



# การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556: ความชุกของโรคจิตเวชของคนในเมืองใหญ่, กรุงเทพมหานคร

## The Thai National Mental Health Survey 2013: Prevalence of Mental Disorders in Megacities: Bangkok

สินเงิน สุขสมปอง พบ.\* , ปทานนท์ ขวัญสนิท พบ.\* , สุทธา สุปัญญา พบ.\*\* ,  
วรวรรณ จุฑากศ.ม.\*\*\* , พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ พบ.\*\*\* , ดุษฎี อุดมอิทธิพิงศ์วท.ม.\* ,  
วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์ พย.ม.\* , สาวิตรี แสงสว่าง พย.ม.\* ,  
คณะทำงานสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ\*\*\*

Sinngern Sooksompong M.D.\* , Patanon Kwansanit M.D.\* , Suttha Supanya M.D.\*\* ,  
Worawan Chutha M.Ed.\*\*\* , Phunnapa Kittirattanapaiboon M.D.\*\*\* ,  
Dussadee Udomittipong M.S.\* , Wattanaporn Piboonarluk M.N.S.\* ,  
Sawitree Saengsawang M.N.S.\* , Thai Mental Health Survey Working Group\*\*\*

\* สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

\*\* โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

\*\*\* สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

\* Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Department of Mental Health, Ministry of Public Health

\*\* Prasimhabhodi Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health

\*\*\* Bureau of Mental Health Service Administration, Department of Mental Health, Ministry of Public Health

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อประมาณการความชุกของโรคจิตเวชและปัจจัยทางประชากรศาสตร์และทางสังคมที่เกี่ยวข้องของประชากรในกรุงเทพมหานคร

**วิธีการศึกษา** จากฐานข้อมูลระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2556 ที่เป็นการสำรวจภาคตัดขวางในประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ยาศัยในครัวเรือนสุ่มตัวอย่าง 4 ชั้นภูมิ โดยมีภูมิภาคและกรุงเทพมหานครเป็นสตราตัมไม่มีการสุ่มทดแทน สัมภาษณ์แบบต่อหน้าด้วยเครื่องมือ World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทยโดยบุคลากรสุขภาพจิตที่ผ่านการอบรม เลือกวิเคราะห์เฉพาะตัวแทนกรุงเทพมหานคร คิดค่าสถิติจากค่าประมาณสัดส่วนโดยการถ่วงน้ำหนักเป็นร้อยละ ค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานและด้วยสถิติทดสอบเพียร์สันและไคสแควร์

**ผลการศึกษา** จากตัวอย่างประชากรกรุงเทพมหานคร 1,272 คน ยินยอมสัมภาษณ์ 715 คน (ร้อยละ 56.2) พบความชุกในช่วงหนึ่งปีของโรคจิตเวชใดๆ ร้อยละ 9.3 โดยพบ Any substance use disorders มากที่สุดตามด้วย At least one psychotic-like experience (ร้อยละ 5.6 และ 1.7 ตามลำดับ) ความชุกในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมาของผู้มีความเสี่ยงต่อฆ่าตัวตายใน Any mental disorders คือ ร้อยละ 32.9 โดย At least one psychotic-like experience มากที่สุด (ร้อยละ 15.3) และเป็นเพียงโรคเดียวที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกรุงเทพมหานครและประเทศ

**สรุป** ความชุกโรคจิตเวชในกรุงเทพมหานครพบน้อยเมื่อเทียบกับเมืองใหญ่อื่น แต่พบความชุกความผิดปกติของการเสพสารเสพติดมากที่สุด ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพบในผู้มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตได้มากที่สุดในสุด

**คำสำคัญ** โรคจิตเวช กรุงเทพมหานคร ระบาดวิทยา CIDI

Corresponding author: ปทานนท์ ขวัญสนิท

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559; 61(1): 75-88

## ABSTRACT

**Objective :** To determine the prevalence of mental disorders and their possible associated socio-demographic risk factors in Bangkok.

**Methods :** The Thai National Mental Health Survey 2013's (TNMHS2013) is a cross-sectional community survey of Thais aged 18 and above using four-stage, non-replaceable sampling from Bangkok and four other regions serving as the primary stratum. Respondents were directly interviewed by trained interviewers using the Thai version of World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0). The data of respondents from Bangkok was separately extracted and analysed for weighted prevalence in percentage, standard errors and Pearson Chi-squared test.

**Results :** Of the 1,272 eligible respondents from Bangkok, 715 (56.2%) consented and completed the interview. The overall prevalence of psychiatric disorders in Bangkok is 9.3%, with the prevalence of any substance-use disorder being highest (5.6%), followed by at least one psychotic-like experience (1.7%). The prevalence of suicidality in respondents with any mental disorders in Bangkok is 32.9% with 15.3% of those reporting at least one psychotic-like experience. This is the only condition whose prevalence is statistically difference from the rest of the country.

**Conclusion :** Prevalence of mental disorders in Bangkok is comparably lower than those reported by other megacities. Disorder of highest prevalence is any substance-use disorders. The prevalence of suicidality is found highest in those reporting at least one psychotic-like experience.

**Keywords :** Mental disorders, Bangkok, Epidemiology, CIDI, TMNHS2013

---

Corresponding author: Patanon Kwansanit

J Psychiatr Assoc Thailand 2016; 61(1): 75-88

## บทนำ

การขยายตัวของเมืองใหญ่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงศตวรรษนี้ เมืองใหญ่หรือมหานครหมายถึงเมืองที่มีประชากรมากกว่า 10 ล้านคนขึ้นไป องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2050 ประชากรร้อยละ 67 จะอาศัยอยู่ในเมือง<sup>2</sup> ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชากร จากรายงานระบาดวิทยาโรคจิตเวชในหลายประเทศพบว่าเมืองใหญ่มีความชุกของโรคจิตเวชหลายโรคแตกต่างกันจากชนบท<sup>3,4</sup> ในประเทศกำลังพัฒนาการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมเมืองทำให้พบโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดโดยเฉพาะในเพศหญิง<sup>5</sup> นอกจากนี้ในเมืองใหญ่ยังพบความชุกของโรคจิตและความผิดปกติของการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดมากกว่าชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>4,6</sup>

อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้นในสังคมเมืองเมื่อเทียบกับชนบทจากการรายงานในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา<sup>7</sup> รายงานของ Qin ในประเทศเดนมาร์ก ปี ค.ศ. 2005 เปรียบเทียบผู้ที่ฆ่าตัวตาย 21,169 ราย กับประชากรทั่วไป 423,128 ราย พบว่าผู้อาศัยในเมืองมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าชนบทโดยเฉพาะเพศหญิงอายุ 24-35 ปี หรือมากกว่า 65 ปี<sup>8</sup>

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเวชในเมืองใหญ่ได้แก่ ความหนาแน่นของประชากร ความยากจน การอพยพย้ายถิ่น และการแบ่งแยกทางสังคมที่มากกว่าพื้นที่ชนบท<sup>9-11</sup> รายงานความชุกของโรคจิตเวชในนครเซาท์เปาโล ประเทศบราซิลปี ค.ศ. 2012 ซึ่งจัดเป็นมหานครใหญ่เป็นอันดับที่ 11 ของโลก<sup>1</sup> ในประชากรที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 5,037 ราย โดยเครื่องมือ World Mental Health- Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI) พบความชุกหนึ่งปีของกลุ่มโรควิตกกังวลร้อยละ 19.9 กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ร้อยละ 11 กลุ่มโรคขาดความยับยั้งชั่งใจ

ร้อยละ 4.2 และกลุ่มโรคความผิดปกติของการใช้สารเสพติด ร้อยละ 3.6 และพบว่าความชุกของโรคจิตเวชบ้างชนิดมีความสัมพันธ์กับการอพยพ ย้ายถิ่น ยากจนหรือความหนาแน่นของประชากร ในขณะที่ความชุกของทุกกลุ่มโรคล้วนสัมพันธ์กับประสบการณ์และจำนวนครั้งของการเผชิญอาชญากรรม<sup>12</sup> ส่วนการศึกษาในเอเชียพบการสำรวจเฉพาะเขตเมืองใหญ่ 4 จังหวัดของประเทศจีน ปี ค.ศ. 2009 ในประชากรที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 63,004 ราย ด้วยเครื่องมือ Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual (DSM)-IV-TR axis 1 disorders (SCID) ฉบับภาษาจีน สัมภาษณ์โดยจิตแพทย์ พบความชุกหนึ่งเดือนของกลุ่มโรควิตกกังวลร้อยละ 4.43 และกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ร้อยละ 2.58<sup>13</sup> แม้ข้อมูลสองชุดนี้เป็นรายงานความชุกที่รอบเวลาต่างกันไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้อย่างไรก็ตาม ประเด็นปัจจัยวัฒนธรรมอาจมีผลต่อความชุกโรคจิตเวชที่แตกต่างกันในแต่ละเมืองใหญ่ได้

กรุงเทพมหานครจัดเป็นเมืองใหญ่หรือมหานครที่ใหญ่เป็นอันดับที่ 19 ของโลก<sup>1</sup> จากผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติครั้งที่ 2 ปี พ.ศ. 2546<sup>14</sup> ในประชากรไทยอายุ 15 ถึง 59 ปี สัมภาษณ์ด้วย Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ ข้อมูลสามารถเป็นตัวแทนระดับภาค 4 ภาคและกรุงเทพมหานคร พบว่าประชากรกรุงเทพมหานครมีความชุกในปัจจุบัน (current prevalence) ของโรควิตกกังวลร้อยละ 30.6 และโรคซึมเศร้าร้อยละ 22.2 แตกต่างอย่างมากกับความชุกโรคจิตเวชของประเทศ (ร้อยละ 1.85 และร้อยละ 3.2 ตามลำดับ<sup>15</sup>) แต่ข้อมูลนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพมหานครที่พบว่าเป็นโรคจากเครื่องมือวินิจฉัยโรค M.I.N.I. จำนวนค่อนข้างน้อย (N=25) ทำให้การประมาณค่าความชุกอาจ

คลาดเคลื่อนได้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาาระบาดวิทยาโรคจิตเวชร่วมในคนไทยในปี พ.ศ. 2551<sup>16</sup> พบความชุกโรคซึมเศร้าปัจจุบันสูงสุดในกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 4.1) ทั้งเพศหญิงและชาย (ร้อยละ 4.8 และร้อยละ 3.2) เมื่อเปรียบเทียบกับภาพรวมประเทศ (ร้อยละ 2.4, เพศหญิง ร้อยละ 2.9 และชายร้อยละ 1.7)<sup>17</sup> จากผลการสำรวจทั้งสองครั้งแสดงให้เห็นว่ากรุงเทพมหานครมีแนวโน้มความชุกของโรคความผิดปกติทางอารมณ์และกลุ่มโรควิตกกังวลค่อนข้างสูงกว่าพื้นที่อื่นของประเทศ

อย่างไรก็ตามข้อมูลดังกล่าวยังมีข้อจำกัดในการเปรียบเทียบกับการศึกษาาระบาดวิทยาในมหานครอื่นในปี พ.ศ. 2556 การสำรวจระดับจิตเวชภาพจิตของคนไทยระดับชาติครั้งที่ 4 ได้พัฒนาเครื่องมือและระเบียบวิธีการสำรวจตามกรอบของ World Mental Health Survey (WMHS) โดยใช้เครื่องมือ WMH-CIDI 3.0 (PAPI) และมีระเบียบวิธีวิจัยตามข้อกำหนดของ WMHS จากฐานข้อมูลดังกล่าวสามารถแยกวิเคราะห์เป็นตัวแทนของกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยจึงต้องการประมาณการค่าความชุกโรคจิตเวชในกรุงเทพมหานครและปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ เช่น ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมสำหรับชุมชนเมืองในกรุงเทพมหานครที่มีบริบทต่างจากพื้นที่อื่นของประเทศ

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจระดับจิตเวชภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional study) สำรวจในครัวเรือนที่สุ่มได้ (household survey) โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบต่อหน้า (face-to-face interview) สุ่มแบบ 4 ขั้นภูมิ (stratified four-stage cluster sampling) มีภูมิภาคและกรุงเทพมหานครเป็นสตราตัม ข้อมูลระดับภูมิภาคและกรุงเทพมหานครสามารถเป็น

ตัวแทนประชากรระดับพื้นที่ได้ สำรวจในประเทศไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่ย้ายอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคลมานานเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน

พื้นที่ในกรุงเทพมหานครกำหนดให้เขตเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง (primary sampling units: PSUs) สุ่มเลือกเขตแบบมีระบบ (systematic sampling) ได้เขตตัวอย่าง 4 เขต ได้แก่ เขตบางรัก เขตจอมทอง เขตวังทองหลาง และเขตคลองสามวา หน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง (secondary sampling units: SSUs) เป็นเขตแจ้งนับ (enumeration areas: EAs) ที่มีจำนวนครัวเรือนประมาณ 150-200 หลังคาเรือนต่อ EA สุ่มโดยให้ความน่าจะเป็นเป็นสัดส่วนกับหน่วยวัดขนาด (probability proportional to size) ได้จำนวนตัวอย่างในกรุงเทพมหานคร 53 EAs ครัวเรือนตัวอย่างเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม (tertiary sampling units; TSUs) สุ่มแบบมีระบบได้ตัวอย่างทั้งสิ้น 1,272 ครัวเรือนและหน่วยตัวอย่างขั้นสุดท้าย (ultimate sampling units; USUs) ได้แก่ สมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป นำมาจัดเรียงลำดับตามอายุจากมากไปหาน้อย จากชายไปหญิง และสุ่มเลือกด้วยตารางคิช (Kish selection table) โดยไม่สามารถสุ่มทดแทนได้หากไม่พบผู้ถูกสัมภาษณ์ตามรายชื่อที่สุ่มได้ อย่างไรก็ตามมีการติดต่อกับผู้ที่ได้รับการสุ่มทางโทรศัพท์ 5 ครั้งก่อนจะเข้าไปทำการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจคือ World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นเครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวชที่ใช้การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างอย่างสมบูรณ์ (structure interview) มีความเที่ยงตรงในการวินิจฉัยโรคจิตเวชสูง มีคำถามเกี่ยวกับสภาวะทางกาย ผลกระทบทางสังคมจากโรคจิตเวช รูปแบบบริการ และการใช้บริการทางสุขภาพ ในการสำรวจครั้งนี้ใช้เครื่องมือฉบับกระดาษและดินสอ (paper and pencil instrument) โดยเลือก 18 หมวด จาก 42

หมวด ประกอบด้วย การคัดกรอง (screening) กลุ่มโรคทางอารมณ์ (depression และ mania) กลุ่มโรควิตกกังวล (panic disorder, agoraphobia, generalized anxiety disorder และ post-traumatic stress disorder) กลุ่มสารเสพติด (alcohol use disorders และ drug use disorders) กลุ่มประสบการณ์โรคจิต (psychotic like experience screen) กลุ่มโรคที่เป็นปัญหาตามพื้นที่ (nicotine dependence, gambling และ intermittent explosive disorder) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและโรคทางกาย (suicidality และ chronic condition) การใช้บริการทางสุขภาพ (health services) และลักษณะประชากรศาสตร์ (demographic) สามารถให้การวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV และ ICD-10 โดยรายงานเป็นความเจ็บป่วยในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา (one-month disorder) ความเจ็บป่วยในหนึ่งปีที่ผ่านมา (one-year disorder) และความเจ็บป่วยตลอดชีพ (lifetime disorder)

การศึกษานี้ได้รับพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) กระทรวงสาธารณสุข หมายเลข 77/2556

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม Statistics Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows version 16.0 นำเสนอความชุกของโรคจิตเวชเป็นค่าสัดส่วนโดยการถ่วงน้ำหนัก (weighted proportion estimates) แสดงผลเป็นร้อยละและค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (standard error; SE) และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสัดส่วนด้วยสถิติทดสอบเพียร์สันไคสแควร์ (Pearson Chi-square) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05 ( $p < 0.05$ )

## ผลการศึกษา

จากจำนวนตัวอย่าง 1,272 ราย ยินยอมเข้าร่วมโครงการและสัมภาษณ์ครบถ้วน 715 ราย คิดเป็นอัตราการตอบรับ (response rate) ร้อยละ 56.2

### ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกรุงเทพมหานคร

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.0) อายุ 25-35 ปี (ร้อยละ 25.9) สมรส (ร้อยละ 60.1) ไม่ได้เรียนหรือเรียนถึงระดับประถมศึกษาเท่ากับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 38.1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 70.6) ระดับการศึกษามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกรุงเทพมหานครและทั้งประเทศที่ไม่รวมกรุงเทพมหานคร (ตารางที่ 1)

### ความชุกของโรคจิตเวชในกรุงเทพมหานคร

พบความชุกของโรคจิตเวชใดๆ (any mental disorders) ในช่วงหนึ่งเดือน (one month prevalence) คือ ร้อยละ 3.6 ความชุกหนึ่งปีที่ผ่านมา (one-year prevalence) ร้อยละ 9.3 และความชุกตลอดชีพ (lifetime prevalence) ร้อยละ 23.2

ความชุกของโรคจิตเวชในช่วงหนึ่งเดือนมากที่สุด ได้แก่ any substance use disorders, any impulse control disorders และ any anxiety disorders กับ any mood disorders เท่ากัน (ร้อยละ 2.5, 1.0 และ 0.2 ตามลำดับ)

ความชุกของโรคจิตเวชหนึ่งปีที่ผ่านมามากที่สุด ได้แก่ any substance use disorders, at least one psychotic-like experience และ any impulse control disorders (ร้อยละ 5.6, 1.7 และ 1.6 ตามลำดับ)

ความชุกโรคจิตเวชตลอดชีพมากที่สุด ได้แก่ any substance use disorders, at least one psychotic-like experience และ any impulse control disorders (ร้อยละ 17.5, 4.4 และ 2.6 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพมหานคร (N= 715) เปรียบเทียบกับทั้งประเทศ ที่ไม่รวมกรุงเทพมหานคร (N=4,012)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรุงเทพ		ในประเทศ		p - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>เพศ</b>					0.920
หญิง	509	52.0	2,500	51.7	
ชาย	206	48.0	1,512	48.3	
<b>อายุ (ปี)</b>					< 0.001*
18-24	63	13.9	182	13.0	
25-35	126	25.9	423	18.1	
36-44	164	23.4	781	20.9	
46-54	142	17.9	986	20.3	
55-59	64	6.3	432	8.1	
60 ปีขึ้นไป	156	12.6	1,208	19.6	
Min = 18 ปี, Max = 96 ปี					
Mean (SD) = 46.05 (0.59)					
<b>สถานภาพสมรส</b>					<0.001*
แต่งงานแล้ว	382	60.1	2,734	68.8	
แยกกันอยู่	41	2.8	124	2.2	
หย่าร้าง	42	5.0	179	3.1	
หม้าย	90	6.2	551	7.7	
โสด	160	25.9	424	18.2	
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>					<0.001*
ไม่ได้เรียนหรือถึงระดับ-ประถมศึกษา	281	38.1	2,609	62.1	
มัธยมศึกษา	263	38.1	978	24.9	
อนุปริญญาตรีหรือสูงกว่า	171	23.8	425	13.0	
<b>อาชีพ</b>					0.235
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	483	70.6	3,000	74.5	
มีงานทำ	27	3.4	82	2.8	
อื่นๆ (นักเรียน แม่บ้าน ข้าราชการเกษียณ ผู้สูงอายุ)	205	26.0	930	22.7	

\*p-value of Pearson Chi-square < 0.05

ตารางที่ 2 แสดงความชุกหนึ่งเดือน ความชุกหนึ่งปี และความชุกตลอดชีพโรคจิตเวชในกรุงเทพมหานคร (N= 715)

กลุ่มโรค/โรค	ความชุกโรคจิตเวชในกรุงเทพมหานคร					
	หนึ่งเดือน		หนึ่งปี		ตลอดชีพ	
	คน*	ร้อยละ (SE)	คน*	ร้อยละ (SE)	คน*	ร้อยละ (SE)
panic disorder <u>with</u> agoraphobia	10,301	0.1 (0.1)	44,576	0.6 (0.5)	44,576	0.6 (0.5)
panic disorder <u>without</u> agoraphobia	1,448	0.0 (0.0)	21,509	0.3 (0.2)	40,592	0.6 (0.4)
generalized anxiety disorder	5,816	0.1 (0.1)	5,816	0.1 (0.1)	20,607	0.3 (0.2)
agoraphobia <u>without</u> panic	0	0.0 (0.0)	28,698	0.4 (0.2)	28,698	0.4 (0.2)
post-traumatic stress disorder	0	0.0 (0.0)	0	0.0 (0.0)	40,774	0.6 (0.3)
<b>any anxiety disorders</b>	<b>16,117</b>	<b>0.2 (0.2)</b>	<b>99,150</b>	<b>1.4 (0.6)</b>	<b>159,007</b>	<b>2.2 (0.7)</b>
<b>กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์</b>						
dysthymia	0	0.0 (0.0)	0	0.0 (0.0)	0	0.0 (0.0)
major depressive episode	4,915	0.1 (0.1)	29,090	0.4 (0.2)	87,730	1.2 (0.4)
<b>any depressive disorders</b>	<b>4,915</b>	<b>0.1 (0.1)</b>	<b>29,090</b>	<b>0.4 (0.2)</b>	<b>87,730</b>	<b>1.2 (0.4)</b>
bipolar I or II disorders	0	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	21,950	0.3 (0.3)
<b>any mood disorders</b>	<b>4,915</b>	<b>0.1 (0.1)</b>	<b>29,090</b>	<b>0.4 (0.2)</b>	<b>109,680</b>	<b>1.5 (0.5)</b>
<b>กลุ่มโรคความผิดปกติจากสารเสพติด</b>						
alcohol abuse	27,721	0.4 (0.2)	150,789	2.1 (0.7)	758,401	10.6 (1.9)
alcohol dependence	143,677	2.0 (1.1)	208,431	2.9 (1.4)	314,885	4.4 (1.4)
<b>any alcohol use disorders</b>	<b>171,398</b>	<b>2.4 (1.1)</b>	<b>359,220</b>	<b>5.0 (1.5)</b>	<b>1,073,286</b>	<b>15.0 (2.0)</b>
drug abuse	0	0.0 (0.0)	39,065	0.5 (0.5)	140,777	2.0 (0.8)
drug dependence	4,207	0.1 (0.0)	4,207	0.1 (0.0)	151,468	2.1 (1.0)
<b>any drug use disorders</b>	<b>4,207</b>	<b>0.1 (0.0)</b>	<b>43,272</b>	<b>0.6 (0.5)</b>	<b>292,245</b>	<b>4.1 (1.4)</b>
nicotine dependence	116,352	1.6 (0.6)	189,470	2.7 (0.8)	886,130	12.4 (1.8)
<b>any substance use disorder (SUD)</b>	<b>175,605</b>	<b>2.5 (1.1)</b>	<b>402,492</b>	<b>5.6 (1.5)</b>	<b>1,250,006</b>	<b>17.5 (2.2)</b>
<b>กลุ่มอาการประสาทหลอน</b>						
at least one hallucination	-	-	105,538	1.5 (0.6)	262,959	3.7 (0.9)
at least one delusion	-	-	16,177	0.2 (0.2)	56,024	0.8 (0.4)
<b>คล้ายโรคจิต</b>						
at least one hallucination and delusion	-	-	1,448	0.0 (0.0)	1,448	0.0 (0.0)
<b>at least one psychotic like experience</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>120,267</b>	<b>1.7 (0.6)</b>	<b>317,535</b>	<b>4.4 (1.0)</b>
<b>กลุ่มโรคขาดความยับยั้งชั่งใจ</b>						
pathological gambling	0	0.0 (0.0)	0	0.0 (0.0)	7,915	0.1 (<0.1)
intermittent explosive disorder	74,279	1.0 (0.6)	116,713	1.6 (0.7)	178,058	2.5 (0.9)
<b>any impulse control disorders</b>	<b>74,279</b>	<b>1.0 (0.6)</b>	<b>116,713</b>	<b>1.6 (0.7)</b>	<b>185,973</b>	<b>2.6 (0.9)</b>
<b>โรคจิตเวชใดๆ (any mental disorders)**</b>	<b>260,000</b>	<b>3.6 (1.2)</b>	<b>660,000</b>	<b>9.3 (1.7)</b>	<b>1,700,000</b>	<b>23.2 (2.3)</b>
<b>กลุ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (suicidality)</b>						
suicide thought	-	-	69,411	1.0 (0.4)	294,283	4.1 (1.0)
suicide plan	-	-	0	0.0 (0.0)	22,525	0.3 (0.2)
suicide attempted	-	-	13,215	0.2 (0.2)	47,504	0.7 (0.3)
<b>any suicide behaviors</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>69,411</b>	<b>1.0 (0.4)</b>	<b>294,283</b>	<b>4.1 (1.0)</b>
<b>any mental disorders and mental health problem</b>	<b>260,000</b>	<b>3.6 (1.2)</b>	<b>710,000</b>	<b>9.9 (1.7)</b>	<b>1,800,000</b>	<b>25.3 (2.4)</b>
<b>any mental disorders (excluded SUD)</b>	<b>95,000</b>	<b>1.3 (0.6)</b>	<b>390,000</b>	<b>5.5 (1.2)</b>	<b>820,000</b>	<b>11.4 (1.5)</b>

\* คาดการณ์ประชากร (estimated population)

\*\* any mental disorders = any anxiety disorders + any mood disorders + any substance use disorder (SUD) + at least one psychotic like experience + any impulse control disorders

**ความชุกโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต  
เปรียบเทียบระหว่างกรุงเทพมหานครและทั้ง  
ประเทศที่ไม่รวมกรุงเทพมหานคร**

ความชุกหนึ่งเดือนของ any anxiety disorders  
ทั้งประเทศพบมากกว่ากรุงเทพมหานครและมีความ  
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความชุกหนึ่งปีของกรุงเทพมหานครและ  
ทั้งประเทศไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติ

ความชุกตลอดชีพของกรุงเทพมหานครและ  
ทั้งประเทศไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง  
สถิติ (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** แสดงความชุกโรคจิตเวชในกรุงเทพมหานคร (N= 715) เปรียบเทียบกับทั้งประเทศที่ไม่รวม  
กรุงเทพมหานคร (N=4,012)

กลุ่มโรค/โรค	หนึ่งเดือน			หนึ่งปี			ความชุกโรคจิตเวช ตลอดชีพ		
	ร้อยละ(SE)		p	ร้อยละ (SE)		p	ร้อยละ(SE)		p
	กรุงเทพ	ประเทศ		กรุงเทพ	ประเทศ		กรุงเทพ	ประเทศ	
any anxiety disorders	0.2 (0.2)	1.0 (0.2)	0.022*	1.4 (0.6)	1.6 (0.2)	0.712	2.2 (0.7)	3.2 (0.3)	0.248
any mood disorders	0.2 (<0.1)	<0.1 (<0.1)	0.456	0.4 (0.2)	0.7 (0.2)	0.366	1.5 (0.5)	2.0 (0.2)	0.447
any substance use disorders (SUD)	2.5 (1.1)	2.5 (0.4)	0.954	5.6 (1.5)	5.8 (0.6)	0.910	17.5 (2.2)	20.0 (1.0)	0.330
at least one psychotic-like experience	-	-	-	1.7 (0.6)	1.4 (0.3)	0.655	4.4 (1.0)	6.1 (0.6)	0.189
any impulse control disorders	1.0 (0.6)	0.6 (0.2)	0.406	1.6 (0.7)	1.3 (0.3)	0.593	2.6 (0.9)	3.7 (0.5)	0.337
any mental disorders**	3.6 (1.2)	4.1 (0.5)	0.746	9.3 (1.7)	10.0 (0.7)	0.694	23.2 (2.3)	28.4 (1.1)	0.053
any suicide behaviors	-	-	-	1.0 (0.4)	0.6 (0.1)	0.322	4.1 (1.0)	3.4 (0.5)	0.470
any mental disorders and any suicide behaviors	3.6 (1.2)	4.1 (0.5)	0.746	9.9 (1.7)	10.4 (0.7)	0.807	25.3 (2.4)	29.7 (1.1)	0.096
any mental disorders excluded SUD	1.3 (0.6)	1.6 (0.3)	0.686	5.5 (1.2)	5.0 (0.5)	0.674	11.4 (1.5)	14.2 (0.8)	0.133

\*p-value of Pearson's chi-square < 0.05

\*\* any mental disorders = any anxiety disorders + any mood disorders + any substance use disorder (SUD) + at least one psychotic like experience + any impulse control disorders

**ความชุกของผู้มีสภาวะการณ์ฆ่าตัวตายในโรค  
จิตเวชต่างๆ เปรียบเทียบระหว่างกรุงเทพมหานคร  
และทั้งประเทศที่ไม่รวมกรุงเทพมหานคร**

ความชุกในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมาของผู้มี  
สภาวะการณ์ฆ่าตัวตายใน any mental disorders ของ  
กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 32.9 ซึ่งมีความแตกต่างกัน  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกรุงเทพมหานคร

และประเทศ at least one psychotic-like experience  
มากที่สุด ตามด้วย any substance use disorders  
และ any anxiety disorders (ร้อยละ 15.3, 11.5  
และ 6.1 ตามลำดับ) ซึ่ง at least one psychotic-like  
experience มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง  
สถิติระหว่างกรุงเทพมหานครและประเทศ (ตารางที่ 4)



ตารางที่ 4 แสดงความชุกหนึ่งปี any suicide behavior ของโรคจิตเวชในกรุงเทพมหานคร(N= 7)เปรียบเทียบกับทั้งประเทศที่ไม่รวมกรุงเทพมหานคร (N=38)

กลุ่มโรค	ความชุกหนึ่งปี any suicide behavior		
	กรุงเทพ ร้อยละ (SE)	ในประเทศ ร้อยละ (SE)	p - value
any anxiety disorders	6.1 (6.3)	1.6 (0.2)	0.176
any mood disorders	0.0 (0.0)	0.7 (0.1)	0.851
any substance use disorders	11.5 (11.2)	5.8 (0.5)	0.492
at least one psychotic-like experience	15.3 (14.4)	1.4 (0.2)	< 0.001*
any mental disorders**	32.9 (18.6)	9.0 (0.6)	0.035*

\*p-value of Pearson's chi-square < 0.05

\*\* any mental disorders = any anxiety disorders + any mood disorders + any substance use disorder (SUD) + at least one psychotic like experience + any impulse control disorders

## วิจารณ์

การตอบรับเข้าร่วมการสำรวจของประชากรกรุงเทพมหานครมีเพียงร้อยละ 56.2 ต่ำกว่าภาพรวมประเทศ (ร้อยละ 74.3) ซึ่งต่ำกว่าที่ WMHS กำหนดให้อัตราการตอบรับต้องไม่น้อยกว่า ร้อยละ 65<sup>12</sup> อธิบายจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจในครัวเรือนที่สุ่มได้ซึ่งกลุ่มตัวอย่างกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่อายุน้อยและมีการศึกษาระดับอนุปริญญาตรีหรือสูงกว่าเมื่อเทียบกับทั้งประเทศจึงทำให้ออกสาอยู่ในสถานศึกษาหรือสถานที่ทำงานมากกว่าทั้งประเทศส่งผลให้อัตราการตอบรับน้อยกว่า นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งในกรุงเทพมหานครและรวมทั้งประเทศส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพอธิบายจากการสำรวจนี้ส่วนใหญ่ทำการสัมภาษณ์ที่ครัวเรือนผู้ถูกสัมภาษณ์ ผู้ที่ตอบรับส่วนใหญ่จึงเป็นผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนนั้น ซึ่งอาจไม่ได้เป็นตัวแทนลักษณะอาชีพประชากรทั้งประเทศเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ<sup>18</sup> และอาจมีข้อจำกัดต่อความสามารถในการขยายผลสรุปการศึกษา (generalization) ครอบคลุมในกลุ่มประชากรที่ใหญ่กว่าได้

ความชุกในช่วงหนึ่งปีของโรคจิตเวชใดๆ ของกรุงเทพมหานครเท่ากับร้อยละ 9.3 แต่มีข้อจำกัดในการเปรียบเทียบกับข้อมูลระดับชาติที่ศึกษาในประเทศมาก่อนหน้านี้ เนื่องจากเครื่องมือวินิจฉัยโรคที่ต่างกันและคำจำกัดความของความชุกที่ต่างกัน โดยเครื่องมือ M.I.N.I. สามารถให้การวินิจฉัยเป็นความเจ็บป่วยในปัจจุบัน (current disorder) ในขณะที่ CIDI สามารถบอกเป็นความเจ็บป่วยในหนึ่งเดือน ในหนึ่งปี และตลอดชีพ

Harpham พบว่าการปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตในมหานครเป็นตัวกระตุ้นหนึ่งให้เกิดความเครียดที่เรื้อรัง (chronic stressor) การปรับตัวที่ไม่เหมาะสมรบกวนการสร้างเครือข่ายทางสังคมของบุคคลนั้น ทำให้การสนับสนุนทางสังคมลดลงและกระทบคุณค่าความเป็นมนุษย์จากสถานภาพทางสังคมที่ไม่เท่าเทียม ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยโรคจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล<sup>5</sup> อย่างไรก็ตามความชุกหนึ่งปีของโรคจิตเวชใดๆ ของกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 9.3) น้อยกว่าค่าเฉลี่ยในมหานครต่างประเทศ (ร้อยละ 17.6)<sup>19</sup> รวมทั้งกลุ่มโรควิตกกังวลพบเพียง ร้อยละ 1.4 และโรคความ

ผิดปกติทางอารมณ์ ร้อยละ 0.4 เมื่อเปรียบเทียบกับมหานครอื่นในทวีปยุโรปและอเมริกาที่พบได้สูงถึงร้อยละ 20<sup>4,6</sup> อธิบายได้จาก ประการแรก กลุ่มตัวอย่างกรุงเทพมหานครมีอายุค่อนข้างน้อย คือ พบช่วงอายุ 25-35 ปีมากที่สุด เมื่อเทียบกับกลุ่มช่วงอายุที่พบกลุ่มโรควิตกกังวลและโรคความผิดปกติทางอารมณ์ซึ่งพบบ่อยในช่วงอายุมากกว่านี้<sup>20</sup> ประการที่สอง ความแตกต่างด้านพันธุกรรม ด้านสังคม นิยามที่ใช้ระบุโรคจิตเวชและความเชื่อหรือวัฒนธรรมย่อยด้านสุขภาพที่ต่างกันไป ดังตัวอย่างข้อมูลสนับสนุนจากประเทศอื่นในทวีปเอเชีย เช่น ประเทศสิงคโปร์ซึ่งมีความหนาแน่นของประชากรเป็นสองเท่าของกรุงเทพมหานคร แต่กลับพบค่าความชุกในช่วงหนึ่งปีของกลุ่มโรควิตกกังวลและโรคความผิดปกติทางอารมณ์เพียงร้อยละ 1.0 ถึง 2.2<sup>21</sup> หรือการศึกษาในเมืองใหญ่ของประเทศจีนพบความชุกกลุ่มโรควิตกกังวลและโรคความผิดปกติทางอารมณ์ต่ำกว่าร้อยละ 5<sup>13</sup> สอดคล้องกับรายงานระบาดวิทยาโรคจิตเวชทั่วโลกก่อนหน้านี้ที่พบความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลและโรคความผิดปกติทางอารมณ์ในมหานครของประเทศในทวีปเอเชียและแอฟริกา น้อยกว่าประเทศในทวีปยุโรปและอเมริกาเช่นเดียวกัน<sup>19</sup> และประการสุดท้าย การสำรวจความชุกในประชากรขนาดใหญ่มักพบการซ้อนทับของเกณฑ์การวินิจฉัยระหว่างกลุ่มโรคซึมเศร้าและกลุ่มโรควิตกกังวลโดยเฉพาะเกณฑ์อาการทางด้านร่างกาย ซึ่งอาจมีผลให้การประมาณการณค่าความชุกของสองโรคดังกล่าวแตกต่างจากความชุกของโรคที่เป็นจริงในบางพื้นที่<sup>5</sup>

ความชุกในช่วงหนึ่งปีของโรคจิตเวชใดๆ ของกรุงเทพมหานครเท่ากับร้อยละ 9.3 ใกล้เคียงภาพรวมทั้งประเทศ คือ ร้อยละ 10.0 โดยความชุกในช่วงหนึ่งปีของกรุงเทพมหานครใน at least one psychotic-like experience, any impulse control disorders และ any suicide behaviors พบมากกว่าทั้งประเทศแต่ไม่

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับรายงานก่อนหน้านี้ที่พบว่าเมืองใหญ่พบความชุกของโรคจิตและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าพื้นที่อื่น<sup>4,6</sup> อย่างไรก็ตามความชุกโรคจิตเวชบางกลุ่มโรค (any anxiety disorders และ any mood disorders) ในกรุงเทพมหานครน้อยกว่าทั้งประเทศ อธิบายจากความชุกของกลุ่มโรคดังกล่าวทั้งในกรุงเทพมหานครและทั้งประเทศพบน้อยอย่างมากและบางโรค เช่น agoraphobia, dysthymia และ bipolar I or II disorders ไม่พบความชุกในช่วงหนึ่งปีเลย ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาระบาดวิทยาระดับชาติครั้งก่อนหน้านี้<sup>15-17</sup> จึงอาจอาจมีข้อจำกัดต่อความสามารถในการขยายผลสรุปการศึกษา (generalization) สำหรับกลุ่มโรคดังกล่าวในคนไทย

ผลการศึกษานี้พบความชุกในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมาของกรุงเทพมหานคร any substance use disorders (SUD) มากที่สุดและมากกว่าทั้งประเทศ โดยใน SUD พบ any alcohol use disorders มากที่สุดตามด้วย nicotine dependence (5.0 และ 2.7 ตามลำดับ) เช่นเดียวกับกับความชุกตลอดชีพ (ร้อยละ 15.0 และ 12.4 ตามลำดับ) สอดคล้องกับรายงานในหลายประเทศมักพบความชุกของกลุ่มโรคความผิดปกติจากสารเสพติดและสุราในเมืองใหญ่ได้บ่อยเช่นเดียวกัน<sup>4</sup> แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่เมืองเซาธ์เปาโล ประเทศบราซิล ที่พบความชุกในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมาของ any substance use disorder เพียงร้อยละ 3.6 และไม่ได้อยู่ในความชุกสูงสุดสามอันดับแรก อย่างไรก็ตามกลับก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคมากที่สุดเมื่อเทียบกับความชุกโรคจิตเวชอื่นที่พบได้บ่อยกว่า ซึ่งอธิบายได้จากผู้ถูกประเมินเรื่องสารเสพติดและสุรามักให้คำตอบต่ำกว่าความเป็นจริงและมักไม่ยอมรับการรักษาทำให้โรคเรื้อรังและเกิดความรุนแรงของโรคมากขึ้น<sup>12</sup>

รายงานของ Mortensen พบว่า ความเสี่ยงของการเกิดโรคจิตเภทจะมากขึ้นตามระดับความเป็นเมืองของสถานที่เกิด โดยหากเกิดในเมืองหลวงจะเพิ่มความเสี่ยงการเป็นโรคจิตเภทเป็น 2.4 เท่า เมื่อเทียบกับเกิดในชนบท<sup>22</sup> รวมถึงผลรายงาน meta-analysis ของ Vassos และคณะสนับสนุนว่าการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีระดับความเป็นเมืองสูงเพิ่มอุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภทมากขึ้นโดยความเสี่ยงของการเกิดโรคจิตเภทของผู้อาศัยอยู่ในเมืองเป็น 2.37 เท่าเมื่อเทียบกับอาศัยอยู่ในชนบท<sup>23</sup> ความเป็นเมืองส่งผลกระทบทางเกิดความเครียดเรื้อรังและเพิ่มโอกาสประสพเหตุการณ์ชีวิตทางด้านลบมากขึ้นสัมพันธ์กับความชุกของอาการโรคจิต (psychosis)<sup>24</sup> ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาคั้งนี้ พบความชุกหนึ่งปีของประสพการณ์คล้ายโรคจิตใดๆ (at least one psychotic-like experience) ของกรุงเทพมหานครมากเป็นลำดับที่สอง คือ ร้อยละ 1.7 มากกว่าทั้งประเทศอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ร้อยละ 1.4 แต่น้อยกว่ารายงาน meta-analysis ต่างประเทศพบความชุก 1 ปีของประสพการณ์คล้ายโรคจิตในประชากรทั่วไปร้อยละ 5-8<sup>25</sup> อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่จำเพาะต่อการวินิจฉัยโรคจิตหรือโรคจิตเภทเพื่อหาความชุกของโรคดังกล่าวในกรุงเทพมหานครต่อไป

รายงานของ WMHS ซึ่งทำในปี ค.ศ. 2001-2007 ในประชากร 108,705 ราย จาก 21 ประเทศ โดยเครื่องมือ CIDI พบความชุกหนึ่งปีของ suicide ideation, plans และ attempts ในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว ร้อยละ 2.0 ร้อยละ 0.6 และร้อยละ 0.3 ตามลำดับ ไม่แตกต่างกับกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ร้อยละ 2.1 ร้อยละ 0.7 และร้อยละ 0.4 ตามลำดับ<sup>26</sup> ซึ่งจากผลการศึกษาคั้งนี้ ก็พบใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 1.0, 0.0 และ 0.2 ตามลำดับ และพบ any suicide behaviors ในกรุงเทพมหานครมากกว่าประเทศทั้งความชุกหนึ่งปีและตลอดชีพ สอดคล้อง

กับหลายรายงานสนับสนุนว่าการอาศัยในเมืองเพิ่มความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายมากกว่าชนบท<sup>3</sup> ยกเว้นในประเทศออสเตรเลียที่พบว่าผู้อาศัยในเขตชนบทฆ่าตัวตายมากกว่าในเขตมหานคร โดยเฉพาะเพศชายอายุน้อยแม้มีความชุกโรคจิตเวชไม่แตกต่างกัน อธิบายจากผู้อาศัยในชนบทมีพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพจิตน้อยกว่า<sup>27</sup> ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของมหานครในกลุ่มประเทศเอเชียน้อยกว่าประเทศตะวันตกเล็กน้อย<sup>26</sup> อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพมหานครที่พบความชุกหนึ่งปีของ any suicide behaviors ในการศึกษานี้มีจำนวนน้อย (N = 7) จึงมีข้อจำกัดในการเปรียบเทียบกับทั้งประเทศหรือมหานครอื่นในต่างประเทศ

ปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่สำคัญคือ การมีโรคจิตเวช<sup>26</sup> ซึ่งประสพการณ์คล้ายโรคจิต (at least one psychotic-like experience) เป็นโรคจิตเวชที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 15.3) ในความชุกหนึ่งปีของ any suicide behavior สอดคล้องกับรายงานก่อนหน้านี้ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 18-55 พยายามฆ่าตัวตาย<sup>28</sup> ร้อยละ 10 เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายและความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นหากมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย<sup>29</sup> อธิบายได้จากประสพการณ์คล้ายโรคจิตจะมีซึมเศร้าเป็นโรคร่วมจิตเวช (comorbidity) ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้น<sup>30</sup> หรืออาการซึมเศร้าเป็นตัวขยายความสัมพันธ์ (mediator) ของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้มีประสพการณ์โรคจิตให้มากขึ้นแต่ประสพการณ์คล้ายโรคจิตเพียงอย่างเดียวโดยไม่ซึมเศร้าสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประชากรทั่วไปน้อย<sup>31</sup> อย่างไรก็ตามจากการศึกษาคั้งนี้พบประสพการณ์คล้ายโรคจิตในกรุงเทพมหานครสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพียงอย่างเดียว อธิบายได้จากจำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกรุงเทพมหานครค่อนข้างน้อย (N=7) เป็นข้อจำกัด

ของการศึกษาระบาดวิทยาโรคจิตเวชต่างๆ ที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและไม่ได้วิเคราะห์โรคร่วมจิตเวชมากกว่าหนึ่งโรคจึงไม่สามารถบอกลักษณะความสัมพันธ์ดังกล่าวระหว่างประสบการณ์คล้ายโรคจิตและโรคจิตเวชอื่นได้

จุดแข็งของการศึกษานี้คือ เป็นการศึกษาระบาดวิทยาของโรคจิตเวชในกรุงเทพมหานครโดยเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานครั้งแรก ครอบคลุมโรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญและพบบ่อยทั้งหมดรวมถึงข้อมูลด้านปัจจัยพื้นฐานรายบุคคลที่เกี่ยวข้อง

จุดอ่อนของการศึกษานี้คือ อัตราการตอบรับการสำรวจต่ำทำให้อาจมีผลต่อค่าความชุกโรคจิตเวชและพบความชุกโรคจิตเวชกรุงเทพมหานครและทั้งประเทศที่ค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับมหานครอื่นหรือประเทศอื่น อาจอธิบายได้สาเหตุหนึ่งจาก การสำรวจโดยแบบสัมภาษณ์ CIDI ฉบับภาษาไทยครั้งแรกฉบับนี้ใช้เวลาสัมภาษณ์ค่อนข้างนานอาจมีผลต่อความพร้อมทางร่างกายและจิตใจของผู้ถูกสัมภาษณ์ ซึ่งอาจมีผลต่อความตรงภายใน (internal validity) ของการศึกษาเช่นเดียวกัน<sup>32</sup> อาจพัฒนาเครื่องมือสัมภาษณ์ให้เหมาะสมยิ่งขึ้นหรือเลือกบางส่วนที่ต้องการศึกษาสำหรับการสำรวจระบาดวิทยาครั้งต่อไป นอกจากนี้การศึกษานี้ไม่ได้สำรวจข้อมูลปัจจัยระดับพื้นที่ของกรุงเทพมหานครที่มีความสัมพันธ์กับความชุกโรคจิตเวช

## สรุป

ความชุกโรคจิตเวชในกรุงเทพมหานครพบน้อยเมื่อเทียบกับเมืองใหญ่อื่น แต่พบความชุกความผิดปกติของการเสพสารเสพติดมากที่สุด ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพบในผู้มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตได้มากในกรุงเทพมหานครเมื่อเทียบกับทั้งประเทศ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมหาความสัมพันธ์

ระหว่างปัจจัยระดับพื้นที่กับความชุกโรคจิตเวชในกรุงเทพมหานครในการศึกษาครั้งต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. Demographia [Internet]. Illinois: Demographia World Urban Areas, 1nc ; c1999-2013 [cited Jan 26, 2016]. Available from: <http://www.demographia.com/db-worldua.pdf>
2. Heilig GK. World urbanization prospects: the 2011 revision. United Nations, Department of Economic and Social Affairs (DESA), Population Division, Population Estimates and Projections Section: New York; 2012.
3. Blazer D, George LK, Landerman R, Pennybacker M, Melville ML, Woodbury M, et al. Psychiatric disorders. A rural/urban comparison. Arch Gen Psychiat 1985; 42:651-6.
4. Paykel ES, Abbott R, Jenkins R, Brugha TS, Meltzer H. Urban-rural mental health differences in Great Britain: findings from the National Morbidity Survey. Psychol Med 2000; 30:269-80.
5. Harpham T. Urbanization and mental health in developing countries: a research role for social scientists, public health professionals and social psychiatrists. SocSci Med 1994; 39:233-45.
6. Penkalla AM, Kohler S. Urbanicity and mental health in Europe: a systematic review Eur J Ment Health 2014; 2:63-77.
7. World Health Organization. World Health Statistics Annual. Geneva: WHO; 1989.

8. Qin P. Suicide risk in relation to level of urbanicity-a population-based linkage study. *Int J Epidemiol* 2005; 34:846-52.
9. Morgan C, Charalambides M, Hutchinson G, Murray RM. Migration, ethnicity, and psychosis: toward a sociodevelopmental model. *Schizophr Bull* 2010; 36:655-64.
10. Janssen I, Hanssen M, Bak M, Bijl RV, de Graaf R, Vollebergh W, et al. Discrimination and delusional ideation. *Br J Psychiat* 2003; 182:71-6.
11. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Soc Sci Med* 2010; 71:517-28.
12. Andrade LH, Wang Y-P, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, et al. Mental disorders in megacities: findings from the Sao Paulo megacity mental health survey, Brazil. *Plos One* 2012; 7:e31879.
13. Phillips MR, Zhang J, Shi Q, Song Z, Ding Z, Pang S, et al. Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001-05: an epidemiological survey. *Lancet* 2009; 373(9680):2041-53.
14. Siriwanarangsun P, Kongsuk T, Arunpongpaisan S, Kittirattanapaiboon P, Charatsingha A. Prevalence of Mental disorders in Thailand: A national survey 2003. *Journal of Mental Health of Thailand* 2004; 12(3):178.
15. Srivoranun U, et al. Prevalence of Mental disorders in Bangkok: A national survey 2003. *Proceeding of The 4<sup>th</sup> International Conference on Mental Health and Diaster*; 2005. Jul 6-8; Bangkok, Thailand: Nontaburi; 2005.
16. Kittirattanapaiboon P, Kongsuk T, Pengjuntr W, Leejongpermpon J, Chutha W, Kenbubpha K. Epidemiology of psychiatric comorbidity in Thailand: a national study 2008. *Journal of Mental Health of Thailand* 2013; 21(1):1-14.
17. Kongsuk T, Arunpongpaisan S, Pengjuntr W, Kenbubpha K, Kittirattanapaiboon P, Yingyuen R, et al. The Prevalence of Major Depressive Disorders in Thailand: Results from the Epidemiology of Mental Disorders National Survey 2008. [report]
18. Summary of Thai's people occupational status 2014 [internet]. National Statistical Office. Ministry of information and communication technology.[cited Jan 26, 2016]. Available from:[https://www.m-society.go.th/article\\_attach/11451/15768.pdf](https://www.m-society.go.th/article_attach/11451/15768.pdf)
19. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol* 2014; 43:476-93.
20. Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychol Med* 2013; 43:897-910.

21. Chong SA, Abdin E, Vaingankar JA, Heng D, Sherbourne C, Yap M, et al. A Population-based Survey of Mental Disorders in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 2012; 41:49-66.
22. Mortensen PB, Pedersen CB, Westergaard T, Wohlfahrt J, Ewald H, Mors O, et al. Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. *N Engl J Med* 1999; 340:603-8.
23. Vassos E, Pedersen CB, Murray RM, Collier DA, Lewis CM. Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2012; 38:1118-23.
24. Heinz A, Deserno L, Reininghaus U. Urbanicity, social adversity and psychosis. *World Psychiatry* 2013; 12:187-97.
25. Kelleher I, Cannon M. Psychotic-like experiences in the general population: characterizing a high-risk group for psychosis. *Psychol Med* 2011; 41:1-6.
26. Borges G, Nock MK, Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the WHO World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:16-7.
27. Caldwell TM, Jorm AF, Dear KB. Suicide and mental health in rural, remote and metropolitan areas in Australia. *Med J Aust* 2004; 181:S10-4.
28. Lee S, Fung SC, Tsang A, Liu ZR, Huang YQ, He YL, et al. Lifetime prevalence of suicide ideation, plan, and attempt in metropolitan China. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116:429-37.
29. Jang JH, Lee YJ, Cho SJ, Cho IH, Shin NY, Kim SJ. Psychotic-like experiences and their relationship to suicidal ideation in adolescents. *Psychiatry Res* 2014; 215:641-5.
30. Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA. Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Am J Psychiat* 1999; 156:1590-95.
31. Sullivan SA, Lewis G, Gunnell D, Cannon M, Mars B, Zammit S. The longitudinal association between psychotic experiences, depression and suicidal behaviour in a population sample of adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; 50:1809-17.
32. Kessler RC, Üstün TB. The world mental health (WMH) survey initiative version of the world health organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004; 13:93-121.