

รายงาน

การศึกษาเรื่อง

ความชุกของโรคจิตเวชและ ปัญหาสุขภาพจิต :

**การสำรวจระดับจิตเวชสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ
ปี พ.ศ. 2556**

Prevalence of mental disorders and mental health problems :

Results from Thai national mental health survey 2013

โดย

- ★ แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์
- ★ ดร.นายแพทย์นพพร ตันติรังสี
- ★ นางวรรณ จูทา
- ★ นายแพทย์อริบ ตันอารีย์
- ★ นายแพทย์ปทานนท์ วัญญุสนิก
- ★ ศาสตราจารย์ ดร. แพทย์หญิงสาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย
- ★ นายแพทย์สุทธา สุปัญญา
- ★ คณะทำงานสำรวจระดับจิตเวชสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ



กรมสุขภาพจิต

DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

กรกฎาคม 2559

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

รายงานการศึกษาเรื่อง

ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต :

การสำรวจระดับชาติของปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556

Prevalence of mental disorders and mental health problems:

Results from Thai national mental health survey 2013

ผู้นิพนธ์

พันธุ์ธนาภรณ์ กิตติรัตน์ไพฑูริย์, พ.บ., วว.(จิตเวชศาสตร์)

สถาบันพัฒนาการเด็กกรีนครินทร์
กรมสุขภาพจิต

นพพร ดันตังสี, พ.บ., วว. (จิตเวชศาสตร์), ปร.ด. (ระบาดวิทยา)

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

วรวรรณ จุฑา, พย.บ., กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว)

สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต

อธิป ตันอารีย์, พ.บ., วว.(จิตเวชศาสตร์)

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

ปัทมานนท์ ขวัญสินี, พ.บ., วว.(จิตเวชศาสตร์)

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

สวาทิรี อัมณวงศ์กรชัย, พ.บ., วว. (จิตเวชศาสตร์), ปร.ด. (แพทยศาสตร์) คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สุทธา สุปัญญา, พ.บ., วว. (จิตเวชศาสตร์)

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

คณะทำงานการสำรวจระดับชาติของปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ

สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

พิมพ์ครั้งที่ 1

กรกฎาคม 2559

จำนวนพิมพ์

80 เล่ม

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ นนทบุรี 11000

พิมพ์ที่

บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด

คำนำ

รายงานการศึกษาเรื่อง “ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556” นี้ เป็นส่วนหนึ่งจากผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตและจิตเวชในคนไทยในปี พ.ศ. 2556 โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการต่อเนื่องมาทุก 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541, 2546 และ 2551 เพื่อศึกษาความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามีวิธีการสำรวจฯ ยังไม่เป็นสากล ทำให้มีข้อจำกัดในการเปรียบเทียบกับข้อมูลนานาชาติ ด้วยเหตุผลดังกล่าวการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ. 2556 จึงได้ปรับใช้เครื่องมือ World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0) และระเบียบวิธีวิจัยตามข้อกำหนดของทีมสำรวจสุขภาพจิตโลก (World Mental Health Survey (WMHS) Initiative) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม และสามารถนำข้อมูลไปใช้ได้กว้างขวางมากขึ้น

การสำรวจครั้งนี้ได้เริ่มเตรียมการตั้งแต่ปี พ.ศ.2554 โดยประสานเพื่อขออนุญาตใช้เครื่องมือ และขอลิขสิทธิ์ในการแปลเครื่องมือสำรวจเป็นภาษาไทยจากองค์การอนามัยโลก และ WMH Data Analysis Coordination Centre, Department of Health Care Policy, Harvard University Medical School และได้ประสานกับ Institute for Social Research Survey Research Center, University of Michigan เพื่อส่งวิทยากรมาอบรมการใช้เครื่องมือและขั้นตอนการสำรวจแก่นักวิจัยไทยในปี พ.ศ. 2555 หลังจากนั้นจึงผ่านกระบวนการแปลทดลองใช้เครื่องมือ วางแผนการสุ่มตัวอย่าง การอบรมนักวิจัยภาคสนาม และเก็บข้อมูล ในปี พ.ศ. 2556 โดยมีขั้นตอนการตรวจทานข้อมูลอย่างเข้มข้น และบันทึกข้อมูลในปี พ.ศ. 2557 มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ต้องอาศัยโปรแกรมเฉพาะ ใช้เวลาทั้งสิ้นกว่า 5 ปี จึงแล้วเสร็จ

รายงานฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอประมาณการความชุกของโรคจิตเวช รวมถึงความผิดปกติพฤติกรรมเสพติด ความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา และปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ รวมทั้งการเข้าถึงบริการในประชากรไทย โดยข้อมูลดังกล่าวเป็นตัวแทนประเทศ และเป็นตัวแทนภูมิภาค และกรุงเทพมหานคร (กทม.) อีกทั้งได้เปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งก่อน และการสำรวจของนานาชาติ เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนางานสุขภาพจิต และวางแผนระบบบริการสุขภาพจิตของประเทศต่อไป

รายงานฉบับนี้มุ่งเน้นนำเสนอเฉพาะข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ส่วนการนำเสนอข้อมูลเชิงลึกในแต่ละชุดวินิจฉัยโรค สามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จากรายงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

คณะผู้วิจัย

กรกฎาคม 2559

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษาเรื่อง “ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติ ปี พ.ศ.2556” นี้ ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรหลายฝ่ายหลายหน่วยงาน

คณะผู้นิพนธ์ขอขอบพระคุณ นายแพทย์อภิชัย มงคล นายแพทย์วัชรระ เพ็งจันทร์ และ นายแพทย์เจษฎา โชคดำรงสุข อธิบดีกรมสุขภาพจิตที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน “การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทย: การศึกษาระดับชาติปี พ.ศ. 2556” ที่ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ขอขอบคุณสำนักนโยบายและวิชาการสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติที่ช่วยเหลือในกระบวนการสุ่มประชากร และการวิเคราะห์ถ่วงน้ำหนัก ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.สุคนธา ศิริ และทีมงานจากภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลที่ช่วยเหลือในการบันทึกและประมวลผลข้อมูล

ขอขอบพระคุณผู้บริหารกรมสุขภาพจิต และผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่งที่ให้การสนับสนุนทีมวิจัยหลักและทีมวิจัยภาคสนามอย่างดียิ่ง ขอขอบคุณทีมวิจัยภาคสนามจากหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตทุกท่านที่ทุ่มเทร่างกาย แรงใจ ในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ด้วยความมุ่งมั่นอุตสาหะ และบริหารจัดการการสำรวจข้อมูลตามแผนการสำรวจฯ ได้อย่างครบถ้วน และที่สำคัญที่สุด ขอขอบคุณประชาชนกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ เพื่อเป็นตัวแทนของคนไทยในการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตคนไทยครั้งนี้

การศึกษาครั้งนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต และงบประมาณบางส่วนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผ่านแผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.) เพื่อเพิ่มการสำรวจชุดบูรีและการพินัน

ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับชาติของ คนไทย ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556

พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์¹, นพพร ตันติรังสี², วรพรรณ จุฑา¹, อธิบ ตันอารีย์², ปทานนท์ ขวัญสินี³,
สาวิตรี อึ้งฉ่างกรชัย⁴, สุทธา สุปัญญา⁵ และคณะทำงานสำรวจระดับชาติของปัญหาสุขภาพจิตของประเทศไทยระดับชาติ

¹สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, ²โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, ³สถาบัน
จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ, ⁴มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ⁵โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อเสนอระเบียบวิธีวิจัย การดำเนินงานภาคสนามและการจัดการข้อมูล ในการสำรวจ
ระดับชาติของปัญหาสุขภาพจิตของประเทศไทยระดับชาติ ครั้งที่ 4 ปี พ.ศ.2556 นำเสนอความชุกชั่วชีวิตและความชุก
12 เดือนของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในคนไทยรวมทั้งการเข้าถึงบริการ

วัสดุและวิธีการ เป็นการสำรวจภาคตัดขวางในประชากรไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในครัวเรือน
ส่วนบุคคลทั่วประเทศ สุ่มตัวอย่าง 4 ขั้นตอน มีภาคและกรุงเทพมหานครเป็นสตราตัมโดยไม่สุ่มทดแทน บุคลากร
สุขภาพจิตที่ผ่านการอบรมทำการสัมภาษณ์แบบต่อหน้าเพื่อประเมินปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยด้วย World
Mental Health-Composite International Diagnostic Interview 3.0 (WMH-CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทย
มีการควบคุมคุณภาพกระบวนการเก็บข้อมูลภาคสนามตามข้อกำหนดของการสำรวจสุขภาพจิตโลก

ผล จากการสุ่ม 6,360 ครัวเรือน พบบุคคลที่เข้าเกณฑ์สำรวจ 4,878 คน ยินยอมเข้าร่วมโครงการ
4,766 คน และสัมภาษณ์แล้วเสร็จ 4,727 คน คิดเป็นอัตราตอบรับ (response rate) ร้อยละ 74.3 ความชุก
ชั่วชีวิตและความชุก 12 เดือนของโรคจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดสารใดๆ พบร้อยละ 30.8
และร้อยละ 13.4 ตามลำดับ โดยพบความชุกความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราสูงที่สุดทั้งความชุกชั่วชีวิต
(ร้อยละ 18.0) และความชุก 12 เดือน (ร้อยละ 5.3) ส่วนกลุ่มโรคจิตกึ่งจิต กลุ่มความผิดปกติของการควบคุม
พฤติกรรมตัวเอง และกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์พบความชุก 12 เดือน ร้อยละ 1.6, 1.3 และ 0.7
ตามลำดับ ในผู้ที่มีโรคจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดสารใดๆ เข้าถึงบริการด้วยปัญหาสุขภาพจิต
ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 11.5 เป็นบริการโดยบุคลากรสุขภาพเพียง ร้อยละ 3.7 ผู้มีความผิดปกติของ
พฤติกรรมเสพติดสารเสพติดเข้าถึงบริการสูงที่สุด (ร้อยละ 24.5) และผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราเข้าถึง
บริการน้อยที่สุด (ร้อยละ 6.6)

สรุป ปัญหาสุขภาพจิต โรคจิตเวช และความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา และเสพติดสารยังคงเป็น
ปัญหาสำคัญของประเทศ อีกทั้งช่องว่างการเข้าถึงบริการยังสูงมาก ควรจะมีการกำหนดนโยบายและวางแผน
พัฒนางานบริการสุขภาพจิตอย่างเร่งด่วน

คำสำคัญ : การสำรวจระดับชาติ, ความชุก, ระดับชาติ, สุขภาพจิต, CIDI

Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013

Kittirattanapaiboon P.¹, Tantirangsee N.², Chutha W.¹, Tanaree A.², Kwansanit P.³, Assanangkornchai S.⁴, Supanya S.⁵, Thai Mental Health Survey Working Group

¹Bureau of Mental Health Service Administration, Department of Mental Health ; ²Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital ; ³Somdetchaopraya Institute of Psychiatry ; ⁴Prince of Songkhla University; ⁵Prasimahabodi Psychiatric Hospital

Abstract

Objectives : To present methodology, field procedure and data management of the 4th Thai national mental health survey in 2013 (TNMHS 2013) and report the lifetime and 12-month prevalence of significant mental disorders and mental health problems in Thai adults and the access to any services in people endorsing these conditions.

Methods : The TNMHS 2013 is a cross-sectional survey assessing representative household samples of Thai population ageing 18 and over using a stratified four-stage probability non-replacement sample method with regions and Bangkok as primary strata. All respondents were face-to-face interviewed by trained interviewers for their common mental health problems using WMH-CIDI 3.0 (World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview 3.0). Strict field monitoring and supervisions were enforced to ensure the quality of data collection and management according to the world mental health survey guide.

Results : Of the specified 6,360 representative household samples, 4,878 households were eligible and 4,766 respondents, one from each household, agreed to participate. In all, 4,727 (response rate 74.3%) completed the WMH-CIDI. The lifetime and 12-month prevalence of any mental or substance use disorders were 30.8% and 13.4% respectively. Alcohol use disorders were the highest prevalence, 18.0% for lifetime prevalence and 5.3% for 12-month prevalence. The 12-month prevalence of anxiety disorders, impulse control disorders and affective disorders were 1.6%, 1.3% and 0.7%, respectively. During the last 12-month, only 11.5% of respondents with any mental, substance use disorders or mental health problems accessed to any services with 3.7% receiving care from health professionals. The respondents with drug use disorders was the most access (24.5%), while those with alcohol use disorders were the least access (6.6%) to any services.

Conclusion : Mental disorders, including drug and alcohol use disorders, and mental health problems are still major public health problems in Thailand with the evidences of an expansive gap in access to services. The mental health care should be urgently strategized and prioritized in the policy level.

KEYWORDS : National survey, Prevalence, Epidemiology, Mental Health, CIDI



สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทคัดย่อ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตารางและแผนภาพ	ฉ
บทที่ 1 : บทนำ	1
บทที่ 2 : เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
บทที่ 3 : วิธีดำเนินการศึกษา	33
บทที่ 4 : ผลการศึกษา	41
บทที่ 5 : อภิปรายผล ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะ	57
บรรณานุกรม	67
ภาคผนวก	73
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองโครงการวิจัยและคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ พัฒนาระบบการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต	74
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือ WMH CIDI	79
ภาคผนวก ค ทีมวิจัยภาคสนาม	95
ภาคผนวก ง พื้นที่เก็บข้อมูล	105
ภาคผนวก จ ประวัติผู้วิจัย	116

สารบัญตารางและแผนภาพ

สารบัญตาราง	หน้า
ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบระเบียบวิธีวิจัยของการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต ครั้งที่ 1, ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3	23
ตารางที่ 2.2 ข้อมูลทั่วไปประชากรที่ศึกษาจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต ครั้งที่ 1, ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3	24
ตารางที่ 2.3 เปรียบเทียบผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ครั้งที่ 1, ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3	25
ตารางที่ 2.4 เปรียบเทียบข้อมูลความชุกในช่วง 12 เดือนของโรคจิตเวชจากผล การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตทั่วโลกด้วยเครื่องมือ CIDI	27
ตารางที่ 2.5 ประเมินการค่ากลาง (median) ช่องว่างการเข้าถึงบริการ (ร้อยละ) ตามกลุ่มประเทศแบ่งตามองค์การอนามัยโลก	29
ตารางที่ 2.6 รายงานอัตราการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าจำแนกตาม ปีงบประมาณ 2553-2558	31
ตารางที่ 3.1 พื้นที่เก็บข้อมูลจำแนกตามรายภาค	35
ตารางที่ 4.1 หน่วยตัวอย่างที่สุ่มเลือกและอัตราการตอบรับ	41
ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อนและหลังถ่วงน้ำหนัก	42
ตารางที่ 4.3 ลักษณะทั่วไปของประชากรตัวอย่างหลังถ่วงน้ำหนักแยกตามภูมิภาค	43
ตารางที่ 4.4 ความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของโรคจิตเวชแยกตามภูมิภาค	46
ตารางที่ 4.5 ความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของความผิดปกติพฤติกรรม เสพติดใดๆ โรคจิตเวช และปัญหาสุขภาพจิตแยกตามภูมิภาค	48
ตารางที่ 4.6 ความชุก 12 เดือน (12-month prevalence) ของโรคจิตเวช แยกตามภูมิภาค	50
ตารางที่ 4.7 ความชุก 12 เดือน (12-month prevalence) ของความผิดปกติ พฤติกรรมเสพติดใดๆ โรคจิตเวช และปัญหาสุขภาพจิตแยกตามภูมิภาค	52
ตารางที่ 4.8 ความชุกชั่วชีวิตและ 12 เดือนของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต แยกตามเพศ	53

ตารางที่ 4.9	อัตราการใช้บริการสำหรับปัญหาสุขภาพจิตช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	55
ตารางที่ 5.1	เปรียบเทียบผลการสำรวจระดับชาติของปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. 2551 และครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2556	59
ตารางที่ 5.2	เปรียบเทียบข้อมูลความชุกในช่วง 12 เดือนของโรคจิตเวชจากผล การสำรวจระดับชาติของปัญหาสุขภาพจิตของไทยและข้อมูลทั่วโลก	63

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่ 2.1	การเข้าถึงบริการโรคจิตและโรคซึมเศร้าปีงบประมาณ 2557 ตามเขตสุขภาพ	30
---------------	--	----

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญมากขึ้นจากสถานะเศรษฐกิจสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ในปี พ.ศ. 2553 องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถานการณ์ภาระโรคทั่วโลก (global burden of disease) พบว่าปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life years) สูงถึงร้อยละ 7.4 ของการสูญเสียดัชนีปีสุขภาวะทั้งหมด โดยมีปีสุขภาวะที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (years lived with disability) สูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มโรคอื่น⁽¹⁾ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศได้รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2554 พบว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะอันดับสองในผู้ชายรองจากอุบัติเหตุ และเป็นอันดับสี่ในผู้หญิงรองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคความผิดปกติทางการรับรู้ตามลำดับ⁽²⁾ แสดงให้เห็นว่าความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตที่จะก่อให้เกิดภาระสุขภาพอย่างมาก หากขาดนโยบายในการจัดการปัญหาที่ดีพอ

กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการสำรวจระดับชาติของโรคจิตเวชของคนไทยระดับชาติเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2541 ด้วยเครื่องมือที่ดัดแปลงจากเกณฑ์ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV Fourth Edition (DSM-IV)⁽³⁾ หลังจากนั้นได้มีการสำรวจทุก 5 ปี ครั้งที่สองในปี พ.ศ. 2546 และครั้งที่สามในปี พ.ศ. 2551 โดยใช้เครื่องมือ Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย^(4,5) ผลการสำรวจสามครั้งที่ผ่านมา พบความชุกของโรคจิตเวชในคนไทยร้อยละ 23.2⁽⁶⁾, 18.6⁽⁷⁾ และ 14.3⁽⁸⁾ ตามลำดับ อย่างไรก็ตามข้อมูลดังกล่าวยังมีข้อจำกัดในการเปรียบเทียบกับนานาชาติเนื่องจาก M.I.N.I. เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยทางคลินิก เมื่อนำมาใช้ในการสำรวจทางระบาดวิทยาจะทำให้ทราบเฉพาะความชุกที่จุดของเวลา (point-time prevalence) เท่านั้น ไม่สามารถบอกค่าความชุกใน 1 ปี (1-year prevalence or 12-month prevalence) หรือความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ได้ อีกทั้งขาดข้อมูลในด้านผลกระทบที่ตามมาและการรับบริการสุขภาพ ซึ่งจำเป็นในการวางแผนนโยบายสุขภาพ

ทีมสำรวจสุขภาพจิตโลก (World Mental Health Survey (WMHS) Initiative) ได้ร่วมมือกันในประเทศต่างๆ ตามภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) เพื่อสำรวจระดับชาติของสุขภาพจิตในประเทศของตน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ดำเนินการมาแล้ว 28 ประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างประเทศในด้านความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต สารเสพติดและปัญหาพฤติกรรม รวมถึงผลที่ตามมาและการเข้ารับบริการ^(9,10,11,12) โดยใช้เครื่องมือ World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI)⁽¹³⁾ ที่ประเมินโรคจิตเวชตามเกณฑ์วินิจฉัย International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

10-revision (ICD-10) ⁽¹⁴⁾ และ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV Fourth Edition (DSM-IV) ⁽³⁾ เครื่องมือเป็นแบบ paper and pencil instrument (PAPI) ที่ตอบแบบสอบถามในกระดาษ ต่อมาพัฒนาเป็น computer-assisted personal interviews (CAPI) ที่ใช้คอมพิวเตอร์เพื่อช่วยให้การสัมภาษณ์ทำได้รวดเร็วและถูกต้องมากขึ้น และเนื่องจากการใช้เครื่องมือในหลากหลายภาษา จึงได้มีการกำหนดเกณฑ์วิธีการแปล (translation protocol) เพื่อแปลเครื่องมือและเอกสารการอบรม นักวิจัยหลักและผู้อบรมนักวิจัยภาคสนามจะต้องได้รับประกาศนียบัตรจากศูนย์อบรมเครื่องมือ CIDI ที่ผ่านการรับรอง (authorized CIDI training and reference center ; TRC) มาก่อน เพื่อเรียนรู้การใช้เครื่องมือ ระเบียบวิธีวิจัย การสุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูล การจัดการข้อมูล ตลอดจนการควบคุมคุณภาพ ⁽¹⁵⁾

ในการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ. 2556 จึงได้ปรับใช้เครื่องมือ WMH-CIDI 3.0 และระเบียบวิธีวิจัยตามข้อกำหนดของทีมงานวิจัยสุขภาพจิตโลก (WMHS) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมนำไปใช้ได้กว้างขวางมากขึ้น และสามารถเปรียบเทียบกับข้อมูลนานาชาติได้

คำถามการวิจัย

ความชุกของโรคจิตเวชในคนไทยเป็นอย่างไร และลักษณะการเข้าถึงบริการเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประมาณการความชุกชั่วชีวิตและความชุก 12 เดือนของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในคนไทยทั้งในภาพรวมประเทศและรายภูมิภาค
2. เพื่อทราบอัตราการได้รับบริการเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง โดยการสัมภาษณ์แบบต่อหน้าครั้งเดียว ในประชากรไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ยกเว้นจังหวัดชายแดนภาคใต้ 3 จังหวัดคือ ยะลา ปัตตานีและนราธิวาส อาศัยอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคลเท่านั้น ไม่รวมประชากรที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนสถาบัน เช่น วัด หอพัก โรงเรียน โรงพยาบาล สถานสงเคราะห์ ค่ายทหาร เป็นต้น

นิยามศัพท์

1. **ความชุกชั่วชีวิต (Lifetime Prevalence)** หมายถึง ประมาณการจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตรวจพบโรคจิตเวชต่อหน่วยประชากรในช่วงตลอดชีวิตที่ผ่านมา
2. **ความชุก 12 เดือน (12-month Prevalence)** หมายถึง ประมาณการจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตรวจพบโรคจิตเวชต่อหน่วยประชากรในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

3. **ประชากร** หมายถึง ประชากรไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปในภูมิภาคทุกภาคของประเทศไทย รวมถึงกรุงเทพมหานคร ยกเว้นจังหวัดชายแดนภาคใต้ 3 จังหวัดคือ ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส อาศัยอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคลเท่านั้น ไม่รวมประชากรที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนสถาบัน เช่น วัด หอพัก โรงเรียน โรงพยาบาล สถานสงเคราะห์ ค่ายทหาร เป็นต้น

4. **โรคจิตเวชใดๆ (any mental disorders)** หมายถึง โรคจิตเวชที่วินิจฉัยโดยเครื่องมือ WMH-CIDI 3.0 ตามที่คัดเลือกมาในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ major depressive episode, dysthymia, (hypo) manic episode, generalized anxiety disorder, panic disorder, agoraphobia , posttraumatic stress disorder, intermittent explosive disorder และ pathological gambling

5. **ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด (substance use disorders)** หมายถึง drug use disorders, alcohol use disorders และ nicotine dependence

6. **โรคจิตเวชและความผิดปกติพฤติกรรมเสพติดใดๆ (any mental disorders or substance use disorders)** หมายถึง มีอาการและอาการแสดงเข้าได้กับ any mental disorders และ/หรือ substance use disorders

7. **กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (affective disorders)** หมายถึง major depressive episode, dysthymia, hypomanic และ manic episode

8. **กลุ่มโรควิตกกังวล (anxiety disorders)** หมายถึง panic disorder, agoraphobia, post-traumatic stress disorder, และ generalized anxiety disorder

9. **กลุ่มความผิดปกติของการควบคุมพฤติกรรมตัวเอง (impulse control disorders)** หมายถึง intermittent explosive disorder และ pathological gambling

10. **กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol use disorders)** หมายถึง alcohol abuse และ alcohol dependence

11. **กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด (drug use disorders)** หมายถึง drug abuse และ drug dependence

12. **ปัญหาสุขภาพจิต (mental health problems)** หมายถึง ประสบการณ์เสี่ยงฆ่าตัวตาย (suicidal experiences)

13. **การเข้ารับบริการด้วยปัญหาสุขภาพจิต (access to any services)** หมายถึง การตอบการรับรู้ของผู้ถูกสัมภาษณ์ว่า “คุณเคยพบผู้ให้การรักษาใด ตามรายชื่อต่อไปนี้ เพื่อช่วยในปัญหาสุขภาพจิต ความเครียด ปัญหาทางอารมณ์ (หรือปัญหาการใช้สารเสพติด หรือ สุรา) ของคุณ หรือไม่”

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

ได้ข้อมูลพื้นฐานทางระบาดวิทยาความชุกของโรคจิตเวชร่วมในระดับประเทศ เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนระบบบริการจิตเวชที่เหมาะสมต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. การวินิจฉัยโรคจิตเวช
2. เครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวช
3. หลักการสำรวจของทีมสำรวจสุขภาพจิตโลก (world mental health survey initiative)
4. การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของไทยที่ผ่านมา
5. การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตนานาชาติ
6. การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

การวินิจฉัยโรคจิตเวช

การวินิจฉัยโรคจิตเวชเป็นการประเมินอาการและอาการแสดงอิงตามเกณฑ์ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10-revision (ICD-10)⁽¹⁴⁾ และ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV Fourth Edition (DSM-IV)⁽³⁾ แม้ว่าปัจจุบันจะมีการทบทวนเกณฑ์วินิจฉัยใหม่ตามเกณฑ์ DSM-V แต่เนื่องจากเครื่องมือ World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI) ในการสำรวนี้ยังคงอิงตามเกณฑ์ DSM-IV ในที่นี้จะขอนำเสนอเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-IV เฉพาะโรคจิตเวชในการสำรวจครั้งนี้ ดังนี้

1. **โรคความผิดปกติทางอารมณ์ (affective disorders)** ได้แก่ major depressive episode, dysthymia, hypomanic และ manic episode
2. **โรควิตกกังวล (anxiety disorders)** ได้แก่ generalized anxiety disorder, panic disorder, agoraphobia และ post-traumatic stress disorder
3. **ความผิดปกติของการควบคุมพฤติกรรมตัวเอง (impulse control disorders)** ได้แก่ intermittent explosive disorder และ pathological gambling
4. **ความผิดปกติพฤติกรรมเสพยา (substance use disorders)** ได้แก่ กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมเสพยาเสพติด (drug use disorders) เช่น drug abuse และ drug dependence และกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol use disorders) เช่น alcohol abuse และ alcohol dependence
5. **ปัญหาสุขภาพจิต (mental health problems)** หมายถึง ประสบการณ์เสี่ยงฆ่าตัวตาย (suicidal experiences)

1. โรคความผิดปกติทางอารมณ์ (affective disorders)

1.1 โรคซึมเศร้า (major depressive episode) อาการตามเกณฑ์ DSM-IV มีดังนี้

A. มีอาการดังต่อไปนี้ห้าอาการ (หรือมากกว่า) ร่วมกันอยู่นาน 2 สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆไปจากแต่ก่อน : โดยมีอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อของ (1) อารมณ์ซึมเศร้า (2) เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข

(1) มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยได้ไม่จากการบอกเล่าของผู้ป่วย (เช่น รู้สึกเศร้า หรือว่างเปล่า) ก็จากการสังเกตของผู้อื่น

(2) ความสนใจหรือความสุขใจในกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก เป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน (โดยได้ไม่จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ก็จากการสังเกตของผู้อื่น)

(3) น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นจากการคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (ได้แก่น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารแทบทุกวัน

(4) นอนไม่หลับ หรือหลับมากไปแทบทุกวัน

(5) psychomotor agitation หรือ retardation แทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่น มิใช่เพียงจากความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวายหรือช้าลง)

(6) อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน

(7) รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป (อาจถึงขั้นหลงผิด) แทบทุกวัน (มิใช่เพียงแค่การโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย)

(8) สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้แทบทุกวัน (โดยได้ไม่จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ก็จากการสังเกตของผู้อื่น)

(9) คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ (มิใช่แค่กลัวว่าจะตาย) คิดอยากตายอยู่เรื่อยๆ โดยมีได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

B. อาการเหล่านี้มิได้เข้าเกณฑ์ของ mixed episode

C. อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญบกพร่องลง

D. อาการมิได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hypothyroidism)

E. อาการไม่ได้เข้ากับ Bereavement ได้ดีกว่า ได้แก่ มีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือนหลังการสูญเสียผู้เป็นที่รัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงอย่างมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการโรคจิต หรือ psychomotor retardation

1.2 โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder) อาการตามเกณฑ์ DSM-IV มีดังนี้

A. มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน มีวันที่เป็นมากกว่าวันที่ปกติ โดยได้ไม่จากการบอกเล่าของผู้ป่วยก็จากการสังเกตของผู้อื่น นานอย่างน้อย 2 ปี

- B. ในช่วงที่ซึมเศร้า มีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป
- (1) เบื่ออาหาร หรือกินจุ
 - (2) นอนไม่หลับ หรือหลับมากไป
 - (3) เหนื่อยง่าย หรืออ่อนเพลีย
 - (4) Self-esteem ต่ำ
 - (5) สมาธิไม่ดี หรือตัดสินใจยาก
 - (6) รู้สึกหมดหวัง
- C. ในช่วง 2 ปี (1 ปีในเด็กและวัยรุ่น) ของความผิดปกติ ผู้ป่วยไม่มีช่วงเวลาที่ปราศจากอาการตามเกณฑ์ A และ B นานเกินกว่า 2 เดือนในแต่ละครั้ง
- D. ไม่มี major depressive episode ในช่วง 2 ปีแรกของความผิดปกติ
- E. ไม่เคยมี manic episode, mixed episode, hypomanic episode
- F. ไม่ได้เกิดในช่วงของอาการโรคจิตเรื้อรัง เช่น schizophrenia
- G. อาการไม่ได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย
- H. อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญบกพร่องลง

1.3 Manic episode อาการตามเกณฑ์ DSM-IV มีดังนี้

- A. มีช่วงที่มีอารมณ์คึกคัก แสดงความรู้สึกโดยไม่รู้ หรืออารมณ์หงุดหงิดที่ผิดปกติและคงอยู่ตลอดอย่างชัดเจนนานอย่างน้อย 1 สัปดาห์ (หรือนานเท่าใดก็ได้หากต้องอยู่ในโรงพยาบาล)
- B. ในช่วงที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์นี้ พบมีอาการดังต่อไปนี้อยู่ตลอดเวลา อย่างน้อยสามอาการ (หรือสี่อาการหากมีเพียงอารมณ์หงุดหงิด) และอาการเหล่านี้รุนแรงอย่างมีความสำคัญ
- (1) มี self-esteem เพิ่มขึ้นมาก หรือมีความคิดว่าตนยิ่งใหญ่ (grandiosity)
 - (2) ความต้องการนอนลดลง (เช่น ได้นอนแค่ 3 ชั่วโมงก็รู้สึกเพียงพอแล้ว)
 - (3) พูดคุยมากกว่าปกติ หรือต้องการพูดอย่างไม่หยุด
 - (4) Flight of idea หรือผู้ป่วยรู้สึกว่าการคิดแล่นเร็ว
 - (5) วอกแวก (distractibility) (ได้แก่ ถูกดึงความสนใจได้ง่าย แม้สิ่งเร้าภายนอกจะไม่สำคัญหรือไม่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่สนใจอยู่ในขณะนั้น)
 - (6) มีกิจกรรมซึ่งมีจุดหมาย เพิ่มขึ้นมาก (ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม การงาน หรือการเรียน หรือด้านเพศ) หรือ psychomotor agitation
 - (7) หมกมุ่นอย่างมากกับกิจกรรมที่ทำให้เพลิดเพลินแต่มีโอกาสสูงที่จะก่อให้เกิดความยุ่งยากติดตามมา (เช่น ใช้จ่ายอย่างไม่ยับยั้ง ไม่ยับยั้งใจเรื่องเพศ หรือลงทุนทำธุรกิจอย่างโง่เขลา)
- C. อาการไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัย mixed episode

D. ความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นรุนแรงจนทำให้มีความบกพร่องอย่างมากในด้านการงานหรือกิจกรรมทางสังคมตามปกติ หรือสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น หรือทำให้ต้องอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือมีอาการโรคจิต

E. อาการมีได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา หรือการรักษาอื่น) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hyperthyroidism)

1.4 Hypomanic episode อาการตามเกณฑ์ DSM-IV มีดังนี้

A. มีช่วงที่มีอารมณ์คึกคัก แสดงความรู้สึกโดยไม่รัง หรืออารมณ์หงุดหงิดที่ผิดปกติและคงอยู่ตลอดอย่างชัดเจนนานอย่างน้อย 4 วัน โดยเห็นชัดว่าต่างจากช่วงอารมณ์ปกติที่ไม่ซึมเศร้า

B. ในช่วงที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์นี้ พบมีอาการดังต่อไปนี้อยู่ตลอดเวลา อย่างน้อยสามอาการ (หรือสี่อาการหากมีเพียงอารมณ์หงุดหงิด) และอาการเหล่านี้รุนแรงอย่างมีความสำคัญ

- (1) มี self-esteem เพิ่มขึ้นมาก หรือมีความคิดว่าตนยิ่งใหญ่ (grandiosity)
- (2) ความต้องการนอนลดลง (เช่น ได้นอนแค่ 3 ชั่วโมงก็รู้สึกเพียงพอแล้ว)
- (3) พูดคุยกว่าปกติ หรือต้องการพูดอย่างไม่หยุด
- (4) Flight of idea, หรือผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณคิดแล่นเร็ว
- (5) วอกแวก (distractibility) (ได้แก่ ถูกดึงความสนใจได้ง่าย แม้สิ่งเร้าภายนอกจะไม่สำคัญหรือไม่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่สนใจอยู่ในขณะนั้น)

(6) มีกิจกรรมซึ่งมีจุดหมาย เพิ่มขึ้นมาก (ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม การงานหรือการเรียนหรือด้านเพศ) หรือ psychomotor agitation

(7) หมกมุ่นอย่างมากกับกิจกรรมที่ทำให้เฟลิดเฟลิน แต่มีโอกาสสูงที่จะก่อให้เกิดความยุ่งยากติดตามมา (เช่น ใช้จ่ายไม่ยั้ง ไม่ยับยั้งใจเรื่องเพศ หรือลงทุนทำธุรกิจอย่างโง่เขลา)

C. ระยะที่มีอาการมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ซึ่งมีใช้ลักษณะประจำของบุคคลนั้นขณะไม่มีอาการอย่างเห็นได้ชัด

D. ผู้อื่นสังเกตเห็นความผิดปกติด้านอารมณ์และการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ นี้

E. ระยะที่มีอาการไม่รุนแรงถึงกับทำให้กิจกรรมด้านสังคม หรือการงานบกพร่องลงมาก หรือทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาล และไม่มีอาการโรคจิต

F. อาการมีได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา หรือการรักษาอื่น) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hyperthyroidism)

2. โรควิตกกังวล (anxiety disorders)

2.1 โรคกังวลไปทั่ว (generalized anxiety disorder) อาการของโรคกังวลไปทั่ว ผู้ป่วยจะคาดหมายหรือคิดวิตกกังวลไปก่อนล่วงหน้าว่า จะมีเหตุร้ายเกิดขึ้นกับตนเองหรือบุคคลใกล้ชิด ปัญหาทางเศรษฐกิจ ชีวิตครอบครัว การทำงาน หรือความเจ็บป่วย โดยมีการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV ดังต่อไปนี้

A. มีความวิตกกังวลใจอย่างมาก (หวั่นวิตกว่าจะมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้น) เกิดขึ้นอย่างน้อย 6 เดือน โดยวันที่เป็นมีมากกว่าวันที่ไม่เป็น และเป็นกับหลายๆ เหตุการณ์ หรือหลายๆ กิจกรรม (เช่น การงาน หรือ การเรียน)

B. ผู้ป่วยรู้สึกว่ายากแก่การควบคุมความกังวลใจที่มี

C. ความวิตกกังวลใจนี้ สัมพันธ์กับอาการ 6 ข้อต่อไปนี้อย่างน้อย 3 ข้อขึ้นไป (โดยอย่างน้อยมีวันที่มีอาการมากกว่าวันที่ไม่มี ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)

(1) กระสับกระส่าย หรือรู้สึกเหมือนถูกเร่ง หรือเหมือนอาจเกิดเรื่องได้ตลอด

(2) อ่อนเพลียง่าย

(3) ต้งสมาธิยาก หรือใจลอย

(4) หงุดหงิด

(5) กล้ามเนื้อตึงตัว

(6) มีปัญหาการนอน (นอนหลับยากหรือหลับๆ ตื่นๆ หรือกระสับกระส่ายหลับไม่ดี)

D. จุดหลักของความวิตกกังวลใจ ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะแต่ลักษณะของความผิดปกติ ใน Axis I อื่นๆ เช่น ความวิตกกังวลใจไม่เกี่ยวข้องกับการเกิด panic attack (ดังใน panic disorder) การมีพฤติกรรมที่น่าอับอายท่ามกลางผู้คน (ดังใน social phobia) การติดเชื่อโรค (ดังใน obsessive-compulsive disorder) การต้องจากบ้าน หรือญาติใกล้ชิด (ดังใน separation anxiety disorder) การมีน้ำหนักเพิ่ม (ดังใน anorexia nervosa) การมีอาการทางร่างกายต่างๆ (ดังใน somatization disorder) หรือ การมีโรคร้ายแรง (ดังใน hypochondriasis) และความวิตกกังวลใจนี้ ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะช่วงที่เป็น posttraumatic stress disorder

E. ความวิตกกังวลใจ หรืออาการทางกายก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญ บกพร่องลง

F. อาการไม่ได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย และไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะช่วงที่เป็น mood disorder, psychotic disorder, หรือ pervasive developmental disorder

2.2 โรคแพนิค (panic disorder) มีลักษณะสำคัญคือ ผู้ป่วยจะมีอาการแพนิค (panic attack) เกิดขึ้นซ้ำๆ อย่างต่อเนื่อง

อาการ panic attack ตามเกณฑ์ DSM-IV มีดังต่อไปนี้ คือมีความกลัวหรือความอึดอัดไม่สบาย อย่างรุนแรงเป็นระยะเวลาที่ชัดเจน โดยมีอาการในหัวข้อต่อไปนี้ ตั้งแต่ 4 อาการขึ้นไป อาการ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และถึงระดับสูงสุดภายใน 10 นาที

(1) ใจสั่น ใจเต้นแรง หรือใจเต้นเร็วมาก

(2) เหงื่อแตก

(3) สั่น

- (4) หายใจไม่อิ่ม หรือ หายใจขัด
- (5) รู้สึกอึดอัด หรือแน่นอยู่ข้างใน
- (6) เจ็บหน้าอก หรือแน่นหน้าอก
- (7) คลื่นไส้ ท้องไส้ปั่นป่วน
- (8) วิงเวียน โคลงเคลง มึนตื้อ หรือเป็นลม
- (9) derealization หรือ depersonalization
- (10) กลัวคุมตัวเองไม่ได้ หรือกลัวเป็นบ้า
- (11) กลัวว่าจะตาย
- (12) paresthesias (ชา หรือรู้สึกชู่ซ่า)
- (13) หนาวสั่น หรือร้อนวูบวาบ

โดยโรคแพนิคนั้น จะต้องมีการวินิจฉัยตาม DSM-IV

A. มีทั้ง (1) และ (2)

- (1) มี panic attacks เกิดขึ้นซ้ำๆ โดยคาดไม่ได้
- (2) อย่างน้อยหนึ่งครั้งของการเกิดอาการ จะต้องมีการดังต่อไปนี้หนึ่งข้อ (หรือมากกว่า) ติดตตามมาเป็นเวลานาน 1 เดือน (หรือมากกว่า)

(a) กังวลว่าจะเกิดอาการขึ้นอีกอยู่ตลอดเวลา

(b) กังวลว่าอาจส่งผลถึงโรคร้ายแรงหรือกังวลเกี่ยวกับผลติดตามมา (เช่น คุมตัวเองไม่ได้ เป็นโรคหัวใจ เป็นบ้า)

(c) พฤติกรรมเปลี่ยนไปอย่างชัดเจน เนื่องมาจากการเกิดอาการ

B. มีหรือไม่มี agoraphobia

C. panic attacks นี้ไม่ได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hyperthyroidism)

D. panic attacks นี้ไม่ได้เข้ากับโรคทางจิตเวชอื่นๆ ได้ดีกว่า เช่น social phobia (เช่น เกิดอาการขณะเผชิญกับสถานการณ์ทางสังคมที่หวั่นเกรง) specific phobia (เช่น เผชิญกับสถานการณ์ที่กลัว), obsessive-compulsive disorder (เช่น เผชิญกับสิ่งสปรกในคนที่หมกมุ่นกับการกลัวติดเชื่อโรค) post-traumatic stress disorder (เช่น เกิดอาการจากสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับความกดดันที่รุนแรงนั้น) หรือ separation anxiety disorder (เช่น เกิดอาการจากการต้องห่างจากบ้านหรือญาติใกล้ชิด)

2.3 ภาวะกังวลต่อการอยู่ในสถานที่หรือสถานการณ์ที่อาจหลีกเลี่ยงได้ลำบาก (agoraphobia)

อาการตามเกณฑ์ DSM-IV มีดังนี้

A. กังวลต่อการอยู่ในสถานที่หรือสถานการณ์ที่อาจหลีกเลี่ยงได้ลำบาก (หรืออาจทำให้อับอาย) หรืออาจไม่ได้รับการช่วยเหลือ หากว่าผู้ป่วยเกิดมี panic attack หรือมีอาการที่คล้าย panic ไม่ว่าจะเป็นขึ้นมาเองหรือเป็นจากบางสถานการณ์มากระตุนก็ตาม ความกลัวแบบ agoraphobia ที่เป็นแบบฉบับ มักจะเกี่ยวข้องกับ

สถานการณ์เหล่านี้ ซึ่งประกอบด้วย การออกนอกบ้านตามลำพัง การอยู่ท่ามกลางหมู่คนหรือยืนต่อแถว การอยู่บนสะพาน และการเดินทางโดยรถเมล์ รถไฟ หรือรถยนต์

B. มีการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่างๆ เหล่านี้ (เช่น งดการเดินทาง) หรือไม่ก็ต้องทนเผชิญ โดยมีความทุกข์ทรมานใจอย่างมาก หรือมีความวิตกกังวลว่าจะเกิด panic attack หรือมีอาการคล้าย panic หรือต้องมีผู้อื่นอยู่ร่วมด้วย

C. อาการวิตกกังวลหรือการหลีกเลี่ยงความกลัวนี้ ไม่ได้เข้ากับโรคจิตเวชอื่นๆ เช่น social phobia, specific phobia, OCD, PTSD, separation anxiety disorder

2.4 ภาวะสะเทือนขวัญหลังเหตุการณ์รุนแรง (post traumatic stress disorder, PTSD) เป็นอาการที่เกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองด้วยความรู้สึกหวาดกลัวอย่างสุดขีด ต่อเหตุการณ์สะเทือนใจของตนเองหรือคนอื่น โดยจะมีการตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM- IV ดังต่อไปนี้

A. ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ โดยประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้ทั้งสองข้อ

(1) ผู้ป่วยเป็นผู้ที่ได้รับ พบเห็น หรือเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตหรือคุกคามต่อชีวิต หรือการบาดเจ็บสาหัส หรือคุกคามต่อสภาพร่างกายของตนเองหรือบุคคลอื่น

(2) ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยประกอบด้วย ความหวาดกลัวอย่างรุนแรง ความรู้สึกหม่นทาง หรือ ความหวาดผวา

B. มีความรู้สึกเหมือนตกอยู่ในเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจนี้อยู่ตลอด โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ตั้งแต่หนึ่งข้อขึ้นไป

(1) มีสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ทำให้ทุกข์ทรมานผุดขึ้นมาอยู่ซ้ำๆ ซึ่งประกอบด้วย มโนภาพ ความคิด หรือการรับรู้

(2) มีความฝันที่ทำให้ทุกข์ทรมานอยู่ซ้ำๆ เกี่ยวกับเหตุการณ์

(3) มีการกระทำหรือความรู้สึกเหมือนหนึ่งเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจเกิดขึ้นมาอีก (ประกอบด้วยความรู้สึกว่าตกอยู่ในเหตุการณ์อีกครั้งหนึ่ง, illusion, อาการประสาทหลอน และ dissociative flashback episodes ซึ่งรวมถึงกรณีที่เกิดขณะเพิ่งตื่นหรือเคลิ้มจากสาร)

(4) มีความทุกข์ทรมานใจอย่างมากเมื่อเผชิญกับสิ่งที่มาทำให้ระลึกถึง ซึ่งอาจมีความหมายต่อจิตใจ หรือเป็นจากสถานการณ์ภายนอกโดยตรง ซึ่งมีลักษณะที่เป็นสัญลักษณ์ หรือคล้ายคลึงกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ

(5) มีปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายเมื่อเผชิญกับสิ่งที่มาทำให้ระลึกถึง ซึ่งอาจมีความหมายต่อจิตใจ หรือเป็นจากสถานการณ์ภายนอกโดยตรง ซึ่งมีลักษณะที่เป็นสัญลักษณ์ หรือคล้ายคลึงกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ

C. มีการหลีกเลี่ยงอยู่ตลอดต่อสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ และการตอบสนองทั่วไปจะเป็นแบบมีเงื่อนไข (ไม่พบลักษณะนี้ก่อนเกิดเหตุการณ์) โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ตั้งแต่สามข้อขึ้นไป

- (1) พยายามเลี่ยงความคิด ความรู้สึก หรือการสนทนาที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้น
- (2) พยายามเลี่ยงกิจกรรม สถานที่ หรือบุคคลที่กระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์นั้น
- (3) ไม่สามารถระลึกถึงส่วนที่สำคัญของเหตุการณ์นั้น
- (4) ความสนใจหรือการเข้าร่วมในกิจกรรมที่สำคัญต่างๆ ลดลงอย่างมาก
- (5) รู้สึกแปลกแยก หรือเหินห่าง ไม่สนิทสนมกับผู้อื่น
- (6) ขอบเขตของอารมณ์ลดลง (เช่น ไม่สามารถมีความรู้สึกรักชอบใครได้)
- (7) มองอนาคตไม่ยาวไกล (เช่น ไม่คิดหวังจะมีงานทำ แต่งงาน มีลูก หรือมีอายุยืนยาวตามปกติวิสัย)

D. มีอาการของภาวะตื่นตัวมากอยู่ตลอด (ไม่พบลักษณะนี้ก่อนเกิดเหตุการณ์) โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ตั้งแต่สองข้อขึ้นไป

- (1) นอนหลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ
- (2) หงุดหงิด หรือแสดงความโกรธออกมาอย่างรุนแรง
- (3) ตั้งสมาธิลำบาก
- (4) มีความระแวงระไวมากกว่าปกติ
- (5) สะดุ้งตกใจมากเกินไป

E. ระยะเวลาของความผิดปกติ (อาการตามเกณฑ์ข้อ B, C, และ D) นานกว่า 1 เดือน

F. อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญ บกพร่องลง

3. ความผิดปกติของการควบคุมพฤติกรรมตัวเอง (impulse control disorders)

3.1 Intermittent explosive disorder อาการและอาการแสดงตามเกณฑ์ DSM IV ดังนี้

A. มีช่วงเวลาที่ควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของตัวเองไม่ได้เป็นครั้งๆ อยู่หลายครั้งเป็นผลให้มีการทำร้ายร่างกาย หรือทำลายทรัพย์สินอย่างรุนแรง

B. ความรุนแรงของความก้าวร้าวที่แสดงออกในระหว่างนั้นเห็นได้ชัดว่าไม่เป็นสัดส่วนกับความกดดันทางจิตใจที่มากระตุ้น

C. อาการก้าวร้าวที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งนั้น ไม่เข้ากับวินิจฉัยโรคจิตเวชอื่น (เช่น antisocial personality disorder, borderline personality disorder, psychotic disorder, manic episode, conduct disorder, หรือ attention-deficit/hyperactivity disorder) อาการนี้ได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา หรือการรักษาอื่น) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (เช่น การบาดเจ็บของ

ศิริชนะ, Alzheimer's disease) .

3.2 ภาวะติดการพนัน (pathological gambling) อาการและอาการแสดงตามเกณฑ์ DSM IV ดังนี้

A. มีพฤติกรรมการเล่นพนันอย่างไม่เหมาะสมอยู่เป็นประจำ โดยมีอาการดังต่อไปนี้ ห้าข้อ (หรือมากกว่า)

(1) หมกมุ่นอยู่กับการพนัน (เช่น หมกมุ่นคิดถึงการเล่นการพนันที่ผ่านมา วางแผนการเล่นครั้งต่อไป หรือคิดแต่วิธีการหาเงินเพื่อมาเล่นการพนัน)

(2) ต้องเล่นการพนันด้วยวงเงินที่สูงขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้ได้รับความตื่นเต้น

(3) ไม่สามารถควบคุมหรือลดการเล่นได้

(4) หากลดหรือหยุดการพนันจะรู้สึกกระวนกระวาย หรือหงุดหงิด

(5) เล่นพนันเพื่อจะหลบเลี่ยงปัญหา หรือเพื่อให้อารมณ์ไม่สบายใจดีขึ้น (เช่น รู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกผิด วิตกกังวล หรือซึมเศร้า)

(6) หากเล่นพนันเสียจะพยายามกลับไปเล่นใหม่ในวันถัดไปเพื่อเอาคืน

(7) โกหกครอบครัว ผู้รักษาหรือคนอื่นเพื่อปกปิดว่าตนเองยุ่งเกี่ยวกับการพนัน

(8) กระทำสิ่งผิดกฎหมาย เช่น ปลอมแปลง โกง ขโมย หรือยักยอกเงินเพื่อนำไปเล่นพนัน

(9) เกิดความเสียหายหรือเสียสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด การงาน การศึกษา หรือโอกาสทางอาชีพเนื่องจากการพนัน

(10) ต้องพึ่งผู้อื่นเรื่องการเงินเพื่อบรรเทาสถานการณ์ทางการเงินที่ย่ำแย่จากการพนัน

B. พฤติกรรมเล่นพนันดังกล่าวไม่ได้เกิดจากภาวะ manic episode

4. ความผิดปกติพฤติกรรมเสพติดสาร (substance use disorders) โดยในกลุ่มสารเสพติดผิดกฎหมาย หรือการใช้ยาผิดแบบแผน เช่น ยานอนหลับ หรือสารเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย เช่น บุหรี่ สุรา ใช้เกณฑ์วินิจฉัยเดียวกัน ดังนี้

4.1 Substance abuse

A. มีรูปแบบการใช้สารต่างๆ ที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่อง หรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก 1 อาการ (หรือมากกว่า) ในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

(1) มีการใช้สารเป็นประจำจนทำให้ไม่สามารถทำงานสำคัญที่จำเป็น การศึกษา หรืองานบ้านได้ (เช่น มีการขาด หรือผลการทำงานไม่ดีอันเป็นผลจากการใช้สาร ได้แก่ ขาดงานจากการใช้สาร ถูกพัก หรือให้ออกจากการศึกษา ละเลยการดูแลบุตรหรืองานบ้าน)

(2) มีการใช้สารเป็นประจำในสถานการณ์ที่อาจก่ออันตรายต่อร่างกาย (เช่น ขับรถยนต์ หรือใช้เครื่องจักร ขณะอยู่ในสภาพไม่พร้อมจากการใช้สาร)

(3) มีปัญหาทางกฎหมายอันเกิดจากสารนั้นอยู่เป็นประจำ (เช่น ถูกจับกุมเนื่องจากมีพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สาร)

(4) คงมีการใช้สาร แม้จะก่อให้เกิดหรือกระตุ้นปัญหาทางสังคม หรือปัญหาๆ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลขึ้นอยู่ตลอด หรือบ่อยๆ (เช่น ทะเลาะกับคู่สมรสเรื่องผลการใช้สารอย่างมาก หรือมีการทำร้ายร่างกายกัน)

B. อาการไม่เคยเข้าเกณฑ์ของ substance dependence ในการใช้สารชนิดนี้

4.2 Substance dependence

A. มีรูปแบบการใช้สารต่างๆ ที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก 3 อาการ (หรือมากกว่า) ในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

(1) มีการติดยา ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

(a) มีความต้องการใช้สารเพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อให้เกิด intoxication หรือผลอื่นที่ต้องการ

(b) ได้รับผลจากสารลดลงอย่างมากหากคงการใช้สารนั้นในขนาดเท่าเดิม

(2) มีอาการขาดยา ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

(a) มีอาการขาดยาที่เป็นลักษณะจำเพาะจากการหยุดสารนั้น (ให้ดูจากเกณฑ์ A และ B ของเกณฑ์ของอาการ withdrawal ของชนิดสารนั้นๆ)

(b) การใช้สารนั้น (หรือสารใกล้เคียง) สามารถลดหรือกำจัดอาการขาดยาได้

(3) มีการใช้สารนั้นปริมาณมาก หรือเป็นเวลายาวนานกว่าที่ตั้งใจ

(4) มีความต้องการสารอยู่ตลอด หรือไม่สามารถหยุด หรือควบคุมการใช้สารได้

(5) ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อให้ได้สารนั้นมา (เช่น ตระเวนไปพบแพทย์หลายๆ คน หรือเดินทางไกลๆ) ในการเสพสารนั้น (เช่น สูบไม่หยุดหย่อน) หรือในการฟื้นจากฤทธิ์ของสาร

(6) ต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงาน หรือการหย่อนใจอื่น เนื่องจากการใช้สาร

(7) คงมีการใช้สารแม้จะทราบว่า มีโอกาสก่อ หรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกาย หรือจิตใจที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้น (เช่น ยังคงใช้ cocaine แม้ทราบว่า cocaine ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า หรือยังคงดื่มสุรา แม้ทราบว่า สุราจะทำให้แผลในกระเพาะอาหารเลวลง)

6. พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (suicidal behaviors) จัดเป็นปัญหาสุขภาพจิต แต่ยังไม่จัดเป็นโรคจิตเวชตามเกณฑ์ของ DSM-IV เป็นเพียงอาการที่พบได้ในวินิจฉัย major depressive episode หรือ borderline personality disorder แม้ว่าในเกณฑ์ครั้งที่ 5 ของ DSM จะพยายามแยกออกมาเป็นอีกวินิจฉัยโรคหนึ่ง แต่ยังคงมีการศึกษาเพิ่มเติม ส่วนเกณฑ์วินิจฉัยของ ICD-10 มีการกำหนดรหัสเฉพาะสำหรับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ดังนี้

6.1 ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideations) ให้อยู่ในกลุ่ม symptoms, sign and abnormal clinical laboratory findings, not elsewhere classified คือ R45.85

6.2 พยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempts) ให้อยู่ในกลุ่ม injury, poisoning and certain other consequences of external causes–T14 injury of specific body region คือ T14.91

เครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวช

เครื่องมือสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้างเพื่อการวินิจฉัย (structured diagnostic interview instrument) นั้นเป็นที่นิยมมากขึ้นในวงการจิตเวชศาสตร์ โดยเริ่มจากการหาเครื่องมือมาตรฐานเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัย เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยทุกรายที่เข้าร่วมในโครงการนั้นมีความเหมือนกันจริง (homogenous group) ในเชิงของการวินิจฉัยโรค

ในช่วง 40 ปีที่ผ่านมา ได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้สัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้างเพื่อการวินิจฉัยขึ้นหลายชนิด ตั้งแต่ Present State Examination (PSE)⁽¹⁶⁾, Diagnostic Interview Schedule (DIS)⁽¹⁷⁾, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)⁽¹⁸⁾, Structured Clinical Interview for DSM - III- R diagnoses (SCID)⁽¹⁹⁾, Mini - International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)⁽⁴⁾ และ World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI)⁽¹³⁾ ในประเทศไทย PSE ได้รับการแปลและพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย⁽²⁰⁾ แต่ข้อเสียของเครื่องมือกลุ่มนี้คือ ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์นานมากกว่า 45 นาที และผู้ใช้เครื่องมือจะต้องเป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์ด้านจิตเวช และต้องผ่านการฝึกอบรมก่อน ทำให้เครื่องมือสัมภาษณ์เหล่านี้ไม่เป็นที่นิยมใช้ทางคลินิกมากนัก

ในปัจจุบัน แพทย์เวชศาสตร์ทั่วไปมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น จึงได้มีการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองโรคทางจิตเวชที่มีขนาดสั้นและกระชับ เช่น Symptom - Driven Diagnostic System (SDDS)⁽²¹⁾ และ Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME - MD)⁽²²⁾ ซึ่งเป็นเครื่องมือสัมภาษณ์ที่มีขนาดสั้นใช้เวลาเพียง 5-10 นาที ผู้ป่วยสามารถตอบได้ด้วยตัวเองขณะนั่งรอตรวจ และแพทย์จะทำการประเมินโดยละเอียดอีกครั้ง ในข้อที่ผู้ป่วยตอบเป็นบวก อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในการให้การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่มีเกณฑ์การวินิจฉัยค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อน ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชยังได้รับการวินิจฉัยน้อยกว่าความเป็นจริง

ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะเครื่องมือวินิจฉัยโรค Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)⁽⁴⁾ และ World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI)⁽¹³⁾ ที่นำมาใช้ในการสำรวจระดับสุขภาพจิตระดับชาติของไทยเท่านั้น

1. Mini - International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)^(4,5)

เป็นเครื่องมือสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างเพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามเกณฑ์วินิจฉัยของทั้ง International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) ขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁴⁾ และ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)⁽³⁾ ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนามาจากนักวิชาการสองกลุ่มคือ Professor David V. Sheehan จาก University of South Florida College of Medicine และกลุ่ม Dr. Yves Lecrubier จาก Hopital de la

Salpetriere ประเทศฝรั่งเศส เครื่องมือนี้พัฒนาขึ้นเพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยได้อย่างถูกต้อง ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 15 นาที โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมระยะสั้น

M.I.N.I. ประกอบด้วย คำถามคัดกรองเบื้องต้น และคำถามรายละเอียดเฉพาะอาการในแต่ละการวินิจฉัย โดยการสัมภาษณ์จะเริ่มต้นคำถามในแต่ละชุดวินิจฉัย (Module) ซึ่งมีทั้งหมด 16 ชุดวินิจฉัยโรค ได้แก่ โรคในกลุ่ม AXIS I 14 ชุดวินิจฉัย ได้แก่ Module A: major depressive episode, Module B: dysthymia, Module D: (hypo) manic episode, Module E: panic disorder, Module F: agoraphobia, Module G: social phobia, Module H: obsessive compulsive disorder, Module I: posttraumatic stress disorder, Module J: alcohol dependence and alcohol abuse, Module K: substance dependence and substance abuse, Module L: psychotic disorders, Module M: anorexia nervosa, Module N: bulimia nervosa, Module O: generalized anxiety disorder และชุดความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ได้แก่ Module C: suicidality และชุดบุคลิกภาพผิดปกติในกลุ่ม Axis II อีก 1 ชุดวินิจฉัย ได้แก่ Module P: antisocial personality disorder โดยในทุกชุดวินิจฉัยจะเริ่มต้นด้วยคำถามคัดกรอง 1-2 คำถามก่อน (ยกเว้นภาวะฆ่าตัวตาย และโรคจิตที่ไม่มีคำถามคัดกรอง) หากผู้ป่วยตอบปฏิเสธในคำถามคัดกรองนั้น ผู้สัมภาษณ์จะข้ามไปถามในชุดวินิจฉัยถัดไป ถ้าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ตามคำถามคัดกรอง ก็จะถามเพิ่มเติมรายละเอียดเฉพาะอาการในการวินิจฉัยโรคนั้น การสัมภาษณ์จะดำเนินไปลักษณะเช่นนี้จนครบทุกวินิจฉัย สุดท้ายจะสามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยใดบ้าง นอกจากนี้ยังได้ระบุกรอบระยะเวลาอย่างชัดเจน เช่น กำลังป่วยอยู่ (current) หรือเคยป่วยในอดีต (past) หรือเป็นการเจ็บป่วยในช่วงตลอดชีวิตที่ผ่านมา (lifetime) เป็นต้น

ความตรงและความสอดคล้องของ M.I.N.I. ฉบับภาษาไทยสัมภาษณ์โดยพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 5 ปี ผ่านการอบรมตามแนวการสัมภาษณ์ของ M.I.N.I. เทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ เป็น gold standard พบว่ามีค่าความตรงอยู่ในเกณฑ์สูง โดยเฉพาะค่าความจำเพาะ ค่าการคาดหมายที่เป็นลบ และประสิทธิภาพของการวินิจฉัยที่ตรงกันสูงมากในทุกชุดวินิจฉัย

ในการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติครั้งที่สอง และสามใน ปี พ.ศ. 2546 และ 2551 ได้ใช้เครื่องมือ M.I.N.I. เพื่อการวินิจฉัยโรคจิตเวช ส่วนในต่างประเทศพบการศึกษาเดียวของอียิปต์ที่ใช้เครื่องมือ M.I.N.I. plus ในการสำรวจ⁽²³⁾ แต่การใช้เครื่องมือ M.I.N.I. นั้นมีข้อจำกัด เนื่องจากเครื่องมือเหมาะกับการใช้ทางคลินิกมากกว่าทางระบาดวิทยา ไม่สามารถระบุวินิจฉัยโรคได้หากผู้ถูกสัมภาษณ์ขณะนี้อยู่ในระหว่างการรักษาและมีอาการสงบ นอกจากนั้นเครื่องมือ M.I.N. ยังต้องใช้การตัดสินใจทางคลินิกร่วมในการประเมินคำตอบที่ได้ซึ่งผู้สัมภาษณ์จะต้องมีประสบการณ์สูง ไม่เช่นนั้นจะส่งผลให้การวินิจฉัยคลาดเคลื่อนได้⁽²⁴⁾

2. World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0)⁽¹³⁾

เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชโดยใช้การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างอย่างเต็มรูปแบบที่มีความเที่ยงตรงในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชสูง⁽²⁵⁾ ตามเกณฑ์วินิจฉัย International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10-revision (ICD-10)⁽¹⁴⁾ และ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV Fourth Edition (DSM-IV)⁽³⁾ เครื่องมือเป็นแบบ paper and pencil instrument (PAPI) ที่ตอบแบบสอบถามในกระดาษ ต่อมาพัฒนาเป็น computer-assisted personal interviews (CAPI) ที่ใช้คอมพิวเตอร์เพื่อช่วยให้การสัมภาษณ์ทำได้รวดเร็วและถูกต้องมากขึ้น เป็นเครื่องมือที่ทีมสำรวจสุขภาพจิตโลก (World Mental Health Survey (WMHS) Initiative) ได้ร่วมมือกันในประเทศต่างๆ ตามภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) พัฒนาต่อยอดมาจาก WHO CIDI (World Health Organization CIDI) ที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 เพื่อใช้ในการสำรวจระบาดวิทยาในชุมชนสำหรับหลากหลายประเทศทั่วโลก หลังจากนั้นในปี ค.ศ. 1997 ได้มีการนำมาเปรียบเทียบผลการศึกษาระหว่างประเทศโดยคณะทำงาน International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE) หลังจากนั้นได้มีการจัดตั้งทีมสำรวจระบาดวิทยาโลก (world mental health survey initiative) เพื่อทำการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตใน 28 ประเทศ เพื่อให้ได้ตัวอย่างมากกว่า 200,000 คน และจึงได้มีการปรับเครื่องมือเป็น WMH-CIDI เพื่อใช้ในการสำรวจครั้งนั้น มีทั้งหมด 42 ชุด⁽¹³⁾ ดังนี้

1. การคัดกรองและการทบทวนตลอดชีวิตที่ผ่านมา
2. โรคจิตเวช
 - 2.1 ความผิดปกติทางอารมณ์ ได้แก่ depression, mania
 - 2.2 กลุ่มโรควิตกกังวล ได้แก่ panic disorder, specific phobia, agoraphobia, generalized anxiety disorder, post-traumatic stress disorder, obsessive-compulsive disorder, social phobia
 - 2.3 กลุ่มสารเสพติด ได้แก่ alcohol abuse, alcohol dependence, drug abuse, drug dependence, nicotine dependence
 - 2.4 กลุ่มความผิดปกติในเด็ก ได้แก่ attention deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, conduct disorder, separation anxiety disorder
 - 2.5 อื่นๆ เช่น intermittent explosive disorder, eating disorder, premenstrual disorder, non-affective psychosis screen, pathological gambling, neurasthenia, personality disorder screen
3. ความสามารถในการทำหน้าที่และโรคทางกาย ได้แก่ suicidality, 30-day functioning, 30-day symptoms, physical comorbidity
4. การรักษา ได้แก่ services, pharmacoepidemiology
5. ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ personality, social network, childhood experiences, family burden

6. ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ employment, finances, marriage, children, demographics, demographics-short

7. ระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่ long-short form, interviewer observation

โดยในชุดคำถามที่พบเข้าตลอดแบบสอบถาม ได้แก่ ประวัติการรักษา มาตรวัดความรบกวน (0-10) สาเหตุทางกาย และเวลาที่เริ่มป่วยครั้งแรกและครั้งล่าสุด เนื่องจากเครื่องมือนี้สามารถสัมภาษณ์โดยบุคคลทั่วไป (lay person) ที่ผ่านการฝึกอบรม จึงเน้นการสัมภาษณ์ที่ได้มาตรฐานที่ผู้สัมภาษณ์ทุกคนจะต้องทำตามรูปแบบและข้อกำหนดที่ใช้ลักษณะเดียวกันตลอดแบบสอบถาม เพื่อตรวจสอบว่าผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ให้ข้อมูลตรงตามวัตถุประสงค์ของข้อคำถาม และต้องใช้เทคนิคการถามเพิ่มเติม (probing) หรืออธิบายเพิ่ม (clarification) หรือการสะท้อนข้อมูลกลับ (feedback) เพื่อช่วยให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบได้ตรงตามประเด็น

เนื่องจากการใช้เครื่องมือในหลากหลายภาษา จึงได้มีการกำหนดเกณฑ์วิธีการแปล (translation protocol) เพื่อแปลเครื่องมือและเอกสารการอบรม นักวิจัยหลักและผู้อบรมนักวิจัยภาคสนามจะต้องได้รับประกาศนียบัตรจากศูนย์อบรมเครื่องมือ CIDI ที่ผ่านการรับรอง (authorized CIDI training and reference center; TRC) มาก่อน เพื่อเรียนรู้การใช้เครื่องมือ ระเบียบวิธีวิจัย การสุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูล การจัดการข้อมูล ตลอดจนการควบคุมคุณภาพ⁽¹⁵⁾

หลักในการสัมภาษณ์ คือผู้สัมภาษณ์ควรมีบุคลิกที่น่าเชื่อถือ สุภาพเรียบร้อย และเชื่อมั่นในตนเอง หากแสดงความกังวลระหว่างสัมภาษณ์ จะทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์รู้สึกอึดอัดได้ ผู้สัมภาษณ์ควรพูดช้าๆ และชัดเจน เพื่อสร้างบรรยากาศการสัมภาษณ์ ควรสื่อสารกับผู้ถูกสัมภาษณ์ด้วยความรู้สึกที่เป็นมิตรและน่าสนใจในการสัมภาษณ์ และควรตระหนักว่าผู้ถูกสัมภาษณ์แต่ละคนอาจต้องการข้อมูลรายละเอียดการวิจัยมากน้อยต่างกัน ดังนั้นผู้สัมภาษณ์ต้องปรับคำแนะนำการวิจัยตามความเหมาะสม

เกร็ดวิธีการสัมภาษณ์ คือต้องแสดงความใส่ใจและตั้งใจฟังผู้ถูกสัมภาษณ์อย่างจริงจังการฟังอย่างตั้งใจจะช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีได้ และอย่าใช้คำถามที่มีโอกาสตอบปฏิเสธได้

การสำรวจครั้งนี้ถือเป็นครั้งแรกที่ประเทศไทยเลือกใช้เครื่องมือ WMH-CIDI ในการสำรวจระดับชาติ โดยใช้แบบกระดาษและดินสอ (Paper and Pencil Instrument) เลือกมาเพียง 18 ชุดที่เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ ประกอบด้วย การคัดกรอง (screening) กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (depression และ mania) กลุ่มโรควิตกกังวล (panic disorder, agoraphobia, generalized anxiety disorder และ post-traumatic stress disorder) ความผิดปกติพฤติกรรมเสพสารเสพ (alcohol use disorder, illegal substance use disorder และ nicotine dependence) และกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมควบคุมตัวเอง (intermittent explosive disorder และ gambling) ส่วนชุดโรคจิตเป็นเพียงการคัดกรองประสบการณ์ทางจิต (psychosis screen) มีชุดความผิดปกติด้านการทำหน้าที่และโรคทางกาย 2 ชุด คือ functioning and physical disorders: suicidality และ chronic condition การรักษา (treatment: services) ลักษณะประชากร (demographic) และวิธีการ (methodological: interviewer observations)⁽²⁶⁾

หลักการสำรวจของทีมสำรวจสุขภาพจิตโลก

จากการประมาณการภาระโรคขององค์การอนามัยโลกพบว่า โรคจิตเวชและสารเสพติดเป็นภาระโรคที่สำคัญที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อย่างไรก็ตาม การประมาณการส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม ไม่มีข้อมูลจากการสำรวจระหว่างประเทศ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องมีการสำรวจเพื่อประมาณการความชุกโรคจิตเวช และปัจจัยเสี่ยงเพื่อหาแนวทางการดูแลที่เหมาะสม

การสำรวจ WMHS มีเป้าหมายเพื่อให้ได้ค่าความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวช สารเสพติด และความผิดปกติทางพฤติกรรมที่เป็นข้อมูลระหว่างประเทศเพื่อให้ได้ค่าประมาณการภาระโรคที่ถูกต้อง เพื่อศึกษารูปแบบวิธีการดูแลรักษา และเพื่อป้องกันข้อจำกัดเพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการ โดยมี 28 ประเทศตามกลุ่มประเทศตามเขตขององค์การอนามัยโลกที่ร่วมดำเนินการใน WMHS โดยใช้หลักการเดียวกันดังนี้ กลุ่มประเทศแถบอเมริกา ได้แก่ บราซิล โคลัมเบีย คอสตาริกา แม็กซิโก เปรู และสหรัฐอเมริกา กลุ่มประเทศแอฟริกา ได้แก่ ไนจีเรีย แอฟริกาใต้ กลุ่มประเทศเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก ได้แก่ เลบานอน อิรัก กลุ่มประเทศยุโรป ได้แก่ เบลเยียม บัลแกเรีย ฝรั่งเศส เยอรมัน อิสราเอล อิตาลี เนเธอร์แลนด์ โปตุเกสโรมาเนีย สเปน ตุรกี ยูเครน กลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ อินเดีย และกลุ่มประเทศแปซิฟิกตะวันตก ได้แก่ ออสเตรเลีย จีน (ปักกิ่ง/เซี่ยงไฮ้) ญี่ปุ่น นิวซีแลนด์

ข้อกำหนดในการดำเนินการตาม WMHS

ดำเนินการตามมาตรฐาน การสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ การออกภาคสนาม การฝึกอบรม และการควบคุมคุณภาพอย่างเคร่งครัด ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้เนื่องจากทาง WMHS ได้ดำเนินการในประเทศต่างๆ มากกว่า 30 ประเทศทั่วโลก และผ่านประสบการณ์ในการดำเนินการตามข้อกำหนดดังกล่าวแล้ว

1. การสุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างควรจะได้รับคำตอบและมีข้อมูลครบถ้วนอย่างน้อย 5,000 ราย ในกลุ่มตัวอย่างอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นประชากรอาศัยในครัวเรือนส่วนบุคคล ไม่นับรวมประชากรในสถาบัน วัด โรงเรียน ค่ายทหาร กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของประชากรจากประชากรครัวเรือนครอบคลุมพื้นที่สำรวจ โดยไม่มีการสุ่มแทน (without replacement) ไม่ยอมรับการสุ่มทดแทนด้วยคนอื่น (easy-to-contact respondents) และในประเทศที่มีสำมะโนประชากร สามารถใช้ข้อมูลจากฐานดังกล่าวได้ โดยใช้เป็นกรอบในการสุ่มประชากร และให้ใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน วิธีการสุ่มตัวอย่างด้วยการใช้หลายขั้นตอน (multistage sampling) โดย

ขั้นแรก เป็นกลุ่มประชากรประมาณ 80-120 primary stage units (PSU's)

ขั้นที่สอง เป็นการสุ่ม area segment โดยมีขนาดกลุ่มครัวเรือน 50-150 ครัวเรือนในแต่ละ area segments

ขั้นที่สาม เป็นการสุ่มครัวเรือน 5-10 ครัวเรือนจากแต่ละ segment ในครัวเรือนที่สุ่มได้ จะได้รับการเยี่ยมโดยผู้สัมภาษณ์ และทำการแจกแจงสมาชิกในครัวเรือนและสุ่มเลือกเพียงหนึ่งคน โดยไม่มีการทดแทน

ดังนั้น หากผู้ที่ได้รับการสุ่มเลือกไม่สามารถรับการสัมภาษณ์ได้ จำนวนตัวอย่างใน area segment จะน้อยกว่าที่ตั้งใจไว้ รายชื่อกรอบตัวอย่างควรจะสุ่มปล่อยเป็นระยะจนกว่าจะครบเพื่อป้องกันการคัดเลือก สัมภาษณ์เฉพาะตัวอย่างที่เข้าหาได้ง่าย และการสำรวจควรมีอัตราการตอบรับ (response rate) อย่างน้อย 65% หมายความว่าร้อยละ 65 ของผู้ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการสัมภาษณ์

2. เครื่องมือสำรวจใช้เครื่องมือ the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview 3.0 สัมภาษณ์โดยผู้สัมภาษณ์ที่ผ่านการฝึกอบรมสัมภาษณ์แบบต่อหน้า (face-to face) ใช้เวลาประมาณ 90 นาทีในการแปลเครื่องมือต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

2.1 Pretesting 1 : Cognitive interview เป็นการค้นหาประเด็นปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากความเข้าใจในข้อคำถาม และการรับรู้คำถามในแง่มุมต่างๆ เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือเหมาะกับบริบทและวัฒนธรรม ทำโดยการสัมภาษณ์ต่อหน้าตัวต่อตัว และเน้นในความเข้าใจในแต่ละข้อคำถามข้อความในข้อคำถามจะปรับตามผลของ cognitive test

2.2 Pretesting 2 : Pilot testing เป็นการทดสอบอย่างน้อย 50 ชุดสัมภาษณ์ ครบในทุกขั้นตอนการสัมภาษณ์

3. การอบรมผู้สัมภาษณ์และ supervisor ผู้สัมภาษณ์จะต้องมีประสบการณ์ในการสัมภาษณ์และผ่านการอบรมเครื่องมืออย่างเข้มข้นตามกำหนด เพื่อให้ได้เทียบเท่ามาตรฐานของ WMHS โดยกำหนดให้มี supervisor อย่างน้อย 1 คนต่อผู้สัมภาษณ์ 10 คนผู้สัมภาษณ์ทุกคนจะต้องผ่านการอบรม 1 สัปดาห์ และผ่านการสอบจนได้รับการรับรอง ก่อนการลงเก็บข้อมูล หากผู้สัมภาษณ์ใดไม่เข้าตามเกณฑ์ดังกล่าว ไม่สามารถลงเก็บข้อมูลสำรวจได้ส่วน supervisors จะได้รับการอบรมเพิ่มอีก 3 วัน

4. การติดต่อ และการสัมภาษณ์ครัวเรือน อาจมีการติดต่อผ่านจดหมายแนะนำตัวหรือแจกแผ่นพลิก ก่อนการติดต่อครั้งแรก ส่วนในประเทศที่มีโทรศัพท์ครอบคลุม อาจใช้วิธีการติดต่อทางโทรศัพท์ได้ ก่อนการติดต่อครั้งแรกเพื่อให้สามารถติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างได้มากที่สุด ควรเลือกวัน เวลาในแต่ละสัปดาห์ที่หลากหลายในการติดต่อแต่ละครั้ง และบันทึกการติดต่อ และผลการติดต่อแต่ละครั้ง และควบคุมคุณภาพวิธีการติดต่อและติดตามอัตราการตอบรับ ส่วนครัวเรือนที่ติดต่อไม่ได้ จะต้องได้รับการติดต่ออย่างน้อย 10 ครั้ง ก่อนจะปิดแฟ้มและแจ้งว่าไม่สามารถติดต่อได้หากผู้ที่ได้รับการสุ่มเลือกปฏิเสธการสัมภาษณ์ หมายถึงครัวเรือนนั้นปฏิเสธการสัมภาษณ์ในการติดต่อไม่ว่าทางโทรศัพท์ หรือ ต่อหน้า ทั้งครัวเรือน ผู้ถูกสุ่มเลือก หรือข้อมูลใดๆ จากเพื่อนบ้าน จะต้องได้รับการบันทึก วันที่ติดต่อ เวลาที่ติดต่อ รหัสผลลัพธ์การติดต่อ (รหัสติดต่อ จะบ่งบอกถึงผลการติดต่อ วิธีการติดต่อ) และข้อคิดเห็นของผู้สัมภาษณ์ต่อการติดต่อนั้นวิธีการพิเศษและการจ่ายค่าตอบแทนขึ้นอยู่กับทำเนียมปฏิบัติของแต่ละประเทศ

รายละเอียดการบันทึกควรครบถ้วน เพื่อให้ผู้อื่นที่อ่านสามารถเข้าใจผลลัพธ์และลักษณะของการติดต่อได้ โดยจะมีชุดรหัสการติดต่อ ผู้ถูกสุ่มเลือกจะต้องได้ฟังคำอธิบายผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อนการสัมภาษณ์จะเริ่มขึ้น เมื่อสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ผู้ถูกสัมภาษณ์จะได้รับรายชื่อหน่วยบริการสุขภาพจิตและวิธีการติดต่อ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จัดทำขึ้นในแต่ละประเทศผู้สัมภาษณ์จะถูกถามชื่อ นามสกุล ที่อยู่ โทรศัพท์ เพื่อการตรวจสอบข้อมูลกลับ

(หากจำเป็น) โดยข้อมูลดังกล่าวจะถูกเก็บแยกไว้ต่างหากในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์เป็นเวลา 5 ปี

5. การควบคุมคุณภาพ ต้องมีการควบคุมคุณภาพอย่างเข้มข้นในการสัมภาษณ์ที่สมบูรณ์ทั้งหมด จะต้องได้รับการสุ่มร้อยละ 10 เพื่อติดต่ออีกครั้ง เพื่อตรวจสอบให้มั่นใจว่าข้อมูลถูกต้องโดยสามารถสัมภาษณ์ซ้ำทางโทรศัพท์ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที หากไม่มีโทรศัพท์ supervisor จะต้องเข้าไปเยี่ยมที่ครัวเรือนเพื่อทำการสัมภาษณ์ซ้ำ ทั้งนี้ต้องมีการสุ่มตรวจสอบในผู้ที่เป็น noncases (เช่น ไม่เข้าเกณฑ์ ติดต่อไม่ได้ ฯลฯ) ของผู้สัมภาษณ์แต่ละราย หากพบว่ามีกระทำการที่บ่งบอกถึงการหลอกลวงข้อมูล การสัมภาษณ์ทุกอันที่เกิดจากผู้สัมภาษณ์คนนี้จะได้รับการตรวจสอบ ทบทวนหรือสัมภาษณ์ใหม่ (หากจำเป็น) การสัมภาษณ์ที่เรียบร้อยแล้ว จะต้องได้รับการตรวจสอบทุกหน้า และได้รับการบันทึกข้อมูลให้เร็วที่สุดหลังการสัมภาษณ์แล้วเสร็จ รายที่สัมภาษณ์แล้วเสร็จจะต้องมีหมายเลขผู้สัมภาษณ์ (interviewer identification number) เพื่อการติดตามตรวจสอบคุณภาพ

ข้อมูลที่ผ่านการสัมภาษณ์และตรวจสอบแล้ว จะส่งไปยังศูนย์บันทึกข้อมูล หากพบจุดที่สงสัยจะส่งกลับไปให้หน่วยเพื่อทำการแก้ไข หน่วยงานจะต้องรายงานจำนวนตัวอย่างที่แล้วเสร็จ จำนวนตัวอย่างที่กำลังติดตาม จำนวนตัวอย่างที่ติดต่อไม่ได้ อัตราการตอบรับสัมภาษณ์ ฯลฯ เปรียบเทียบกับจำนวนตัวอย่างที่รับผิดชอบ ต่อพื้นที่ต่อผู้สัมภาษณ์รายบุคคล ทีมตรวจสอบ และบันทึกข้อมูลจะต้องพร้อมหลังจากการสัมภาษณ์เสร็จสิ้นโดยทั่วไปแล้วใช้เวลาประมาณ 30 นาทีในการบันทึกข้อมูล และอย่างน้อย ร้อยละ 10 จะได้รับการบันทึกข้อมูลซ้ำ ทีมบันทึกข้อมูลจะต้องมีจำนวนเพียงพอ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถประเมินคุณภาพของข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว และสะท้อนกลับไปให้ผู้สัมภาษณ์ได้ ผู้ลงรหัสจะทบทวนการลงรหัส และลงรหัสสำหรับคำถามปลายเปิด ใช้เวลาประมาณ 15 นาทีต่อการสัมภาษณ์หนึ่งครั้ง

6. การตรวจสอบข้อมูล (data cleaning) เป็นงานใหญ่ที่สำคัญมาก ผู้ถูกสัมภาษณ์มักจะปฏิเสธการตอบคำถามในบางข้อ ซึ่งจำเป็นต้องใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนั้นผู้ตรวจสอบข้อมูลจะตรวจจากข้อมูลที่บันทึกในโปรแกรมเปรียบเทียบกับต้นฉบับกระดาษเพื่อให้มั่นใจว่าบันทึกข้อมูลถูกต้อง นอกจากนั้นยังต้องตรวจสอบการตอบที่ไม่สอดคล้องกัน ซึ่งอาจต้องใช้เวลามากหากมีข้อมูลที่ขาดหายไป อาจต้องติดต่อผู้ถูกสัมภาษณ์ซ้ำ ชุดการสัมภาษณ์ที่เรียบร้อยแล้ว 100% ต้องได้รับการตรวจสอบซ้ำจากทีมกลาง หากพบว่ามีกรณีผิดพลาดจะต้องส่งกลับพื้นที่เพื่อการแก้ไข ซึ่งพื้นที่อาจต้องโทรศัพท์ติดต่อหรือลงไปเยี่ยมซ้ำแล้วแต่กรณี การบันทึกข้อมูลจะต้องได้รับการบันทึกโดยผู้บันทึกสองคนแยกกัน แล้วนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกัน

หากไม่สอดคล้องจะต้องมีการตรวจสอบซ้ำกับต้นฉบับกระดาษจริง ผลการตรวจสอบควรจะต้องถูกต้อง (99% plus accuracy)

การจัดการข้อมูลควรส่งให้ศูนย์จัดการข้อมูล 4 ครั้ง ครั้งแรกเมื่อเสร็จสิ้น 100 ราย ครั้งที่สองเมื่อเสร็จสิ้น 1,500 ราย ครั้งที่สาม เมื่อเสร็จสิ้น 3,000 ราย และครั้งที่สี่ เมื่อเสร็จสิ้น 5,000 ราย

7. การตรวจสอบทางคลินิก (clinical reappraisals) เป็นเรื่องสำคัญในการวิจัย ทั้งนี้จิตแพทย์ต้องตรวจสอบผู้ถูกสัมภาษณ์ 300-400 คน ที่พบว่ามีความเสี่ยงโรคหนึ่งโรคใดอาจใช้วิธีโทรศัพท์ หรือต่อหน้า และควรจะทำสัมภาษณ์ทางคลินิกนี้ ในระหว่างที่เก็บข้อมูลการสำรวจ

การสำรวจระดับชาติวิทยาสุขภาพจิตของไทยที่ผ่านมา

กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการสำรวจระดับชาติวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติเป็นครั้งแรกใน ปี พ.ศ. 2541 ด้วยเครื่องมือที่ดัดแปลงจากเกณฑ์ DSM-IV⁽³⁾ หลังจากนั้นได้มีการสำรวจทุก 5 ปี ครั้งที่สองและสาม ในปี พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2551 ตามลำดับ โดยใช้เครื่องมือ Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย^(4,5) การเปรียบเทียบระเบียบวิธีวิจัยแสดงดังตารางที่ 2.1

1. การสำรวจระดับชาติวิทยาสุขภาพจิต ครั้งที่ 1 ปี พ.ศ. 2541⁽⁶⁾

เป็นการสุ่มตัวอย่างประชากรทั่วประเทศ อายุ 15-60 ปี ด้วยวิธี multistage random sampling technique จำนวน 7,157 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ โดยคัดกรองผู้ น่าจะมีปัญหาทางจิตและนำมายืนยัน วินิจฉัยโรคโดยใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงจาก DSM-IV และ CIDI โดยมีแบบสอบถามข้อมูลด้านประชากร แบบสอบถามเพื่อค้นหาความผิดปกติทางจิต (screening test) เพื่อค้นหาอาการ neurosis, psychosis, manic symptoms และ obsessive compulsive symptoms และแบบสอบถามเพื่อการยืนยันวินิจฉัยโรค ทางจิตเวช (diagnosis test) โดยข้อมูลในการศึกษาจะเป็นความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ลักษณะ ข้อมูลประชากร แสดงดังตารางที่ 2.2 และผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 2.3

2. การสำรวจระดับชาติวิทยาสุขภาพจิต ครั้งที่ 2 ปี พ.ศ. 2546⁽⁷⁾

เป็นการสำรวจระดับชาติแบบภาคตัดขวาง 2 ขั้นตอน ขั้นตอนแรกคัดกรองด้วยแบบคัดกรองสุขภาพจิต ในชุมชน และแบบประเมิน AUDIT ขั้นตอนที่สองด้วย Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) เพื่อค้นหาโรคจิตเวชที่สำคัญ และภาวะความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ในตัวอย่างประชากรทั้งชายหญิง อายุระหว่าง 15-59 ปี จำนวน 11,700 คน ได้จากการสุ่มแบบ stratified three-stage cluster sampling จากประชากร 4 ภาคของประเทศไทย ยกเว้น กทม. ที่สุ่มแบบ stratified two-stage cluster sampling โดยข้อมูลในการศึกษาจะเป็นความชุกปัจจุบัน (current prevalence) มีเพียง psychotic disorder ที่มีค่า ความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ลักษณะข้อมูลประชากร แสดงดังตารางที่ 2.2 และผลการศึกษาแสดง ดังตารางที่ 2.3

3. การสำรวจระดับชาติวิทยาสุขภาพจิต ครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. 2551⁽⁸⁾

เป็นการศึกษาแบบพรรณนาภาคตัดขวางด้วยระเบียบวิธีวิจัยแบบสำรวจในประชากรไทยชายหญิง อายุ 15-59 ปี จำนวน 17,140 คน สุ่มแบบ stratified three-stage cluster sampling สัมภาษณ์ด้วย เครื่องมือวินิจฉัยโรค Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย เพื่อค้นหา โรคจิตเวชที่สำคัญ 9 โรค 1 ภาวะ สัมภาษณ์ต่อหน้าครั้งเดียวโดยบุคลากรสุขภาพจิตที่ผ่านการอบรมแบบเข้มข้น คิดค่าสถิติจากค่าประมาณสัดส่วนโดยการถ่วงน้ำหนักข้อมูลในการศึกษาจะมีทั้งความชุกปัจจุบัน (current prevalence) และความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ตามคุณสมบัติของเครื่องมือลักษณะข้อมูลประชากร แสดงดังตารางที่ 2.2 และผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบระเบียบวิธีวิจัยของการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต ครั้งที่ 1, ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3

	การสำรวจครั้งที่ 1 (2541)	การสำรวจครั้งที่ 2 (2546)	การสำรวจครั้งที่ 3 (2551)
ตัวแทนประชากร	ประชากรอาศัยในครัวเรือน หญิง ชาย อายุ 15-60 ปี ตัวแทนระดับประเทศ และระดับภาค 4 ภาค	ประชากรอาศัยในครัวเรือน หญิง ชาย อายุ 15-59 ปี ตัวแทนระดับประเทศ และ ระดับภาค 4 ภาคและ กทม.	ประชากรอาศัยในครัวเรือน หญิง ชาย อายุ 15-59 ปี ตัวแทนระดับประเทศ และ ระดับภาค 4 ภาคและ กทม. ไม่รวม 3 จังหวัดชายแดนใต้
การสุ่มตัวอย่าง	Multistage random sampling ขั้นที่ 1 : เลือกจังหวัดตามสัดส่วนประชากร และภาค ได้ 13 จังหวัด แบ่งจังหวัดเป็นพื้นที่รอบใน (อำเภอเมือง) รอบกลาง (สุขาภิบาลและชนบท) รอบนอก (เขตสุขาภิบาลและชนบท) ขั้นที่ 2 : เลือก 3 อำเภอในจังหวัดตามเขตพื้นที่ รอบใน สุ่ม 1 ตำบลในเขตเทศบาล 3 ชุมชน รอบกลาง และรอบนอก สุ่มพื้นที่ละ 6 ตำบล ในเขต 3/ชนบท 3 แต่ละตำบลสุ่ม 3 หมู่บ้าน ขั้นที่ 3 : เลือกจำนวนหลังคาเรือน ให้ได้ตัวอย่างรอบใน ร้อยละ 10 รอบกลางและรอบนอก ในเขตร้อยละ 35 นอกเขต ร้อยละ 55 เลือกบ้านด้วย systematic sampling สัมภาษณ์ทุกคนในบ้าน	Stratified three-stage random sampling ยกเว้น กทม. ใช้วิธี stratified two-stage random sampling โดยแบ่งชั้นภูมิ รายภาค รายเขต 12 เขตสาธารณสุข รายเขต พื้นที่การปกครอง (ในเขตและนอกเขตเทศบาล) สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster) โดยสุ่มจังหวัดจากแต่ละเขตสุขภาพ (12 เขต) แปรผันตามขนาดจังหวัด สุ่มตัวอย่างบุคคลจากแต่ละหมู่บ้านหรือชุมชนอาคาร	Stratified three-stage sampling กทม. และ 4 ภาค เป็น 5 ชั้นภูมิ แต่ละชั้นภูมิได้ทำการแบ่งย่อยตามลักษณะการปกครอง คือ <u>ขั้นที่หนึ่ง</u> ได้แก่ เขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาลในแต่ละจังหวัด หรือเขตการปกครองของกรุงเทพมหานคร <u>ขั้นที่สอง</u> ได้แก่ ชุมชมอาคารสำหรับในเขตเทศบาล และหมู่บ้านสำหรับนอกเขตเทศบาล <u>ขั้นที่สาม</u> ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปีขึ้นไป ด้วยวิธี systematic sampling
การสัมภาษณ์	2 ขั้นตอนด้วยแบบสอบถามเพื่อค้นหาความผิดปกติทางจิต (screening test) ตามด้วยแบบสอบถามเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค ที่ดัดแปลงจาก DSM-IV และ CIDI	2 ขั้นตอน ด้วยแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเวช และ AUDIT ตามด้วยแบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรค M.I.N.I.	1 ขั้นตอน สัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัย M.I.N.I.
ผู้สัมภาษณ์	ไม่ได้ระบุ	บุคลากรสุขภาพจิตที่ผ่านการอบรม	บุคลากรสุขภาพจิตที่ผ่านการอบรม
ข้อมูล	ความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence)	ความชุกปัจจุบัน (current prevalence)	ความชุกปัจจุบัน และความชุกชั่วชีวิต
ตัวอย่าง	7,157 คน	11,700 คน	17,140 คน

ตารางที่ 2.2 ข้อมูลทั่วไปประชากรที่ศึกษาจากการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิต ครั้งที่ 1, ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3

ข้อมูลทั่วไป	การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิต (หน่วย : ร้อยละ)		
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
เพศ			
ชาย	31.3	49.6	42.8
หญิง	68.7	50.4	57.2
อายุ (ปี)			
15-24		23.8	22.7
25-34	15-29	35.0	25.8
35-44	30-44	37.6	26.2
45-44	40-59	26.2	19.3
55-59	60	1.2	4.9
อายุเฉลี่ย (SD)			35.9 (0.2)
ศาสนา			
พุทธ	96.8	93.8	95.3
คริสต์	0.7	1.4	0.5
อิสลาม	2.5	4.8	4.2
สถานภาพสมรส			
โสด	-	30.8	28.4
คู่	-	59.7	63.6
หม้าย/หย่า/แยก	-	9.2	7.9
ระดับการศึกษา			
ประถมฯและต่ำกว่า	ไม่เคยเรียน	3.8	53.3
มัธยม-อนุปริญญา	กำลังศึกษา	9.5	37.2
ป.ตรีขึ้นไป	สำเร็จการศึกษา	86.7	6.9
อาชีพ			
ว่างงาน		8.1	6.7
งานบ้าน	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17.7	9.5
นักเรียนนักศึกษา		7.9	8.2
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	14.4	16.0	13.7
เกษตรกรรวม	35.9	26.0	26.6
รับจ้าง	17.3	23.7	31.7
พนักงานบริษัท	2.6	1.7	0.3
ข้าราชการ/พนักงานรัฐ	2.6	4.4	2.5

ตารางที่ 2.3 เปรียบเทียบผลการสำรวจระดับความทุกข์ทางจิตของคนไทยระดับชาติครั้งที่ 1, ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3

การสำรวจระดับความทุกข์ทางจิตของคนไทยระดับชาติ	ความทุกข์ในชีวิต (ร้อยละ)			ความทุกข์ปัจจุบัน (ร้อยละ)	
	ครั้งที่ 1 (2541)	ครั้งที่ 2 (2546)	ครั้งที่ 3 (2551)	ครั้งที่ 2 (2546)	ครั้งที่ 3 (2551)
affective disorders	1.8	-	-	-	2.8
major depressive episode	1.4	-	-	3.2	2.2
dysthymia	0.4	-	-	1.2	0.3
manic/ hypomanic episode	0.3	-	1.6	0.9	0.4
anxiety disorders	3.4	-	-	-	1.9
generalized anxiety disorder	0.7	-	-	1.9	0.9
panic disorder	1.0	-	0.3	0.4	0.3
agoraphobia	0.8	-	0.5	0.9	0.6
social phobia	0.3	-	-	-	-
simple phobia	0.3	-	-	-	-
obsessive compulsive disorder	0.3	-	-	-	-
post-traumatic stress disorder	-	-	-	-	0.3
psychotic disorders	-	1.2	0.8	0.6	0.5
schizophrenia	0.17	-	-	-	-
others					
hypochondriasis	0.8	-	-	-	-
somatization	0.2	-	-	-	-
any mental disorders (MD)	23.2	-	-	-	4.2
alcohol use disorders (AUD)	7.3	-	-	28.5	10.9
- alcohol abuse	1.3	-	-	-	4.2
- alcohol dependence	6.0	-	-	-	6.6
drug use disorders (DUD)	-	-	-	-	-
- drug abuse	0.95	-	-	-	-
- drug dependence	4.7	-	-	-	-
any MD or SUD	-	-	-	-	14.3
suicidal experiences	-	-	-	-	7.3
high risk	-	-	-	0.9	0.7
moderate risk	-	-	-	1.2	0.6
low risk	-	-	-	-	2.8

การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตนานาชาติ

การร่วมมือของทีม WMHS เริ่มตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1997 โดยมี 28 ประเทศตามกลุ่มประเทศตามเขตของ องค์การอนามัยโลก ได้แก่ กลุ่มประเทศแถบอเมริกา ได้แก่ บราซิล โคลัมเบีย คอสตาริกา แมกซิโก เปรู และ สหรัฐอเมริกา กลุ่มประเทศแอฟริกา ได้แก่ ไนจีเรีย แอฟริกาใต้ กลุ่มประเทศเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก ได้แก่ เลบานอน อิรัก กลุ่มประเทศยุโรป ได้แก่ เบลเยียม บัลกาเรีย ฝรั่งเศส เยอรมัน อิสราเอล อิตาลี เนเธอร์แลนด์ โปตุเกส โรมาเนีย สเปน ตุรกี ยูเครน กลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ อินเดีย และ กลุ่มประเทศ แปซิฟิกตะวันตก ได้แก่ ออสเตรเลีย จีน (ปักกิ่ง/เซี่ยงไฮ้) ญี่ปุ่น นิวซีแลนด์

กลุ่มทีมสำรวจสุขภาพจิตโลกดังกล่าวได้ร่วมดำเนินการภายใต้หลักการสำรวจเดียวกัน เพื่อหาความชุก และความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวช สารเสพติดและความผิดปกติทางพฤติกรรม หลังจากนั้นอีกหลายประเทศ ได้ทำการสำรวจระบาดวิทยาในประเทศของตน ทั้งในระดับตัวแทนประเทศ หรือตัวแทนพื้นที่ในทีนี้จะขอคัดเลือก มาเพียงบางรายงาน ดังแสดงในตารางที่ 2.4

บทที่ 2 : เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 2.4 เปรียบเทียบข้อมูลความชุกในช่วง 12 เดือนของโรคจิตเวชจากผลการสำรวจระบบาติวิทยาสุขภาพจิตทั่วโลกด้วยเครื่องมือ CID⁽²⁷⁻³⁵⁾

	เกาหลีใต้	อิหร่าน	สิงคโปร์	ออสเตรเลีย	นิวซีแลนด์	ญี่ปุ่น	ไนจีเรีย	สหรัฐอเมริกา	จีน
ปีสำรวจ	2011	2011	2009-2010	2007	2003-2004	2002-2003	2001-2003	2002-2003	2001-2002
ผู้พิมพ์, ปีตีพิมพ์	Cho MJ, et al., 2015 ⁽²⁷⁾	Sharifi V., et al., 2015 ⁽²⁸⁾	Chong SA., et al., 2012 ⁽²⁹⁾	Slade T., et al., 2009 ⁽³⁰⁾	Oakley Browne MA et al., 2006 ⁽³¹⁾	Kwakami N. et al., 2005 ⁽³²⁾	Gureje O, et al., 2006 ⁽³³⁾	RC Kessler, et al., 2005 ⁽³⁴⁾	Shen YC, et al., 2006 ⁽³⁵⁾
อัตราการตอบรับ (ร้อยละ)	78.7	86.2	75.9	60	73.3	56.4	79.9	70.9	74.8/74.6
อายุ (ปี)	18-74	15-64	>18	16-85	>16	>20	>18	>18	18-70
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	6,022	7,886	6,616	8,841	12,992	2,436	4,984	9,282	5,201
หน่วยความชุก	% (SE)	% (95%CI)	% (SE)	% (95%CI)	% (95%CI)	% (SE)	% (SE)	% (SE)	% (SE)
MDE	3.1 (0.4)	12.7 (11.8-13.7)	2.2 (0.2)	4.1 (3.5-4.6)	5.7 (5.2-6.2)	2.9 (2.1-3.7)	1.0 (0.1)	6.7 (0.3)	2.0 (0.3)
dysthymia	0.4 (0.2)	1.3 (1.0-1.5)	0.3 (0.1)	1.3 (1.0-1.6)	1.1 (0.9-1.4)	0.7 (0.3-1.1)	0.1 (0.0)	1.5 (0.1)	0.1 (0.1)
manic episode	0.2 (0.1)	1.0 (0.7-1.2)	0.6 (0.1)	1.8 (1.4-2.2)	2.2 (1.9-2.5)	0.1 (0.0-0.3)	0.0 (0.0)	2.6 (0.2)	0.1 (0.1)
GAD	1.0 (0.3)	5.2 (4.6-5.8)	0.4 (0.1)	2.7 (2.2-3.3)	2.0 (1.7-2.3)	1.2 (0.6-1.8)	0.0 (0.0)	3.1 (0.2)	0.8 (0.3)
panic disorder	0.2 (0.1)	1.9 (1.6-2.3)	-	2.6 (2.1-3.0)	1.7 (1.4-1.9)	0.5 (0.0-1.1)	0.1 (0.0)	2.7 (0.2)	0.2 (0.1)
agoraphobia	0.3 (0.1)	1.5 (1.1-1.8)	-	2.8 (2.4-3.3)	0.6 (0.5-0.8)	0.3 (0.1-0.5)	0.2 (0.1)	0.8 (0.1)	0.0 (0.0)
PTSD	0.6 (0.2)	2.1 (1.7-2.4)	-	6.4 (5.8-7.1)	3.0 (2.6-3.4)	0.4 (0.0-0.8)	0.0 (0.0)	3.5 (0.3)	0.2 (0.1)
alcohol abuse	2.1 (0.4)	0.3 (0.1-0.5)	0.5 (0.1)	2.9 (2.5-3.4)	2.6 (2.3-3.0)	1.6 (0.2-3.0)	0.5 (0.2)	3.1 (0.3)	1.6 (0.4)
alcohol dependence	2.2 (0.4)	0.6 (0.4-0.9)	0.3 (0.1)	1.4 (1.1-1.8)	1.3 (1.1-1.5)	0.4 (0.0-0.8)	0.1 (0.0)	1.3 (0.2)	0.6 (0.1)
drug abuse	-	0.5 (0.3-0.7)	-	0.9 (0.6-1.1)	1.2 (0.9-1.4)	0.1 (0.0-0.3)	0.2 (0.1)	1.4 (0.1)	0.1 (0.0)
drug dependence	-	1.8 (1.5-2.2)	-	0.6 (0.4-0.9)	0.7 (0.5-0.9)	0.1 (0.0-0.3)	0.0 (0.0)	0.4 (0.1)	0.0 (0.0)
nicotine dependence	3.1 (0.4)	-	-	-	-	-	-	-	-
intermittent explosive dis.	-	-	-	-	-	1.0 (0.4-1.6)	-	2.6 (0.2)	1.7 (0.4)
any mental disorders	16.0 (0.9)	23.6 (22.4-24.8)	4.4 (0.3)	20.0 (18.9-21.0)	20.7 (19.5-21.9)	8.8 (6.4-11.2)	5.8 (0.7)	26.2 (0.8)	7.0 (0.9)

การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

กลุ่มโรคจิตเวช โรคระบบประสาท และความผิดปกติพฤติกรรมเสสุราสารเสพติด (mental, neurological and substance use disorders; MNS) มีความชุกสูงในทุกภูมิภาคทั่วโลก และเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้การละเมิดสิทธิและตราบาปที่มีต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังทำให้ปัญหาหนักมากขึ้น ทรัพยากรเพื่อใช้ในการจัดการภาระหนักหนาดังกล่าวก็มีไม่เพียงพอ ทั้งยังกระจายอย่างไม่เท่าเทียมและนำไปใช้อย่างขาดประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ที่มีปัญหาส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแลรักษา⁽³⁶⁾

จากผลการสำรวจขนาดใหญ่ในหลายประเทศโดยองค์การอนามัยโลกพบว่าร้อยละ 35-50 ของผู้ป่วยหนักในประเทศพัฒนาแล้ว และร้อยละ 76-85 ของผู้ป่วยหนักในประเทศกำลังพัฒนาไม่ได้รับการรักษาใดๆ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จากการทบทวนวรรณกรรมทั่วโลกพบช่องว่างการรักษา (treatment gap) สำหรับโรคจิตเภทร้อยละ 32 โรคซึมเศร้าร้อยละ 56 และความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรามากถึงร้อยละ 78 ผลการทบทวนพบว่ามากกว่าร้อยละ 95 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในพื้นที่ที่ทรัพยากรน้อยไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมในประเทศจีน ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงเพียงร้อยละ 11 ที่ได้รับการรักษาในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา หรือประเทศไนจีเรียมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 10 ที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม^(36,37)

องค์การอนามัยโลกได้ตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องมีปฏิบัติการเพื่อลดภาระดังกล่าว และเสริมสร้างศักยภาพให้ประเทศสมาชิกจัดการกับปัญหาที่เพิ่มมากขึ้นนี้ จึงได้จัดทำโปรแกรมปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพจิตขึ้น โดยได้รับการรับรองจากการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 55 ในปี ค.ศ. 2002 โปรแกรมฯ นี้สนับสนุนการริเริ่มดำเนินการด้วยแนวปฏิบัติทั่วไปให้ประเทศสมาชิกเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช โรคระบบประสาท และความผิดปกติพฤติกรรมเสสุราสารเสพติดให้ดีขึ้น ปัจจุบันงานสุขภาพจิตได้จัดเป็นหนึ่งในวาระสาธารณสุขของโลก⁽³⁶⁾ ปัญหาการเข้าถึงบริการดังกล่าว ไม่จำกัดเพียงเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาเท่านั้น แม้ในประเทศที่พัฒนาแล้วการเข้าถึงบริการทางจิตเวชยังจำกัดมาก ดังตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.5 ประมาณการค่ากลาง (median) ช่องว่างการเข้าถึงบริการ (ร้อยละ) ตามกลุ่มประเทศแบ่งตามองค์การอนามัยโลก⁽³⁷⁾

Mental Disorder	WHO Region					
	Africa	American	Eastern Mediterranean	Europe	South East Asia	Western Pacific
Schizophrenia	NA	56.8	NA	17.8	28.7	35.9
Major depression	67.0	26.9	70.2	45.4	NA	48.1
Dysthymia	NA	48.6	NA	43.9	NA	50.0
Bipolar disorder	NA	60.2	NA	39.9	NA	52.6
Panic disorder	NA	55.4	NA	47.2	NA	66.7
Generalized anxiety	NA	49.6	NA	62.3	NA	55.6
Obsessive compulsive	NA	82.0	NA	24.6	NA	62.7
Alcohol abuse/dependence	NA	72.6	NA	92.4	NA	71.6

คัดลอกจาก : Kohn R., Saxena S., Levav I., Saraceno B. The treatment gap in mental health care. Bulletin of the World Health Organization 2004; 82 : 858-866.

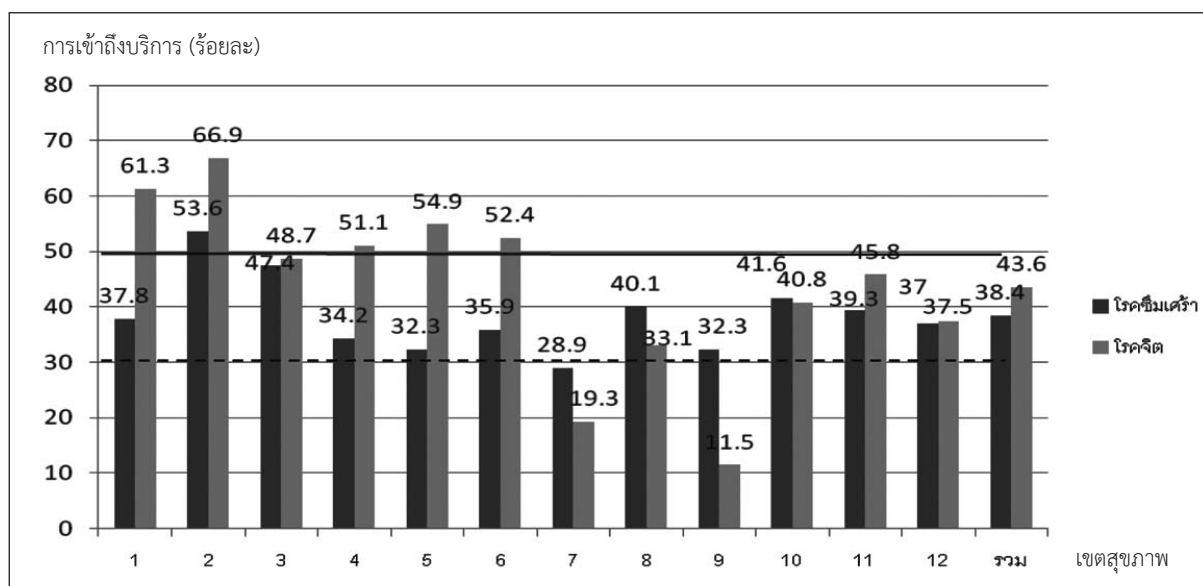
การสำรวจสุขภาพจิตในชุมชนที่สำรวจความต้องการบริการจิตเวชในประเทศสวีเดน⁽³⁸⁾ พบว่า ร้อยละ 70 ของกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านสุขภาพจิตนั้นรับรู้ว่าจะต้องรักษา แต่ต้องการรับการรักษาร้อยละ 37 และได้เข้ารับการรักษจริงเพียงร้อยละ 17 เช่นเดียวกับผลการสำรวจสุขภาพจิตของออสเตรเลีย⁽³⁹⁾ ที่พบว่า ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 35 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิตรับรู้ว่าจะต้องรับการรักษาแต่มีเพียงครึ่งหนึ่งต้องการการรักษา และเกินกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการป่วยไม่ต้องการการรักษา

ในกลุ่มที่เข้ารับบริการสุขภาพนั้น จากผลการสำรวจสุขภาพจิตในประเทศนิวซีแลนด์⁽³¹⁾ แสดงว่า ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 38.9 ไปพบผู้ให้บริการด้านสุขภาพใน 12 เดือนที่ผ่านมา โดยพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตร้อยละ 16.4 พบบุคลากรทางการแพทย์ทั่วไป ร้อยละ 28.3 และอีกร้อยละ 6.9 พบผู้ให้การรักษา การแพทย์ทางเลือก และร้อยละ 4.8 พบผู้ให้บริการนอกระบบสุขภาพอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์⁽⁴⁰⁾ ที่พบว่า ผู้มีสุขภาพจิต ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาได้เข้ารับบริการอย่างใดอย่างหนึ่ง ร้อยละ 33.9 โดยเป็นการรับบริการจากโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิร้อยละ 27.2 และรับบริการจากโรงพยาบาลเฉพาะทางร้อยละ 15.3 ผู้มีความผิดปกติด้านอารมณ์มักใช้บริการเฉพาะทาง ส่วนผู้มีความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราและเสพสารเสพติดเข้ารับบริการต่ำที่สุด ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การจัดบริการสุขภาพจิตควรคำนึงถึงการสนับสนุนความรู้และทักษะเพื่อการบริหารด้านสุขภาพจิตโดยบุคลากรทางการแพทย์ทั่วไป รวมถึงผู้ให้บริการนอกระบบสุขภาพ เนื่องจากทรัพยากรบุคลากรสุขภาพจิตยังไม่สามารถครอบคลุมการให้บริการได้

ในประเทศไทยมีการสำรวจภาคตัดขวางในชุมชน 5 พื้นที่เป้าหมายดำเนินการเร่งรัดภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽⁴¹⁾ พบอัตราการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตใดๆ (รวมโรคจิต) ผู้มีความผิดปกติทางอารมณ์ และความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราร้อยละ 12.9, 18.4 และ 3.2 ตามลำดับ ยกเว้นโรคจิตที่มีการเข้าถึงบริการสูงถึงร้อยละ 48.3

ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพ⁽⁴²⁾ ที่มีการผลักดันเชิงนโยบายในการจัดบริการโรคจิตเวชที่สำคัญ โดยเฉพาะโรคจิตและโรคซึมเศร้า ได้กำหนดตัวชี้วัดสำหรับเครือข่ายสุขภาพจิตในเขตสุขภาพ (area health board) ให้มีอัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิตและโรคซึมเศร้าไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 และร้อยละ 31 ตามลำดับ รายงานผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2557 มีอัตราการเข้าถึงบริการ โรคจิตและโรคซึมเศร้าทุกเขตสุขภาพรวมเท่ากับ ร้อยละ 43.6 และ 38.4 ตามลำดับ โดยพบอัตราการเข้าถึงบริการโรคจิตค่อนข้างน้อยในเขตสุขภาพที่ 9, 7, 8 ร้อยละ 11.5, ร้อยละ 19.3 และ ร้อยละ 33.1 ตามลำดับ และการเข้าถึงบริการโรคจิตมากกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 50) ในเขตสุขภาพที่ 1, 2, 4, 5, 6 และพบค่อนข้างสูงในเขตสุขภาพที่ 1, 2 ส่วนอัตราการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าค่อนข้างสูงในเขตสุขภาพที่ 2, 3, 10 และอัตราการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าต่ำสุด และต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 31) ในเขตสุขภาพที่ 7 แสดงดังแผนภูมิที่ 2.1

แผนภาพที่ 2.1 การเข้าถึงบริการโรคจิตและโรคซึมเศร้าปีงบประมาณ 2557 ตามเขตสุขภาพ*



*ข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคจิต ณ วันที่ 31 มีนาคม 2557, โรคซึมเศร้า ณ วันที่ 25 กันยายน 2557

จากรายงานระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าของศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต⁽⁴³⁾ ได้สรุปอัตราการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าจำแนกตามปีงบประมาณ 2553-2558 โดยคำนวณจากจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสมจนถึงปีงบประมาณนั้นๆ หารด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ (major depressive episode ร้อยละ 2.4 และ dysthymia ร้อยละ 0.3) คูณ 100 แสดงข้อมูลดังตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.6 รายงานอัตราการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าจำแนกตามปีงบประมาณ 2553-2558*

เขตสุขภาพ	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558
1	-	-	-	37.69	37.87	41.79
2	-	-	-	50.84	53.84	58.25
3	-	-	-	44.66	47.51	53.03
4	-	-	-	31.28	35.27	48.02
5	-	-	-	31.04	34.78	41.10
6	-	-	-	32.55	36.49	42.93
7	-	-	-	23.46	35.12	49.69
8	-	-	-	27.70	41.49	50.51
9	-	-	-	42.17	33.47	43.39
10	-	-	-	40.25	42.28	46.13
11	-	-	-	35.94	40.20	46.05
12	-	-	-	28.18	38.90	28.40
กทม.	0.96	22.88	25.06	25.26	25.97	28.40
รวม	7.70	18.96	29.32	33.34	36.76	44.14

*เนื่องจากปีงบประมาณ 2553-2555 ยังไม่มีการแบ่งเขตสุขภาพ จึงไม่มีรายงานรายเขตสุขภาพ

ส่วนข้อมูลจากระบบรายงาน ระบบติดตามและระบบเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต. 1-5) โดยสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁴⁾ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง 30 กันยายน 2556 พบร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่เคยเข้ารับการบำบัด 70.24 โดยคำนวณจาก จำนวนแบบบำบัดรักษาที่ให้ประวัติว่าไม่เคยรับการรักษา หารจำนวนแบบบำบัดรักษาทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน คูณ 100 ข้อมูลดังกล่าวถือเป็นฐานจากผู้มีปัญหายาเสพติดที่ได้รับการประเมินด้วยแบบ บสต. (ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดของประเทศ) แต่ยังไม่นับรวมผู้มีปัญหายาเสพติดในชุมชนที่ยังไม่ได้รับการประเมิน บสต.

จากผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการการสำรวจความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย ในทั้ง 6 ประเด็นแล้ว นำมาซึ่งกรอบวิธีการดำเนินการศึกษาและการคัดเลือกประเด็นสำคัญ เพื่อนำเสนอผลการศึกษาเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนนโยบายสุขภาพต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการสำรวจภาคตัดขวางในประชาชนไทย (population-based cross-sectional survey) โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบต่อหน้า (face-to-face interview) สำรวจในครัวเรือนที่สุ่มได้ (household survey)

ลักษณะประชากรและตัวอย่าง (population and sample)

1. ประชากร (population)

ประชากรในการศึกษานี้หมายถึง ประชากรไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย จำนวน 51,619,725 คน ซึ่งเป็นประชากรกลางปี 2556 (กรกฎาคม 2556)

2. ตัวอย่าง (sample)

หมายถึง ตัวอย่างที่เป็นประชากรไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยและอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคลอย่างน้อย 3 เดือน ไม่รวมประชากรที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนสถาบัน เช่น วัด หอพัก โรงเรียน โรงพยาบาล สถานสงเคราะห์ ค่ายทหาร เป็นต้น

3. ขนาดของตัวอย่าง (sample size calculation)

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้การประมาณค่าความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทยเท่ากับ ร้อยละ 14.3⁽⁸⁾ โดยมี 95% CI (confidence interval) เท่ากับ 14.3 % $\pm$ 1% โดยใช้การทดสอบแบบสองทาง (two-tailed test) ได้จำนวนตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรทั้งสิ้น 4,708 คน กำหนดค่าชดเชยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่ากับ ร้อยละ 20 รวมได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูลทั้งสิ้นประมาณ 6,360 คน

4. เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง (inclusion and exclusion criteria)

4.1 เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) ประชากรไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย อาศัยอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคลอย่างน้อย 3 เดือน ต้องเป็นผู้ที่สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ และยินยอมให้สัมภาษณ์ดำเนินการเก็บข้อมูล

4.2 เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ประชากรไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในวัด ค่ายทหาร เรือนจำ โรงเรียนประจำ สถานศึกษา หรือหอพัก มีปัญหาการมองเห็นและหูไม่ได้ยิน

5. การสุ่มตัวอย่าง (sampling)

การสุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากสำนักงานนโยบาย และวิชาการสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นผู้ดำเนินการโดยกำหนดให้ใช้แผนการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่ง 4 ชั้นภูมิ (stratified four-stage sampling) ซึ่งเป็นแผนสุ่มตัวอย่างที่ใช้ความน่าจะเป็น (probability sampling) โดยมีกรุงเทพมหานครและภาคจำนวน 4 ภาคเป็นสตราตัม กำหนดให้เขตในพื้นที่กรุงเทพฯ และจังหวัดเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง (primary sampling units: PSUs) เขตแขวงนับ (enumeration areas : EAs) เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง (secondary sampling units: SSUs) คราวเรือนเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม (tertiary sampling units : TSUs) และบุคคลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปหน่วยตัวอย่างขั้นสุดท้าย (ultimate sampling units: USUs) รายละเอียดดังนี้

หน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง (PSUs) ได้แก่ เขตและจังหวัด โดยมีกรอบตัวอย่างคือ บัญชีรายชื่อเขตและจังหวัดในแต่ละสตราตัม และเลือกหน่วยตัวอย่างในแต่ละสตราตัมอย่างอิสระต่อกันด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (systematic sampling) ได้จำนวนเขตทั้งสิ้น 4 เขตและจังหวัดตัวอย่าง 16 จังหวัด กระจายไปในแต่ละสตราตัม

หน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง (SSUs) ได้แก่ เขตแขวงนับ (EAs) ได้แก่ บัญชีอาณาบริเวณที่กำหนดขึ้นสำหรับการปฏิบัติงาน สำมะโนหรือการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยมีกรอบตัวอย่างคือ บัญชีรายชื่อ EA ในแต่ละเขตและจังหวัดตัวอย่าง แล้วเลือกหน่วยตัวอย่าง EA อย่างอิสระต่อกัน ด้วยวิธีการสุ่มโดยให้ความน่าจะเป็นเป็นสัดส่วนกับหน่วยวัดขนาด (probability proportional to size) ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ โดยกำหนดให้จำนวนคราวเรือนเป็นหน่วยวัดขนาด เลือกมาสตราตัมละ EA ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 265 EAs (1EA มีจำนวนคราวเรือนประมาณ 150-200 หลังคาเรือน)

หน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม (TSUs) ได้แก่ คราวเรือนโดยมีกรอบตัวอย่างคือ กรอบแผนที่บ้านสำหรับบ้านที่อยู่ในเขตเทศบาล และกรอบรายชื่อคราวเรือนสำหรับบ้านที่อยู่นอกเขตเทศบาลเลือกหน่วยตัวอย่างคราวเรือน ตัวอย่างอย่างอิสระต่อกัน EA ละ 24 คราวเรือน ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบได้จำนวนคราวเรือนตัวอย่างทั้งสิ้น 6,360 คราวเรือน

หน่วยตัวอย่างขั้นสุดท้าย (USUs) ได้แก่ สมาชิกในคราวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปโดยมีกรอบตัวอย่างคือ รายชื่อสมาชิกในคราวเรือนตัวอย่างที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และนำมาจัดเรียงลำดับตามอายุจากมากไปหาน้อย โดยเริ่มเรียงจากเพศชายก่อน การเลือกหน่วยตัวอย่างกระทำโดยใช้ตารางคิช (Kish selection table)⁽⁴⁵⁾ โดยไม่สามารถเปลี่ยนผู้ถูกสัมภาษณ์เป็นบุคคลอื่นที่ไม่ได้ถูกสุ่ม (sampling without replacement) สุ่มบุคคลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 1 คนต่อคราวเรือน รวมทั้งสิ้นจำนวน 6,360 คน ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 พื้นที่เก็บข้อมูลจำแนกตามรายภาค

ภาค	เขต/จังหวัด	จำนวนเขต แรงงาน (EA)	จำนวน ครัวเรือน
กทม.	บางรัก จอมทอง วังทองหลาง คลองสามวา	53	1,272
กลาง	นนทบุรี สระบุรี จันทบุรี สุพรรณบุรี เพชรบุรี	53	1,272
เหนือ	เชียงใหม่ สุโขทัย เพชรบูรณ์	53	1,272
ตะวันออก/เฉียงเหนือ	ชัยภูมิ มหาสารคาม อุบลราชธานี อุดรธานี มุกดาหาร	53	1,272
ใต้	สตูล นครศรีธรรมราช ระนอง	53	1,272
รวม	4 เขต/ 16 จังหวัด	265	6,360

หมายเหตุ EA แต่ละเขต/จังหวัดตัวอย่าง จัดเรียงตามภูมิศาสตร์โดยแต่ละ EA มีจำนวน 150-200 ครัวเรือน ทำการสุ่มเก็บ EA ละ 24 ครัวเรือน

เครื่องมือที่ใช้ (tools and measures)

เครื่องมือหลักที่ใช้คือ WMH-CIDI 3.0⁽¹³⁾ ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างใช้ในการวินิจฉัยโรคจิตเวช มีความเที่ยงตรงสูง สามารถวินิจฉัยความเจ็บป่วยในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาและชั่วชีวิตที่ผ่านมา และยังมีข้อคำถามในการประเมินความรุนแรงของโรค การรักษาที่ผ่านมา ปัจจัยเสี่ยงและผลที่ตามมา เครื่องมือนี้พัฒนาต่อยอดมาจาก WHO-CIDI⁽²⁵⁾

การพัฒนาเครื่องมือ CIDI 3.0 ฉบับภาษาไทยมี 3 ขั้นตอน ได้แก่ การแปล (translation) การทดสอบด้วยวิธีการสัมภาษณ์กระบวนการคิด (pretesting and cognitive interviewing) และการทดสอบนำร่อง (pilot test) โดยมีรายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1. การแปล (translation)

กระบวนการแปลดำเนินการโดยทีมจิตแพทย์จากกรมสุขภาพจิตและจากมหาวิทยาลัย ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือ CIDI และมีความเชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษแบ่งหมวดหมู่การแปลตามความเชี่ยวชาญของแต่ละบุคคล โดยมีหัวหน้าบรรณาธิการดูแลและตรวจสอบการแปลเครื่องมือทั้งกระบวนการการแปลเน้นการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น ได้ใจความ หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์เฉพาะทาง และดำเนินการตามหลักการแปล 5 ด้าน⁽⁴⁶⁾ ได้แก่

- 1) ความเหมือนกันด้านคำศัพท์ (semantic equivalence) หมายถึง การแปลมีการคงไว้ซึ่งคำศัพท์ของแต่ละข้อคำถาม
- 2) ความเหมือนกันด้านเนื้อหา (content equivalence) หมายถึง การแปลมีความตรงประเด็นในเนื้อหาของแต่ละข้อคำถาม
- 3) ความเหมือนกันด้านเทคนิค (technical equivalence) หมายถึง การแปลทำให้ผู้ใช้เครื่องมือใช้วิธีการเดียวกันกับต้นฉบับในการได้มาซึ่งข้อมูลในแต่ละข้อคำถาม เช่น ได้จากการสังเกต หรือการสัมภาษณ์ เป็นต้น

4) ความเหมือนกันด้านแนวคิด (conceptual equivalence) หมายถึง การแปลสามารถวัดแนวคิดหรือตัวแปรที่ต้องการศึกษาในต่างวัฒนธรรมได้เหมือนกัน โดยในการแปลมีการปรับข้อความให้มีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย และ

5) ความเหมือนกันด้านเกณฑ์ (criterion equivalence) หมายถึง การคงความสามารถด้านการแปลผลเครื่องมือได้เหมือนกับต้นฉบับ

โดยหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการแปลแล้ว มีกระบวนการตรวจสอบการแปลโดยบรรณาธิการ และวิพากษ์ผลการแปลเครื่องมือโดยคณะผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปทดลองใช้

2. การทดสอบด้วยวิธีการสัมภาษณ์กระบวนการคิด (pretesting and cognitive interviewing)

เป็นการทดสอบการใช้เครื่องมือเพื่อค้นหาประเด็นปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากความเข้าใจในข้อความ และการรับรู้คำถามในแง่มุมต่างๆ เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือเหมาะกับบริบทและวัฒนธรรมไทยทั้งนี้เน้นการเข้าใจในแต่ละข้อความ โดยใช้การสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวในผู้ที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชแล้วสัมภาษณ์ตามเครื่องมือในเรื่องนั้นๆ เช่น ผู้ที่ป่วยโรคซึมเศร้า ให้สัมภาษณ์ทุกข้อในชุดซึมเศร้าเป็นต้น กำหนดสัมภาษณ์โรคละ 10 คน เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่เป็นตัวแทนทุกภูมิภาคทั่วประเทศ จำนวนทั้งสิ้น 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ อุบลราชธานี นครราชสีมา สงขลา และสุราษฎร์ธานี เพื่อเป็นการทดสอบความเข้าใจภาษา และประเด็นในแต่ละข้อความ รวมไปถึงการใช้คำต่างๆ หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้ไปปรับแก้ในแบบสอบถามต่อไป

3. การศึกษานำร่อง (pilot test)

เป็นการทดสอบการใช้เครื่องมือ โดยการสัมภาษณ์ในประชากรทั่วไป รวมถึงกระบวนการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนที่ได้วางไว้ในการศึกษาจริง เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการสำรวจ (feasibility) รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่พบ ทั้งจากการใช้แบบสอบถามและกระบวนการสุ่ม เพื่อนำไปแก้ไขก่อนการเก็บข้อมูลจริง โดยทำการศึกษานำร่องในจังหวัดเชียงใหม่ อุบลราชธานี นครราชสีมา สงขลา และสุราษฎร์ธานี

หน่วยตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ทุกคนจะได้รับการสัมภาษณ์ด้วย WMH-CIDI-PAPI ฉบับภาษาไทยโดยเลือกชุดแบบสอบถามตามข้อกำหนดขั้นต่ำของ WMHS ประกอบด้วย ชุดพื้นฐาน ได้แก่ ชุดข้อมูลทั่วไป (demographic), ชุดการสังเกตของผู้สัมภาษณ์ (interviewer observations) และชุดคัดกรอง (screening) กลุ่มโรคจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่ กลุ่มโรคทางอารมณ์ (ชุด depression และ ชุด mania) กลุ่มโรควิตกกังวล (ชุด panic disorder, ชุด agoraphobia, ชุด generalized anxiety disorder และ ชุด post-traumatic stress disorder) กลุ่มสุราและสารเสพติด (ชุด alcohol use และ ชุด illegal substance use) ผลกระทบและบริการสุขภาพ ได้แก่ ชุดฆ่าตัวตาย (suicidality), ชุดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (chronic condition) และชุดการรับบริการ (services) นอกจากนั้นการสำรวจครั้งนี้ยังได้เพิ่มชุดสัมภาษณ์เพิ่มเติม คือ ชุดคัดกรองโรคจิต (ชุด psychosis screen) เพื่อเป็นข้อมูลเปรียบเทียบกับการศึกษาครั้งก่อนและนำไปสู่การสำรวจความชุกของโรคจิตเภทต่อไป และกลุ่มปัญหาพฤติกรรมและความรุนแรง ได้แก่ ชุดบุหรี่ (nicotine) ชุดการพนัน (gambling) และ ชุด intermittent explosive disorder เนื่องจากเป็นปัญหาที่พบมากขึ้นและยังไม่เคยทำการสำรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคมามาก่อน

การฝึกอบรมและการเก็บข้อมูลในพื้นที่ (Training and field procedures)

การฝึกอบรม (training)

1. การอบรมวิทยากรหลัก (training of trainers)

การอบรมการใช้เครื่องมือ CIDI 3.0 ระเบียบวิธีวิจัย การลงพื้นที่ รวมถึงเทคนิคการสัมภาษณ์ตามมาตรฐานของ WMS เพื่อเป็นวิทยากรหลักในการอบรมผู้สัมภาษณ์ต่อไปนั้น ได้รับความร่วมมือจาก Institute for Social Research มหาวิทยาลัยมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา ส่งวิทยากรมา 2 ท่าน อบรมให้แก่บุคลากรกรมสุขภาพจิตและอาจารย์มหาวิทยาลัยจำนวน 19 คนในเดือนพฤษภาคม ปี พ.ศ. 2555 เป็นเวลา 1 สัปดาห์

2. การอบรมผู้สัมภาษณ์ (interviewer training)

ผู้สัมภาษณ์ (interviewer) เป็นบุคลากรสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 250 คน จาก 17 ทีมตามหน่วยงานโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศ อบรมทั้งหมด 4 รุ่นๆ ละ 3 วัน ในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2556 เนื้อหาอบรมเน้นการฝึกทักษะให้เป็นนักสัมภาษณ์มืออาชีพ เทคนิคการสัมภาษณ์เช่น การถามคำถาม (asking questions) การอธิบายและถามเพิ่มเติม (clarification and probing) การสะท้อนข้อมูล (feedback) และการบันทึกข้อมูล (recording data) อบรมการใช้ CIDI-PAPI ซึ่งแจ้งระเบียบวิธีวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานภาคสนาม

3. การอบรมผู้ดูแลภาคสนาม (supervisor training) และผู้ประสานงานภาคสนาม (field coordinator)

ผู้ดูแลภาคสนามและผู้ประสานงานภาคสนามทั้ง 17 จะได้รับการอบรมเพิ่ม 6 ชั่วโมง ประเด็นการประสานพื้นที่เก็บข้อมูล กระบวนการสุ่มตัวอย่าง การตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และสอดคล้องของข้อมูล และการวางแผนบริหารจัดการงบประมาณ

นอกจากนี้ก่อนเก็บข้อมูลในพื้นที่ยังมีการอบรมทบทวนอีกครั้งจัดรายการ 4 ครั้งเพื่อเตรียมความพร้อมของทีมเก็บข้อมูลภาคสนามก่อนลงพื้นที่จริง โดยการฝึกปฏิบัติให้ผู้เข้ารับการอบรมทดลองสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทุเลาและยินดีเข้าร่วมการสัมภาษณ์ และมีการทบทวนกระบวนการสุ่มตัวอย่าง รวมทั้งการประสานงานในพื้นที่เพื่อให้ทีมเกิดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถลงพื้นที่ได้ด้วยความมั่นใจ

การเก็บข้อมูลภาคสนาม (field procedure)^(47,48,49)

1. ทีมเก็บข้อมูลภาคสนาม (field structure) มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1) **หัวหน้าทีมภาคสนาม (field manager)** ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาทีมในการใช้เครื่องมือ กระบวนการทำงาน และให้คำแนะนำกรณีเกิดปัญหา รวมถึงประสานงานกับหัวหน้าโครงการ

2) **ผู้ประสานงานภาคสนาม (field coordinator)** หน่วยละ 1 คน มีหน้าที่ประสานผู้รับผิดชอบในพื้นที่ เพื่อชี้แจงแผนเก็บข้อมูล สุ่มครัวเรือนและสุ่มตัวอย่างในครัวเรือน นัดหมายเวลาเก็บข้อมูล

3) **ผู้ดูแลภาคสนาม (field supervisor)** ทีมละ 3-5 คน ทำหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และสอดคล้องของข้อมูลทุกชุดของหน่วยตนเองก่อนนำส่งส่วนกลาง รวมทั้งแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในพื้นที่

4) **ผู้สัมภาษณ์ (Interviewer)** จะทำการสัมภาษณ์ โดยเฉลี่ย 2 คนต่อวัน

2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูลภาคสนาม

1) **ขั้นเตรียมการในพื้นที่** กรมสุขภาพจิตได้ทำหนังสือราชการถึงผู้ว่าราชการจังหวัดและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ หลังจากนั้นผู้ประสานงานภาคสนามประสานกับหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อสำรวจจำนวนครัวเรือนในแต่ละ EA โดยใช้แผนที่ของสำนักงานสถิติแห่งชาติควบคู่กับแผนที่เดิณดิน เมื่อได้จำนวนครัวเรือนแล้ว พิจารณาทิศทางที่ตั้งของครัวเรือนและทำการสุ่มครัวเรือนอย่างเป็นระบบ EA ละ 24 ครัวเรือน หลังจากนั้นจึงประสานกับบุคลากรสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่นั้นๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าแจ้งนับ และสุ่มคนในครัวเรือน โดยแจ้งนับจำนวนคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคลอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป เพศ อายุของคนในครัวเรือนทุกคน สุ่มตัวอย่างคนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ด้วยตารางคิช เมื่อได้ตัวอย่างแล้วบันทึกข้อมูลชื่อสกุล หมายเลขโทรศัพท์ ผลการติดต่อดำเนินการสัมภาษณ์ในปกหน้า (cover sheet) เพื่อเป็นข้อมูลบริหารจัดการสัมภาษณ์ของแต่ละหน่วยตัวอย่าง

2) **ขั้นตอนการสัมภาษณ์ (interviewing process)** เมื่อทีมภาคสนามลงพื้นที่ตามนัดหมายกับหน่วยตัวอย่างหรือเรียกว่า “ผู้ถูกสัมภาษณ์” สถานที่นัดหมายอาจเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ศาลาอเนกประสงค์ประจำหมู่บ้าน หรือบ้านของตัวอย่าง ผู้สัมภาษณ์แนะนำตัวเองพร้อมแสดงบัตรประจำตัว แนะนำโครงการตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการฯ การรักษาสิทธิ การรักษาความลับ และค่าตอบแทนที่จะได้รับพร้อมเชิญชวนเข้าร่วมโครงการ หากผู้ถูกสัมภาษณ์ยินยอมและลงนามด้วยความสมัครใจแล้วจึงดำเนินการสัมภาษณ์ตามเครื่องมือที่กำหนดไว้ โดยผู้ถูกสัมภาษณ์ได้รับค่าตอบแทนคนละ 300 บาท ผู้ดูแลภาคสนามทำการตรวจสอบทุกแบบสอบถามในแต่ละวันเพื่อเป็นการควบคุมคุณภาพของการเก็บข้อมูล หากพบข้อผิดพลาด ข้อมูลไม่สอดคล้องหรือไม่ครบถ้วน ต้องสัมภาษณ์เพิ่มและแก้ไขให้สมบูรณ์ก่อนส่งแบบสอบถามให้ทีมส่วนกลาง มีการประชุมทุกวันทีมภาคสนามเพื่อทบทวนปัญหาและอุปสรรคในการเก็บข้อมูล รวมถึงวางแผนแก้ปัญหา ก่อนเก็บข้อมูลในวันถัดไป

3. การจัดการข้อมูล (data management)

1) **การควบคุมคุณภาพของการเก็บข้อมูล (data collection quality control)** ทีมส่วนกลางตรวจสอบความถูกต้องของกระบวนการสุ่ม การบันทึกข้อมูล และความสมบูรณ์ของทุกแบบสอบถาม หากพบข้อสงสัยจะตรวจสอบข้อมูลจากพื้นที่ นอกจากนั้นจะมีการสุ่มร้อยละ 10 ของแบบสอบถาม เพื่อติดต่อทางโทรศัพท์กลับไปยังผู้ถูกสัมภาษณ์ และสัมภาษณ์คำถามหลักๆ ในชุดคัดกรอง หรือคำถามเกี่ยวกับการจัดการภาคสนาม ใช้เวลาประมาณ 10 นาที หากไม่มีหมายเลขโทรศัพท์ ผู้ดูแลจะลงพื้นที่ครัวเรือนที่ถูกสุ่มได้อีกครั้งเพื่อสัมภาษณ์ซ้ำ ทั้งนี้เพื่อตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลและให้มั่นใจว่ากระบวนการสุ่มทำได้ถูกต้อง

2) **การบันทึกข้อมูลและการประมวลผล (data entry and diagnosis algorithm)** แบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของการเก็บข้อมูลแล้ว ได้ถูกบันทึกข้อมูลลงฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ซึ่งพัฒนาโดย WHO-Harvard WMH Survey Initiative Coordinating Center⁽⁵⁰⁾ โดยใช้งานร่วมกับโปรแกรม Blaise 4.8 Enterprise⁽⁵⁰⁾ บันทึกข้อมูลโดยนักศึกษาระดับปริญญาโทจากภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดลจำนวน 10 คน ภายใต้การดูแลของสำนักระบาดวิทยา สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต และส่งออกข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ด้วยชุดคำสั่งแบบเป็นขั้นตอน (algorithm) ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคด้วยโปรแกรมสถิติ SAS version 9.3

3) การถ่วงน้ำหนัก (weighting)⁽⁵²⁾ การสำรวจครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มแบบ 4 ชั้นภูมิ จึงต้องมีการถ่วงน้ำหนักเพื่อให้ได้ค่าสถิติที่เป็นตัวแทนของประชากรไทย โดยคำนวณจาก

- 1) ค่าถ่วงน้ำหนักเริ่มต้น (base weights) ซึ่งได้มาจากผลคูณส่วนกลับของความน่าจะเป็นที่หน่วยตัวอย่างจะถูกเลือกมาเป็นตัวแทนในแต่ละขั้นทั้งสิ้น 4 ชั้น
- 2) ค่าถ่วงน้ำหนักที่ปรับจากผู้ที่ไม่ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ (non-response adjustment)
- 3) ค่าถ่วงน้ำหนักที่ปรับจากเพศ
- 4) ค่าถ่วงน้ำหนักที่ปรับจากกลุ่มอายุ และ
- 5) ค่าถ่วงน้ำหนักที่ปรับจากการแบ่งข้อมูลออกเป็นชั้นภูมิ (post stratification calibration adjustment)

โดยการปรับค่าถ่วงน้ำหนักเพศและกลุ่มอายุนั้น ใช้ค่าคาดประมาณสัดส่วนประชากรของประเทศไทย ณ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2556 ส่วนการปรับค่าถ่วงน้ำหนักด้วยการแบ่งข้อมูลออกเป็นชั้นภูมิ (สตรีตาม) นั้น ใช้ค่าคาดประมาณจำนวนประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป จำแนกตามกรุงเทพมหานครและภาคในเดือนปีเดียวกัน

4) การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย การวิเคราะห์ค่าประมาณการความชุกของโรคจิตเวช และปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (twelve-month prevalence) และตลอดชีพ (lifetime prevalence) ค่าประมาณสัดส่วนโดยการถ่วงน้ำหนัก (weighted proportion estimates) แบบร้อยละ, standard error และ Chi-Square

จริยธรรมการวิจัย

การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 รหัสโครงการ 77/2556 โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตที่มีแพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์เป็นประธาน และสำนักระบาดวิทยาสุขภาพจิต ได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) กระทรวงสาธารณสุข หมายเลข 77/2556 เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2556

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย :

การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 ได้ผลการศึกษาดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลประชากรตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความชุก 12 เดือน (12-month prevalence) ของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความชุกโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตระหว่างเพศ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลการรับบริการสำหรับปัญหาสุขภาพจิตช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลประชากรตัวอย่าง

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเป็นตัวแทนของประชากรรวมค่าชดเชยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการร้อยละ 20 รวมได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 6,360 คนจาก 6,360 ครั้วเรือน พบบุคคลที่เข้าเกณฑ์การสำรวจ 4,878 คน (ร้อยละ 76.7) ในจำนวนนี้มีผู้ยินยอมเข้าร่วมโครงการ 4,766 คน (ร้อยละ 74.9) และสัมภาษณ์ด้วย CIDI จนสามารถวิเคราะห์ผลได้ 4,727 คน คิดเป็นอัตราตอบรับ (response rate) ร้อยละ 74.3 แสดงดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 หน่วยตัวอย่างที่สุ่มเลือกและอัตราการตอบรับ

	จำนวนตัวอย่าง	
	คน	ร้อยละ
ตัวอย่างที่สุ่มเลือก	6,360	100.0
ไม่เข้าเกณฑ์ ^a	1,482	23.3
ปฏิเสธการสัมภาษณ์	112	1.8
สัมภาษณ์ไม่ครบถ้วน	39	0.6
สัมภาษณ์ครบถ้วน	4,727	74.3

^aไม่เข้าเกณฑ์หมายถึง ไม่มีผู้อาศัยในครั้วเรือน ไม่สามารถติดต่อบุคคลในครั้วเรือนได้ หรือบุคคลในครั้วเรือนไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เป็นต้น

ลักษณะทั่วไปของประชากรที่ถูกสัมภาษณ์ เปรียบเทียบก่อนและหลังถ่วงน้ำหนักโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ อ้างอิงจากฐานข้อมูลประชากรเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2556 แสดงดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อนและหลังถ่วงน้ำหนัก

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนถ่วงน้ำหนัก ร้อยละ (SE)	หลังถ่วงน้ำหนัก ร้อยละ (SE)
เพศ		
ชาย	36.3 (0.7)	48.3 (1.1)
หญิง	63.7 (0.7)	51.7 (1.1)
กลุ่มอายุ (ปี) min = 18, max = 96 $\bar{x}$ (SD) = 50.2 (15.3)		
18-24	5.2 (0.3)	13.1 (0.9)
25-34	11.6 (0.5)	19.2 (0.9)
35-44	20.0 (0.6)	21.2 (0.9)
45-54	23.8 (0.6)	20.0 (0.7)
55-59	10.5 (0.4)	7.9 (0.4)
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	28.9 (0.7)	18.6 (0.6)
ภูมิภาค		
กรุงเทพมหานคร	15.1 (0.5)	13.8 (0.7)
ภาคกลาง	21.5 (0.6)	29.2 (1.1)
ภาคเหนือ	22.6 (0.6)	17.3 (0.7)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	19.9 (0.6)	26.7 (0.9)
ภาคใต้	20.9 (0.6)	12.9 (0.6)

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4,727 คน (เพศชาย 1,718 คน เพศหญิง 3,009 คน) อายุเฉลี่ย 50.2 ปี (SD $\pm$ 15.3 ปี) อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 18 ถึง 96 ปี ลักษณะทั่วไปของประชากรตัวอย่างหลังถ่วงน้ำหนักแยกตามภูมิภาค แสดงดังตารางที่ 4.3

ตาราง 4.3 ลักษณะทั่วไปของประชากรตัวอย่างหลังถ่วงน้ำหนักแยกตามภูมิภาค

ข้อมูลทั่วไป	ประชากรตัวอย่าง : ร้อยละ (SE)				
	กทม. (n=715)	กลาง (n=1,015)	เหนือ (n=1,068)	ต่อ.เฉียงเหนือ (n=941)	ใต้ (n=988)
เพศ					
ชาย	48.0 (3.0)	48.5 (2.7)	48.2 (2.9)	48.0 (2.3)	48.7 (0.6)
หญิง	52.0 (3.0)	51.5 (2.7)	51.8 (2.9)	52.0 (2.3)	51.3 (0.6)
กลุ่มอายุ (ปี) min, max, $\bar{x}$ (SD)					
18-24	18,96, 46.1 (15.8)	18,95, 52.0 (16.0)	18,93, 51.3 (14.1)	18,91, 51.3 (15.3)	18,93, 49.0 (15.0)
25-34	13.9 (0.5)	13.3 (1.8)	12.1 (3.3)	12.6 (3.4)	14.6 (2.6)
35-44	26.0 (2.0)	22.5 (2.2)	14.9 (0.8)	14.0 (1.3)	21.0 (0.5)
45-54	23.4 (1.9)	22.2 (0.3)	18.2 (1.4)	20.8 (0.6)	21.5 (1.6)
55-59	17.8 (2.2)	18.9 (1.0)	22.3 (2.7)	21.5 (1.6)	18.6 (1.0)
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	6.3 (1.1)	6.9 (0.7)	9.9 (1.0)	8.8 (0.5)	6.8 (0.6)
	12.6 (0.5)	16.2 (3.6)	22.6 (1.1)	22.2 (1.7)	17.4 (1.8)
สถานภาพสมรส					
โสด	25.8 (3.6)	21.8 (1.3)	18.0 (4.4)	16.1 (4.1)	15.0 (2.0)
แต่งงาน	60.1 (4.4)	64.3 (2.2)	68.7 (4.4)	70.4 (3.5)	75.7 (1.4)
แยกกันอยู่	2.8 (0.3)	2.9 (1.3)	1.0 (0.2)	2.2 (0.5)	2.0 (0.2)
หย่าร้าง	5.0 (0.6)	3.5 (0.4)	4.7 (0.7)	1.9 (0.3)	2.3 (0.3)
หม้าย	6.2 (0.6)	7.4 (0.8)	7.6 (0.7)	9.5 (1.3)	5.0 (0.6)
					7.5 (0.5)

ข้อมูลทั่วไป	ประชากรตัวอย่าง : ร้อยละ (SE)				
	กทม. (n=715)	กลาง (n=1,015)	เหนือ (n=1,068)	ตอ.เฉียงเหนือ (n=941)	ใต้ (n=988)
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน/ประถม	30.8 (2.1)	38.8 (6.4)	61.9 (4.4)	59.5 (3.5)	45.8 (0.4)
มัธยมต้น	16.0 (1.2)	15.0 (1.9)	7.7 (0.7)	10.3 (1.1)	16.7 (0.4)
มัธยมปลาย/เทียบเท่า	25.2 (1.7)	24.5 (3.0)	19.7 (2.3)	20.0 (2.0)	21.4 (0.5)
อนุปริญญาขึ้นไป	28.0 (3.0)	21.6 (5.0)	10.7 (2.8)	10.3 (2.8)	16.1 (0.6)
อาชีพ					
ว่างงาน	4.1 (0.9)	5.8 (1.2)	2.4 (0.4)	3.8 (0.8)	4.5 (0.2)
มีงานทำ/งานส่วนตัว	71.3 (0.7)	75.3 (3.8)	79.6 (1.2)	74.5 (2.0)	77.1 (0.7)
นักเรียน/นักศึกษา	5.3 (1.0)	2.5 (0.6)	3.5 (1.4)	3.8 (2.3)	4.3 (1.3)
งานบ้าน	13.0 (2.0)	9.1 (1.7)	8.4 (0.7)	13.8 (1.0)	10.2 (0.8)
เกษียณ	4.4 (0.8)	6.0 (2.5)	1.3 (0.3)	1.7 (0.7)	1.4 (0.1)
อื่นๆ	1.9 (0.5)	1.3 (0.7)	4.7 (0.5)	2.4 (0.9)	2.6 (0.6)
รายได้/เดือน (บาท)					
<5,000	43.0 (2.3)	46.1 (3.5)	53.6 (3.7)	64.6 (3.0)	48.9 (2.4)
5,001-15,000	32.1 (2.9)	36.3 (3.2)	35.7 (2.4)	27.6 (2.1)	33.2 (0.1)
15,001-30,000	16.9 (2.9)	11.7 (1.2)	7.1 (1.1)	5.0 (0.4)	11.7 (1.2)
>30,000	7.9 (2.4)	5.8 (1.4)	3.6 (0.5)	2.8 (0.6)	6.1 (1.3)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต

ข้อมูลการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2556 ความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเวชใดๆ (ไม่นับรวมความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดสารใดๆ) พบว่าคนไทยตลอดชีวิตที่ผ่านมาประมาณ 3.9 ล้านคน (ร้อยละ 7.4) เป็นโรคจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งโรค (any mental disorders) โดยความชุกของโรคจิตเวชใดๆ พบสูงที่สุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 9.3) และต่ำสุดในกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 4.9) เมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่นๆ

ในกลุ่มโรคจิตเวชใดๆ (any mental disorders) ความชุกชั่วชีวิตของกลุ่มความผิดปกติของการควบคุมตัวเอง (impulsive control disorders) พบได้สูงที่สุดถึงร้อยละ 3.5 หรือคิดเป็นประชากร 1.8 ล้านคน พบสูงสุดในภาคใต้ (ร้อยละ 4.8) และต่ำสุดในกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 2.6) โดยในกลุ่มความผิดปกติของการควบคุมตัวเองนี้จัดเป็น intermittent explosive disorder ร้อยละ 2.8 หรือประมาณ 1.4 ล้านคน และเป็น pathological gambling ร้อยละ 0.9 หรือประมาณ 4.6 แสนคน

ความชุกชั่วชีวิตของกลุ่มโรควิตกกังวล (any anxiety disorders) พบได้เป็นอันดับสองของกลุ่มโรคจิตเวชใดๆ คิดเป็นร้อยละ 3.1 หรือประชากรประมาณ 1.6 ล้านคน โดยพบความชุกสูงสุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 4.5) และต่ำสุดในกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 2.2) โดยในกลุ่มโรควิตกกังวลนี้พบความชุกของ agoraphobia สูงที่สุด (ร้อยละ 1.5) รองลงมา ได้แก่ post traumatic stress disorder (ร้อยละ 0.9), panic disorder (ร้อยละ 0.8) และ generalized anxiety disorder (ร้อยละ 0.3)

ความชุกชั่วชีวิตของความผิดปกติทางอารมณ์ (any affective disorders) พบร้อยละ 1.9 คิดเป็นประชากรเกือบหนึ่งล้านคน (9.9 แสนคน) โดยพบความชุกชั่วชีวิตของ major depressive episode ร้อยละ 1.8, dysthymia ร้อยละ 0.1 และ manic/hypomanic episode ร้อยละ 0.2 ในผู้ที่มี manic/hypomanic episode ทั้งหมด พบว่ามี depressive episode อย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิตร่วมด้วย สรุปได้ว่าพบ major depressive disorder ร้อยละ 1.6 และ bipolar disorder ร้อยละ 0.2 รายละเอียดดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของโรคจิตเวชแยกตามภูมิภาค

โรคจิตเวช	ความชุกชั่วชีวิต : ร้อยละ (SE)					ประมาณการประชากร (คน)	
	กทม. (n=715)	กลาง (n=1,015)	เหนือ (n=1,068)	ต่อ.เฉียงเหนือ (n=941)	ใต้ (n=988)		รวม (n=4,727)
affective disorders	1.5 (0.6)	1.8 (0.5)	2.6 (0.8)	1.8 (0.2)	2.0 (0.3)	1.9 (0.2)	988,480
major depressive episode	1.2 (0.3)	1.8 (0.5)	2.5 (0.8)	1.7 (0.2)	1.5 (0.1)	1.8 (0.2)	916,979
dysthymia	0.0	0.1 (0.1)	0.0 (0.0)	0.2 (0.2)	0.3 (0.1)	0.1 (0.0)	67,221
manic/ hypomanic episode	0.3 (0.3)	0.3 (0.3)	0.1 (0.1)	0.1 (0.1)	0.2 (0.2)	0.2 (0.1)	113,161
anxiety disorders	2.2 (0.7)	2.9 (1.0)	4.5 (1.2)	3.2 (0.5)	2.5 (0.5)	3.1 (0.4)	1,594,153
generalized anxiety disorder	0.3 (0.2)	0.1 (0.1)	0.2 (0.2)	0.5 (0.2)	0.3 (0.1)	0.3 (0.0)	148,169
panic disorder	1.2 (0.6)	0.5 (0.2)	1.0 (0.3)	0.8 (0.1)	0.5 (0.1)	0.8 (0.1)	390,514
agoraphobia	1.0 (0.5)	1.5 (0.8)	3.1 (1.0)	0.8 (0.2)	1.5 (0.2)	1.5 (0.4)	774,708
post-traumatic stress disorder	0.6 (0.3)	1.1 (0.2)	0.7 (0.3)	1.1 (0.2)	0.6 (0.2)	0.9 (0.1)	469,414
impulse control disorders	2.6 (0.5)	4.0 (0.9)	3.1 (0.8)	3.2 (1.0)	4.8 (0.4)	3.5 (0.4)	1,822,763
intermittent explosive disorder	2.5 (0.5)	3.0 (0.9)	2.9 (0.9)	2.2 (0.8)	3.4 (0.7)	2.8 (0.4)	1,429,071
pathological gambling	0.1 (0.1)	0.9 (0.2)	0.4 (0.1)	1.0 (0.2)	2.1 (0.6)	0.9 (0.2)	462,645
any mental disorders	4.9 (0.4)	7.7 (1.6)	9.3 (1.2)	7.2 (1.2)	7.6 (0.9)	7.4 (0.6)	3,857,630

ส่วนความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดสารใดๆ (any substance use disorders) ตลอดชั่วชีวิตที่ผ่านมามีความชุกร้อยละ 26.5 คิดเป็นประชากรถึง 13.7 ล้านคน หรือกว่าหนึ่งในสี่ของประชากร ในจำนวนนี้เป็นความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol use disorders) ร้อยละ 18.0 (alcohol abuse ร้อยละ 13.9 และ alcohol dependence ร้อยละ 4.1), การเสพติดนิโคติน (nicotine dependence) ร้อยละ 14.9 คิดเป็นประชากร 7.7 ล้านคน และความผิดปกติพฤติกรรมเสพติดสารเสพติด (drug use disorders) ร้อยละ 4.1 คิดเป็นประชากร 2.1 ล้านคน (drug abuse ร้อยละ 2.8 และ drug dependence ร้อยละ 1.3) ความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา, ความผิดปกติพฤติกรรมเสพติดพบความชุกชั่วชีวิตสูงสุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 24.1 และร้อยละ 5.3 ตามลำดับ) และต่ำที่สุดในภาคใต้ (ร้อยละ 13.3 และร้อยละ 3.8) การเสพติดนิโคตินพบสูงสุดในภาคกลาง (ร้อยละ 17.0) และต่ำที่สุดในภาคใต้ (ร้อยละ 11.2)

ประสบการณ์ฆ่าตัวตาย (ความคิด วางแผน หรือเคยพยายามฆ่าตัวตาย) ที่จัดว่าเป็นปัญหาสุขภาพจิตสำคัญพบความชุกในประชากรไทยอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิตร้อยละ 3.5 คิดเป็นประชากรประมาณ 1.8 ล้านคน โดยพบความชุกสูงสุดในภาคกลาง (ร้อยละ 5.2) และต่ำที่สุดในภาคใต้ (ร้อยละ 1.7)

หากพิจารณาในภาพรวมแล้วพบว่า คนไทย 15.9 ล้านคนหรือเกือบหนึ่งในสาม (ร้อยละ 30.8) มีอาการและการแสดงเข้าเกณฑ์วินิจฉัยกลุ่มโรคจิตเวชใดๆ (any mental disorders) ในกลุ่มโรควิตกกังวล (anxiety disorders) กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (affective disorders) กลุ่มความผิดปกติของการควบคุมตัวเอง (impulsive control disorders) และ/หรือความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดสารใดๆ (substance use disorders) อย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิตโดยพบความชุกสูงสุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 36.4) และต่ำที่สุดในภาคใต้ (ร้อยละ 24.3) รายละเอียดดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของความผิดปกติพฤติกรรมเสพติดทุกโรคจิตเวช และปัญหาสุขภาพจิตแยกตามภูมิภาค

โรคจิตเวช และปัญหาสุขภาพจิต	ความชุกชั่วชีวิต : ร้อยละ (SE)					ประชากร (คน)
	กทม. (n=715)	กลาง (n=1,015)	เหนือ (n=1,068)	ตอ.เฉียงเหนือ (n=941)	ใต้ (n=988)	รวม (n=4,727)
<i>any substance use disorders (SUD)</i>	24.9 (3.3)	27.4 (2.2)	31.2 (1.7)	26.4 (1.4)	20.3 (0.1)	13,692,967
<i>alcohol use disorders</i>	15.0 (1.7)	17.7 (2.4)	24.1 (2.5)	18.4 (1.3)	13.3 (0.9)	9,308,625
- alcohol abuse	10.6 (1.2)	13.8 (2.3)	17.4 (1.7)	14.7 (0.8)	11.2 (0.7)	7,170,851
- alcohol dependence	4.4 (1.8)	3.9 (0.5)	6.6 (0.8)	3.7 (0.8)	2.0 (0.2)	2,137,774
<i>drug use disorders</i>	4.1 (1.6)	3.8 (1.8)	5.3 (0.5)	3.7 (0.8)	3.8 (0.2)	2,106,345
- drug abuse	2.0 (0.6)	3.0 (1.4)	3.5 (0.8)	2.5 (0.7)	2.8 (0.3)	1,442,043
- drug dependence	2.1 (0.1)	0.8 (0.4)	1.8 (0.4)	1.2 (0.5)	1.0 (0.3)	664,303
<i>others: nicotine dependence</i>	12.4 (2.3)	17.0 (1.4)	16.2 (0.3)	15.0 (0.7)	11.2 (0.4)	7,709,532
<i>mental health problem:</i>						
<i>suicidal experiences</i>	4.1 (0.7)	5.2 (0.5)	3.9 (0.8)	2.0 (0.4)	1.7 (0.2)	1,809,796
<i>any mental disorders</i>	4.9 (0.4)	7.7 (1.6)	9.3 (1.2)	7.2 (1.2)	7.6 (0.9)	3,857,630
<i>any mental disorders or SUD</i>	27.5 (2.9)	31.4 (3.0)	36.4 (2.0)	31.3 (1.4)	24.3 (1.0)	15,879,322
<i>any mental disorder or SUD or mental health problem</i>	30.0 (2.6)	33.7 (2.9)	38.2 (2.0)	31.9 (1.4)	24.9 (1.1)	16,698,511

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความชุก 12 เดือน (12-month prevalence) ของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต

ข้อมูลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2556 ความชุก 12 เดือนของโรคจิตเวชใดๆ (ไม่นับรวมความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดสารใดๆ) พบว่า คนไทยในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาประมาณ 1.7 ล้านคน (ร้อยละ 3.2) เป็นโรคจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งโรค (any mental disorders) โดยความชุก 12 เดือนของโรคจิตเวชใดๆพบสูงที่สุดในภาคใต้ (ร้อยละ 3.8) และต่ำสุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 2.7) เมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่นๆ

ในกลุ่มโรคจิตเวชใดๆ (any mental disorders) ความชุก 12 เดือนของกลุ่มโรควิตกกังวล (any anxiety disorders) พบได้เป็นอันดับหนึ่งของกลุ่มโรคจิตเวชใดๆ คิดเป็นร้อยละ 3.1 หรือประชากรประมาณ 8.2 แสนคน โดยพบความชุกสูงสุดในภาคเหนือและภาคกลาง (ร้อยละ 1.9) และต่ำสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 1.2) โดยในกลุ่มโรควิตกกังวลนี้พบความชุกของ agoraphobia สูงที่สุด (ร้อยละ 1.2) รองลงมา ได้แก่ panic disorder (ร้อยละ 0.4), post traumatic stress disorder (ร้อยละ 0.3), และ generalized anxiety disorder (ร้อยละ 0.1)

ความชุก 12 เดือนของกลุ่มความผิดปกติของการควบคุมตัวเอง (impulsive control disorders) พบได้เป็นอันดับสอง (ร้อยละ 1.3) หรือคิดเป็นประชากร 6.7 แสนคน ยังคงพบสูงสุดในภาคใต้ (ร้อยละ 2.2) และต่ำสุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 0.8) โดยในกลุ่มความผิดปกติของการควบคุมตัวเองนี้ จัดเป็น intermittent explosive disorder ร้อยละ 1.1 หรือประมาณ 5.7 แสนคน และเป็น pathological gambling ร้อยละ 0.3 หรือประมาณ 1.4 แสนคน

ความชุก 12 เดือนของความผิดปกติทางอารมณ์ (any affective disorders) พบร้อยละ 0.7 คิดเป็นประชากรเกือบหนึ่งล้านคน (3.5 แสนคน) โดยพบความชุกสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 1.0) และต่ำสุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 0.3) ในกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์นี้พบความชุก 12 เดือนของ major depressive episode ร้อยละ 0.6, dysthymia ร้อยละ 0.1 และ manic/hypomanic episode ร้อยละ 0.02 รายละเอียดดังตารางที่ 4.6

ตาราง 4.6 ความชุก 12 เดือน (12-month prevalence) ของโรคจิตเวชแยกตามภูมิภาค

โรคจิตเวช	ความชุกชั่วชีวิต : ร้อยละ (SE)					ประมาณการประชากร (คน)
	กทม. (n=715)	กลาง (n=1,015)	เหนือ (n=1,068)	ตอ.เฉียงเหนือ (n=941)	ใต้ (n=988)	รวม (n=4,727)
affective disorders	0.4 (0.3)	0.7 (0.5)	0.3 (0.2)	1.0 (0.2)	0.8 (0.2)	347,319
major depressive episode	0.4 (0.3)	0.7 (0.5)	0.2 (0.1)	1.0 (0.2)	0.7 (0.1)	333,078
dysthymia	0.0	0.1 (0.1)	0.0	0.2 (0.2)	0.1 (0.1)	53,953
manic/ hypomanic episode	0.0 (0.0)	0.0	0.1 (0.1)	0.0	0.1 (0.1)	11,564
anxiety disorders	1.4 (0.4)	1.9 (1.1)	1.9 (0.6)	1.2 (0.3)	1.5 (0.2)	824,459
generalized anxiety disorder	0.0	0.1 (0.0)	0.0	0.2 (0.1)	0.03 (0.0)	53,111
panic disorder	0.9 (0.1)	0.3 (0.2)	0.5 (0.2)	0.3 (0.1)	0.2 (0.2)	211,445
agoraphobia	1.0 (0.5)	1.3 (0.8)	2.1 (0.6)	0.7 (0.2)	1.1 (0.2)	631,462
post-traumatic stress disorder	0.0	0.4 (0.3)	0.2 (0.1)	0.4 (0.1)	0.4 (0.3)	169,551
impulse control disorders	1.6 (0.4)	1.2 (0.6)	0.8 (0.2)	1.2 (0.2)	2.2 (0.4)	672,822
intermittent explosive disorder	1.6 (0.4)	1.0 (0.6)	0.8 (0.2)	0.7 (0.1)	2.1 (0.4)	573,905
pathological gambling	0.0	0.2 (0.1)	0.0	0.4 (0.2)	0.7 (0.3)	143,065
any mental disorders	3.2 (0.4)	3.4 (1.3)	2.7 (0.6)	3.2 (0.3)	3.8 (0.8)	1,676,611

ส่วนความชุก 12 เดือนของความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดสารใดๆ (any substance use disorders) พบร้อยละ 10.9 ของประชากร ในจำนวนนี้เป็นการเสพติดนิโคติน (nicotine dependence) สูงที่สุดร้อยละ 6.2 คิดเป็นประชากร 3.2 ล้านคน รองลงมาเป็นความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol use disorders) ร้อยละ 5.3 คิดเป็นประชากร 2.7 ล้านคน (alcohol abuse ร้อยละ 3.5 และ alcohol dependence ร้อยละ 1.8), และความผิดปกติพฤติกรรมเสพติดสารเสพติด (drug use disorders) ร้อยละ 0.6 คิดเป็นประชากร 3.0 แสนคน (drug abuse ร้อยละ 0.3 และ drug dependence ร้อยละ 0.3) ความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราพบความชุก 12 เดือนสูงที่สุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 10.0) และต่ำที่สุดในภาคใต้ (ร้อยละ 3.1), การเสพติดนิโคตินพบความชุก 12 เดือนสูงที่สุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 7.8) และต่ำที่สุดในกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 2.7), และความผิดปกติพฤติกรรมเสพติดสารเสพติดพบความชุก 12 เดือนสูงที่สุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 0.9) และต่ำที่สุดในภาคกลางและภาคใต้ (ร้อยละ 0.4)

ประสบการณ์ฆ่าตัวตาย (ความคิด วางแผน หรือ เคยพยายามฆ่าตัวตาย) ที่จัดว่าเป็นปัญหาสุขภาพจิตสำคัญพบความชุกในประชากรไทยในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 0.7 คิดเป็นประชากรประมาณ 3.4 แสนคน โดยพบความชุกสูงที่สุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 1.3) และต่ำที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 0.4)

หากพิจารณาในภาพรวมแล้วใน 12 เดือนที่ผ่านมาประชากรไทย 6.9 ล้านคน (ร้อยละ 13.4) มีอาการและอาการแสดงเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดสารใดๆ (any mental and substance use disorders) โดยพบความชุกสูงที่สุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 17.1) และต่ำที่สุดในกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 10.7) รายละเอียดดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ความชุก 12 เดือน (12-month prevalence) ของความผิดปกติพฤติกรรมเสพติด โรคจิตเวช และปัญหาสุขภาพจิตแยกตามภูมิภาค

โรคจิตเวช และปัญหาสุขภาพจิต	ความชุกชีวิต : ร้อยละ (SE)					ประมาณการ ประชากร (คน)
	กทม. (n=715)	กลาง (n=1,015)	เหนือ (n=1,068)	ตอ.เฉียงเหนือ (n=941)	ใต้ (n=988)	รวม (n=4,727)
<i>any substance use disorders (SUD)</i>	8.2 (1.9)	11.2 (3.1)	14.9 (3.1)	10.0 (1.2)	9.5 (0.5)	10.9 (1.3)
<i>alcohol use disorders (AUD)</i>	5.0 (1.6)	4.9 (1.8)	10.0 (2.2)	4.0 (0.9)	3.1 (0.2)	5.3 (0.9)
- alcohol abuse	2.1 (0.8)	3.8 (1.5)	6.5 (1.4)	2.6 (0.7)	2.4 (0.1)	3.5 (0.6)
- alcohol dependence	2.9 (2.3)	1.0 (0.5)	3.5 (0.8)	1.4 (0.3)	0.7 (0.2)	1.8 (0.5)
<i>drug use disorders (DUD)</i>	0.6 (0.5)	0.4 (0.3)	0.9 (0.2)	0.7 (0.3)	0.4 (0.1)	0.6 (0.1)
- drug abuse	0.5 (0.5)	0.0	0.5 (0.0)	0.5 (0.3)	0.1 (0.1)	0.3 (0.1)
- drug dependence	0.1 (0.0)	0.4 (0.3)	0.5 (0.2)	0.2 (0.2)	0.2 (0.0)	0.3 (0.0)
<i>others: nicotine dependence</i>	2.7 (0.4)	6.5 (1.5)	7.8 (1.4)	6.6 (1.4)	6.4 (0.3)	6.2 (0.6)
<i>mental health problem:</i>						
suicidal experiences	1.0 (0.6)	0.5 (0.2)	1.3 (0.6)	0.4 (0.1)	0.5 (0.1)	0.7 (0.1)
<i>any mental disorders or SUD</i>	10.7 (1.7)	13.5 (3.8)	17.1 (3.5)	12.9 (0.8)	12.4 (0.6)	13.4 (1.4)
<i>any mental disorder, SUD or mental health problem</i>	11.5 (1.5)	13.9 (4.0)	17.7 (3.4)	13.0 (0.8)	12.8 (0.5)	13.9 (1.5)
						7,157,405

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความชุกโรจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตระหว่างเพศ

เมื่อเปรียบเทียบความชุกโรจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตระหว่างเพศ พบว่าความชุกชั่วชีวิตและความชุก 12 เดือนของทั้งกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์และกลุ่มโรควิตกกังวล พบในหญิงมากกว่าชายอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ความชุกชั่วชีวิตและความชุก 12 เดือนของความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดทั้งสุรา นิโคติน และสารเสพติดอื่นๆ พบในชายมากกว่าหญิงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนความชุกชั่วชีวิตของประสบการณ์ฆ่าตัวตายหญิงสูงกว่าชาย แต่ความชุก 12 เดือนของประสบการณ์ฆ่าตัวตายพบชายสูงกว่าหญิง ดังตารางที่ 4.8

ตาราง 4.8 ความชุกชั่วชีวิตและ 12 เดือนของโรจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตแยกตามเพศ

โรจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต	ความชุกชั่วชีวิต ร้อยละ (SE)		ความชุก 12 เดือน ร้อยละ (SE)	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
affective disorders	1.0 ^c (0.1)	2.8 (0.3)	0.4 ^a (0.1)	0.9 (0.2)
anxiety disorders	1.7 ^c (0.3)	4.4 (0.8)	0.8 ^b (0.3)	2.4 (0.5)
impulse control disorders	4.5 ^b (0.7)	2.6 (0.4)	1.4 (0.5)	1.2 (0.2)
any mental disorders	6.6 (0.7)	8.3 (0.9)	2.4 (0.6)	4.0 (0.6)
substance use disorders (SUD)	48.5 ^c (1.6)	6.0 (0.7)	20.7 ^c (2.2)	1.7 (0.3)
- alcohol use disorders	33.0 ^c (1.6)	4.1 (0.7)	10.0 ^c (1.6)	1.0 (0.3)
- drug use disorders	7.6 ^c (1.2)	0.8 (0.2)	0.9 ^a (0.3)	0.3 (0.1)
- nicotine dependence	29.3 ^c (1.2)	1.6 (0.4)	12.3 ^c (1.2)	0.5 (0.1)
any mental disorders or SUD	49.8^c (1.6)	13.0 (1.1)	21.9^c (2.2)	5.6 (0.6)
Mental health problem :				
suicidal experiences	2.8 ^a (0.5)	4.2 (0.3)	0.5 (0.2)	0.8 (0.2)
any mental disorders, SUD or suicidal experiences	50.4^c (1.6)	15.5 (1.2)	22.1^c (2.2)	6.2 (0.7)

^aStat. sig p<0.05 different from women, χ^2 -test

^bStat. sig p<0.01 different from women, χ^2 -test

^cStat. sig p<0.001 different from women, χ^2 -test

ส่วนที่ 5 ข้อมูลการรับบริการสำหรับปัญหาสุขภาพจิตช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ผู้ที่มีโรคจิตเวช ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดใดๆ หรือปัญหาสุขภาพจิต ได้รับการบริการใดๆ เนื่องจากปัญหาดังกล่าวในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาเพียงร้อยละ 11.5 ทั้งจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาอื่นๆ (หมายรวมถึง พยาบาล บุคลากรสุขภาพ นักจิตวิทยา ผู้ให้คำปรึกษา พระ ผู้นำศาสนา หมอแผนโบราณ หมอฝังเข็ม หมอพื้นบ้าน ฯลฯ) และ/หรือวิธีการรักษาทางเลือกอื่นๆ โดยเป็นการรับบริการจากบุคลากรในระบบสุขภาพเพียงหนึ่งในสาม (ร้อยละ 3.7) ซึ่งเป็นบริการจากบุคลากรสุขภาพทั่วไปร้อยละ 2.7 และจากบุคลากรสุขภาพจิตร้อยละ 2.0 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด (drug use disorders) เป็นกลุ่มที่เข้ารับบริการสูงที่สุด คือหนึ่งในสี่หรือร้อยละ 24.5 ของมีความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด และเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96.3) เป็นการรับบริการจากบุคลากรสุขภาพ โดยได้รับการบริการจากบุคลากรสุขภาพจิตมากกว่าบุคลากรสุขภาพทั่วไป (ร้อยละ 13.3 และร้อยละ 10.3 ตามลำดับ) เช่นเดียวกับผู้มีความผิดปกติทางอารมณ์ ที่แม้จะได้รับการบริการจากบุคลากรในระบบสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญนอกระบบสุขภาพพอๆ กัน (ร้อยละ 8.3 ของผู้มีความผิดปกติทางอารมณ์) แต่ได้รับการบริการจากบุคลากรสุขภาพจิตมากกว่าบุคลากรสุขภาพทั่วไป (ร้อยละ 4.5 และร้อยละ 3.9 ตามลำดับ) ส่วนในกลุ่มโรคอื่นๆ ทั้งกลุ่มโรควิตกกังวล ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและประสบการณ์ฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่เป็นการรับบริการจากผู้เชี่ยวชาญนอกระบบสุขภาพมากกว่า และกลุ่มที่ได้รับการทั้งในและนอกระบบสุขภาพน้อยที่สุดคือกลุ่มผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (ร้อยละ 6.6) โดยเข้ารับบริการสุขภาพเพียงร้อยละ 1.6 เท่านั้น ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 อัตราการรับบริการสำหรับปัญหาสุขภาพจิตช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

การรับบริการจากผู้เชี่ยวชาญใดๆ	affective disorders	anxiety disorders	alcohol use disorders	drug use disorders	suicidal experiences	any mental disorders or SUD or suicide
ได้รับการบริการใดๆ	15.9 (6.1)	20.1 (3.4)	6.6 (2.6)	24.5 (13.0)	19.6 (6.0)	11.5 (2.0)
บุคลากรในระบบสุขภาพ	8.3 (3.8)	5.4 (2.0)	1.6 (0.7)	23.6 (13.1)	3.9 (2.2)	3.7 (1.5)
- บุคลากรสุขภาพจิต ¹	4.5 (2.2)	1.1 (0.7)	0.6 (0.4)	13.3 (8.2)	1.8 (1.6)	2.0 (1.2)
- บุคลากรสุขภาพทั่วไป ²	3.9 (2.4)	4.3 (1.8)	1.4 (0.7)	10.3 (5.7)	2.1 (2.2)	2.7 (1.1)
ผู้เชี่ยวชาญนอกกระบวนการสุขภาพ	8.3 (3.6)	17.3 (3.5)	5.3 (2.5)	5.8 (4.0)	15.6 (6.8)	9.4 (1.8)
- ผู้เชี่ยวชาญอื่นนอกกระบวนการ ³	2.4 (1.9)	0.6 (0.5)	0.2 (0.2)	0.0 (0.0)	2.7 (1.8)	0.3 (0.1)
- ผู้ให้บริการบำบัดทางเลือกอื่นๆ	7.7 (3.6)	17.3 (3.5)	5.3 (2.5)	5.8 (4.0)	15.6 (6.8)	9.4 (1.8)
ไม่ได้รับการบริการใดๆ	84.1 (6.1)	79.9 (3.4)	93.4 (2.6)	75.5 (13.0)	80.4 (6.0)	88.5 (2.0)

¹บุคลากรสุขภาพจิต (mental health professionals) ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักให้คำปรึกษา นักสังคมสงเคราะห์

²บุคลากรสุขภาพทั่วไป (health professionals) ได้แก่ แพทย์ทั่วไป แพทย์ประจำครอบครัว แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น พยาบาล ฯลฯ

³ผู้เชี่ยวชาญอื่นนอกกระบวนการ ได้แก่ ผู้นำศาสนา พระ บาทหลวง หมอแผนโบราณ หมอผี ฯลฯ

ผู้ให้บริการบำบัดทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ ผู้บำบัดด้วยโภชนาการ การฝังเข็ม สมุนไพร ธรรมชาติบำบัด ฝังเข็ม ฝังสมุนไพร รังสี ฯลฯ

บทที่ 5

อภิปรายผล ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะ

การอภิปรายผล

การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 : วิธีการและกระบวนการ

การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 นี้ เป็นความท้าทายในการพัฒนางานระบาดวิทยาสุขภาพจิตของไทยเป็นอย่างยิ่ง ทั้งขั้นตอนวิธีการสำรวจครัวเรือน การสุ่มตัวอย่าง เทคนิคการสัมภาษณ์แบบนักสัมภาษณ์มืออาชีพ การเก็บข้อมูลภาคสนาม การจัดการข้อมูล และการควบคุมคุณภาพ ซึ่งต้องผ่านการอบรมอย่างเข้มข้นจากศูนย์อบรมเครื่องมือ CIDI ที่ผ่านการรับรอง เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพนักวิจัยด้านระบาดวิทยาสุขภาพจิต ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนางานในพื้นที่ต่อเนื่องได้

WMH-CIDI-PAPI เป็นเครื่องมือสำรวจสุขภาพจิตมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย มีการที่ใช้ข้อคำถามหลายคำถามในการประเมินว่ามีอาการทางจิตเวชอาการใดอาการหนึ่งหรือไม่ และสัมภาษณ์โดยบุคคลทั่วไป ที่ผ่านการอบรมโดยใช้หลักการสัมภาษณ์ที่ถูกต้อง ซึ่งเหมาะสมในการเป็นเครื่องมือสำรวจในชุมชนมากกว่า M.I.N.I. ที่ใช้เพียงคำถามเดียวในการประเมินว่าผู้ถูกสัมภาษณ์มีอาการทางจิตใดหรือไม่ และใช้การตัดสินใจทางคลินิกของผู้สัมภาษณ์ที่เป็นผู้มีประสบการณ์ด้านสุขภาพจิตเป็นหลัก นอกจากนี้ยังสามารถให้ข้อมูลด้านสุขภาพจิตได้หลายมิติ ทั้งการวินิจฉัยโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลลัพธ์ที่ตามมา การเข้าถึงบริการสุขภาพ ฯลฯ แต่อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดที่พบคือ จำนวนข้อคำถามที่มาก ใช้เวลานาน และการตัดสินใจข้ามข้อคำถามตามคำตอบ ทำให้สับสนและผิดพลาดในการบันทึกข้อมูลได้ง่าย ส่งผลให้กระบวนการตรวจสอบความถูกต้องข้อมูลใช้เวลานานขึ้น นอกจากนี้การแปลงข้อมูลจากแบบสอบถามจำนวนมากเพื่อบันทึกในคอมพิวเตอร์มีโอกาสผิดพลาดสูงมาก ซึ่งทาง WMHS เองก็ตระหนักในปัญหาเหล่านี้เช่นเดียวกัน จึงได้พัฒนาเป็นแบบ Computer Assisted Personal Interview (CAPI) เพื่อให้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยลดความผิดพลาดดังกล่าว และสามารถตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องของข้อมูลในระหว่างบันทึกได้อีกด้วย แต่เนื่องจากลิขสิทธิ์ของโปรแกรมบันทึกฐานข้อมูลต่อเครื่อง (Blaise) มีราคาสูง จึงเป็นข้อจำกัดด้านงบประมาณในการสำรวจครั้งนี้ อย่างไรก็ตามประเด็นนี้ควรได้รับการพิจารณาแก้ไขในการวางแผนการสำรวจครั้งต่อไป

การเลือกชุดสัมภาษณ์ในการสำรวจครั้งนี้ คัดเลือกตามข้อกำหนดขั้นต่ำของ WMHS แต่ตัดบางชุดสัมภาษณ์ที่ WMHS กำหนดออก เช่น กลุ่มชุดสัมภาษณ์ที่ย้อนถามวัยเด็ก หรือชุดวินิจฉัยที่พบได้น้อย รวมทั้งการสุ่มถามชุดข้อมูลทั่วไปแบบละเอียด เพื่อจำกัดเวลาสัมภาษณ์ไม่ให้นานเกินไป และเพิ่มเติมบางชุดวินิจฉัยตามความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชของประเทศ และชุดวินิจฉัยที่เทียบเคียงกับการสำรวจครั้งก่อน เพื่อให้ผลการศึกษาที่ได้สามารถเปรียบเทียบกันได้ระดับหนึ่ง เช่น ชุดคัดกรองโรคจิต ที่แม้เป็นเพียงคัดกรอง

ประสบการณ์คล้ายโรคจิตโดยอาจเกิดจากสาเหตุหลากหลายทั้งภาวะทางกายหรือสมอง การใช้ยา สุรา หรือ สารเสพติด โรคจิตที่พบร่วมกับโรคจิตเวชอื่น เช่น mood disorder with psychotic features หรือโรคจิตในกลุ่มโรคจิตใดๆ (schizophrenia, schizotypal, delusional, and other non-mood psychotic disorders; F20-F29) ผลที่ได้ครั้งนี้จึงเป็นเพียงภาพเบื้องต้นของปัญหาโรคจิต หากต้องการศึกษาความชุกของโรคจิตเภท ซึ่งเป็นข้อมูลจิตเวชสำคัญสำหรับการวางแผนระบบบริการของประเทศจะต้องมีการสัมภาษณ์ตัวอย่างที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตด้วยแบบประเมินเฉพาะที่ต้องใช้เวลาและความเชี่ยวชาญของผู้สัมภาษณ์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคอีกครั้งหนึ่ง

แม้ผู้พัฒนาเครื่องมือนี้จะกำหนดให้ผู้สัมภาษณ์เป็นบุคคลทั่วไป (lay person) ที่ผ่านการอบรมจนเป็นนักสัมภาษณ์มืออาชีพได้ อย่างไรก็ตามในการสำรวจครั้งนี้ได้กำหนดให้ผู้สัมภาษณ์เป็นบุคลากรสหวิชาชีพในสังกัดกรมสุขภาพจิต ส่วนหนึ่งเพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการทำงานระดับจิตเวช และด้วยประสบการณ์ที่เคยทำการสำรวจระดับจิตเวชภาคสนามมาก่อน ทำให้สามารถเรียนรู้การใช้เครื่องมือและระเบียบวิธีการสำรวจได้อย่างรวดเร็ว แต่ข้อจำกัดที่ควรระวังคือ การใช้ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญส่วนตัวด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในการร่วมประเมินไปด้วย ทำให้ไม่สามารถคงความเป็นนักสัมภาษณ์มืออาชีพได้

ส่วนผู้ถูกสัมภาษณ์ พบว่า คนไทยยังไม่คุ้นเคยกับระบบนัดหมายทางโทรศัพท์ ผู้ประสานงานภาคสนามจึงต้องลงพื้นที่ร่วมกับบุคลากรสุขภาพในชุมชนที่บุคคลในพื้นที่คุ้นเคย เพื่อช่วยประสานการนัดหมาย ซึ่งขั้นตอนนี้ต่างจากกระบวนการลงภาคสนามในประเทศที่พัฒนาแล้ว อย่างไรก็ตามการประสานนัดหมายโดยบุคคลในพื้นที่อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อัตราการตอบรับในการสำรวจครั้งนี้ค่อนข้างสูง (ร้อยละ 74.3) เมื่อเทียบกับการสำรวจทั่วโลกที่มีค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักที่ร้อยละ 69.9 และบางประเทศมีอัตราตอบรับค่อนข้างต่ำ เช่น การศึกษาในฝรั่งเศส เบลเยียม ญี่ปุ่น เนเธอร์แลนด์ และ เยอรมัน มีอัตราตอบรับร้อยละ 45.9, 50.6, 56.4, 56.4 และ 57.8 ตามลำดับ⁽⁵³⁾ นอกจากนั้นระยะเวลาการสัมภาษณ์ที่นานตั้งแต่ 30 นาทีจนถึง 3 ชั่วโมง อาจทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เกิดความเหนื่อยล้าหรือเบื่อหน่ายจนให้ข้อมูลที่ไมตรงกับความจริงได้ ทางผู้สัมภาษณ์จึงพิจารณาให้พักเป็นช่วงๆ หรือนัดมาสัมภาษณ์ต่อภายหลัง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและไม่รบกวนผู้ถูกสัมภาษณ์เกินไป

การเปรียบเทียบกับผลการสำรวจระดับจิตเวชระดับชาติครั้งก่อน

การเปรียบเทียบผลการสำรวจระดับจิตเวชระดับชาติครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2556 กับครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. 2551 นั้นควรระมัดระวังเนื่องจากมีความแตกต่างในระเบียบวิธีวิจัย แม้ว่าผลการสำรวจทั้งสองครั้งสามารถเป็นตัวแทนของประชากรไทยในครัวเรือนระดับประเทศและระดับภาคได้ มีการวินิจฉัยอิงตามเกณฑ์ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10-revision (ICD-10)⁽¹⁴⁾ และ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV Fourth Edition (DSM-IV)⁽³⁾ โดยทีมสหวิชาชีพกรมสุขภาพจิตเป็นผู้เก็บข้อมูลเช่นเดียวกัน แต่เปลี่ยนเครื่องมือสำรวจจาก Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย^(4,5) เป็น World Mental

Health-Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0) มีผลให้กรอบการวินิจฉัยโรคเปลี่ยนไปในบางโรค กล่าวคือ ความเจ็บป่วยในปัจจุบัน (current) ของ M.I.N.I. จะอิงตามช่วงเวลาเพื่อการวินิจฉัยโรค (เช่น 2 สัปดาห์สำหรับ major depressive episode, 6 เดือน สำหรับ generalized anxiety disorder หรือ 12 เดือนใน alcohol use disorders เป็นต้น) แต่จาก WMH-CIDI จะหมายถึงความเจ็บป่วยในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาหรือชั่วชีวิตที่ผ่านมาของการวินิจฉัยโรค นอกจากนั้นกลุ่มโรคจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งโรค (any mental disorders) ในการสำรวจครั้งนี้จะไม่นับรวมโรคจิต เนื่องจากชุดโรคจิตจาก WMH-CIDI เป็นเพียงการคัดกรองเท่านั้น ไม่สามารถวินิจฉัยโรคจิตได้ และได้มีการเพิ่มกลุ่มความผิดปกติของการควบคุมพฤติกรรมตัวเองตามข้อเสนอแนะของ WMHS และเพิ่มความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด (drug use disorders) และการเสพติดนิโคติน (nicotine dependence) เพื่อแสดงความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดใดๆ (substance use disorders) ทั้งสารเสพติดผิดกฎหมาย สารเสพติดที่ถูกกฎหมาย เช่น บุหรี่และสุรา และยาที่ใช้ผิดแบบแผน เพื่อสะท้อนระดับความรุนแรงของปัญหาสารเสพติดที่แท้จริงของประเทศ ข้อมูลเปรียบเทียบผลการสำรวจระดับจิตเวชสุขภาพจิตทั้งสองครั้ง แสดงดังตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1 เปรียบเทียบผลการสำรวจระดับจิตเวชสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. 2551 และครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2556

โรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต	ความชุกปัจจุบัน ครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. 2551		ความชุก 12 เดือนที่ผ่านมา ครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2556	
	ร้อยละ (SE)	ประมาณการ (คน)	ร้อยละ (SE)	ประมาณการ (คน)
affective disorders	2.8 (0.2)	1,358,753	0.7 (0.2)	347,319
major depressive episode	2.2 (0.2)	1,081,076	0.6 (0.2)	333,078
dysthymia	0.3 (0.1)	150,530	0.1 (0.0)	53,953
manic/ hypomanic episode	0.4 (0.0)	198,293	0.02 (0.0)	11,564
anxiety disorders	1.9 (0.2)	902,920	1.6 (0.3)	824,459
generalized anxiety disorder	0.9 (0.2)	447,567	0.1 (0.0)	53,111
panic disorder	0.3 (0.1)	150,579	0.4 (0.1)	211,445
agoraphobia	0.6 (0.1)	273,104	1.2 (0.3)	631,462
post-traumatic stress disorder	0.3 (0.1)	149,054	0.3 (0.1)	169,551
psychotic disorders	0.5 (0.1)	246,831	-	-
impulse control disorders	-	-	1.3 (0.2)	672,822
intermittent explosive disorder	-	-	1.1 (0.2)	573,905
pathological gambling	-	-	0.3 (0.0)	143,065

ตารางที่ 5.1 เปรียบเทียบผลการสำรวจระดับชาติของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. 2551 และครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2556 (ต่อ)

โรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต	ความชุกปัจจุบัน ครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. 2551		ความชุก 12 เดือนที่ผ่านมา ครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2556	
	ร้อยละ (SE)	ประมาณการ (คน)	ร้อยละ (SE)	ประมาณการ (คน)
any mental disorders	4.2 (0.3)	2,019,331	3.2 (0.4)	1,676,611
any substance use disorders (SUD)	-	-	10.9 (1.3)	5,619,178
alcohol use disorders (AUD)	10.9 (0.4)	5,272,572	5.3 (0.9)	2,749,024
- alcohol abuse	4.2 (0.2)	2,060,125	3.5 (0.6)	1,831,234
- alcohol dependence	6.6 (0.3)	3,212,447	1.8 (0.5)	917,790
drug use disorders (DUD)	-	-	0.6 (0.1)	301,220
- drug abuse	-	-	0.3 (0.1)	155,413
- drug dependence	-	-	0.3 (0.0)	145,807
others: nicotine dependence	-	-	6.2 (0.6)	3,201,702
any mental disorders or SUD	14.3 (0.5)	6,655,570	13.4 (1.4)	6,934,781
suicidal experiences	7.3 (0.4)	3,545,695	0.7 (0.1)	336,793
high risk	0.7 (0.2)	-	-	-
moderate risk	0.6 (0.1)	-	-	-
low risk	6.0 (0.4)	-	-	-

ผลการสำรวจปี พ.ศ. 2556 ที่แตกต่างจากปี พ.ศ. 2551 ไปมากคือ ความชุกของ major depressive disorders (จากร้อยละ 2.2 เป็นร้อยละ 0.6), dysthymia (จากร้อยละ 0.3 เป็นร้อยละ 0.1), manic/hypomanic episode (จากร้อยละ 0.4 เป็นร้อยละ 0.02) และ generalized anxiety disorder (จากร้อยละ 0.9 เป็นร้อยละ 0.1) ทั้งนี้เนื่องจากการเข้าเกณฑ์วินิจฉัยตาม algorithm ของ WMH-CIDI นั้น มีคำถามประเมินความบกพร่องความสามารถ 4 ด้านของแต่ละชุดวินิจฉัยโรค (internal impairment questions) ที่ปรับมาจาก Sheehan Disability Scale ได้แก่ การจัดการงานบ้าน ความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการสร้างและรักษาสัมพันธภาพอันใกล้ชิดกับคนอื่น และการใช้ชีวิตในสังคม โดยประเมินว่ามีการรบกวนในระดับไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด⁽⁵⁾ ซึ่งการสูญเสียเพื่อเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรสดังกล่าวต้องอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป ทำให้ตัดกลุ่มผู้มีอาการตามเกณฑ์แต่ประเมินว่าไม่รบกวนความสามารถหรือรบกวนเล็กน้อยออกไป ในขณะที่ M.I.N.I. ไม่ให้ความสำคัญกับการประเมินความบกพร่องความสามารถของบุคคล

ส่วน panic disorder และ agoraphobia พบความชุกจากการศึกษาครั้งนี้สูงกว่าครั้งก่อน โดยเฉพาะ agoraphobia สูงกว่าเดิมถึงสองเท่า ทั้งนี้เนื่องจาก M.I.N.I. มีข้อคำถามคัดกรองในชุด panic disorder ถามว่า

“คุณเคยรู้สึกหวาดผวาหรือตกใจกลัวขึ้นมาแบบทันทีทันใดบ่อยมากกว่าหนึ่งครั้ง ในสถานการณ์ที่คนอื่นๆ อาจไม่รู้สึกลักษณะนั้น หรือไม่ อาการดังกล่าวเป็นรุนแรงที่สุดภายใน 10 นาที หรือไม่” หรือข้อคำถามคัดกรองในชุด agoraphobia ถามว่า “ในช่วงนี้คุณยังรู้สึกวิตกกังวลหรือไม่สบายใจต่อสถานที่ หรือสถานการณ์ที่คุณอาจเกิดอาการหวาดผวา ตกใจกลัว หรืออาการตามที่เราได้คุยกันไปแล้ว หรือไม่ หรือคุณรู้สึกวิตกกังวลหรือไม่สบายใจต่อสถานที่ หรือสถานการณ์ที่อาจไม่มีใครช่วย หรือคุณหนีออกมาได้ยาก หรือไม่” หากตอบปฏิเสธจะถือว่าไม่เข้าเกณฑ์วินิจฉัย ดังนั้นหากผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่เข้าใจคำถามชัดเจน หรือมีแนวโน้มที่จะตอบปฏิเสธจะข้ามชุดวินิจฉัยนี้ไป และไม่สามารถวินิจฉัยกลุ่มโรคนี้ได้ ในขณะที่ WMH-CIDI แม้จะมีชุดคัดกรองเช่นกัน แต่มีข้อคำถามหลายข้อที่เจาะรายละเอียดอาการได้ชัดเจนกว่า ทำให้มีโอกาสที่จะผ่านชุดคัดกรองเข้ามาถึงข้อคำถามตามชุดวินิจฉัยโรคได้มากขึ้น

ส่วนความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราจากการสำรวจครั้งนี้ต่ำกว่าครั้งก่อนแม้จะอยู่ในกรอบเวลา 12 เดือนเช่นเดียวกัน แต่ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับปิรามิดของพฤติกรรมการดื่ม (drinkers' pyramid)⁽⁵⁴⁾ กล่าวคือ พบ alcohol abuse (ร้อยละ 3.5) มากกว่า alcohol dependence (ร้อยละ 1.8) ในขณะที่การสำรวจก่อนหน้านี้พบ alcohol dependence มากกว่า alcohol abuse (ร้อยละ 6.6 และร้อยละ 4.2 ตามลำดับ) นอกจากนั้นเมื่อเทียบกับรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2558⁽⁵⁵⁾ ที่วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมสุบัพหรีและการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2557 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ สุ่มสัมภาษณ์คนไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปด้วยคำถามประสบการณ์การดื่มและดื่มหนัก (มากกว่า 5 ดื่มมาตรฐานต่อครั้ง) ที่แม้เป็นเพียงคำถามเชิงปริมาณการดื่ม ไม่ระบุถึงวินิจฉัยโรค แต่พอจะอนุมานได้ว่า ผู้ที่ดื่มหนักเป็นประจำมีโอกาสจะติด (dependence) ได้สูง และผู้ดื่มเป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุกวันมีโอกาสดื่มแบบอันตราย (abuse) ได้ ผลการสำรวจพบผู้ที่ดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 31.5 ในจำนวนนี้เป็นผู้ดื่มหนักอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 6.6 ของผู้ดื่ม (หรือคิดเป็นร้อยละ 2.1 ของประชากร) ซึ่งสูงกว่าความชุกผู้ติดสุราจากการสำรวจครั้งนี้เล็กน้อย (ร้อยละ 1.8) ในขณะที่ผู้ดื่มเป็นประจำทุกวัน และเกือบทุกวัน พบร้อยละ 18.3 ของผู้ดื่ม (หรือร้อยละ 5.8 ของประชากร) ใกล้เคียงกับความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราของการสำรวจครั้งนี้ (ร้อยละ 5.3)

ประสบการณ์ฆ่าตัวตายจากการสำรวจครั้งก่อนด้วย M.I.N.I. เป็นการให้คะแนนความเสี่ยงตามข้อคำถามพฤติกรรมและความคิดที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือน และตลอดชีวิตที่ผ่านมา⁽⁵⁶⁾ หากมีเพียง 1 คะแนนก็ถือว่ามีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ทำให้ความชุกของความเสี่ยงฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 7.3 (3.5 ล้านคน) แต่หากนับเฉพาะผู้มีคะแนนตั้งแต่ 17 ขึ้นไปก็จัดว่ามีความเสี่ยงสูงพบเพียงร้อยละ 0.7 (3.4 แสนคน) ซึ่งใกล้เคียงกับความชุกของประสบการณ์ฆ่าตัวตายในการสำรวจครั้งนี้ ทั้งนี้วิธีการสัมภาษณ์ ด้วย WHM-CIDI จะคำนึงถึงความเปราะบางของคำถาม จึงให้ผู้ถูกสัมภาษณ์อ่านข้อความและแทนคำสัมภาษณ์ด้วย ประสบการณ์ ก แทน “คิดจะฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง” ประสบการณ์ ข แทน “วางแผนที่จะฆ่าตัวตาย” และประสบการณ์ ค แทน “เคยพยายามฆ่าตัวตาย” และเน้นย้ำประสบการณ์ดังกล่าวอย่างจริงจังในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

การเปรียบเทียบกับผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตทั่วโลก⁽²⁷⁻³⁵⁾

การเปรียบเทียบข้อมูลความชุก 12 เดือนของโรคจิตเวชของไทยกับนานาชาติที่ใช้เครื่องมือ WMH-CIDI และระเบียบวิธีวิจัยตาม WMHS มีข้อควรระวังคือ จำนวนชุดเครื่องมือเพื่อการวินิจฉัยของแต่ละการสำรวจไม่เท่ากันทั้งหมด ทำให้ข้อมูลภาพความชุกรวมโรคจิตเวชใดๆ ไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้โดยตรง อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาความชุกรายโรค (ตารางที่ 5.2) พบความชุกของกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ และกลุ่มโรควิตกกังวลของประเทศไทยต่ำกว่าประเทศตะวันตกมาก สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่ผ่านมา^(57,58,59,60) และในกลุ่มประเทศเอเชียเองประเทศไทยพบความชุกน้อยที่สุด (ยกเว้น agoraphobia) ภาวะซึมเศร้าที่ต่างกันระหว่างเชื้อชาติพบได้จากหลายการศึกษา โดยเชื้อสายเอเชียมีแนวโน้มที่จะแสดงด้วยอาการทางกายเด่น เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ทั้งนี้เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นการสะท้อนความเจ็บป่วยทั้งกายและใจ ในขณะที่เชื้อสายตะวันตกมีอาการซึมเศร้า เสียใจเป็นอาการเด่น เนื่องจากให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าเป็นความรู้สึกผิด ปังเจกนิยม การตัดสินใจ และการควบคุมตัวเอง โดยเกณฑ์การวินิจฉัยโรคในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดด้านความแตกต่างทางเชื้อชาติวัฒนธรรม (ethnocultural variation)⁽⁶¹⁾ ส่วนการแสดงออกถึงอาการวิตกกังวลนั้น พบว่าปัจจัยความแตกต่างของเชื้อชาติมาจากสองปัจจัยหลักคือ ปัจจัยเชื้อชาติต่อสรีระวิทยาและจิตใจ (ethnopsychology and ethnophysiology factors) ที่เชื้อชาติวัฒนธรรมมีผลต่อความเชื่อและการแปลความความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจ และปัจจัยเชิงบริบท (contextual factors) ที่ธรรมเนียมปฏิบัติ กฎระเบียบทางสังคมมีผลต่อภาวะวิตกกังวล นอกจากนั้นสภาวะสังคมสิ่งแวดล้อม อาชีพยังเป็นปัจจัยส่งเสริมให้อาการเด่นชัดขึ้น หรือมีผลต่อการแสดงออกถึงการสูญเสียความสามารถในการทำงานอีกด้วย⁽⁶²⁾

ในทางกลับกันเมื่อเปรียบเทียบกับทุกประเทศ ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราของคนไทยพบสูงสุด ทั้ง alcohol abuse (ร้อยละ 3.5) และ alcohol dependence (ร้อยละ 1.8) ทั้งที่ผลการสำรวจพฤติกรรมสุบหรี่และดื่มสุราของประชากรปี พ.ศ. 2557 พบคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีผู้ดื่มปัจจุบัน (current drinkers) เพียงร้อยละ 31.5⁽⁵⁵⁾ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศอเมริกา และกลุ่มประเทศแปซิฟิกตะวันตกที่มีผู้ดื่มปัจจุบันสูงถึงร้อยละ 61.5 และ 45.8 ตามลำดับ⁽⁶³⁾ แสดงให้เห็นว่าประเทศไทย แม้จะมีผู้ไม่ดื่มค่อนข้างสูงแต่หากดื่มจะมีพฤติกรรมการดื่มจนมีปัญหาเข้าเกณฑ์ความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่ม (alcohol use disorders) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นธรรมชาติและบริบทการดื่มที่ต่างกัน ดังนั้นนโยบายประเทศจึงควรมุ่งเน้นการป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ ต่างจากประเทศตะวันตกที่เน้นการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ หรือดื่มอย่างปลอดภัย⁽⁶⁴⁾

ส่วนความชุกของโรคจิตเวชอื่นๆ เช่น intermittent explosive disorder และ nicotine dependence ยังมีการศึกษาระหว่างประเทศค่อนข้างน้อย ในขณะเดียวกันหลายการศึกษามีการสำรวจ obsessive compulsive disorder, social phobia และกลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมกิน (eating disorders) ที่พบว่ามีปัญหาสำคัญเช่นกัน ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาศึกษาเพิ่มเติมในการสำรวจฯ ครั้งต่อไป

ตารางที่ 5.2 เปรียบเทียบข้อมูลความชุกในช่วง 12 เดือนของโรคจิตเวชจากการผลการสำรวจระดับชาติของประเทศไทยและข้อมูลทั่วโลก⁽²⁷⁻³⁵⁾

ไทย	เกาหลีใต้	อิหร่าน	สิงคโปร์	ออสเตรเลีย	นิวซีแลนด์	ญี่ปุ่น	ไนจีเรีย	สหรัฐอเมริกา	จีน
ปีสำรวจ	2013	2011	2009-2010	2007	2003-2004	2002-2003	2001-2003	2002-2003	2001-2002
ผู้พิมพ์	Kittirattana paiboon P, et al, 2016	Sharifi V., et al, 2015 ⁽²⁸⁾	Chong SA., et al., 2012 ⁽²⁹⁾	Slade T., et al, 2009 ⁽³⁰⁾	Oakley Browne MA et al., 2006 ⁽³¹⁾	Kawakami N. et al., 2005 ⁽³²⁾	Gureje O, et al., 2006 ⁽³³⁾	RC Kessler, et al, 2005 ⁽²²⁾	Shen YC, et al, 2006 ⁽²³⁾
อัตราการตอบรับ (ร้อยละ)	74.3	86.2	75.9	60	73.3	56.4	79.9	70.9	74.8/74.6
อายุ (ปี)	18+	15-64	>18	16-85	>16	>20	>18	>18	18-70
กลุ่มตัวอย่าง (คน)	4727	7886	6616	8841	12992	2436	4984	9282	5201
	% (SE)	% (95%CI)	% (SE)	% (95%CI)	% (95%CI)	% (SE)	% (SE)	% (SE)	% (SE)
หน่วยความชุก									
MDE	0.6 (0.2)	12.7 (11.8-13.7)	2.2 (0.2)	4.1 (3.5-4.6)	5.7 (5.2-6.2)	2.9 (2.1-3.7)	1.0 (0.1)	6.7 (0.3)	2.0 (0.3)
dysthymia	0.1 (0.0)	1.3 (1.0-1.5)	0.3 (0.1)	1.3 (1.0-1.6)	1.1 (0.9-1.4)	0.7 (0.3-1.1)	0.1 (0.0)	1.5 (0.1)	0.1 (0.1)
manic episode	0.02 (0.0)	1.0 (0.7-1.2)	0.6 (0.1)	1.8 (1.4-2.2)	2.2 (1.9-2.5)	0.1 (0.0-0.3)	0.0 (0.0)	2.6 (0.2)	0.1 (0.1)
GAD	0.1 (0.0)	5.2 (4.6-5.8)	0.4 (0.1)	2.7 (2.2-3.3)	2.0 (1.7-2.3)	1.2 (0.6-1.8)	0.0 (0.0)	3.1 (0.2)	0.8 (0.3)
panic disorder	0.4 (0.1)	1.9 (1.6-2.3)	-	2.6 (2.1-3.0)	1.7 (1.4-1.9)	0.5 (0.0-1.1)	0.1 (0.0)	2.7 (0.2)	0.2 (0.1)
agoraphobia	1.2 (0.3)	1.5 (1.1-1.8)	-	2.8 (2.4-3.3)	0.6 (0.5-0.8)	0.3 (0.1-0.5)	0.2 (0.1)	0.8 (0.1)	0.0 (0.0)
PTSD	0.3 (0.1)	2.1 (1.7-2.4)	-	6.4 (5.8-7.1)	3.0 (2.6-3.4)	0.4 (0.0-0.8)	0.0 (0.0)	3.5 (0.3)	0.2 (0.1)
alcohol abuse	3.5 (0.6)	0.3 (0.1-0.5)	0.5 (0.1)	2.9 (2.5-3.4)	2.6 (2.3-3.0)	1.6 (0.2-3.0)	0.5 (0.2)	3.1 (0.3)	1.6 (0.4)
alcohol dependence	1.8 (0.5)	0.6 (0.4-0.9)	0.3 (0.1)	1.4 (1.1-1.8)	1.3 (1.1-1.5)	0.4 (0.0-0.8)	0.1 (0.0)	1.3 (0.2)	0.6 (0.1)
drug abuse	0.3 (0.1)	-	-	0.9 (0.6-1.1)	1.2 (0.9-1.4)	0.1 (0.0-0.3)	0.2 (0.1)	1.4 (0.1)	0.1 (0.0)
drug dependence	0.3 (0.0)	-	-	0.6 (0.4-0.9)	0.7 (0.5-0.9)	0.1 (0.0-0.3)	0.0 (0.0)	0.4 (0.1)	0.0 (0.0)
nicotine dependence	6.2 (0.6)	-	-	-	-	-	-	-	-
intermittent explosive	1.1 (0.2)	-	-	-	-	1.0 (0.4-1.6)	-	2.6 (0.2)	1.7 (0.4)
any mental disorders	13.4 (1.4)	23.6 (22.4-24.8)	4.4 (0.3)	20.0 (18.9 - 21.0)	20.7 (19.5-21.9)	8.8 (6.4-11.2)	5.8 (0.7)	26.2 (0.8)	7.0 (0.9)

การรับบริการสำหรับปัญหาสุขภาพจิต

การสำรวจครั้งนี้เป็นครั้งแรกที่มีข้อมูลการเข้ารับบริการสำหรับปัญหาสุขภาพจิตจากชุมชนที่เป็นตัวแทนของประเทศ เมื่อเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่สำรวจเฉพาะ 5 พื้นที่เป้าหมายดำเนินการเร่งรัดภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽⁴¹⁾ พบอัตราการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตใดๆ (รวมโรคจิต) ผู้มีความผิดปกติทางอารมณ์ และความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราร้อยละ 12.9, 18.4 และ 3.2 ตามลำดับ ทั้งนี้การสำรวจดังกล่าวเลือกศึกษาพื้นที่ที่มีความพร้อมด้านบุคลากรและมีประสิทธิภาพการดำเนินงาน และมีการทบทวนแฟ้มประวัติการรักษาพยาบาลในพื้นที่ โดยเฉพาะการนับรวมข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคจิตที่สูงถึงร้อยละ 48.3 ร่วมด้วย จึงทำให้ข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพสูงกว่าการสำรวจครั้งนี้ที่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเข้ารับบริการสำหรับปัญหาสุขภาพจิตจากบริการสุขภาพเพียงร้อยละ 3.7 นอกจากนี้ข้อความจาก WHM-CIDI ยังเป็นการถามตามการรับรู้ของผู้ถูกสัมภาษณ์ว่า “คุณเคยพบผู้ให้การรักษาใด ตามรายชื่อต่อไปนี้ เพื่อช่วยในปัญหาสุขภาพจิต ความเครียด ปัญหาทางอารมณ์ (หรือปัญหาการใช้สารเสพติด หรือ สุรา) ของคุณหรือไม่” ซึ่งหากผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่ตระหนักถึงปัญหาของตน หรือไม่คิดว่าต้องการได้รับความช่วยเหลือ มีแนวโน้มที่จะตอบปฏิเสธทั้งที่อาจได้รับบริการสุขภาพแล้วก็ตาม

ส่วนการได้รับบริการโดยบุคลากรสุขภาพของผู้มีความผิดปกติทางอารมณ์ ที่แม้จะรวมทั้ง major depressive episode, dysthymia และ mania/hypomania episode พบเพียงร้อยละ 8.3 เมื่อเทียบกับฐานข้อมูลการเข้าถึงบริการที่มีอยู่ในระบบสาธารณสุข ในการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าปีงบประมาณ 2555⁽⁴³⁾ พบการเข้าถึงบริการสูงถึงร้อยละ 29.32 ข้อมูลที่ต่างไปมากอาจอธิบายได้จากความไวของเครื่องมือสำรวจกับการตรวจพบโดยวิธีการคัดกรองและวินิจฉัยของระบบบริการอาจมีความเข้มข้นมากกว่า รวมทั้งผู้ตอบสัมภาษณ์ให้ความสนใจในการซักถามระหว่างการเข้ารับบริการด้วยปัญหาสุขภาพมากกว่าการสัมภาษณ์ที่บ้าน อีกทั้งฐานข้อมูลการเข้าถึงบริการสาธารณสุขยังเป็นข้อมูลจำนวนสะสม ไม่จำกัดเฉพาะการเข้าถึงบริการในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมเสพยาเสพติดได้รับบริการสุขภาพมากที่สุดถึงร้อยละ 23.6 สอดคล้องกับนโยบายยาเสพติดตามแผนยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด พ.ศ. 2555⁽⁶⁵⁾ ที่มีเป้าหมายลดจำนวนผู้เสพยาทั่วประเทศโดยการนำเข้าบำบัดรักษาโดยระบบบำบัดสมัครใจการเปลี่ยนผู้เสพเป็นผู้ป่วย ทำให้มีการเข้าถึงบริการสูงกว่าปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ

แม้บริการทางการแพทย์จะพัฒนาก้าวหน้าไปมาก แต่เห็นได้ว่าผู้มีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 9.4 ที่เข้ารับบริการจากผู้เชี่ยวชาญอื่นนอกเหนือจากสุขภาพ ได้แก่ ผู้นำศาสนา พระ บาทหลวง หมอแผนโบราณ หมอผี ฯลฯ หรือผู้ให้การรักษาทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ ผู้บำบัดด้วยโภชนาการ การฝังเข็ม สมุนไพร ธรรมชาติ จัดกระดูก โยคะ นั่งสมาธิ รำทรง ฯลฯ โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีโรคติดกังวล และกลุ่มมีประสบการณ์ฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 17.3 และ ร้อยละ 15.6) แสดงให้เห็นถึงเครือข่ายผู้ให้ช่วยเหลือปัญหาสุขภาพจิตที่อยู่ในชุมชนตามความเชื่อ และภูมิปัญญาชาวบ้าน ซึ่งเป็นทุนทางสังคมตามบริบทสังคมไทย ที่หากมาร่วมพัฒนาเดิมความรู้ด้านสุขภาพจิต จะสามารถให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม ลดอันตรายและสามารถบูรณาการรักษาร่วมต่อไป

อย่างไรก็ตาม ในภาพรวมแล้วช่องว่างการเข้าถึงบริการของปัญหาสุขภาพจิตยังสูงมาก สะท้อนให้เห็นถึงผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนมากที่ยังไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้มีปัญหาสุขภาพจิตถือเป็นงานสำคัญหนึ่งที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน

ข้อจำกัด

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือแบบสัมภาษณ์ที่ค่อนข้างยาวและใช้เวลานาน อาจทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามเกิดความอ่อนล้า รวมทั้งบางข้อถามถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นย้อนกลับไปหลายปีจึงมีโอกาสดูคลาดเคลื่อนได้ นอกจากนี้การสำรวจครั้งนี้เป็นการสำรวจประชากรในครัวเรือน ทำให้ประชากรบางกลุ่ม เช่น คนเร่ร่อน ผู้อาศัยในเรือนจำ โรงพยาบาล บ้านพักคนชรา ทหาร ฯลฯ ซึ่งมีความชุกของโรคจิตเวชสูงไม่ถูกรวมในกลุ่มตัวอย่างนี้ด้วย อีกทั้งการศึกษานี้ไม่รวมสามจังหวัดชายแดนใต้ที่มีความเสี่ยงภัย ที่ได้ทำการศึกษาแยกต่างหากโดยบุคคลในพื้นที่ และสุดท้ายแม้ว่าอัตราการตอบรับเข้าร่วมการสำรวจจะค่อนข้างสูง แต่ควรคำนึงว่าผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเวชหรือมีปัญหาสุขภาพจิตมักมีแนวโน้มปฏิเสธการเข้าร่วมการสัมภาษณ์มากกว่าประชากรทั่วไป

ข้อเสนอแนะ

1. การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติในครั้งนี้ได้มีการปรับเปลี่ยนเครื่องมือและระเบียบวิธีการสำรวจตามข้อกำหนดของ WMHS ซึ่งถือเป็นมาตรฐานสากล แม้จะมีวิธีการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลที่ซับซ้อนมากขึ้น แต่ทำให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและสามารถเทียบเคียงกับนานาชาติได้ เห็นควรให้พิจารณาใช้วิธีการสำรวจนี้ในการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติครั้งต่อไป

2. จากข้อจำกัดของเครื่องมือ CIDI แบบตอบในกระดาษ paper and pencil instrument (PAPI) มีจำนวนหน้ามาก และต้องใช้เวลาพิจารณาคำตอบเพื่อผ่านหรือข้ามข้อคำถามไปตามที่แบบสอบถามกำหนด ทำให้บางครั้งผู้สัมภาษณ์สับสน และหากมีการถามผิดข้อ จะส่งผลให้ข้อมูลไม่สามารถวิเคราะห์ได้ ซึ่งปัญหาดังกล่าวเป็นที่ตระหนักของทีมนโยบายสุขภาพจิตโลก จึงได้พัฒนาเป็น computer-assisted personal interviews (CAPI) เพื่อให้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยลดความผิดพลาดดังกล่าว และสามารถตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องของข้อมูลในระหว่างบันทึกได้อีกด้วย ช่วยให้การสัมภาษณ์ทำได้รวดเร็วและถูกต้องมากขึ้น แต่เนื่องจากลิขสิทธิ์ของโปรแกรมบันทึกฐานข้อมูลต่อเครื่อง (Blaise) มีราคาสูง จึงเป็นข้อจำกัดด้านงบประมาณในการสำรวจครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม ประเด็นนี้ควรได้รับการพิจารณาแก้ไขในการวางแผนการสำรวจครั้งต่อไป

3. การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ได้วางแผนดำเนินการต่อเนื่องทุก 5 ปี ตั้งแต่ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2541 จนถึงครั้งปัจจุบันเป็นครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2556 มีข้อพิจารณาที่ควรทบทวนการสำรวจฯ กล่าวคือ หากเปรียบเทียบกับ การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตระดับชาติของประเทศอื่นๆ พบว่ามีการสำรวจต่อเนื่องในช่วงเวลานานกว่า 10 ปี ขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากจากการลงทุนที่สูงและใช้เวลามาก ในขณะที่ข้อมูลระดับชาติสุขภาพจิตในภาพรวมไม่เปลี่ยนแปลงเร็วมากนัก แต่หากต้องการข้อมูลสุขภาพจิต

ที่เปลี่ยนแปลงเร็วตามสถานการณ์เฉพาะ อาจพิจารณาใช้การสำรวจอื่นที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาจะได้ข้อมูลที่เหมาะสมมากกว่า อีกทั้งการสำรวจแต่ละครั้งจะได้ฐานข้อมูลที่มีประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกได้อีกมาก น่าจะมีประโยชน์ในการนำข้อมูลไปใช้มากกว่าการรายงานเพียงผลในภาพรวมเพียงอย่างเดียว

4. การเปรียบเทียบผลการสำรวจระดับจิตเวชของคนไทยระดับชาติครั้งนี้กับครั้งก่อนหน้านี้ หรือกับการสำรวจระดับจิตเวชของประเทศไทยต่างๆ ควรทำด้วยความระมัดระวัง ต้องคำนึงถึงทั้งระเบียบวิธีวิจัย ชนิดกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดการเลือกใช้ชุดแบบสอบถามของเครื่องมือ ความหมายและคำจำกัดความเฉพาะของแต่ละเครื่องมือ และข้อคำถามรวมถึงข้อจำกัดต่างๆ ของการสำรวจด้วย

5. สิ่งสำคัญของการสำรวจระดับจิตเวชของคนไทยระดับชาติ คือ การได้นำข้อมูลการสำรวจดังกล่าวสะท้อนถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละประเด็น เพื่อนำไปสู่การป้องกันหรือแก้ไขปัญหานั้นๆ รวมถึงการนำฐานข้อมูลชุดนี้ ไปสู่การวิเคราะห์ภาระโรคและ/หรือบริการสุขภาพอื่นๆ ดังนั้น การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการผลักดันไปสู่การกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนางานสุขภาพจิตถือเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญของการสำรวจ ไม่จำกัดเพียงรายงานเผยแพร่วารสารวิชาการเพื่อเป็นแหล่งอ้างอิงข้อมูลเพียงอย่างเดียว

บรรณานุกรม

- (1) Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet Lond Engl*. 2013; 382:1575-86.
- (2) Burden of Disease Thailand. Report of the burden of disease and injuries of Thai population 2.11. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2014.
- (3) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition (Text Revision). 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2000.
- (4) Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:22-33.
- (5) Kittirattanapaiboon P, Khamwongpin M. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)-Thai version. *J Ment Health Thai* 2005; 13:125-36.
- (6) Bunditchate A, Saosarn P, Kitiruksanon P, Chutha W. Epidemiology of mental disorders among Thai people. *J Psychiatr Assoc Thai* 2001; 46:335-43.
- (7) Siriwanarangsun P, Kongsuk T, Arunpongpaian S, Kittirattanapaiboon P, Charatsingha A. Prevalence of mental disorders in Thailand: a national survey 2003. *J Ment Health Thai* 2004; 12(3):177-88.
- (8) Pengjuntr W, Kongsuk T, Kittirattanapaiboon P, Chutha W, Boonyamarik P, Arunpongpaian S, et al. Prevalence of mental disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008. (Report). Department of Mental Health; 2010.
- (9) Kessler RC, Merikangas KR. The national comorbidity survey replication (NCS-R): background and aims. *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:60-8.
- (10) Kessler RC, Haro JM, Heeringa SG, Pennell BE, Ustun TB. The World Health Organization world mental health survey initiative. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2006;15:161-6.
- (11) Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ustun TB. The WHO world mental health (WMH) surveys. *Psychiatrie (Stuttg)* 2009;6:5-9.
- (12) Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO world mental health (WMH) surveys. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2009;18:23-33.

- (13) Kessler RC, Ustun TB. The world mental health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004; 13: 93-121.
- (14) World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
- (15) Harvard Medical School. WHO world mental health survey-CIDI training. Retrieved from http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcid/trc_main.php. [11 December 2015]
- (16) Wing JK. A standard form of psychiatric present state examination. In Hare EH, Wing JK. Editors. *Psychiatric Epidemiology*. London: Oxford University Press; 1970. P.93-131.
- (17) Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38:381-9.
- (18) Endicott J, Spitzer RL. A diagnostic interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35:837-44.
- (19) Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB. *Structured Clinical Interview for DSM- III-R*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1990.
- (20) สุปัทนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา, ชูติตย์ ปานปรีชา, พัชรินทร์ วนิชานนท์. การตรวจสภาพจิตปัจจุบันภาคภาษาไทย. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์คอมพิวเตอร์และศูนย์ผลิตเอกสาร โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา, 2535.
- (21) Broadhead WE, Leon AC, Weissman MM, Barrett JE, Blacklow RS, Gilbert TT, et al. Development and validation of the SDDS-PC screen for multiple mental disorders in primary care. *Arch Fam Med* 1995; 4:211-9.
- (22) Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994; 272:1749-56.
- (23) Ghanem M., Gadallah M., Meky FA., Mourad S., El-Kholy G. National Survey of Prevalence of Mental Disorders in Egypt: preliminary survey. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2009; 15(1): 65-75.
- (24) Kittirattanapaiboon P. Kongsuk T, Penjuntr W, Leejongpermpoon J, Chutha W, Kenbubpha K. Epidemiology of psychiatric comorbidity in Thailand: A national survey 2008. *Journal of Mental Health Thailand* 2013; 21(1):1-14.
- (25) Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de GG, Guyer ME, Jin R, et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2006; 15(4):167-80.

- (26) Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Assanangkornchai S, Supanya S. Thai national mental health survey 2013: methodology and procedure. *J Ment Health Thai* 2016; 24(1):1-14.
- (27) Cho MJ, Seong SJ, Park JE, Chung IW, Lee YM, Bae A, et al. Prevalence and Correlates of DSM-IV Mental Disorders in South Korean Adults: The Korean Epidemiologic Catchment Area Study 2011. *Psychiatry Investig* 2015;12(2):164-170.
- (28) Sharifi V, Amin-Esmaeili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al. Twelve-month Prevalence and Correlates of Psychiatric Disorders in Iran: The Iranian Mental Health Survey, 2011. *Arch Iran Med*. *Arch Iran Med* 2015;18(2): 76 – 84.
- (29) Chong SA, Abidin E, Vaingankar JA, Heng D, Sherbourne C, Yap M, et al. Population-based survey of mental disorders in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 2012;41(2):49-66.
- (30) Slade T, Johnston A, Oakley Browne MA, Andrews G, Whiteford H. 2007 National survey of mental health and wellbeing: methods and key findings. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43(7):594-605.
- (31) Oakley Browne MA, Wells JE, Scott KM (eds). *Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey*. Wellington: Ministry of Health: 2006.
- (32) Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59:441-52.
- (33) Gureje O, Lasebikan VO, Kola L, Makanjuola VA. Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being. *Br J Psychiatry* 2006;188:465-71.
- (34) Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, EE W. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatr*. 2005;62:617-27.
- (35) Shen YC, Zhang MY, Huang YQ, al e. Twelve-month prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in metropolitan China. *Psychol Med*. 2006;36:257-67.
- (36) World Health organization. *mhGAP: Mental health Gap Action program: Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*, Geneva: WHO Press; 2008.
- (37) Kohn R., Saxena S., Levav I., Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization* 2004;82:858-866.

- (38) Y F. The pathway to meeting need for mental health services in Sweden. *Psychiatr Serv Wash DC*. 2006;57(1):114-9.
- (39) Andrews G, Henderson S, W. H. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry*. 2001;178: 145-53.
- (40) Bijl RV, A R. Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Public Health*. 2000;90(4):602-7.
- (41) เบญจมาศ พงษ์กานนท์, อีระ ศิริสมุต, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, กนกวรรณ สุดศรีวิไล และสกวรัตน์ พวงลัดดา. การสำรวจระดับชาติปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายดำเนินการเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร). กรมสุขภาพจิต และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2555.
- (42) Suraaronsamrit B, Panyayong B. The development of mental health and psychiatric service in health areas. *J Ment Health Thai* 2014;22:142-56.
- (43) ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต. การเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำแนกตามปีงบประมาณ 2553-2558. http://110.164.197.220/depress_report/re_58/report_ahb53-58.pdf. (29 กันยายน 2559)
- (44) สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ดัชนีชี้วัดความสำเร็จการบำบัด/ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทั่วประเทศ วันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง 30 กันยายน 2556. ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.1-5). <http://antidrug.moph.go.th/>. (27 ตุลาคม 2559)
- (45) L K. A Procedure for Objective Respondent Selection within the Household. *Journal of the American Statistical Association*. 1949;44:380-7.
- (46) Sawasdipanich N, S T. Instrument Translation for Cross-Cultural Research: Technique and Issues to be Considered. *Thai Journal of Nursing Council*. 2011;26(1):19-28.
- (47) Kessler RC, Berglund P, Chiu WT, Demler O, Heeringa S, Hiripi E, et al. The US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): design and field procedures. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2004;13(2):69-92.
- (48) Viana MC, Teixeira MG, Beraldi F, Bassani IS, LH A. Sao Paulo Megacity Mental Health Survey - a population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the Sao Paulo metropolitan area: aims, design and field implementation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;Dec;31(4):375-86.

79.

- (49) Xavier M, Baptista H, Mendes JM, Magalhaes P, JM C-d-A. Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal - rationale, design and fieldwork procedures. *Int J Ment Health Syst.* 2013;7(1):19.
- (50) Harvard Medical School. The world mental health survey initiative. Retrieved from <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh>. [13 December 2014]
- (51) Statistics Netherlands. Blaise: survey software for professional. Retrieved from <http://www.blaise.com>. [13 December 2014]
- (52) Little RJ, Lewitzky S, Heeringa S, Lepkowski J, Kessler RC. Assessment of weighting methodology for the national comorbidity survey. *Am J Epidemiol* 1997;146:439-49.
- (53) Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization world mental health surveys. *JAMA.* 2004 Jun 2;291:2581-90.
- (54) Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The alcohol use disorders identification test: guideline for use in primary care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization;2001.
- (55) นพพล วิทย์วรพงษ์, กรรณจรียา สุขรุ่ง (บรรณาธิการ). รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยประจำปี พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร:ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2559.
- (56) Sriruenthong W., Kongsuk T., Pengjuntr W., Kittirattanapaiboon P., Kenbubpha K., Yingyeun R., et al. The Suicidality in Thai population: a national survey. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2011;56:413-24
- (57) Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et. al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med.* 2011;9:90.
- (58) The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA.* 2004;291:2581-90.
- (59) Kessler RC, McGonagh KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
- (60) Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996;276:293-9.
- (61) Kalibatseva Z, Leong F. Depression among Asian Americans: Review and Recommendations. *Depression Research and Treatment* 2011. Article ID 320902, 9 pages. doi:10.1155/2011/320902

- (62) Hofmann SG, Hinton DE. Cross-Cultural Aspects of Anxiety Disorders. *Current psychiatry reports*. 2014;16(6):450. doi:10.1007/s11920-014-0450-3.
- (63) World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1, accessed by 15 August 2016)
- (64) Babor TF, Higgins-Biddke JC, Saunderson JB, Monteiro MG. The alcohol use disorders identification test: guideline for use in primary care. 2nded. Geneva: World Health Organization;2001.
- (65) ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ. คำสั่งที่ 1/2555 เรื่อง แผนยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด พ.ศ. 2555. 22 กันยายน 2555.

ภาคผนวก

- ภาคผนวก ก เอกสารรับรองโครงการวิจัยและคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ
พัฒนาระบบการสำรวจระดับชาติวิทยาสุขภาพจิต
- ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือ WMH CIDI
- ภาคผนวก ค ทีมวิจัยภาคสนาม
- ภาคผนวก ง พื้นที่เก็บข้อมูล
- ภาคผนวก จ ประวัติผู้วิจัย

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองโครงการวิจัย



คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข... ๗๕ / 2556

ชื่อโครงการภาษาไทย : “การสำรวจระดับความรุนแรงของโรคจิตเวชในคนไทยระดับชาติ ปี 2556”

รหัสโครงการ : ๗๕ / 2556

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตและ
สำนักโรคจิตเวชสุขภาพจิต

สถานที่ทำวิจัย : ใน 16 จังหวัด(นนทบุรี สระบุรี จันทบุรี สุพรรณบุรี เพชรบุรี เชียงใหม่ สุโขทัย เพชรบูรณ์ ชัยภูมิ
มหาสารคาม อุบลราชธานี อุตรดิตถ์ มุกดาหาร สตูล นครศรีธรรมราช ระนอง) และ 4 เขตของกรุงเทพมหานคร
(บางรัก จอมทอง วังทองหลาง คลองสามวา)

เอกสารที่รับรอง

1. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับเดือนตุลาคม 2556
2. หนังสือแนะนำโครงการสำหรับอาสาสมัคร ฉบับเดือนตุลาคม 2556
3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับอาสาสมัคร ฉบับเดือนตุลาคม 2556

วันที่รับรอง : ๒๑ ตุลาคม 2556

วันหมดอายุ : ๒๑ ตุลาคม 2557

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) ดำเนินการให้การรับรอง
โครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont
Report, COMS Guidelines และ The International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ลงนาม

(นายแพทย์เจษฎา โชคดำรงสุข)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน
(ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช)

๒๑ / ๑๐ / ๒๕๕๖

วัน/เดือน/ปี

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการสำรวจระบาดวิทยา

สำเนาฉบับ

คำสั่งกรมสุขภาพจิต

ที่ ๑๓๖ /๒๕๕๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนางานระบาดวิทยาสุขภาพจิต

ตามที่กรมสุขภาพจิตอนุมัติโครงการพัฒนางานระบาดวิทยาสุขภาพจิตและเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตของคนไทย โดยดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ และสืบเนื่องจาก ในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ คณะกรรมการและคณะอนุกรรมการดังกล่าวมีการปรับเปลี่ยนหน่วยงาน และเกษียณอายุ ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่องตามแผนและเป้าหมายที่กำหนดไว้ กรมสุขภาพจิตขอยกเลิกคำสั่งกรมสุขภาพจิตที่ ๖๔/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๕๕ เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนางานระบาดวิทยาสุขภาพจิต และแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนางานระบาดวิทยาสุขภาพจิต ดังรายนามต่อไปนี้

คณะกรรมการอำนวยการพัฒนางานระบาดวิทยาสุขภาพจิต

๑	นายสุจริต สุวรรณชีพ	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
๒	มล.สมชาย จักรพันธุ์	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
๓	นายวิวัฒน์ ยถาภูษานนท์	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
๔	นายคำนวน อึ้งชูศักดิ์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค	ที่ปรึกษา
๕	นายดุสิต สุจิรารัตน์	รองศาสตราจารย์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ที่ปรึกษา
๖	นายอิทธิพล สูงแข็ง	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต	ประธาน
๗	นายพิทักษ์พล บุญมาลิก	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์	รองประธาน
๘	นายยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิและผู้ช่วยอธิบดีกรมสุขภาพจิต	กรรมการ
๙	นายสุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิและผู้ช่วยอธิบดีกรมสุขภาพจิต	กรรมการ
๑๐	นายบุญชัย นวมงคลวัฒนา	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิและผู้ช่วยอธิบดีกรมสุขภาพจิต	กรรมการ
๑๑	นางพรรณพิมล วิปุลากร	นายแพทย์เชี่ยวชาญและผู้ช่วยอธิบดีกรมสุขภาพจิต	กรรมการ
๑๒	นางสุดา วงศ์สวัสดิ์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญและ ผู้ช่วยอธิบดีกรมสุขภาพจิต	กรรมการ
๑๓	นางสาวศุภรัตน์ เอกอัครวิน	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต	กรรมการ
๑๔	นายธณินทร์ กองสุข	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	กรรมการ
๑๕	นางพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต	กรรมการ
๑๖	นางวรรณวรรณ จุฑา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักกระบาดวิทยาสุขภาพจิต	กรรมการและ เลขานุการ
๑๗	นางสาวสาธิตา แรกค่านวน	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักกระบาดวิทยาสุขภาพจิต	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๑๘	นางสาวกมลวรรณ จันทร์โชติ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักกระบาดวิทยาสุขภาพจิต	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

โดยมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

๑. กำหนดทิศทางการพัฒนางานระบาดวิทยาสุขภาพจิต ได้แก่ พัฒนาระบบเฝ้าระวังและสอบสวนทางระบาดวิทยา สุขภาพจิต พัฒนาระบบการสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต พัฒนาระบบสารสนเทศทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต และ

พัฒนา.....

พัฒนาศักยภาพและกำลังคนทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต

๒. กำหนดประเด็นและวางระบบการพัฒนางานระบาดวิทยาสุขภาพจิตให้ครอบคลุม และขยายผลในพื้นที่
๓. เอื้ออำนวยให้เกิดการดำเนินงานระบาดวิทยาสุขภาพจิตร่วมกับองค์กรในพื้นที่
๔. ติดตามประเมินผล และรายงานผลการดำเนินงานพัฒนางานระบาดวิทยาสุขภาพจิตต่อผู้บริหารกรมสุขภาพจิต
๕. หน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

คณะกรรมการที่ ๑ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและสอบสวนทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต

๑	นายพิทักษ์พล บุญมาลิก	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์	ประธาน
๒	นายกิตต์กวี โพธิ์โน	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๓ และ รองผู้อำนวยการกองแผนงาน	อนุกรรมการ
๓	นางศรีวิภา เนียมสอาด	ผู้อำนวยการศูนย์สื่อสารสังคม	อนุกรรมการ
๔	นางวัชณี หัตถพนม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์	อนุกรรมการ
๕	นางอรพิน ยอดกลาง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์	อนุกรรมการ
๖	นางสาวราณี ฉายินทุ	นักสังคมสงเคราะห์เชี่ยวชาญ กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต	อนุกรรมการ
๗	นางสาวสาธิตา ไคว่บุญงาม	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ สถาบันกัลยาณ์ราชชนครินทร์	อนุกรรมการ
๘	นางวนิดา ชนินทุทวงศ์	นักจิตวิทยาเชี่ยวชาญ สถาบันราชานุกูล	อนุกรรมการ
๙	นางสาวโชษิตา ภาวสุทธิพิศม	นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชชนครินทร์	อนุกรรมการ
๑๐	นางสาวสุพัฒนา สุขสว่าง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต	อนุกรรมการ
๑๑	นางวรรณรณ จุฑา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักกระบาดวิทยาสุขภาพจิต	อนุกรรมการและ เลขานุการ
๑๒	นางสาวนิศากร แก้วพิลา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๑๓	นางสาวเพชรรัตน์ ขุนจำนวน	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักกระบาดวิทยาสุขภาพจิต	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

โดยมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

๑. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและสอบสวนทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต
๒. กำหนดประเด็นในการเฝ้าระวังและสอบสวนทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต
๓. พัฒนาโปรแกรมการเฝ้าระวังและสอบสวนทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต
๔. พัฒนาระบบรายงานการเฝ้าระวังและสอบสวนทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต
๕. พัฒนาระบบนิเทศการเฝ้าระวังและสอบสวนทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต
๖. หน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

คณะกรรมการที่ ๒ การพัฒนาระบบการสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต

๑	นางพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต	ประธาน
๒	นางสาววดี อัมมวงศ์กรชัย	รองศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	อนุกรรมการ
๓	นางสาวศุภรัตน์ เอกอัครวิน	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต	อนุกรรมการ
๔	นางสาวเบญจมาศ พลฤกษ์กานนท์	ผู้อำนวยการสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ	อนุกรรมการ
๕	นายสุทธา สุปัญญา	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	อนุกรรมการ

๖ นายณพพร....

๖	นายณพพร	ตันติรังสี	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลา ราชนครินทร์	อนุกรรมการ
๗	นางสาวดุขฎิ	จิงศรกุลวิทย์	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์	อนุกรรมการ
๘	นางพรทิพย์	วชิรติลก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	อนุกรรมการ
๙	นางวรรณวรรณ	จุฑา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักกระบวนวิทยาสภาพจิต	อนุกรรมการและ เลขานุการ
๑๐	นางสาวมธุริน	คำวงศ์ปิ่น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๑๑	นางสาวกมลวรรณ	จันทร์โชติ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักกระบวนวิทยาสภาพจิต	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

โดยมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

๑. พัฒนารอบแนวทางการสำรวจทางระบาดวิทยาสภาพจิต
๒. พัฒนาเครื่องมือและวางแผนการสำรวจทางระบาดวิทยาสภาพจิต
๓. จัดหาแหล่งทุนและจัดทำโครงร่างเพื่อเสนอขอรับการสำรวจทางระบาดวิทยาสภาพจิต
๔. หน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

คณะอนุกรรมการที่ ๓ การพัฒนาระบบสารสนเทศทางระบาดวิทยาสภาพจิต

๑	นายธณินทร์	กองสุข	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	ประธาน
๒	นายกิตต์กวี	โพธิ์โน	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๓ และ รองผู้อำนวยการกองแผนงาน	รองประธาน
๓	นายบุรินทร์	สุรอรุณสัมฤทธิ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	รองประธาน
๔	นางสาวเบญจมาศ	พฤกษ์กานนท์	ผู้อำนวยการสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ	อนุกรรมการ
๕	นายศักดิ์กรินทร์	แก้วเห้า	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	อนุกรรมการ
๖	นายศุภรุตพันธ์	จักรพันธ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีธัญญา	อนุกรรมการ
๗	นางชลทิพย์	กรัยวิเชียร	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	อนุกรรมการ
๘	นายทวีศักดิ์	สิริรัตน์เรขา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันราชานุกูล	อนุกรรมการ
๙	นางสาวบุญศิริ	จันศิริมงคล	ผู้อำนวยการศูนย์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด	อนุกรรมการ
๑๐	นางสาวหทัยชนนี	บุญเจริญ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง	อนุกรรมการ
๑๑	นายธิตินันท์	ธานีรัตน์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	อนุกรรมการ
๑๒	นางสาวโชษิตา	ภาวสุทธิไพศิณ	นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	อนุกรรมการ
๑๓	นายบารมี	จรัสสิงห์	นักวิชาการสถิติชำนาญการพิเศษ กองแผนงาน	อนุกรรมการ
๑๔	นายชินทร์	ลิ้มสนธิกุล	นักวิชาการสถิติชำนาญการพิเศษ กองแผนงาน	อนุกรรมการ

๑๕ นางสาวนีย์.....

๑๕	นางสาวเนย์	ภิญโญ	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญการ กองแผนงาน	อนุกรรมการ
๑๖	นางสาวกมลวรรณ	จันทร์โชติ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักกระบวนวิชาสุขภาพจิต	อนุกรรมการ
๑๗	นางจินตนา	ลี้จิ่งเพิ่มพูน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	อนุกรรมการและ เลขานุการ
๑๘	นางสาวเกษราภรณ์	เคนบุปผา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๑๙	นางสาวสุปราณี	พิมพ์ตรา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

โดยมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

๑. ทบทวนและพัฒนาระบบสารสนเทศทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต
๒. วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต
๓. พัฒนาระบบรายงานสารสนเทศทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต
๔. พัฒนา Website ของระบบสารสนเทศทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต
๕. พัฒนาระบบการนิเทศระบบสารสนเทศทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต
๖. หน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

คณะอนุกรรมการที่ ๔ การพัฒนาศักยภาพและกำลังคนทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต

๑	นายพิทักษ์พล	บุญยมาลิก	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชชนรินทร์	ประธาน
๒	นางสาวศุภรัตน์	เอกอัศวิน	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต	อนุกรรมการ
๓	นายดุสิต	สุจิรัตน์	ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	อนุกรรมการ
๔	นายปณิธิ	ธัมมวิริยะ	นายแพทย์ชำนาญการ สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค	อนุกรรมการ
๕	นางวรรณวรรณ	จุฑา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักกระบวนวิชาสุขภาพจิต	อนุกรรมการและ เลขานุการ
๖	นางสาวทิพย์ภาพร	พงศ์สุภา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักกระบวนวิชาสุขภาพจิต	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

โดยมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

๑. พัฒนาหลักสูตรทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต
๒. จัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพและกำลังคนทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต
๓. นิเทศ ติดตามผลการพัฒนาศักยภาพและกำลังคนทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต
๕. หน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๖



(นายอิทธิพล สูงแข็ง)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

.....รอง
.....พิมพ์
.....ตรวจ

ภาคผนวก ข
ตัวอย่างเครื่องมือ WMH CIDI

05/31/05

ชุดที่ 4 PANIC DISORDER (PD): ชุดแพนิค

*PD1. INTRO 1 ก่อนหน้านี้ คุณได้บอกว่า คุณเคยเกิดอาการกลัว หรือ คับ ทรหนก (แพนิค) ขึ้นมาแบบทันทีทันใด โดยในขณะที่เป็นนั้น คุณรู้สึกกลัวมาก วิดกกังวล หรือ อึดอัดไม่สบายอย่างมาก ให้ นึกถึงครั้งที่มีอาการตอนนั้นว่าคุณมีอาการต่อไปนี้ร่วมด้วย หรือไม่	*PD1. INTRO 2 ก่อนหน้านี้ คุณได้บอกว่า ตอนที่คุณมีอาการขึ้นมาแบบ ทันทีทันใดนั้น คุณจะรู้สึกหายใจไม่อิ่ม หัวใจเต้นแรง เวียนหัว กลัวว่าตัวเองจะตาย หรือ จะเป็นบ้า ให้นึกถึงครั้งที่มีอาการตอน นั้นว่าคุณมีอาการต่อไปนี้ร่วมด้วย หรือไม่			
ข้ามไปข้อ *PD2 ถ้าตอบ 'มี' ครบ 6 ข้อ	มี (1)	ไม่มี (5)	ไม่ทราบ (8)	ไม่ตอบ (9)
*PD1a. คุณมีอาการหัวใจเต้นแรงหรือเต้นเร็ว หรือไม่ (คำสำคัญ: หัวใจเต้นเร็ว)	1	5	8	9
*PD1b. คุณหายใจไม่อิ่ม หรือไม่ (คำสำคัญ: หายใจไม่อิ่ม)	1	5	8	9
*PD1c. คุณมีอาการคลื่นไส้ หรือ ท้องไส้ปั่นป่วน หรือไม่ (คำสำคัญ: อาการคลื่นไส้)	1	5	8	9
*PD1d. คุณรู้สึกเวียนศีรษะ หรือ หน้ามืดเป็นลม หรือไม่ (คำสำคัญ: อาการเวียนศีรษะ)	1	5	8	9
*PD1e. คุณมีเหงื่อออก หรือไม่ (คำสำคัญ: เหงื่อออก)	1	5	8	9
*PD1f. คุณสั่น หรือ ตัวสั่น หรือไม่ (คำสำคัญ: สั่น)	1	5	8	9
*PD1g. คุณมีอาการปากแห้งคอแห้ง หรือไม่ (คำสำคัญ: ปากแห้งคอแห้ง)	1	5	8	9
*PD1h. คุณรู้สึกเหมือนหายใจไม่ออก หรือไม่ (คำสำคัญ: หายใจไม่ออก)	1	5	8	9
*PD1i. คุณมีอาการเจ็บ หรือ แสบหน้าอก หรือไม่ (คำสำคัญ: เจ็บหรือแสบหน้าอก)	1	5	8	9
*PD1j. คุณรู้สึกกลัวว่าคุณจะควบคุมตัวเองไม่ได้ หรือ จะเป็นบ้า หรือไม่ (คำสำคัญ: กลัวว่าคุณจะควบคุมตัวเองไม่ได้)	1	5	8	9
*PD1k. คุณรู้สึกเหมือนกับว่า “ไม่อยู่ในความเป็นจริง” หรือ เหมือนกับกำลังดู หนังที่มีตัวเองอยู่ในเรื่อง หรือไม่ (คำสำคัญ: รู้สึกเหมือนไม่อยู่ในความเป็น จริง)	1	5	8	9
*PD1l. คุณรู้สึกว่าสิ่งรอบตัวนั้นไม่เหมือนจริงหรือเหมือนอยู่ในฝัน หรือไม่ (คำสำคัญ: รู้สึกว่าสิ่งรอบตัวไม่ได้เกิดขึ้นจริง)	1	5	8	9
*PD1m. คุณรู้สึกกลัวว่าคุณจะหมดสติไป หรือไม่ (คำสำคัญ: กลัวหมดสติ)	1	5	8	9
*PD1n. คุณรู้สึกกลัวว่าคุณจะตาย หรือไม่ (คำสำคัญ: กลัวว่าจะตาย)	1	5	8	9
*PD1o. คุณรู้สึกเวียนวูบววน หรือ หนาวสั่น หรือไม่ (คำสำคัญ: รู้สึกเวียนวูบววน)	1	5	8	9
*PD1p. คุณรู้สึกชา หรือ เสียวแปลบๆ หรือไม่ (คำสำคัญ: รู้สึกชา)	1	5	8	9

***PD2. ผู้สัมภาษณ์ตรวจสอบ: ตู้อ้อ *PD1a ถึงข้อ *PD1p**

ตอบ '1': 0 ถึง 3 ข้อ..... 1

ข้ามไปซื้อ *PD66

คำตอบอื่น..... 2

***PD2.1. ในครั้งที่คุณมีอาการ (คำสำคัญ 3 ข้อแรกที่ตอบว่า “ใช่” ในคำถาม *PD1a ถึงข้อ *PD1p) อาการเหล่านั้นเกิดขึ้นมาแบบทันทีทันใดหรือไม่**

12..... **1**

(ตอบเอง) บางครั้ง..... 3

မူလ..... **5**

ไต่ถาม..... 8

ไม่ตอบ..... 9

***PD2.2. ในครั้งที่คุณมีอาการ (สำคัญ 3 ข้อแรกที่ตอบว่า "ใช่" ในคำถาม "PD1a ถึงข้อ "PD1p) อาการเหล่านี้เป็นรุนแรงที่สุดภายใน 10 นาที หรือไม่**

(หากจำเป็น ให้ถามว่า: **อาการรุนแรงที่สุดเกิดขึ้นหลังจากเริ่มเป็นภายใน 10 นาที หรือไม่**)

12..... 1

(ตอบเอง) บางครั้ง..... 3

၆၁၆.....**5**

ไทรยาบ..... 8

ไม่ตอบ..... 9

*PD2.3. ผู้สัมภาษณ์ตรวจสอบ: คำขอ *PD2.1 และ *PD2.2

ข้อ *PD2.1 ตอบ '1' หรือ '3' และ ข้อ*PD2.2 ตอบ '1' หรือ '3'..... 1

ข้อ *PD2.1 ตอบ '1' หรือ '3' หรือ ข้อ*PD2.2 ตอบ '1' หรือ '3'..... 3

คำตอบอื่น..... 5 **ข้ามไปข้อ *PD66**

*PD4. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณมีอาการที่เกิดขึ้นกับที่หันใดเหล่านี้ มาแล้วประมาณ กี่ครั้ง

จำนวน	ครึ่ง
-------	-------

หากตอบว่า "มากกว่า 900 ครั้ง"..... 900

หากตอบว่า “มากเกินไปที่จะนับได้” 995

ໂທດຽນ 998

ไม่ตอบ..... 999

*PD5. ผู้สัมภาษณ์ตรวจสอบ: คำน้อ *PD4

ข้อ PD4 ตอบ '1' 1

คำตอบอื่น..... 2 เข้าไปข้อ *PD9

*PD6. อาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกได้ยาวนานเกิดขึ้นเมื่อไหร่ – ภายในเดือนที่แล้ว/ 2-6 เดือนที่แล้ว/ 7-12 เดือนที่แล้ว หรือ ก่อนหน้า 12 เดือนที่แล้ว

ภายในเดือนที่แล้ว.....	1	ข้ามไปข้อ *PD8
2-6 เดือนที่แล้ว.....	2	ข้ามไปข้อ *PD8
7-12 เดือนที่แล้ว.....	3	ข้ามไปข้อ *PD8
ก่อนหน้า 12 เดือนที่แล้ว.....	4	
ไม่ทราบ.....	8	
ไม่ตอบ.....	9	

*PD7. คุณจำอายุที่แน่นอนได้หรือไม่ว่า ครั้งนั้นคุณเป็นคนอายุ เท่าไร

ได้.....	1	
ไม่ได้.....	5	ข้ามไปข้อ *PD7b
ไม่ทราบ.....	8	ข้ามไปข้อ *PD7b
ไม่ตอบ.....	9	ข้ามไปข้อ *PD7b

*PD7a. (หากจำเป็น ให้ถามคำว่า: **คุณนั้นคุณอายุเท่าไร**)

อายุ.....ปี	ข้ามไปข้อ *PD8
ไม่ทราบ.....	998
ไม่ตอบ.....	999

*PD7b. **คุณอายุประมาณเท่าไร**

หากตอบว่า 'เป็นมาทั้งชีวิต' หรือ 'นานจนจำไม่ได้'

ให้ถามคำว่า **ก่อนที่จะคุณจะเข้าโรงเรียน หรือไม่**

ถ้าไม่ใช่ ให้ถามคำว่า **ก่อนที่จะคุณจะเข้าวัยรุ่น หรือไม่**

อายุ.....ปี	
ก่อนเข้าโรงเรียน.....	4
ก่อนเข้าวัยรุ่น.....	12
ตอนเริ่มเข้าวัยรุ่น.....	13
ตลอดทั้งชีวิตหรือไม่ทราบ.....	998
ไม่ตอบ.....	999

- *PD8. อาการแบบนี้อาจเกิดขึ้นได้จาก 3 สาเหตุ แบบแรกคือ เกิดขึ้นเองแบบไม่คาดคิดโดยไม่มีสาเหตุ แบบที่ 2 คือ เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่กลัวมากโดยไม่สมเหตุสมผล เช่น กลัวแมลง กลัวที่สูง หรือ กลัวที่มีคนเยอะๆ แบบที่ 3 คือ เกิดในสถานการณ์ที่มีอันตรายจริง เช่น อุบัติเหตุรถยนต์ หรือ อยู่ในเหตุการณ์คอนเสิร์ตการถูกลั่น

อาการครั้งนั้นของคุณเกิดขึ้นจากสาเหตุใด - “เกิดขึ้นเองไม่มีสาเหตุ” “มีเหตุให้กลัวอย่างมาก” หรือ “อยู่ในอันตรายจริง”

หากผู้ตอบคิดว่า อยู่ในอันตรายจริง แต่ท้ายสุดแล้วไม่มีอันตรายเกิดขึ้น ให้ลงคำตอบว่า “อยู่ในอันตรายจริง”

เกิดขึ้นเองไม่มีสาเหตุ..... 1
มีเหตุให้กลัวอย่างมาก..... 2
อยู่ในอันตรายจริง..... 3
ไม่ทราบ..... 8
ไม่ตอบ..... 9

ข้ามไปข้อ *PD66

- *PD9. คุณจำอายุที่แน่นอนได้หรือไม่ว่า ครั้งแรกที่เริ่มมีอาการ ตอนนั้นคุณอายุเท่าไร

ได้..... 1
ไม่ได้..... 5
ไม่ทราบ..... 8
ไม่ตอบ..... 9

ข้ามไปข้อ *PD9b

ข้ามไปข้อ *PD9b

ข้ามไปข้อ *PD9b

- *PD9a. (หากจำเป็น ให้ตามคำว่า: ตอนนั้นคุณอายุเท่าไร)

อายุ..... ปี
ไม่ทราบ..... 998
ไม่ตอบ..... 999

ข้ามไปข้อ *PD10

- *PD9b. คุณอายุประมาณเท่าไร

หากตอบว่า ‘เป็นมาทั้งชีวิต’ หรือ ‘นานจนจำไม่ได้’

ให้ตามคำว่า ก่อนที่คุณจะเข้าโรงเรียน หรือไม่

ถ้าไม่ใช่ ให้ตามคำว่า ก่อนที่คุณจะเข้าวัยรุ่น หรือไม่

อายุ..... ปี
ก่อนเข้าโรงเรียน..... 4
ก่อนเข้าวัยรุ่น..... 12
ตอนเริ่มเข้าวัยรุ่น..... 13
ตลอดทั้งชีวิตหรือไม่ทราบ..... 998
ไม่ตอบ..... 999

***PD10. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คุณมีอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใดแบบนี่เกิดขึ้น หรือไม่**

มี.....	1	
ไม่มี.....	5	ข้ามไปข้อ *PD10d
ไม่ทราบ.....	8	ข้ามไปข้อ *PD10d
ไม่ตอบ.....	9	ข้ามไปข้อ *PD11

***PD10a. ครั้งล่าสุดเกิดขึ้นเมื่อไร - ภายในเดือนที่แล้ว/ 2-6 เดือนที่แล้ว หรือ ก่อนหน้า 6 เดือนที่แล้ว**

ภายในเดือนที่แล้ว.....	1
2-6 เดือนที่แล้ว.....	2
ก่อนหน้า 6 เดือนที่แล้ว.....	3
ไม่ทราบ.....	8
ไม่ตอบ.....	9

***PD10b. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยมีอาการอย่างน้อย 1 ครั้งในสัปดาห์ เป็นอยู่ทั้งหมดประมาณกี่สัปดาห์**

จำนวน _____ สัปดาห์	
ไม่ทราบ.....	98
ไม่ตอบ.....	99

***PD10c. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา คุณมีอาการรวมทั้งหมด กี่ครั้ง**

จำนวน _____ ครั้ง	ข้ามไปข้อ *PD11
ไม่ทราบ.....	98 ข้ามไปข้อ *PD11
ไม่ตอบ.....	99 ข้ามไปข้อ *PD11

***PD10d. ครั้งสุดท้ายที่คุณมีอาการ ตอนนั้นคุณอายุเท่าไร**

อายุ _____ ปี	
ไม่ทราบ.....	998
ไม่ตอบ.....	999

***PD11. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณเคยมีอาการมากที่สุด กี่ครั้งในหนึ่งปี**

จำนวน _____ ครั้ง	
ไม่ทราบ.....	998
ไม่ตอบ.....	999

***PD12. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณมีอาการอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี รวมทั้งหมด กี่ปี**

จำนวน _____ ปี	
ไม่ทราบ.....	998
ไม่ตอบ.....	999

*PD13.	หลังจากที่คุณมีอาการครั้งแรกนั้นๆ แล้ว คุณเคยมีอาการต่อไปนี้อีกหรือไม่	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (5)	ไม่ทราบ (8)	ไม่ตอบ (9)
*PD13a.	คุณมักกังวลอยู่บ่อยๆ ว่าคุณอาจจะมีอาการแบบนั้นขึ้นอีก เป็นเวลานานอย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป หรือไม่	1 ข้ามไปข้อ *PD14	5	8	9
*PD13b.	คุณกังวลว่าอาจเกิดอันตรายหากมีอาการแบบนั้นขึ้น เช่น ทำให้เกิดอุบัติเหตุ รุนแรง หัวใจวาย หรือ ควบคุมตัวเองไม่ได้ เป็นเวลานานอย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป หรือไม่	1 ข้ามไปข้อ *PD14	5	8	9
*PD13c.	คุณต้องเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวันเพราะอาการที่เกิดขึ้น เป็นเวลานานอย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป หรือไม่	1 ข้ามไปข้อ *PD14	5	8	9
*PD13d.	คุณต้องหลีกเลี่ยงสถานการณ์เฉพาะบางอย่าง เพราะกลัวว่าจะเกิดอาการขึ้นอีก เป็นเวลานานอย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป หรือไม่	1	5	8	9

*PD14. ผู้สัมภาษณ์ตรวจสอบ: คู่มือ *PD13a ถึงข้อ *PD13d

มีอย่างน้อยหนึ่งข้อตอบ '1'..... 1

คำตอบอื่น..... 2 **ข้ามไปข้อ *PD17**

*PD15. **ครั้งแรก** ที่อาการเหล่านี้ทำให้คุณต้องกังวลอยู่บ่อยๆ หรือ ต้องเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน หรือ ต้องหลีกเลี่ยงสถานการณ์เฉพาะบางอย่าง เป็นเวลานานเป็นเดือน คอนนั้นคุณอายุเท่าไร

อายุ..... ปี

ไม่ทราบ..... 998

ไม่ตอบ..... 999

*PD16. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา คุณมีอาการแบบนี้เป็นเดือนหรือไม่

มี..... 1

ไม่มี..... 5 **ข้ามไปข้อ *PD16e**

ไม่ทราบ..... 8 **ข้ามไปข้อ *PD16e**

ไม่ตอบ..... 9 **ข้ามไปข้อ *PD16e**

*PD16a. **ครั้งสุดท้ายที่ขึ้นเมื่อไร - ภายในเดือนที่แล้ว/2-6 เดือนที่แล้ว หรือ ก่อนหน้า 6 เดือนที่แล้ว**

ภายในเดือนที่แล้ว..... 1

2-6 เดือนที่แล้ว..... 2

ก่อนหน้า 6 เดือนที่แล้ว..... 3

ไม่ทราบ..... 8

ไม่ตอบ..... 9

*PD16b. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา คุณมีอาการแบบนี้อยู่กี่เดือน

จำนวน..... เดือน

ไม่ทราบ..... 98

ไม่ตอบ..... 99

*PD16c. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ตอนที่คุณกังวลว่าจะเกิดอาการขึ้นมาอีก ช่วงที่เป็นบ่อย และหนักที่สุด คุณกังวลบ่อยเพียงใด - เกือบตลอดเวลา เป็นส่วนใหญ่ บ่อยครั้ง บางครั้ง หรือ นานๆ ครั้ง

เกือบตลอดเวลา..... 1
เป็นส่วนใหญ่..... 2
บ่อยครั้ง..... 3
บางครั้ง..... 4
นานๆ ครั้ง..... 5
ไม่ทราบ..... 8
ไม่ตอบ..... 9

*PD16d. ในช่วงนั้น คุณกังวลมากน้อยเพียงใด - เล็กน้อย ปานกลาง มาก หรือ มากที่สุดจนไม่สามารถทำหน้าที่ที่จำเป็นได้

เล็กน้อย..... 1
ปานกลาง..... 2
มาก..... 3
มากที่สุด..... 4
ไม่ทราบ..... 8
ไม่ตอบ..... 9

ข้ามไปข้อ *PD17

*PD16e. ครั้งสุดท้ายที่คุณมีอาการนานเป็นเดือน คอนนั้นคุณอายุเท่าไร

อายุ..... ปี
ไม่ทราบ..... 998
ไม่ตอบ..... 999

*PD17. อาการแบบนี้อาจเกิดขึ้นได้จาก 3 สาเหตุ แบบแรกคือ เกิดขึ้นเองแบบไม่คาดคิดโดยไม่มีสาเหตุ แบบที่ 2 คือ เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่กลัวมากโดยไม่สมเหตุสมผล เช่น กลัวแมลง กลัวที่สูง หรือกลัวที่มีคนเยอะๆ แบบที่ 3 คือ เกิดในสถานการณ์ที่มีอันตรายจริง เช่น อุบัติเหตุรถยนต์ หรือ อยู่ในเหตุการณ์คอนธนาการถูกปล้น

คำถามต่อไปนี้จะถามถึงจำนวนครั้งที่เกิดอาการขึ้นจากสาเหตุทั้ง 3 แบบนี้

คุณเคยมีครั้งที่เกิดอาการขึ้นเองแบบไม่คาดคิดโดยไม่มีสาเหตุ หรือไม่

เคย..... 1
ไม่เคย..... 5
ไม่ทราบ..... 8
ไม่ตอบ..... 9

ข้ามไปข้อ *PD18

ข้ามไปข้อ *PD18

ข้ามไปข้อ *PD18

*PD17a. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา มีกี่ครั้งที่เกิดอาการขึ้นเองแบบไม่คาดคิดโดยไม่มีสาเหตุ

จำนวน _____ ครั้ง
 หากตอบว่า "มากกว่า 900 ครั้ง" 900
 หากตอบว่า "มากเกินไปกว่าจะนับได้" 995
 ไม่ทราบ..... 998
 ไม่ตอบ..... 999

*PD17a.1. ผู้สัมภาษณ์ตรวจสอบ: คู่มือ *PD14 และ *PD17a

ข้อ *PD14 ตอบ '1' และ ข้อ*PD17a ตอบ '2' - '995'... 1 ไปที่ข้อ *PD18
 คำตอบอื่น..... 2

*PD18. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา มีกี่ครั้งที่เกิดอาการขึ้นเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ไม่มีอันตรายจริง แต่คุณกลัวมากโดยไม่สมเหตุสมผล

จำนวน _____ ครั้ง
 หากตอบว่า "มากกว่า 900 ครั้ง" 900
 หากตอบว่า "มากเกินไปกว่าจะนับได้" 995
 ไม่ทราบ..... 998
 ไม่ตอบ..... 999

*PD19. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา มีกี่ครั้งที่เกิดอาการขึ้นเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่มีอันตรายจริง

หากผู้ตอบคิดว่า อยู่ในอันตรายจริง แต่ท้ายสุดแล้วไม่มีอันตรายเกิดขึ้น ก็ยังถือว่า "อยู่ในอันตรายจริง"

จำนวน _____ ครั้ง
 หากตอบว่า "มากกว่า 900 ครั้ง" 900
 หากตอบว่า "มากเกินไปกว่าจะนับได้" 995
 ไม่ทราบ..... 998
 ไม่ตอบ..... 999

*PD20. ผู้สัมภาษณ์ตรวจสอบ: คู่มือ *PD17

ข้อ *PD17 ตอบ '1' 1
 คำตอบอื่น..... 2 ข้ามไปข้อ *PD66

*PD20a. ผู้สัมภาษณ์ตรวจสอบ: คู่มือ *PD18 ถึงข้อ *PD19

ข้อ *PD18 ตอบ '0' และ ข้อ*PD19 ตอบ '0'..... 1 ข้ามไปข้อ *PD22
 คำตอบอื่น..... 2

*PD21. (ตอนที่มีอาการ/ครั้งแรกที่มีอาการ) เกิดขึ้นมาเองไม่มีสาเหตุชัดเจน ตอนนั้นคุณอายุเท่าไร

หากตอบว่า 'เป็นมาทั้งชีวิต' หรือ 'นานจนจำไม่ได้'

ให้ถามต่อว่า

ก่อนที่จะคุณเข้าโรงเรียน หรือไม่

ถ้าไม่ใช่ ให้ถามต่อว่า

ก่อนที่จะคุณเข้าวัยรุ่น หรือไม่

อายุ _____ ปี

ก่อนเข้าโรงเรียน..... 4

ก่อนเข้าวัยรุ่น 12

ตอนเริ่มเข้าวัยรุ่น 13

ตลอดทั้งชีวิตหรือไม่ทราบ..... 998

ไม่ตอบ..... 999

*PD22. อาการที่เกิดขึ้นมาเองโดยไม่มีสาเหตุ หรือ ความกังวลว่าจะมีอาการเกิดขึ้นอีกนั้น เคยรบกวนหน้าที่การงาน ชีวิตทางสังคม หรือสัมพันธภาพส่วนตัวของคุณ มากน้อยเพียงใด - ไม่เลย รบกวนเล็กน้อย รบกวนบ้าง รบกวนมาก หรือ รบกวนมากที่สุด

ไม่เลย..... 1 ข้ามไปข้อ *PD23

รบกวนเล็กน้อย..... 2 ข้ามไปข้อ *PD23

รบกวนบ้าง..... 3 ข้ามไปข้อ *PD23

รบกวนมาก..... 4

รบกวนมากที่สุด..... 5

ไม่ทราบ..... 8 ข้ามไปข้อ *PD23

ไม่ตอบ..... 9 ข้ามไปข้อ *PD23

*PD22a ช่วงนั้น คุณไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันตามปกติได้ เพราะอาการ หรือ ความกังวลดังกล่าว บ่อยเพียงใด - บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง หรือ ไม่เคยเลย

บ่อยครั้ง..... 1

บางครั้ง..... 2

นานๆ ครั้ง..... 3

ไม่เคยเลย..... 4

ไม่ทราบ..... 8

ไม่ตอบ..... 9

*PD23. ผู้สัมภาษณ์ตรวจสอบ: ดูข้อ *PD17a

ข้อ *PD17a ตอบ '1'..... 1

คำตอบอื่น..... 2 ข้ามไปข้อ *PD24a

***PD24. เกิดอาการขึ้นคอนคุณกำลังนอนหลับอยู่ หรือไม่**

ใช่..... 1
 ไม่ใช่..... 5
 ไม่ทราบ..... 8
 ไม่ตอบ..... 9

ข้ามไปข้อ *PD66

***PD24a. มีกี่ครั้ง ที่เกิดอาการขึ้นคอนคุณกำลังนอนหลับอยู่**

จำนวน..... ครั้ง
 ไม่ทราบ..... 98
 ไม่ตอบ..... 99

***PD25a. อาการที่เกิดขึ้นแบบนี้ บางครั้งอาจเกิดจากสาเหตุทางกาย เช่น ความเจ็บป่วยทางกาย การบาดเจ็บ การใช้ยาทางการแพทย์ หรือ การใช้สุราหรือสารเสพติด คุณคิดว่า อาการที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากสาเหตุทางกายเหล่านี้ หรือไม่**

ใช่..... 1
 ไม่ใช่..... 5
 ไม่ทราบ..... 8
 ไม่ตอบ..... 9

ข้ามไปข้อ *PD33

ข้ามไปข้อ *PD33

ข้ามไปข้อ *PD33

***PD25b. คุณคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นทุกครั้งนั้น เกิดจากสาเหตุทางกาย หรือไม่**

ใช่..... 1
 ไม่ใช่..... 5
 ไม่ทราบ..... 8
 ไม่ตอบ..... 9

ข้ามไปข้อ *PD33

ข้ามไปข้อ *PD33

ข้ามไปข้อ *PD33

***PD25c. คุณคิดว่าเกิดจากสาเหตุทางกาย อะไร**

.....

***PD33. ผู้สัมภาษณ์ตรวจสอบ: ดูข้อ *PD20a**

ข้อ *PD20a ตอบ '1'..... 1
 คำตอบอื่น..... 2

ข้ามไปข้อ *PD35

***PD34. ผู้สัมภาษณ์ตรวจสอบ: ดูข้อ *PD10**

ข้อ *PD10 ตอบ '1'..... 1
 คำตอบอื่น..... 2

ข้ามไปข้อ *PD40

ข้ามไปข้อ *PD39

- *PD35. ผู้สัมภาษณ์ตรวจสอบ: คู่มือ *PD10
 ข้อ *PD10 ตอบ '1' 1
 คำตอบอื่น..... 2 ข้ามไปข้อ *PD39

- *PD36. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา มีกี่ครั้ง ที่อาการเกิดขึ้นมาเองโดยไม่มีสาเหตุ
 จำนวน ครั้ง
 ไม่ทราบ..... 998
 ไม่ตอบ..... 999

- *PD37. ผู้สัมภาษณ์ตรวจสอบ: คู่มือ *PD36
 ข้อ *PD36 ตอบ '0' 1
 ข้อ *PD36 ตอบ '1' 2 ข้ามไปข้อ *PD38
 คำตอบอื่น..... 3 ข้ามไปข้อ *PD37b

- *PD37a. ครั้งสุดท้ายที่คุณมีอาการเกิดขึ้นมาเองโดยไม่มีสาเหตุ ก่อนนั้นคุณอายุเท่าไร
 อายุ ปี ข้ามไปข้อ *PD39
 ไม่ทราบ..... 98 ข้ามไปข้อ *PD39
 ไม่ตอบ..... 99 ข้ามไปข้อ *PD39

- *PD37b. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คุณมีอาการเกิดขึ้นอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นอยู่ทั้งหมดประมาณกี่สัปดาห์
 จำนวน ครั้ง
 ไม่ทราบ..... 98
 ไม่ตอบ..... 99

- *PD38. ครั้งล่าสุดเกิดขึ้นเมื่อไร - ภายในเดือนที่แล้ว/ 2-6 เดือนที่แล้ว หรือ ก่อนหน้า 6 เดือนที่แล้ว
 ภายในเดือนที่แล้ว..... 1
 2-6 เดือนที่แล้ว..... 2
 ก่อนหน้า 6 เดือนที่แล้ว..... 3
 ไม่ทราบ..... 8
 ไม่ตอบ..... 9
 ข้ามไปข้อ *PD40

- *PD39. ผู้สัมภาษณ์ตรวจสอบ: คู่มือ *PD16
 ข้อ *PD16 ตอบ '1' 1 ข้ามไปข้อ *PD41
 คำตอบอื่น..... 2 ข้ามไปข้อ *PD50

*PD40. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ช่วงที่คุณเกิดอาการ คุณทุกข์ใจมากน้อยเพียงใด - ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก หรือ มากที่สุด

ไม่เลย.....	1
เล็กน้อย.....	2
ปานกลาง.....	3
มาก.....	4
มากที่สุด.....	5
ไม่ทราบ.....	8
ไม่ตอบ.....	9

*PD41. บางครั้งคนที่มีอาการแบบนี้ จะไม่สบายใจ เวลารู้สึกว่ามีอาการทางกาย ที่ทำให้เกิดถึงช่วงที่มีอาการตอนนั้น ตัวอย่างเช่น เวลาหายใจไม่ทันตอนออกกำลังกาย อาการรู้สึกสับสนหลังดื่มกาแฟ หรือ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน รู้สึกควบคุมตัวเองไม่ได้หลังดื่มสุรา หรือ ใช้สารเสพติด รู้สึกชนลุกเวลาดูรายการทีวี หรือ หนังที่น่ากลัว ใน 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยรู้สึกไม่สบายใจเวลารู้สึกว่าอาการทางกายที่ทำให้เกิดถึงช่วงที่มีอาการตอนนั้น หรือไม่

มี.....	1	
ไม่มี.....	5	ข้ามไปข้อ *PD44
ไม่ทราบ.....	8	ข้ามไปข้อ *PD44
ไม่ตอบ.....	9	ข้ามไปข้อ *PD44

*PD41a ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ความรู้สึกไม่สบายใจ ว่าอาการทางกายแบบนี้ อาจเป็นเหตุให้เกิดอาการขึ้นมาอีกนั้น รุนแรงมากน้อยเพียงใด - เล็กน้อย ปานกลาง มาก หรือ มากที่สุด

เล็กน้อย.....	1
ปานกลาง.....	2
มาก.....	3
มากที่สุด.....	4
ไม่ทราบ.....	8
ไม่ตอบ.....	9

*PD42. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา คุณหลีกเลี่ยงสถานการณ์ หรือ กิจกรรมต่างๆ ที่อาจทำให้คุณมีอาการทางกายเหล่านั้น บ่อยเพียงใด - ตลอดเวลา ส่วนใหญ่/ บางครั้ง น้อยครั้ง หรือ ไม่มีเลย

ตลอดเวลา.....	1	
ส่วนใหญ่.....	2	
บางครั้ง.....	3	
น้อยครั้ง.....	4	ข้ามไปข้อ *PD44
ไม่มีเลย.....	5	ข้ามไปข้อ *PD44
ไม่ทราบ.....	8	ข้ามไปข้อ *PD44
ไม่ตอบ.....	9	ข้ามไปข้อ *PD44

*PD43. การที่คุณต้องหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์เหล่านี้ รบกวนหน้าที่การงาน ชีวิตทางสังคม หรือ สัมพันธภาพส่วนตัวของคุณ มากน้อยเพียงใด-ไม่เลย รบกวนเล็กน้อย รบกวนบ้าง รบกวนมาก หรือ รบกวนมากที่สุด

ไม่เลย..... 1
รบกวนเล็กน้อย..... 2
รบกวนบ้าง..... 3
รบกวนมาก..... 4
รบกวนมากที่สุด..... 5
ไม่ทราบ..... 8
ไม่ตอบ..... 9

ไม่รบกวนเลย รบกวนเล็กน้อย รบกวนปานกลาง รบกวนมาก รบกวนมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*PD44. (RB หน้า 8) คุณให้คะแนนหน้าที่ 8 เป็นการให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่รบกวนเลย และคะแนน 10 หมายถึง รบกวนมากที่สุด ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ขอให้คุณย้อนนึกถึงช่วงที่คุณมีอาการเกิดขึ้นทันทีทันใดแบบนี้ หรือ กังวลว่าจะเกิดอาการขึ้นอีก นานอย่างน้อย 1 เดือน ช่วงที่รุนแรงที่สุด คุณพอจะบอกได้ไหมว่า อาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใดแบบนี้หรือ กังวลว่าจะเกิดอาการขึ้นอีกของคุณนั้น รบกวนกิจกรรมต่างๆ ของคุณในช่วงเวลาเดียวกัน มากน้อยเพียงใด

(หากจำเป็น ให้ถามว่า: อาการที่เกิดขึ้นนั้น รบกวน (กิจกรรม) ของคุณในช่วงเวลาเดียวกันนั้น มากน้อยเพียงใด)

(หากจำเป็น ให้ถามว่า: คุณจะให้คะแนนเท่าไร ระหว่าง 0 - 10)

คะแนน (0-10)

*PD44a. การจัดการงานในบ้าน เช่น ทำความสะอาดบ้าน ซ่อมแซมบ้าน งานเล็กน้อยๆ ในบ้าน หรือ ทำสวน

ไม่ได้ทำกิจกรรมนี้..... 97
ไม่ทราบ..... 98
ไม่ตอบ..... 99

*PD44b. ความสามารถในการทำงาน

ไม่ได้ทำกิจกรรมนี้..... 97
ไม่ทราบ..... 98
ไม่ตอบ..... 99

*PD44c. ความสามารถในการสร้างและรักษาสัมพันธภาพอันใกล้ชิดกับบุคคลอื่น

ไม่ได้ทำกิจกรรมนี้..... 97
ไม่ทราบ..... 98
ไม่ตอบ..... 99

*PD44d. การใช้ชีวิตในสังคม

ไม่ได้ทำกิจกรรมนี้..... 97
ไม่ทราบ..... 98
ไม่ตอบ..... 99

*PD45 ผู้สัมภาษณ์ตรวจสอบ: คู่มือ *PD44a ถึงข้อ *PD44d
 ทุกข้อตอบว่า '0' หรือ '97' 1 ข้ามไปข้อ *PD50
 คำตอบอื่น..... 2

*PD46. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา คุณไม่สามารถทำงาน หรือ ประกอบกิจกรรมปกติได้เลย เพราะว่าคุณมีอาการที่เกิดขึ้น
 หันที่หันใดแบบนี้ หรือ กังวลว่าจะเกิดอาการขึ้นอีก ประมาณกี่วัน จาก 365 วัน

หากจำเป็น ให้บอกว่า: คุณสามารถตอบเป็นตัวเลขระหว่าง 0 - 365

จำนวน วัน

ไม่ทราบ..... 998

ไม่ตอบ..... 999

*PD50. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณเคยคุยกับหมอ หรือผู้ให้การรักษาคนอื่นๆ เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นหันที่หันใดแบบนี้ของตนเอง
 บ้างหรือไม่ (ผู้ให้การรักษาในที่นี้ หมายถึง หมอ พยาบาล บุคลากรสุขภาพ นักจิตวิทยา ผู้ให้คำปรึกษา พระ ผู้นำ
 ศาสนา หมอแผนโบราณ หมอฝังเข็ม หมอพื้นบ้าน หรือ ผู้ให้การรักษาด้วยวิธีอื่นๆ)

เคย..... 1

ไม่เคย..... 5 ข้ามไปข้อ *PD65.1

ไม่ทราบ..... 8 ข้ามไปข้อ *PD65.1

ไม่ตอบ..... 9 ข้ามไปข้อ *PD65.1

*PD50a. ครั้งแรกที่คุณไปพบผู้ให้การรักษา (คนใดก็ตาม) เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นหันที่หันใดแบบนี้ของคุณ ตอนนั้น
 คุณอายุเท่าไร

อายุ ปี

ไม่ทราบ..... 998

ไม่ตอบ..... 999

*PD62. คุณเคยได้รับการรักษาอาการที่เกิดขึ้นหันที่หันใดแบบนี้ ที่คุณคิดว่าช่วยได้ หรือ ทำให้ดีขึ้น หรือไม่

เคย..... 1

ไม่เคย..... 5 ข้ามไปข้อ *PD62c

ไม่ทราบ..... 8 ข้ามไปข้อ *PD62c

ไม่ตอบ..... 9 ข้ามไปข้อ *PD62c

*PD62a. ครั้งแรกที่คุณได้รับการรักษา แล้วคิดว่าช่วยได้ ตอนนั้นคุณอายุเท่าไร

อายุ ปี

ไม่ทราบ..... 998

ไม่ตอบ..... 999

*PD62b. คุณเคยพบกับผู้ให้การรักษามาแล้วทั้งหมดกี่คน กว่าจะได้รับการรักษาที่ช่วยได้ นับรวมครั้งแรกที่ช่วยได้ ด้วย

จำนวนผู้ให้การรักษา _____ คน	ข้ามไปข้อ *PD64
ไม่ทราบ..... 98	ข้ามไปข้อ *PD64
ไม่ตอบ..... 99	ข้ามไปข้อ *PD64

*PD62c. คุณเคยพบกับผู้ให้การรักษามาแล้วทั้งหมดกี่คน เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใดแบบนี้ของคุณ

จำนวนผู้ให้การรักษา _____ คน
ไม่ทราบ..... 98
ไม่ตอบ..... 99

*PD64. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา คุณได้รับการรักษาอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใดแบบนี้ของคุณ หรือไม่

ได้รับ.....	1
ไม่ได้รับ.....	5
ไม่ทราบ.....	8
ไม่ตอบ.....	9

*PD65. คุณเคยต้องนอนค้างคืนในโรงพยาบาลเพื่อรักษาอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใดแบบนี้ของคุณ หรือไม่

เคย.....	1	
ไม่เคย.....	5	ข้ามไปข้อ *PD65.1
ไม่ทราบ.....	8	ข้ามไปข้อ *PD65.1
ไม่ตอบ.....	9	ข้ามไปข้อ *PD65.1

*PD65a. ครั้งแรกที่คุณต้องนอนค้างคืนในโรงพยาบาล (เพื่อรักษาอาการที่เกิดขึ้นนี้) ตอนนั้นคุณอายุเท่าไร

อายุ _____ ปี	
ไม่ทราบ.....	998
ไม่ตอบ.....	999

*P65.1. คุณมีญาติสายตรงกี่คน (รวมถึง พ่อ-แม่-พี่น้องแท้ๆ และลูก) ที่เคยมีอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใดแบบนี้

จำนวน _____ คน	
ไม่ทราบ.....	998
ไม่ตอบ.....	999

*PD66. ผู้สัมภาษณ์ตรวจสอบ: คู่มืออ้างอิงหน้าที่ 1 ชุดคัดกรอง
และข้ามไปชุดถัดไปตามที่กำหนด

ข้อ *SC30 มีภาพบทนำข้อ.....	3	ข้ามไปชุดที่ 7 ข้อ *AG1 หน้า 7-1
ข้อ *SC26 มีภาพบทนำข้อ.....	4	ข้ามไปชุดที่ 8 ข้อ *G1 INTRO 1 หน้า 8-1
ข้อ *SC26a มีภาพบทนำข้อ.....	5	ข้ามไปชุดที่ 8 ข้อ *G1 INTRO 2 หน้า 8-1
ข้อ *SC26b มีภาพบทนำข้อ.....	6	ข้ามไปชุดที่ 8 ข้อ *G1 INTRO 3 หน้า 8-1
ข้อ *SC20.1 มีภาพบทนำข้อ.....	7	ข้ามไปข้อ *PD67
ข้อ *SC20.2 มีภาพบทนำข้อ.....	8	ข้ามไปชุดที่ 9 ข้อ *IED3 INTRO 4 หน้า 9-1
ข้อ *SC20.3 มีภาพบทนำข้อ.....	9	ข้ามไปชุดที่ 9 ข้อ *IED3 INTRO 5 หน้า 9-2
คำตอบอื่น	10	ข้ามไปชุดที่ 10 ข้อ *SD1 หน้า 10-1

*PD67. ผู้สัมภาษณ์ตรวจสอบ: คู่มืออ้างอิงหน้าที่ 1 ชุดคัดกรอง

ข้อ *SC20.2 มีภาพบทนำข้อ.....	1	ข้ามไปชุดที่ 9 ข้อ *IED3 INTRO 1 หน้า 9-1
ข้อ *SC20.3 มีภาพบทนำข้อ.....	2	ข้ามไปชุดที่ 9 ข้อ *IED3 INTRO 2 หน้า 9-1
คำตอบอื่น	3	ข้ามไปชุดที่ 9 ข้อ *IED3 INTRO 3 หน้า 9-1

ภาคผนวก ค

ทีมวิจัยภาคสนาม

**รายชื่อทีมเก็บข้อมูลภาคสนามจากหน่วยงานต่างๆ สังกัดกรมสุขภาพจิต
การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทย ระดับชาติปี พ.ศ. 2556**

ทีม 1 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1.1	นางกาญจนา	เหมะรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	หัวหน้าทีม
1.2	นางสาวกาญจนา	สุทธิเนียม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
1.3	นางสาวชลพร	ทองคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
1.4	นางสาววัลลภา	สำราญเวทย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และ ผู้เก็บข้อมูล
1.5	แพทย์หญิงปริญสุทธิ์	อินทสุพรรณ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ผู้เก็บข้อมูล
1.6	นางสาววัฒนภรณ์	พิบูลย์อาลักษณ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
1.7	นางสาวนิตยา	เลิศศิริสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
1.8	นางสาวนิรมล	ปะนะสุณา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
1.9	นางสาวรัชณี	ปานเพชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
1.10	นางสาวกาญจนารมณ	พรหมจันทะ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
1.11	นางสาวเวนิช	บุราชรินทร์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
1.12	นางสาวจิวิไล	ไตรจักร์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
1.13	นางกาญจนา	สุดใจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
1.14	นางสาวสาวิตรี	แสงสว่าง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
1.15	นางฐปนีย์	พุมลเจริญ	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ	ผู้เก็บข้อมูล
1.16	นายชลอศักดิ์	ลักษณะวงศ์ศรี	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
1.17	นางสาวรัตนวรรณ	มอบนรินทร์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
1.18	นางสาวคันสนีย์	ตรีสาร	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
1.19	นางสาวพรยุพา	ธัญภัทรกุล	เภสัชกรปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
1.20	นางสาวเบญจมา	วิชัยชนะกุล	พนักงานประจำห้องยา	ผู้เก็บข้อมูล
1.21	นางสาวสุพินญา	พิศสะอาด	นักจัดการงานทั่วไป	ผู้เก็บข้อมูล
1.22	นางสาวผุดผาด	เพียรเจริญ	พนักงานประจำห้องยา	ผู้เก็บข้อมูล
1.23	นายวิทวัช	สุจริต	พนักงานบริการ	ผู้เก็บข้อมูล
1.24	นายองอาจ	เชียงแขก	นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
1.25	นางสาวณัชรศร	กันจู	นักกายภาพบำบัด	ผู้เก็บข้อมูล

1.26	นางสาวธิติมา	ณรงค์ศักดิ์	นักกายภาพบำบัด	ผู้เก็บข้อมูล
1.27	นายกฤตชัย	แก้วยศ	นักวิชาการศึกษา	ผู้เก็บข้อมูล

ทีม 2 สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

2.1	นางรติยา	พัฒนกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	หัวหน้าทีมและผู้เก็บข้อมูล
2.2	นางสาวมนต์สิริ	ธรรมศรี	เภสัชกรชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
2.3	นางสุกัลลักษณ์	ชัยภานุเกียรติ	นักวิชาการศึกษาพิเศษชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
2.4	นางหนึ่งฤทัย	ยี่สุนศรี	นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
2.5	นางสาวณัฐพร	ชินนาค	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล

ทีม 3 สถาบันราชานุกูล

3.1	นายประเสริฐ	จุฑา	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ	หัวหน้าทีม Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
3.2	นางสาวจินตนา	กันทนงค์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor
3.3	นางสาวศิวาติทย์	สุวัฒน์พัฒนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor
3.4	นางวิยะดา	เมภัสสกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
3.5	นางสาวหทัยชนก	สุระเสียง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
3.6	นางอรรวรรณ	จุศิริพงษ์กุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
3.7	นายฉลอง	วงศ์สุรินทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
3.8	นางอุดมลักษณ์	हारทำค้อ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
3.9	นางสาวอมรรัตน์	ศรีผดุง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
3.10	นางสาวกาญจนา	ชมอาวุธ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
3.11	นางสาวเบญจวรรณ	ภูซัน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
3.12	นางวาธิษา	โนภีระ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
3.13	นางสาวมณฑิกา	ประชากิจ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
3.14	นางอารีย์	แดงโสภณ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล

ทีม 4 โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

4.1	นางสาวพิมพ์รภัช	วัฒนศึกษา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	หัวหน้าทีมและผู้เก็บข้อมูล
4.2	นายปกรณ	แจ่มประเสริฐ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
4.3	นางสาวกนกธร	นันททรัพย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
4.4	นางสาวชัตติยา	ยีนยง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล

4.5	นางสาวเสาวนีย์	บัวลา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
4.6	นางสาวอรุณกมล	ทราบรัมย์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
4.7	นางสาวอรพิตชัย	นิมน้อย	พยาบาลวิชาชีพ	ผู้เก็บข้อมูล
4.8	นางสาวมนัสวรรณ	ชาวสามทอง	พยาบาลวิชาชีพ	ผู้เก็บข้อมูล
4.9	นางสาวสุรรัตน์	คนสิน	พยาบาลวิชาชีพ	ผู้เก็บข้อมูล
4.10	นางสาวธิดา	พลรักษา	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
4.11	นางสาวสุรินทร์ดา	อาสาราช	นักจิตวิทยาคลินิก	ผู้เก็บข้อมูล

ทีม 5 โรงพยาบาลศรีธัญญา

5.1	นางสาวทองใบ	ชื่นสกุลพงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	หัวหน้าทีม Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
5.2	นางสาวพนาวัลย์	จำประเสริฐ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
5.3	นางสาวบุญชู	ยุทธพลไพบูลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
5.4	นางสาวรัตนภัส	คงพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
5.5	นางสาวชนินทร์ทิพย์	อินทะสืบ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
5.6	นางสาวนิตยา	สุริยะพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
5.7	นางพยอม	สิทธิพรธมา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
5.8	นางภัทราวรรณ	สุนทโร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
5.9	นางทัศนาศ	เดชขจร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
5.10	นางสาวจรัสพัทธ์	วงศ์วิจารณ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
5.11	นายธนยศ	เทียนศรี	นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
5.12	นางสาวเกสินี	ศิริวงศ์	นักกิจกรรมบำบัดปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
5.13	นายสมิทธิ์	เอกปิยะกุล	นักจิตวิทยา	ผู้เก็บข้อมูล
5.14	นางสาวปนัดดา	ประณพนันท์	นักจิตวิทยาคลินิก	ผู้เก็บข้อมูล

ทีม 6 สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

6.1	นางสาวเบญจวรรณ	สามสาลี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	หัวหน้าทีม
6.2	นางยุพิน	ดุ่มโหมด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
6.3	นางสุดสาคร	จำนัณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
6.4	นางสาวสมลักษณ์	เดิดขุนทด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
6.5	นางสาวเพ็ญพรรณ	ชิตวร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
6.6	นางสาวอรพรรณ	เสนาะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล

6.7	นางสาวพัชรี	วัฒนาเมธี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
6.8	นางสาวกัณฑ์ฤทัย	ปานทอง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
6.9	นางสาวศิริพรรณ	ธนนชัย	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
6.10	นางยุวดี	มณีสอดแสง	นักสังคมสงเคราะห์	ผู้เก็บข้อมูล
6.11	นายมานิจ	คณาธรรม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
6.12	นายจรรุวรรณ	เหมือนสุดใจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล

ทีม 7 โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ และศูนย์สุขภาพจิตที่ 1, 3

7.1	นายวิทยา	ชมนาวัง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	หัวหน้าทีม Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
7.2	นางกมลรัตน์	กิตติชัยโรจน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
7.3	นางสาวพณีย์	ดวงจรัส	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
7.4	นางสาวฉิมมาลี	ธรรมมา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
7.5	นายศุภวรรตพงษ์กุล	พูนอาด	นักสังคมสงเคราะห์	ผู้เก็บข้อมูล
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1				
7.6	นางลือจรรยา	ธนภักดิ์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
7.7	นางสาวจริยา	สอนภักดี	นักจิตวิทยาชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3				
7.8	นางสาวยุวศรี	กลีบโกมุท	นักจิตวิทยาชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
7.9	นางสาวสุนทรี	เรือนตระกูล	นักจิตวิทยาชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
7.10	นายธนะศักดิ์	โกยทา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
7.11	นางสาวธนิชา	จันทร์ตรา	นักวิชาการเผยแพร่	ผู้เก็บข้อมูล

ทีม 8 โรงพยาบาลสวนปรุง และศูนย์สุขภาพจิตที่ 10

8.1	นางสาวมธุรี	คำวงศ์ปิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	หัวหน้าทีมและผู้เก็บข้อมูล
8.2	นางพุลทรัพย์	วงศ์วรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
8.3	นางสาวณัฐญา	กาใหญ่	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
8.4	นางสาวชลีพร	แสนไชย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
8.5	นางสาวเกษรินทร์	พวงมาลัย	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
8.6	นางสาวชมัยพร	จันทร์ศิริ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
8.7	นางสาวกาญจนา	ปิงจันทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
8.8	นางศศิธร	ชอบดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
8.9	นางพัชรินทร์	แก้วสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
8.10	นางสาวจันทร์ศิริ	มีดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล

8.11	นางสาวสายทอง	อินเพลา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
8.12	นางสาววิมลวรรณ	คำลือ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
8.13	นางสาวกาญจนา	ระสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
8.14	นางสาวรชยา	ปัญญรัตน์	พยาบาลเทคนิคชำนาญาน	ผู้เก็บข้อมูล
8.15	นางสุพรรณิ	ถาดิต	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
8.16	นางสาวสินีนถ	ขุนวิชิต	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
8.17	นางสาวฐานิยา	สุทะปา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
8.18	นางสาวจงรักษ์	ฐานวรกุล	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
8.19	นางชุดิกาญจน์	ทองสุข	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
8.20	นางสาวชญาณิน	ทัพหิรันดร์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
8.21	นางสาวจินตนา	สุปิณะ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
8.22	นางสาวพัชรวลี	ปันศักดิ์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
8.23	นางสาวกาญจนา	ศรีบุญเรือง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
8.24	นางสาวรวินันท์	ใจเงิน	พยาบาลวิชาชีพ	ผู้เก็บข้อมูล
8.25	นางสาววนิดา	มูลกันทา	พยาบาลวิชาชีพ	ผู้เก็บข้อมูล
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10				
8.26	นางสุรินทร์	อิวปา	นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
8.27	นางสาวศรัณญา	พรมเสนา	นักวิชาการสาธารณสุข	ผู้เก็บข้อมูล

ทีม 9 สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์

9.1	นายรณสิงห์	รือเรือง	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ	หัวหน้าทีม Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
9.2	นางสาวกาญจนา	อินตะแสน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
9.3	นางสาวดวงพร	หน่อคำ	นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
9.4	นางสาวเสาวรส	แก้วหิรัญ	นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
9.5	นายเกริกชัย	พิชัย	นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
9.6	นางสาวดรณี	จันทร์หล้า	นักจิตวิทยาคลินิก	ผู้เก็บข้อมูล
9.7	นางสาวศุภิญญา	เอี่ยมสุดแสง	นักจิตวิทยาคลินิก	ผู้เก็บข้อมูล
9.8	นางสาวธิดารัตน์	ประสิงห์	นักวิชาการศึกษาพิเศษ	ผู้เก็บข้อมูล
9.9	นางสาวปณยุช	คงจักร	นักวิชาการศึกษาพิเศษ	ผู้เก็บข้อมูล
9.10	นายทักษิณญ์	เตรียภิมย์	นักกายภาพบำบัด	ผู้เก็บข้อมูล
9.11	นายจิระวัฒน์	ขันติธรางกูร	นักกายภาพบำบัด	ผู้เก็บข้อมูล

ทีม 10 โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์

10.1	นางสาวบุษยา	ศรีวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	หัวหน้าทีม Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
10.2	นางศรัณยา	ทองจีน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
10.3	นางสาวพรรณิภรณ์	พลยศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
10.4	นางราตรี	ภูบุญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
10.5	นางสนาม	บินชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
10.6	นายอัชมา	หรัยลอย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
10.7	นางสาวสรินดา	น้อยสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
10.8	นางจันทนา	เนตรศิริ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
10.9	นางรังสียา	แถวสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
10.10	นางสาวสุพิน	ภูเพ็ชร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
10.11	นางปัทมา	กิตติศรีวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
10.12	นางสาวพรเพ็ญ	สุขสำราญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล

ทีม 11 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

11.1	นางพันธ์ทิพย์	โกศลวัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	หัวหน้าทีม และผู้เก็บข้อมูล
11.2	นายวราห์	คำคม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
11.3	นายสุพรรณ	การกล้า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
11.4	นางหทัยรัตน์	ดิษฐ์อึ้ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
11.5	นางสุภาภรณ์	ทองเบญจมาศ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
11.6	นางอรสา	ศรีเสริม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
11.7	นางสาวสุธิดา	ดีเพชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
11.8	นางสุภาพร	แก้วกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
11.9	นายองอาจ	ธานี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
11.10	นางจิตตาพร	ถนัดช่างแสง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
11.11	นางวิภาดา	พุ่มโพธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
11.12	นางสาวฉวีวรรณ	บุญฤกษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
11.13	นางอรศรี	แก้วอ่อน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
11.14	นางเพ็ญภา	อนุการ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
11.15	นายรัชชัย	พละศักดิ์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล

ทีม 12 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ และศูนย์สุขภาพจิตที่ 5

12.1	นางสาวนิศากร	แก้วพิลา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	หัวหน้าทีม Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
12.2	นายแพทย์อธิบ	ตันอารีย์	นายแพทย์ชำนาญการ	Supervisor
12.3	นางลลิตา	อันอามาตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
12.4	นางสาวนฤมล	สุริยะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
12.5	นางสาวดวงกมล	สระบุรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
12.6	นางสมจิต	พีพิมาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
12.7	นางสาวประณีต	ชุ่มพุดรา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
12.8	นางวิษญรัตน์	วรโชติรัตนวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
12.9	นายสันทัต	ธีรพัฒน์พงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
12.10	นายณภัทร	วรากรอมรเดช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
12.11	นายดำรงพล	จันทร์สด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
12.12	นางวิยะดา	พันธ์โชติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
12.13	นางรัชดาภรณ์	หลังสันเทียะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
12.14	น.ต.หญิงปริมประภา	มากชุมแสง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
12.15	นายบุญเลิศ	บุญทิพย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5				
12.16	นางสาวสุกัญญา	นามวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุข	ผู้เก็บข้อมูล

ทีม 13 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ และศูนย์สุขภาพจิตที่ 6

13.1	นางชนิษฐา	สนเทห์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	หัวหน้าทีมและผู้เก็บข้อมูล
13.2	นางสาวจิตารัตน์	พิมพ์ดีด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
13.3	นายธนิต	โคตมะ	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ	ผู้เก็บข้อมูล
13.4	นายพรดุษิต	คำมีสินนท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
13.5	นางศุภรัตน์	เวชสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
13.6	นางยุพิน	สีกงพลี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
13.7	นางราตรี	ธีรวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
13.8	นางศิริวรรณ	ฤกษ์ธนะขจร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 6				
13.9	นางสาวชลิตา	สาโรจน์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
13.10	นางสาวกุลิสรา	พิศาลเอก	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล

ทีม 14 โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

14.1	นางสาวเกษสุตา	ภิญโญพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	หัวหน้าทีม และผู้เก็บข้อมูล
14.2	นายวิชัย	ลิขสิทธิ์ดำรงกุล	เภสัชกรชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
14.3	นางทิพย์พฐ	จันทน์เรืองทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
14.4	นางสาวธิดา	ทัลคำมูล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
14.5	นางณิรวรรณ	กุลวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
14.6	นางนวลฉวี	ทาระวัฒน์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
14.7	นางสาวนัฐญา	ชานูวัฒน์	นักจิตวิทยา	ผู้เก็บข้อมูล
14.8	นางศิริลักษณ์	อินอิม	นักจัดการงานทั่วไป	ผู้เก็บข้อมูล

ทีม 15 โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

15.1	นางสาวเบญจา	นันทนวล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	หัวหน้าทีมและผู้เก็บข้อมูล
15.2	นายวิรัช	วัฒนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
15.3	นางสาวอภัสรา	เหล่าทะนันท	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
15.4	นางสาวณัฏฐพัชร	สุนทโรวิทย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
15.5	นางสาวกรรณิกา	อักษรทอง	นักจิตวิทยาคลินิก	ผู้เก็บข้อมูล
15.6	นายชาญชัย	ธรรมงาม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
15.7	นางสาวกานต์พิชชา	แสนบุตรดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
15.8	นางสาวพุดิชาดา	จันทะคุณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
15.9	นายสงคราม	จันทร์เพชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล

ทีม 16 โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และศูนย์สุขภาพจิตที่ 12

16.1	นางสาวกัณตวรรณ	มากวิจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	หัวหน้าทีม Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
16.2	นางสมาลี	ผลพิบูลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
16.3	นางจิราพันธ์	หลักฉั่ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
16.4	นายบรรณวิชัย	เพชรสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
16.5	นางสาวนันท์พร	ศรีนัม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
16.6	นางกัญญา	เทพโอสถ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
16.7	นางกนกวรรณ	บุญเสริม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
16.8	นางพัทธนันท์	อินสระโร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
16.9	นางสาวสุภาพ	แสงดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล

16.10	นางสาวนิรมล	คงประดิษฐ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
16.11	นางวรางคณา	มุสิกไชย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
16.12	นางมัลลิกา	ชัยเพ็ชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
16.13	นายสรารุณี	มุสิกพงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
16.14	นางสาวญาณิ	อภัยภักดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
16.15	นางสาวพรทิพย์	กระจ่างพัฒน์วงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
16.16	นางสาวระเปียบ	สงวนเขียว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
16.17	นางอรุณลักษณ์	อุทกะพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
16.18	นายจิระวัฒน์	สำเภา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
16.19	นางสยาภรณ์	เดชดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
16.20	นางวลีพร	จันทโชติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
16.21	นางสาวจินตนา	อมรชาติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
16.22	นางดุขฎิ	อุดมอิทธิพงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
16.23	นางสาวสุรตนา	มะดาอิง	นักสังคมสงเคราะห์	ผู้เก็บข้อมูล
16.24	นายบัณฑิต	คงประสิทธิ์	นักจิตวิทยา	ผู้เก็บข้อมูล
16.25	นายกฤตภัทร	วชิรปรัชฐา	นักจิตวิทยา	ผู้เก็บข้อมูล
16.26	นางสาวอัญชลี	บุญรัตน์	นักจิตวิทยา	ผู้เก็บข้อมูล
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12				
16.27	นางสาวสุวัฒนา	ลิ้มยุ่นทรง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล

ทีม 17 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

17.1	นางสาวพรทิพย์	โพธิ์ครูประเสริฐ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	หัวหน้าทีม Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
17.2	ว่าที่ รต.ธีรยุทธ	เกิดสังข์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
17.3	นางศลิษา	แก้วเหล็ก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
17.4	นางสาวอรพรรณ	ลิ้มพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
17.5	นายวิทยา	บุญชิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	Supervisor และผู้เก็บข้อมูล
17.6	นางจรินทร์ยา	เพชรน้อย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
17.7	นางสาวจุไรรัตน์	ราชไมตรี	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้เก็บข้อมูล
17.8	นางวจิรา	ณ บำรุง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
17.9	นางวัลยา	ภิญญาคง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
17.10	นางสุภาวดี	คุ้มสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล

17.11	นางศรีรัตน์	มาเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
17.12	นางสุภาคินี	ใจห้าว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
17.13	นายอำนาจ	ปานเพชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
17.14	นางสาวฉวีวรรณ	แสงสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
17.15	นางพิมลศรี	จิณา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
17.16	นางสาวประไพพร	เพชรประดับสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
17.17	นางสาวสิริวรรณ	หวังอินทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
17.18	นางสาวอุบุญรัตน์	ธรีราช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
17.19	นางสำรวย	พาลเสื่อ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
17.20	นางสาวปดดา	เหมโล๊ะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
17.21	นางสาวเกศกมล	วรรณนุช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
17.22	นางสาวอณัญชา	ศักดิ์ดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้เก็บข้อมูล
17.23	นางสาววัชรภรณ์	วงศ์สุวรรณ	นักสังคมสงเคราะห์	ผู้เก็บข้อมูล

ภาคผนวก ง
พื้นที่เก็บข้อมูล

พื้นที่การสำรวจระดับวิทยาสุภาพจิตของคนไทย ระดับชาติ ปี พ.ศ.2556

จำแนกเป็นราย EA จังหวัด และภาค

ตารางที่ 1 สรุปจำนวน EA ที่เก็บข้อมูล จำแนกตามพื้นที่ใน-นอกเขตเทศบาล รายภาค และจังหวัด

ภาค	จังหวัด	จำนวน EA รวม	จำนวน อำเภอ รวม	จำนวน ตำบล รวม	ในเขตเทศบาล			นอกเขตเทศบาล		
					เขต/ อำเภอ	ตำบล	จำนวน EA	เขต/ อำเภอ	ตำบล	จำนวน EA
กทม./53EA	กทม.	53	4	15	4	15	53			
กลาง/53EA	นนทบุรี	19	6	12	3	7	13	4	5	6
	สระบุรี	10	4	8	2	2	4	4	6	6
	จันทบุรี	7	6	7	3	4	4	3	3	3
	สุพรรณบุรี	11	9	11	4	4	4	6	7	7
	เพชรบุรี	6	3	6	2	2	2	2	4	4
เหนือ/53EA	เชียงใหม่	25	14	24	9	15	16	6	9	9
	สุโขทัย	11	6	11	2	3	3	5	8	8
	เพชรบูรณ์	17	8	16	2	2	3	8	14	14
ตะวันออก เฉียงเหนือ / 53EA	อุบลราชธานี	18	13	17	3	4	5	10	13	13
	ชัยภูมิ	10	4	19	1	2	3	4	7	7
	อุดรธานี	13	11	13	5	6	6	7	7	7
	มหาสารคาม	8	5	8	2	2	2	3	6	6
	มุกดาหาร	4	4	4	2	2	2	2	2	2
ใต้/53EAคน	นครศรีธรรมราช	31	17	28	8	10	10	14	18	21
	ระนอง	11	5	8	3	5	7	3	3	4
	สตูล	11	4	11	2	2	2	4	9	9
รวม		265	123	218	53	72	139	85	121	126

ตารางที่ 2 รายชื่อ EA จังหวัดกรุงเทพมหานคร

PSU_NO	อำเภอ		ตำบล		EA	หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	เขตเทศบาล
	รหัส	ชื่อ	รหัส	ชื่อ				
001	04	บางรัก	02	สีลม	010			ใน
002	04	บางรัก	02	สีลม	018			ใน
003	04	บางรัก	02	สีลม	026			ใน
004	04	บางรัก	02	สีลม	049			ใน
005	04	บางรัก	05	สีพระยา	021			ใน
006	04	บางรัก	05	สีพระยา	032			ใน
007	35	จอมทอง	01	บางขุนเทียน	084			ใน
008	35	จอมทอง	01	บางขุนเทียน	089			ใน
009	35	จอมทอง	02	บางค้อ	066			ใน
010	35	จอมทอง	02	บางค้อ	090			ใน
011	35	จอมทอง	03	บางมด	020			ใน
012	35	จอมทอง	03	บางมด	025			ใน
013	35	จอมทอง	03	บางมด	038			ใน
014	35	จอมทอง	03	บางมด	075			ใน
015	35	จอมทอง	03	บางมด	105			ใน
016	35	จอมทอง	03	บางมด	107			ใน
017	35	จอมทอง	04	จอมทอง	004			ใน
018	35	จอมทอง	04	จอมทอง	005			ใน
019	35	จอมทอง	04	จอมทอง	081			ใน
020	35	จอมทอง	04	จอมทอง	121			ใน
021	45	วังทองหลาง	01	วังทองหลาง	278			ใน
022	45	วังทองหลาง	01	วังทองหลาง	310			ใน
023	45	วังทองหลาง	01	วังทองหลาง	322			ใน
024	45	วังทองหลาง	02	สะพานสอง	031			ใน
025	45	วังทองหลาง	03	คลองเจ้าคุณสิงห์	054			ใน
026	45	วังทองหลาง	03	คลองเจ้าคุณสิงห์	092			ใน
027	45	วังทองหลาง	03	คลองเจ้าคุณสิงห์	115			ใน
028	45	วังทองหลาง	03	คลองเจ้าคุณสิงห์	117			ใน
029	45	วังทองหลาง	03	คลองเจ้าคุณสิงห์	138			ใน
030	45	วังทองหลาง	03	คลองเจ้าคุณสิงห์	149			ใน
031	45	วังทองหลาง	03	คลองเจ้าคุณสิงห์	166			ใน
032	45	วังทองหลาง	04	คลองพลับพลา	180			ใน
033	45	วังทองหลาง	04	คลองพลับพลา	342			ใน
034	45	วังทองหลาง	04	คลองพลับพลา	445			ใน
035	45	วังทองหลาง	04	คลองพลับพลา	477			ใน
036	45	วังทองหลาง	04	คลองพลับพลา	564			ใน
037	45	วังทองหลาง	04	คลองพลับพลา	570			ใน

ตารางที่ 2 รายชื่อ EA จังหวัดกรุงเทพมหานคร (ต่อ)

PSU_NO	อำเภอ		ตำบล		EA	หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	เขตเทศบาล
	รหัส	ชื่อ	รหัส	ชื่อ				
038	46	คลองสามวา	01	สามวาตะวันตก	018			ใน
039	46	คลองสามวา	01	สามวาตะวันตก	058			ใน
040	46	คลองสามวา	01	สามวาตะวันตก	114			ใน
041	46	คลองสามวา	02	สามวาตะวันออก	016			ใน
042	46	คลองสามวา	03	บางชัน	022			ใน
043	46	คลองสามวา	03	บางชัน	023			ใน
044	46	คลองสามวา	03	บางชัน	058			ใน
045	46	คลองสามวา	03	บางชัน	056			ใน
046	46	คลองสามวา	03	บางชัน	062			ใน
047	46	คลองสามวา	03	บางชัน	127			ใน
048	46	คลองสามวา	03	บางชัน	151			ใน
049	46	คลองสามวา	03	บางชัน	164			ใน
050	46	คลองสามวา	03	บางชัน	194			ใน
051	46	คลองสามวา	03	บางชัน	225			ใน
052	46	คลองสามวา	04	ทรายกองดิน	008			ใน
053	46	คลองสามวา	05	ทรายกองดินใต้	015			ใน

ตารางที่ 3 รายชื่อ EA จังหวัดนนทบุรี

PSU_NO	อำเภอ		ตำบล		EA	หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	เขตเทศบาล
	รหัส	ชื่อ	รหัส	ชื่อ				
001	01	เมืองนนทบุรี	02	ตลาดขวัญ	092			ใน
002	01	เมืองนนทบุรี	03	บางเขน	007			ใน
003	01	เมืองนนทบุรี	03	บางเขน	015			ใน
004	01	เมืองนนทบุรี	03	บางเขน	016			ใน
005	01	เมืองนนทบุรี	03	บางเขน	065			ใน
006	01	เมืองนนทบุรี	03	บางเขน	141			ใน
007	01	เมืองนนทบุรี	04	บางกระสอ	013			ใน
008	01	เมืองนนทบุรี	04	บางกระสอ	083			ใน
009	02	บางกรวย	07	มหาสวัสดิ์	002			ใน
010	06	ปากเกร็ด	03	บ้านใหม่	162			ใน
011	06	ปากเกร็ด	03	บ้านใหม่	161			ใน
012	06	ปากเกร็ด	04	บางพูด	092			ใน
013	06	ปากเกร็ด	12	คลองเกลือ	011			ใน
001	01	เมืองนนทบุรี	08	บางกร่าง	004	10	บางประโคน, วัดประหารังสรรค์, บางประโคน	นอก

ตารางที่ 3 รายชื่อ EA จังหวัดนนทบุรี (ต่อ)

PSU_NO	อำเภอ		ตำบล		EA	หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	เขตเทศบาล
	รหัส	ชื่อ	รหัส	ชื่อ				
002	03	บางใหญ่	06	บ้านใหม่	009	04	วัดต้นเชือก	นอก
003	04	บางบัวทอง	07	พิมลราช	024	03	กล้วย, ลุมพินี	นอก
004	04	บางบัวทอง	08	บางรักพัฒนา	003	06	บางไผ่	นอก
005	04	บางบัวทอง	08	บางรักพัฒนา	052	12	รัตนภิรมย์	นอก
006	05	ไทรน้อย	07	ทวีวัฒนา	009	04	คลองสอง	นอก

ตารางที่ 4 รายชื่อ EA จังหวัดสระบุรี

PSU_NO	อำเภอ		ตำบล		EA	หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	เขตเทศบาล
	รหัส	ชื่อ	รหัส	ชื่อ				
001	01	เมืองสระบุรี	01	ปากเปรี้ยว	003			ใน
002	01	เมืองสระบุรี	01	ปากเปรี้ยว	007			ใน
003	01	เมืองสระบุรี	01	ปากเปรี้ยว	0.4			ใน
004	02	แก่งคอย	02	ทับทิม	028			ใน
001	01	เมืองสระบุรี	09	หนองยาว	013	02	หนองยาวใต้	นอก
002	02	แก่งคอย	10	ชะอม	008	07	โคกกระชาย	นอก
003	02	แก่งคอย	11	สองคอน	003	10	หนองโคก, พระพุทธรูปน้อย	นอก
004	09	พระพุทธบาท	03	ธารเกษม	006	03	ภูเขาทอง, ตรีบุญโสภณ	นอก
005	09	พระพุทธบาท	07	ห้วยป่าหวาย	005	14	โพธิ์ใต้	นอก
006	11	มวกเหล็ก	02	มิตรภาพ	003	04	ซับพริก	นอก

ตารางที่ 5 รายชื่อ EA จังหวัดจันทบุรี

PSU_NO	อำเภอ		ตำบล		EA	หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	เขตเทศบาล
	รหัส	ชื่อ	รหัส	ชื่อ				
001	06	แหลมสิงห์	01	ปากน้ำแหลมสิงห์	008			ใน
002	06	แหลมสิงห์	05	คลองน้ำเค็ม	001			ใน
003	07	สอยดาว	03	ทับช้าง	009			ใน
004	10	เขาคิชฌกูฏ	03	ตะเคียนทอง	005		ม.6 ข้าแคว	ใน
001	01	เมืองจันทบุรี	10	หนองบัว	003	11	เสม็ดงาม, เสม็ดงามบน	นอก
002	02	ขลุง	09	วังสรรพรส	003	01	ดอน, หนองบัว	นอก
003	09	นายายอาม	06	วังใหม่	009	05	ห้วงโมกข์	นอก

ตารางที่ 6 รายชื่อ EA จังหวัดสุพรรณบุรี

PSU_NO	อำเภอ		ตำบล		EA	หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	เขตเทศบาล
	รหัส	ชื่อ	รหัส	ชื่อ				
001	02	เดิมบางนางบวช	06	ทุ่งคลี	006		ม.2 บ้านคูเมือง	ใน
002	07	สองพี่น้อง	12	ทุ่งคอก	002			ใน
003	08	สามชุก	03	สามชุก	009			ใน
004	09	อู่ทอง	03	จรเข้สามพัน	002		ม.14 บ้านเนินสมบัติ	ใน
001	01	เมืองสุพรรณบุรี	20	สนามคลี	003	04	สำนักตะฆ่า	นอก
002	04	บางปลาม้า	05	กฤษณา	004	03	ศพเพลิง,กฤษณา	นอก
003	05	ศรีประจันต์	07	วังห้ว	007	06	ดอนกระต่าย,หน้าวัดเกาะ	นอก
004	06	ดอนเจดีย์	03	ไร่รถ	009	05	ช่องพิกุล	นอก
005	06	ดอนเจดีย์	05	ทะเลบก	007	01	หนองทราย	นอก
006	07	สองพี่น้อง	14	บ่อสุพรรณ	011	18	หนองขุย	นอก
007	10	หนองหญ้าไซ	05	หนองขาม	010	07	ห้วยน้ำจันทร์	นอก
012	06	ปากเกร็ด	04	บางพูด	092			ใน
013	06	ปากเกร็ด	12	คลองเกลือ	011			ใน
001	01	เมืองนนทบุรี	08	บางกร่าง	004	10	บางประโคน, วัดประชารังสรรค์, บางประโคน	นอก
002	03	บางใหญ่	06	บ้านใหม่	009	04	วัดต้นเชือก	นอก
003	04	บางบัวทอง	07	พิมลราช	024	03	กล้วย,ลุมพินี	นอก
004	04	บางบัวทอง	08	บางรักพัฒนา	003	06	บางไผ่	นอก
005	04	บางบัวทอง	08	บางรักพัฒนา	052	12	รัตนภิรมย์	นอก
006	05	ไทรน้อย	07	ทวีวัฒนา	009	04	คลองสอง	นอก

ตารางที่ 7 รายชื่อ EA จังหวัดเพชรบุรี

PSU_NO	อำเภอ		ตำบล		EA	หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	เขตเทศบาล
	รหัส	ชื่อ	รหัส	ชื่อ				
001	01	เมืองเพชรบุรี	17	หาดเจ้าสำราญ	002			ใน
002	05	ท่ายาง	04	หนองจอก	002			ใน
001	05	ท่ายาง	02	ท่าคอย	003	07	สระพระ	นอก
002	08	แก่งกระจาน	01	แก่งกระจาน	007	10	พุเข็ม	นอก
003	08	แก่งกระจาน	03	วังจันทร์	002	05	หนองสะแก	นอก
004	08	แก่งกระจาน	06	ห้วยแม่เพรียง	004	04	หนองน้ำดำ	นอก

ตารางที่ 8 รายชื่อ EA จังหวัดเชียงใหม่

PSU_NO	อำเภอ		ตำบล		EA	หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	เขตเทศบาล
	รหัส	ชื่อ	รหัส	ชื่อ				
001	01	เมืองเชียงใหม่	06	วัดเกต	067			ใน
002	01	เมืองเชียงใหม่	07	ช้างเผือก	065			ใน
003	01	เมืองเชียงใหม่	13	หนองป่าครั่ง	039			ใน
004	01	เมืองเชียงใหม่	16	สันผีเสื้อ	002		ม.1 ป่าข่อยเหนือ	ใน
005	02	จอมทอง	07	ดอยแก้ว	002			ใน
006	04	เชียงดาว	02	เมื่อนะ	011		ม.14 ใหม่สามัคคี	ใน
007	07	แมริม	03	สันโป่ง	013		ม.6 หม้อ	ใน
008	11	พร้าว	01	เวียง	008			ใน
009	13	สันกำแพง	13	สันกลาง	002		ม.2 มอญใต้	ใน
010	14	สันทราย	08	หนองหาร	019			ใน
011	19	สารภี	04	ไชยสถาน	001		ม.4 นันทาราม, ต้นยางหลวง	ใน
012	19	สารภี	04	ไชยสถาน	009		ม.2 ศรีสองเมือง	ใน
013	19	สารภี	06	หนองแฝก	006		ม.1 หนองสีแจ่ง	ใน
014	19	สารภี	07	หนองผึ่ง	010			ใน
015	19	สารภี	11	สันทราย	009		ม.10 สันทรายมหาวงศ์, สันทราย	ใน
016	24	ดอยหล่อ	03	ยางคราม	008		ม.9 ห้วยรากไม้บน	ใน
001	10	แม่อาย	03	สันต้นหม้อ	003	12	ดอนใหม่	นอก
002	10	แม่อาย	05	ท่าตอน	013	08	ใหม่หมอกจ้าม	นอก
003	12	สันป่าตอง	05	แม่ก้ำ	007	07	สันคอกช้าง	นอก
004	12	สันป่าตอง	06	บ้านแม่	007	07	ร้องขุ่ม	นอก
005	13	สันกำแพง	11	ห้วยทราย	004	04	สันเข้าแคบกลาง	นอก
006	17	ดอยเต่า	01	ดอยเต่า	009	10	ดอยเต่าใต้	นอก
007	17	ดอยเต่า	06	โป่งทุ่ง	001	09	แม่ตูป, แม่ตุม	นอก
008	18	อมก๋อย	01	อมก๋อย	012	07	ผาปูน	นอก
009	21	ไชยปราการ	02	ศรีดงเย็น	009	05	อ้าย	นอก

ตารางที่ 9 รายชื่อ EA จังหวัดสุโขทัย

PSU_NO	อำเภอ		ตำบล		EA	หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	เขตเทศบาล
	รหัส	ชื่อ	รหัส	ชื่อ				
001	01	เมืองสุโขทัย	01	ธานี	023			ใน
002	07	สวรรคโลก	02	ในเมือง	013			ใน
003	07	สวรรคโลก	08	คลองยาง	009			ใน
001	01	เมืองสุโขทัย	02	บ้านสวน	003	07	หนองโครง,หนองโกรง	นอก
002	01	เมืองสุโขทัย	08	ตาลเดี่ยว	004	04	คลองโมก,คลองโบสถ์	นอก
003	01	เมืองสุโขทัย	10	วังทองแดง	005	05	หนองตาโชติ	นอก
004	02	บ้านด่านลานหอย	02	บ้านด่าน	003	07	หนองน้ำขุ่น	นอก
005	04	กงไกรลาส	10	หนองตุม	004	08	เจริญสุข	นอก
006	05	ศรีสัชนาลัย	04	แม่สิน	019	02	แม่เทิน	นอก
007	05	ศรีสัชนาลัย	06	หนองอ้อ	004	02	คลองปากراء,คลองปากเส้า	นอก
008	09	ทุ่งเสลี่ยม	01	บ้านใหม่ชัยมงคล	006	09	ใหม่ไชยเจริญ	นอก

ตารางที่ 10 รายชื่อ EA จังหวัดเพชรบูรณ์

PSU_NO	อำเภอ		ตำบล		EA	หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	เขตเทศบาล
	รหัส	ชื่อ	รหัส	ชื่อ				
001	01	เมืองเพชรบูรณ์	01	ในเมือง	012			ใน
002	01	เมืองเพชรบูรณ์	01	ในเมือง	057			ใน
003	07	หนองไผ่	03	บ้านโชน	010			ใน
001	01	เมืองเพชรบูรณ์	05	ป่าเลา	008	10	ป่าเลา,เล้าลือ	นอก
002	02	ชนแดน	02	ดงขุย	004	07	ดงเสือเหลือง	นอก
003	02	ชนแดน	03	ท่าข้าม	002	05	ตะกุดเป้า	นอก
004	02	ชนแดน	10	ศาลาลาย	007	08	หัวถนน	นอก
005	03	หล่มสัก	08	ท่าอิบุญ	012	09	ท่าดินแดง	นอก
006	03	หล่มสัก	09	บ้านโสก	005	04	ส้มเลาเหนือ	นอก
007	03	หล่มสัก	11	ห้วยไร่	011	07	ร่องคูใต้	นอก
008	04	หล่มเก่า	03	หินฮาว	012	01	หนองยาว	นอก
009	05	วิเชียรบุรี	05	น้ำร้อน	004	11	โคกสำราญ	นอก
010	05	วิเชียรบุรี	12	วังใหญ่	003	08	ซับตะเคียนทอง, ซับตะเคียน	นอก
011	05	วิเชียรบุรี	14	ซับน้อย	004	05	ซับปางช้าง	นอก
012	06	ศรีเทพ	01	ศรีเทพ	001	05	ศรีเทพน้อย	นอก
013	07	หนองไผ่	13	ท่าด่าง	004	06	สันเจริญ	นอก
014	09	น้ำหนาว	04	โคกมน	004	02	โคกมน	นอก

ตารางที่ 11 รายชื่อ EA จังหวัดอุบลราชธานี

PSU_NO	อำเภอ		ตำบล		EA	หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	เขตเทศบาล
	รหัส	ชื่อ	รหัส	ชื่อ				
001	01	เมืองอุบลราชธานี	01	ในเมือง	011			ใน
002	01	เมืองอุบลราชธานี	01	ในเมือง	079			ใน
003	01	เมืองอุบลราชธานี	08	ขามใหญ่	036			ใน
004	05	เขมราฐ	03	ขามป้อม	001		ม.3 เตย	ใน
005	15	วารินชำราบ	01	วารินชำราบ	001			ใน
001	03	โขงเจียม	01	โขงเจียม	002	08	เวินบึก	นอก
002	07	เดชอุดม	02	นาสว่าง	009	11	โนนกระแต	นอก
003	07	เดชอุดม	04	นาเจริญ	009	06	ห้องเตย	นอก
004	07	เดชอุดม	16	คำครั่ง	004	01	คำครั่ง	นอก
005	08	นาจะหลวย	06	โนนสวรรค์	006	03	คำอุดม	นอก
006	11	ตระการพืชผล	13	ไหล่ทุ่ง	005	02	ไหล่สูง	นอก
007	14	ม่วงสามสิบ	02	เหล่าบก	002	05	โนนชาติ	นอก
008	14	ม่วงสามสิบ	12	ไผ่ใหญ่	011	04	โนนรังใหญ่	นอก
009	19	พิบูลมังสาหาร	02	กุดชมภู	007	11	กุดชมภู	นอก
010	21	โพธิ์ไทร	05	สารภี	007	06	กะลิ่ง	นอก
011	22	ลำโรง	02	โคกก่อง	010	16	ศรีอุดม	นอก
012	26	ทุ่งศรีอุดม	05	โคกชำแระ	007	03	โคกชำแระ	นอก
013	32	สว่างวีระวงศ์	01	แก่งโดม	007	08	สะพานโดม	นอก

ตารางที่ 12 รายชื่อ EA จังหวัดชัยภูมิ

PSU_NO	อำเภอ		ตำบล		EA	หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	เขตเทศบาล
	รหัส	ชื่อ	รหัส	ชื่อ				
001	01	เมืองชัยภูมิ	01	ในเมือง	081			ใน
002	01	เมืองชัยภูมิ	01	ในเมือง	084			ใน
003	01	เมืองชัยภูมิ	07	ชีลอง	005		ม.6 หัวหนอง	ใน
001	01	เมืองชัยภูมิ	03	โพนทอง	011	07	โนนม่วง	นอก
002	01	เมืองชัยภูมิ	08	บ้านเล่า	005	12	โพธิ์ทอง	นอก
003	04	เกษตรสมบูรณ์	06	โนนกกอก	010	09	โนนสุขสันต์	นอก
004	05	หนองบัวแดง	07	หนองแวง	009	19	ดวงสวรรค์	นอก
005	05	หนองบัวแดง	09	ท่าใหญ่	011	10	โนนสำราญ	นอก
006	16	ซับใหญ่	01	ซับใหญ่	007	03	โนนสะอาด	นอก
007	16	ซับใหญ่	03	ตะโกทอง	006	01	เขื่อนล้น	นอก

ตารางที่ 13 รายชื่อ EA จังหวัดอุดรธานี

PSU_NO	อำเภอ		ตำบล		EA	หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	เขตเทศบาล
	รหัส	ชื่อ	รหัส	ชื่อ				
001	01	เมืองอุดรธานี	01	หมากแข้ง	135			ใน
002	01	เมืองอุดรธานี	18	หนองขอนกว้าง	012		ม.8หนองແหม	ใน
003	03	หนองวัวซอ	04	กุดหมากไฟ	009		ม.5กุดน้ำใส	ใน
004	04	กุมภวาปี	02	พันดอน	026		ม.5 น้ำผ่อง	ใน
005	09	ศรีธาตุ	04	หัวนาคำ	004		ม.4 คำกุง	ใน
006	20	สร้างคอม	01	สร้างคอม	011		ม.7 ท่าเสียว	ใน
001	01	เมืองอุดรธานี	02	นิคมสงเคราะห์	009	06	หนองหลัก	นอก
002	06	หนองหาน	09	บ้านเชียง	007	02	เชียง	นอก
003	08	ไชยวาน	02	หนองหลัก	003	09	นากลาง	นอก
004	10	วังสามหมอ	01	หนองกุงทับม้า	007	05	ไทยสมพร	นอก
005	17	บ้านผือ	09	เมืองพาน	009	01	จอมศรี	นอก
006	19	เพ็ญ	09	เตาไห	005	01	เตาไห	นอก
007	23	พิบูลย์รักษ์	02	นาทราย	008	03	ดอนม่วง	นอก

ตารางที่ 14 รายชื่อ EA จังหวัดมหาสารคาม

PSU_NO	อำเภอ		ตำบล		EA	หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	เขตเทศบาล
	รหัส	ชื่อ	รหัส	ชื่อ				
001	01	เมืองมหาสารคาม	01	ตลาด	087			ใน
002	03	โกสุมพิสัย	01	หัวขวาง	006			ใน
001	01	เมืองมหาสารคาม	03	ท่าตูม	006	09	ท่าตูมวารินทร์	นอก
002	01	เมืองมหาสารคาม	07	แก้ง	017	14	วังน้ำเย็น	นอก
003	04	กันทรวิชัย	08	ศรีสุข	022	14	ลาดใต้	นอก
004	06	บรบือ	10	หนองจิก	018	02	ช่องแมว	นอก
005	09	วาปีปทุม	07	แคน	004	02	ด้าย	นอก
006	09	วาปีปทุม	10	บ้านหวาย	003	14	วังทอง	นอก

ตารางที่ 15 รายชื่อ EA จังหวัดมุกดาหาร

PSU_NO	อำเภอ		ตำบล		EA	หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	เขตเทศบาล
	รหัส	ชื่อ	รหัส	ชื่อ				
001	01	เมืองมุกดาหาร	04	บางทรายใหญ่	003		ม.10 โนนสว่าง	ใน
002	04	ดงหลวง	03	กกตูม	008		ม.6 คำผักกูด	ใน
001	02	นิคมคำสร้อย	03	หนองแวง	006	06	โนนก่อ	นอก
002	05	คำชะอี	05	หนองเอี่ยน	005	01	หนองเอี่ยน	นอก

ตารางที่ 16 รายชื่อ EA จังหวัดนครศรีธรรมราช

PSU_NO	อำเภอ		ตำบล		EA	หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	เขตเทศบาล
	รหัส	ชื่อ	รหัส	ชื่อ				
001	01	เมือง นครศรีธรรมราช	01	ในเมือง	070			ใน
002	01	เมือง นครศรีธรรมราช	18	โพธิ์เสด็จ	011			ใน
003	01	เมือง นครศรีธรรมราช	20	ปากพูน	021		ม.2 ปากพูน	ใน
004	04	ฉวาง	05	ไม้เรียง	004			ใน
005	07	ชะอวด	03	ท่าประจะ	003		ม.6 ดอนมะปราง	ใน
006	11	ทุ่งใหญ่	01	ท่ายาง	005			ใน
007	12	ปากพนัง	01	ปากพนัง	021			ใน
008	15	ขนอม	01	ขนอม	011		ม.12 ในทราย	ใน
009	20	พระพรหม	02	นาสาร	002		ม.6 ห้วยพระ	ใน
010	23	เฉลิมพระเกียรติ	04	ทางพูน	005		ม.2 ทางพูน	ใน
001	01	เมือง นครศรีธรรมราช	21	ท่าซัก	004	05	นาง	นอก
002	03	ลานสกา	02	ลานสกา	006	03	น้ำรอบ	นอก
003	04	ฉวาง	07	นากะชะ	004	07	โคกสมอ	นอก
004	06	เชียรใหญ่	01	เชียรใหญ่	005	02	บางพระ	นอก
005	07	ชะอวด	01	ชะอวด	005	03	เนินอินทร์แก้ว	นอก
006	07	ชะอวด	05	วังอ่าง	003	01	หน้าควน	นอก
007	08	ท่าศาลา	07	โมคลาน	008	09	ทุ่งเกราะล่าง	นอก
008	09	ทุ่งสง	03	หนองหงส์	004	07	นาไม้ดัด	นอก
009	09	ทุ่งสง	13	เขาขาว	002	05	หินราว	นอก
010	09	ทุ่งสง	13	เขาขาว	003	09	ไร่เหนือ	นอก
011	11	ทุ่งใหญ่	01	ท่ายาง	012	10	ควนมิชัย	นอก
012	11	ทุ่งใหญ่	04	กุแหร	007	08	ควนแดง	นอก
013	12	ปากพนัง	12	บางพระ	001	01	บางวัง	นอก
014	12	ปากพนัง	12	บางพระ	003	03	บางพระ	นอก
015	13	ร่อนพิบูลย์	01	ร่อนพิบูลย์	012	05	ห้วยรากไม้,หนองภูมิออก	นอก
016	13	ร่อนพิบูลย์	05	ควนพัง	003	05	ในกลอง	นอก
017	14	สิชล	02	ทุ่งปรัง	001	01	เขาเหล็ก	นอก
018	14	สิชล	02	ทุ่งปรัง	015	09	ท่าควายเหนือ	นอก
019	16	หัวไทร	05	เขาพังไกร	001	01	ตลาดดอน	นอก
020	17	บางขัน	03	วังหิน	003	12	ไผ่ฝ้าย	นอก
021	21	นบพิตำ	02	กรูชิง	006	04	บ้านเปียน	นอก

ตารางที่ 17 รายชื่อ EA จังหวัดระนอง

PSU_NO	อำเภอ		ตำบล		EA	หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	เขตเทศบาล
	รหัส	ชื่อ	รหัส	ชื่อ				
001	01	เมืองระนอง	04	บางรีน	040			ใน
002	01	เมืองระนอง	04	บางรีน	050			ใน
003	01	เมืองระนอง	04	บางรีน	067			ใน
004	01	เมืองระนอง	05	ปากน้ำ	021		ม.1 ปากคลอง	ใน
005	04	กระบุรี	01	น้ำจืด	008			ใน
006	04	กระบุรี	06	จ.ป.ร.	004		ม.11 รั้งแตนใต้	ใน
007	05	สุขสำราญ	02	กำพวน	002		ม.4 ภูเขาทอง	ใน
001	01	เมืองระนอง	07	หาดส้มแป้น	003	03	หาดส้มแป้น	นอก
002	02	ละอุ่น	05	บางแก้ว	001	04	เขาฝาชี	นอก
003	02	ละอุ่น	05	บางแก้ว	003	01	บางแก้วน้อย, บางแก้ว	นอก
004	03	กะเปอร์	01	ม่วงกลวง	005	03	สำนัก	นอก

ตารางที่ 18 รายชื่อ EA จังหวัดสตูล

PSU_NO	อำเภอ		ตำบล		EA	หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	เขตเทศบาล
	รหัส	ชื่อ	รหัส	ชื่อ				
001	01	เมืองสตูล	01	พิมาน	028			ใน
002	01	เมืองสตูล	02	คลองขุด	012		ม.4 คลองขุด	ใน
001	01	เมืองสตูล	05	ฉลุง	012	01	ฉลุงใต้	นอก
002	01	เมืองสตูล	08	เจ๊ะบิลัง	007	05	กาลันยินตัน	นอก
003	04	ท่าแพ	02	แปะ-ระ	004	06	นาโต๊ะขุน	นอก
004	05	ละงู	01	กำแพง	011	10	ปากปิ้ง, ปากปิง	นอก
005	05	ละงู	02	ละงู	013	12	ในเมือง	นอก
006	05	ละงู	03	เขาขาว	007	04	นาข้าเหนือ, นาข้า	นอก
007	05	ละงู	04	ปากน้ำ	007	06	ท่ามาลัย	นอก
008	06	ทุ่งหว้า	02	นาทอน	001	01	นาทอน	นอก
009	06	ทุ่งหว้า	03	ขนคลาน	002	02	ราไวย์ใต้	นอก

ภาคผนวก จ
ประวัติผู้วิจัย

แพทย์หญิงพันธุ์นา กิตติรัตนไพบูลย์

1. ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) : แพทย์หญิงพันธุ์นา กิตติรัตนไพบูลย์
ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ) : Dr. Phunnapa Kittirattanapaiboon
2. ตำแหน่งปัจจุบัน : นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
ผู้จัดการแผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุรา
3. หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวก : โทร 086 732 3712 e-mail: phunnapa@hotmail.com
4. ประวัติการทำงาน
พ.ศ. 2559 นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
พ.ศ. 2551- ปัจจุบัน ผู้จัดการแผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุรา
สนับสนุนงบประมาณโดยสำนักกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
พ.ศ. 2556 – 2559 ผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
พ.ศ. 2548-2556 กลุ่มที่ปรึกษา กรมสุขภาพจิต
พ.ศ. 2537-2548 จิตแพทย์ โรงพยาบาลสวนปรุง
5. ประวัติการศึกษา
พ.ศ. 2559 Certificate in Erasmus Summer Program (Public Health Research), Netherland
Institute for Health Sciences, Erasmus Medical Center, Rotterdam, Netherland
พ.ศ. 2547 Certificate in International Mental Health Leadership Program จาก University of
Melbourne, Melbourne, Australia
พ.ศ. 2547 อนุมัติบัตรผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน
สาขาสุขาพจิตชุมชน
พ.ศ. 2543 ประกาศนียบัตรหลักสูตรผู้บริหารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พ.ศ. 2540 บริหารธุรกิจบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2538 Certificate Fellow Scholar in Child and Adolescent Psychiatry Department of
Psychiatry, University of Iowa Hospitals and Clinics, Iowa, USA
พ.ศ. 2538 Certificate Clinical Fellowship in Developmental Disabilities Department of
Pediatrics, University of Iowa Hospitals and Clinics, Iowa, USA
พ.ศ. 2537 วุฒิบัตรผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาจิตเวชศาสตร์
พ.ศ. 2535 ประกาศนียบัตรวิทยาศาสตร์การแพทย์ชั้นสูง (จิตเวชศาสตร์) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พ.ศ. 2534 แพทยศาสตรบัณฑิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ

สุขภาพจิต จิตเวช สุรา ยาเสพติด ระบบบริการสุขภาพ เครื่องมือจิตเวช

7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัย

7.1 ผู้อำนวยการโครงการวิจัย/แผนงาน :ชื่อแผนงานวิจัย

7.1.1 แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุรา (ผรส.) สนับสนุนงบประมาณโดย
สำนักกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ระยะเวลาดำเนินการ 1 สิงหาคม 2551-ธันวาคม 2557

7.1.2 แผนงานการบำบัดฟื้นฟูทางเลือกในผู้มีปัญหาการติ่มสุรา สนับสนุนงบประมาณโดยสำนักกองทุน
สร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ระยะเวลาดำเนินการ สิงหาคม 2552-ธันวาคม 2553

7.1.3 แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพยาเสพติดในชุมชน (แผนงานวิชาการสารเสพติด
ชุมชน) สนับสนุนงบประมาณโดยสำนักกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ระยะเวลาดำเนินการ
1 มิถุนายน 2554-ธันวาคม 2555

7.1.4 โครงการวิจัย “การศึกษาผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนหลังได้รับการรักษาใน
โรงพยาบาลสวนปรุง 5 ปี กรณีศึกษาสาเหตุการเสียชีวิต” สนับสนุนงบประมาณ โดยฝ่ายกิจการ
ยาเสพติด สถานเอกอัครราชทูตสหรัฐอเมริกา ประจำประเทศไทย ผ่านสำนักงานความร่วมมือ
เพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศ (สพร) กระทรวงการต่างประเทศ ระยะเวลาดำเนินการ
1 มีนาคม 51- 31 ธันวาคม 51

7.1.5 โครงการวิจัย “การศึกษาติดตามผลระยะยาวในผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน : ความสัมพันธ์
กับการติดเชื้อ HIV” สนับสนุนงบประมาณโดย National Institute on Drug Abuse
supplement grant to the project HIV/STD Risk Behaviors in Methamphetamine
User Networks (DA017394; PI S. Shoptaw) และ UCLA Integrated Substance Abuse
Programs, University of California, Los Angeles ระยะเวลาดำเนินการ 1 กรกฎาคม
2550 – 30 มิถุนายน 2552

7.1.6 โครงการวิจัย “การศึกษาความสามารถเชิงความคิดความเข้าใจในผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีนไทย
ที่เคยมีอาการโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน” สนับสนุนงบประมาณโดย National Institute
on Drug Abuse supplement grant to the project HIV/STD Risk Behaviors in
Methamphetamine User Networks (DA017394; PI S. Shoptaw) และ UCLA
Integrated Substance Abuse Programs, University of California, Los Angeles
ระยะเวลาดำเนินการ 1 กรกฎาคม 2550 – 30 มิถุนายน 2552

7.1.7 โครงการวิจัย “การศึกษาผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนหลังได้รับการรักษาใน
โรงพยาบาลสวนปรุง 5 ปี” สนับสนุนงบประมาณโดยฝ่ายกิจการยาเสพติด สถานเอกอัครราชทูต
สหรัฐอเมริกา ประจำประเทศไทย ผ่านสำนักงานความร่วมมือเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศ
(สพร) กระทรวงการต่างประเทศ ระยะเวลาดำเนินการ 1 ตุลาคม 2549 – 30 สิงหาคม 2551

- 7.1.8 โครงการวิจัย “การพัฒนาโปรแกรมสำหรับการจัดการโรคซึมเศร้าในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ” สนับสนุนงบประมาณโดยกรมสุขภาพจิต ผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ระยะเวลาดำเนินการ ตุลาคม 2548-ตุลาคม 2551

8. ผลงานเผยแพร่

8.1 รายงานวิจัย (หัวหน้าโครงการวิจัย) : ชื่อโครงการวิจัย

- 8.1.1 Kittirattanapaiboon P., Suttajit S., Junsirimongkol B, Likhitsathian S, Srisurapanont M. Suicidal risk among Thai illicit drug users with and without mental/alcohol use disorders. *Neuropsychiatric Diseases and Treatment* 2014;10:453-458.
- 8.1.2 พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระ เพ็งจันทร์, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, วรวรรณ จุฑา, เกษราภรณ์ เคนบุปผา. ระบาดวิทยาโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การศึกษาระดับชาติ 2551. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2556;21(1):1-14.
- 8.1.3 Kittirattanapaiboon P., Mahatnirunkul S., Booncharoen H., Thummawong P., Dumrongchai U., Chutha W. Long-term outcomes in methamphetamine psychosis patients after First hospitalization. *Drug and Alcohol Review* 2010;29: 456–461.
- 8.1.4 พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, หทัยชนนี บุญเจริญ, พรทิพย์ ธรรมวงศ์, อัญชลิตำรังไชย, วรวรรณจุฑา. การศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวในผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน หลังได้รับการรักษาครั้งแรกในโรงพยาบาล. รายงานวิจัย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2552.
- 8.1.5 พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ มธุริน คำวงศ์ปิ่น. ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรค Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2548; 13(3): 125-135.
- 8.1.6 พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, กิตติพงศ์ สานิชวรรณกุล, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วสุ จันทศักดิ์. การศึกษาลักษณะการดำเนินโรคของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน 1 เดือนของการรักษา. *วารสารสวนปรง* 2547; 20(3): 52-67.
- 8.1.7 พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, ธรณินทร์ กองสุข, กิตติพงศ์ สานิชวรรณกุล, นรชาติ รัตนชาติตะ, ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์. การศึกษาเปรียบเทียบโรคจิตระยะสั้นและระยะยาวจากเมทแอมเฟตามีน. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรง; 2545
- 8.1.8 พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, กิตติพงศ์ สานิชวรรณกุล, สุระเชษฐ ผ่องธัญญา. การดำเนินโรคทางคลินิกและผลที่ตามมาของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน : การสำรวจทางคลินิก. *วารสารสวนปรง* 2543: 16(22); 13-31
- 8.1.9 พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, กิตติพงศ์ สานิชวรรณกุล, วีระวรรณ เรืองยุทธิการณ์, อนงพันธ์ จันทร์กุก, Makoto Nihira, Makiko Hayasida, Emi Ando. การดำเนินโรคของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่เสพยาเรื้อรัง: การศึกษาเบื้องต้น. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรง; 2542.

8.2 รายงานวิจัย (ผู้ร่วมวิจัย) : ชื่อโครงการ

- 8.2.1 สิ้นเงิน สุขสมปอง, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สุทธา สุปัญญา, วรวรรณ จุฑา, **พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์** และคณะ. การสำรวจระดับชาติของสุขภาพจิตของชาวไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556: ความสุขของโรคจิตเวชของคนเมืองใหญ่, กรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559;61(1):75-88.
- 8.2.2 Thapinta D., Skulphan S., **Kittirattanapaiboon P.** Brief cognitive behavioral therapy for depression among patients with alcohol dependence in Thailand. Issues in mental health Nursing 2014;35:689-693.
- 8.2.3 Srikosai S., Thapinta D., **Kittirattanapaiboon P.**, Piyavhatkul N. Effectiveness of an alcohol relapse prevention based on the Satir model in alcohol-dependent women. Chiang Mai University Journal of Natural Sciences 2014;13:227-239.
- 8.2.4 Suttajit S, **Kittirattanapaiboon P**, Junsirimongkol B, Likhitsathian S, Srisurapanont M. Risks of major depressive disorder and anxiety disorders among Thais with alcohol use disorders and illicit drug use: Findings from the 2008 Thai National Mental Health survey. Addictive behaviors 2012; 37(12):1395-9.
- 8.2.5 Srisurapanont M, **Kittirattanapaiboon P**, Likhitsathian S, Kongsuk T, Suttajit S, Junsirimongkol B. Patterns of alcohol dependence in Thai drinkers: a differential item functioning analysis of gender and age bias. Addictive behaviors. 2012; 37(2):173-8.
- 8.2.6 แคทเธอริน คานามาร์, **พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์**, วอลเตอร์ ลิง, จิตรัตน์ ศรีสุโข. ความบกพร่องด้านความจำและการทำงานของสมองระดับสูงในผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2555;20(1): 37-45.
- 8.2.7 หวาน ศรีเรือนทอง, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระ เพ็งจันทร์, **พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์**, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, รุ่งมณี ยิ่งยืน, สุพัตรา สุขาวท, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทย: การสำรวจระดับชาติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554; 56(4):413-424.
- 8.2.8 บุญศิริ จันศิริมงคล, **พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์**, มธุริน คำวงศ์ปิ่น, วรวรรณ จุฑา, ธรณินทร์ กองสุข, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. ความสุขของความสัมพันธ์ที่ผิดปกติและโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การสำรวจระดับชาติ 2551. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2554; 19(2):88-102.
- 8.2.9 บุญชัย นวมงคลวัฒนา, **พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์**, เกษราภรณ์ เคนบุปผา. การสำรวจความบกพร่องทางพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุไทย: การศึกษาระดับชาติ ปี 2551. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2553; 18 (1): 1-13.

- 8.2.10 มานิต ศรีสุรภานนท์, ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร, **พັນธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์**, อัจฉรา จรัสสิงห์. การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิด Major depressive disorder ด้วย cognitive behavior therapy : การพัฒนาบุคลากรและการประเมินการให้บริการในผู้ป่วยชาวไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2552; 54(4): 367-374.
- 8.2.11 หทัยชนนี บุญเจริญ, **พັນธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์**. ความชุกของโรคซึมเศร้าในคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดลำพูน. วารสารสวนปรง 2551; 24(3) : 42-58.
- 8.2.12 สุนทรี ศรีโกสโย, **พັນธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์**, หทัยชนนี บุญเจริญ. สถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2550; 52(2): 124-137.
- 8.2.13 พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, **พັນธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์**, อัจฉรา จรัสสิงห์. ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย : การสำรวจระดับชาติ ปี 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547; 12:177-88.
- 8.2.14 บุผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, กิตติพงศ์ สานิชวรรณกุล, **พັນธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์**, ศุภสิทธิ์ พรรณารุณทิว. การใช้เครื่องวัดทางจิตเวช : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสวนปรง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2547;49(2):125-145.
- 8.2.15 สมชาย จักรพันธ์, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, กิตติพงศ์ สานิชวรรณกุล, วสุ จันทรงค์ดี, **พັນธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์**, ศิริชัย จิวจินดา. ลักษณะการดำเนินโรคของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคจิตระยะยาวจากเมทแอมเฟตามีน. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรง; 2545.
- 8.2.16 สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, **พັນธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์**, วสุ จันทรงค์ดี, กิตติพงศ์ สานิชวรรณกุล, ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์. การติดตามผลการดำเนินโรคของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน 6 เดือนและปัจจัยเสี่ยงในการกลับป่วย. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรง; 2545.
- 8.2.17 สุรเชษฐ ผ่องธัญญา, กิตติพงศ์ สานิชวรรณกุล, **พັນธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์**, วนิดา พุ่มไพศาลชัย. ประสิทธิภาพของ haloperidol ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตจากการเสพแอมเฟตามีน. วารสารสมาคมจิตแพทย์. 2542 ; 47(2) : 111-119.
- 8.2.18 กิตติพงศ์ สานิชวรรณกุล, **พັນธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์**, สุรเชษฐ ผ่องธัญญา, วนิดา พุ่มไพศาลชัย. ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาณโรงพยาบาลสวนปรง. วารสารสวนปรง 2542:15(2) ; 12-29
- 8.2.19 ปรีทรรศ ศิลปกิจ, กิตติพงศ์ สานิชวรรณกุล, **พັນธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์**, สุรเชษฐ ผ่องธัญญา. Clonazepam ชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว. วารสารสมาคมจิตแพทย์. 2542:44(2) ; 134-139.

- 8.2.20 ปรีทรรศ ศิลปกิจ, **พันธู์ณภา กิตติรัตนไพบูลย์**, วนิดา พุ่มไพศาลชัย. ความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา. วารสารสวนปรง 2541: 14(1) ; 61-72
- 8.2.21 วนิดา พุ่มไพศาลชัย, **พันธู์ณภา กิตติรัตนไพบูลย์**, กิตติพงศ์ สานิชวรรณกุล. แบบจำลองคณิตศาสตร์อย่างง่ายสำหรับทำนายขนาดปกติของยาเลียยมที่ผู้ป่วยไทยแต่ละคนต้องการ. วารสารสวนปรง 2541:14(1) ; 38-49.
- 8.2.22 กิตติพงศ์ สานิชวรรณกุล, **พันธู์ณภา กิตติรัตนไพบูลย์**, วนิดา พุ่มไพศาลชัย. การศึกษาเปรียบเทียบระดับเลียยมในน้ำลายกับซีรัมของผู้ป่วยคนไทย. วารสารสวนปรง 2539: 12(2); 34-40.
- 8.3 บทความวิชาการ
- 8.3.1 **พันธู์ณภา กิตติรัตนไพบูลย์** และคณะ. บทเรียนรู้การสำรวจระดับยาเสพติดสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ. ศ. 2556. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2559; 24(1): 52-58.
- 8.3.2 **พันธู์ณภา กิตติรัตนไพบูลย์**. บทความพินฟูวิชาการเรื่องโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2552: 17(2); 129-148.
- 8.3.3 Srisurapanont, M., Jarusuraisin, N., **Kittirattanapaiboon, P.** (2003). Treatment for amphetamine withdrawal (Cochrane Review). The Cochrane Library, 2, Oxford Press.
- 8.3.4 Srisurapanont, M., Jarusuraisin, N., **Kittirattanapaiboon, P.** (2003). Treatment for amphetamine dependence and abuse (Cochrane Review).The Cochrane Library, 3, Oxford Press.
- 8.3.5 **พันธู์ณภา กิตติรัตนไพบูลย์**. โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน: ทบทวนวรรณกรรม. วารสารสวนปรง. 2546: 19(1); 1-15.
- 8.3.6 **พันธู์ณภา กิตติรัตนไพบูลย์**, มธุริน คำวงศ์ปิน. แบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). 2546: 19(1); 18-19.
- 8.4 หนังสือ
- 8.4.1 **พันธู์ณภา กิตติรัตนไพบูลย์**. การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน. (พิมพ์ครั้งที่ 2) เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุรา (ผรส); 2556.
- 8.4.2 **พันธู์ณภา กิตติรัตนไพบูลย์**, บุญศิริ จันศิริมงคล. การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง การจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้เสพยาเสพติดประเภทกลุ่มแอมเฟตามีน. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุรา (ผรส); 2556.
- 8.4.3 **พันธู์ณภา กิตติรัตนไพบูลย์**, บุญศิริ จันศิริมงคล, ผู้แปล. บทความวิชาการเรื่อง ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาปัญหาการติ่มแอลกอฮอล์. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุรา (ผรส); 2556.

- 8.4.4 **พັນธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์**, บุญศิริ จันศิริมงคล, พิชัย แสงชาญชัย, นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล และ ดร.ณิ ภูขาว. คู่มืออบรมสำหรับบุคลากรคลินิกบำบัดเล่มที่ 3 เรื่องการบำบัดผู้ติดสารเสพติดที่มีปัญหาซับซ้อน. นนทบุรี: แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพยาเสพติดในชุมชน, 2555.
- 8.4.5 **พັນธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์**, สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย, บุญศิริ จันศิริมงคล. คู่มืออบรมสำหรับบุคลากรคลินิกบำบัดเล่มที่ 1 เรื่องการประเมินปัญหาการใช้สารเสพติด. นนทบุรี: แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพยาเสพติดในชุมชน, 2555.
- 8.4.6 **พັນธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์**, บุญศิริ จันศิริมงคล. (บรรณาธิการ). คู่มือผู้อบรม: หลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนสำหรับบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิ. นนทบุรี: แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพยาเสพติดในชุมชน, 2555.
- 8.4.7 **พັນธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์**, บุญศิริ จันศิริมงคล. (บรรณาธิการ). คู่มือผู้อบรม: หลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข. นนทบุรี: แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพยาเสพติดในชุมชน, 2555.
- 8.4.8 สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, **พັນธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์**, ผู้แปล. แบบคัดกรองประสิทธิภาพการดื่มสุรา สูบบุหรี่และใช้สารเสพติด (ASSIST): คู่มือเพื่อใช้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ. นนทบุรี: แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพยาเสพติดในชุมชน, 2554.
- 8.4.9 สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, **พັນธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์**, ผู้แปล. การบำบัดแบบสั้นตามผลการคัดกรอง ASSIST สำหรับการใช้นิโคตินแบบเสี่ยงและแบบอันตราย: คู่มือเพื่อใช้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ. นนทบุรี: แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพยาเสพติดในชุมชน, 2554.
- 8.4.10 สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, **พັນธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์**, ผู้แปล. คู่มือการดูแลตัวเองเพื่อลด ละ เลิกสารเสพติด. นนทบุรี: แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพยาเสพติดในชุมชน, 2554.
- 8.4.11 **พັນธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์**, บรรณาธิการ. คู่มือสำหรับผู้อบรมหลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส); 2552.
- 8.4.12 **พັນธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์**, ปรีทรรศศิลป์กิจ, ผู้แปล. การบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ดื่มแบบเสี่ยงและผู้ดื่มแบบอันตราย: คู่มือสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส); 2552.

- 8.4.13 ปรีทรรศ ศิลปกิจ, **พັນธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์**, ผู้แปล. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา AUDIT: แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : แผนงาน การพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส) ; 2552.
- 8.4.14 สมชาย จักรพันธ์, **พັນธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์**, สุชาดา สาครเสถียร, ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, ปัทมาศิริเวช, วิไลลักษณ์ รัตนเสถียร, อภิสมัย ศรีรังสรรค์. (บรรณาธิการ). สุขภาพจิตชุมชน: รายงานระดับประเทศ พ.ศ. 2551. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2552.
- 8.4.15 **พັນธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์**. โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน: ประสบการณ์เรียนรู้จากประเทศไทย. สำนักงานโครงการวิจัยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2551.
- 8.4.16 **พັນธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์**, หทัยชนนี บุญเจริญ (บรรณาธิการ). แนวเวชปฏิบัติการให้บริการ ผู้มีปัญหายุติธรรมจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: กรมสุขภาพจิต; 2549.
- 8.4.17 **พັນธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์**, หทัยชนนี บุญเจริญ, สุนทรี ศรีโกสโย (บรรณาธิการ). แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหายุติธรรมจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและ โรงพยาบาลชุมชน. เชียงใหม่: กรมสุขภาพจิต; 2549.

นายแพทย์นพพร ตันติรังสี

- ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) นายแพทย์นพพร ตันติรังสี
ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Dr. NoppornTantirangsee
- ตำแหน่งปัจจุบัน นายแพทย์ชำนาญการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
- สถานที่อยู่ติดต่อได้สะดวก
โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ 472 ถนนไทรบุรี ตำบลบ่อทราย อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000
โทรศัพท์ 074-317400 โทรสาร 074-323202 E-mail: nopporntan@hotmail.com
- ประวัติการศึกษา
พ.ศ. 2557 ปริญญาเอก สาขาระบาดวิทยานานาชาติ หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์
พ.ศ. 2552 วุฒิบัตรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
พ.ศ. 2549 แพทยศาสตร์บัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบาดวิทยาสุขภาพจิต
- ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ
6.1 ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย : -

6.2 หัวหน้าโครงการวิจัย :

6.2.1 การพัฒนาเครื่องมือประเมินทางคลินิกของภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญฉบับภาษาไทยเพื่อใช้ประเมินประสิทธิภาพของการช่วยเหลือทางจิตใจของผู้ได้รับผลกระทบที่อยู่ในฐานข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตสำหรับผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบชายแดนใต้

6.3 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว :

- 6.3.1 Tantirangsee N, Suanchang O. Severity of positive symptoms in new-case schizophrenic patients with substance user and non user. Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. 2010;4(1):30–6.
- 6.3.2 Tantirangsee N, Assanangkornchai S, Geater AF. Trends and associated factors of alcohol consumption among Southern Thai adolescents, 2003–2009. Int J Alcohol Drug Res. 2014 Sep 8;3(3):219–25.
- 6.3.3 Tantirangsee N, Assanangkornchai S. Prevalence, patterns, associated factors and severity of substance use among psychotic patients in southern Thailand. Asian J Psychiatr. 2015 Feb; 13:30–7.
- 6.3.4 Tantirangsee N, Assanangkornchai S, Marsden J. Effects of a brief intervention for substance use on tobacco smoking and family relationship functioning in schizophrenia and related psychoses: a randomised controlled trial. J Subst Abuse Treat. 2015 Apr; 51:30–7.

นางวรรณ จุฑา

1. ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) : นางวรรณ จุฑา
ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ) : Mrs.Worawan Chutha
2. ตำแหน่งปัจจุบัน :
ตำแหน่งบริหาร หัวหน้ากลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
ตำแหน่งทางวิชาการ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
3. หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวก : กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
อาคาร 3 ชั้น 5 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-5908232 เบอร์มือถือ 09 1730 0469, 08 6007 5028
E-mail : wwanchutha@gmail.com
4. ประวัติการศึกษา
พ.ศ. 2536 การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาการแนะแนว) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
พ.ศ. 2530 พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา

5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ
 ระบาดวิทยาสุขภาพจิต สุขภาพจิตและจิตเวช
6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ
 - 6.1 ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย : -
 - 6.2 หัวหน้าโครงการวิจัย :
 - 6.2.1 การสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตและความรู้ เจตคติ ทักษะในการปฏิบัติตน
 เกี่ยวกับสุขภาพจิตประชาชน ปี 2541 (หัวหน้าทีมภาคสนามภาคใต้)
 - 6.2.2 การสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนทางโทรศัพท์ ปี 2542 และ 2543
 - 6.2.3 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและสอบสวนการฆ่าตัวตาย ปี 2546-2548
 - 6.2.4 การสำรวจความสุขของคนไทย ปี 2553
 - 6.2.5 การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตสุขภาพจิตของคนไทยในช่วงเวลาต่างๆ ตั้งแต่ปี 2552-2557
 - 6.2.6 การเฝ้าระวังปัญหาความรุนแรงในสังคมจากข่าวหนังสือพิมพ์ ตั้งแต่ปี 2552-2555
 - 6.2.7 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและสอบสวนภาวะอุปาทานหมู่และการแพร่ระบาดของความเชื่อต่างๆ
 ปี 2556-2557
 - 6.2.8 การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ.2556 (ผู้รับผิดชอบหลัก)
 - 6.2.9 การติดตามผู้มีประสบการณ์คล้ายโรคจิต ปี พ.ศ.2559 (ผู้รับผิดชอบหลัก)
 - 6.2.10 การศึกษารูปแบบศูนย์เฝ้าระวังและสอบสวนระบาดวิทยาสุขภาพจิต
 - 6.3 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว :
 - 6.3.1 ผู้วิจัยหลัก
 - 6.3.1.1 **วรวรรณ กวินทรานุวัฒน์.** การฝึกการสื่อสารตามรูปแบบของจอยซ์และเซาเวอร์ส ของ
 นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.
 (จิตวิทยาการแนะแนว) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2538.
 - 6.3.1.2 **วรวรรณ จุฑา.** วนัสนันท์ รุจิวิวัฒน์, พนมศรี เสาร์สาร, ชไมพันธุ์ สันติกาญจน์ และขวัญทอง
 รักษรณ์ยุทธ. การศึกษาปัญหาการถูกฆ่าและถูกทำร้ายในจังหวัดนครศรีธรรมราช พ.ศ. 2541.
 รายงานการวิจัย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2541.
 - 6.3.1.3 **วรวรรณ จุฑา และพนมศรี เสาร์สาร (บรรณาธิการ).** ผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของ
 ประชาชนในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจทางโทรศัพท์ (วันที่ 8-12 มีนาคม 2542). รายงานการวิจัย.
 นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2542.
 - 6.3.1.4 **วรวรรณ จุฑา และพนมศรี เสาร์สาร (บรรณาธิการ).** ผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของ
 ประชาชนในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจทางโทรศัพท์ (วันที่ 6-10 กันยายน 2542). นนทบุรี:
 กรมสุขภาพจิต; 2542.
 - 6.3.1.5 **วรวรรณ จุฑา, พัทธพงษ์ บุนยมาลิก และพนมศรี เสาร์สาร.** การสำรวจความเสี่ยงต่อ
 การฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในสถานศึกษา ปี 2547.วารสารราชานุกูล. 2551; 23 (2): 10-20.
 - 6.3.1.6 **วรวรรณ จุฑา และประยูรศักดิ์ เสรีเสถียร.** การสำรวจปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 ณ โรงพยาบาลทั่วไป 2546.รายงานการวิจัย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2553

- 6.3.1.7 **วรวรรณ จุฑา** และประยุกต์ เสรีเสถียร. การสำรวจปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลจิตเวช 2546.รายงานการวิจัย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2553
- 6.3.1.8 **วรวรรณ จุฑา** และดวงกมล สัมพันธ์.การสำรวจความสุขของคนไทย ปี 2553. รายงานการวิจัย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2553
- 6.3.1.9 **วรวรรณ จุฑา**, ดวงกมล สัมพันธ์ และยุพาวดี พรหมบุตร. การศึกษาปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี จากข่าวหนังสือพิมพ์. 2552.
- 6.3.1.10 **วรวรรณ จุฑา** และ กมลวรรณจันทร์โชติ. การศึกษาปัญหาการทำร้ายและฆ่าผู้อื่นจากข่าวหนังสือพิมพ์. 2553.
- 6.3.1.11 **วรวรรณ จุฑา** และกมลวรรณจันทร์โชติ. ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว: การฆ่าคู่สมรสแล้วฆ่าตัวตายตาม ปี 2553 (จากข่าวหนังสือพิมพ์).
- 6.3.1.12 **วรวรรณ จุฑา**, ดวงกมล สัมพันธ์ และคณะ. (2554). รายงานสถานการณ์ความเครียดคนไทย เมษายน 2552-เมษายน 2554. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต.
- 6.3.1.13 **วรวรรณ จุฑา**, สาธิตา แรกค่านวน, กมลลักษณ์ มากคล้าย, กมลวรรณจันทร์โชติ, ชูริภรณ์ เสี่ยงกล้า และทิพภากร พงศ์สุภา. ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของคนไทย ปี 2557.
- 6.3.1.14 **วรวรรณ จุฑา**, นิบัดตริยะ จิงา, กมลลักษณ์ มากคล้าย และวีระ ชูรุจิพร. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในพื้นที่ความไม่สงบชายแดนใต้: การสำรวจสุขภาพจิตคนไทยในพื้นที่วิกฤตชายแดนใต้ ปี 2557.
- 6.3.1.15 **วรวรรณ จุฑา**, กมลวรรณจันทร์โชติ และกมลลักษณ์ มากคล้าย. การเข้าถึงบริการของคนไทยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ความไม่สงบชายแดนใต้ : การสำรวจสุขภาพจิตคนไทยในพื้นที่วิกฤตชายแดนใต้.
- 6.3.2 ผู้ร่วมวิจัย**
- 6.3.2.1 อนรรักษ์ บัณฑิตชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภัคนพิน กิตติรักษนนท์ และ **วรวรรณ จุฑา**. ระบาดวิทยาของความผิดปกติของประชากรไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2544 ; 46(4) : 335-343.
- 6.3.2.2 อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, พิเชฐ อุดมรัตน์, วัชรินห์ตถพนม, ภัสรา เชษฐโชติศักดิ์ และ **วรวรรณ จุฑา** และรพีพร แก้วคอนไทย. การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ พ.ศ. 2546รายงานการวิจัย. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2547
- 6.3.2.3 พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ยุพดี ศิริวรรณ, พิทักษ์พล บุญยมาลิก, พนมศรี เสาร์สาร **วรวรรณ จุฑา** อัจฉรา จรัสสิงห์ สาวิตรี ทองนาค วัชรวิ ชลช่วยชีพ และสมบุรณ์ อเนก. การสำรวจสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นในสถานศึกษา ปี 2547. รายงานการวิจัย. นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสยามอินเสิร์ตมาร์เก็ตติ้ง จำกัด, 2547.
- 6.3.2.4 ประยุกต์ เสรีเสถียร **วรวรรณ จุฑา**. การจัดทำฐานข้อมูลระบาดวิทยาโรคออทิซึม ปี 2557 รายงานการวิจัย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2547.

- 6.3.2.5 ศรีวรรณ พูลสรรพสิทธิ์, เบญจพร ปัญญาวยง, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, ประยุกต์ เสรีเสถียร และ **วรวรรณ จุฑา**. การศึกษาภาวะออทิซึมในประเทศไทยและการดูแลรักษาแบบบูรณาการในระดับประเทศ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2548; 13 (1): 10-16.
- 6.3.2.6 พิทักษ์พล บุญมาลิก, พนมศรี เสาร์สาร และ **วรวรรณ จุฑา**. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและประโยควิชาชีพ : การสำรวจโรงเรียนและวิทยาลัยระดับชาติ ปี 2547.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2550; 52 (2): 172-180.
- 6.3.2.7 ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, วุชนิ หัตถพนม และ **วรวรรณ จุฑา**, การพัฒนาและทดสอบแบบวัดความสุขในมิติสุขภาพจิต: แบบวัดคุณภาพชีวิตและสมรรถนะทางจิตคนไทย: MQCI.
- 6.3.2.8 อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, ทวี ตั้งเสรี, วุชนิหัตถพนม, ไพรวลัย รมชัย และ **วรวรรณ จุฑา** การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) รายงานการวิจัย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2552.
- 6.3.2.9 ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, **วรวรรณ จุฑา**, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และธณินทร์ กองสุข. ความเครียดของคนไทย : การสำรวจระดับชาติ ปี 2551. รายงานการวิจัย. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2552.
- 6.3.2.10 พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, หทัยชนนี บุญเจริญ, พรทิพย์ ธรรมวงศ์, อัญชลี ดำรงไชย และ **วรวรรณ จุฑา**. การศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวในผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนหลังได้รับการรักษาครั้งแรกในโรงพยาบาล. รายงานวิจัย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2552.
- 6.3.2.11 W. Pengjuntr, T. Kongsuk, P. Kittirattanapaiboon, **W. Chutha**, P. Boonyamarik, S. Arunpongpaian, K. Kenbubpha, S. Sukawaha, J. Leejongpermpoon. Prevalence of Mental Disorders in Thailand: Results from the Epidemiology of Mental Disorders National Survey 2008
- 6.3.2.12 บุญศิริ จันศิริมงคล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น, **วรวรรณ จุฑา**, ธณินทร์ กองสุข, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี 2551. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2554; 19(2): 88-102.
- 6.3.2.13 Kittirattanapaiboon P., Mahatnirunkul S., Booncharoen H., Thummawong P., Dumrongchai U., **Chutha W.** Long-term outcomes in methamphetamine psychosis patients after First hospitalization. Drug and Alcohol Review 2010; 29: 456–461.
- 6.3.2.14 พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, ธณินทร์ กองสุข, วชิระ เพ็งจันทร์, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, **วรวรรณ จุฑา** และเกษราภรณ์ เคนบุปผา. ระบาดวิทยาโรคจิตเวชร่วมของคนไทย: การศึกษาระดับชาติ ปี 2551.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2554; 19(2): 88-102.

6.4 บทความทางวิชาการ

- 6.4.1 พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, **วรวรรณ จุฑา**, กมลวรรณ จันทโรชิตี และคณะ. บทเรียนรู้การสำรวจ
ระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ.2556. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.
2559; 24(1): 52-58.

6.5 หนังสือ

- 6.5.1 พัทธ์พัทธ์ บุญยมาลิก, วัชนี หัตถพนม และ **วรวรรณ จุฑา** คู่มือการเฝ้าระวังและสอบสวนภาวะ
อุปาทานหมู่ (mass hysteria) และการแพร่ระบาดของความเชื่อต่างๆ (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี :
กรมสุขภาพจิต ; 2556
- 6.5.2 พัทธ์พัทธ์ บุญยมาลิก, วัชนี หัตถพนม และ **วรวรรณ จุฑา** แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังและ
สอบสวนภาวะอุปาทานหมู่ (mass hysteria) และการแพร่ระบาดของความเชื่อต่างๆ. นนทบุรี :
กรมสุขภาพจิต ; 2556

นายแพทย์อธิบ ตันอารีย์

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นายแพทย์อธิบ ตันอารีย์
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Dr.AthipTanaree
2. ตำแหน่งปัจจุบัน นายแพทย์ชำนาญการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
3. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ 472 ถนนไทรบุรี
ตำบลบ่อทราย อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000 โทรศัพท์ 074-317400 โทรสาร 074-323202
มือถือ : 08 4999 0662 E-mail : atanaree@gmail.com
4. ประวัติการศึกษา
พ.ศ. 2553 วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขา จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พ.ศ. 2550 แพทยศาสตรบัณฑิตคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบาดวิทยา
ระบาดวิทยา
6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ โดยระบุสถานภาพใน
การทำการวิจัยว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละผลงานวิจัย
 - 6.1 ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย : -
 - 6.2 หัวหน้าโครงการวิจัย : -
 - 6.3 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว : -
 - 6.4 งานวิจัยที่กำลังทำ :
 - 6.4.1 อุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย : การสำรวจ
ระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทย ระดับชาติ ปี 2556

นายแพทย์ปาทนนท์ ขวัญสนิท

1. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) นายแพทย์ปาทนนท์ ขวัญสนิท
ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Dr. PatanonKwansanit
2. ตำแหน่งปัจจุบัน
 - ตำแหน่งบริหาร หัวหน้าคลินิกซึมเศร้า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
 - ตำแหน่งทางวิชาการ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
3. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
112 ถนนสมเด็จเจ้าพระยา คลองสาน กรุงเทพฯ 10600
โทรศัพท์ 024422500 โทรสาร 024376475 E-mail: patanon.k@gmail.com
4. ประวัติการศึกษา
 - พ.ศ. 2557 Master of Science in Psychiatric Research, Institute of Psychiatry, King's College London, United Kingdom
 - พ.ศ. 2549 วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล
 - พ.ศ. 2546 แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ
ซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย
6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัย
 - 6.1 ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย : -
 - 6.2 หัวหน้าโครงการวิจัย :
 - 6.2.1 Review of relationship between alcohol disorder and depression and suicide.
 - 6.2.2 Suicidality and depression in patient with co-occurring amphetamine use disorder
 - 6.3 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว :
 - 6.3.1 Suicidality and depression in patient with co-occurring alcohol use disorders at SomdetChaopraya Institute of Psychiatry. Journal of SomdetChaopraya Institute of Psychiatry
 - 6.3.2 Review of relationship between alcohol disorder and suicide. Journal of SomdetChaopraya Institute of Psychiatry.
 - 6.3.3 Co-researchers of the study of validity and reliability of M.I.N.I., Thai version 5.0.0-Revised 2007.
 - 6.4 งานวิจัยที่กำลังทำ
 - 6.4.1 Suicidality and depression in patient with co-occurring amphetamine use disorder
 - 6.4.2 Review of early psychosis intervention in middle and low income countries.
 - 6.4.3 ระบาดวิทยาของกลุ่มโรคจิตกำเริบในคนไทย : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี 2556.

ศาสตราจารย์ ดร. แพทย์หญิงสาวิตรี อัษณางค์กรชัย

1. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) แพทย์หญิงสาวิตรี อัษณางค์กรชัย
ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Dr. SAWITRI ASSANANGKORNCHAI
2. ตำแหน่งปัจจุบัน
2008-present Professor, Epidemiology Unit, Faculty of Medicine, Prince of Songkhla University
2014-present Director, Thailand Substance Abuse Academic Network (TSAN), Thai Health Promotion Foundation
2015-present Director, Centre for Alcohol Studies (CAS), Thai Health Promotion Foundation
3. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก
Epidemiology Unit, Faculty of Medicine, Prince of Songkhla University, Hatyai, Songkhla 90112, Thailand
Email: savitree.a@psu.ac.th
Phone: 074-451165-6, Fax: 074-428714
4. ประวัติการศึกษา
B.Sc., 1979, Prince of Songkhla University
M.D., 1981, Prince of Songkhla University
Dip. Board Psychiatry, 1985, Siriraj Hospital, Mahidol University
M. Med. Sc. (Clinical Epidemiology) 1995, University of Newcastle, Australia
Ph.D. (Medicine), 2000, University of Sydney, Australia
5. ประวัติการทำงาน
2016-present Vice President, Asia-Pacific Society on Alcohol and Addiction Research (APSAAR)
2001- 2005 Head of the Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkhla University
2002-present Editorial Board, Journal of the Psychiatric Association of Thailand
2006-2008 Associate Editor, ASEAN Journal of Psychiatry
2002-present Vice President of the Administrative Committee on Substance Abuse Research Network (ACSAN) of the Office of the Narcotic Control Board, Thailand
2006-present Member of the Subcommittee for Psychiatric training and Board Examination, Royal College of Thai Psychiatrists
2008-2013 Chairperson of the Academic Affair, Member of the Board of Directors, Psychiatric Association of Thailand
2007-2008 Honorary Secretary General, ASEAN Federation for Psychiatry and Mental Health
2008-present Assistant Secretary and Treasurer and Member of the Board of Directors, Asia-Pacific Society on Alcohol and Addiction Research
2006-2010 Membership Committee, International Society on Biomedical Research on Alcohol
2013-2014 Liaison Committee, International Society on Biomedical Research on Alcohol
2014-present Publication Committee, International Society on Biomedical Research on Alcohol

INTERNATIONAL CONSULTANCY / ADVISORY

- 2011-present WHO Working Group on Classification of Substance-Related and Addictive Disorders for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders
 - 2012-2013 WHO Working Group on Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy
 - 2013 -present WHO Technical Advisory Group on Alcohol and Drug Epidemiology - recommendations to WHO on alcohol epidemiology
 - 2014 WHO External Reviewer for the Guidelines for management of opioid overdose by layperson
5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ
Alcohol and Substance related disorders, Psychiatric Epidemiology, Geriatric Psychiatry
6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

6.1 INTERNATIONAL PUBLICATIONS

- 6.1.1 Zhang N, McNeil E, Assanangkornchai S, Fan Y (2016) Hospital and patient influencing factors of treatment schemes given to type 2 diabetes mellitus inpatients in Inner Mongolia, China. F1000Res 5:1577
- 6.1.2 Saingam D, Assanangkornchai S, Geater AF, Lerkiatbundit S (2016) Factor Analytical Investigation of Krathom (Mitragynaspeciosa Korth.) Withdrawal Syndrome in Thailand. J Psychoactive Drugs 48:76-85
- 6.1.3 Li J, Assanangkornchai S, Lu L, Cai L, You J, McNeil EB, et al. (2016) Can socioeconomic differences explain low expectation of health services among HIV patients compared to non-HIV counterparts? BMC Public Health 16:955
- 6.1.4 He J, Assanangkornchai S, Cai L, McNeil E (2016) Disparities in drinking patterns and risks among ethnic majority and minority groups in China: The roles of acculturation, religion, family and friends. Drug Alcohol Depend 159:198-206
- 6.1.5 Assanangkornchai S, Talek M, Edwards JG (2016) Influence of Islam and the globalized alcohol industry on drinking in Muslim countries. Addiction 111:1715-6
- 6.1.6 Assanangkornchai S, Saingam D, Apakupakul N, Edwards JG (2016) Alcohol consumption, smoking, and drug use in pregnancy: Prevalence and risk factors in Southern Thailand. Asia Pac Psychiatry;10.1111/appy.12247
- 6.1.7 Assanangkornchai S, McNeil EB, Tantirangsee N, Kittirattanapaiboon P, Thai National Mental Health Survey T (2016) Gambling disorders, gambling type preferences, and psychiatric comorbidity among the Thai general population: Results of the 2013 National Mental Health Survey. J Behav Addict; 10.1556/2006.5.2016.066:1-9

- 6.1.8 Tantirangsee N, Assanangkornchai S, Marsden J (2015) Effects of a brief intervention for substance use on tobacco smoking and family relationship functioning in schizophrenia and related psychoses: a randomised controlled trial. *J Subst Abuse Treat* 51:30-7
- 6.1.9 Tantirangsee N, Assanangkornchai S (2015) Prevalence, patterns, associated factors and severity of substance use among psychotic patients in southern Thailand. *Asian J Psychiatr* 13:30-7
- 6.1.10 Ren XT, Snellingen T, Gu H, Assanangkornchai S, Zou YH, Chongsuvivatwong V, et al. (2015) Use of cataract surgery in urban Beijing: a post screening follow-up of the elderly with visual impairment due to age-related cataract. *Chin Med Sci J* 30:1-6
- 6.1.11 Khampang R, Assanangkornchai S, Teerawattananon Y (2015) Perceived barriers to utilise methadone maintenance therapy among male injection drug users in rural areas of southern Thailand. *Drug Alcohol Rev* 34:645-53
- 6.1.12 He J, Assanangkornchai S, Cai L, McNeil E (2015) Patterns of Alcohol Consumption in Yunnan Province of China: Which Measure is Optimal? *Alcohol Alcohol* 50:579-87
- 6.1.13 Assanangkornchai S, Nima P, McNeil EB, Edwards JG (2015) Comparative trial of the WHO ASSIST-linked brief intervention and simple advice for substance abuse in primary care. *Asian J Psychiatr* 18:75-80
- 6.1.14 Taameeyapradit U, Udomittipong D, Assanangkornchai S (2014) Development of a burden scale for caregivers of dementia patients. *Asian J Psychiatr* 8:22-5
- 6.1.15 Sattler DN, Assanangkornchai S, Moller AM, Kesavatana-Dohrs W, Graham JM (2014) Indian Ocean tsunami: relationships among posttraumatic stress, posttraumatic growth, resource loss, and coping at 3 and 15 months. *J Trauma Dissociation* 15:219-39
- 6.1.16 Saingam D, Assanangkornchai S, Geater AF, Lerkiatbundit S (2014) Validation of Krathom (Mitragynaspeciosa Korth.) Dependence Scale (KDS): a dependence screen for internationally emerging psychoactive substance. *Subst Abuse* 35:276-83
- 6.1.17 Li L, Assanangkornchai S, Duo L, McNeil E, Li J (2014) Cross-border activities and association with current methamphetamine use among Chinese injection drug users (IDUs) in a China-Myanmar border region. *Drug Alcohol Depend* 138:48-53
- 6.1.18 Li L, Assanangkornchai S, Duo L, McNeil E, Li J (2014) Risk behaviors, prevalence of HIV and hepatitis C virus infection and population size of current injection drug users in a China-Myanmar border city: results from a Respondent-Driven Sampling Survey in 2012. *PLoS One* 9:e106899

- 6.1.19 Assanangkornchai S, Balthip Q, Edwards JG, assistance of the A-SBIDC-i (2014) Implementing the Alcohol, Smoking, Substance Involvement Screening Test and linked brief intervention service in primary care in Thailand. J Public Health (Oxf) 36:443-
- 6.1.20 Assanangkornchai S, Balthip Q, Edwards JG (2014) Implementing the Alcohol, Smoking, Substance Involvement Screening Test and linked brief intervention service in primary care in Thailand. J Public Health (Oxf) 36:443-9
- 6.1.21 Sureerut R, Assanangkornchai S, Chongsuvivatwong V, Duangmala P (2013) Sexualorientation and sexual risk behaviors among male students of a university in southern Thailand. J Med Assoc Thai 96:1224-8
- 6.1.22 Subady BN, Assanangkornchai S, Chongsuvivatwong V (2013) Prevalence, patterns and predictors of alcohol consumption in a mountainous district of Bhutan. Drug Alcohol Rev 32:435-42
- 6.1.23 Saingam D, Assanangkornchai S, Geater AF, Balthip Q (2013) Pattern and consequences of kratom (Mitragynaspeciosa Korth.) use among male villagers in southern Thailand: a qualitative study. Int J Drug Policy 24:351-8
- 6.1.24 Assanangkornchai S, Balthip Q, Edwards JG (2013) Screening and brief intervention for substance misuse in Thailand. Public Health 127:1140-2
- 6.1.25 Saingam D, Assanangkornchai S, Geater AF (2012) Drinking-smoking status and health risk behaviors among high school students in Thailand. J Drug Educ 42: 177-93
- 6.1.26 Assanangkornchai S, Edwards JG (2012) Clinical and epidemiological assessment of substance misuse and psychiatric comorbidity. Curr Opin Psychiatry 25:187-93
- 6.1.27 Che Y, Assanangkornchai S, McNeil E, Li J, You J, Chongsuvivatwong V (2011) Patterns of attendance in methadone maintenance treatment program in Yunnan Province, China. Am J Drug Alcohol Abuse 37:148-54
- 6.1.28 Sam-angsri N, Assanangkornchai S, Pattanasattayawong U, Muekthong A (2010) Health-risk behaviors among high-school students in southern Thailand. J Med Assoc Thai 93:1075-83
- 6.1.29 Che Y, Assanangkornchai S, McNeil E, Chongsuvivatwong V, Li J, Geater A, et al. (2010) Predictors of early dropout in methadone maintenance treatment program in Yunnan province, China. Drug Alcohol Rev 29:263-70
- 6.1.30 Assanangkornchai S, Sam-Angsri N, Rerngpongpan S, Lertnakorn A (2010) Patterns of alcohol consumption in the Thai population: results of the National Household Survey of 2007. Alcohol Alcohol 45:278-85

- 6.1.31 Assanangkornchai S, Sam-Angsri N, Rerngpongpan S, Edwards JG (2010) Anxiolytic and hypnotic drug misuse in Thailand: findings from a national household survey. *Drug Alcohol Rev* 29:101-11
- 6.1.32 Assanangkornchai S, Mukthong A, Intanont T (2009) Prevalence and patterns of alcohol consumption and health-risk behaviors among high school students in Thailand. *Alcohol Clin Exp Res* 33:2037-46
- 6.1.33 Perngparn U, Assanangkornchai S, Pilley C, Aramrattana A (2008) Drug and alcohol services in middle-income countries. *Curr Opin Psychiatry* 21:229-33
- 6.1.34 Assanangkornchai S, Srisurapanont M (2007) The treatment of alcohol dependence. *Curr Opin Psychiatry* 20:222-7
- 6.1.35 Assanangkornchai S, Pattanasattayawong U, Samangsri N, Mukthong A (2007) Substance use among high-school students in Southern Thailand: trends over 3 years (2002-2004). *Drug Alcohol Depend* 86:167-74
- 6.1.36 Assanangkornchai S, Muekthong A, Sam-Angsri N, Pattanasattayawong U (2007) The Use of *Mitragyninespeciosa* ("Krathom"), an addictive plant, in Thailand. *Subst Use Misuse* 42:2145-57
- 6.1.37 Assanangkornchai S (2007) Epidemiology and intervention strategies for underage drinking in Thailand. *Nihon Arukoru Yakubutsu Gakkai Zasshi* 42:610-4
- 6.1.38 Poshyachinda V, Na Ayudhya AS, Aramrattana A, Kanato M, Assanangkornchai S, Jitpiromsri S (2005) Illicit substance supply and abuse in 2000-2004: an approach to assess the outcome of the war on drug operation. *Drug Alcohol Rev* 24:461-6
- 6.1.39 Assanangkornchai S, Pinkaew P, Apakupakul N (2003) Prevalence of hazardous harmful drinking in a southern Thai community. *Drug Alcohol Rev* 22:287-93
- 6.1.40 Assanangkornchai S, Noi-pha K, Saunders JB, Ratanachaiyavong S (2003) Aldehyde dehydrogenase 2 genotypes, alcohol flushing symptoms and drinking patterns in Thai men. *Psychiatry Res* 118:9-17
- 6.1.41 Assanangkornchai S, Geater AF, Saunders JB, McNeil DR (2002) Effects of paternal drinking, conduct disorder and childhood home environment on the development of alcohol use disorders in a Thai population. *Addiction* 97:217-26
- 6.1.42 Assanangkornchai S, Conigrave KM, Saunders JB (2002) Religious beliefs and practice, and alcohol use in Thai men. *Alcohol* 37:193-7
- 6.1.43 Assanangkornchai S, Saunders JB, Conigrave KM (2000) Patterns of drinking in Thailand. *Alcohol* 35:263-9
- 6.1.44 Assanangkornchai S (1993) Drinking problem: a hidden problem in general practice. *J Med Assoc Thai* 76:252-9

6.2 INTERNATIONAL BOOK CHAPTERS

- 6.2.1 Assanangkornchai S. Substance use in different cultural context. In: Latt N, Conigrave KM, Saunders J, Marshall E, Nutt D, editors. Oxford Specialist Handbook in Addiction Medicine. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 336-41.
- 6.2.2 Assanangkornchai S, Edwards JG. Screening for nicotine and drug use disorders. In : Nady El-Guebaly N, Galanter M, Carrá G, editors. Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives. Heidelberg: Springer; 2015. 207-223.
- 6.2.3 Assanangkornchai S. Harm reduction. In : Saunders J, Conigrave KM, Latt N, Nutt D, Marshall E, Ling W, Higuchi S, editors. Oxford Specialist Handbook in Addiction Medicine (2nd ed). Oxford: Oxford University Press; 2016. p.63-65.
- 6.2.4 Assanangkornchai S. Substance use in different cultural context. In: Saunders J, Conigrave KM, Latt N, Nutt D, Marshall E, Ling W, Higuchi S, editors. Oxford Specialist Handbook in Addiction Medicine (2nd ed). Oxford: Oxford University Press; 2016. p.525-527.

6.3 THAI BOOK

- 6.3.1 Assanangkornchai S. Alcohol use disorders and related problems: Significance and management in Thailand. Songkla: Faculty of Medicine, Prince of Songkla University; 2014. pp.472.

6.4 งานวิจัยที่กำลังทำ

- 6.4.1 National household survey on substance use 2016, under the grant from the Office of the Narcotics Control Board (ONCB), Ministry of Justice, (Role: PI for the Southern site)
- 6.4.2 Secondary data analyses of the National Mental Health Survey 2013, (responsible for the modules on gambling, tobacco, alcohol and substances)
- 6.4.3 Pharmacokinetics and pharmacodynamics of *mitragynine speciosa* in healthy volunteers and health impacts of kratom use, under the grant from the National Science and Technology Development Agency (NSTDA), Ministry of Science and Technology and Prince of Songkla University (Role: PI)

นายแพทย์สุทธา สุปัญญา

1. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) นายแพทย์สุทธา สุปัญญา
2. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Dr.SutthaSupanya
3. ตำแหน่งปัจจุบัน นายแพทย์ชำนาญการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ติดต่อได้สะดวก
PO 33 , Room H1.03, David Goldberg Centre, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, De Crespigny Park, SE5 8AF, LONDON UK
5. ประวัติการศึกษา
พ.ศ. 2545 วิทยาศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2550 แพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พ.ศ. 2553 วุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาจิตเวชศาสตร์
พ.ศ. 2557 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต King's College London
6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ
จิตเวชศาสตร์สุขภาพจิต ระบาดวิทยาสุขภาพจิต โรคจิต
7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH