนินงาน



ตัวแปรตาม

- ปัญหาทางสุขภาพจิต
- ปัญหาทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตใน 3 ระดับ คือ
 - ระดับบุคคล
 - ระดับครอบครัว
 - ระดับชุมชน
- ประชาชนเข้าถึงบริการ
- ภาวะสุขภาพจิตของประชาชน

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การสำรวจภาวะสุขภาพจิตของคนไทยในระดับจังหวัด (เขต 10) ปี 2542 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาทางสังคมของคนไทยในระดับจังหวัด เก็บข้อมูลในเขตการสาธารณสุขที่ 10 รวม 6 จังหวัด คือ จังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง ลำพูน พะเยา เชียงราย และแม่ฮ่องสอน โดยมีระเบียบวิธีศึกษาดังนี้

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

1. ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample selection)

ประชากรศึกษา (Population) คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป

2. การคำนวณขนาดประชากรตัวอย่าง (Sample Size Calculation)

ในการสำรวจนี้มีประเภทของงานที่จะดำเนินใน 3 ประเด็น คือ

1 Mental Health Problem and Social Problem

2 ประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544) บางส่วน

3 ประเมินผลความเป็นสุขของคนไทย บางส่วน

โดย 3 ประเด็นข้างต้น วัดจากประชาชนใน 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับชุมชน

การสุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการศึกษานี้ใช้แบบ PPS (Sampling with Probability Proportionate to Size) two-stage PPS โดยการใช้ข้อมูลของหมู่บ้าน เป็นกรอบในการสุ่ม และการใช้หลังคาเรือนเป็นข้อมูลในการหาค่า Sample Size

การคำนวณตัวอย่างในจังหวัด

สูตรที่ใช้คำนวณตัวอย่าง

$$n = \left\{ \text{design effect} \right\} \left\{ \frac{Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{D^2} \right\}$$

เมื่อตัวแปรต่างๆ ในสูตรกำหนดให้

n = กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละจังหวัด

design effect = standard error คือ ประสิทธิภาพของ design ที่นำมาใช้ในการวิจัยนี้ (แบบ cluster) เทียบกับ design แบบ Simple Random Sampling ซึ่งในการศึกษานี้กำหนดค่า design เนื่องจากไม่มีการศึกษามาก่อนจึงกำหนดให้ design effect มีค่าเท่ากับ 2

α = .05 ดังนั้น $Z_{\alpha/2} = 1.96$

P = โอกาสเกิดเหตุการณ์ที่สนใจ (คือ 3 ประเด็นดังกล่าวข้างต้น) ในประชากรไทย ซึ่งใช้ค่าความชุกที่กรมสุขภาพจิตได้สำรวจทางระบาดวิทยา ปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อปี 2540 ว่าในการศึกษานี้พบความชุกของโรคประสาท ร้อยละ 15.47 ดังนั้น ค่า P ในการศึกษานี้ = 0.1547

$$1-P = 1-0.1547 = 0.8453$$

d = ค่าความผิดพลาดจากค่าที่แท้จริง ซึ่งในการศึกษานี้กำหนดให้ผิดพลาดจากค่าเดิม 1 ใน 3 หรือร้อยละ ในการศึกษานี้ ค่าเดิม คือ

$$P = 0.1547 = 0.3d = (0.1547 \times 0.3) = 0.0464$$

นำตัวแปรที่กำหนดมาแทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(1.5)[(1.96)^2 \times (0.1547)(0.8453)]}{(0.0464)^2}$$

$$= 456.72 \text{ หรือประมาณ ไม่ต่ำกว่า 457 หลังคาเรือน}$$

(การศึกษานี้ ในความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ควรเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีก 10 % จากที่คำนวณได้)

สรุป ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการแต่ละจังหวัดไม่ต่ำกว่า 500 หลังคาเรือน

3. วิธีการเลือกตัวอย่าง (Sample selection)

ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดการสำรวจ เลือกตัวอย่างแบบกลุ่ม โดยการสุ่มตัวอย่างเป็นแบบ 2 ขั้นตอน (Two Stage Cluster Sampling) ในแต่ละจังหวัด

ขั้นตอนที่ 1 หน่วยการสุ่ม (Primary Sampling) คือ หมู่บ้าน โดยรอบการสุ่ม คือรายชื่อหมู่บ้าน ทุกหมู่บ้านในแต่ละจังหวัด มา Running Number หมู่บ้าน โดยกำหนดให้เก็บข้อมูลเท่ากันทุกจังหวัด คือ 30 กลุ่มหมู่บ้าน (30 Clusters)

ขั้นตอนที่ 2 หน่วยการสุ่ม (Secondary Sampling) คือหลังคาเรือน เมื่อกำหนด แบ่ง 30 กลุ่มหมู่บ้าน ดังนั้นทุกกลุ่มในจังหวัด 500 หลังคาเรือน ใน 1 กลุ่ม หมู่บ้านจะเก็บกลุ่มหมู่บ้านละ 17 หลังคาเรือน คือ เลือกเก็บ 1 บ้าน เว้น 4 บ้าน

เครื่องมือ (Tool and Measurements)

เป็นแบบสัมภาษณ์ ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่

แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการคัดกรองและวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Screening and Diagnostic Test for Mental Disorders) ได้แก่

- แบบสัมภาษณ์ Neurotic Symptoms
- แบบสัมภาษณ์ Depressive Symptoms
- แบบสัมภาษณ์ Psychotic symptoms

แบบสัมภาษณ์เพื่อการคัดกรอง การติดยา และสารเสพติด

แบบสัมภาษณ์เพื่อการคัดกรอง และวินิจฉัยการติ่มสุรา และการติดสุรา

แบบสัมภาษณ์เพื่อการคัดกรองและวินิจฉัยการฆ่าตัวตาย

แบบสัมภาษณ์ปัญหาความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ กลุ้มใจ และการแก้ไขปัญหา

แบบสัมภาษณ์แหล่งบริการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจ และการใช้บริการ

แบบสัมภาษณ์ความสุขในชีวิต

แบบสัมภาษณ์ภาระในการดูแลช่วยเหลือผู้พึ่งพิง ผู้พิการในครอบครัว ผู้สูงอายุ และเด็ก พัฒนาการล่าช้า

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลของชุมชน ปัญหาและวิธีแก้ไขปัญหของชุมชน การหย่าร้าง การทารุณกรรมเด็ก และความรุนแรงในครอบครัว จากนั้นได้นำไปทดลองใช้ ที่อำเภอไทรน้อย และอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี แล้วนำมาปรับปรุง วิเคราะห์หาค่า Sensitivity, Specificity, Positive Predictive Value และ Negative Predictive Value

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions)

1. ประชากรที่ศึกษา คือกลุ่มตัวอย่างที่พร้อมให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ และตอบแบบสัมภาษณ์
2. เวลาที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อข้อมูลที่ได้ เนื่องจากการศึกษาปัญหาสุขภาพจิต นี้ หาความชุกแบบ Life-time prevalence

การเก็บและรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ทำการเก็บข้อมูลโดย ศูนย์สุขภาพจิตเขต 10 ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลสวนปรุง และศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ ร่วมดำเนินการสัมภาษณ์ภาคสนาม

ขั้นตอนการเก็บและรวบรวมข้อมูล โดยบุคลากรศูนย์สุขภาพจิตเขต 10 เข้าร่วมประชุม รับฟังการชี้แจงแบบสัมภาษณ์จากส่วนกลาง และนำเครื่องมือไปชี้แจงแก่ผู้เก็บข้อมูลภาคสนามในระดับจังหวัด และดำเนินการสำรวจพร้อมๆ กัน ทุกจังหวัดในเดือนกรกฎาคม 2542

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

1. วิเคราะห์ความชุกของโรคทางจิตเวช (Prevalence)
2. วิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive analysis) โดยมีสถิติที่ใช้เป็นสถิติเชิงพรรณนาพื้นฐาน คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบ โดย Chi-square ความแปรปรวน และความสัมพันธ์ โดย Correlation coefficient และ Regression analysis

ปัญหาทางจริยธรรม (Ethical considerations)

1. การสัมภาษณ์ ในส่วนของอาการโรคประสาท, โรคซึมเศร้า, โรคจิต การใช้ยาและสารเสพติด หรือ ปัญหาความทุกข์ใจอื่นๆ อาจทำให้เกิด Social stigma แก่ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ แต่อาจแก้ไขได้โดยการขอความร่วมมือ การปฐมนิเทศที่ดี การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีก่อนการสัมภาษณ์จะช่วยลดปัญหาในการสัมภาษณ์ได้
2. ในกรณีพบผู้ป่วยทางจิต ผู้มีปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่ง ควรแนะนำและส่งต่อไปรับบริการในสถานพยาบาลของรัฐใกล้เคียงที่รองรับได้

ข้อจำกัด อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นและการแก้ไข (Obstacles)

ประชากรตัวอย่างที่ถูกสัมภาษณ์ อาจเป็นผู้ป่วยทางจิต ไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ อนุโลมให้ถามบุคคลอื่นๆ เป็นตัวแทนของครอบครัวนั้นได้

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของคนไทยในระดับจังหวัด ซึ่งคณะผู้วิจัย ได้สุ่มตัวอย่าง จำนวน 3077 คน จากประชากรใน 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง พะเยา เชียงราย และ แม่ฮ่องสอน ผลการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิตมีดังนี้

ตอนที่ 1. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และกรอบครัว

ตารางที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล

เขตที่อาศัย	จังหวัด						รวม
	เชียงใหม่	ลำพูน	ลำปาง	พะเยา	เชียงราย	แม่ฮ่องสอน	
ในเขตเทศบาล	50.0	53.3	49.3	51.4	50.1	50.5	50.8(1,562)
นอกเขตเทศบาล	50.0	46.7	50.7	48.6	49.9	49.5	49.2(1,515)
รวม	100(510)	100(510)	100(517)	100(518)	100(515)	100(507)	100(3,077)

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50.8 อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล อีก ร้อยละ 49.2 อยู่นอกเขตเทศบาล

ตารางที่ 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง แยกตามเพศ

เพศ	จังหวัด						รวม
	เชียงใหม่	ลำพูน	ลำปาง	พะเยา	เชียงราย	แม่ฮ่องสอน	
ชาย	34.7	36.7	31.7	37.8	40.8	31.4	35.5(1,093)
หญิง	65.3	63.3	68.3	62.2	59.2	68.6	64.5(1,984)
รวม	100(510)	100(510)	100(517)	100(518)	100(515)	100(507)	100(3,077)

กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก ร้อยละ 64.5 เป็นหญิง โดยมากกว่าชายในทุกจังหวัด

ตารางที่ 3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามช่วงอายุ จำแนกรายจังหวัด

ช่วงอายุ(ปี)	จังหวัด						รวม
	เชียงใหม่	ลำพูน	ลำปาง	พะเยา	เชียงราย	แม่ฮ่องสอน	
15-24	4.7	7.6	4.1	3.9	12.8	7.1	7.1(217)
25-34	18.7	18.0	15.5	18.3	25.2	20.1	20.1(617)
35-44	29.7	25.3	25.1	20.8	27.2	26.8	26.8(823)
45-59	27.7	27.3	29.2	29.7	16.8	25.7	25.7(791)
>60	19.3	21.8	26.1	27.2	17.9	20.4	20.4(629)
รวม	100(510)	100(510)	100(517)	100(518)	100(515)	100(507)	100(3,077)

กลุ่มตัวอย่างมีอายุ ระหว่าง 15-87 ปี อายุเฉลี่ย 45 ปี กลุ่มอายุที่มีจำนวนมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 35-44 ปี และ 45-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7 และ 25.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ร้อยละของสถานภาพสมรส ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด

สถานภาพสมรส	จังหวัด						รวม
	เชียงใหม่	ลำพูน	ลำปาง	พะเยา	เชียงราย	แม่ฮ่องสอน	
โสด	11.8	14.3	9.1	9.3	9.5	13.8	11.3(347)
คู่	75.1	72.9	74.5	72.0	78.1	72.6	74.2(2,283)
ม้าย	9.8	10.6	12.8	16.6	7.4	9.8	11.1(342)
หย่า	1.4	1.6	1.0	1.2	2.3	1.4	1.5(45)
ร้าง	2.0	0.6	2.7	1.0	2.7	2.8	1.9(60)
รวม	100(510)	100(510)	100(517)	100(518)	100(515)	100(507)	100(3,077)

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 74.2 สมรสแล้ว รองลงมาคือ โสด และม้าย มีอัตราใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 11.3 และ 11.1 ตามลำดับ ส่วนผู้ที่หย่าร้าง และแยกกันอยู่มีเพียง ร้อยละ 3.4

ตารางที่ 5 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการโรคประสาธ ภาวะซึมเศร้า และสมาชิกในครอบครัวมีอาการทางจิต จำแนกตามจังหวัด

อาการ	จังหวัด						รวม
	เชียงใหม่	ลำพูน	ลำปาง	พะเยา	เชียงราย	แม่ฮ่องสอน	
กลุ่มตัวอย่าง มีอาการโรค ประสาธ*	18.3	17.6	13.4	8.3	21.4	18.8	16.3(502)
ภาวะซึมเศร้า							
เสี่ยง	0.4	1.4	1.0	0.6	1.2	0.8	0.9(27)
มีภาวะซึมเศร้า	3.1	2.7	2.5	1.2	3.9	3.7	2.9(88)
คนในครอบครัว มีอาการทางจิต*	2.2	0.6	1.7	1.2	2.5	0.6	1.5(45)

* มีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

- กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 16.3 จะมีอาการของโรคประสาธ โดย 3 จังหวัดแรกที่มีมากที่สุดคือ จังหวัดเชียงราย ร้อยละ 21.4 จังหวัดแม่ฮ่องสอน ร้อยละ 18.8 และจังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 18.3 ส่วน จังหวัดพะเยา พบน้อยสุด ร้อยละ 8.3

- ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 2.9 ของกลุ่มตัวอย่างจะมีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 0.9 อยู่ในขั้นเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า 3 จังหวัดแรกในกลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้ามากที่สุดคือ จังหวัดเชียงราย ร้อยละ 3.9 จังหวัดแม่ฮ่องสอน ร้อยละ 3.7 และจังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 3.1 ตามลำดับ

- คนในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 1.5 มีอาการทางจิต โดยจังหวัดเชียงรายพบมากที่สุด ร้อยละ 2.5 รองลงมาคือ จังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 2.2 และจังหวัดลำปาง ร้อยละ 1.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่เสพยาเสพติดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เมื่อจำแนกแต่ละจังหวัด

กลุ่มตัวอย่างเคย เสพยาเสพติด	จังหวัด						รวม
	เชียงใหม่	ลำพูน	ลำปาง	พะเยา	เชียงราย	แม่ฮ่องสอน	
เคยเสพ	0.4	0.2	0.8	1.2	1.6	0.6	0.8 (24)
กัญชา	-	-	-	0.4	0.2	0.6	0.2(6)
เฮโรอีน/ผงขาว	-	-	-	-	0.2	0.2	0.1(2)
ฝิ่น	-	-	-	-	0.2	0.4	0.1(3)
ยาบ้า/ยาอี	0.4	0.2	0.6	0.8	1.0	0.2	0.5(16)
ใบกระท่อม	-	-	0.4	-	0.2	-	0.1(3)
กาว/ทินเนอร์	-	-	-	-	0.2	-	0.1(2)
/สารระเหย							
โคเคน	-	-	-	-	-	-	-

กลุ่มตัวอย่างเคยเสพยาเสพติดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 0.8 โดยจะเสพยาบ้ามากที่สุด ร้อยละ 0.5 ส่วนโคเคนไม่มีใครเสพเลย จังหวัดที่มีการเสพมากที่สุดคือ จังหวัดเชียงราย ร้อยละ 1.6 รองลงมาคือ จังหวัดพะเยา ร้อยละ 1.2

ตารางที่ 7 ร้อยละของสมาชิกในครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง ที่เสพยาเสพติดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เมื่อจำแนกแต่ละจังหวัด

คนในครอบครัวเคยเสพยา เสพติด	จังหวัด						รวม
	เชียงใหม่	ลำพูน	ลำปาง	พะเยา	เชียงราย	แม่ฮ่องสอน	
เคยเสพยา	0.6	-	1.2	1.2	3.3	0.4	1.1(34)
กัญชา	-	-	-	0.2	0.2	-	0.1(2)
เฮโรอีน/ผงขาว	-	-	-	-	0.2	-	0.0(1)
ฝิ่น	-	-	-	-	0.2	-	0.0(1)
ยาบ้า/ยาอี	0.2	-	1.2	1.2	2.9	0.2	0.9(29)
ใบกระท่อม	-	-	-	-	-	-	-
กาว/ทินเนอร์	-	-	-	0.4	-	0.2	0.1(3)
/สารระเหย							
โคเคน	-	-	-	-	-	-	-

สมาชิกในครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 1.1 เคยเสพยาเสพติดในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 0.9 จะเสพยาในกลุ่มยาบ้า ส่วนจังหวัดที่มีสมาชิกในครอบครัวเสพมาก คือ จังหวัดเชียงราย ร้อยละ 3.3 รองลงมาคือ จังหวัดลำปาง ร้อยละ 1.2

ตารางที่ 8 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา
จำแนกตามจังหวัด

เคยดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่ ผสมแอลกอฮอล์	จังหวัด						รวม
	เชียงใหม่	ลำพูน	ลำปาง	พะเยา	เชียงราย	แม่ฮ่องสอน	
เคยดื่ม*	41.6	34.1	30.0	36.5	56.1	34.3	38.8(1,193)
ความถี่ในการดื่ม*							
นานๆครั้ง	61.6	66.7	62.6	68.3	59.5	69.5	64.2(765)
เป็นบางครั้ง(1-2วัน/ สัปดาห์)	15.2	10.9	17.4	19.0	23.2	16.7	17.6(210)
ค่อนข้างบ่อย(3-4วัน/ สัปดาห์)	5.7	8.0	5.8	7.9	8.7	5.2	7.0(84)
เป็นประจำ(เกือบทุกวัน)	17.5	14.4	14.2	4.8	8.7	8.6	11.2(133)
เกิดอาการมือสั่นหลังหยุดดื่ม	1.8	0.8	0.4	0.6	0.6	0.8	0.8(25)

* มีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 38.8 เคยดื่มสุราและเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พฤติกรรมการดื่ม ร้อยละ 11.2 ของคนกลุ่มนี้จะดื่มเป็นประจำเกือบทุกวัน ร้อยละ 0.8 จะเกิดอาการมือสั่นหลังหยุดดื่ม การดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการดื่มของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดจะมีความแตกต่างกัน จังหวัดเชียงรายจะมีการดื่มมากที่สุด ร้อยละ 56.1 รองลงมาคือ จังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 41.6 และพะเยา ร้อยละ 36.5

ตารางที่ 9 ร้อยละของบุคคลในครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง ที่ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีผสมแอลกอฮอล์ใน
ระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

เคยดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่ ผสมแอลกอฮอล์	จังหวัด						รวม
	เชียงใหม่	ลำพูน	ลำปาง	พะเยา	เชียงราย	แม่ฮ่องสอน	
เคยดื่ม*	47.3	44.3	44.3	51.5	59.2	41.2	48.8(1,477)
ความถี่ในการดื่ม*							
นานๆครั้ง	60.6	64.2	50.2	62.5	59.7	54.5	58.8(869)
เป็นบางครั้ง(1-2วัน/ สัปดาห์)	13.7	13.3	25.3	19.5	23.0	16.7	18.8(278)
ค่อนข้างบ่อย(3-4วัน/ สัปดาห์)	5.8	4.9	7.4	8.6	7.5	9.1	7.2(107)
เป็นประจำ(เกือบทุกวัน)	19.9	17.7	17.0	9.4	9.8	19.6	15.1(223)
เกิดอาการมือสั่นหลังหยุดดื่ม	0.6	1.8	0.4	2.0	0.4	1.6	1.1(34)

* มีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.8 ตอบว่าสมาชิกในครอบครัวเคยดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่าจังหวัดเชียงรายสูงสุดคือ ร้อยละ 59.2 รองลงมาคือจังหวัดพะเยา ใน
จำนวนนี้ดื่มเป็นประจำ ร้อยละ 15 และมีอาการมือสั่นหลังหยุดดื่มร้อยละ 1.1 จังหวัดที่พบน้อยที่สุดคือ
แม่ฮ่องสอน ร้อยละ 41.2

ตารางที่ 10 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีปัญหาหนักใจ/ทุกข์ใจ/ไม่สบายใจ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
จำแนกตามจังหวัด

มีปัญหาปัญหาหนักใจ/ ทุกข์ใจ	จังหวัด						รวม
	เชียงใหม่	ลำพูน	ลำปาง	พะเยา	เชียงราย	แม่ฮ่องสอน	
ไม่มี	45.3	49.4	47.0	46.5	39.6	39.3	44.5(1370)
มีปัญหาหนักใจ*	54.7	50.6	52.9	53.5	60.4	60.7	55.5 (1706)
เศรษฐกิจการเงิน*	45.5	36.9	40.9	42.3	46.8	51.5	44.0 (1352)
การทำงาน/ ประกอบอาชีพ*	25.1	13.5	14.9	17.4	29.5	24.9	20.9 (642)
ความรัก*	1.8	1.2	1.2	1.0	6.4	4.1	2.6 (80)
การปรับตัว*	1.8	0.2	2.3	0.4	4.1	1.2	1.7 (51)
เพื่อนร่วมงาน*	2.2	1.0	0.2	1.2	3.1	2.6	1.7 (52)
ครอบครัว*	7.8	8.2	5.6	3.9	9.3	11.0	7.6 (235)
เพื่อนบ้าน	0.8	0.8	1.0	0.8	1.6	1.0	1.0 (30)
การเรียน*	4.1	2.5	6.4	3.5	6.2	9.1	5.3 (163)
เจ็บป่วยทางกาย*	12.5	12.7	16.7	13.5	7.0	11.2	12.3 (378)
ปัญหาสุขภาพจิต*	4.7	2.5	10.3	4.6	11.8	11.0	7.5 (231)
การพนัน	0.2	0.2	0.2	-	-	0.4	0.2 (5)
ยาเสพติด	0.2	0.6	0.8	0.6	1.4	0.4	0.7 (20)
สิ่งแวดล้อม*	1.0	0.6	-	-	4.3	0.6	1.1 (33)
ความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน*	1.0	-	0.2	0.2	2.3	1.0	0.8 (24)
อื่นๆ*	2.4	3.1	0.4	2.3	0.4	1.8	1.7(53)

* มีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 55.5 ตอบว่ามีปัญหาหนักใจ ทุกข์ใจ หรือไม่สบายใจ พบมากที่สุด
ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ร้อยละ 60.7 รองลงมาคือ เชียงราย ร้อยละ 60.4 โดยตอบว่าเป็นปัญหาเศรษฐกิจ
การเงินมากที่สุด รองลงมาเป็นปัญหาการทำงาน และการประกอบอาชีพ ส่วนปัญหาสุขภาพการเจ็บป่วย
ทางกาย พบเป็นอันดับ 3 คือร้อยละ 12.3

ตารางที่ 11 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้วิธีแก้ไขความทุกข์ใจ/ไม่สบายใจ ที่เกิดขึ้น จำแนกตามจังหวัด

วิธีแก้ไข	จังหวัด						รวม
	เชียงใหม่	ลำพูน	ลำปาง	พะเยา	เชียงราย	แม่ฮ่องสอน	
ตัวเอง*	44.1	37.1	38.4	35.5	48.5	48.7	42.0 (1293)
พึ่งพาผู้อื่น	18.2	16.9	19.4	15.3	21.7	20.3	18.6 (573)
ต้องพึ่งพา/สารเสพติด*	3.1	1.2	2.3	3.3	3.9	5.1	3.2 (97)
ใช้บริการจากแหล่งบริการ*	5.9	7.5	11.8	7.9	5.6	7.5	7.7 (237)

* หมายถึง มีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

เมื่อเกิดปัญหาทุกข์ใจ/ไม่สบายใจ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 42.0 จะหาวิธีแก้ไขความทุกข์ใจนั้นด้วยตนเอง, ร้อยละ 18.3 จะพึ่งพาผู้อื่น, ร้อยละ 7.7 จะใช้บริการจากแหล่งบริการ และอีก ร้อยละ 3.2 จะหันไปพึ่งพายาระงับประสาท หรือสารเสพติด



4304 006015

25

ตารางที่ 12 ร้อยละของสมาชิกในครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง ที่มีปัญหาหัวใจ/ทุกข์ใจ/ไม่สบายใจ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามจังหวัด

สมาชิกในครอบครัวมี ปัญหาทุกข์ใจ/ไม่สบายใจ	จังหวัด						รวม
	เชียงใหม่	ลำพูน	ลำปาง	พะเยา	เชียงราย	แม่ฮ่องสอน	
ไม่มี	53.1	59.0	45.3	50.0	35.1	44.6	47.8(1,472)
มี	46.9	41.0	54.7	50.0	64.9	55.4	52.2(1,605)
มีเป็นบางครั้ง	45.7	36.1	47.0	46.7	61.4	50.3	47.9(1,473)
มีบ่อยๆ เป็นประจำ	1.2	4.9	7.7	3.3	3.5	5.1	4.3(132)
ลักษณะของปัญหาที่ทำให้							
ทุกข์ใจ							
เศรษฐกิจการเงิน*	38.4	30.6	42.2	41.3	53.6	46.7	42.2(1,297)
การทำงาน/ ประกอบอาชีพ*	21.8	9.4	13.6	18.3	35.5	19.7	19.7(607)
ครอบครัว*	3.7	5.3	3.3	2.7	5.6	8.7	4.9(150)
เพื่อนบ้าน	0.6	0.6	0.8	0.4	1.6	1.2	0.8(26)
การเรียนรู้*	2.4	1.4	5.0	3.1	6.6	6.5	4.2(128)
การเจ็บป่วยทางกาย	9.0	11.8	13.2	9.1	8.2	10.7	10.3(317)
ปัญหาสุขภาพจิต*	3.1	2.5	7.8	3.7	6.8	5.3	4.9(150)
การพนัน	0.6	-	0.2	0.6	0.2	0.2	0.3(9)
ยาเสพติด*	0.8	-	1.2	1.0	1.7	0.2	0.8(25)
สิ่งแวดล้อม*	0.6	-	1.0	0.2	3.3	0.2	0.9(27)
ความปลอดภัย*	0.8	0.2	0.2	0.8	1.7	0.6	0.7(22)
อื่นๆ	1.8	1.6	0.6	1.4	1.0	0.8	1.2(36)

* มีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

สมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทุกข์ใจ เป็นบางครั้ง ร้อยละ 47.9 มีบ่อยๆ ร้อยละ 4.3 โดยปัญหาที่ทำให้ทุกข์ใจ ร้อยละ 42.2 เกิดจากเรื่องเศรษฐกิจ/การเงิน ร้อยละ 19.7 เป็นปัญหาเรื่องการทำงาน และปัญหาการเจ็บป่วยทางกาย ร้อยละ 10.3 จังหวัดที่มีสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาทุกข์ใจมากที่สุดคือจังหวัดเชียงราย

ตารางที่ 13 ร้อยละ ของสมาชิกในครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้วิธีแก้ไขความทุกข์ใจ/ไม่สบายใจ
ที่เกิดขึ้น จำแนกตามจังหวัด

วิธีแก้ไข	จังหวัด						รวม
	เชียงใหม่	ลำพูน	ลำปาง	พะเยา	เชียงราย	แม่ฮ่องสอน	
ครอบครัวร่วมกันแก้ปัญหา*	41.4	35.5	47.1	42.5	58.6	49.9	45.8(1,410)
พึ่งพาครอบครัวอื่น*	12.4	12.4	17.2	11.6	20.0	15.6	14.9(458)
คนในครอบครัวต้องพึ่งพา*	1.0	0.2	2.7	1.0	1.6	3.2	1.6(49)
พึ่งสารเสพติด*	0.2	-	1.0	0.6	1.4	0.4	0.6(18)
พึ่งสุราหรือเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์*	2.7	0.2	3.3	1.7	3.3	2.2	2.2(69)
พึ่งบริการจากแหล่งบริการ*	4.7	7.6	13.2	5.2	4.9	8.5	7.3(226)
อื่นๆ*	1.0	0.8	0.6	2.3	0.8	1.2	1.1(34)

* หมายถึง มีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

เมื่อคนในครอบครัวมีปัญหาทุกข์ใจ/ไม่สบายใจ ร้อยละ 45.8 หาวิธีแก้ไขความทุกข์ใจ ที่เกิดขึ้น
ในครอบครัวโดยสมาชิกในครอบครัวร่วมกันแก้ไขปัญหานั้น ร้อยละ 45.8 รองลงมาคือพึ่งพาครอบครัวอื่น เช่น
ปรึกษาพ่อแม่ หรือญาติผู้ใหญ่ และพึ่งบริการจากแหล่งบริการ ร้อยละ 14.9 และ 7.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 14 ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และวิธีการฆ่าตัวตาย ในระยะ 1 เดือน ที่ผ่านมา จำแนกตามจังหวัด

	จังหวัด						รวม
	เชียงใหม่	ลำพูน	ลำปาง	พะเยา	เชียงราย	แม่ฮ่องสอน	
ระดับของความคิดอยาก							
ฆ่าตัวตาย*							
ไม่เคยคิด	97.1	98.0	96.1	96.7	93.8	94.9	96.1 (2956)
เคยคิดแต่ยังไม่ทำ	2.7	1.8	3.3	3.3	5.6	4.3	3.5 (108)
เตรียมทำ	-	0.2	0.4	-	-	-	0.1 (3)
เคยทำมาแล้ว	0.2	-	0.2	-	0.6	0.8	0.3 (9)
วิธีที่เคยนำมาใช้ฆ่าตัว							
ตาย							
กินยาหรือสารพิษ	-	-	-	-	0.4	0.6	0.2(5)
ผูกคอ	0.2	-	-	-	-	-	(1)
กระโดดจากที่สูง	-	-	-	-	-	-	-
กระโดดน้ำ	-	-	-	-	-	-	-
ใช้วัตถุมีคม	-	-	-	-	0.2	-	(1)
ใช้ปืน	-	-	-	-	-	-	-
อื่น ๆ	-	-	0.2	-	-	0.2	0.1(2)

* หมายถึง มีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 3.9 ต้องการที่จะฆ่าตัวตายโดย ร้อยละ 3.5 เพียงแต่คิด ร้อยละ 0.1 เตรียมลงมือ ร้อยละ 0.3 เคยลงมือกระทำมาแล้วแต่ไม่สำเร็จวิธีฆ่าตัวตายที่นำมาใช้คือการกินยาหรือสารพิษ, ผูกคอ, การใช้วัตถุมีคม จังหวัดที่กลุ่มตัวอย่างต้องการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ เชียงราย (ร้อยละ 6.2) รองลงมาคือ แม่ฮ่องสอน (ร้อยละ 5.1)

ตารางที่ 15 ร้อยละ ของสมาชิกในครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และใช้วิธีการฆ่าตัวตาย ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามจังหวัด

สมาชิกในครอบครัวพูด หรือพยายามฆ่าตัวตาย	จังหวัด						รวม
	เชียงใหม่	ลำพูน	ลำปาง	พะเยา	เชียงราย	แม่ฮ่องสอน	
ไม่มี	99.2	99.4	99.4	97.7	97.5	99.0	98.7 (3,037)
พูดหรือพยายามฆ่าตัวตาย*	0.8	0.6	0.6	2.3	2.5	1.0	1.3 (40)
พูดอย่างเดียวไม่ทำ	1.0	0.6	0.2	1.2	1.9	0.8	0.9 (29)
เตรียมแต่ยังไม่ทำ	-	-	0.2	-	-	-	0.0 (1)
ลงมือทำแต่ยังไม่เสียชีวิต	-	-	-	-	0.8	0.2	0.2 (7)
ลงมือทำและเสียชีวิตแล้ว	-	0.2	0.2	1.6	-	-	0.3 (10)
วิธีที่เคยนำมาใช้							
ฆ่าตัวตาย							
กินยาหรือสารพิษ	-	0.2	0.2	1.2	0.4	0.2	0.4(11)
ผูกคอ	-	-	-	0.4	0.6	-	0.2(5)
กระโดดจากที่สูง	-	-	-	-	-	-	-
กระโดดน้ำ	-	-	-	-	-	-	-
ใช้วัตถุมีคม	-	-	-	-	-	-	-
ใช้ปืน	-	-	-	0.4	-	-	0.1(2)
อื่น ๆ	-	-	-	-	-	-	-

* หมายถึง มีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

สมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 1.3 เคยพูดหรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือฆ่าตัวตาย โดย ร้อยละ 0.9 เพียงแต่พูดอย่างเดียว ร้อยละ 0.2 เคยลงมือกระทำแล้วแต่ไม่เสียชีวิต และร้อยละ 0.3 เสียชีวิต วิธีที่ใช้ฆ่าตัวตาย คือ การกินยา หรือสารพิษ ,ผูกคอ และใช้ปืน

ตารางที่ 16 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่รู้จักและใช้บริการสุขภาพจิตจำแนกตามจังหวัด

การรู้จักและใช้บริการสุขภาพจิต	จังหวัด						รวม
	เชียงใหม่	ลำพูน	ลำปาง	พะเยา	เชียงราย	แม่ฮ่องสอน	
เคยรู้จักบริการสุขภาพจิต							
บริการให้คำปรึกษา*	39.2	22.9	31.6	24.7	39.0	32.7	31.7 (975)
บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์*	24.5	20.2	17.6	12.4	20.2	20.1	19.9 (589)
บริการคลายเครียด*	25.5	19.6	16.5	11.0	19.6	19.9	18.7 (574)
โทรศัพท์อัตโนมัติ(1667)*	14.5	12.5	16.3	9.1	16.3	19.5	14.7 (452)
เคยใช้บริการสุขภาพจิต							
การตรวจ/รักษา*	2.5	2.4	13.6	4.6	7.8	2.2	5.5 (170)
บริการให้คำปรึกษา*	1.4	1.8	2.9	3.3	7.0	1.4	3.0 (91)
บริการปรึกษาทางโทรศัพท์*	0.2	0.6	-	1.0	1.0	-	0.5 (14)
บริการคลายเครียด*	0.8	0.8	-	0.8	1.9	-	0.7 (22)
โทรศัพท์อัตโนมัติ(1667)*	0.4	0.2	0.4	0.2	1.2	0.4	0.5 (14)

* หมายถึง มีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

กลุ่มตัวอย่างเคยรู้จักบริการสุขภาพจิตเกี่ยวกับบริการให้คำปรึกษาในสถานบริการของรัฐ/เอกชน ร้อยละ 31.7 รองลงมารู้จักบริการปรึกษาทางโทรศัพท์ ส่วนบริการโทรศัพท์อัตโนมัติ 1667 มีผู้รู้จักบริการน้อยที่สุด ส่วนการใช้บริการพบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยใช้บริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลหรือคลินิก ร้อยละ 5.5 รองลงมาคือเคยใช้บริการปรึกษา ร้อยละ 3.0 ส่วนการปรึกษาทางโทรศัพท์และบริการโทรศัพท์อัตโนมัติมีผู้ใช้น้อยที่สุดคือ ร้อยละ 0.5 โดยกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดเชียงใหม่จะรู้จักบริการคำปรึกษามากที่สุด รองลงมาคือจังหวัดเชียงราย ส่วนจังหวัดลำปางจะมีกลุ่มตัวอย่างใช้บริการตรวจรักษาในโรงพยาบาล/คลินิกน้อยมากที่สุด

ตารางที่ 17 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความคิดเห็นต่อข้อชี้วัดสุขภาพจิตดีถ้วนหน้า

ความคิดเห็นของกลุ่มตัว อย่างต่อข้อชี้วัดสุขภาพจิต	จังหวัด						รวม
	เชียงใหม่	ลำพูน	ลำปาง	พะเยา	เชียงราย	แม่ฮ่องสอน	
จังหวัดนี้ได้อยู่*							
ใช่	98.6	99.4	97.7	97.9	94.4	97.2	97.5 (3,001)
ไม่ใช่	0.4	0.2	0.2	0.6	1.6	0.8	0.6 (19)
ไม่แน่ใจ	1.0	0.4	2.1	1.5	4.1	2.0	1.9 (57)
ท่านมีความสุข*							
ใช่	97.8	98.4	95.0	95.8	88.2	90.7	94.3 (2,902)
ไม่ใช่	0.6	-	1.4	1.2	5.0	4.7	2.1 (66)
ไม่แน่ใจ	1.6	1.6	3.7	3.1	6.8	4.5	3.5 (109)
ครอบครัวของท่านมีความสุข*							
ใช่	98.6	98.4	95	95.8	88.9	93.7	95.1 (2,925)
ไม่ใช่	0.2	0.6	1.2	1.4	4.7	2.8	1.8 (55)
ไม่แน่ใจ	1.2	1.0	3.9	2.9	6.4	3.6	3.2 (97)
ชุมชนที่ท่านอยู่มีปัญหา*							
ใช่	30.4	33.9	29.2	29.3	26.0	15.2	27.4 (842)
ไม่ใช่	63.5	57.1	61.1	61.4	55.1	75.1	62.2 (1,914)
ไม่แน่ใจ	6.1	9.0	9.7	9.3	18.8	9.7	10.4 (321)
พึงพอใจที่จะอยู่ในชุมชน ต่อไป (ไม่ย้ายกลับบ้าน)*							
ใช่	94.5	95.3	93.4	94.0	85.6	91.3	92.4 (2,842)
ไม่ใช่	2.9	3.3	5.4	4.8	8.7	4.1	4.9 (151)
ไม่แน่ใจ	2.5	1.4	1.2	1.2	5.6	4.5	2.7 (84)
ใน 1 เดือน ที่ผ่านมา นอน*							
หลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ							
ใช่	94.7	96.5	91.3	89.8	81.6	89.0	90.4 (2,783)
ไม่ใช่	5.1	2.9	7.0	6.9	14.6	10.1	7.8 (239)
ไม่แน่ใจ	0.2	0.6	1.7	3.3	3.9	1.0	1.8 (55)

ความคิดเห็นของกลุ่มตัว อย่างต่อข้อชี้วัดสุขภาพจิต	จังหวัด						รวม
	เชียงใหม่	ลำพูน	ลำปาง	พะเยา	เชียงราย	แม่ฮ่องสอน	
ร่วมกิจกรรมกับครอบครัว							
ใน 1 เดือนที่ผ่านมา *							
ใช่	95.5	98.0	93.8	94.4	92.0	94.1	94.6 (2,912)
ไม่ใช่	4.5	1.4	6.0	4.2	7.2	5.1	4.7 (146)
ไม่แน่ใจ	-	0.6	0.2	1.4	0.8	0.8	0.6 (19)
เข้าร่วมกิจกรรมสังคม/ ชุมชนท้องถิ่นใน 1 เดือน*							
ใช่	92.7	97.8	95.7	93.1	87.2	94.1	93.4 (2,875)
ไม่ใช่	5.5	1.6	4.3	6.0	11.3	5.3	5.7 (174)
ไม่แน่ใจ	1.8	0.6	-	1.0	1.6	0.6	0.9 (28)
ทำกิจกรรมที่สร้างความ ผ่อนคลายให้ตนเอง*							
ใช่	90.2	91.2	86.7	84.6	91.8	77.9	87.6 (2,695)
ไม่ใช่	5.9	5.1	12.6	9.7	7.2	22.1	10.4 (320)
ไม่แน่ใจ	3.9	3.7	0.8	2.7	1.0	-	2.0 (62)
อารมณ์ท่านมักไม่ค่อยดี							
หงุดหงิด โมโหง่าย*							
ใช่	32.5	36.3	36.8	31.7	38.8	22.5	33.1 (1,019)
ไม่ใช่	61.8	54.7	57.4	64.9	53.4	74.2	61.0 (1,878)
ไม่แน่ใจ	5.7	9.0	5.8	3.5	7.8	3.4	5.8 (180)
มีความสนใจในเรื่องเพศปกติ*							
ใช่	82.7	83.7	73.7	57.5	72.6	75.5	74.3 (2,286)
ไม่ใช่	16.3	13.7	26.3	38.4	21.9	23.8	23.4 (720)
ไม่แน่ใจ	1.0	2.4	-	4.1	5.4	1.0	2.3 (71)
* หมายถึง มีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P <0.05)							

ต่อข้อคำถามเกี่ยวกับข้อชี้วัดสุขภาพจิตด้านหน้า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบในลักษณะทางบวก ไม่ว่าจะเป็นความพึงพอใจในชุมชนที่อยู่ ความรู้สึกมีความสุขในชีวิตประจำวัน การสร้างความผ่อนคลายให้กับตนเอง การร่วมกิจกรรมของครอบครัว และสังคม/ชุมชน มีเพียงคำถามเกี่ยวกับลักษณะอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 33.1 ตอบว่า รู้สึกหงุดหงิดโมโหง่าย

ตารางที่ 18 ร้อยละของสมาชิกในครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง ที่มีปัญหาช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เช่น ป่วยทางกาย, ป่วยทางจิต, พิการ

สมาชิกในครอบครัว พิการ,ป่วยทางจิต	จังหวัด						รวม
	เชียงใหม่	ลำพูน	ลำปาง	พะเยา	เชียงราย	แม่ฮ่องสอน	
ไม่มี	79.8	80.6	92.6	91.1	93.0	95.7	88.8 (2732)
มี	20.2	19.4	7.4	8.9	7.0	4.3	11.2 (343)
ภาระในการดูแล*							
เป็นภาระมากต้องดูแล อย่างใกล้ชิด	18.4	9.1	21.1	32.6	36.1	27.3	20.3 (70)
เป็นภาระมากต้องดูแล เป็นประจำ	47.6	40.4	23.7	10.9	19.4	40.9	34.6 (119)
เป็นภาระต้องดูแลเป็น บางครั้ง	24.3	31.3	23.7	26.1	33.3	27.3	27.6 (95)
ไม่เป็นภาระ	9.7	19.2	31.6	30.4	11.1	4.5	17.4 (60)

* หมายถึง มีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 11.2 มีสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และรู้สึกว่าสมาชิกในกลุ่มนี้ ร้อยละ 54.9 เป็นภาระให้กับพวกเขาในการดูแลเป็นอย่างมาก โดยจังหวัดที่สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือตัวเองไม่ได้มากที่สุดคือ จ.เชียงใหม่ มีถึง ร้อยละ 20.2 และ ร้อยละ 66.0 ของคนกลุ่มนี้เป็นภาระมากในการดูแล

ตารางที่ 19 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว ,ร้อยละของการดูแลผู้สูงอายุ และการได้รับการดูแลจากครอบครัวกรณีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำแนกตามจังหวัด

	จังหวัด						รวม
	เชียงใหม่	ลำพูน	ลำปาง	พะเยา	เชียงราย	แม่ฮ่องสอน	
ในครอบครัวมีผู้สูงอายุ	48.8	45.9	45.7	47.9	44.0	39.0	43.5 (1,340)
1 คน	30.8	30.2	26.7	32.6	23.3	25.4	28.2 (867)
2 คน	17.1	15.7	18.4	15.1	10.3	13.6	15.0 (462)
3-5 คน	1.0	-	0.6	0.2	0.4	-	0.3(11)
การให้การดูแลผู้สูงอายุ							
ในครอบครัว *							
อย่างใกล้ชิด	27.9	54.7	74.2	74.3	63.0	71.4	59.4 (438)
เป็นประจำ	53.6	29.5	16.1	13.8	22.8	19.4	27.0 (199)
บางครั้ง	16.4	12.9	4.0	9.2	12.6	8.2	10.9 (80)
นาน ๆ ครั้ง	21.1	2.9	4.0	1.8	1.6	1.0	2.3 (17)
ไม่เคยเลย	-	-	1.6	0.9	-	-	0.4 (3)
รวม	(140)	(139)	(124)	(109)	(127)	(98)	100.0 (737)
ลักษณะการได้รับการดูแลจากคนในครอบครัว							
กรณีผู้ตอบเป็นผู้สูงอายุ*							
อย่างใกล้ชิด	41.3	65.3	78.6	75.5	68.8	77.0	68.0 (410)
เป็นประจำ	29.4	20.0	8.9	14.4	16.7	9.0	16.3 (98)
บางครั้ง	27.5	7.4	8.0	5.8	8.3	6.0	10.6 (64)
นาน ๆ ครั้ง	1.8	5.3	2.7	3.6	6.3	4.0	3.6 (22)
ไม่เคยเลย	-	2.1	1.8	0.7	-	4.0	1.5 (9)
รวม	(109)	(95)	(112)	(139)	(48)	(100)	100 (603)

* หมายถึง มีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P <0.05)

ร้อยละ 43.6 ของกลุ่มตัวอย่างจะมีผู้สูงอายุอยู่ด้วยในครอบครัวเดียวกัน และในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุจำนวน 1 คนอยู่ในครอบครัว ร้อยละ 28.2 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.4 ได้ให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด กรณีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 68.0 ก็รู้สึกว่าได้ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากคนอื่น ๆ ในครอบครัว

ตารางที่ 20 ร้อยละของเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี ในครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด

เด็กแรกเกิด - 6 ปี	จังหวัด						รวม
	เชียงใหม่	ลำพูน	ลำปาง	พะเยา	เชียงราย	แม่ฮ่องสอน	
ไม่มีเด็กแรกเกิด- 6 ปี	72.9	67.6	74.3	72.4	69.3	68.8	70.0 (2,182)
มีเด็กแรกเกิด- 6 ปี ที่ปกติ*	26.9	32.4	25.7	27.4	30.3	31.0	28.9 (890)
1 คน	21.8	26.5	23.8	24.7	25.2	24.3	24.4 (750)
2 คน	4.1	5.1	1.7	2.5	3.9	6.1	3.9 (120)
3 คน	0.6	-	0.2	0.2	1.0	0.4	0.4 (12)
4 คน	0.2	0.6	-	-	0.2	0.2	0.2 (6)
5 คน	0.2	0.2	-	-	-	-	0.1 (2)
มีเด็กพัฒนาการช้า (คน)	0.2	-	-	0.2	0.4	0.2	0.2 (5)
1 คน	0.2	-	-	0.2	0.4	0.2	0.2 (5)
2 คน	-	-	-	-	-	-	-

* หมายถึง มีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

มีเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี ที่ปกติในครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 28.9 ส่วนเด็กที่พัฒนาการล่าช้า มีร้อยละ 0.2

ตอนที่ 2 ข้อมูลของชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 21 ร้อยละของปัญหาที่พบในชุมชน และวิธีแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ตามความเห็นของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด

ลักษณะของปัญหา/ วิธีแก้ไข	จังหวัด						รวม
	เชียงใหม่	ลำพูน	ลำปาง	พะเยา	เชียงราย	แม่ฮ่องสอน	
ลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน							
ปัญหาเศรษฐกิจ*	79.8	72.0	60.5	65.6	79.0	76.9	72.3 (2,223)
ปัญหาครอบครัว*	17.6	11.4	8.7	15.3	16.7	16.6	14.4 (442)
ปัญหาสังคม*	28.4	26.3	42.4	28.2	35.5	22.3	30.6 (940)
ปัญหาสิ่งแวดล้อม*	10.2	10.0	7.0	5.2	11.7	17.6	10.2 (315)
ปัญหาความเจ็บป่วย*	36.5	32.7	27.5	36.1	28.9	31.2	32.2 (989)
ปัญหาสุขภาพจิต*	11.6	7.3	12.6	10.8	15.3	13.8	11.9 (366)
อื่นๆ*	2.4	6.1	-	5.2	0.8	2.4	2.8 (86)
แนวทางแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในชุมชน							
ยังไม่ได้เริ่มแก้ไข*	37.3	41.8	21.1	39.8	37.7	30.0	34.6 (1,064)
ชุมชนแก้ไขปัญหาเอง*	33.9	32.9	42.1	30.5	38.1	41.6	36.5 (1,123)
มีหน่วยงานรัฐช่วยแก้ไข*	35.5	38.6	28.7	18.7	24.7	32.0	29.6 (912)
อื่นๆ*	2.7	3.1	0.4	14.1	1.0	7.5	4.8(148)

* หมายถึง มีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 72.3 เห็นว่า ปัญหาเศรษฐกิจ/การเงิน/การทำงาน/การประกอบอาชีพ เป็นปัญหาหลักที่พบได้มากในชุมชน รองลงมาคือ ปัญหาความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย โรคภัยไข้เจ็บ (ร้อยละ 32.2) และปัญหาทางสังคมเช่น เพื่อนบ้านทะเลาะกัน เอารัดเอาเปรียบไม่ช่วยเหลือกัน มีคนคิดยาเสพติด ปัญหาโสเภณี การพนัน เป็นต้น (ร้อยละ 30.6) และ ร้อยละ 36.5 เห็นว่าการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น ได้อาศัยชุมชนแก้ไขปัญหากันเอง รองลงมายังเห็นว่าปัญหาที่เกิดขึ้นยังไม่ได้เริ่มแก้ไขเลย (ร้อยละ 34.6) และหน่วยงานของรัฐ/เอกชนได้เข้ามาช่วยแก้ไขปัญหานั้น (ร้อยละ 29.6)

ตารางที่ 22 ร้อยละของปัญหาภายในครอบครัวของบ้านที่อยู่ด้านซ้ายมือติดกับบ้านของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามจังหวัด

ปัญหาในครอบครัวของ	จังหวัด						รวม
บ้านที่อยู่ด้านซ้ายมือ	เชียงใหม่	ลำพูน	ลำปาง	พะเยา	เชียงราย	แม่ฮ่องสอน	
ปัญหาการหย่าร้าง*							
ไม่มี	88.8	86.5	93.4	90.9	87.6	84.0	84.0(2,738)
มี	7.3	6.3	3.5	7.9	7.8	9.5	7.0(216)
ไม่ทราบ	3.9	7.3	3.1	1.2	4.7	3.7	4.0(122)
การทะเลาะเบาะแว้งใน							
แต่ละสัปดาห์							
ไม่มี	80.2	76.5	79.3	80.9	65.0	78.7	76.7(2,360)
มี	11.6	10.4	9.9	14.1	18.8	13.4	13.0 (401)
ไม่ทราบ	8.2	13.1	10.9	5.0	16.1	7.9	10.2 (314)
ลักษณะการทะเลาะเบาะแว้ง							
คำทอโต้เถียงกันระหว่าง							
สามี/ภรรยา	10.0	8.8	7.9	11.8	15.7	12.8	11.2 (344)
พ่อ/แม่ กับบุตร	1.8	1.2	2.7	3.7	2.7	2.0	2.3 (72)
คนอื่นๆ	0.6	0.4	0.2	0.4	0.8	0.4	0.5 (14)
ทุบตีทำร้ายกันระหว่าง							
สามี/ภรรยา	2.7	1.8	0.6	1.5	1.2	1.0	1.5 (45)
พ่อ/แม่ กับบุตร	-	-	0.4	0.4	1.0	-	0.3 (9)
คนอื่นๆ	-	-	-	-	-	0.2	0.0 (1)

* หมายถึง มีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ครอบครัวที่มีบ้านอยู่ด้านซ้ายมือของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 7.0 จะพบว่ามีปัญหาการหย่าร้าง และในแต่ละสัปดาห์เกิดการทะเลาะเบาะแว้งกันถึง ร้อยละ 13.0 โดยลักษณะของการทะเลาะเบาะแว้ง นั้น ร้อยละ 11.2 จะเป็นการคำทอโต้เถียงกันระหว่าง สามี ภรรยา, ร้อยละ 1.5 ถึงขั้นทำร้ายทุบตีกันระหว่าง สามี ภรรยา

ตารางที่ 23 ร้อยละของคนในครอบครัวของบ้านที่อยู่ด้านซ้ายมือติดกับบ้านของกลุ่มตัวอย่าง
ปฏิบัติต่อเด็ก จำแนกตามจังหวัด

คนในครอบครัวของบ้าน ที่อยู่ด้านซ้ายมือปฏิบัติ ต่อเด็ก	จังหวัด						รวม
	เชียงใหม่	ลำพูน	ลำปาง	พะเยา	เชียงราย	แม่ฮ่องสอน	
การปฏิบัติต่อเด็กในบ้าน							
ดี	90.2	75.9	80.0	84.6	67.8	79.3	79.6(2,449)
ไม่ดี	2.4	1.2	4.8	4.6	6.0	3.0	3.7 (113)
ไม่ทราบ	7.5	22.9	15.1	10.8	26.2	17.8	16.7 (514)
ลักษณะของการปฏิบัติที่ ไม่ดีต่อเด็ก							
พุดจาหยายคาย	1.6	0.4	4.3	1.9	4.1	1.8	2.3 (72)
ไม่คอยดูแล	0.8	-	0.4	2.1	1.6	0.4	0.9 (27)
เมียนตีบ่อยเกินไป	0.2	0.2	0.2	1.0	1.2	1.6	0.7(22)
ทำร้าย/ทารุณเด็ก	-	-	-	0.2	-	-	0.0(1)
อื่นๆ	-	0.6	-	0.2	-	0.2	0.2(5)

ในการปฏิบัติต่อเด็กของครอบครัวที่อยู่ด้านซ้ายมือร้อยละ 79.6 ปฏิบัติต่อเด็กในบ้านดี ร้อยละ 3.7 เห็นว่าปฏิบัติกับเด็กในบ้านไม่ดี, ลักษณะการปฏิบัติที่ไม่ดีต่อเด็กนั้น ร้อยละ 2.3 จะเป็นแบบพุดจาหยายคายบ่อย ๆ และ ไม่คอยดูแล ปล่อยให้ปล่อยปละละเลย ร้อยละ 0.9

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทยในระดับจังหวัด(เขต 10) ปีงบประมาณ 2542 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะและขนาดของปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของประชากร ครอบครัวและชุมชนในแต่ละจังหวัดเพื่อประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพในแผนพัฒนาสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ครึ่งแผนและเพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตของประชากรในระดับจังหวัด

วิธีศึกษาเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยศึกษาข้อมูลจากเอกสารและการเก็บข้อมูลภาคสนามด้วยแบบสัมภาษณ์ ประชากรกลุ่มตัวอย่างคือ คนไทยในพื้นที่สาธารณสุขเขต 10 ที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไปจังหวัดละประมาณ 500 คน รวม 6 จังหวัด 3,000 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานั้นสร้างโดยคณะผู้ศึกษาวิจัยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล รวม 2 เดือน คือระหว่างเดือน กรกฎาคม – สิงหาคม 2542 ผู้เก็บข้อมูลประกอบด้วย บุคลากรของศูนย์สุขภาพจิตเขต 10 โรงพยาบาลสวนปรุง ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง พะเยา ลำพูน และแม่ฮ่องสอน โดยเก็บข้อมูลได้ทั้งสิ้น 3,077 ราย คิดเป็นร้อยละ 102.5 เกินกว่ากลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และการทดสอบความแตกต่างด้วย Chi-square โดยทดสอบความมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ผลการศึกษาสรุปได้ ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ มีจำนวนทั้งสิ้น 3,077 ราย เพศหญิงร้อยละ 64.5 เพศชายร้อยละ 35.5 อายุเฉลี่ย 45 ปี สถานภาพสมรส คู่ร้อยละ 74.2 รองลงมาคือ โสดและม้าย ร้อยละ 11.3 และ 11.1 ตั้งบ้านเรือนอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 50.8 นอกเขตเทศบาลร้อยละ 49.2

2. ปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีปัญหานักใจทุกข์ใจมากที่สุด คือร้อยละ 55.5 รองลงมาคือ ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ร้อยละ 38.8 โรคประสาทร้อยละ 16.3 มีความคิดฆ่าตัวตาย 3.9 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 2.9 เคยใช้สารเสพติดร้อยละ 0.8

3. ปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง จากข้อคำถามถึงปัญหาที่ทำให้หนักใจ ทุกข์ใจของกลุ่มตัวอย่างพบว่าเป็นปัญหาเศรษฐกิจร้อยละ 44.0 ปัญหาการทำงานร้อยละ 20.9 การเจ็บป่วยทางกายร้อยละ 12.3 ปัญหาครอบครัวร้อยละ 7.6 ส่วนปัญหาสุขภาพจิตพบเพียงร้อยละ 7.5 โดยจะพบที่จังหวัดลำปางถึงร้อยละ 10.3 ของกลุ่มตัวอย่างในจังหวัด

4. ปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว พบว่าสมาชิกของครอบครัวมีปัญหาหัวใจ/ทุกข์ใจมากที่สุด ร้อยละ 52.2 คี้มสุราหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ร้อยละ 48.8 มีอาการทางจิตร้อยละ 1.5 มีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 1.3

5. ปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัวพบว่าลักษณะปัญหาที่ทำให้หัวใจ/ทุกข์ใจ/ไม่สบายใจ คือปัญหาเศรษฐกิจร้อยละ 42.2 ปัญหาการทำงานร้อยละ 19.7 ปัญหาการเจ็บป่วยทางกายร้อยละ 10.3 ปัญหาสุขภาพจิตพบเพียงร้อยละ 4.9

6. วิธีแก้ไขความทุกข์ใจไม่สบายใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างจะแก้ไขความทุกข์ใจด้วยตนเองร้อยละ 42.2 พึ่งผู้อื่นร้อยละ 18.3 และร้อยละ 7.7 จะใช้บริการจากแหล่งบริการ และอีกร้อยละ 3.2 จะหันไปพึ่งยาหรือประสาทหรือยาเสพติด ส่วนสมาชิกของครอบครัวจะใช้วิธีการให้ครอบครัวร่วมกันแก้ปัญหามากที่สุด ร้อยละ 45.8 พึ่งพาผู้อื่น ร้อยละ 7.3 พึ่งแหล่งบริการ

7. กลุ่มตัวอย่าง มีสมาชิกในครอบครัว พิจารณามีปัญหาช่วยเหลือตัวเองไม่ได้มีมากพบร้อยละ 11.2 ในจำนวนนี้ร้อยละ 82.5 รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระต้องดูแล

8. มีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว มีจำนวนร้อยละ 43 ในจำนวนร้อยละ 86.4 ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและเป็นประจำ

ครอบครัวที่มีเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี มีร้อยละ 30.0 พบว่ามีพัฒนาการช้า ร้อยละ 0.2

9. ปัญหาที่พบในชุมชนกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าเป็นปัญหาเศรษฐกิจร้อยละ 72.3 ปัญหาความเจ็บป่วยร้อยละ 32.2 ปัญหาทางสังคมร้อยละ 30.6 ปัญหาสุขภาพจิตพบร้อยละ 11.9 ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีผู้ตอบว่าชุมชนแก้ไขปัญหาเองร้อยละ 36.5 และร้อยละ 34.6 ตอบว่ายังไม่ได้เริ่มแก้ไขและอีก 29.6 เห็นว่ามีหน่วยงานของรัฐช่วยแก้ไขให้

10. ปัญหาของเพื่อนบ้านที่อยู่ติดกัน พบว่ามีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งสูงสุด ร้อยละ 13.0 การหย่าร้างร้อยละ 7.0 และพบว่าร้อยละ 3.7 เพื่อนบ้านมีการปฏิบัติต่อเด็กในบ้านไม่ดี

11. ความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวชี้วัดสุขภาพจิตดีถ้วนหน้า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90 เห็นว่าจังหวัดนี้น่าอยู่ตนเองมีความสุข ครอบครัวมีความสุข มีความพึงพอใจที่จะอยู่ในชุมชนโดยไม่คิดย้ายบ้าน นอนหลับอย่างเพียงพอ ร่วมกิจกรรมครอบครัว สังคมและท้องถิ่นในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.1 ตอบว่าตนเองมีอารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด โมโหง่าย ร้อยละ 27.4 คิดว่าชุมชนที่อยู่มีปัญหา

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่าง

การสำรวจครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.5 ไม่ได้เป็นไปตามสัดส่วนของประชากรในเขต 10 การที่ได้กลุ่มเพศหญิงมากกว่าเพศชายอาจทำให้ผลการสำรวจที่ได้ในบางเรื่องพบในอัตราที่ต่ำกว่าความเป็นจริง เช่นการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด ซึ่งเรามักจะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เหตุที่ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อาจเนื่องมาจากเพศหญิงเป็นกลุ่มที่อยู่บ้านในช่วงเวลากลางวัน และเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ต้อนรับให้ความเป็นกันเองในการตอบแบบสัมภาษณ์มากกว่าเพศชาย

ปัญหาสุขภาพจิต

ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 10 พบปัญหาสุขภาพจิตสูงสุดในจังหวัดเชียงราย ได้แก่ โรคประสาท โรคซึมเศร้า โรคจิต ติดสารเสพติด ดื่มสุรา และมีความคิดฆ่าตัวตาย ส่วนจังหวัดที่พบปัญหาสุขภาพจิตน้อย คือ จังหวัดพะเยา ซึ่งมักจะอยู่ในลำดับท้ายหลายเรื่อง เช่น โรคประสาท โรคซึมเศร้า แต่ที่น่าเป็นห่วง สำหรับจังหวัดพะเยาคือ ปัญหายาเสพติดและคนในครอบครัวดื่มสุรา มาเป็นอันดับที่ 2 จังหวัดที่พบปัญหาสุขภาพจิตน้อยอีก 2 จังหวัด คือ ลำพูน และแม่ฮ่องสอน

เมื่อพิจารณาจังหวัดในเขต 10 ทั้ง 6 จังหวัดแล้วจังหวัดที่มีการเจริญเติบโตทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐานและจำนวนประชากรแล้ว จะพบว่า จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย และลำปางเป็นจังหวัดที่มีการเจริญเติบโตเร็ว ทว่าจังหวัดลำพูน พะเยา และแม่ฮ่องสอน ปัญหาสุขภาพจิตก็เพิ่มมากขึ้นตามด้วย อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบผลการสำรวจครั้งนี้ กับการสำรวจของ กรมสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพมหานคร ปี 2540 และการสำรวจในส่วนภูมิภาคปี 2541 แล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่าง อัตราป่วยด้วยโรคประสาท (16.3) สูงกว่าการสำรวจในกรุงเทพมหานครและส่วนภูมิภาค ปี พศ.2540 -2541 ส่วนอัตราผู้มีความคิดฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 3.9 รวมทั้งเตรียมทำ, เคยทำการฆ่าตัวตาย) ต่ำกว่าในกรุงเทพมหานคร แต่สูงกว่าส่วนภูมิภาค ซึ่งสอดคล้องกับสถิติการฆ่าตัวตายในภาคเหนือตอนบนที่พบในอัตราสูงเช่นกัน (42.06 ต่อแสนประชากร) อีกปัญหาหนึ่งที่พบมากแม้ว่าจะยังไม่สูงเท่าการสำรวจในปี 2540-2541 ก็คือการใช้สารเสพติด ที่พบในภาพรวมของเขตเพียงร้อยละ 0.8 และพบว่ามีคนในครอบครัวอีกร้อยละ 1.1 ใช้สารเสพติด ซึ่งคาดว่าตัวเลขที่ได้อาจจะต่ำกว่าเป็นจริง เพราะการตอบว่าตนเองหรือคนในครอบครัวใช้สารเสพติดเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชื่อเสียง ความปลอดภัย และต้องรักษาภาพลักษณ์ของตนเองและครอบครัวเอาไว้ให้ดีที่สุด ตัวเลขนี้จึงอาจต่ำกว่าความเป็นจริง

อีกประเด็นหนึ่งที่น่าสังเกตและต้องตระหนัก คือ กลุ่มตัวอย่างเคยดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ ร้อยละ 38.8 และคนในครอบครัวดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ อีก ร้อยละ 48.8 ซึ่งเกือบครึ่งหนึ่งของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เป็นจำนวนที่สูงมาก การดื่มสุราเกี่ยวข้องกับ วัฒนธรรมประเพณีการต้อนรับของชาวภาคเหนือ ซึ่งนิยมเลี้ยงสังสรรค์ด้วยสุราหรือเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ ซึ่งอาจเรียกว่าเป็นค่านิยมของท้องถิ่น สิ่งที่น่าห่วงใยก็คือ อัตราการดื่มสุราสูงกว่ากลุ่มตัว อย่างที่เป็นเพศชายทั้งหมด(35.5) นั่นหมายถึงมีเพศหญิงจำนวนหนึ่งที่มีค่านิยมในการดื่มสุราหรือเครื่องดื่ม ที่ผสมแอลกอฮอล์ด้วย ซึ่งค่านิยมนี้เป็นค่านิยมที่มีผลในทางลบมากกว่าจะเกิดผลทางบวกซึ่งน่าจะ ได้มีการแก้ไขในส่วนนี้

ผลการดำเนินงานสุขภาพจิต

ผลการสำรวจพบว่า ส่วนมากใช้วิธีแก้ไขปัญหาคด้วยตนเองถึงร้อยละ 42.0 ฟังผู้อื่น 18.6 มีเพียงร้อยละ 3.2 ที่แก้ปัญหาดทางลบคือการพึ่งยาหรือสารเสพติด ส่วนการพึ่งพาสถานบริการก็มีเพียง ร้อยละ 7.7 เท่านั้น เช่นเดียวกันวิธีแก้ไขความทุกข์ใจไม่สบายใจของคนในครอบครัว โดยครอบครัวจะ ร่วมกันแก้ไขปัญหาก่อน (45.8) แล้วจึงไปพึ่งครอบครัวอื่น (14.9) และพึ่งบริการจากสถานบริการ (7.3) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเรื่องเคยใช้บริการสุขภาพจิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 10.2 เท่านั้นที่เคยใช้ บริการสุขภาพจิตและส่วนมากไป เพื่อตรวจรักษา (5.5) และบริการปรึกษา (3.0) หากประชาชนเข้าถึง บริการน่าจะช่วยลดปัญหาฆ่าตัวตาย ปัญหาเสพยาได้ ผลการสำรวจนี้ทำให้มองบริการสุขภาพจิตว่า ยังไม่สามารถเข้าถึงประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมาย และเมื่อพิจารณาจากข้อมูลบริการสุขภาพจิตแล้วก็ยืนยัน ถึงการเข้าถึงบริการเช่นกันเพราะมีผู้รู้จักบริการให้การปรึกษาเพียงร้อยละ 31.7 และใช้บริการเพียง ร้อยละ 3.0 ส่วนบริการโทรศัพท์อัตโนมัติ 1667 ที่กรมสุขภาพจิตได้เร่งประชาสัมพันธ์ตามสื่อต่าง ๆ ก็พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเคยใช้บริการเพียง 0.5 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากครอบครัว ชุมชนมีศักยภาพในการ ช่วยเหลือกันเองก่อนที่จะถึงบริการที่ทางรัฐจัดไว้ให้ และอีกประการหนึ่งคือในพื้นที่ห่างไกล การใช้ บริการปรึกษาทางโทรศัพท์จึงไม่สะดวกสำหรับผู้ใช้บริการ

ภาวะสุขภาพจิตดีถ้วนหน้า

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90 ที่มีความเห็นว่าจังหวัดนี้ (จังหวัดที่ตั้งบ้านเรือนของผู้ ถูกสัมภาษณ์) น่าอยู่, ครอบครัวมีความสุข, ตัวเองมีความสุข ฟังพอใจในชุมชนที่อาศัยอยู่,นอนหลับอย่าง เพียงพอ มีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เข้าร่วมกิจกรรมสังคม/ชุมชน/ท้องถิ่นใน ช่วง 1 เดือน/มีร้อยละ 27.4 ที่บอกว่าชุมชนที่อยู่มีปัญหา ร้อยละ 33.1 บอกว่าตนเองมีอารมณ์หงุดหงิด และโมโหง่าย

จากข้อมูลนี้ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90 จะพึงพอใจกับชุมชนที่อยู่ และคิดว่า ตัวเองและครอบครัวมีความสุข น่าจะบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพจิตดีถ้วนหน้าได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจในครั้งนี้ มาเป็นแนวทางในการจัดทำแผนงาน ส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสำคัญ ๆ ของเขตที่พบ เช่น โรคประสาท โรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย และปัญหายาเสพติด
2. เร่งขยายเครือข่ายงานสุขภาพจิตลงสู่พื้นที่ให้มากที่สุด ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 นั้น บริการสุขภาพจิตมีเป้าหมายถึงระดับโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งปัญหาต่าง ๆ ที่พบอยู่ในระดับหมู่บ้านและกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในชุมชน ซึ่งผู้ให้บริการกลุ่มนี้ คือ สถานีอนามัยและอาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากรเหล่านี้ควรได้เรียนรู้เรื่องของสุขภาพจิตอย่างจริงจัง และเป็นความรู้ที่เอาไปใช้งานได้จริงในชุมชนเพื่อจะได้ลดปัญหาต่าง ๆ ลงได้
3. การพัฒนางานสุขภาพจิตควรให้ความสำคัญกับวิถีคิด และการปรับเปลี่ยนทัศนคติของปัจเจกชน ให้เห็นความสำคัญครอบครัวอบอุ่น การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น
4. ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มตัวอย่างที่พบว่าอัตราป่วยสูง เช่น ผู้ป่วยโรคประสาท โรคซึมเศร้า และผู้มีความคิดฆ่าตัวตาย
5. เร่งแก้ไขป้องกัน และแก้ไขเรื่องดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดทุกรูปแบบ เพราะล้วนมีผลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนด้วย

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, แผนพัฒนาสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ.2540 – 2544 ด้านสาธารณสุข, หจก.สยามอินเลิฟท์ มาเก็ดติ้ง, 2540.
- กรมสุขภาพจิต, การสำรวจระดับความผิดปกติทางจิต และความรู้ เจกคติ ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนไทย พ.ศ.2540 – 2541, 2542.
- พรพันธ์ บุญยรัตพันธุ์ และคณะ, สถานะสุขภาพอนามัยของประชากรไทยในอนาคต, วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 4 (4) , 2539.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, เครื่องชี้วัดการประเมินผลการพัฒนา ด้านสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2541.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือการประเมินผลประจำปีของการพัฒนา ด้านสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 พ.ศ.2540-2544. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2541.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ และคูสิต ลิขนะพิชิตกุล, ภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมต้นในเขตกรุงเทพมหานคร , วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41 (3) , 2539.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ และคูสิต ลิขนะพิชิตกุล, พฤติกรรมการฆ่าตัวตายในเด็ก : การศึกษาในผู้ผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชศาสตร์ , วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย , 41 (3), 2539.
- Conwell, Y. et al, Relationship of Age and Axis I Diagnoses in Victims of Complete Suicide : A Psychological Autopsy Study, American Journal of Psychiatry, 153:8, 1996.
- De Moore, G.M., and Rebertson, A.R. Suicide in the 18 Years After Deliberate Self-harm : A Perspective study, British Journal of Psychiatry, 169, 1996.
- Kaplan, H.I, and Sadack, B.J., Chapter 16 : Mood Disorder , Comprehensive Textbook of Psychiatry (6th Ed.) Vol.1, William & wilkins 1995.
- Lopez, A.D., The Global Burden of Disease, WHO & The Harvard School of Public Health, 1996.
- The Global Burden of Disease, Change in the rank order of disease burden for 15 leading Causes , World 1990 – 2020, Disease Burden measured in Disability – Adjusted Life Years (DALYs), Vol.1, p375, 1996.

24. ในแต่ละสัปดาห์ บ้านที่อยู่ติดกับบ้านของท่านด้านซ้ายมือมีการปฏิบัติต่อเด็กในบ้าน
ของเขาอย่างไร

() ดี () ไม่ดี () ไม่ทราบ

ถ้าไม่ดีเป็นอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () พุดจาหยาบคายบ่อยๆ
- () ไม่ค่อยดูแล / ปล่อยปละละเลย
- () เฉียนตีบ่อยเกินไป
- () ทำร้าย / ทารุณเด็ก
- () อื่นๆ

PB ☐

PB1 ☐

PB2 ☐

PB3 ☐

PB4 ☐

PB5 ☐

25. ในแต่ละสัปดาห์ บ้านที่อยู่ติดกับบ้านของท่านด้านซ้ายมือมีการทะเลาะเบาะแว้ง
ในครอบครัวหรือไม่

() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ

ถ้ามี ลักษณะที่ว่ำนั้นเป็นอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- คำทอได้เถียงกันระหว่าง

() สามีกับ ภรรยา () พ่อหรือแม่กับบุตร () คนอื่นๆ

- ทูบตี ทำร้ายร่างกายระหว่าง

() สามีกับ ภรรยา () พ่อหรือแม่กับบุตร () คนอื่นๆ

- อื่นๆ เช่น.....

.....

CON ☐

CON1-3 ☐☐☐

CON4-6 ☐☐☐

CON7 ☐

ภาคผนวก

แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพจิตของคนไทยในระดับจังหวัด

(สำหรับลงรหัส)

เลขที่แบบสอบถาม

ID

วันที่เก็บข้อมูล.....

ผู้เก็บข้อมูล.....

หน่วยงาน.....

สถานที่เก็บข้อมูล หมู่ที่..... ตำบล.....

AM

อำเภอ.....จังหวัด.....

CH

คำชี้แจง การสัมภาษณ์นี้จะถามท่านอยู่ 3 ตอน โดยในตอนแรกจะถามเกี่ยวกับเรื่องราวด้านสุขภาพอนามัย วิธีปฏิบัติตัวและสุขภาพจิตของท่าน ต่อมาจะถามเกี่ยวกับคนในครอบครัวของท่าน และท้ายสุดจะถามเรื่องเกี่ยวกับชุมชนของท่าน ข้อมูลต่าง ๆ ที่ท่านตอบจะไม่มีผลใด ๆ ต่อท่าน คนในครอบครัวหรือชุมชน แต่จะเป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานราชการ ที่เกี่ยวข้องนำไปพัฒนางานทางด้านสุขภาพจิต ให้เกิดประโยชน์ต่อความต้องการของประชาชนในจังหวัดของท่าน

ตอนที่ 1 ข้อมูลของตัวท่านและคนในครอบครัวท่าน

1. บ้านของท่านตั้งอยู่ในเขต

() เทศบาล () นอกเขตเทศบาล () เขตชนบท

2. เพศ

() ชาย () หญิง

3. อายุ.....ปี

AREA

SEX

AGE

4. สถานภาพสมรส

() โสด () คู่ () หม้าย

STA

() หย่า (ตามกฎหมาย) () ร้างหรือแยกกันอยู่

(สำหรับลงรหัส)

	มี	ไม่มี	
- นอนไม่หลับเพราะคิดมาก กังวลใจ หรือตื่นบ่อย	()	()	DE4 ☐
- วุ่นวายใจ หรือรู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร	()	()	DE5 ☐
- รู้สึกอ่อนเพลียจนไม่มีแรงจะทำอะไร	()	()	DE6 ☐
- รู้สึกหมดหวังในชีวิต ตนเองไม่มีคุณค่า	()	()	DE7 ☐
- รู้สึกตนเองไม่มีสมาธิ คัดสินใจในเรื่องต่างๆ ไม่ได้	()	()	DE8 ☐
- มีความคิดเกี่ยวกับความตายหรือรู้สึกอยากตายบ่อยๆ	()	()	DE9 ☐

7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยใช้สารเสพติดหรือไม่

() ไม่เคย () เคย

DR ☐

ถ้าเคย ระบุสารเสพติดที่เคยเสพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () กัญชา
() เฮโรอีน / ผงขาว
() ฝิ่น
() ยาบ้า / ยาม้า / ยาขยัน / ยาอี
() ใบกระท่อม
() กาว / ทินเนอร์ / เบนซิน / สารระเหย
() โคเคน

DR1 ☐
DR2 ☐
DR3 ☐
DR4 ☐
DR5 ☐
DR6 ☐
DR7 ☐

8. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คนในครอบครัวของท่านเคยใช้สารเสพติดหรือไม่

() ไม่เคย () เคย

DRF ☐

ถ้าเคย ระบุสารเสพติดที่เขาคนนั้นเคยเสพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () กัญชา
() เฮโรอีน / ผงขาว
() ฝิ่น
() ยาบ้า / ยาม้า / ยาขยัน / ยาอี
() ใบกระท่อม
() กาว / ทินเนอร์ / เบนซิน / สารระเหย
() โคเคน

DRF1 ☐
DRF2 ☐
DRF3 ☐
DRF4 ☐
DRF5 ☐
DRF6 ☐
DRF7 ☐

(สำหรับลงทะเบียน)

- () ปัญหาสุขภาพจิต (วิตกกังวล เครียด นอนไม่หลับ เป็นต้น)
- () การพนัน
- () ยาเสพติด
- () สิ่งแวดล้อม
- () ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน(ลักขโมย จี้ปล้น เป็นต้น)
- () อื่น ๆ เช่น.....

PR10 ☐

PR11 ☐

PR12 ☐

PR13 ☐

PR14 ☐

PR15 ☐

ท่าน แก้ไขปัญหาทุกข้อใจด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ตัวท่านเอง (ดูหนัง ฟังเพลง อ่านหนังสือ เล่นกีฬา ปลูกต้นไม้ เป็นต้น)
- () ฟังหาผู้อื่น (เช่น พุคปรึกษาพ่อแม่ญาติผู้ใหญ่ที่นับถือ หมอคุณ พระ ฯลฯ)
- () ต้องพึ่งยา / สารเสพติด (เช่น ซึ้อยาระงับประสาท ขานอนหลับกินเอง ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ฯลฯ)
- () ต้องพึ่งพิงบริการจากแหล่งบริการ (เช่น ไปพบแพทย์ จิตแพทย์ ใช้บริการ Hotline ใช้บริการคลินิกคลายเครียด)
- () อื่น ๆ เช่น.....

SM1 ☐

SM2 ☐

SM3 ☐

SM4 ☐

SM5 ☐

12. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยคิดฆ่าตัวตายหรือไม่

- () ไม่เคย () คิดอย่างเดียวไม่ทำ
- () เตรียมแต่ยังไม่ทำ () เคย ทำมาแล้ว.....ครั้ง
- ครั้งสุดท้ายโดยวิธี
- () กินยาหรือสารพิษ
- () ผูกคอ
- () กระโดดจากที่สูง
- () กระโดดน้ำ
- () ใช้วัตถุมีคม
- () ใช้อาวุธปืน
- () อื่น ๆ (ระบุ).....

SU ☐

SUT ☐

SU1 ☐

13. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คนในครอบครัวของท่าน พุดถึง หรือพยายาม หรือฆ่าตัวตาย

- () ไม่มี () มีคน มีลักษณะดังนี้

SUF ☐

	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
เคยได้ยื่นพุดอย่างเดียวแต่ไม่ทำ	()	()	()
เตรียมแต่ยังไม่ทำ	()	()	()
ลงมือทำแต่ไม่เสียชีวิต	()	()	()
ลงมือทำและเสียชีวิตแล้ว	()	()	()

SUF1-3 ☐

SUF4-6 ☐

SUF7-9 ☐

SUF10-12 ☐

(สำหรับลงรหัส)

	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ	
- ชุมชนที่ท่านอยู่มีปัญหา	()	()	()	ME4 ☐
- รู้สึกพึงพอใจที่จะอยู่ในชุมชนต่อไป (ไม่ย้ายบ้าน)	()	()	()	ME5 ☐
- ใน 1 เดือนที่ผ่านมานอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอในแต่ละวัน	()	()	()	ME6 ☐
- เข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เช่น รับประทานอาหารด้วยกัน นั่งพูดคุยกันในครอบครัว ไปเที่ยวกัน	()	()	()	ME7 ☐
- เข้าร่วมกิจกรรมกับสังคม / ชุมชนท้องถิ่น (เช่น งานประเพณี) ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	()	()	()	ME8 ☐
- ทำกิจกรรมที่สร้างความผ่อนคลายในตนเอง เช่น ออกกำลังกาย ดูหนัง ฟังเพลง	()	()	()	ME9 ☐
- อารมณ์ท่านมักไม่ค่อยดี หงุดหงิด โมโห ขุ่นเคืองง่าย	()	()	()	ME10 ☐
- มีความสนใจในเรื่องเพศ ชาย หญิง เช่น การแต่งตัว การคบเพื่อนต่างเพศ หรือมีเพศสัมพันธ์ตามปกติ	()	()	()	ME11 ☐

ตอนที่ 2 เป็นข้อมูลของคนในครอบครัวของท่าน

17. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คนในครอบครัวของท่าน เคยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

	มี	ไม่มี	
- พุดเพื่อเจ็คนเดียว	()	()	PS1 ☐
- แต่งกายที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม	()	()	PS2 ☐
- ถ้าว้าวุ่นวาย ทะเลาะกับผู้อื่น มีผู้บอกว่าเขาคนนั้นทำอะไรแปลก ๆ	()	()	PS3 ☐
- แยกตัวออกจากสังคม ไม่ยุ่งสิ่งกับใคร	()	()	PS4 ☐
- หวาระแวงโดยไม่มีเหตุผล	()	()	PS5 ☐
- หูแว่ว เห็นภาพหลอน	()	()	PS6 ☐
- มีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากคนอื่น	()	()	PS7 ☐

(สำหรับลงรหัส)

21. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาใน คนในครอบครัวของท่านมีปัญหาทุกข์ใจ / ไม่สบายใจ / เครียดหรือไม่

() มีเป็นบางครั้ง () บ่อยๆ เป็นประจำ () ไม่มี

ถ้ามีเป็นปัญหาในเรื่องใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () เศรษฐกิจ / การเงิน
- () การทำงาน / การประกอบอาชีพ
- () ครอบครัว (ครอบครัวแตกแยก ทะเลาะกันบ่อย ใช้ความรุนแรง เป็นต้น)
- () เพื่อนบ้าน
- () การเรียน (การเรียนของบุตรหลาน การขาดแคลนอุปกรณ์การเรียน เป็นต้น)
- () การเจ็บป่วยทางกาย (เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น)
- () ปัญหาสุขภาพจิต (วิตกกังวล เครียด นอนไม่หลับ เป็นต้น)
- () การพนัน
- () ยาเสพติด
- () สิ่งแวดล้อม
- () ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน (ลักขโมย จี้ปล้น เป็นต้น)
- () อื่น ๆ เช่น.....

ครอบครัวของท่านใช้วิธีการแก้ไข โดย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ครอบครัวร่วมกันแก้ไขปัญหา
- () พึ่งพาครอบครัวอื่น (เช่น พุคปรึกษาพ่อแม่ ญาติผู้ใหญ่ที่นับถือ หมอคุณ พระ ฯลฯ)
- () มีคนในครอบครัวต้องพึ่งยา (เช่น ซื้อยาระงับประสาท ยานอนหลับกินเอง)
- () มีคนในครอบครัวต้องพึ่งสารเสพติด ระบุชนิดสารเสพติด.....
- () มีคนในครอบครัวต้องพึ่งสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- () ต้องพึ่งพิงบริการจากแหล่งบริการ (เช่น ไปพบแพทย์ จิตแพทย์ ใช้บริการ Hotline ใช้บริการคลินิกคลายเครียด)
- () อื่น ๆ เช่น.....

ST ☐

SP1 ☐

SP2 ☐

SP3 ☐

SP4 ☐

SP5 ☐

SP6 ☐

SP7 ☐

SP8 ☐

SP9 ☐

SP10 ☐

SP11 ☐

SP12 ☐

SS1 ☐

SS2 ☐

SS3 ☐

SS4 ☐

SS5 ☐

SS6 ☐

SS7 ☐