

รายงานผลการวิจัยปีที่ 1

เรื่อง

ช่องว่างในการเข้าถึงบริการจิตเวชและภาระทางเศรษฐศาสตร์:

การศึกษาระยะยาวในชุมชน

Mental health gap and related economic burden:

a longitudinal community survey

ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์และคณะ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Table of Contents

บทคัดย่อ.....	3
บทที่ 1: บทนำ.....	4
ความสำคัญที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัยระยะยาว	5
ขอบเขตของการวิจัย	5
ทฤษฎี สมมติฐาน และ กรอบแนวคิดของการวิจัย /.....	5
บทที่ 2: ทบทวนวรรณกรรม	6
กรอบแนวคิดการวิจัยโดยภาพรวม.....	6
ความชุกของปัญหาจิตเวช	10
ปัญหาสุขภาพจิตและการเข้าถึงบริการ	10
บทที่ 3: ระเบียบวิธีวิจัย.....	11
รูปแบบการวิจัย	11
สถานที่ที่ศึกษา.....	11
ประชากรที่ศึกษา	11
วิธีดำเนินการวิจัย	12
แบบสอบถาม (Measures)	13
การวิเคราะห์ทางสถิติ.....	14
ประเด็นทางจริยธรรม	14
ระยะเวลาทำการวิจัย และแผนการดำเนินงานตลอดโครงการวิจัย	15
บทที่ 4: ผลการศึกษา.....	16
4.1 ชุมชนที่เข้าร่วมการศึกษาและการแจกแจงกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม	16
4.2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	16
4.3 ระบาดวิทยาของปัญหาจิตเวช	20
4.4 สัดส่วนของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดที่เข้าถึงบริการ และผลกระทบของปัญหา	22
4.5 ปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต (social determinants of mental health).....	23
บทที่ 5: ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ.....	26
บทที่ 6: อภิปรายผล	35
6.1 ระบาดวิทยาของปัญหาจิตเวช	35
6.2 ปัญหาสุขภาพจิตและการเข้าถึงบริการ.....	35

6.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต (social determinants) และผลกระทบ (impact).....	37
6.4 อุปสรรคในการเข้าถึงบริการและแนวทางในการแก้ปัญหา	38
6.5 การศึกษาในอนาคต	42
6.6 ข้อจำกัดของการศึกษา.....	43
6.7 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	43
6.8 บทสรุปเพื่อการสื่อสารสาธารณะ	44
บทที่ 7: บรรณานุกรม	45
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	51
ภาคผนวก แบบสอบถาม	54

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อค้นหาความชุกของปัญหาจิตเวชที่พบบ่อยและมีภาวะโรคสูงในชุมชน เช่น โรคซึมเศร้า ประสบการณ์อาการโรคจิต ความผิดปกติพฤติกรรมการดื่มสุราและสารเสพติด 2) เพื่อศึกษาปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิต 3) เพื่อศึกษาสัดส่วนและปัจจัยต่างๆที่ทำให้ไม่เข้าถึงบริการ

วิธีการศึกษา รูปแบบการศึกษาเป็นแบบ mixed method ประกอบด้วยการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional community survey design) และการศึกษาเชิงคุณภาพ การศึกษาแบบตัดขวางเป็นการสำรวจในประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่อาศัยในครัวเรือนในเขตเทศบาลคูคตและเทศบาลลำสามแก้วจังหวัดปทุมธานี โดยไม่มีการสุ่มทดแทน สัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวโดยพนักงานที่ผ่านการอบรมด้วยแบบสอบถาม World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทย ที่ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก ส่วนแรกคือแบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคจิตเวชตามเกณฑ์ DSM-IV ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน ประวัติการใช้บริการสุขภาพจิตในช่วงชีวิตและในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา สิทธิในการรักษา รวมทั้งประกันสุขภาพต่างๆ รายได้ การศึกษาเชิงคุณภาพประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับอุปสรรคต่างๆในการเข้าถึงบริการและแนวทางแก้ไขปัญหา

ผลการศึกษา จากตัวอย่างครัวเรือนในเขตเทศบาลจำนวน 5,698 คน มีผู้นิยมสัมภาษณ์ 3,940 คน (ร้อยละ 69.1) มีแบบสัมภาษณ์สมบูรณ์ที่นำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 3,877 ชุด พบความชุกในช่วงหนึ่งปีของปัญหาสุขภาพจิตทั่วไปร้อยละ 6.5 อาการทางจิตร้อยละ 0.8 ปัญหาการดื่มสุราร้อยละ 0.9 ปัญหาการใช้สารเสพติดจนเป็นอันตรายร้อยละ 0.3 ระดับเศรษฐฐานะ (วัดโดยดัชนีวัดสิ่งอำนวยความสะดวกในครัวเรือน) ไม่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ผู้ที่มีประวัติป่วยสุขภาพจิตในรอบ 1 ปี รายงานว่าเข้ารับการรักษาหรือรักษาทางสุขภาพจิตเพียง 4.1 % ในรอบปีที่ผ่านมา การป่วยทางสุขภาพจิตในรอบ 1 ปีมีความสัมพันธ์กับการไม่มีรายได้หรือรายได้ที่ลดลงในรอบ 1 ปี ประวัติการเคยเจ็บป่วยทางจิตเวช (แต่ปัจจุบันไม่มีอาการ) ไม่สัมพันธ์กับการไม่มีรายได้หรือรายได้ที่ลดลง

สรุป ความชุกโรคจิตเวชในเขตเทศบาลต่างๆของจังหวัดปทุมธานีนั้นใกล้เคียงกับความชุกที่รายงานไว้ใน การสำรวจสุขภาพจิตก่อนหน้าในเขตกรุงเทพ แต่ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบเมืองใหญ่ในประเทศอื่น การได้รับการรักษาทางจิตเวชน่าจะช่วยลดภาระทางเศรษฐศาสตร์ลงได้ (เช่น ทำให้มีรายได้ หรือทำให้มีรายได้กลับมาใกล้เคียงบุคคลทั่วไป) มาตรการอย่างเช่น การเพิ่ม mental healthy literacy และการพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยที่เป็นทางเลือกอื่น ๆ มีความจำเป็นในการลดช่องว่างในการเข้าถึงการบริการจิตเวช

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการสุขภาพ ต้นทุนการป่วย ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ ระบาดวิทยา สุขภาพจิต

บทที่ 1: บทนำ

ความสำคัญที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

ปัญหาสุขภาพจิตรวมทั้งปัญหาการติดสุรา บุหรี่ และสารเสพติดเป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทยและทั่วโลก ปัญหาสุขภาพจิตเป็นสาเหตุนำ 5 ใน 10 สาเหตุของภาวะทุพพลภาพ องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าปัญหาสุขภาพจิตคิดเป็น 13 % ของภาระโรครวมทั่วโลก (global burden of disease) ซึ่งเป็นผลจากความพิการและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากการป่วยทางจิตเวช ในประเทศกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ปัญหาสุขภาพจิตคิดเป็น 12% ของภาระโรครวม ในปี คศ 2020 คาดว่าโรคซึมเศร้าจะกลายเป็นโรคที่เป็นภาระมากที่สุดรองจากโรคหัวใจขาดเลือด (WHO, 2008a) ส่วนในประเทศไทย ข้อมูลในปี พศ 2552 ระบุว่าปัญหาจากการดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญที่สุด คิดเป็น 9.67% ของภาระโรครวม ตามมาด้วยการสูบบุหรี่ 7.39% โรคซึมเศร้าคิดเป็น 3.52% (Thai Working Group on Burden of Disease, 2011) กลุ่มโรคเหล่านี้ยังมักพบร่วมหรือเป็นปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ (เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดและมะเร็ง) กลุ่มโรคติดเชื้อ (เช่น HIV/AIDS วัณโรค) กลุ่มโรคที่เกี่ยวกับสุขภาพมารดา (เช่น ความเจ็บป่วยทางจิตเวช ความรุนแรงทางเพศ ภาวะซึมเศร้าในมารดาและพฤติกรรมเด็ก) และการบาดเจ็บ (เช่น ความรุนแรง และอุบัติเหตุทางท้องถนน) และมีผลทำให้ขาดความต่อเนื่องและความร่วมมือในการรักษาโรคอื่นๆ (WHO, 2008a)

อย่างไรก็ตาม ทรัพยากรที่ใช้ในการจัดการกับภาระโรคดังกล่าวนั้นยังขาดแคลนและไม่เพียงพออย่างมาก การจัดให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็ยังมีภาระกระจายอย่างไม่เท่าเทียมและขาดประสิทธิภาพ เป็นเหตุให้ประชากรส่วนใหญ่ที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชไม่สามารถเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสม (ราว 75% ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตทั้งหมดในประเทศที่รายได้ต่ำหรือปานกลางไม่ได้รับการรักษาใดๆ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา) โดยพบว่า โดยเฉลี่ยทั่วโลก ช่องว่างการรักษา (treatment gap) สำหรับโรคจิตเภทมีร้อยละ 32 โรคซึมเศร้ามีร้อยละ 56 และปัญหาการดื่มสุราจนเป็นอันตรายร้อยละ 78 ผลที่ตามมาจากการที่ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาอย่างต่อเนื่องมีมากมายทั้งต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม นอกจากนี้ภาระทางสุขภาพ การป่วยยังจุดผู้ป่วยและครอบครัวลงสู่ความยากจน ดังนั้น การส่งเสริมงานสุขภาพจิตนั้นจึงไม่เพียงจำเป็นต่อความอยู่ดีมีสุขของบุคคล แต่ยังเป็นต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจและการลดความยากจนในสังคมและประเทศ สุขภาพจิตและความมั่นคงทางสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด เมื่อเร็วๆ นี้ องค์การอนามัยโลกได้ออกรายงานนำเสนอมาตรการต่างๆ ในการขยายบริการสุขภาพจิตให้มากขึ้นแก่ประเทศต่างๆ โดยเฉพาะประเทศรายได้ต่ำหรือปานกลาง โดยถือเป็นวาระสำคัญเร่งด่วน (WHO, 2008a)

ดังนั้นการวิจัยเรื่องปัญหาการเข้าถึงบริการจิตเวชในประเทศไทยและผลกระทบที่เกิดจากการไม่ได้รับการรักษาจึงมีความสำคัญ ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการออกแบบระบบบริการให้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะระบบบริการในชุมชน การกำหนดนโยบายและวางแผนสาธารณสุขในชุมชน การสร้างเครือข่ายการบริการด้านสุขภาพ การกำหนดสิทธิในการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชชนิดต่างๆ เพื่อลดภาระโรคทางจิตเวช ลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกี่ยวข้อง และลดผลกระทบอื่นๆ ที่ตามมา

วัตถุประสงค์ของการวิจัยระยะยาว

1. เพื่อค้นหาความชุกของปัญหาจิตเวชที่พบบ่อยและมีภาวะโรคสูงในชุมชน ได้แก่ depressive disorders, psychosis และปัญหาการใช้สุรา บุหรี่ สารเสพติด และสัดส่วนของผู้ป่วยโรคจิตเวชเหล่านี้ที่ไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาไม่ต่อเนื่อง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆที่ทำให้เข้าไม่ถึงการบริการสุขภาพจิต เช่น เศรษฐฐานะ อาชีพ การย้ายถิ่น เครือข่ายสังคม ทุนทางสังคม สิทธิการรักษา
3. เพื่อศึกษาผลกระทบและภาระทางเศรษฐศาสตร์จากการป่วยทางจิตเวชที่ไม่ได้รับการรักษา เช่น การขาดรายได้ (ศึกษาบางส่วนในปีที่ 1 และศึกษาต่อเนื่องในปีที่ 2)
4. เพื่อศึกษาติดตามผลระยะยาวเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องและผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง (ศึกษาต่อเนื่องในปีที่ 2)

ขอบเขตของการวิจัย

1. เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรในชุมชนที่อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ศึกษาภาระทางเศรษฐศาสตร์ในมุมมองของผู้ป่วย

ทฤษฎี สมมติฐาน และ / หรือกรอบแนวความคิดของการวิจัย

1. ผู้ย้ายถิ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตมากกว่าคนในท้องถิ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิต
2. ปัญหาและอุปสรรคต่างๆนำไปสู่การไม่ได้รับการรักษาหรือไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง
3. การไม่ได้รับการรักษานำไปสู่ผลกระทบต่างๆเช่น ซึ่งคิดเป็นภาระที่สูงทางเศรษฐศาสตร์ (economic burden)
4. ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงการบริการสุขภาพจิต ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากความเหลื่อมล้ำของปัจจัยต่างๆ เช่น เศรษฐฐานะ ระดับการศึกษา ซึ่งรวมถึงสิทธิในการรักษา

บทที่ 2: ทบทวนวรรณกรรม

กรอบแนวคิดการวิจัยโดยภาพรวม

เช่นเดียวกับประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ การบริการจิตเวชในประเทศไทยยังมีอย่างจำกัดและผู้ป่วยทางจิตเวชจำนวนมากประสบกับอุปสรรคหลายอย่างในการเข้าถึงบริการ อุปสรรคหนึ่งที่สำคัญในการพัฒนาและขยายบริการคือการศึกษาจิตเวชไม่จัดอยู่ในวาระสำคัญด้านสาธารณสุขและในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ซึ่งจะมีผลต่องบประมาณงานสุขภาพจิตและการฝึกอบรม ทำให้ทรัพยากรในการให้บริการมีอยู่อย่างจำกัดและขาดแคลนในพื้นที่ต่างๆทั่วประเทศ

ในปัจจุบันประเทศไทย ยังไม่มีข้อมูลหลักฐานบ่งชี้ว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพียงใดและจากอุปสรรคใดบ้าง ตัวเลขการประมาณการจากฐานข้อมูลของกรมสุขภาพจิตในปี พศ 2551 พบว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยราว 1.2 ล้านคน แต่เข้ารับการรักษาเพียง 1.5 แสนคน มีผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราราว 5.3 ล้านคน แต่เข้ารับการรักษาไม่ถึง 1.2 แสนคน เป็นต้น (พินธุ์ภา กิตติรัตน์ ไพบูลย์, 2553)

อุปสรรคในการเข้าถึงบริการจิตเวชโดยทั่วไปขึ้นกับปัจจัยหลายด้าน โดยอาจแบ่งออกเป็นกว้างๆ 3 ด้าน คือ อุปสงค์ อุปทาน และประสิทธิภาพของระบบการบริการ (WHO, 2008a, Saraceno et al., 2007)

- 1) อุปสงค์ คือความต้องการในการเข้ารับบริการ หลักฐานบ่งชี้ว่าระดับของความต้องการในการใช้บริการจะสูงขึ้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น กลุ่มคนยากจน มีการศึกษาต่ำ กลุ่มแรงงานนอกระบบ การย้ายถิ่น ปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่ออุปสงค์คือ ขาดข้อมูลหรือความรู้เรื่องปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ สิทธิในการรักษาประเภทต่างๆที่ไม่เท่าเทียมกันและอาจไม่ครอบคลุมปัญหาจิตเวชบางประเภท
- 2) อุปทาน คือทรัพยากรในการให้บริการซึ่งมีอยู่อย่างจำกัด เช่น จำนวนจิตแพทย์ บุคลากรด้านสุขภาพจิต ตำแหน่งและจำนวนสถานที่ให้บริการ
- 3) ระบบการให้บริการ เริ่มตั้งแต่การคัดกรองโรคจิตเวชต่างๆ การวินิจฉัยที่ถูกต้อง การดูแลรักษาเบื้องต้น การส่งต่อ ช่องทางการบริการสุขภาพจิต เช่น การผนวกบริการสุขภาพจิตในบริการปฐมภูมิ หรือแยกบริการจิตเวชออกมาต่างหาก

ในหลายๆประเทศ การเข้าถึงบริการมีความยากลำบากมากยิ่งขึ้นสำหรับผู้ย้ายถิ่น ทั้งการย้ายถิ่นระหว่างประเทศและภายในประเทศ การย้ายถิ่นจากชนบทสู่สังคมเมือง เป็นสภาพการณ์ที่พบได้ทั่วทุกแห่งในโลก และเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้สังคมเมืองของประเทศที่กำลังพัฒนาเติบโตอย่างรวดเร็ว (Harpham, 1994) ในระยะร่วม 30 กว่าปีมานี้ ประเทศไทยมีอัตราการย้ายถิ่นของประชากรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากชนบทสู่สังคมเมือง เช่นเมืองหลวงหรือเมืองใหญ่ ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับลักษณะเมืองใหญ่ๆในประเทศกำลังพัฒนา แม้ว่าการหางานมักเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการทำให้เกิดการย้ายถิ่น แต่อัตราการย้ายถิ่นมักสูงเกินกว่าที่ตลาดแรงงานสามารถรองรับผู้ย้ายถิ่นได้ทั้งหมด ในประเทศไทยนั้น กรุงเทพฯและปริมณฑลนั้นถือเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการย้ายถิ่นเข้ามาสูงที่สุดติดต่อกันมาเป็นระยะเวลาหลายปี (Ashkul, 1990)

การย้ายถิ่นเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและสัมพันธ์กับกระบวนการหลายๆอย่างซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบทางลบต่อสุขภาพจิต ผู้ย้ายถิ่น เช่น แรงงานย้ายถิ่น มักประสบกับความเครียดหลากหลายรูปแบบจากความเป็นอยู่ในเมืองใหญ่ นอกเหนือจากปัญหาพื้นฐานเดิม เช่น ความยากจน ระดับการศึกษาที่ต่ำ และการขาดการเกื้อหนุนทางสังคมและสิทธิสวัสดิการต่างๆ (Thailand Development and Research Institute Foundation, 1990) มีงานวิจัยเกี่ยวกับการย้ายถิ่นจำนวนไม่น้อยที่พบว่า ผู้ย้ายถิ่นมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้อยู่ในท้องถิ่นเดิม เช่น ปัญหาจากการดื่มสุรา (Shen et al., 1998, Jirapramukpitak et al., 2008) ผู้ย้ายถิ่นจำนวนมากยังประสบปัญหาเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่ผู้ย้ายถิ่นไปทำงานหรือพักอาศัย เนื่องจากความยากจน และสิทธิในการประกันสุขภาพมักอยู่ที่ภูมิลำเนาเดิมในต่างจังหวัด ปัญหาการเข้าถึงบริการจะรุนแรงมากขึ้นสำหรับผู้มีปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากการขาดแคลนจิตแพทย์และบุคลากรสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุข

ในอนาคตอันใกล้นี้ จำนวนผู้ย้ายถิ่นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆในพื้นที่กรุงเทพฯและปริมณฑล ในขณะที่สถานที่ให้บริการและบุคลากรมีจำนวนเท่าเดิมหรือขยายตัวน้อยมากและกระจุกตัว การเข้าไม่ถึงบริการทางสุขภาพจิตจึงอาจเพิ่มสูงขึ้นไปอีก หากไม่มีการกำหนดนโยบายหรือแผนเพื่อดำเนินการช่วยเหลือเพิ่มเติม ผลที่ตามมาคือจำนวนผู้ป่วยทางจิตเวชที่ไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาไม่ต่อเนื่องเพิ่มสูงขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และความเสียหายทางเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การขาดเรียน ออกจากการเรียนกลางคัน หยุดงานหรือตกงาน ก่อปัญหาสังคม อาชญากรรมและผลกระทบอื่นๆ สร้างภาระมหาศาลต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม (Centre for Mental Health, 2010)

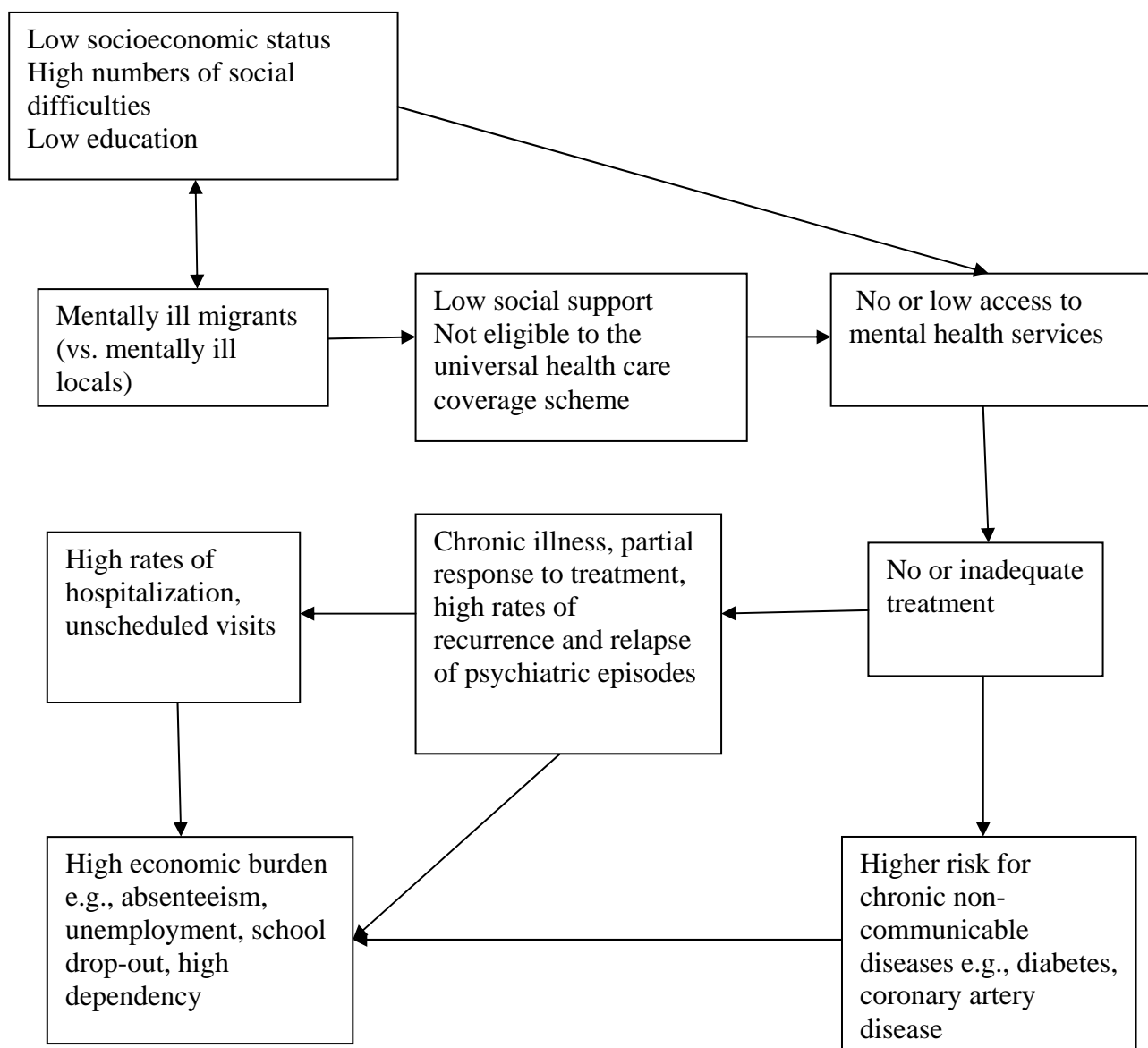
การพิจารณาภาระหรือต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ที่เกิดจากการป่วย ดูได้จากต้นทุนประเภทต่างๆดังนี้

- 1) ต้นทุนโดยตรงต่อการบริการทางการแพทย์ เช่น การให้บริการจิตเวช และทรัพยากรที่ใช้ในการป้องกัน วินิจฉัย และรักษา
- 2) ต้นทุนทางอ้อมต่อการบริการทางการแพทย์ เช่น การใช้ทรัพยากรในการรักษาโรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับปัญหาจิตเวช เช่น เบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด รวมทั้งโรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า
- 3) ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ เช่น การเดินทาง การบริการด้านสังคม สงเคราะห์ เวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยญาติ
- 4) ต้นทุนทางอ้อม เช่น ผลผลิตหรือผลิตภาพที่สูญเสียไปอันเนื่องมาจากการป่วย เช่น หยุดเรียนกลางคัน การไม่ได้ทำงาน การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร
- 5) ต้นทุนที่คำนวณได้ยาก เช่น ปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (quality adjusted life years, QALYs)

ในประเทศไทย การศึกษาว่าปัญหาสุขภาพจิตทำให้เกิดต้นทุนหรือความเสียหายมากเพียงใดยังมีน้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาภาระจากการดื่มสุราและบุหรี่ย (Leartsakulpanitch et al., 2007, Thavorncharoensap et al., 2010) การศึกษาในประเทศสหราชอาณาจักร พบว่าต้นทุนของปัญหาสุขภาพจิตมีมูลค่ามากกว่า 105.2 พันล้านปอนด์ต่อปี (Centre for Mental Health, 2010) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ต้นทุนของโรคจิตเวชคิดเป็น 2.5% ของ GNP (Rice and al., 1990) โดยมีภาระทางเศรษฐศาสตร์ของปัญหาจิตเวชถูกประมาณการไว้ที่ 317.6 พันล้านเหรียญสหรัฐ (Insel, 2008) และโรคทางจิตเวชที่รุนแรงสัมพันธ์กับการสูญเสียรายได้ของผู้ป่วยราว 193.2 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี (Kessler et al., 2008) และมีผลต่อการหยุดงาน (Kessler and Frank, 1997) และการออกจากการเรียนกลางคัน (Kessler et al., 1995)

โรคทางจิตเวชยังมีความสัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอีกหลายชนิด มีการศึกษาพบว่า โรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจขาดเลือด (Rugulies, 2002) โรคมะเร็ง (Satin et al., 2009) ผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าประชากรทั่วไป 2 ถึง 5 เท่า (Mezuk et al., 2008) ในทางกลับกัน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 65% (Campayo et al., 2010) โรคทางกายอื่นๆที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าประกอบด้วย osteoporosis (Cizza et al., 2009) ข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Wolfe and Michaud, 2009) เป็นต้น

ปัจจัยที่มีผลต่ออุปสรรคในการเข้าถึงบริการ และผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นจากการไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาไม่ต่อเนื่อง และก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐศาสตร์ตามมา อาจสรุปได้เป็นแผนภูมิด้านล่าง ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรที่สัมพันธ์กันและเป็นกรอบแนวคิดสำหรับสมมุติฐานต่างๆที่ต้องการทดสอบในการศึกษาในระยะยาว



จากแผนภูมิข้างต้น หนึ่งในสมมติฐานที่ต้องการทดสอบก็คือ ความยากจน การศึกษาต่ำ และปัญหาสังคมต่างๆ เป็นปัจจัยที่ผลักดันให้เกิดการย้ายถิ่นเข้ามาในเมือง และในขณะเดียวกันก็เพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ ผู้มีสุขภาพจิตที่ย้ายถิ่นยังประสบปัญหาขาดการเกื้อหนุนทางสังคม และไม่สามารถใช้สิทธิในการรักษา ทำให้มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทางจิตเวชมากขึ้นไปอีก จึงทำให้รักษาไม่ต่อเนื่องหรือขาดการรักษา ก่อให้เกิดผลกระทบที่ตามมาหลายด้านดังแผนภูมิ

ความชุกของปัญหาจิตเวช

การศึกษาระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตที่ผ่านมามีจำนวนมาก มาจากหลายประเทศทั่วโลกและใช้เครื่องมือที่แตกต่างกัน การศึกษาในประเทศไทยครั้งล่าสุดคือ การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 โดยเปรียบเทียบความชุกของโรคจิตเวชของคนในกรุงเทพมหานครกับภาพรวมของประเทศ (สินเงิน สุขสมปอง et al., 2559) ประเมินโดยเครื่องมือ World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทย จากตัวอย่างประชากรกรุงเทพมหานคร 1,272 คน ยินยอมสัมภาษณ์ 715 คน (ร้อยละ 56.2) พบว่า พบความชุกในช่วงหนึ่งปีของโรคจิตเวชใดๆ ร้อยละ 9.3 โดยพบ Any substance use disorders มากที่สุด ตามด้วย At least one psychotic-like experience (ร้อยละ 5.6 และ 1.7 ตามลำดับ) และสรุปว่า ความชุกโรคจิตเวชในกรุงเทพมหานครพบน้อยเมื่อเทียบกับเมืองใหญ่อื่น แต่พบความชุกความผิดปกติของการเสพยาเสพติดมากที่สุด Prochaska และคณะ (Prochaska et al., 2012) สำรวจสุขภาพจิตในประชากรในมลรัฐแคลิฟอร์เนีย โดยใช้แบบสอบถาม K6 ที่จุดตัดตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป เพื่อคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีอาการรุนแรงปานกลางขึ้นไป พบว่า 8.6% มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง และ 27.9% มีปัญหาสุขภาพจิตอาการปานกลาง การสำรวจสุขภาพจิตแห่งชาติในอเมริกา (Kessler et al., 2003) โดยใช้แบบวัด CIDI พบความชุกช่วงชีวิตของโรคซึมเศร้าราว 16% (95%CI 15.1-17.3) และความชุกในช่วง 12 เดือน ราว 6.6% (95% CI, 5.9-7.3) ส่วนความชุกในช่วง 12 เดือนของปัญหาการใช้สารเสพติดอยู่ที่ 3.8% (Kessler et al., 2005) การสำรวจของประเทศญี่ปุ่นโดยใช้ CIDI เช่นเดียวกันพบความชุกช่วงชีวิตและช่วง 12 เดือนของปัญหาการใช้สารเสพติดราว 7.4% และ 1.0% ตามลำดับ พบความชุกช่วงชีวิตและช่วง 12 เดือนของปัญหาการดื่มสุราราว 7.3% และ 2.3% และพบความชุกช่วงชีวิตและช่วง 12 เดือนของโรคซึมเศร้าราว 6.1% และ 2.2% (Ishikawa et al., 2016)

ปัญหาสุขภาพจิตและการเข้าถึงบริการ

ผลการสำรวจสุขภาพจิตระดับชาติในสหรัฐอเมริกา ถึงเหตุผลที่ไม่ไปรับบริการนั้นพบว่า ในผู้ที่มีปัญหาโรคทางอารมณ์ วิตกกังวล การควบคุมความยับยั้งชั่งใจ (impulse control) และความผิดปกติทางจิตเวชที่พบในเด็ก (Mojtabai et al., 2011) ราวครึ่งหนึ่งรายงานว่าไม่คิดว่ามีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการเพื่อขอความช่วยเหลือ เหตุผลส่วนใหญ่คือต้องการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง และเป็นสาเหตุให้ไม่ไปรับการรักษาหรือหยุดการรักษาก่อนกำหนด

บทที่ 3: ระเบียบวิธีวิจัย

ในบทนี้จะกล่าวเฉพาะระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการสำรวจปีที่ 1 เท่านั้น

รูปแบบการวิจัย

Mixed method ประกอบด้วย

- Cross-sectional community survey design (observational study) อิงตามข้อกำหนดของ WMHS (Kessler et al., 2006)
- Qualitative design

สถานที่ที่ศึกษา

จังหวัดปทุมธานีมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดราว 670,000 คน ปทุมธานีประกอบด้วย พื้นที่เขตเมืองและชนบท ย่านการค้าและธุรกิจ อุตสาหกรรมก่อสร้าง รวมทั้งนิคมอุตสาหกรรมซึ่งมีผู้อพยพย้ายถิ่นเข้ามาอาศัยและทำงานอยู่เป็นจำนวนมาก พื้นที่ที่มีผู้อพยพย้ายถิ่นหนาแน่นจะถูกเลือกเพื่อทำการสำรวจโดยอาศัยข้อมูลจากการทำสำมะโนประชากร (door knock census) พื้นที่ที่ถูกเลือกในการศึกษาคือพื้นที่ในเขตเทศบาลตำบลคูคตและเทศบาลลำสามแก้ว ซึ่งเป็นพื้นที่ในการดูแล (catchment area) ของศูนย์การแพทย์ปฐมภูมิคูคต ในสังกัดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ประชากรที่ศึกษา

การศึกษาดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปราว 6000 คน ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคลอย่างน้อย 1 เดือน ไม่รวม ผู้อาศัยอยู่ในวัด ค่ายทหาร เรือนจำ โรงเรียนประจำ สถานศึกษา หรือหอพัก ในชุมชนต่างๆในเขตเทศบาลเมืองคูคตและเทศบาลเมืองลำสามแก้ว จังหวัดปทุมธานีที่ไม่จำเป็นต้องมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ในช่วงเดือน มิ.ย.-ก.ย. 2558 กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เทศบาลทั้ง 2 เทศบาลถูกเชิญให้เข้าร่วมการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวโดยพนักงานสัมภาษณ์ อาสาสมัครจะถูกคัดเลือกโดยการทำสำมะโนประชากร (door-knocking census) เพื่อให้ทราบถึงสัดส่วนประชากรวัยต่างๆ สัดส่วนของประชากรย้ายถิ่น จำนวนคนเฉลี่ยต่อครัวเรือน และความชุกของปัญหาสุขภาพจิต ผู้ที่ถูกสุ่มคัดเลือกจะถูกเก็บข้อมูลพื้นฐาน และถูกสัมภาษณ์โดยแบบสอบถาม แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคจิตเวชตามเกณฑ์ DSM-IV ประกอบด้วยโรคซึมเศร้า โรคจิต ปัญหาจากการดื่มสุราและสารเสพติด ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับประวัติการใช้บริการสุขภาพจิต สิทธิในการรักษารวมทั้งประกันสุขภาพต่างๆ ประวัติอาการจิตเวชต่างๆในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา รายได้แบบสอบถามส่วนที่ 2 จะใช้เฉพาะกับอาสาสมัครที่มีประวัติอาการเข้าได้กับโรคจิตเวชต่างๆที่ได้มาจากการคัดกรองและวินิจฉัยจากแบบสอบถามส่วนที่ 1 และอาสาสมัครที่ได้มาจากการสุ่มมาราว 25% จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และไม่มีการสุ่มทดแทน

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆจะจำกัดอยู่ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 ด้วยเท่านั้น

โครงการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Inclusion criteria: ผู้ที่อายุ 18 ปีขึ้นไปที่สามารถสื่อสารได้

Exclusion criteria: ไม่มี

วิธีดำเนินการวิจัย

- 1) ขออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
- 2) ติดต่อเทศบาลและผู้นำชุมชนเพื่ออำนวยความสะดวกในการลงพื้นที่
- 3) ทำสำมะโนประชากรในพื้นที่ที่มีผู้อพยพหนาแน่นในจังหวัดปทุมธานี จำนวนครัวเรือนที่ได้รับการสำรวจจะถูกบันทึกไว้
- 4) คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4000 คนในพื้นที่
- 5) ตัวแปรหลักประกอบด้วย - ข้อมูลพื้นฐาน ประวัติการอพยพย้ายถิ่น ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด สิทธิในการรักษา อุปสรรคในการเข้าถึงการบริการ ต้นทุนการรักษาและผลกระทบ
- 6) แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกคือแบบสำหรับการคัดกรองและวินิจฉัยโรคจิตเวชที่พบบ่อย ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีประวัติป่วยในช่วงชีวิตที่ผ่านมาจะได้รับการสัมภาษณ์ในส่วนที่ 2 ต่อ (ประกอบด้วยประวัติการใช้บริการจิตเวชที่ผ่านมา อุปสรรคในการเข้าถึงการบริการ และข้อมูลพื้นฐานอื่นๆ) และยังมี การสุ่มผู้ที่ไม่เคยมีประวัติป่วยด้วยโรคจิตเวชในช่วงชีวิตที่ผ่านมาราว 25% (ดูจากแบบ Long/short form reference) เพื่อสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 ต่อ เพื่อเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ
- 7) การสัมภาษณ์จะกระทำในที่พักอาศัยของอาสาสมัคร เว้นแต่อาสาสมัครต้องการสัมภาษณ์ที่อื่น ระยะเวลาของการสัมภาษณ์ ความคิดเห็นของผู้สัมภาษณ์และอาสาสมัครต่อการสัมภาษณ์จะถูกบันทึกไว้
- 8) ทีมภาคสนามประกอบด้วย 1) พนักงานสัมภาษณ์จำนวน 20 คน ทุกคนจะได้รับ การอบรมในการใช้แบบสอบถามและเทคนิคการสัมภาษณ์อย่างเข้มข้น จนสามารถเป็นนักสัมภาษณ์มืออาชีพ (professional interviewer) ได้ 2) ผู้ดูแลภาคสนามทีมละ 3-5 คน (supervisor) ทำหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน และ สอดคล้องของข้อมูลทุกชุดของทีมก่อนนำส่งส่วนกลาง สุ่มตัวอย่างคนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ด้วยตารางคิช (Kish table) เมื่อได้ตัวอย่างแล้วบันทึกข้อมูลชื่อสกุล หมายเลข โทรศัพท์ ผลการติดต่อนัดหมายสัมภาษณ์ในปกหน้า (cover sheet) เพื่อเป็นข้อมูลบริหารจัดการสัมภาษณ์ของแต่ละหน่วยตัวอย่าง เมื่อทีมภาคสนามลงพื้นที่ตามนัดหมาย กับหน่วยตัวอย่างหรือเรียกว่า “ผู้ถูกสัมภาษณ์” ผู้สัมภาษณ์แนะนำตัวเองพร้อมแสดงบัตรประจำตัว แนะนำโครงการตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการฯ และขอการยินยอมเข้าร่วมโครงการ หากผู้ถูกสัมภาษณ์ยินยอมและลงนามด้วยความสมัครใจ แล้วจึงดำเนินการสัมภาษณ์

- 9) สัมภาษณ์เชิงลึกเรื่องปัญหากระบวนการให้บริการจิตเวชกับผู้มีส่วนในการวางนโยบายและให้บริการ และผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) ประกอบด้วย อธิบดีกรมสุขภาพจิตหรือผู้แทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช จิตแพทย์สังกัดต่างๆ พยาบาลจิตเวช เป็นต้น

แบบสอบถาม (Measures)

การสัมภาษณ์จะใช้เวลาราว 40 นาที แบบสอบถามประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล อายุ เพศ การศึกษา เศรษฐฐานะ การย้ายถิ่น สิทธิในการรักษา
2. แบบวินิจฉัยปัญหาจิตเวชที่พบบ่อย คือ
 1. แบบประเมินที่ใช้สำหรับวินิจฉัยโรค psychosis, depressive disorders, alcohol use disorders, substance use disorders คือ World Health Organization-Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI) (Kessler et al., 2008) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างใช้ในการวินิจฉัย โรคจิตเวช มีความเที่ยงตรงสูง สามารถวินิจฉัยความเจ็บป่วยในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาและชั่วชีวิตที่ผ่านมา และยังมีข้อคำถามในการประเมินความรุนแรงของ โรค การรักษาที่ผ่านมา ปัจจัยเสี่ยงและผลที่ตามมา เครื่องมือนี้พัฒนาต่อยอดมาจาก WHO-CIDI15 โดยมีการศึกษาจากประเทศต่างๆ ที่ศึกษาความตรง (validity) และความเที่ยง (reliability) ของ WHO-CIDI (Wittchen, 1994, Kessler et al., 1998, Wittchen et al., 1999, Brugha et al., 2001) ผลการศึกษาต่างๆ พบว่าการวินิจฉัยด้วยเครื่องมือ CIDI มีความสอดคล้องกับการวินิจฉัยทางคลินิกโดยแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ CIDI ได้มีการนำมาแปลเป็นไทยแล้วโดยกรมสุขภาพจิตและนำมาใช้ในการสำรวจระดับชาติ สุขภาพจิตระดับชาติเมื่อปี พศ 2556 (สินเงิน สุขสมปอง et al., 2559) การแปล WMH-CIDI 3.0 ชุด PAPI ฉบับ ภาษาไทย ดำเนินการตามขั้นตอนที่ WMHS กำหนด กล่าวคือ ขั้นแรกทำการแปลโดยทีมจิตแพทย์ที่มีความชำนาญภาษาอังกฤษ แบ่งชุดการแปลตาม ความเชี่ยวชาญ เน้นการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น ได้ใจความ มีบรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง และสอดคล้องของทุกชุดเครื่องมือ ผ่านการประชุม ปรึกษาโดยคณะจิตแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำเครื่องมือ ไปใช้ในขั้นที่สองซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ความเข้าใจ (pretesting and cognitive interviewing) ตรวจสอบการใช้ภาษา ความเข้าใจและการรับรู้ในแต่ละข้อคำถาม เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือเหมาะกับบริบท และวัฒนธรรมไทย ทั้งนี้แบบประเมินที่ใช้ในการศึกษาสามารถใช้ประเมินได้ทั้งผู้ป่วยเก่าและผู้ป่วยใหม่
 2. แบบประเมิน K6 เป็นส่วนหนึ่งของแบบ WHO-CIDI จะนำมาใช้คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตทั่วไป (psychological distress) ที่ทำให้เกิดความเครียดที่มีความรุนแรงปานกลางถึงมาก (Kessler et al., 2010) เป็นแบบที่อยู่ในส่วนที่ 2 ของแบบสอบถาม
3. แบบสัมภาษณ์ WHO-CIDI ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ปัญหาในการเข้ารับบริการ การใช้สิทธิการรักษา รายได้ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ประวัติการรักษาในช่วงชีวิตและ 1 ปีที่ผ่านมา ประวัติการรักษาแบบผู้ป่วยในและนอก การขาดการรักษา การกลับเป็นซ้ำ เป็นต้น

4. คำจำกัดความปัญหาสุขภาพจิต

- โรควิตกกังวล หมายถึง major depressive disorders, dysthymia ความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา หมายถึง alcohol abuse/dependence
- ประสบการณ์อาการโรคจิต หมายถึง psychosis

การวิเคราะห์ทางสถิติ

สถิติเชิงพรรณนาในการสรุปลักษณะทางประชากร ปัจจัยต่างๆ โดยแสดงผลเป็นจำนวนและร้อยละ สำหรับข้อมูลแจกแจง แสดงผลเป็นค่าเฉลี่ยเลขคณิตและ sd หรือค่ามัธยฐานและ range สำหรับข้อมูลต่อเนื่อง สถิติเชิงวิเคราะห์ วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยสถิติ parametric และ non-parametric ตามความเหมาะสม

Primary outcomes:

- 1) Proportion of those with a history of mental illness who have sought mental health care
- 2) Main barriers to mental health services
- 3) Direct and indirect economic costs of mental illness

ประเด็นทางจริยธรรม

อาสาสมัครจะได้รับความมั่นใจว่าข้อมูลการสัมภาษณ์จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ การเข้าร่วมการศึกษาเป็นไปโดยความสมัครใจ โดยก่อนเข้าร่วมจะต้องอ่านและกรอกแบบแสดงความยินยอม (informed consent) ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถอ่านได้ พนักงานสัมภาษณ์จะอ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้อาสาสมัครฟังจนเข้าใจ แล้วจึงตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือไม่ สถานที่ขอความยินยอมคือที่พักของอาสาสมัครหรือที่อื่นที่อาสาสมัครสะดวก โดยพนักงานสัมภาษณ์จะให้หนังสือแสดงความยินยอมฯ ที่มีข้อความอย่างเดียวกันและลงลายมือชื่อและวันที่เรียบร้อยแล้วให้แก่อาสาสมัคร 1 ฉบับ และผู้วิจัยเก็บไว้เอง 1 ฉบับ ตลอดการดำเนินการวิจัย และหลังสิ้นสุดการวิจัยแล้ว

พนักงานสัมภาษณ์จะได้รับการอบรมให้สังเกตและระมัดระวังในเรื่องของความรู้สึกและ ความอึดอัดใจที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการสัมภาษณ์ อาสาสมัครทุกคนจะได้รับรายชื่อและที่ติดต่อของสถานที่และบุคคลที่มีบริการให้การช่วยเหลือ หลังการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น อาสาสมัครทุกคนจะได้รับของที่ระลึก เพื่อเป็นการตอบแทนน้ำใจที่สละเวลาในการสัมภาษณ์ และหากตรวจพบผู้ป่วยใหม่ที่ไม่เคยไปรักษาที่ใดมาก่อน ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำและเอกสารเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถไปรับการรักษาต่อไป

ระยะเวลาทำการวิจัย และแผนการดำเนินงานตลอดโครงการวิจัย

แผนการดำเนินการปีที่ 1 (ระยะเวลาและขั้นตอน)

กิจกรรม	ปีที่ 1												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
ขออนุมัติจากกรรมการระเบียบวิธีวิจัยและจริยธรรม	→												
แผนการวิจัยนำร่องและทดสอบเครื่องมือ	→	→											
ติดต่อเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น	→												
เลือกผู้สัมภาษณ์	→												
อบรมผู้สัมภาษณ์	→												
เก็บข้อมูล		→	→	→									
ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล					→	→	→						
In depth interview					→	→	→						
ทบทวนวรรณกรรม						→	→	→					
วิเคราะห์ข้อมูล								→	→	→			
รายงาน											→	→	→

เป้าหมายของผลผลิต (output) และตัวชี้วัด

ผลผลิต	ตัวชี้วัด	
	เชิงคุณภาพ	เชิงปริมาณ
องค์ความรู้สู่สาธารณะ	Social determinants of mental health	1 เรื่อง
	Policies to reduce mental health gap among Thai mentally ill people	1 เรื่อง
	Epidemiology of mental disorders	1 เรื่อง

บทที่ 4: ผลการศึกษา

4.1 ชุมชนที่เข้าร่วมการศึกษาและการแจกแจงกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม

โดยภาพรวม มีสัดส่วนผู้ยินยอมเข้าร่วมสัมภาษณ์เท่ากับ 69.1 % (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แจกแจงจำนวนครัวเรือนตามชุมชนต่างๆที่เข้าร่วมการสำรวจ

ชุมชน	จำนวนครัวเรือน ที่มีผู้พักอาศัย	บ้านปิด	ปฏิเสธ	ยินยอม	แบบที่ สมบูรณ์	Response rate (%)
รินทร์ทอง	1589	409	185	995	995	84.3
เลียบคลอง	145	10	7	128	128	94.8
เย็นฉ่ำ	585	294	0	291	289	100
แอร์วิลล่า	725	194	133	398	398	75.0
พระสิทธิ์	467	43	4	420	420	99.1
จามร เดชเจริญ	671	45	40	586	586	93.6
เดชนันต์รวมใจ	92	9	7	76	76	91.6
จามร ลาดสนุ่น	344	20	30	294	294	90.7
พร้อมศรีสามัคคี	358	56	8	294	283	97.4
ริเวอร์ปาร์ค	722	155	109	458	408	80.8
รวม	5,698	1,235	523	3,940	3,877	88.3

4.2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 3,877 คน อายุ 18-94 ปี เฉลี่ย 48.13 ปี เพศชาย 40.5% (n=1572) หญิง 59.5% (n=2305) อยู่ใน 11 ชุมชนของเขตเทศบาลคูคตและลำสามแก้ว (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์ส่วนที่ 1

ลักษณะ		กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N=3877)
		%
อายุ		Mean 48.13
เพศ	ชาย	40.5
	หญิง	59.5
สถานภาพสมรส	แต่งงาน	61.1
	แยกทาง/หย่าร้าง/หม้าย	18.4
	โสด	20.4
การศึกษา	จบ ป 6 หรือต่ำกว่า	34.0
	ม1 – ม 3	14.0
	ม4 – ม6	24.4
	ปริญญาตรี ปี1-ปี 4	25.3
	สูงกว่า ป ตรี	2.3
ประวัติการย้ายถิ่น	เกิดในกรุงเทพและปริมณฑล	37.1
	เกิดที่อื่น	62.9
ประกันสุขภาพ	ไม่มี	6.3
	มี	93.7

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์ส่วนที่ 2

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1523 คน อายุ เฉลี่ย 48.5 ปี เป็นเพศหญิงราว 60% อยู่ใน 11 ชุมชนของเขตเทศบาลคูคตและลำสามแก้ว

ตารางที่ 3 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์ส่วนที่ 2

ลักษณะ		กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
		%
อายุ (n=1519)		Mean = 48.5
เพศ (n=1521)	ชาย	40.4
	หญิง	59.6
สถานภาพสมรส (n=1517)	แต่งงาน	64.5
	แยกทาง/หย่าร้าง/หม้าย	17.6
	โสด	17.9
การศึกษา (n=1488)	จบ ป 6 หรือต่ำกว่า	34.2
	ม1 - ม 3	12.9
	ม4 - ม6	23.5
	ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า	29.4
ประวัติการย้ายถิ่น (n=1502)	เกิดในกรุงเทพฯและปริมณฑล	33.9
	เกิดที่อื่น	66.1
ประกันสุขภาพในพื้นที่ใกล้เคียง (n=1523)	ไม่มี	16.3
	มี	83.7
รายได้ในรอบ 12 เดือน	0-89,999 บาท	35.6
	90,000-209,999 บาท	33.3
	210,000-14,999,999 บาท	31.1
Psychological distress	รอบ 1 เดือน	5.9
	รอบ 12 เดือน	6.5

ตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนของผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพใดๆเลยนั้นมีราว 7.7 % ของกลุ่มตัวอย่าง แต่สัดส่วนของผู้ที่ไม่สามารถใช้สิทธิได้ในพื้นที่ใกล้เคียงนั้นมีสูงกว่า (ราว 17%) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4: สัดส่วนของผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพใดๆจำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน

สิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพ		ไม่มี (N=1462)
		%
อายุ	18-47	9.2
	>48	6.2
เพศ	ชาย	8.5
	หญิง	7.0
สถานภาพสมรส	สมรส	7.3
	แยกทาง	9.3
	หย่า	2.1
	หม้าย	6.7
การศึกษา	โสด	9.3
	0-9 ปี	7.1
	> 10 ปี	8.3
การย้ายถิ่น	เกิดในกรุงเทพและปริมณฑล	7.9
	เกิดนอกกรุงเทพและปริมณฑล	7.6

ตารางที่ 5: สัทธิในการเข้ารับการรักษาในพื้นที่ใกล้เคียงจำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน

สัทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ใกล้เคียง		ไม่มี (N=1462) (%)	P value
อายุ	18-47 (n=671)	19.5	0.017
	>48 (n=789)	14.8	
เพศ	ชาย (n=588)	18.9	0.110
	หญิง (n=874)	15.7	
สถานภาพสมรส	สมรส	7.3	0.440
	แยกทาง	9.3	
	หย่า	2.1	
	หม้าย	6.7	
	โสด	9.3	
การย้ายถิ่น	เกิดในกรุงเทพฯและปริมณฑล	12.8	P=0.002
	เกิดนอกกรุงเทพฯและปริมณฑล	19.4	

4.3 ระบาดวิทยาของปัญหาจิตเวช

การศึกษาพบความชุกของปัญหาต่างๆในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และในช่วงชีวิตที่ผ่านมาดังตารางที่ 6 โดยพบว่า โดยภาพรวม ความชุกของการมีปัญหาสุขภาพจิตที่ทำให้เกิดความเครียดในรอบ 1 ปี (psychological distress) อยู่ที่ 6.5% ความชุกของอาการทางจิตอยู่ที่ 0.8% และความชุกของปัญหาการดื่มสุราและสารเสพติดอยู่ที่ 0.9%

ตารางที่ 6 ความชุกของปัญหาต่างๆในรอบ 1 ปีและช่วงชีวิต

ความชุกปัญหาสุขภาพจิต		กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N=3877)
		%
สูบบุหรี่	กำลังสูบ	15.8
	เคยสูบ	13.0
	ไม่สูบ	71.2
โรคซึมเศร้า	ช่วงชีวิต	0.8 (n=32)
	12 เดือน	0
ความผิดปกติพฤติกรรมการดื่มสุรา	ช่วงชีวิต	4.8 (n=178)
	12 เดือน	0.9 (n=35)
ปัญหาการใช้สารเสพติดจนเป็นอันตราย	ช่วงชีวิต	0.7 (n=24)
	12 เดือน	0.3 (n=11)
ประสบการณ์อาการโรคจิต	ช่วงชีวิต	3.7 (n=142)
	12 เดือน	0.8(n=32)
ปัญหาสุขภาพจิตที่ทำให้เกิด ความเครียด	12 เดือน	6.5

4.4 สัดส่วนของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดที่เข้าไม่ถึงบริการ และผลกระทบของปัญหา

โดยภาพรวม สัดส่วนของผู้ที่มีประวัติป่วยสุขภาพจิตและปัญหาสุรา ยาเสพติดในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาและในช่วงชีวิตที่ผ่านมาที่เคยไปรับบริการปรึกษาปัญหานั้นมีน้อยมาก ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7: สัดส่วนของผู้ที่มีประวัติการใช้บริการปรึกษาปัญหาจิตเวชหรือยาเสพติดที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มที่มีประวัติการป่วยชนิดต่างๆ

การเข้าถึงบริการสุขภาพ	มีประวัติป่วยสุขภาพจิตในรอบ 1 ปี (N=124)	มีประวัติปัญหาสุรา ยาเสพติดในรอบ 1 ปี (N=31)	มีประวัติป่วยสุขภาพจิตในช่วงชีวิตที่ผ่านมา (N=102)	มีประวัติปัญหาสุรา ยาเสพติดในช่วงชีวิตที่ผ่านมา (N=114)
	%	%	%	%
เคยปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตหรือยาเสพติดในช่วงชีวิตที่ผ่านมา	14.5	3.2	11.8	1.8
เคยปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตหรือยาเสพติดครั้งสุดท้ายภายใน 1 ปีที่ผ่านมา	4.8	0	2.9	0

โดยภาพรวมพบว่า ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาการดื่มสุราสารเสพติดใน 1 ปีที่ผ่านมา มีสัดส่วนของผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพใดๆ สูงกว่าผู้ที่ไม่ปัญหาสุขภาพจิตใดๆ โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราสารเสพติดนั้นๆ มีสัดส่วนผู้ไม่มีหลักประกันใดๆ หรือในในพื้นที่ใกล้เคียงสูงที่สุด (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8: ปัญหาสุขภาพจิต สุรา ยาเสพติดและสิทธิในการรักษา

การเข้าถึงบริการ และผลกระทบ		ไม่มีปัญหา (N=1104)	ปัญหาวิตกกังวลซึมเศร้า และอาการทางจิตใน 1 ปีที่ผ่านมา (N=124)	ปัญหาการดื่มสุรา สารเสพ ติดใน 1 ปีที่ผ่านมา (N=34)
		%	%	%
สิทธิในการรักษา	ไม่มี	6.7	9.24	18.2
สิทธิในการรักษา ในพื้นที่ใกล้เคียง	ไม่มี	15.7	13.7	26.5

4.5 ปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต (social determinants of mental health)

ผลการศึกษาค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆเช่น อายุ เพศ ระดับเศรษฐฐานะ (วัดโดยดัชนีวัดสิ่งอำนวยความสะดวกในครัวเรือน) ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส (ตารางที่ 9) พบว่า มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มในด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา โดยกลุ่มที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดในรอบ 1 ปีมีแนวโน้มอายุน้อย เพศชาย โสด ส่วนกลุ่มมีประวัติมีปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่มที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มที่จะมีระดับการศึกษาต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มในเรื่องของการย้ายถิ่นและระดับเศรษฐฐานะ

ผลการศึกษาโดยใช้แบบจำลอง Generalized linear model โดยมีตัวแปรรายได้ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเป็นตัวแปรตาม พบว่า กลุ่มที่ปัญหาสุขภาพจิตในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีสัดส่วนของผู้ที่ไม่มีรายได้เลยสูงกว่ากลุ่มควบคุม และโดยเฉลี่ยมีรายได้ในรอบ 1 ปีต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (222,077.50 บาท vs. 156,321 บาท, $p = 0.003$) หรือต่ำกว่าโดยเฉลี่ย 65,756.43 บาท

ตารางที่ 9: ปัญหาสุขภาพจิต การดื่มสุรา สารเสพติดในรอบ 1 ปี จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน

ปัจจัย		ไม่มีประวัติป่วย (N=1152)	มีประวัติป่วยสุขภาพจิต ในรอบ 1 ปี (N=124)	มีประวัติปัญหาสุรา ยา เสพติดในรอบ 1 ปี (N=31)
		%	%	%
อายุ	Mean (ปี)	48.6	51.4	39.0
เพศ	ชาย	36.4	34.7	77.4
	หญิง	63.6	65.3	22.6
สถานภาพ สมรส	แต่งงาน	66.5	61.3	54.8
	แยกทาง/หย่าร้าง/ หม้าย	17.2	16.9	3.2
	โสด	16.3	21.8	41.9
การศึกษา	จบ ป 6 หรือต่ำกว่า	34.1	41.2	22.6
	ม1 – ม 3	12.7	10.9	25.8
	ม4 – ม6	22.5	24.4	32.3
	ปริญญาตรี (ปี1-ปี 4) หรือสูงกว่า	30.8	23.5	19.4
ประวัติการ ย้ายถิ่น	เกิดในกรุงเทพและ ปริมณฑล	33.7	36.9	38.7
	เกิดที่อื่น	66.3	63.1	61.3

ตารางที่ 10: ปัญหาสุขภาพจิต การดื่มสุราและสารเสพติดในช่วงชีวิตที่ผ่านมาจำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน

ปัจจัย		ไม่มีประวัติป่วย (N=1152)	มีประวัติป่วยสุขภาพจิต ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา (N=102)	มีประวัติปัญหาสุรา ยา เสพติดในช่วงชีวิตที่ผ่านมา (N=114)
		%	%	%
อายุ	Mean (ปี)	48.6	48.5	46.6
เพศ	ชาย	36.4	35.0	81.6
	หญิง	63.6	65.0	18.4
สถานภาพ สมรส	แต่งงาน	66.5	54.0	59.3
	แยกทาง/หย่า ร้าง/หม้าย	17.2	28.0	16.8
	โสด	16.3	18.0	23.9
การศึกษา	จบ ป 6 หรือต่ำกว่า	34.1	44.2	15.9
	ม1 – ม 3	12.7	8.4	15.0
	ม4 – ม6	22.5	24.2	35.4
	ปริญญาตรี (ปี1- ปี 4) หรือสูงกว่า	30.8	23.2	33.6
ประวัติการ ย้ายถิ่น	เกิดในกรุงเทพ และปริมณฑล	33.7	31.6	32.7
	เกิดที่อื่น	66.3	68.4	67.3

บทที่ 5: ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

ได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 8 คน โดยแบ่งเป็นจิตแพทย์ทั่วไป 4 คน จิตแพทย์เด็ก 3 คน พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับงานจิตเวช 1 คน ในจำนวนนี้มีผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานนโยบายและบริการจิตเวชในอดีตหรือปัจจุบันจำนวน 4 คน ในเรื่องปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการและแนวทางในการลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการ โดยจะอภิปรายรวมกันทั้งบริการด้านจิตเวชทั่วไปและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เพราะมีลักษณะร่วมกันหลายอย่าง แต่จะอภิปรายบริการด้านจิตเวชเด็กแยกออกมาต่างหากหากมีประเด็นเฉพาะ

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกสามารถสรุปเป็นประเด็นต่างๆได้ดังนี้

1. อุปสรรคด้านตัวผู้ป่วยและญาติ

สรุป ความรู้ ทักษะคติและมุมมองต่อปัญหาจิตเวชของผู้ป่วยและญาติ โรคจิตเวชบางโรคไม่ทำให้ผู้ป่วยเดือดร้อน ไม่คิดว่าตนเองป่วย (lack of insight) การตีตรา (stigma) อันเกิดจากการป่วย การป่วยเป็นภาระต่อญาติ (burden) การขาดความเข้าใจในตัวโรคและการรักษา ทั้งหมดนี้ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องการหรือไม่สะดวกใจในการมารับการรักษา ปัญหาอาจมีทั้งตอนตัดสินใจเริ่มต้นรักษาและการมาติดตามการรักษาต่อเนื่อง ปัญหาจะมีมากขึ้นในโรคที่ต้องการการรักษาต่อเนื่องและยาวนาน

จิตแพทย์และผู้วางนโยบายและระบบบริการสุขภาพจิต

“ โดยธรรมชาติของตัวโรคนะครับ...ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเวชเนี่ย จะมีเรื่องของ stigma อยู่ละ เรื่องของความรู้อีกายที่จะมาพบแพทย์นะครับ และก็ความรู้สึกกลัวว่าคนอื่นจะมองว่าตัวเองผิดปกติถ้าเป็นโรคจิตเวชก็เลยทำให้เขาไม่อยากจะเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ตัวที่สองก็จะเป็นเรื่องของ nature ของตัวโรคนะครับ บางโรคเนี่ย แนวโน้มการมองตัวเองหรือการมองความเจ็บป่วยของตัวเองมันสูญเสียไปอะครับ ก็จะทำให้เขามีแนวโน้มในการที่จะละเลยหรือไม่เข้าใจในการที่พาเข้าสู่ระบบ อันนี้ก็เป็นการยากในการเข้าถึงบริการ”

“ถ้ามองอีกอันหนึ่งก็คือตัวญาติกับชุมชน.....ยังขาดความเข้าใจในเรื่องของตัวโรคค่อนข้างเยอะ ...ปรากฏการณ์ของคนไข้ที่เกิดขึ้นก็อาจจะทำให้เขารู้สึกแย่ ...เขาไม่เข้าใจ เขาไม่รู้ว่าหาวิธีจัดการปัญหาอย่างไร สุดท้ายก็ละเลย หรือใช้วิธีง่ายๆ คือล่ามขัง หรือทำงักก็ได้ หรือคิดว่าไม่เป็นอะไรมากก็ปล่อยไป ...อีกอันหนึ่งที่เป็นเรื่องของชุมชนกับสังคมก็น่าจะเป็นการมีส่วนร่วม จะสังเกตว่าตัวความเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มนี้ แนวโน้มของญาติกับชุมชนจะมีแนวโน้มมีส่วนร่วมน้อยกว่า น้อยกว่าโรคอื่นๆที่เขาดูแล”

จิตแพทย์อาวุโส อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช

“การไม่เข้าถึง หนึ่งอาจจะเป็นเรื่องของ Ignorance ของตัวคนไข้หรือครอบครัวก็ได้ ตัวเองเนี่ยมีอาการป่วย แต่ก็ไม่รู้ว่าตัวเองเนี่ยป่วย ไอ้อาการป่วยเนี่ยเป็นเรื่องของจิตเวช ฉะนั้นก็เลยไม่ได้คิดที่จะคิดที่จะไปขอรับบริการ หรือถึงบางที่มีคนแนะนำก็ไม่เชื่อ ไม่เชื่อว่าตัวเอง ตัวเองไม่ได้บ้า เพราะฉะนั้นก็เลยปฏิเสธ นะครับ อันนั้นอาจจะเป็นเรื่องของ Ignorance ของผู้ป่วย”

“ผมว่าเป็นเรื่องของ ที่เรียกอะไร Stigma คือกลัวว่าคนเขาจะรู้ รู้ว่าตัวเองป่วย แต่กลัวคนรู้ว่าไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชหรือไปหาจิตแพทย์ เพราะฉะนั้นก็ไม่มา นะครับ ปวดหัว นอนไม่หลับก็ไปหาซื้อยานอนหลับ หาซื้อยาปวดหัว หรือไปหาหมออื่นๆ อะไรต่ออะไรต่างๆที่ไม่ใช่จิตแพทย์ นะครับ เพราะว่าไม่อยากให้คนรู้ อะไรต่างๆ อย่างเนี่ย ซึ่งไอ้ในเรื่องพวกนี้ ผมก็เคยมี สมัยอยู่ต่างจังหวัดเนี่ย ผมเคยเปิดคลินิก แล้วคนไข้ที่มาหาผมที่คลินิกบางคนเขาก็บอกเลย บอกผมไม่มาหาหมออะครับเนี่ย ปกติผมก็รู้ว่าคุณหมอรักษาผมได้แต่ผมไม่มา เพราะว่ามันเหมือนอย่างนี้ผมกลัวว่าผมมาแล้วคนเขาจะรู้ว่าผมป่วย”

“อย่างคนไข้เป็นโรคจิตเนี่ย Schizophrenia เนี่ย จะขึ้นรถเมล์มาหาหมอก็ไม่ได้ ไม่มีใครเขาให้ขึ้น ฉะนั้นถ้าจะมาก็คงต้องเหมารถมา หรือเช่ารถมา...บางที นั่งยืมคนเดียวหรือนั่งหัวเราะคนเดียวเนี่ย รถเมล์เขาก็ไม่ยอมให้ขึ้น เขากลับผู้โดยสารอื่นจะกลัว.....เขากลับจะไปทำร้ายคนอื่นหรืออะไรต่างๆ”

จิตแพทย์อาวุโส อดีตนักบริหาร

“ในสังคมเราเนี่ยนะ ประเด็นแรกคือเขามีอาการแรกๆไม่มาก เขาก็จะไม่ได้มาหาเรา เขาจะไปหาคนอื่นก่อน อย่างหมอคุณ พระ ...คนเครียดคนกลุ่มใจอะไรต่างๆเนี่ย อันแรก ค่าไม่มาหาเรา อาจจะไปหาญาติก่อนนะครับ แล้วก็ หรือไปหาคนที่ ไม่ใช่แพทย์ ซึ่งเขาช่วยแค่บางส่วน แล้วที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งก็คือว่า เขาไม่มาหา เนื่องจาก พอเขามาโรงพยาบาลแล้วมาพบหมอหรือเข้าโรงพยาบาลเนี่ย มันติด มันมี Stigma ซึ่งมันต่างจากโรคอื่น ยิ่งทางเหนือที่รุนแรงมากเลย ทางเหนือเขาเรียกคนไข้โรคจิตว่าผีบ้า เป็นผีด้วยแล้วบ้าด้วยนี่หน่า”

2. อุปสรรคด้านระบบบริการ

สรุป

2.1 ยาจิตเวชมัก stock อยู่แต่ในโรงพยาบาลใหญ่ ทำให้มีปัญหาในการเข้าถึงยาจิตเวชหลายชนิดในโรงพยาบาลชุมชน ที่ไม่ stock ยาจิตเวช โดยเฉพาะยาหลายตัวที่ค่อนข้างแพง ยานอกบัญชี และยาควบคุม (เช่น methylphenidate)

2.2 ยาจิตเวชหลายตัวมีราคาแพง

จิตแพทย์อาวุโส

“บางทีเขาก็รู้ว่า ยาดีๆมี แต่ว่าราคามันแพงเกินกว่าที่คนต่างจังหวัดหลายคนจะ afford ไหว อะไรต่างๆเนี่ย โดยเฉพาะถ้าเบิกไม่ได้ มันก็มี”

จิตแพทย์และผู้วางแผนนโยบายและระบบบริการสุขภาพจิต

“ตัวระบบบริการก็ยังมีปัญหาอยู่ อย่างเช่น การไม่เข้าถึงยา ยาจิตเวชยังไม่ได้ available หมด นะครับ เพราะฉะนั้นเนี่ย การรับยาต้องไปรับในพื้นที่ที่เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ หรืออาจจะเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปนะครับ ในขณะที่เดียวกันคนไข้บางคนไม่ได้มีตั้งค์เยอะ เพราะฉะนั้นเขารับยาแล้วรู้สึกว่ามีดีขึ้น เขาก็หยุดนะครับ

2.3 สถานพยาบาลที่มีบริการจิตเวชมีน้อย และมักกระจุกอยู่ในเมืองใหญ่ ทำให้ต้องเดินทางไกล เสียเวลา และค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูงทั้งผู้ป่วยและญาติในการมาเข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่มีบริการจิตเวชแต่อยู่ห่างไกล

จิตแพทย์อาวุโส อดีตผู้บริหาร

“คือโรงพยาบาลมันอยู่ในเมือง ไข่ม้อยครับ เรามีไม่กี่แห่ง ทั้งประเทศขณะนี้มันอยู่สิบลูกกว่าแห่งเอง โรงพยาบาลจิตเวชนะมันก็พัฒนาดีขึ้น มีโรงพยาบาลมากขึ้น หรือมี โรงพยาบาลทั่วไป น่าจะรับมากขึ้น หรือมหาวิทยาลัยรับมากขึ้น แต่ว่าการเข้าถึงบริการ หรือคนที่จะมาหาเนี่ย มันก็ยังไม่เข้าถึงนะครับ”

จิตแพทย์และผู้วางแผนนโยบายและระบบบริการสุขภาพจิต

“บางทีเนี่ยรู้สึกว่ามันลำบาก การที่จะเข้ามาเข้าถึงการรักษาเนี่ยครับ อันนี้เป็นเรื่องกระบวนการทำให้การเข้าถึงการรักษาเนี่ยครับ เรื่องการเดินทาง เรื่องค่าใช้จ่าย นะครับ ระบบบริการไม่ได้อยู่กับบ้าน”

2.4 ปัญหาในการใช้สิทธิสำหรับผู้ที่ย้ายถิ่น และการที่ต้นสังกัดไม่ส่งตัวมารักษา ผู้มีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้จะกังวลกับค่าใช้จ่ายยาจิตเวชบางตัวที่มีราคาแพง และต้องกินอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงติดตามการรักษา

จิตแพทย์และผู้วางแผนนโยบายและระบบบริการสุขภาพจิต

“ส่วนใหญ่ follow up เนี่ยก็จะมีปัญหาครับ (สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้สิทธิ) จริงๆระบบของ กทม. ก็เจออย่างจ้ะครับ มันก็เป็นเรื่องของสงเคราะห์ แล้วก็บางทีก็อนุเคราะห์ข้ามเขต ถ้ามันยังอยู่ใน กทม ด้วยกัน แต่ว่าต่างจังหวัดก็เจอปัญหาอยู่ครับ ต่อไปก็จะเจออย่างจ้ะเยอะขึ้น migration ทั้งหลายที่สิทธิไม่ได้ตามตัวมาด้วยครับ สิทธิของ acute เนี่ย ได้ แต่ถ้าเป็นสิทธิแบบเบิกตาม opd เนี่ย ก็ลำบากละ ต้องขอใบรับรองสิทธิมา ถ้าไม่นั้นก็ไม่สามารถจ่ายยาได้ อันนี้ก็ประเด็นอยู่ครับ”

“คือวิธีแก้ปัญหาของเขา (ผู้ป่วย) เนี่ยจะมีสองอย่างครับคือ ถ้ามีตั้งค์ ตัดสินใจ (จ่ายเอง) เลย เพราะว่ายา มันไม่ได้แพงมาก เขาก็ขอมารับยาที่อื่นแล้วก็จ่ายเงิน อันที่สองก็คือว่า ถ้าเขาไม่มีตั้งค์จริง ลำบาก ญาติก็จะรับยาแล้วส่งไปรษณีย์มาให้ เช่น ถ้าอยู่นครพนมก็รับยานครพนม 2-3 เดือน แล้วก็เอายาส่งไปรษณีย์มาให้ครับ แบบที่สามก็คือ ย้ายสิทธิ”

“สำนักเลขานุการสุขภาพจิตแห่งชาติ ซึ่งอยู่ในกรมสุขภาพจิต (ทำหน้าที่) ดูแลพิทักษ์ผลประโยชน์ สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย และก็เรื่องกฎหมาย ตั้งแต่เรื่อง พรบ.สุขภาพจิต นะครับ เรื่องของสิทธิผู้ป่วยในการเข้าถึง อย่างเป็นธรรม อะไรเงี้ยครับ เขาทำเรื่องนี้ด้วยเหมือนกัน (คือเรื่องความเหลื่อมล้ำของสิทธิต่างๆ) แต่ว่าอย่างที่บอก บางเรื่องใช้เวลาอยู่พอสมควรมันยาก แล้วก็เขาทำอยู่คนเดียว บางทีมันก็ต้องอาศัยเครือข่ายเยอะแยะพอสมควร”

3. อุปสรรคด้านนโยบายสาธารณสุข

สรุป นโยบายและการจัดลำดับความสำคัญของโรคหรือปัญหาทางสาธารณสุขในประเทศไทย ซึ่งเป็นตัวกำหนดงบประมาณในการลงทุนด้านระบบบริการในปัจจุบันนั้น ให้ความสำคัญกับโรคที่ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากกว่าโรคที่ทำให้เกิดความพิการ โดยให้งบประมาณลงทุนที่เน้นหนักไปกับโรคที่เป็นแล้วเสียชีวิต เช่น มะเร็ง หัวใจ อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน แต่ไม่ให้น้ำหนักมากนักกับความพิการจากการป่วย โรคจิตเวช ได้รับความสำคัญในลำดับท้ายๆ โดยได้รับงบประมาณในการพัฒนาระบบบริการและพัฒนาบุคลากรน้อยมาก (มีข้อสังเกตว่า มีการมองข้ามการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นๆของประเทศ ซึ่งจำนวนไม่น้อยมาจากพฤติกรรมการดื่มสุราที่เป็นอันตราย) และละเลยโรคที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในวัยเด็ก หรือวัยหนุ่มสาวที่อาจก่อให้เกิดภาระต่อสังคมและเศรษฐกิจในระยะยาว (ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากโรคจิตเวช) ซึ่งสวนทางกับทิศทางสากลที่พิจารณาจากภาระโรคโดยดูจาก DALYs ซึ่งพิจารณาทั้งการตายและความพิการ และพบว่าโรคจิตเวชมีส่วนทำให้เกิดเป็นภาระโรคในลำดับต้นๆทั้งในประเทศที่รายได้สูงและรายได้ปานกลาง

จิตแพทย์และผู้วางแผนนโยบายและระบบบริการสุขภาพจิต

“นโยบายสาธารณสุขเนี่ยลดตายลดป่วย เขาเน้นเรื่องลดตายค่อนข้างเยอะ ถ้าดูนะครับ งบประมาณที่ลงจะลงสาขาที่มีตายเยอะ แต่เขาไม่ได้มองเรื่องของสาขาที่มีปัญหาการบริการเจ็บป่วยที่รบกวนคุณภาพชีวิตมาก ยกตัวอย่างเช่น มะเร็ง หัวใจ หลอดเลือดนะครับ อุบัติเหตุฉุกเฉิน นะครับ newborn เป็นแล้วตายเร็ว พวกเนี่ยครับ คือเขาจะค่อนข้างจะให้โฟกัสอยู่กับเรื่องนี้ค่อนข้างเยอะ ผมคิดว่าอย่างน้อยอะครับ ขอให้ (จิตเวช) เท่ากับฝ่ายอื่นๆ อย่างเช่น ฝ่ายอื่นเนี่ย จะอยู่ที่ประมาณ ล้านหนึ่ง หรือว่าประมาณห้าแสน จิตเวชเนี่ยจะอยู่ที่ประมาณหมื่นหนึ่งสองหมื่นสามหมื่น ห้าหมื่น อันนี้คือค่าเฉลี่ยนะครับ น้อยกว่ามากๆแล้ว ก็ สิ่งที่ว่าคือน้อยกว่าจนกระทั่งไม่สามารถที่จะทำเรื่องของ capacity building ได้ หรือขับเคลื่อนเรื่องระบบ”

“เรื่องบุคลากร เรื่อง training รวมถึงงบประมาณที่ใช้ในการพัฒนาบุคลากรสุขภาพจิตเฉพาะทาง เราก็จะเห็นว่า บางปีไม่สามารถพัฒนาไปตามแผน พัฒนาไม่ได้เลย ถ้าเป็นนโยบายในเรื่องของการพัฒนาบุคลากรในระยะยาว เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวชเนี่ยครับ มันจะมีเงินก้อนหนึ่ง ซึ่งไม่เยอะ แต่ระยะหลังเนี่ย เงินพัฒนาบุคลากรเนี่ยมันถูกสร้างให้เกิดขึ้นในเรื่องของ service plan ... service plan เนี่ยก็มีหลายสาขา แล้วก็แต่ละสาขาเนี่ย เขตจะเป็นคนเหมือนกับทำเรื่องในความต้องการการพัฒนาคน ว่ามีงบเท่าไรในปีๆ แผนมันออกมาปั๊บ แต่มันไม่สามารถเซ็นได้ ไม่สามารถนำคนไปฝึกได้เนื่องจากว่างบประมาณมันถูกเกลี่ยไปที่เรื่องอื่น ๆ ครับ เพราะฉะนั้นจะเป็นว่างงบประมาณน้อยมาก ถามว่า (ที่ผ่านมา) ดีขึ้นมั๊ย ดีขึ้นแต่น้อยมาก ก็เห็นเรื่องการให้ความสำคัญของเขต ที่ advocate เรื่องของ health workforce ทำให้ capacity building มันไม่พอครับ”

“Burden of Disease (BoD) เนี่ย มันเป็นเรื่องของการ การศึกษาในภาพรวม จริงๆแล้วเนี่ยของเรา BoD เนี่ย ถ้าดูในเรื่องของ DALY นะครับ ก็คือ disability-adjusted life year เนี่ยนะครับ คือภาพรวมของดัชนีชี้วัด ภาระโรคเนี่ย ภาพรวมที่มันรวมทั้งตายกับพิการใช้มั้ยครับ Years of Life Lost (YLL) บวก Years Living with Disability (YLD) นะครับ จริงๆภาพรวม (YLL+YLD) เนี่ย จิตเวชจะสูงอยู่ประมาณ 2-3 ตัว ไม่เยอะ เท่ากับตัวหลายๆตัวอย่างเรื่อง traffic accident อะไรเงี้ยครับ แต่ถ้าคิดเป็น YLD คือความทุกข์ทรมานอะครับ พิการอะ เราขึ้นบาน ของเราขึ้นอย่างน้อย 4-5 ตัวครับ ใน 10 อันดับแรก”

“(เรื่องความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิต) WHO ก็พูด อเมริกาหรือออสเตรเลียเนี่ย funding ลงมาที่ mental health function เยอะนะครับ แต่ของเราเนี่ยสวนทางครับ ระบบมันเนี่ยคนละเรื่องกันเลยครับ”

4. งานอื่นๆนอกเหนือจากงานบริการ

สรุป งานอื่นที่ได้รับมอบหมายจากผู้บริหารลงมา โครงการต่างๆ เช่น การตรวจเยี่ยม ประชุม สัมมนา งาน เอกสาร ทำให้ยังไม่มีเวลาไปพัฒนาการบริการให้ดีขึ้น และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคลากรลาออก

อดีตจิตแพทย์เด็กทำงานในโรงพยาบาลจิตเวชในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้

“สาเหตุหนึ่งในการลาออกคือจิตแพทย์ทำงานหลายหน้าที่ทั้งๆที่ไม่ใช้งานถนัด บุคลากรไม่เพียงพอแต่ก็ยังมียาน เพิ่มเข้ามาตลอด มีแผนจะแยกโครงสร้างออกมากมาตั้งหน่วยงานใหม่ ในเรื่องของทรัพยากรไม่มีปัญหา แต่เรื่องของบุคลากรต้องแก้ไขเป็นอย่างมาก เพราะตอนนี้ก็มีไม่พออยู่แล้ว”

5. การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์

สรุป การขาดแคลนบุคลากรด้านจิตเวช จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ โดยเฉพาะบุคลากรด้าน จิตเวชเด็ก และบุคลากรยังกระจุกตัวอยู่แต่ในโรงพยาบาลใหญ่ และยังมีอัตราการลาออกสูง โดยเฉพาะ โรงพยาบาลในกรมสุขภาพจิต สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากงานที่หนัก มีผู้ป่วยที่ต้องตรวจจำนวนมาก

อดีตจิตแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดหนึ่งทางภาคกลางตอนเหนือ

“รพ.ศูนย์จำนวนจิตแพทย์ไม่พอ ถ้าจะให้ทำงานได้โดยไม่เกินภาระงานอย่างน้อย 3 คน แต่มันก็มีทางออก ไม่ถึงกับทำงานไม่ได้”

จิตแพทย์อาวุโส อดีตผู้บริหารโรงพยาบาลจิตเวช

“แล้วอีกอันหนึ่งก็คือ บุคลากรอื่นๆ เช่น ในระดับพยาบาล ไม่ใช่แต่เฉพาะแพทย์หรือจิตแพทย์ที่ขาดแคลน (เท่านั้น) พยาบาลจิตเวช หรือนักจิตวิทยาที่พอรู้เรื่องพวกนี้ก็จะทำงานเป็นทีมมันก็ไม่ค่อยมี ฉะนั้นถ้า โรงพยาบาลจังหวัด บางที่มีจิตแพทย์ก็จริงแต่มีคนเดียวอะ ไม่มีพยาบาลไม่มีนักจิตที่รู้เรื่องพวกนี้เลย จิตแพทย์ คนเดียวต้องทำทุกอย่างหมด บางทีมันก็แย่ ทำให้คุณภาพบริการมันก็เลยไม่ค่อยจะน่าประทับใจสักเท่าไร”

จิตแพทย์และผู้วางแผนนโยบายและระบบบริการสุขภาพจิต

“จิตเวชเด็กนี้ขาดเยอะมาก จิตเวชเด็กมีการเข้าถึงบริการที่แย่มาก แต่ปัญหาของการเข้าถึงบริการของเด็กคือ coverage เป็นตัวหลักเลยครับ เพราะฉะนั้นเนี่ยถ้าจะแก้ปัญหาก็ หนึ่ง ผู้ให้ความสำคัญมั่นคงต้องสร้างคนเพิ่ม แต่มั่นคงไม่เสร็จเร็ว เพราะฉะนั้นจิตเวชเด็กจะต้องค่อยๆ เป็นค่อยๆ ไป ในระยะห้าปี”

6. ประเด็นเฉพาะทางจิตเวชเด็ก

สรุป

- 6.1 การรักษาโรคจิตเวชบางชนิดที่ประสิทธิผลยังไม่ดีนัก โดยเฉพาะการรักษาที่เน้นเรื่องจิตสังคมและต้องรักษาติดตามต่อเนื่องระยะยาว

จิตแพทย์เด็กและผู้บริหารสถานพยาบาลที่ให้บริการจิตเวชเด็กในจังหวัดแห่งหนึ่ง

“มันขึ้นกับโรคอะไรด้วยค่ะ อย่างถ้าสมาธิสั้นเนี่ย ชัดเจนว่า efficacy ดี มันมาด้วยยาตรงๆ แต่ถ้าโรคที่เหลือส่วนใหญ่เลยเนี่ย efficacy ก็ยังไม่ค่อยดีค่ะ เนี่ยยังหาแบบอะไรที่เป็นอันที่ดีที่สุดของเด็กจริงๆ ก็ยังไม่ชัด ยังความหาอยู่ ฉะนั้นไม่ต้องพูดถึงเรื่อง effectiveness ซึ่งยิ่งยากไปกันใหญ่ค่ะ อย่างบางโรคที่มี evidence ที่ค่อนข้าง strong อย่าง depression เนี่ยนะคะ efficacy การรักษาเนี่ยดี แต่ effectiveness เนี่ย เอามาทำจริงเนี่ยจะมีปัญหา ถ้าไม่ใช้ยา เพราะว่าการรักษามาตรฐานมันคือยาบวก CBT อย่างเงี้ยค่ะ หรือ CBT ก่อน ใน stage แรกๆ เนี่ย พอเอามาทำในเชิงขยายผล ถามว่าเราหา therapist ในประเทศไทยได้กี่คน ก็คนที่จะคุมคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ แทบไม่มีเลย ถ้าอิงจากโมเดลของผู้ใหญ่นะคะ พบว่าโมเดลของผู้ใหญ่ ซึมเศร้าในผู้ใหญ่เนี่ยที่ประสบความสำเร็จได้เพราะว่าใช้ยาต้านเศร้า ไม่ใช่ด้วย CBT นั้นพอเป็นของเด็กซึ่งน้ำหนักไปทาง CBT ก่อนใช้ยาเนี่ย effectiveness มีปัญหา”

- 6.2 การรักษาบางชนิด โดยเฉพาะการรักษาทางจิตสังคมที่มีกระบวนการรักษาที่ซับซ้อน ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และอาจยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนที่ชัดเจน ทำให้ประเมินผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยได้ยาก

จิตแพทย์เด็กและผู้บริหารสถานพยาบาลที่ให้บริการจิตเวชเด็กในจังหวัดแห่งหนึ่ง

“แต่ประเด็นของโรคที่ต้องการการบำบัดรักษาที่เป็น psychosocial care เสียมาก ก็เยอะกว่ายานะคะ ในหลายๆโรค มันทำให้ ต่อให้เข้ามาได้ การรักษา เอ้อ มันทำให้ได้รับการรักษาได้ยากอะคะ เพราะว่า psychosocial care มันต้องการคนที่เทรน ที่มีประสบการณ์”

“หลายชิ้นเนี่ยเราพบว่ามันไม่มี Evidence support เช่น เรารู้ว่าอันเนี่ย มีปัญหาเรื่องเนี่ย ยกตัวอย่างง่ายๆคือ Parenting เนี่ยคะ เรารู้ว่าต้องทำ แต่เรายังไม่มีโปรแกรมมาตรฐาน parenting ของประเทศไทยเลย แล้วก็ไม่มีโปรแกรมไหนที่ทำแบบเป็น RCT ออกมาเลย ทุกวันเนี่ยโปรแกรมที่มีก็คือแปลฝรั่งเศสมาแล้วก็เอาไปใช้ทำกัน โดยที่เป็นกลุ่มเล็กๆ อะไรเงี้ยคะ ทำเป็นแบบ workshop พัฒนาเข้าไป อาศัยความชำนาญของผู้เชี่ยวชาญเป็นหลัก อะไรอย่างเงี้ยคะ แต่ไม่มี RCT ไม่เคยเห็น RCT”

“เพราะว่าทุกวันนี้ที่ซบเคลื่อนเนี่ย ก็เหมือนกับไปแตะที่ผิวๆอะคะ เช่น มีปัญหาของวัยรุ่นขึ้นมา ก็ไปทำ one hospital one school แต่ intervention ไม่ชัด มีปัญหาวัยรุ่นก็ให้ intervention กับโรงเรียนนะ แต่ intervention ไม่ชัด เงี้ยคะ ตอนนี่ที่เห็นเป็นรูปธรรมจริงๆจะเป็นของปฐมวัย ที่ทำเรื่องของการพัฒนาการเด็ก ที่มีเครื่องมือ ตอนนี่ใช้ DSPM DIM ซึ่งแปลมาจาก Denver ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน แล้วก็ใช้ทั่วประเทศ อันนี้ก็มีคะ”

6.3 การรักษาทางจิตสังคมบางอย่าง โดยเฉพาะการบำบัดฟื้นฟู และการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาบางประเภทและครอบครัวต้องใช้เวลาในการรักษาต่อเนื่องยาวนาน ทำให้มีอัตราไม่มาติดตามหรือขาดการรักษา (drop out) สูง

จิตแพทย์เด็กและผู้บริหารสถานพยาบาลที่ให้บริการจิตเวชเด็กในจังหวัดแห่งหนึ่ง

“ถ้าในเชิงครอบครัวและญาติ ก็คือความไม่รู้ว่ามันมีวิธีอื่นๆที่รักษาได้ด้วยนะคะ คือการขาดความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งบริการ น่าจะเป็นปัจจัยทั้ง service ทั้งตัวพ่อแม่ หรือหลายรายเนี่ย ต่อให้มีความรู้ก็มีปัญหาเศรษฐกิจอะคะ พามาไม่ได้ พามาไม่ไหวคะ แล้วยิ่งรายที่มีปัญหาเศรษฐกิจแล้วโรคจิตเวชเด็กส่วนใหญ่จะเป็นโรค chronic อันนี้เป็นปัจจัยจากตัวโรคอะคะ ความเรื้อรังของโรคเนี่ยทำให้เมื่อรักษา จะต้องรักษาต่อเนื่องนาน ฉะนั้นกว่าจะจบกระบวนการเนี่ย หลายรายก็ lost follow up ไประหว่างทาง เราพบว่าหลายเคสที่เอาเข้าระบบบริการได้ แต่ก็อยู่ไม่ได้ตลอดคะ”

“เรื่องที่แยกว่า drop out ตอนนี่คือเข้าไม่ถึงตั้งแต่แรกเลยคะ เยอะกว่าเยอะ ประมาณ 90% แล้วที่เข้าไม่ถึงบริการ”

7. แนวทางแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการจิตเวช

สรุป ในบางพื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากรจิตเวชสามารถพัฒนาเครือข่ายและระบบการจัดการที่ดีที่สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยมีการพัฒนารูปแบบที่แตกต่างกัน พื้นที่ที่ประสบความสำเร็จเหล่านี้มีลักษณะร่วมบางอย่างที่น่าสนใจคือผู้นำที่เห็นความสำคัญ (ซึ่งอาจเป็นแพทย์ จิตแพทย์ พยาบาล โดยเฉพาะในประเทศไทย พยาบาลจะมีบทบาทค่อนข้างมากเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น) มีความมุ่งมั่นที่จะผลักดัน และพัฒนางานให้ดีขึ้นกว่าเดิม และใช้ประโยชน์จากโอกาสหรือนโยบายใหม่ๆที่เข้ามาให้เป็นประโยชน์ รวมทั้งมีเครือข่ายที่ดีรองรับ

จิตแพทย์และผู้วางแผนนโยบายและระบบบริการสุขภาพจิต

“สำหรับเมืองไทยเนี่ย PG psychiatric general nurse เนี่ย สำคัญกว่า สำคัญกว่าแพทย์อีกครับ”

“คือระบบนี้ (ระบบบริการของไทย) มันก็แปลกจริงๆ คือเวลาเราไป present ต่างประเทศเนี่ย เราพบว่าอินเดียหรือที่อื่นเนี่ย ศรีลังกา อะไรงี้ เขา train GP ให้ทำงาน อย่างของสิงคโปร์ เขาใช้ train PG ให้ทำงาน แต่บ้านเราเนี่ยหวักลับ เหมือน train GP จะยากกว่า train เขาไม่ค่อยได้ คือด้านไม่ทำ อะไรงี้ มันก็มีนะครับ แล้วสุดท้ายเนี่ยก็ใช้พยาบาลจิตเวชนี่แหละเป็นคน assess screening ส่งเคส ส่งให้แพทย์ช่วยดู แล้วก็ต่อบทอีกที่หนึ่งอย่างเงี้ยครับ จะเป็นประมาณนี้ ค่อนข้างเฉพาะเลย”

จิตแพทย์และผู้วางแผนนโยบายและระบบบริการสุขภาพจิต ต่อประเด็นการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนจิตแพทย์เด็ก

“ต้องทำแบบ task shifting คือสลับบทบาทหน้าที่ อย่างเช่นให้กุมารแพทย์มาช่วยอะไรได้บ้าง อย่างเงี้ยครับ และก็ไม่ควรจะ flock in อยู่กันเฉพาะในโรงพยาบาลจิตเวชเด็ก แต่ factor ที่สำคัญคือการมีระบบบริการจิตเวชเด็ก ในโรงพยาบาลจิตเวชส่วนหนึ่งที่ช่วยลดภาระของเขตก่อน แล้วในขณะเดียวกันก็ต้องค่อยๆ build up โจทย์ที่มีบริการจิตเวชเด็กอะ ขยาย มีการทำระบบ coaching ไม่ใช่ training นะครับ เพราะ training ไม่เวิร์ค สกิลมันยาก ก็ต้องเป็นระบบ coaching เป็นระยะ แล้วมันจะเวิร์คครับ อันนี้ จะเหมือนที่เขต 10 เขาทำค่อนข้างเวิร์ค”

จิตแพทย์เด็กและผู้บริหารสถานพยาบาลที่ให้บริการจิตเวชเด็กในจังหวัดแห่งหนึ่ง

“มีตัวอย่างรูปแบบทดแทนให้บริการในพื้นที่ขาดแคลนจิตแพทย์เด็ก โดยคุณหมอ family medicine ที่โรงพยาบาลนางรอง บุรีรัมย์ แล้วก็จะมีตัวอย่างของ เขต 10 ที่ศรีสะเกษ ที่ทำบริการจิตเวชเด็กขึ้นมาได้ ค่ะ แต่ว่าปัจจัยสำเร็จที่เราเห็นนะคะ เค้าน่าจะมีบริการของคลินิกพัฒนาการเด็กมาก่อน จะต่อมาบริการจิตเวชเด็กง่าย... อีกที่หนึ่งที่จิตแพทย์เด็กทำแล้วคุณหมอดูต่อ ก็คือโรงพยาบาลภูเขียว ที่ชัยภูมิ อันเนี่ยขึ้น คือทั้งสามที่นี้ลักษณะเหมือนกันคือ มีบริการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่ well established ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่ขึ้นก็เป็นโรงพยาบาลที่ไม่มีบริการพัฒนาการเด็ก ตรงนี้น่าสนใจ คือพอมีบริการพัฒนาการเด็ก มันจะมี หมอ หรือทีม ที่เข้ามาเล่นเรื่องนี้อยู่ค่ะ แล้วมัน extend ออกง่าย เคยลอง approach ผ่านคลินิกจิตเวชผู้ใหญ่ ไม่เวิร์คค่ะ แล้วก็ ไม่เวิร์คสำหรับผู้รับบริการด้วย คือเด็กเองต้องมานั่งร่วมกับคลินิกผู้ใหญ่ อะไรงี้ค่ะ ก็จะแบบ ไม่ค่อยไปด้วยกัน แล้วโดยธรรมชาติของโรงพยาบาลชุมชน คือต่ำกว่า 15 ปี ก็เป็นกุมารแพทย์เป็นหลัก ถ้ามี เพราะฉะนั้นการไปกับคลินิกพัฒนาการหรืออะไอย่างเงี้ย การมีคลินิกพัฒนาการก่อนทำให้มีกุมารแพทย์ที่รับงานนี้และมันก็จะ engage คือ extend งานเพิ่มจากพัฒนาการออกมางานเป็นสุขภาพจิตด้วยเรียนต่อวัยรุ่นขึ้นมาได้เองโดยธรรมชาติ เราเห็นการโตลักษณะนี้อยู่ค่ะ.”

พยาบาลอาวุโสในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจนเป็นตัวอย่งได้รับรางวัล “ที่ (ระบบ) มันเป็นปีกแผ่นขึ้นมานะเนี่ย มันมาจากการมีเครือข่ายเกิดขึ้น มันเกิดจากตรงนี้ เกิดจากการทำงานร่วมกันและก็เรียนรู้ร่วมกัน เสร็จแล้วปั๊บ ประจวบเหมาะก็มีอยู่จ๊อบหนึ่งที่โรงพยาบาลเนี่ย การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเนี่ยก็จะมีประเมินสมรรถนะของคนทำงานเนี่ย ในแต่ละสาขา เราก็ไปชวนพี่น้อง เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนทุกที่เนี่ย มาร่วมกันว่า มีการประเมินอย่างงั้นนะ มาทำงานด้วยกันดีกว่า เพราะว่าลำพังเราจะประเมินกันแค่สามสี่คนในแผนกเราเนี่ย มันไม่มีแรงที่จะทำเรื่องนี้ ทีนี้พอรวมกับน้องๆโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 12 อำเภอปั๊บ คนมันก็จะเยอะขึ้น มันก็มีแรง เพราะว่าตอนประเมินเนี่ยมันไม่ได้ประเมินอย่างเดียวคะ มันต้อง สมรรถนะส่วนไหนที่ขาดเนี่ยต้องพัฒนาด้วย คือเรื่องราวมันเป็นอย่างงี้ เราก็เลยมารวมกัน ทีนี้ พอเราเห็นส่วนขาดร่วมกันปั๊บ มีการรวมกลุ่มกันมากขึ้นปั๊บ มันก็ผูกโยงกันเป็นเครือข่าย เครือข่ายตรงนี้เราเกิดก่อน service plan ของกระทรวงสาธารณสุขนะคะ”

บทที่ 6: อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างประชากรที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งน่าจะเป็นตัวแทนของประชากร ในชุมชน ได้ดีกว่าการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างประชากรที่อยู่ในสถานพยาบาลหรือ สถานประกอบการ ต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยประชากรที่มีลักษณะเฉพาะบางอย่างและไม่หลากหลาย การศึกษานี้ยังใช้เครื่องมือวัด หรือแบบสอบถามที่เป็นมาตรฐานที่มีอยู่แล้ว (Standardized measures) คือ CIDI ที่ใช้ในหลายประเทศทั่วโลก และได้นำมาทดสอบใช้ในประชากรไทยโดยกรมสุขภาพจิต จึงได้รับการยอมรับโดยทั่วไป มากกว่าที่จะใช้ เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาเอง

6.1 ระบาดวิทยาของปัญหาจิตเวช

ผลการศึกษานี้พบว่ามีความชุกของโรคจิตเวชในภาพรวมค่อนข้างต่ำ ซึ่งค่อนข้างสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า (สินเงิน สุขสมปอง et al., 2559) การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทย ระดับชาติในปี พ.ศ. 2556 โดยความชุกของโรคจิตเวชของ คนในกรุงเทพมหานคร จากตัวอย่างประชากร กรุงเทพมหานคร 1,272 คน ยินยอมสัมภาษณ์ 715 คน พบว่า ความชุกในช่วงหนึ่งปีของโรคจิตเวชใดๆ ร้อย ละ 9.3 โดยพบ Any substance use disorders มากที่สุด ตามด้วย At least one psychotic-like experience (ร้อยละ 5.6 และ 1.7 ตามลำดับ) ความชุกโรคจิตเวชในกรุงเทพมหานครพบน้อยเมื่อเทียบกับเมือง ใหญ่อื่น แต่พบความชุกความผิดปกติของ การเสพสารเสพติดมากที่สุด

การศึกษานี้พบว่าความชุกของโรคจิตเวชที่พบบ่อยอย่างเช่น โรคซึมเศร้านั้นค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับที่ รายงานในประเทศตะวันตก การสำรวจสุขภาพจิตแห่งชาติในอเมริกา (Kessler et al., 2003) พบความชุกช่วง ชีวิตของโรคซึมเศร้าวรา 16 % (95%CI 15.1-17.3) และความชุกในช่วง 12 เดือน รว 6.6% (95% CI, 5.9-7.3) ความชุกในช่วง 12 เดือนของปัญหาการใช้สารเสพติดอยู่ที่ 3.8% (Kessler et al., 2005) ตัวเลขความชุกของการศึกษานี้ใกล้เคียงมากกว่ากับตัวเลขความชุกที่ได้จากการสำรวจของประเทศในเอเชีย การสำรวจของประเทศญี่ปุ่นพบความชุกช่วงชีวิตและช่วง 12 เดือนของปัญหาการใช้สารเสพติดราว 7.4% และ 1.0% ตามลำดับ และพบความชุกช่วงชีวิตและช่วง 12 เดือนของปัญหาการดื่มสุรารว 7.3% และ 2.3% พบความชุกช่วงชีวิตและช่วง 12 เดือนของโรคซึมเศร้าวรา 6.1% และ 2.2% (Ishikawa et al., 2016)

การศึกษาถึงปัญหาจิตเวชที่มีอาการรุนแรงปานกลางขึ้นไปในสหรัฐอเมริกาที่ใช้เครื่องมือคล้ายคลึงกัน คือแบบคัดกรอง K6 ซึ่งใช้จุดตัดเดียวกันที่ 5 ขึ้นไป พบว่า 8.6% มีโรคจิตเวชรุนแรง และ 27.9% มีอาการ รุนแรงปานกลาง (Prochaska et al., 2012)

6.2 ปัญหาสุขภาพจิตและการเข้าถึงบริการ

การศึกษานี้พบว่าสัดส่วนของผู้ที่มีกำลังประสบปัญหาสุขภาพจิต และปัญหาสุรา ยาเสพติดในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาที่ไม่เคยไปรับบริการใดๆเลยในช่วงชีวิตที่ผ่านมา มีสูงมาก (มากกว่า 85 % ของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และมากกว่า 90% ของผู้ที่มีปัญหาสุรา ยาเสพติด) และตัวเลขยิ่งสูงขึ้นไปอีกสำหรับการไม่ไปรับบริการในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา แสดงให้เห็นถึงอัตราการหยุดการรักษาก่อนกำหนด (drop out) ที่สูงสำหรับผู้ที่เคยไปรับบริการรักษา สัดส่วนของการเข้าถึงบริการที่ต่ำนี้ไปในทิศทางเดียวการประมาณการของ WHO (WHO, 2011) ที่ประมาณ การว่า ในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง มีเพียงราว 1 ใน 10 ของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง (เช่น จิตเภท) สามารถเข้ารับบริการจิตเวชได้ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

ผลการสำรวจสุขภาพจิตระดับชาติในสหรัฐอเมริกาถึงเหตุผลที่ไม่ไปรับบริการนั้นพบว่า ราวครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีปัญหาโรคทางอารมณ์ วิตกกังวล การควบคุมความยับยั้งชั่งใจ (impulse control) และความผิดปกติทางจิตเวชที่พบในเด็ก รายงานว่าไม่คิดว่ามีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการเพื่อขอความช่วยเหลือ (low perceived need) เหตุผลส่วนใหญ่ของการชะลอการรักษาก็คือต้องการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง และเป็นสาเหตุให้ไม่ไปรับการรักษาหรือหยุดการรักษาที่กำหนด โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการรุนแรงน้อยหรือปานกลาง แต่สำหรับผู้ที่มีอาการรุนแรงมาก เหตุผลส่วนใหญ่ที่ไม่ไปรักษาหรือหยุดการรักษาที่กำหนด (drop out) คืออุปสรรคต่างๆด้านกายภาพ (เช่น ปัญหาการเงิน ไม่สะดวกเรื่องเวลา การเดินทาง ไม่มีแพทย์ เป็นต้น) (Mojtabai et al., 2011) การมีโรคจิตเวชหลายโรคนั้นสัมพันธ์กับการหยุดการรักษาที่กำหนด แต่การมีประกันสุขภาพนั้นสัมพันธ์กับอัตราการหยุดรักษาที่กำหนดที่ต่ำลง (Olfson et al., 2009).

การสำรวจสุขภาพจิตระดับชาติก่อนหน้านั้นในอเมริกาพบว่า ส่วนใหญ่ (80.1%) ของผู้ที่รายงานว่ามีปัญหาสุขภาพจิตในช่วงชีวิตที่ผ่านมาจะไปรับการรักษาในท้ายที่สุด แต่จะไปรับบริการล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็นโดยเฉลี่ย 10 ปี (Wang et al., 2004) และพบว่า มีเพียงราวครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีโรคซึมเศร้าในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาที่รายงานว่าได้รับการรักษาโรคซึมเศร้า และในจำนวนผู้ที่ได้รับการรักษา มีเพียง 41.9% ที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องจนครบตามมาตรฐาน การรักษาล่าช้านี้สัมพันธ์กับปัจจัยหลายตัว เช่น ความรุนแรงของอาการที่น้อยกว่า การเริ่มมีอาการในขณะที่ยังน้อย หรือมีอายุมากในขณะทำการสำรวจ (Kessler et al., 2003)

การสำรวจสุขภาพจิตระดับชาติในประเทศญี่ปุ่นพบว่า มีเพียงราว 22 % ของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในรอบ 1 ปี รายงานว่าได้รับการรักษาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (Ishikawa et al., 2016) และมีเพียง 37% ของผู้ที่มีอาการรุนแรงได้รับการรักษา โดยเหตุผลส่วนใหญ่ของการไม่ไปรับการรักษาคือ คิดว่าไม่มีความจำเป็นต้องไปรักษา (low perceived need) (63.9%) เหตุผลส่วนใหญ่ของการชะลอการรักษาก็คือ ต้องการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง (68.8%) และเหตุผลส่วนใหญ่ของการหยุดการรักษาที่กำหนดคือ คิดว่าไม่มีความจำเป็นต้องรักษาต่อ ปัจจัยที่สัมพันธ์การเข้าไม่ถึงบริการคือเพศหญิงกับมีอายุน้อย (Kanehara et al., 2015)

การศึกษาจากหลายประเทศทั่วโลกให้ผลในทิศทางเดียวกันว่า หลังจากที่บุคคลในครอบครัวแสดงอาการทางจิตที่ชัดเจน ต้องใช้เวลามากกว่า 1 ปีโดยเฉลี่ย ครอบครัวจึงนำผู้ป่วยมารับการตรวจวินิจฉัยและรักษา (Compton et al., 2004) การสำรวจกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 1000 คน จาก 17 ประเทศ พบว่าผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่จะมารับการรักษาในท้ายที่สุด แต่มักปล่อยให้เวลาผ่านไปนานก่อนเข้ารับการรักษา โดยเฉลี่ยเวลาจะผ่านไป 8 ปีก่อนเข้ารับการรักษาสำหรับโรคทางอารมณ์ และอย่างน้อย 9 ปีสำหรับโรควิตกกังวล ผู้ที่ปล่อยให้เวลาผ่านไปมากกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมักพบในผู้ที่ยังน้อยหรือไม่ก็อายุมาก เพศชาย การศึกษาต่ำ หรือมีชาติพันธุ์ที่จัดอยู่ในชนกลุ่มน้อย (Wang et al., 2007a, Thornicroft, 2007)

การสำรวจสุขภาพจิตระดับชาติโลก (World Mental Health Survey) นั้นพบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่ไม่ไปรับการรักษาหรือมีความล่าช้าในการไปรับรักษานั้นมีแนวโน้มสูงกว่าในประเทศกำลังพัฒนา กลุ่มผู้สูงอายุ เพศชาย และเริ่มป่วยในขณะที่ยังน้อย (Wang et al., 2007b) ส่วนการหยุดรักษาที่กำหนด (drop out) โดยภาพรวมทั่วโลกนั้นมีราว 31.7% โดยแยกเป็น 26.3% ในกลุ่มประเทศรายได้สูง 45.1% ในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางไปทางสูง (upper-middle income countries) และ 37.6% ในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำหรือปานกลางไปทางต่ำ (low/lower-middle) โดยสัดส่วนของผู้ที่หยุดรับการรักษา กับจิตแพทย์นั้นโดยเฉลี่ยมีราว 21.3% และทุกกลุ่มประเทศมีตัวเลขนี้ใกล้เคียงกัน โดยการหยุดการรักษามักเกิดขึ้นในช่วงแรกของการรักษา โดยเฉพาะหลังจากพบจิตแพทย์เป็นครั้งที่สอง (Wells et al., 2013)

6.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต (social determinants) และผลกระทบ (impact)

มีปัจจัยหลายด้านที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต การศึกษานี้ไม่พบว่า ดัชนีวัดสิ่งอำนวยความสะดวกในครัวเรือน (household asset index) ที่อาจเป็นตัวแทนของระดับเศรษฐฐานะในประเทศกำลังพัฒนานั้นสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตหรือปัญหาการดื่มสุราหรือสารเสพติด การศึกษาในต่างประเทศรายงานว่าระดับเศรษฐฐานะที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเวชหลายชนิด เช่น จิตเภท ซึมเศร้า ปัญหาการใช้สารเสพติด และความผิดปกติทางบุคลิกภาพ (Dohrenwend et al., 1992) และพบว่าโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับระดับเศรษฐฐานะที่ต่ำในผู้ใหญ่ (Lorant et al., 2003) การศึกษาแบบอภิวเคราะห์ (metanalysis) ที่สังเคราะห์การศึกษาจำนวนทั้งหมด 60 การศึกษา จากประเทศที่มีรายได้สูงเป็นส่วนใหญ่ พบว่าบุคคลที่มีระดับเศรษฐฐานะที่ต่ำมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่มีเศรษฐฐานะสูงกว่า (OR = 1.81, p < 0.001) (Lorant et al., 2003) ผลการสำรวจระดับชาติของสหรัฐอเมริกาที่เรียกว่า US National Comorbidity Study พบเช่นเดียวกันว่า รายได้และทรัพย์สินมีความสัมพันธ์เป็นสัดส่วนผกผันกับความผิดปกติทางอารมณ์ โรควิตกกังวล ปัญหาการดื่มสุราและสารเสพติด (Muntaner et al., 1998) การที่การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจเป็นเพราะดัชนีวัดสิ่งอำนวยความสะดวกในครัวเรือนอาจไม่ได้เป็นตัวแทนของระดับเศรษฐฐานะที่ดี อาจต้องนำเรื่องหนี้สิน ปัญหาทางการเงิน อาชีพ เป็นต้นมาพิจารณาประกอบด้วย

การศึกษาแบบทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) จากประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางพบว่า การศึกษาจำนวน 20 ชิ้นจากจำนวนทั้งหมด 30 ชิ้นที่ตีพิมพ์ระหว่างปี 1990 และปี 2008 พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาที่ต่ำกับความชุกที่มากขึ้นของโรคจิตเวชที่พบบ่อย (common mental disorders) (Lund et al., 2010)

การศึกษานี้พบว่า รายได้ที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต แต่ไม่สัมพันธ์กับปัญหาการดื่มสุราหรือสารเสพติด การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าป่วยทางจิตเวชนั้นมีผลกระทบหลายด้าน ผลการสำรวจสุขภาพจิตระดับชาติของสหรัฐอเมริกา (Kessler et al., 2008) พบว่า โรคจิตเวชที่มีอาการรุนแรงมีความสัมพันธ์กับการไม่มีรายได้หรือรายได้ลดลงในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือมีอาการไม่รุนแรง โดยผู้ที่มีโรคจิตเวชรุนแรงมีรายได้ลดลงในรอบ 1 ปีโดยเฉลี่ย \$16,306 (ราว 490,000 บาท) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ป่วยหรือมีป่วยแต่มีอาการไม่รุนแรงโดยควบคุมตัวแปรอื่นๆ และมีต้นทุนต่อสังคมคิดเป็นจำนวน 193.2 พันล้านเหรียญต่อปี

6.4 อุปสรรคในการเข้าถึงบริการและแนวทางในการแก้ปัญหา

6.4.1 การขาดความเข้าใจในโรคจิตเวชจากผู้ป่วยและญาติ และการถูกตีตรา (stigma) จากการป่วย และการเข้ารับบริการจิตเวช

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าอุปสรรคที่เกิดจากตัวผู้ป่วยและญาตินั้นมีหลายด้าน ผู้ป่วยจิตเวช จำนวนไม่น้อยไม่ยอมมารับการรักษา เพราะอาจขาดความรู้ความเข้าใจในตัวโรค ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย กลัวการถูกตีตราจากการได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยทางจิตเวชและผลกระทบที่ตามมา หรือเป็นภาระต่อผู้ดูแลในการพามาปรึกษา

การศึกษาพบว่าความเชื่อบางอย่างเป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่มารับการรักษา เช่น เชื่อว่าการรักษาทางจิตเวช นั้นไม่ได้ผล (Corrigan, 2004) เชื่อว่าสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง คิดว่าไม่มีความจำเป็น ไม่รู้ว่าจะไปขอความช่วยเหลือที่ไหน คิดว่าปัญหาจะค่อยๆคลี่คลายไปเอง และกลัวว่าจะถูกกักตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล (Kessler et al., 2001) และพบบ่อยว่า ผู้ป่วยตัดสินใจไปรับการรักษาหลังจากที่คนในครอบครัวโน้มน้าวผู้ป่วย (Link et al., 1989) การศึกษาแบบไปข้างหน้าพบว่า stigma นั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรักษาและผลการรักษา (Sirey et al., 2001)

มาตรการในการลด stigma ที่ประสบความสำเร็จนั้นมีองค์ประกอบหลายอย่าง การศึกษาแบบมห วิเคราะห์ (metaanalysis) พบว่า มาตรการลด stigma โดยทั่วไปประกอบด้วยกลวิธี 4 อย่างคือ การประท้วง (protest) เช่นประท้วงสื่อที่นำเสนอภาพผิดๆเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช กิจกรรมรณรงค์ต่อสังคม (social activism) ให้ความรู้กับสาธารณะ (education) และการให้สาธารณะได้มีโอกาสติดต่อพบปะกับผู้ป่วยที่ไม่ได้มี ภาพลักษณ์อย่างที่เชื่อกันโดยทั่วไป (contact) การทบทวนแบบมหวิเคราะห์ (Corrigan et al., 2012) พบว่า การให้ความรู้กับสาธารณะ และการให้สาธารณะได้มีโอกาสติดต่อพบปะกับผู้ป่วยนั้นมีประสิทธิผลในการลด stigma ส่วนการประท้วงนั้นยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนถึงประสิทธิผล อย่างไรก็ตามในภาพรวมนั้นยังไม่มี หลักฐานว่ามาตรการข้างต้นสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่แท้จริงและยั่งยืน จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม

มาตรการลด stigma ในระดับชุมชน สังคม หรือประเทศนั้น จำเป็นต้องมีการจัดการอย่างต่อเนื่องกับการเลือกปฏิบัติ (discrimination) กับผู้ป่วยจิตเวช โดยมีตัวอย่างกรณีศึกษาที่ดีอย่างเช่น โครงการ Queensland Alliance ในประเทศออสเตรเลีย ในปี 2009 ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวชกับ สาธารณะ (mental health literacy) การให้ความรู้กับเยาวชน เป็นต้น (Queensland Alliance, 2009)

6.4.2 อุปสรรคเชิงโครงสร้างในการเข้าถึง เช่น ความห่างไกลของสถานพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า เนื่องจากการขาดแคลนบุคลากรทางจิตเวช และบริการจิตเวชมักกระจุกอยู่ใน โรงพยาบาลใหญ่ ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจึงมีอุปสรรคในการเข้าถึง จึงมีความจำเป็นในการพยายาม กระจายการบริการไปสู่ชุมชนให้มากที่สุด ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าให้ลดบริการหรือลดจำนวนเตียงของ โรงพยาบาลจิตเวช แต่ควรเพิ่มบริการจิตเวชในชุมชนเสริมไปกับสถานพยาบาลบริการจิตเวชที่มีอยู่เดิมตาม เมืองใหญ่ แต่บริการจิตเวชในชุมชนจะอยู่ได้อย่างต่อเนื่องนั้น จำเป็นต้องมีการกำกับดูแล (oversight) การมี ผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษา (supervision) และมีสถานที่สำหรับส่งต่อ

ข้อดีในการให้สถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นด่านแรกในการให้บริการจิตเวชมีผลดีหลายประการ

1. สุขภาพกายและจิตมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด การให้บริการที่จุดเดียวกันจึงมีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

2. ความซุกที่สูงของโรคจิตเวช ทำให้ในทางปฏิบัติ โรงพยาบาลจิตเวชหรือแม้แต่โรงพยาบาลทั่วไปไม่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอยู่เป็นจำนวนมากได้อย่างทั่วถึง
 3. เวชปฏิบัติทั่วไปมีความเหมาะสมในการดูแลติดตามระยะยาวผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างผู้ป่วยจิตเวชซึ่งมีความต้องการหลายด้าน
 4. ช่วยลดตราบาป (stigma) ที่ผู้ป่วยเผชิญในการไปสถานพยาบาลจิตเวชโดยตรง
 5. มีความคุ้มค่ากว่าในแง่ ต้นทุน-ประสิทธิผล ทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่ายในการให้บริการแบบผู้ป่วยในและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย
- ถึงแม้จะมีเหตุผลหนักแน่นในการผนวกบริการจิตเวชเข้ากับบริการปฐมภูมิ ยังมีตัวอย่างให้เห็นน้อยมากถึงตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินการดังกล่าวในประเทศที่กำลังพัฒนา
- อุปสรรคสำคัญก็คือ หากบุคลากรสถานพยาบาลปฐมภูมิมีผู้ป่วยทางกายจำนวนมากที่ต้องดูแลอยู่เดิม ระบบส่งต่อมีปัญหา และไม่มียาจิตเวชที่จำเป็นให้ใช้ จะทำการดำเนินการดังกล่าวยากที่จะสำเร็จ

6.4.3 นโยบายการให้ความสำคัญและการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณ

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าอุปสรรคหนึ่งในการพัฒนาและขยายบริการจิตเวชในประเทศไทยคือ การให้ความสำคัญกับโรคที่ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากกว่าโรคที่ทำให้เกิดความพิการ ซึ่งสวนทางกับทิศทางสากลที่พิจารณาจากภาระโรคโดยดูจาก DALYs ซึ่งพิจารณาทั้งปีที่อยู่เสียไปจากการเสียชีวิตและปีที่อยู่กับความพิการ

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับต้นทุนต่างๆในการให้บริการจิตเวชในสภาพบริบทที่หลากหลายนั้นเริ่มมีมากขึ้นและมีความชัดเจนขึ้นเรื่อยๆถึง cost-effectiveness ของการรักษาต่างๆทางจิตเวช (Chisholm D., 2006, Gureje et al., 2007) วิธีหนึ่งในการเปรียบเทียบ cost-effectiveness ของการรักษาชนิดต่างๆคือการใช้ DALYs เป็นดัชนีวัดประโยชน์ที่ได้จากการรักษา การศึกษาพบว่า ต้นทุนที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเวชเพื่อลดหนึ่งหน่วย DALY นั้นมีไม่มากนักเมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาโรคเรื้อรังทางกายชนิดอื่นๆ (Chisholm et al., 2007b) นอกจากนี้การป่วยทางจิตเวชอาจยังทำให้เกิดภาวะหรือผลกระทบอื่นๆที่ DALY ไม่ครอบคลุม เช่น ภาระต่อผู้ดูแล (เวลา ค่าใช้จ่าย การสูญเสียโอกาสเนื่องจากต้องดูแลญาติที่ป่วย) อันตรายที่เกิดต่อตนเองและผู้อื่น (อันเป็นผลมาจากการดื่มเหล้าหรือเสพยา) และผลิตภาพ (productivity) ที่ลดลงหรือสูญเสียไปที่ระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม เป็นต้น ความเจ็บป่วยทางจิตมีต้นทุนที่สูงทางเศรษฐศาสตร์เพราะหลายโรคทำให้ผู้ป่วยทุพพลภาพตั้งแต่อายุยังน้อย และทุพพลภาพอย่างต่อเนื่องหลายปี ดังนั้นหลักฐานการศึกษาที่สนับสนุน cost-effectiveness ของการรักษาทางจิตเวชจึงมีความชัดเจน

มีการประมาณการว่าค่าใช้จ่ายต่อปีต่อหัวประชากรที่ใช้ไปกับบริการสุขภาพจิตในประเทศรายได้ปานกลางอยู่ที่ประมาณ 3-4 เหรียญสหรัฐ (Chisholm et al., 2007a) จึงเห็นได้ชัดว่าต้องมีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นหรือเพิ่มงบลงทุนจึงสามารถชดเชยส่วนที่ยังไม่พอ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนนโยบายของรัฐในการให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิตอย่างเหมาะสมจึงมีความสำคัญอย่างมากในการแก้ปัญหา

6.4.5 พัฒนารูปแบบระบบการให้บริการจิตเวชที่เป็นทางเลือกอื่น ๆ สำหรับพื้นที่ที่ขาดแคลน

บุคลากรสุขภาพจิต เพื่อลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการ

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ในพื้นที่ชนบทบางพื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากรสุขภาพจิตนั้น สามารถพัฒนารูปแบบทดแทนในการให้บริการขึ้นมาและทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบดังกล่าวนี้ สอดคล้องกับแนวคิดที่กำลังมีอิทธิพลมากขึ้นเรื่อยๆที่กำหนดทิศทางการให้บริการจิตเวชในประเทศพัฒนา และกำลังพัฒนาหลายประเทศ ที่มีเป้าหมายในการผนวกบริการจิตเวชเข้ากับบริการปฐมภูมิที่เรียกว่า collaborative care คือการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดระหว่างบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพจิตและบุคลากรที่ให้บริการในระดับปฐมภูมิ (อย่างเช่น รูปแบบที่ใช้ในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคกลางตอนเหนือ โดยมีพยาบาลจิตเวชเป็นตัวประสานระหว่างจิตแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และผู้ป่วยและญาติ) รวมทั้งการให้จิตแพทย์เข้าไปร่วมปฏิบัติงานหรือไปให้คำปรึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของเวชปฏิบัติทั่วไปด้วย และให้ความสำคัญกับความต้องการด้านต่างๆของผู้ป่วยและญาติ (Von Korff and Goldberg, 2001) ซึ่งต่อมาได้มีการพัฒนาเป็นรูปแบบที่เรียกว่า Collaborative stepped care รูปแบบนี้ ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาขั้นพื้นฐานที่สุดก่อนตามแนวทางการรักษา (guideline) และจะได้รับการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเมื่อจำเป็น เช่น เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา การศึกษาแบบ RCT ในประเทศชิลี เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของ โปรแกรม stepped care เทียบกับการรักษาตามปกติในการรักษาหญิงที่เป็นโรคซึมเศร้าในคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป โปรแกรม stepped care ในการศึกษาประกอบด้วยการทำกลุ่ม structured psychoeducation ที่นำโดยนักสังคมสงเคราะห์และพยาบาล มีการเฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการอย่างเป็นระบบ และการจ่ายยาต้านเศร้าอย่างเป็นขั้นเป็นตอนโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความรุนแรงปานกลางถึงมาก โดยมีผู้เข้าร่วมการศึกษารวม 240 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับ stepped care มีผลลัพธ์ดีกว่าในทุกด้านอย่างชัดเจนและมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่รับการดูแลรักษาตามปกติ (Araya et al., 2003) โปรแกรมนี้มีประสิทธิผลดีกว่าการดูแลรักษาตามปกติแต่ต้นทุนสูงกว่าเล็กน้อย โครงการนี้พัฒนาขึ้นในปี 2001 แต่ต่อมาในปี 2004 รูปแบบการบริการนี้ก็ได้รับการยอมรับให้เป็นแนวทางที่ใช้ปฏิบัติไปในคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไปทั่วประเทศชิลี

การฝึกอบรมบุคลากรในเวชปฏิบัติทั่วไปในสถานพยาบาลระดับชุมชนและอำเภอเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการบริการระดับดังกล่าว อย่างไรก็ตามการฝึกอบรมอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอ จำเป็นต้องจัดการกับอุปสรรคเชิงโครงสร้างอื่นๆที่ขัดขวางการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน เช่น การให้คำปรึกษา (supervision) และมีทรัพยากรต่างๆเพียงพอที่จะปฏิบัติภารกิจได้ เช่น การมีเวลาในการดูแลผู้ป่วย มียาที่จำเป็นให้ใช้อย่างพอเพียง เป็นต้น

นอกจากนี้องค์ประกอบอื่นๆในระบบบริการยังมีความจำเป็นที่ทำให้รูปแบบการดูแลแบบ collaborative care ประสบความสำเร็จและยั่งยืน เช่น อสม หรือบุคลากรสุขภาพในชุมชนสร้างความตระหนักรู้ถึงโรคทางจิตเวชต่างๆและการช่วยค้นหาผู้ป่วย ระบบการส่งต่อให้โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลอำเภอที่สามารถรับการส่งต่อและสามารถส่งกลับเพื่อให้ชุมชนไปติดตามดูแลต่อ ความเข้มแข็งของการให้บริการในระดับอำเภอเป็นสิ่งที่ได้รับการเน้นย้ำอยู่เสมอในการศึกษาต่างๆที่ผ่านมา เนื่องจากมักถูกละเลยถึงความสำคัญ (Eaton et al., 2011)

ในพื้นที่ที่ขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญอย่างเช่น จิตแพทย์นั้น การแบ่งงานหรือเกื้อหนุนงานใหม่ (task sharing) นั้นเป็นกลวิธีในการใช้บุคลากรสุขภาพเท่าที่มีอยู่รับมือกับการบริการจิตเวชที่ระดับต่างๆ เช่น การฝึกอบรมและทักษะ และให้ทรัพยากรที่จำเป็นแก่บุคลากรที่ระดับปฐมภูมิ เพื่อสามารถให้บริการผู้ป่วยบางประเภทที่เดิมนั้นบริการปฐมภูมิต้องส่งต่อหรือไม่ได้ทำอะไรต่อ ผู้ป่วยบางประเภทจำนวนมากนั้น

สามารถดีขึ้นได้ด้วยการให้การดูแลรักษาที่ง่าย ๆ บางอย่างนอกสถานพยาบาล (Patel and Thornicroft, 2009) บุคลากรที่ระดับปฐมภูมิจำเป็นต้องมีความสามารถและมีแรงจูงใจในการจัดการกับปัญหาจิตเวชบางประเภทและสามารถส่งต่อหรือส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในรับที่สูงกว่าได้เมื่อจำเป็น (WHO, 2008b) หลักการของ task sharing ได้รับการพิสูจน์ว่าได้ผลในหลายๆประเทศ เช่น โครงการ Lady Health Workers คือการอบรมพนักงานสาธารณสุขหญิงให้สามารถทำการบำบัดแบบ cognitive behavior therapy แก่แม่ที่เป็นโรคซึมเศร้าในประเทศปากีสถาน (Rahman et al., 2008) การให้พนักงานสาธารณสุขในชุมชนสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอินเดีย (Chatterjee et al., 2009) และการฝึกผู้ให้คำแนะนำปรึกษาสามารถทำจิตบำบัดโรคซึมเศร้าในชนบทของประเทศอุกันดา (Bolton et al., 2003) และในการทบทวนการศึกษาที่มาจากประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางพบว่า มี 42 การศึกษาที่ประเมินประสิทธิผลของการให้การบำบัดทางสุขภาพจิตโดยบุคลากรที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ (task-shared interventions) และพบว่ามีประสิทธิผลดีเป็นจำนวนมาก (Kakuma et al., 2011) ในประเทศสหราชอาณาจักร พยาบาลได้มีบทบาทมากขึ้นในด้านต่างๆ เช่น การบริหารจัดการคลินิกเบาหวานและคลินิกบำบัดปวด ในขณะที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีสัดส่วนผู้ป่วยจิตเวชที่ดูแลมากขึ้น แต่ที่ดูเหมือนว่าจะเป็นนวัตกรรมล่าสุดก็คือ การให้ผู้ป่วยจิตเวชหรือญาติผู้ป่วยมาช่วยดูแลผู้ป่วยด้วยตัวเอง (Eaton et al., 2013)

การศึกษาเชิงคุณภาพพอสรุปได้ว่าปัจจัยเสริมต่างๆที่จะทำให้รูปแบบบริการจิตเวชแบบทดแทนมีความยั่งยืน ประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพ นั้นประกอบด้วย

- ความเป็นผู้นำและความคิดริเริ่มของบุคลากรในพื้นที่
- การมีจิตแพทย์เป็นที่ปรึกษาและพี่เลี้ยง (coaching) อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องให้กับแพทย์และบุคลากร อื่นๆที่เป็นด่านหน้าในการบริการ
- การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องการวินิจฉัยและรักษาโรคจิตเวช
- การมีระบบบริหารจัดการยาที่ดี ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาการรักษาที่จำเป็น แม้อยู่ในพื้นที่ห่างไกล
- การมีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ดีและบุคลากรที่ดูแลในสถานพยาบาลเครือข่ายสามารถเข้าถึงได้
- การพัฒนาระบบส่งต่อที่ชัดเจนและเป็นระบบ
- การใช้ประโยชน์จาก IT, telepsychiatry ในการให้คำปรึกษาและประชุม (case conference) รวมทั้ง ให้บริการเข้าถึงฐานข้อมูลผู้ป่วยในอนาคต
- การมีทีมสุขภาพจิตสังจจร ตรวจสอบเยี่ยมตามพื้นที่ต่างๆเพื่อถกเถียงปัญหา การให้คำแนะนำ สร้างเครือข่าย และสร้างระบบเครือข่ายให้แน่นแฟ้น
- การผนวกบริการสุขภาพจิตบางด้วนเข้ากับบริการสุขภาพอื่นที่ดำเนินการอยู่เดิมและมีความแข็งแรง เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอาจมีเครือข่ายในการคัดกรองหรือเยี่ยมบ้านในชุมชน อาจใช้ช่องทางนี้เสริม บริการจิตเวชบางด้านเข้าไปด้วย หรือผนวกบริการจิตเวชเข้ากับการดูแลรักษาโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคทาง ระบบประสาท เป็นต้น
- การให้สิ่งจูงใจกับจิตแพทย์ที่จบใหม่เพื่อให้ทำงานอยู่ในพื้นที่ห่างไกลได้นานขึ้น
- การพัฒนาตัวชี้วัดการทำงานที่เหมาะสม ในการพัฒนาการบริการและดูแลผู้ป่วย

ตัวอย่างรูปแบบทางเลือกต่างๆในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชพื้นที่ที่ขาดแคลนจิตแพทย์ทั่วไปหรือจิตแพทย์เด็ก

- รูปแบบที่มีพยาบาลจิตเวชทำหน้าที่เป็นผู้จัดการ (case manager)
- ให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือทั่วไปวินิจฉัยโรคที่อาการชัดเจน แล้วส่งให้กุมารแพทย์ดูแลต่อ

6.5 การศึกษาในอนาคต

- การศึกษาต้นทุนในการไม่ได้รับการรักษา รักษาซ้ำ หรือรักษาไม่ต่อเนื่องในบริบทของไทย และประโยชน์ ทางเศรษฐศาสตร์และสังคมจากการเข้าถึงการรักษาทางจิตเวช และรักษาต่อเนื่อง เช่น การลดความพิการ ลดการเจ็บป่วยหรือโรคแทรกซ้อนทางร่างกาย การจ้างงาน การศึกษาต่อ รายได้ ภาวะต่อครอบครัว เป็นต้น
- การพัฒนาการรักษาใหม่ๆที่ไม่ซับซ้อนและมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ เช่น mindfulness-based therapy, behavioral activation, parenting training programmes ที่เหมาะกับสังคมไทย และศึกษา กระบวนการในการขยายการบริการให้ทั่วถึง (scale-up)
- การศึกษารูปแบบทางเลือกต่างๆในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติด ในพื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากร และปัจจัยเสริมต่างๆที่ทำให้รูปแบบนั้นมีประสิทธิภาพและยั่งยืน
- การศึกษามาตรการในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เพื่อลดอัตราการป่วย

6.6 ข้อจำกัดของการศึกษา

- ความซุกของโรคจิตเวชบางโรคในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ยังคงค่อนข้างต่ำ ทำให้ไม่สามารถทดสอบสมมุติฐานบางอย่างที่ต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น
- รูปแบบการศึกษาที่เป็นแบบตัดขวาง (cross-sectional) ทำให้ไม่สามารถบอกได้ว่าความสัมพันธ์ที่ค้นพบเป็นเหตุ เป็นผลหรือไม่ ไม่สามารถบอกทิศทางของความสัมพันธ์ได้
- การศึกษาชิ้นนี้เป็นการศึกษาเฉพาะในพื้นที่เขตเมืองที่อยู่ในเขตปริมณฑลของกรุงเทพฯ อาจมีข้อจำกัดในการขยายผลการศึกษาในพื้นที่ที่มีลักษณะแตกต่างออกไป เช่น พื้นที่ชนบท

6.7 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- การศึกษานี้พบว่าปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาการดื่มสุราและการเสพสารเสพติดนั้นพบได้บ่อย
- การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรงป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีสัดส่วนผู้ที่ไม่มีรายได้ หรือมีรายได้โดยเฉลี่ยต่ำกว่าประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ
- การศึกษานี้พบว่า มีผู้ที่มีประวัติป่วยทางจิตหรือมีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดในช่วงชีวิตที่ผ่านมาที่ไม่เคยไปรับการช่วยเหลือหรือการรักษาใดๆ ในสัดส่วนที่สูง และอย่างน้อย 80% ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรงรวมทั้งผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดในรอบ 1 ปีไม่ได้เข้ารับการช่วยเหลือหรือรักษาใดๆ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา
- ปัญหาและอุปสรรคในการเข้ารับบริการจิตเวชมีความรุนแรง ผู้วางนโยบายควรให้ความสำคัญในลำดับต้นๆ ในเรื่องการลงทุนด้านงบประมาณ เนื่องจากผลกระทบหรือต้นทุนที่เกิดจากการไม่ได้รับการช่วยเหลือและรักษานั้นมีสูง กระทบต่อสังคมในหลายด้าน และต่อเนื่องยาวนาน
- การศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า มีรูปแบบต่างๆ ที่เกิดขึ้นจริงที่ประสบความสำเร็จและเป็นทางเลือกทดแทนในการให้บริการจิตเวชในพื้นที่ที่ขาดแคลนจิตแพทย์ทั่วไปหรือจิตแพทย์เด็ก ซึ่งโรงพยาบาลในกรมสุขภาพจิต หรือโรงพยาบาลต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขสามารถเลือกนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่ของตนได้
- ผู้บริหารในพื้นที่สามารถประเมินความพร้อมหรือปัจจัยต่างๆ ที่เอื้ออำนวยให้เกิดการพัฒนาบริการจิตเวชรูปแบบทดแทน และให้การสนับสนุนตามความเหมาะสม โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความพร้อมในการดำเนินการ หรือต้องการการสนับสนุนทรัพยากรที่ไม่มากนัก
- ควรศึกษาและพัฒนากระบวนการคิดต้นทุนและเบิกจ่ายบุคลากรที่ร่วมดูแลผู้ป่วยในรูปแบบ consultation-liaison หรือ collaborative care โดยบุคลากรไม่จำเป็นต้องอยู่ในสังกัดเดียวกัน เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลทหาร สามารถให้คำปรึกษาหรือร่วมดูแลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรของโรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุข
- การลงทุนในพัฒนาบริการจิตเวชเด็กควรอยู่ในลำดับความสำคัญต้นๆ เนื่องจากมีความขาดแคลนอย่างรุนแรง และผลลัพธ์น่าจะคุ้มค่าเพราะจะช่วยลดภาระโรคและความพิการในระยะยาว
- มาตรการในระยะยาวยังคงเป็นการเพิ่มการผลิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักกระตุ้นพัฒนาการ และบุคลากรสุขภาพจิตอื่นๆ ที่อยู่ในทีมการดูแลรักษา เป็นที่น่าสังเกตว่าความต้องการในการฝึกอบรมจิตแพทย์ในช่วงระยะหลังนี้มีมากกว่าอัตราที่เปิดรับฝึกอบรมค่อนข้างมาก สมควรพิจารณาให้มีมาตรการเพิ่มตำแหน่งฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านให้มากขึ้น และมีมาตรการส่งเสริมให้

จิตแพทย์ที่จบใหม่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลให้นานขึ้น โดยให้สิ่งจูงใจต่างๆ แต่อาจมีเพดาน เมื่อทำงานอยู่ในพื้นที่ผ่านไปแล้วยระยะเวลาหนึ่ง

6.8 บทสรุปเพื่อการสื่อสารสาธารณะ

ผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากมีปัญหาในการเข้าถึงการรักษาจากอุปสรรคที่แตกต่างกัน การไม่ได้รับการรักษาทำให้เกิดผลกระทบที่เป็นภาระทางเศรษฐศาสตร์จำนวนมาก การลดอุปสรรคต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาแต่เนิ่นๆ โดยดูแลแบบครบวงจรและใกล้บ้านผู้ป่วยน่าจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด แต่การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชในเวชปฏิบัติทั่วไปจะประสบความสำเร็จจำเป็นต้องมีสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิให้ส่งผู้ป่วยต่อและช่วยให้คำปรึกษารวมทั้งสามารถเชื่อมโยงกับการดูแลผู้ป่วยต่อในชุมชนโดยอาสาสมัครและญาติ

บทที่ 7: บรรณานุกรม

- ARAYA, R., ROJAS, G., FRITSCH, R., GAETE, J., ROJAS, M., SIMON, G. & PETERS, T. J. 2003. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet*, 361, 995-1000.
- ASHKUL, T. 1990. Regional and Provisional Urban and Rural Population Projections: Background Report No 2-2, NUDF Project. Bangkok: TDRI.
- BOLTON, P., BASS, J., NEUGEBAUER, R., VERDELI, H., CLOUGHERTY, K. F., WICKRAMARATNE, P., SPEELMAN, L., NDOGONI, L. & WEISSMAN, M. 2003. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA*, 289, 3117-24.
- BRUGHA, T. S., JENKINS, R., TAUB, N., MELTZER, H. & BEBBINGTON, P. E. 2001. A general population comparison of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) and the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Psychol Med*, 31, 1001-13.
- CAMPAYO, A., DE JONGE, P., ROY, J. F., SAZ, P., DE LA CAMARA, C., QUINTANILLA, M. A., MARCOS, G., SANTABARBARA, J. & LOBO, A. 2010. Depressive disorder and incident diabetes mellitus: the effect of characteristics of depression. *Am J Psychiatry*, 167, 580-8.
- CENTRE FOR MENTAL HEALTH 2010. Economic and social costs of mental health problems in 2009/10. London.
- CHATTERJEE, S., PILLAI, A., JAIN, S., COHEN, A. & PATEL, V. 2009. Outcomes of people with psychotic disorders in a community-based rehabilitation programme in rural India. *Br J Psychiatry*, 195, 433-9.
- CHISHOLM, D., FLISHER, A. J., LUND, C., PATEL, V., SAXENA, S., THORNICROFT, G. & TOMLINSON, M. 2007a. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet*, 370, 1241-52.
- CHISHOLM, D., LUND, C. & SAXENA, S. 2007b. Cost of scaling up mental healthcare in low- and middle-income countries. *Br J Psychiatry*, 191, 528-35.
- CHISHOLM D. 2006. Dollars, DALYs and decisions: Economic aspects of the mental health system. Geneva: World Health Organization.
- CIZZA, G., PRIMMA, S. & CSAKO, G. 2009. Depression as a risk factor for osteoporosis. *Trends Endocrinol Metab*, 20, 367-73.
- COMPTON, M. T., KASLOW, N. J. & WALKER, E. F. 2004. Observations on parent/family factors that may influence the duration of untreated psychosis among African American first-episode schizophrenia-spectrum patients. *Schizophr Res*, 68, 373-85.
- CORRIGAN, P. W. 2004. *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change.* , Washington, DC, American Psychological Association.

- CORRIGAN, P. W., MORRIS, S. B., MICHAELS, P. J., RAFACZ, J. D. & RUSCH, N. 2012. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv*, **63**, 963-73.
- DOHRENWEND, B. P., LEVAV, I., SHROUT, P. E., SCHWARTZ, S., NAVEH, G., LINK, B. G., SKODOL, A. E. & STUEVE, A. 1992. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science*, **255**, 946-52.
- EATON, J., DE SILVA, M., ROJAS, G. & PATEL, V. 2013. Scaling Up Services for Mental Health In: PATEL, V., MINAS, H., COHEN, A. & PRINCE, M. (eds.) *Global Mental Health: Principles and Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- EATON, J., MCCAY, L., SEMRAU, M., CHATTERJEE, S., BAINGANA, F., ARAYA, R., NTULO, C., THORNICROFT, G. & SAXENA, S. 2011. Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *Lancet*, **378**, 1592-603.
- GUREJE, O., CHISHOLM, D., KOLA, L., LASEBIKAN, V. & SAXENA, S. 2007. Cost-effectiveness of an essential mental health intervention package in Nigeria. *World Psychiatry*, **6**, 42-8.
- HARPHAM, T. 1994. Urbanization and mental health in developing countries: a research role for social scientists, public health professionals and social psychiatrists. *Social Science & Medicine*, **39**, 233-45.
- INSEL, T. R. 2008. Assessing the economic costs of serious mental illness. *Am J Psychiatry*, **165**, 663-5.
- ISHIKAWA, H., KAWAKAMI, N. & KESSLER, R. C. 2016. Lifetime and 12-month prevalence, severity and unmet need for treatment of common mental disorders in Japan: results from the final dataset of World Mental Health Japan Survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*, **25**, 217-29.
- JIRAPRAMUKPITAK, T., PRINCE, M. & HARPHAM, T. 2008. Rural-urban migration, illicit drug use and hazardous/harmful drinking in the young Thai population. *Addiction*, **103**, 91-100.
- KAKUMA, R., MINAS, H., VAN GINNEKEN, N., DAL POZ, M. R., DESIRAJU, K., MORRIS, J. E., SAXENA, S. & SCHEFFLER, R. M. 2011. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *Lancet*, **378**, 1654-63.
- KANEHARA, A., UMEDA, M. & KAWAKAMI, N. 2015. Barriers to mental health care in Japan: Results from the World Mental Health Japan Survey. *Psychiatry Clin Neurosci*, **69**, 523-33.
- KESSLER, R. C., BERGLUND, P. A., BRUCE, M. L., KOCH, J. R., LASKA, E. M., LEAF, P. J., MANDERSCHIED, R. W., ROSENHECK, R. A., WALTERS, E. E. & WANG, P. S. 2001. The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Serv Res*, **36**, 987-1007.

- KESSLER, R. C., CHIU, W. T., DEMLER, O., MERIKANGAS, K. R. & WALTERS, E. E. 2005. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, **62**, 617-27.
- KESSLER, R. C., FOSTER, C. L., SAUNDERS, W. B. & STANG, P. E. 1995. Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *Am J Psychiatry*, **152**, 1026-32.
- KESSLER, R. C. & FRANK, R. G. 1997. The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological Medicine*, **27**, 861-73.
- KESSLER, R. C., GREEN, J. G., GRUBER, M. J., SAMPSON, N. A., BROMET, E., CUITAN, M., FURUKAWA, T. A., GUREJE, O., HINKOV, H., HU, C. Y., LARA, C., LEE, S., MNEIMNEH, Z., MYER, L., OAKLEY-BROWNE, M., POSADA-VILLA, J., SAGAR, R., VIANA, M. C. & ZASLAVSKY, A. M. 2010. Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *Int J Methods Psychiatr Res*, **19** Suppl 1, 4-22.
- KESSLER, R. C., HARO, J. M., HEERINGA, S. G., PENNELL, B. E. & USTUN, T. B. 2006. The World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Epidemiol Psychiatr Soc*, **15**, 161-6.
- KESSLER, R. C., HEERINGA, S., LAKOMA, M. D., PETUKHOVA, M., RUPP, A. E., SCHOENBAUM, M., WANG, P. S. & ZASLAVSKY, A. M. 2008. Individual and societal effects of mental disorders on earnings in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Am J Psychiatry*, **165**, 703-11.
- KESSLER, R. C., ORMEL, J., DEMLER, O. & STANG, P. E. 2003. Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: results from the National Comorbidity Survey. *J Occup Environ Med*, **45**, 1257-66.
- KESSLER, R. C., WITTCHEN, H.-U., ABELSON, J. M., MCGONAGLE, K. A., SCHWARZ, N., KENDLER, K. S., KNAUPER, B. & ZHAO, S. 1998. Methodological studies of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in the US National Comorbidity Survey. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, **7**, 33-55.
- LEARTSAKULPANITCH, J., NGANTHAVEE, W. & SALOLE, E. 2007. The economic burden of smoking-related disease in Thailand: a prevalence-based analysis. *J Med Assoc Thai*, **90**, 1925-9.
- LINK, B. G., CULLEN, F. T., STRUENING, E. L., SHROUT, P. E. & DOHRENWEND, B. P. 1989. A modified labeling theory approach in the area of mental disorders: an empirical assessment. *Am Sociol Rev.*, **54**, 100-23.
- LORANT, V., DELIEGE, D., EATON, W., ROBERT, A., PHILIPPOT, P. & ANSSEAU, M. 2003. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*, **157**, 98-112.

- LUND, C., BREEN, A., FLISHER, A. J., KAKUMA, R., CORRIGALL, J., JOSKA, J. A., SWARTZ, L. & PATEL, V. 2010. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Soc Sci Med*, 71, 517-28.
- MEZUK, B., EATON, W. W., ALBRECHT, S. & GOLDEN, S. H. 2008. Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 31, 2383-90.
- MOJTABAI, R., OLFSON, M., SAMPSON, N. A., JIN, R., DRUSS, B., WANG, P. S., WELLS, K. B., PINCUS, H. A. & KESSLER, R. C. 2011. Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*, 41, 1751-61.
- MUNTANER, C., EATON, W. W., DIALA, C., KESSLER, R. C. & SORLIE, P. D. 1998. Social class, assets, organizational control and the prevalence of common groups of psychiatric disorders. *Soc Sci Med*, 47, 2043-53.
- OLFSON, M., MOJTABAI, R., SAMPSON, N. A., HWANG, I., DRUSS, B., WANG, P. S., WELLS, K. B., PINCUS, H. A. & KESSLER, R. C. 2009. Dropout from outpatient mental health care in the United States. *Psychiatr Serv*, 60, 898-907.
- PATEL, V. & THORNICROFT, G. 2009. Packages of care for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: PLoS Medicine Series. *PLoS Med*, 6, e1000160.
- PROCHASKA, J. J., SUNG, H. Y., MAX, W., SHI, Y. & ONG, M. 2012. Validity study of the K6 scale as a measure of moderate mental distress based on mental health treatment need and utilization. *Int J Methods Psychiatr Res*, 21, 88-97.
- QUEENSLAND ALLIANCE 2009. From discrimination to social inclusion. A review of the literature on anti stigma initiatives in mental health. Australia: Queensland Alliance.
- RAHMAN, A., MALIK, A., SIKANDER, S., ROBERTS, C. & CREED, F. 2008. Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 372, 902-9.
- RICE, D. & AL., E. 1990. The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse and Mental Illness. *Publication No. (ADM) 90-1964*. Rockville: Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration.
- RUGULIES, R. 2002. Depression as a predictor for coronary heart disease. a review and meta-analysis. *American journal of preventive medicine*, 23, 51-61.
- SARACENO, B., VAN OMMEREN, M., BATNIJI, R., COHEN, A., GUREJE, O., MAHONEY, J., SRIDHAR, D. & UNDERHILL, C. 2007. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 370, 1164-74.
- SATIN, J. R., LINDEN, W. & PHILLIPS, M. J. 2009. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer*, 115, 5349-61.

- SHEN, Q., LU, Y. W., HU, C. Y., DENG, X. M., GAO, H., HUANG, X. Q. & NIU, E. H. 1998. A preliminary study of the mental health of young migrant workers in Shenzhen. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 52.
- SIREY, J. A., BRUCE, M. L., ALEXOPOULOS, G. S., PERLICK, D. A., FRIEDMAN, S. J. & MEYERS, B. S. 2001. Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatr Serv*, 52, 1615-20.
- THAI WORKING GROUP ON BURDEN OF DISEASE 2011. Report of Working Group on Burden of Disease and Injuries from Health Risk Factor 2009. Bangkok: Bureau of Policy and Strategy, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health.
- THAILAND DEVELOPMENT AND RESEARCH INSTITUTE FOUNDATION 1990. Final Report Area 1: Global and National Issues in Thailand's Urban Development. National Urban Development Policy Framework. Bangkok: National Economic and Social Development Board.
- THAVORNCHAROENSAP, M., TEERAWATTANANON, Y., YOTHASAMUT, J., LERTPITAKPONG, C., THITIBOONSUWAN, K., NERAMITPITAGKUL, P. & CHAIKLEDKAEW, U. 2010. The economic costs of alcohol consumption in Thailand, 2006. *BMC Public Health*, 10, 323.
- THORNICROFT, G. 2007. Most people with mental illness are not treated. *Lancet*, 370, 807-8.
- VON KORFF, M. & GOLDBERG, D. 2001. Improving outcomes in depression. *BMJ*, 323, 948-9.
- WANG, P. S., AGUILAR-GAXIOLA, S., ALONSO, J., ANGERMEYER, M. C., BORGES, G., BROMET, E. J., BRUFFAERTS, R., DE GIROLAMO, G., DE GRAAF, R., GUREJE, O., HARO, J. M., KARAM, E. G., KESSLER, R. C., KOVESS, V., LANE, M. C., LEE, S., LEVINSON, D., ONO, Y., PETUKHOVA, M., POSADA-VILLA, J., SEEDAT, S. & WELLS, J. E. 2007a. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*, 370, 841-50.
- WANG, P. S., ANGERMEYER, M., BORGES, G., BRUFFAERTS, R., TAT CHIU, W., G, D. E. G., FAYYAD, J., GUREJE, O., HARO, J. M., HUANG, Y., KESSLER, R. C., KOVESS, V., LEVINSON, D., NAKANE, Y., OAKLEY BROWN, M. A., ORMEL, J. H., POSADA-VILLA, J., AGUILAR-GAXIOLA, S., ALONSO, J., LEE, S., HEERINGA, S., PENNELL, B. E., CHATTERJI, S. & USTUN, T. B. 2007b. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6, 177-85.
- WANG, P. S., BERGLUND, P. A., OLFSON, M. & KESSLER, R. C. 2004. Delays in initial treatment contact after first onset of a mental disorder. *Health Serv Res*, 39, 393-415.
- WELLS, J. E., BROWNE, M. O., AGUILAR-GAXIOLA, S., AL-HAMZAWI, A., ALONSO, J., ANGERMEYER, M. C., BOUZAN, C., BRUFFAERTS, R.,

- BUNTING, B., CALDAS-DE-ALMEIDA, J. M., DE GIROLAMO, G., DE GRAAF, R., FLORESCU, S., FUKAO, A., GUREJE, O., HINKOV, H. R., HU, C., HWANG, I., KARAM, E. G., KOSTYUCHENKO, S., KOVESH-MASFETY, V., LEVINSON, D., LIU, Z., MEDINA-MORA, M. E., NIZAMIE, S. H., POSADA-VILLA, J., SAMPSON, N. A., STEIN, D. J., VIANA, M. C. & KESSLER, R. C. 2013. Drop out from out-patient mental healthcare in the World Health Organization's World Mental Health Survey initiative. *Br J Psychiatry*, 202, 42-9.
- WHO 2008a. mhGAP : Mental Health Gap Action Programme : scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization.
- WHO 2011. Mental Health Atlas 2011. Geneva: World Health Organization.
- WHO, W. 2008b. Integrating mental health into primary care. A global perspective. Geneva: World Health Organization and World Organization of Family Doctors.
- WITTCHEN, H. U. 1994. Reliability and validity studies of the WHO--Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res*, 28, 57-84.
- WITTCHEN, H. U., USTUN, T. B. & KESSLER, R. C. 1999. Diagnosing mental disorders in the community. A difference that matters? *Psychol Med*, 29, 1021-7.
- WOLFE, F. & MICHAUD, K. 2009. Predicting depression in rheumatoid arthritis: the signal importance of pain extent and fatigue, and comorbidity. *Arthritis Rheum*, 61, 667-73.
- พันธู์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ 2553. Mental Health in Health Service System. การประชุมวิชาการ ประจำปี ครั้งที่ 38: จิตเวชศาสตร์ก้าวไกลไร้พรมแดน.
- สินเงิน สุขสมปอง, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สุทธา สุปัญญา, วรพรรณ จุฑา, พันธู์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, ดุษฎี อุดมอิทธิพงษ์, วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, แสงสว่าง, ส. & คณะทำงานสำรวจระบาดวิทยา สุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ 2559. การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556: ความชุกของโรคจิตเวชของคนในเมืองใหญ่, กรุงเทพมหานคร วารสาร สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 61, 75-88.

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

Objectives: To 1) examine the prevalence of common and high-burden mental illnesses in the community, including depressive disorders, psychotic symptoms and alcohol and substance use disorders; 2) investigate social factors associated with mental disorders; and 3) describe what proportions of mentally ill individuals had limited or no access to services and associated barriers.

Methods: Mixed method, including cross-sectional community survey and qualitative designs, was employed. The cross-sectional survey sampled without replacement residents aged 18 or over living in households within the Municipalities of Kukot and Lumsamkaew of Prathumthni Province. Face-to-face interviews were conducted by trained interviewers using the World Mental Health – Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0) – Thai version, divided into 2 parts. The first part elicited diagnoses based on DSM-IV criteria. The second consisted of questions on sociodemographic background, history of service use, health coverage and earnings. The qualitative component consisted of in-depth interviews with mental health professionals about barriers to care and proposed solutions.

Results: A total of 5,698 households in the selected municipalities were approached. The response rate was 69.1% (N=3,940). There were 3,877 interviews completed for analysis. Psychological distress had a one-year prevalence of 6.5%, psychotic symptoms 0.8%, alcohol use disorders 0.9% and substance use disorders 0.3%. Socio-economic status (measured by the Household Asset Index) was not associated with mental illness. Only 4.1% of those who reported having had mental illness in the past year had sought advice or treatment in the same period. Having mental problems in the past year was significantly associated with reduced or no earnings. A history of mental illness, with no current or recent active symptoms, was not significantly associated with reduced or no earnings.

Conclusions: The prevalence rates of mental illnesses in Prathumthani Province were similar to those reported in the recent mental health survey in Bangkok. The figures were also comparable to those reported in many East Asian countries, but relatively low compared with those found in Western countries. Reducing treatment gap in mental health care is likely to substantially ease economic burden because, if well-treated, mentally ill people can get back to work and earn incomes. Certain measures such as improving mental health literacy and developing alternative care models may help narrow the gap in accessing mental health care.

Key words: Health Services Accessibility, Cost of Illness, Social Determinants of Health, Epidemiology, Mental Health