

สุขภาพจิตประชากรอายุ ๑๕-๕๙ ปี อำเภอละงู จังหวัดสตูล

ปวิตร วณิชานนท์*

บทคัดย่อ

สถิติประชากรอายุ ๑๕-๕๙ ปี ไปรับบริการที่โรงพยาบาลละงู เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต มีแนวโน้มสูงขึ้น โดย พ.ศ. ๒๕๔๗, ๒๕๔๘ และ ๒๕๔๙ มีอัตรา ๓,๒๑๕.๕๔, ๓,๕๓๘.๖ และ ๔,๖๒๕.๐๐ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ. จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและจากการฆ่าตัวตายใน พ.ศ. ๒๕๔๙ เพิ่มขึ้นเป็น ๑.๗ และ ๑.๘ เท่าของปี พ.ศ. ๒๕๔๗. อัตราป่วยที่เพิ่มขึ้นสะท้อนถึงความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่. การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพจิต และคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของประชากรอายุ ๑๕-๕๙ ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่จริงในบ้านเรือนส่วนบุคคลในพื้นที่อำเภอละงู ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๐ จำนวน ๒๒,๐๕๓ คน, โดยมุ่งนำผลที่ได้ไปกำหนดมาตรการในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ เพื่อการอยู่อย่างสุขภาวะ. เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจเป็นแบบสอบถามสุขภาพทั่วไปฉบับภาษาไทยชนิด ๑๒ ข้อ, แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า, และแบบคัดกรองความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจพบประชากรอายุ ๑๕-๕๙ ปี ในอำเภอละงู มีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ ๐.๒๓; ชายและหญิงมีปัญหาในอัตราที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ ๕๔ และร้อยละ ๔๖ ตามลำดับ; กลุ่มอายุ ๓๕-๔๔ ปี มีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ ๓๔ ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอื่น; ร้อยละ ๔๘ มีสถานภาพคู่. ส่วนสาเหตุของการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตร้อยละ ๔๒ ให้ข้อมูลว่าเนื่องจากรายได้ไม่เพียงพอ. นอกจากนี้ยังพบประชากรที่มีภาวะซึมเศร้า ๒๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๙ ของประชากร; ไม่พบประชากรที่มีภาวะเสี่ยงการฆ่าตัวตาย. ผลของการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการกำหนดมาตรการการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแบบบูรณาการในแต่ละกลุ่มประชากร โดยความร่วมมือของครอบครัว, องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น, ผู้นำชุมชน, ผู้นำศาสนา และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

คำสำคัญ: การสำรวจ, สุขภาพจิต, ภาวะซึมเศร้า, ภาวะเสี่ยงการฆ่าตัวตาย, จังหวัดสตูล

Abstract

Mental Health among a Population of 15-59 Years Old in Langu District, Satun Province

Pawit Vanichanon*

*Langu Hospital, Langu District, Satun Hospital

The incidence of mental health problems among patients who visited Langu Hospital Out-patient Department increased from 3,330 and 3,539 to 4,625 cases per 100,000 populations in 2004, 2005 and 2006, respectively. The incidence of cases that committed suicide in 2006 was 7.57 cases per 100,000 population, which was much higher than the rate for Thailand as a whole. The objectives of this study were to survey mental health status

*โรงพยาบาลละงู อำเภอละงู จังหวัดสตูล

and to determine depression and suicidal attempts among the population 15-59-years-old who lived in the period May to June 2007 in Langu District, Satun Province, Thailand. This was a descriptive cross-sectional study and survey that used the Thai General Health Questionnaire-12 in the first step; it was then followed by the Depression-Screening, Suicidal Attempt and/or Psychotic-screening Test, all of which were established by the Mental Health Department, Ministry of Public Health. There were 22,093 samples; the male to female ratio was 1:1.2. Mental health status was divided into three groups: normal, high risk and the mental health problem group. The mental health problem group was 0.23 percent, equally male and female. The highest percentage were in the 35-44-year-old age group (34%), in the married group (48%) and in the insufficient-income group (42%). Mental health problems were psychosis disorder (0.12%), paranoid schizophrenia (0.04%), schizophrenia (0.07%), mania (0.01%), bipolar disorder (0.02%), psychosis due to multiple drug dependence (0.04%), GAD (0.09%), agoraphobia (0.01%), and panic (0.01%). There were 20 cases of depression (0.09%) and no attempted suicide case. Furthermore, this study showed that we should launch preventive interventions in each mental health status group and collaborate with families, community leaders, village health volunteers, the local authority and NGOs.

Key words: mental health, depression, attempted suicide, Satun Province

ภูมิหลังและเหตุผล

บริบทด้านสังคมอันได้แก่ การเมือง เศรษฐกิจ สังคม ภัยสงคราม ภัยธรรมชาติ และภาวะมลพิษสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการทางสุขภาพจิตของบุคคล^(๑) ดังนั้นสถานการณ์ปัจจุบันที่การเมือง เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว กอปรกับความรุนแรงหรือการก่ออาชญากรรมที่เกิดขึ้นให้เห็นผ่านสื่อต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลในสังคมโดยเฉพาะสุขภาพด้านจิตใจ เนื่องจากต้องปรับตัวอย่างรวดเร็วและตลอดเวลา เพื่อให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีประชาชนจำนวนมากไม่น้อยที่ไม่สามารถปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ได้แก่ เป็นทุกข์ เครียด ซึมเศร้า ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น หรือมีการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น ดังข้อมูลสถิติผู้ป่วยสุขภาพจิตของประเทศย้อนหลัง ๓ ปี คือ ใน พ.ศ. ๒๕๔๗, ๒๕๔๘ และ ๒๕๔๙ ที่ยังคงมีอัตราสูงมาโดยตลอด โดยพบในอัตรา ๒,๒๓๖.๒๑, ๒,๐๖๗.๘๖ และ ๒,๐๙๒.๑๒ คนต่อประชากรแสนคน^(๒) ตามลำดับ.

ประชากรอายุ ๑๕-๕๙ ปี เป็นกลุ่มคนวัยทำงาน เป็นกำลังสำคัญในการสร้างความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจให้กับ

ครอบครัวและประเทศ ใช้ชีวิตส่วนใหญ่ในสังคมและมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจทางด้านการเมืองของประเทศ. การเปลี่ยนแปลงหรือภาวะวิกฤติทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมจึงย่อมส่งผลกระทบต่อกลุ่มประชากรในช่วงอายุดังกล่าว ดังข้อมูลการสำรวจความชุกของโรคทางจิตเวชในประชากรกลุ่มอายุ ๑๕-๕๙ ปีของประเทศ โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในปี ๒๕๔๗ ที่พบว่าประชากรอายุ ๑๕-๕๙ ปี ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชร้อยละ ๑๐.๑ หรือ ๒.๖๗ ล้านคน เป็นผู้ป่วยโรคจิตร้อยละ ๑.๒ หรือ ๓.๒ แสนคน, โรคอารมณ์แปรปรวนร้อยละ ๕.๗ หรือ ๑.๕ ล้านคน, โรคซึมเศร้าอย่างแรงร้อยละ ๓.๒ หรือ ๘.๕ แสนคน, โรควิตกกังวลร้อยละ ๓.๒ หรือ ๘.๕ แสนคน, และโรคการใช้สุราไม่ถูกต้องร้อยละ ๒๘.๕ หรือ ๗.๗ ล้านคน, และยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศ ๑๗ แห่งมีเพียง ๑.๒๑ ล้านรายไม่ถึง ๑ ใน ๕ ของผู้ที่เจ็บป่วย^(๓). ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่ากลุ่มประชากรอายุ ๑๕-๕๙ ปี เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ และส่วนใหญ่ยังไม่เข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ทุกสถานบริการสุขภาพจึงควรดำเนินการเฝ้าระวัง เชิงรุกโดยการสำรวจภาวะสุขภาพจิต



ประชากรในพื้นที่ นำไปสู่การกำหนดมาตรการส่งเสริมการควบคุมและป้องกันโรคหรือปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพจิต ตลอดจนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยและประชากรในพื้นที่.

โรงพยาบาลละงู อำเภอละงู จังหวัดสตูล เป็นสถานบริการสุขภาพภาครัฐขนาด ๖๐ เตียง มีประชากรในพื้นที่ตามข้อมูลทะเบียนราษฎร์จำนวน ๖๔,๐๖๖ คน อยู่ในช่วงอายุ ๑๕-๕๙ ปี คนส่วนใหญ่จำนวน ๔๔,๐๐๐ คน (ร้อยละ ๘๐) นับถือศาสนาอิสลาม^(๔). ส่วนปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ จากสถิติผู้มารับบริการของโรงพยาบาลละงูพบว่า อัตราโรคจิตเวชมีแนวโน้มสูงขึ้น ๓,๓๐๙.๐๙ ต่อแสนประชากร (พ.ศ. ๒๕๔๗), ๓,๕๓๘.๖๓ ต่อแสนประชากร (พ.ศ. ๒๕๔๘) และ ๔,๖๒๕.๐๐ ต่อแสนประชากร (พ.ศ. ๒๕๔๙)^(๕) โดยพบว่าอัตราโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายสำเร็จในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ เพิ่มขึ้นเป็น ๑.๗ เท่าและ ๗.๘ เท่าของสถิติ พ.ศ. ๒๕๔๗ ตามลำดับ, และอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จใน พ.ศ. ๒๕๔๙ สูงถึง ๗.๕๗ ต่อแสนประชากร^(๕) ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ. ทั้งนี้เนื่องจากอำเภอละงูได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติสึนามิในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ ร่วมด้วย. ข้อมูลสถิติดังกล่าวสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่อำเภอละงูที่มีความรุนแรงมากขึ้นเช่นเดียวกับปัญหาสุขภาพจิตของประเทศ. แต่ทั้งนี้อาจมีผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่บางพื้นที่ยังไม่เข้าถึงบริการ ดังนั้นการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุกในพื้นที่อำเภอละงูจึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการสำรวจภาวะสุขภาพจิต ทำการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในประชากรทุกคนในพื้นที่อำเภอละงู เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดมาตรการด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่ประชากรในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป.

ระเบียบวิธีศึกษา

ทำการสำรวจเชิงพรรณนาแบบตัดขวางครอบคลุมประชากรทุกคนที่มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี และอาศัยอยู่จริงในครัวเรือนส่วนบุคคล ในอำเภอละงู จังหวัดสตูล ในช่วงเดือน

พฤษภาคมถึงมิถุนายน ๒๕๕๐ ซึ่งจากการสำรวจโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและบุคลากรสาธารณสุขพบว่ามีจำนวน ๒๒,๐๙๓ คน.

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบและแก้ไขปรับปรุงโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านจิตเวช ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

๑. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ชื่อ-สกุล อายุ ที่อยู่ ศาสนา เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และปัญหาสุขภาพ.

๒. แบบสอบถามสุขภาพทั่วไปฉบับภาษาไทยชนิด ๑๒ ข้อ (Thai General Health Questionnaire-12; Thai GHQ-12) ที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้พัฒนามาจากแบบประเมิน GHQ ฉบับเต็มจำนวน ๖๐ ข้อของโกลด์เบิร์ก^(๖). คำถาม ๑๒ ข้อ ครอบคลุมปัญหาใหญ่ ๆ ๔ ด้าน คือ ความรู้สึกไม่เป็นสุข, ความวิตกกังวล, ความบกพร่องเชิงสังคม และความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่ง. ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ๔ ระดับ คิดคะแนนแบบ ๐-๐-๑-๑. ผู้ที่ได้คะแนนรวมมากกว่า ๒ คะแนนขึ้นไปถือว่าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต จะได้รับการคัดกรองต่อไปโดยใช้

- แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข^(๗) มีข้อคำถาม ๑๕ ข้อ ประเมินความรู้สึกในช่วง ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา. ลักษณะข้อคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ๒ ข้อ คือ มี และ ไม่มี. การแปลผล กรณีตอบมีตั้งแต่ ๖ ข้อขึ้นไป หมายถึงมีภาวะซึมเศร้า.

- แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข^(๘) มีข้อคำถาม ๑๐ ข้อ ประเมินความรู้สึกในช่วง ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วย ๔ องค์ประกอบ คือ การมองโลกในแง่ร้าย ความคิดในการฆ่าตัวตาย, การสูญเสีย, และการใช้แอลกอฮอล์. ลักษณะข้อคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ๒ ข้อ คือ มี และ ไม่มี. การแปลผล กรณีตอบ มี ตั้งแต่ ๒ ข้อขึ้นไป หมายถึงมีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย.

- แบบคัดกรองโรคจิต ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข^(๙) มีข้อคำถามสำหรับสัมภาษณ์ญาติ ๘ ข้อ และ

สัมภาษณ์ผู้ป่วย ๓ ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ๒ ข้อ คือ มี และ ไม่มี. การแปลผล กรณีตอบมีตั้งแต่ ๑ ขึ้นไปให้สงสัยว่าเป็นโรคจิต ที่ควรได้รับการ ณ สถานบริการสุขภาพต่อไป.

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลภาคสนามโดยทีมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน โรงพยาบาลละงู และทุกสถานอนามัยในอำเภอละงู ซึ่งมีความคุ้นเคยกับอาการและอาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิต และมีการฝึกอบรมทีมเก็บข้อมูลภาคสนามในเรื่องต่อไปนี้

- โรคจิตเวชและสุขภาพจิตโดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นเวลา ๑ วัน.

- เครื่องมือ พร้อมสถิติการใช้เครื่องมือและฝึกปฏิบัติจนผ่านการประเมินความถูกต้องในการใช้เครื่องมือ โดยพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านจิตเวชและสุขภาพจิต เป็นเวลา ๓ วัน.

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๐ ด้วยการสัมภาษณ์โดยทีมเก็บข้อมูลภาคสนามดังกล่าว, ทำการคัดกรองภาวะสุขภาพทั่วไปด้วยแบบสอบถามสุขภาพทั่วไปฉบับภาษาไทยชนิด ๑๒ ข้อ. จากนั้นนำกลุ่มประชากรที่มีปัญหาสุขภาพจิตมาคัดกรองภาวะซึมเศร้า, ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย และแบบคัดกรองโรคจิตในลำดับต่อไป รวมถึงให้การดูแลและแก้ไข้ปัญหาให้แก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในเมืองต้น.

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา.

ผลการศึกษา

จากจำนวนประชากรตามข้อมูลทะเบียนราษฎร ๔๔,๐๐๐ คน สํารวจพบประชากรที่ศึกษา ๒๒,๐๙๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๒๑ ของประชากร, สัดส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ ๑ : ๑.๒ (ร้อยละ ๔๔.๗๗/ ร้อยละ ๕๕.๒๓). ประชากรร้อยละ ๗๗.๑๖ มีอายุอยู่ในช่วง ๑๕-๔๔ ปี และประมาณ ๒ ใน ๓ ของประชากร (ร้อยละ ๖๗.๐๐) มีสถานภาพคู่. ในด้านเศรษฐฐานะพบว่าเกินกว่าครึ่งของประชากรมีการศึกษาระดับประถมศึกษา; ร้อยละ

๓๐.๐๑ ประกอบอาชีพรับจ้าง ได้แก่ พนักงานร้านอาหาร/ร้านค้า, แรงงานก่อสร้าง, ทำความสะอาด, ตัดหญ้า/ถางสวน เป็นต้น; ประชากรร้อยละ ๕๐ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า ๕,๐๐๐ บาท โดยร้อยละ ๖๑.๔๐ ให้ข้อมูลว่ามีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ. เมื่อพิจารณาข้อมูลปัญหาสุขภาพทั่วไปพบว่ามีเพียงร้อยละ ๑๔.๑๙ ของประชากรที่มีปัญหาสุขภาพ โดยที่เกินกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ ๕๘.๙๐) ของประชากรมีปัญหาทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ได้แก่ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดหลัง กล้ามเนื้ออักเสบ เป็นต้น, รองลงมาได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ ๒๖.๙๑) และมีเพียงร้อยละ ๓.๑๙ ที่มีโรคทางจิตเวช (ตารางที่ ๑).

ในส่วนของสุขภาพจิตพบประชากรที่มีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ ๐.๒๓ ประชากรที่มีอายุอยู่ในช่วง ๓๕-๔๔ ปี เป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ. รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ ๒๕-๓๔ ปี ประชากรที่มีสถานภาพโสดและสถานภาพคู่มีปัญหาสุขภาพจิตในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน. เมื่อพิจารณาด้านการศึกษาพบว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ ๕๔.๐๐ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา, ร้อยละ ๒๘.๐๐ ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม, ประมาณร้อยละ ๙๖ มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน และร้อยละ ๓๔ เป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพร่างกายด้วย (ตารางที่ ๑).

การคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงการฆ่าตัวตายในประชากรที่มีปัญหาสุขภาพจิตพบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๐๐.๐๙, เป็นหญิงร้อยละ ๖๕. กลุ่มอายุ ๓๕-๔๔ ปี เป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าสูงสุด (ร้อยละ ๖๐), ครั้งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่, จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนปลายมีสัดส่วนเท่ากันคือร้อยละ ๓๕. และประมาณร้อยละ ๗๐ ของประชากรที่มีภาวะซึมเศร้ามีหนี้สิน และมีปัญหาทางสุขภาพร่างกาย (ตารางที่ ๑); ไม่พบประชากรที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในช่วงเวลาที่ทำการสำรวจ

จากผลการศึกษา หากพิจารณาในภาพรวมสามารถจำแนกกลุ่มประชากรตามความต่อเนื่องของสถานภาพทางสุขภาพจิต^(๑๐) ได้เป็น ๓ กลุ่ม คือ ๑) กลุ่มคนที่มีสุขภาพจิตดีทั่วไป,



ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของประชากรที่ศึกษาและมีปัญหาสุขภาพจิต

ข้อมูล	ประชากรที่ศึกษา จำนวน (ร้อยละ)	ประชากรที่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน (ร้อยละ)	ประชากรที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)
เพศ (รวม)	๒๒,๐๕๓	๕๐ (๐๐.๒๓)	๒๐ (๐๐.๐๙)
ชาย	๙,๘๙๒ (๔๔.๖๖)	๒๗ (๕๔.๐๐)	๗ (๓๕.๐๐)
หญิง	๑๒,๒๐๑ (๕๕.๓๓)	๒๓ (๔๖.๐๐)	๑๓ (๖๕.๐๐)
กลุ่มอายุ			
๑๕-๒๔	๕,๖๐๔ (๒๕.๓๖)	๓ (๐๖.๐๐)	๕ (๒๕.๐๐)
๒๕-๓๔	๖,๐๑๗ (๒๗.๒๖)	๑๑ (๒๒.๐๐)	๔ (๒๐.๐๐)
๓๕-๔๔	๕,๔๕๖ (๒๔.๖๖)	๑๗ (๓๑.๐๐)	๖ (๓๐.๐๐)
๔๕-๕๔	๓,๓๙๘ (๑๕.๓๙)	๙ (๑๘.๐๐)	๔ (๒๐.๐๐)
๕๕-๕๙	๑,๖๐๘ (๐๗.๓๐)	๑๐ (๒๐.๐๐)	๑ (๐๕.๐๐)
สถานภาพสมรส			
โสด	๖,๑๔๒ (๒๗.๘๖)	๒๐ (๔๐.๐๐)	๙ (๔๕.๐๐)
สมรส	๑๔,๘๐๒ (๖๗.๑๖)	๒๘ (๕๖.๐๐)	๑๑ (๕๕.๐๐)
หม้าย/หย่า/แยก	๑,๑๐๙ (๕.๐๐)	๖ (๑๒.๐๐)	๑ (๐๕.๐๐)
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้รับการศึกษา	๓๘๐ (๑.๗๓)	๔ (๐.๘๐)	๑ (๐.๕๐)
ประถมศึกษา	๑๑,๕๖๐ (๕๒.๖๖)	๒๗ (๕๔.๐๐)	๗ (๓๕.๐๐)
มัธยมศึกษาตอนต้น	๓,๑๗๕ (๑๔.๓๖)	๑๒ (๒๔.๐๐)	๓ (๑๕.๐๐)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	๓,๔๓๙ (๑๕.๖๑)	๐๐ (๐.๐๐)	๗ (๓๕.๐๐)
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	๑,๖๑๑ (๗.๓๑)	๐๐ (๐.๐๐)	๐ (๐.๐๐)
ปริญญาตรีหรือมากกว่า	๑,๕๘๘ (๗.๒๖)	๗ (๑๔.๐๐)	๒ (๑๐.๐๐)
อาชีพ			
งานบ้าน	๓,๖๕๐ (๑๖.๕๖)	๖ (๑๒.๐๐)	๒ (๑๐.๐๐)
รับจ้าง	๖,๖๓๐ (๓๐.๐๖)	๙ (๑๘.๐๐)	๒ (๑๐.๐๐)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	๑,๘๔๐ (๘.๓๖)	๘ (๑๖.๐๐)	๑ (๐.๕๐)
เกษตรกรกรรม	๔,๗๗๑ (๒๑.๖๖)	๑๔ (๒๘.๐๐)	๗ (๓๕.๐๐)
นักเรียน/นักศึกษา	๒,๘๖๒ (๑๓.๐๑)	๐๐ (๐.๐๐)	๓ (๑๕.๐๐)
รับราชการ	๖๓๔ (๒.๘๗)	๓ (๖.๐๐)	๒ (๑๐.๐๐)
อื่นๆ (ประมง)	๑,๗๐๖ (๗.๗๖)	๑๐ (๒๐.๐๐)	๓ (๑๕.๐๐)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
ไม่มีรายได้	๒,๐๗๗ (๙.๔๖)	๙ (๑๘.๐๐)	๘ (๔๐.๐๐)
≤ ๕,๐๐๐	๑๒,๗๗๒ (๕๘.๑๖)	๒๑ (๔๒.๐๐)	๘ (๔๐.๐๐)
๕,๐๐๑-๑๐,๐๐๐	๕,๕๙๐ (๒๕.๓๖)	๑๘ (๓๖.๐๐)	๒ (๑๐.๐๐)
๑๐,๐๐๑-๑๕,๐๐๐	๙๕๒ (๔.๓๓)	๑ (๒.๐๐)	๐ (๐.๐๐)
๑๕,๐๐๑-๒๐,๐๐๐	๓๕๒ (๑.๕๙)	๑ (๒.๐๐)	๑ (๕.๐๐)

ตารางที่ ๑ (ต่อ) จำนวนและร้อยละของประชากรที่ศึกษาและมีปัญหาสุขภาพจิต

ข้อมูล	ประชากรที่ศึกษา จำนวน (ร้อยละ)	ประชากรที่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน (ร้อยละ)	ประชากรที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)
๒๐,๐๐๑-๒๕,๐๐๐	๑๕๑ (๐๐.๖๘)	๐ (๐๐.๐๐)	๐ (๐๐.๐๐)
> ๒๕,๐๐๐	๒๐๐ (๐๐.๙๑)	๐ (๐๐.๐๐)	๑ (๐๕.๐๐)
ความเพียงพอของรายได้			
พอใช้เหลือเก็บ	๕,๗๗๒ (๒๖.๑๓)	๑๐ (๒๐.๐๐)	๑ (๐๕.๐๐)
พอใช้ไม่เหลือเก็บ	๑๓,๕๖๖ (๖๑.๔๐)	๒๘ (๕๖.๐๐)	๕ (๒๕.๐๐)
ไม่พอใช้ มีหนี้สิน	๒,๗๕๕ (๑๒.๔๗)	๑๒ (๒๔.๐๐)	๑๔ (๖๐.๐๐)
ปัญหาสุขภาพ			
ไม่มีปัญหาสุขภาพ	๑๘,๕๕๗ (๘๕.๘๑)	๓๓ (๖๖.๐๐)	๖ (๓๐.๐๐)
มีปัญหาสุขภาพ	๓,๑๓๖ (๑๔.๑๙)	๑๗ (๓๔.๐๐)	๑๔ (๖๐.๐๐)
โรคเบาหวาน	๒๖๘ (๐๘.๕๕)	๑ (๐๕.๘๘)	๑ (๖.๑๔)
โรคมาเร็ง	๒๓ (๐๐.๗๓)	๓ (๑๓.๖๔)	๑ (๓.๖๔)
อัมพาต	๕๔ (๐๑.๗๒)	๐ (๐๐.๐๐)	๐ (๐๐.๐๐)
ความดันโลหิตสูง	๘๔๔ (๒๖.๙๑)	๗ (๘๑.๑๗)	๖ (๘๖.๘๖)
อื่น ๆ (ระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ)	๑,๘๔๗ (๕๘.๕๐)		
โรคจิตเวช	๑๐๐ (๐๓.๑๙)	๖ (๖.๐๐)	๖ (๖๐.๐๐)
โรคจิต		๒๗ (๐.๑๒)	
โรคจิตเภทแบบหวาดระแวง		๑๐ (๐.๐๔)	
โรคจิตเภท		๑๗ (๐.๐๗)	
อาการฟุ้งพล่านครึ่งแครง		๓ (๐.๐๑)	
โรคอารมณ์สองขั้ว		๕ (๐.๐๒)	
โรคจิตเหตุติดยาหลายขนาน		๑๐ (๐.๐๔)	
โรควิตกกังวล		๒๑ (๐.๐๙)	
โรคกลัวที่โล่ง		๔ (๐.๐๑)	
โรคตื่นตระหนก		๓ (๐.๐๑)	

๒) กลุ่มที่มีความเสี่ยงการมีปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน, ผู้ป่วยโรคทางกายที่ทำให้เกิดโรคทางสมอง, ผู้มีประวัติเสพยาเสพติดหรือหลังหยุดใช้เสพยาเสพติด, ผู้ติดสุราเรื้อรังหรืออยู่ในภาวะขาดสุราฉับพลัน, ผู้ที่มีโรคทางกายเรื้อรัง, ผู้ที่ประสบปัญหาทางจิตใจและสังคมอย่างรุนแรง, ผู้ที่มีลักษณะนิสัยเดิมแบบว่าความหุนหันพลันแล่น^(๑๑) และ, ๓) กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช โดยแต่ละกลุ่มควรได้รับ

การดูแลที่แตกต่างกัน และมีการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตแบบบูรณาการที่ครอบคลุมตั้งแต่การป้องกัน, การรักษา, การฟื้นฟู และการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว.

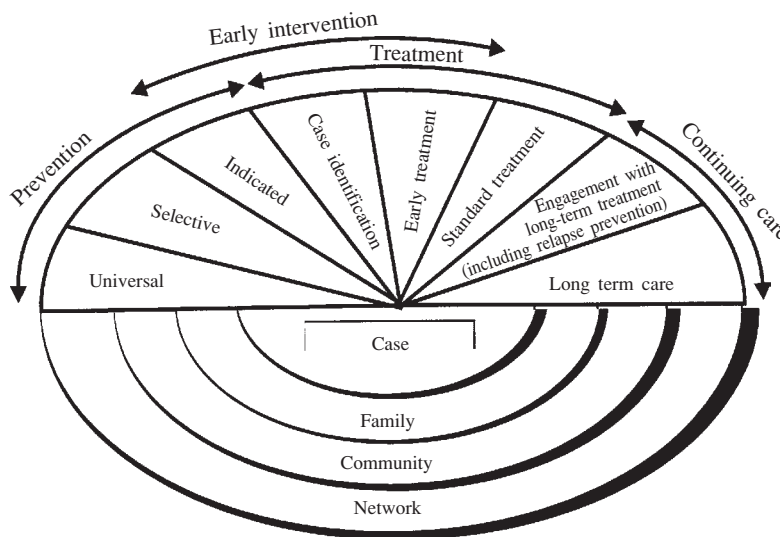
กลุ่มคนที่มีสุขภาพจิตดี ใช้โปรแกรมการป้องกันโรคแบบทั่วไป ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพจิต ใช้จิตวิทยาเชิงบวกตามแนวคิดของ มาร์ติน ซีลิคแมน โดยสร้างเสริมจุดแข็งทางสุขภาพจิตในระดับบุคคลและชุมชน เช่น ความคิดสร้างสรรค์,

ภาวะผู้นำ, การมองโลกในแง่ดี, ความพอใจในงาน, ความชื่นชมในอดีต เน้นการสร้างสุขให้มากขึ้น^(๑๐) และส่งเสริมการให้ความรู้และใช้การหยุนตัว (resilience)^(๑๒).

กลุ่มที่มีความเสี่ยงการมีปัญหาทางสุขภาพจิตและกลุ่มที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ใช้โปรแกรมการป้องกันโรคแบบคัดเฉพาะกลุ่ม จัดระบบการดูแลและเฝ้าระวัง ซึ่งทางผู้วิจัยได้มีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในทุกหมู่บ้านในอำเภอละงูในเรื่องการเฝ้าระวัง โดยใช้แบบคัดกรอง GHQ-12. กรณีพบคะแนนที่ได้มากกว่า ๒ ให้แจ้งพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต เพื่อส่งทำการประเมิน การวินิจฉัย และการรักษาจากแพทย์. จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าระดับไม่รุนแรงจำนวน ๒๐ คน ซึ่งอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ดังรายงานของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นว่าผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายกว่าครึ่งมีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย. ผู้ศึกษาได้นำผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทั้ง ๒๐ คนมาให้คำปรึกษาเบื้องต้นโดยพยาบาลสุขภาพจิต โดยให้คำปรึกษารายบุคคล ๕ คน และอีก ๑๕ คนทำในรูปแบบการให้คำปรึกษารายกลุ่ม และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องทุกเดือนใน ๖ เดือนแรก. ผลการติดตามใน ๒ เดือนแรกไม่พบรายงานการพยายามทำร้ายตนเองและไม่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรที่ศึกษาทั้ง ๒๐ รายดังกล่าว. จากนั้นได้ส่งต่อไปยังระบบงานเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน

เพื่อการดูแลและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง.

กลุ่มที่เป็นโรคทางจิตเวช หรือมีข้อบ่งชี้ทางชีววิทยาว่ามีแนวโน้มเป็นโรคทางจิตเวช แต่ยังไม่ครบเกณฑ์วินิจฉัยโรคจิตเวชตาม DSM-IV หรือ ICD10,^(๑๓) ต้องมีโปรแกรมการดูแลรักษาผู้ที่มีอาการเริ่มต้นของโรคจิต. ผู้ศึกษาได้ฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่เพื่อค้นหาผู้ป่วย โดยใช้แบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ผลการคัดกรองพบผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ๑๐๐ คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคทางจิตเวช โรงพยาบาลละงู ๗๒ คน เป็นโรคจิต (psychosis) ๒๗ คน, โรคจิตเภทแบบหวาดระแวง (paranoid schizophrenia) ๑๐ คน, โรคจิตเภท ๑๗ คน, อาการพุ่งพล่านครื้นเครง (mania) ๓ คน, โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) ๕ คน และโรคจิตเหตุติดยาหลายขนาน ๑๐ คน ซึ่งมีโปรแกรมรักษาโดยรับยาที่โรงพยาบาลจิตเวช สงขลาราชนครินทร์และโรงพยาบาลละงู, มีการติดตามโดยพยาบาลผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตทั้งในระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาล, และมีการเยี่ยมที่บ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาและการดูแลต่อเนื่อง พร้อมทั้งเสริมสร้างพลังญาติให้ดูแลอย่างใกล้ชิด. นอกจากนี้ยังมีการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมโดยความร่วมมือขององค์การบริหาร



รูปที่ ๑ แผนเครือข่ายการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตแบบบูรณาการ

ส่วนท้องถิ่น, ผู้นำชุมชน, ผู้นำศาสนา และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ส่วนอีก ๒๘ ราย ซึ่งค้นพบในการศึกษาครั้งนี้ ได้ส่งพบแพทย์และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรควิตกกังวล (GAD) ๒๑ คน, โรคลัวที่โล่ง (agoraphobia) ๔ คน, และอาการตื่นตระหนก ๓ คน ซึ่งขณะนี้ได้รับยาและการดูแลต่อเนื่องเช่นเดียวกับผู้ป่วย ๗๒ คนข้างต้น.

วิจารณ์และสรุป

การสำรวจสุขภาพจิตของประชากรอายุ ๑๕-๕๙ ปี ในพื้นที่อำเภอละงู จังหวัดสตูลในช่วงเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๐ - มิถุนายน ๒๕๕๐ พบผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเพียงร้อยละ ๐.๒๓ เป็นผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าร้อยละ ๐.๐๙ ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำกว่าข้อมูลการสำรวจสุขภาพจิตในภาคอื่น ๆ ของประเทศ, สอดคล้องกับรายงานของพรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ^(๑๔) ที่ทำการสำรวจความชุกของโรคจิตในประเทศไทย ปี ๒๕๔๖ ที่ว่าประชากรในภาคใต้มีความชุกของโรคจิตต่ำกว่าภาคอื่น ๆ ซึ่งอาจเนื่องจากประชากรร้อยละ ๖๑.๔๐ ของอำเภอละงูมีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย ไม่มีภาระหนี้สิน ถึงแม้รายได้ไม่เหลือเก็บสะสมก็ตาม. หากรายได้ไม่พอเพียงใช้จ่าย ก็จะก่อปัญหาสุขภาพจิตในบุคคลได้ เนื่องจากรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของบุคคล^(๑๕). นอกจากนี้อาจเกี่ยวเนื่องกับการดำเนินการเชิงรุกและการช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ให้โรงพยาบาลละงู ตลอดจนสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งในพื้นที่ มีการประชาสัมพันธ์ ให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชนผ่านสื่อต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการดำเนินการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีเมื่อมีเหตุรุนแรง หรือภัยพิบัติในพื้นที่ ประชาชนรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง มีความหย่นตัวและสามารถปรับตัวต่อความรุนแรง ภัยพิบัติหรือวิกฤตทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดขึ้น และอาจเกี่ยวเนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่ (ร้อยละ ๘๐) นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งมีหลักคำสอนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตตนเองที่ชัดเจน โดยเน้นการมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างมนุษย์กับพระเจ้า มนุษย์กับสิ่ง

แวดล้อมและมนุษย์กับตนเอง^(๑๖) ดังนั้นเมื่อมีความทุกข์มุสลิมจะมีความอดทนและนึกถึงลัทธิธรรมที่อัลลอฮ์. ทรงตรัสไว้ในคัมภีร์อัลกุรอาน และหลักคำสอนของท่านนบีมุฮัมมัดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตตนเอง. นอกจากนี้การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การละหมาด การสวดมนต์หรือขอพรจากพระเจ้า การอ่านหรือฟังคัมภีร์อัลกุรอาน การนึกถึงหลักคำสอนของศาสนา การปรึกษาผู้นำศาสนาจะช่วยลดความรู้สึกตึงเครียดก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพจิตชนมุสลิม^(๑๗).

การศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากในช่วงที่ทำการสำรวจ ประชากรส่วนหนึ่งไปประกอบอาชีพนอกบ้าน เช่น ออกเรือประมง, รับจ้างกรีดยาง, ไปต่างประเทศ และศึกษาต่อในต่างจังหวัด, และความคลาดเคลื่อนของข้อมูลทะเบียนราษฎรเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลให้กลุ่มที่ทำการศึกษาค้นตามจำนวนข้อมูลทะเบียนราษฎร.

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของประชากรที่สำรวจ พบว่ามีลักษณะที่คล้ายคลึงกันคือ เป็นกลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาทเดือน, มีภาระหนี้สิน, ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลายและมีปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกาย. ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของบุคคล^(๑๕) จึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติม โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับปัญหาสุขภาพจิต/ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนต่อการนำไปกำหนดมาตรการแก้ไขและป้องกันที่ตรงกับสาเหตุที่แท้จริง รวมทั้งทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้กลุ่มประชากรที่มีปัญหาสุขภาพในพื้นที่มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนน้อยกว่ากลุ่มประชากรที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ (ตารางที่ ๑) เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับใช้ในกลุ่มประชากรโรคเรื้อรังรายใหม่ ให้สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปรกติสุข และควรมีการสำรวจภาวะสุขภาพจิตให้ครอบคลุมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม (เอดส์), โรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหสุขภาพจิตแบบบูรณาการครอบคลุมตั้งแต่การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟู และการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะ



ยาว, พร้อมทั้งมีระบบการให้ความช่วยเหลืออย่างทันที่ตั้งแต่ระยะต้นแบบบูรณาการ และสร้างเครือข่ายช่วยเหลือจากหลากหลายวิชาชีพ หลากหลายองค์กร โดยไม่มุ่งเฉพาะผู้ป่วย แต่ต้องเกี่ยวข้องกับทั้งครอบครัว ชุมชนและสังคม^(๑๓).

กิตติกรรมประกาศ

แพทย์หญิงนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ กรณณาเป็นที่ปรึกษาการทำวิจัย. ทีมเก็บข้อมูลภาคสนามประกอบด้วยพยาบาลปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน โรงพยาบาลละงู และพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตทุกสถานีนอมนัยในอำเภอละงู ตลอดจนประชากรในอำเภอละงู ได้ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี.

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. The World Health Report Mental Health : new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราผู้ป่วยต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๔๘ หน่วยนับ: คน. Available from: <http://www.dmh.go.th/report/report.asp>. Accessed Jan 24, 2007.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ข่าวทั่วไป “เร่งค้น กม. สุขภาพจิต ดูแลผู้ป่วยทางจิต คุ่มครองมิให้เป็นอันตรายต่อผู้อื่น”. คน. Available from: <http://www.dmh.go.th>. Accessed Jan 24, 2007.
- ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร อำเภอละงู จังหวัดสตูล. สตูล: ที่ว่าการอำเภอละงู; ๒๕๕๐.
- โรงพยาบาลละงู. สถิติผู้มารับบริการกลุ่มโรคจิตเวช พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๔๘. สตูล: ฝ่ายแผนงาน โรงพยาบาลละงู; ๒๕๕๐.
- มาโนช หล่อตระกูล. เครื่องมือประเมินปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช. Available from: <http://www.ramacme.org/articles/3-16-207-2201-0203-701/3-16-2201-0202-07.pdf>. Accessed Feb 12, 2007.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า. Available from: <http://www.dmh.go.th>. Accessed Feb 12, 2007.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. Available from: <http://www.dmh.go.th>. Accessed Jan 18, 2007.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบคัดกรองโรคจิต. Available from: <http://www.dmh.go.th>. Accessed Jan 18, 2007.
- พิทักษ์พล บุญมาลิก. การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โดยการใช้ทฤษฎีและหลักฐานทางวิทยาศาสตร์. เอกสารประกอบการประชุมการอบรมแพทย์เพื่อเตรียมสอบอนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชนระยะที่ ๓ หมวดวิชาสุขภาพจิตชุมชน; ๑๕-๑๖ พฤษภาคม ๒๕๔๘ ณ ตึกอำนวยการ โรงพยาบาลศรีธัญญา; จังหวัดนนทบุรี.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติสำหรับแพทย์ทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. เอกสารประกอบการประชุมการอบรมแพทย์เพื่อเตรียมสอบอนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชนระยะที่ ๓ หมวดวิชาสุขภาพจิตชุมชน; ๑๕-๑๖ พฤษภาคม ๒๕๔๘ ณ ตึกอำนวยการ โรงพยาบาลศรีธัญญา; จังหวัดนนทบุรี.
- American Psychological Center. The road to resilience. Available from: <http://www.apahelpcenter.org>. Accessed Jan 10, 2007.
- ชรินทร์ กองสุข. Mental health promotion and mental disorder prevention. เอกสารประกอบการประชุมการอบรมแพทย์เพื่อเตรียมสอบอนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชนระยะที่ ๓ หมวดวิชาสุขภาพจิตชุมชน; ๑๕-๑๖ พฤษภาคม ๒๕๔๘ ณ ตึกอำนวยการ โรงพยาบาลศรีธัญญา; จังหวัดนนทบุรี.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ชรินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์. ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย : การสำรวจระดับชาติ ปี ๒๕๔๖. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ๒๕๔๗; ๑๒:๑๗๗-๘๘.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพจิต ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๔ ด้านสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: หจก.สยามอินส์ทีทิวท์เก็ดติ้ง; ๒๕๓๘. หน้า ๒-๗.
- ค่าง แวอาลี. อิสลามกับสุขภาพ: เยียวยาจิตใจด้วยอิสลาม, กรุงเทพฯ, โอเอชพริ้นติ้งเฮาส์; ๒๕๔๘.
- McKennis TA. Caring for the Islamic patient. Association of Operation Room Nurse; 1999.