

โครงร่างวิจัย

ชื่อเรื่อง การสำรวจทางระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการ
ครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้วิจัย/หน่วยงาน

- | | |
|------------------------------|--|
| ๑. ดร.พญ.เบญจมาศ พงษ์กานนท์ | กรมสุขภาพจิต |
| ๒. นางสาวรัตน์ พวงลัดดา | กรมสุขภาพจิต |
| ๓. นางพรทิพย์ วชิรดิถ | กรมสุขภาพจิต |
| ๔. นางกนกวรรณ สุดศรีวิไล | กรมสุขภาพจิต |
| ๕. นายธีระ ศิริสมุด | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| ๖. นางสาวรุ่งนภา คำผาง | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| ๗. นายสุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| ๘. นางสาวเยาวรีย์ ตอเกาะ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |

สรุปย่อโครงการวิจัย (Project summary)

ปัญหาทางสุขภาพจิตมีความชุกสูงในทุกภูมิภาคทั่วโลก แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรเพื่อใช้ในการจัดการปัญหา ทั้งยังพบว่ามีภาระกระจายอย่างไม่เท่าเทียมและใช้ทรัพยากรขาดประสิทธิภาพ จึงส่งผลเสียต่อการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมของผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตทั่วโลก ทำให้เกิดช่องว่างของการรักษา มากกว่าร้อยละ ๗๕ ในหลายประเทศ องค์การอนามัยโลกจึงจัดทำรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตและเสนอโครงการเชิงปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่างของปัญหาทางสุขภาพจิต (WHO's Mental Health Gap Action Program; mhGAP) โดยกำหนดกลยุทธ์ในการขยายวิธีการดูแลช่วยเหลือให้ครอบคลุมปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีความสำคัญ ๘ โรค/ภาวะ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม โรคลมชัก ความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์ ความผิดปกติทางจิตเวชจากสารเสพติด ความผิดปกติทางพัฒนาการและพฤติกรรมในเด็ก การทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย โดยพยายามสนับสนุนให้เกิดข้อตกลงร่วมเชิงนโยบายของรัฐ องค์การระหว่างประเทศ และผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ ในการจัดระบบบริการสาธารณสุขและจัดสรรทรัพยากรเพื่อพัฒนาระบบบริการในการลดช่องว่าง ดังกล่าว

ในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP) ประเมินว่ามีผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ ๘ โรค/ภาวะ ดังกล่าว จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือประมาณ ๑๐ ล้านคนทั่วประเทศ แต่ปัจจุบันมีผู้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตประมาณ ๘ แสนคนหรือคิดเป็นร้อยละ ๘ เท่านั้น การที่ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตไม่สามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสม ส่งผลเสียอย่างมหาศาลต่อระบบสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งนี้เพราะปัญหาทางสุขภาพจิตมิได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังรวมไปถึงญาติ ผู้ดูแล และบุคคลอื่นในสังคม

กรมสุขภาพจิตร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพได้จัดทำโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเน้น การสร้างบริการทางสุขภาพจิตให้ผนวกในบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีระบบเชื่อมต่อกับสถานบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายก่อนดำเนินโครงการดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวิเคราะห์ วางแผน และติดตามประเมิน

ดังนั้นการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้จึงต้องการค้นหาข้อมูลที่สามารถสะท้อนสถานการณ์ปัญหา การเข้าถึงบริการปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ โดยการศึกษาเชิงสำรวจครัวเรือนภาคตัดขวางด้วยการสัมภาษณ์โดยตรงกับประชาชนอายุ ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ใน ๖ พื้นที่ดำเนินโครงการฯ ได้แก่ ๑) CUP โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ๒) CUP โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน ๓) CUP โรงพยาบาลตากสิน จังหวัดนครสวรรค์ ๔) CUP โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ๕) CUP โรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี และ ๖) CUP โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ๔,๙๖๐ คน จำนวน ๑๕๕ หมู่บ้าน/ชุมชน (จำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน ซึ่งอยู่กับอัตราความชุกของโรคจิตในแต่ละภาค) ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจครั้งนี้จะสะท้อนกลับให้กับพื้นที่ ได้รับทราบขนาดของปัญหา ข้อมูลทางระบาดวิทยา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคอื่นๆ เพื่อประกอบในการวางแผน ค้นหาแนวทาง หรือมาตรการในการลดปัญหาสุขภาพจิตของพื้นที่ได้จำเพาะมากยิ่งขึ้น โดยจะสะท้อนข้อมูลดังกล่าวในพื้นที่ช่วงที่มีการนิเทศ ติดตามการทำงานตามแผนปฏิบัติการไประยะหนึ่ง และนำเสนอภาพรวมด้วยการจัดประชุมกับทุกพื้นที่ รวมทั้งร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางดำเนินงาน เพื่อ “เลือกรับ” แนวทางดังกล่าวไป

“ปรับใช้” ในพื้นที่ของตน อันจะส่งผลต่อความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของโครงการที่คาดว่าจะมีการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่เหมาะสมสำหรับบริบทของประเทศไทยที่เน้นเครือข่ายบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชได้มากขึ้น อันจะเป็นต้นแบบเพื่อขยายผลในระดับประเทศต่อไป นอกจากนี้การสำรวจครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนดำเนินโครงการ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเมื่อสิ้นสุดโครงการอีกด้วย

๑. บทนำ

๑.๑ ความเป็นมา

ปัญหาทางสุขภาพจิตมีความชุกสูงในทุกภูมิภาคทั่วโลก แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรเพื่อใช้ในการจัดการปัญหา ทั้งยังพบว่าการกระจายอย่างไม่เท่าเทียมและใช้ทรัพยากรขาดประสิทธิภาพ จึงส่งผลเสียต่อการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมของผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตทั่วโลก ทำให้เกิดช่องว่างของการรักษา มากกว่าร้อยละ ๗๕ ในหลายประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่มีรายได้ต่ำ⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลกจึงจัดทำรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตและเสนอโครงการเชิงปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่างของปัญหาทางสุขภาพจิต (WHO's Mental Health Gap Action Program; mhGAP) โครงการดังกล่าวกำหนดกลยุทธ์ในการขยายวิธีการดูแลช่วยเหลือให้ครอบคลุมปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีความสำคัญบนพื้นฐานของทรัพยากรที่จำกัด โดยพยายามสนับสนุนให้เกิดข้อตกลงร่วมเชิงนโยบายของรัฐ องค์การระหว่างประเทศ และผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ ในการจัดระบบบริการสาธารณสุขและจัดสรรทรัพยากรเพื่อพัฒนาระบบบริการในการลดช่องว่างดังกล่าว^(2, 3) โดยกำหนดกลยุทธ์ในการขยายวิธีการดูแลช่วยเหลือให้ครอบคลุมปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีความสำคัญ ๘ โรค/ภาวะ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม โรคลมชัก ความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์ ความผิดปกติทางจิตเวชจาก สารเสพติด ความผิดปกติทางพัฒนาการและพฤติกรรมในเด็ก การทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย

ประเทศไทยจากการสำรวจระดับชาติวิทยาสุขภาพจิตระดับประเทศของกรมสุขภาพจิต ในปีพ.ศ.2551⁽⁴⁾ พบว่าความชุกของความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์ ความผิดปกติทางจิตเวชจากสารเสพติด โรคซึมเศร้าและโรคจิตเป็นร้อยละ 10.9, 3.2, 2.2 และ 1.2 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP) ประเมินว่ามีผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ ๘ โรค/ภาวะ ที่กล่าวมาข้างต้น จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือประมาณ ๑๐ ล้านคนทั่วประเทศ แต่ปัจจุบันมีผู้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตประมาณ ๘ แสนคนหรือคิดเป็นร้อยละ ๘ เท่านั้น⁽⁵⁾ การที่ผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตไม่สามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสม ส่งผลเสียอย่างมหาศาลต่อระบบสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งนี้เพราะปัญหาทางสุขภาพจิตมิได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังรวมไปถึงญาติ ผู้ดูแล และบุคคลอื่นในสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีอายุเฉลี่ยที่สั้นกว่าบุคคลทั่วไป 5 ถึง 25 ปี⁽⁶⁾ และมักพบโรคร่วมทางกายอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคถุงลมอุดกั้นเรื้อรังมากขึ้น⁽⁷⁻⁹⁾ รวมทั้งผู้ป่วยมักอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีและไม่สามารถดูแลตนเองได้ และยังพบว่าผู้ให้บริการทางการแพทย์มักมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยและมองข้ามปัญหาความเจ็บป่วยทางกายอื่นๆ ของผู้ป่วยจิตเวช^(10,11) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเวชมักขาดโอกาสและการสนับสนุนในสังคม⁽¹²⁻¹⁴⁾ ทำให้ตกเป็นเหยื่อในรูปแบบต่างๆ⁽¹¹⁾ หรือเสี่ยงต่อการก่อคดีอุกฉกรรจ์⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยก็ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมเช่นเดียวกัน ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการละเลยการดูแลผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตอย่างเหมาะสมมีมูลค่ามหาศาล มีการศึกษาของประเทศอังกฤษรายงานว่าคิดเป็นประมาณ 77 พันล้านปอนด์ในช่วงระหว่างปีพ.ศ. 2545 และ 2546⁽¹⁶⁾

ปัญหาของการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตที่สำคัญเกิดจากหลายสาเหตุ⁽¹⁷⁾ ได้แก่ การขาดความเอา
จริงเอาใจและความเอาใจใส่จากผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบายที่มองข้ามปัญหาทางสุขภาพจิต ข้อจำกัดด้าน
บุคลากรและงบประมาณที่ไม่เพียงพอ ปัญหาด้านการออกแบบระบบบริการที่ต้องตอบสนองต่อความต้องการ
ที่แตกต่างของผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตกับผู้ป่วยทั่วไปอื่นๆ ขาดความตระหนักหรือความไม่รู้ของผู้ป่วยและ
ญาติ ความอับอายและตราบาปที่สังคมหยิบยื่นให้กับผู้ป่วยและครอบครัว และปัญหาการติดตามและ
ประเมินผลที่ยังไม่เพียงพอทำให้ผู้บริหารและประชาชนในสังคม ไม่ตระหนักถึงความจำเป็นและความสำคัญ
ของการให้บริการทางสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิตร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพได้จัดทำโครงการสนับสนุน
และส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วน
หน้า โดยเน้นการสร้างบริการทางสุขภาพจิตให้ผนวกในบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีระบบเชื่อมต่อกับ
สถานบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชใน
พื้นที่เป้าหมายก่อนดำเนินโครงการดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวิเคราะห์ วางแผน และติดตาม
ประเมิน แต่ที่ผ่านมาพื้นที่ดังกล่าวยังไม่มีข้อมูลที่สามารถสะท้อนสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชใน
พื้นที่ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องดำเนินการสำรวจระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อนำข้อมูล
เหล่านั้นสะท้อนกลับให้กับพื้นที่ได้รับทราบขนาดของปัญหาและข้อมูลทางระบาดวิทยาอื่น เพื่อประกอบใน
การวางแผน ค้นหาแนวทาง หรือมาตรการในการลดปัญหาสุขภาพจิตของพื้นที่ได้จำเพาะมากยิ่งขึ้น ส่งผลต่อ
ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของโครงการ ในการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่เหมาะสม
สำหรับบริบทของประเทศไทย ที่เน้นเครือข่ายบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิต
เวชได้มากขึ้น อันจะเป็นต้นแบบเพื่อขยายผลในระดับประเทศต่อไป นอกจากนี้การสำรวจครั้งนี้จะเป็นข้อมูล
พื้นฐานก่อนดำเนินโครงการ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเมื่อสิ้นสุดโครงการอีกด้วย

๑.๒ วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่การศึกษาของโครงการสนับสนุนและส่งเสริม
การบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะ
ก่อนดำเนินการ

๑.๓ วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่เป้าหมาย โดยครอบคลุมประเด็นข้อมูลดังนี้

- ๑) ประเมินการจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้จากการสำรวจ
- ๒) จำนวนผู้ป่วยรายเก่าที่เคยถูกแพทย์วินิจฉัยโรค และรักษา
- ๓) จำนวนผู้ป่วยรายเก่าที่เคยถูกแพทย์วินิจฉัยโรค แต่ไม่รักษา
- ๔) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช
- ๕) ข้อมูลด้านดัชนีความสุข คุณภาพชีวิต ความรู้และทัศนคติของประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย

๑.๔ พื้นที่เป้าหมายดำเนินโครงการ

กรมสุขภาพจิตร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน
พิจารณาจาก

๑) พื้นที่ดำเนินงาน ๕ พื้นที่ ได้แก่ พื้นที่โซนภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร

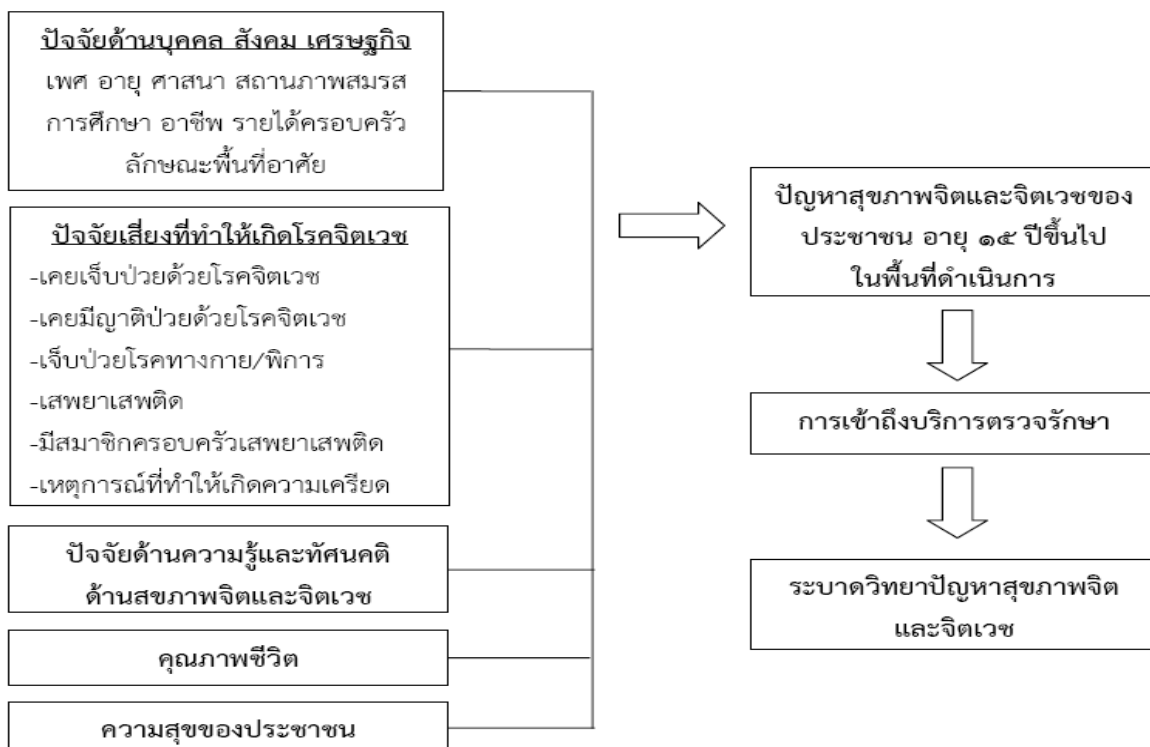
๒) พิจารณาเลือกจังหวัดอย่างเจาะจง ในจังหวัดที่มีความพร้อมด้านบุคลากร เครื่องมือและประสิทธิภาพการดำเนินงานที่ผ่านมา โดยผู้บริหารและผู้ให้บริการสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

๓) ทีมดำเนินงานและผู้บริหารภายในจังหวัดเลือกหน่วยบริการคู่สัญญา (Contracting Unit for Primary Care: CUP) ที่มีความพร้อมและมีความเหมาะสม จังหวัดละ ๑ อำเภอ/CUP เพื่อดำเนินงานตามรูปแบบหรือมาตรฐานที่กำหนดครอบคลุมทั้งพื้นที่ โดยมีผู้เกี่ยวข้อง ๔ ระดับ ได้แก่ ๑) โรงพยาบาลจิตเวช ๒) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หรือศูนย์สุขภาพหรือศูนย์บริการสาธารณสุขในกรุงเทพฯ ๓) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือศูนย์สุขภาพชุมชนในกรุงเทพฯ และ ๔) ระดับตำบล/แขวง รวมทั้งหมู่บ้าน/ชุมชน ทั้งหมดในพื้นที่ดำเนินการ

๒. ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ คาดหวังเพื่อศึกษาสถานการณ์ ข้อมูลระบาดวิทยา ค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยหรือปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย รวมทั้งข้อมูลการเข้ารับบริการด้านจิตเวช นอกจากนี้การสำรวจครั้งนี้ยังศึกษาสถานการณ์คุณภาพชีวิตและความสุข ซึ่งข้อมูลต่างๆ เหล่านี้จะมีประโยชน์ต่อหน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เป้าหมายเพื่อประกอบการพิจารณาหาแนวทางหรือมาตรการสำหรับเพิ่มการเข้าถึงบริการ ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟู ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างจำเพาะต่อบริบทพื้นที่ต่อไป

๒.๑ กรอบแนวคิดการสำรวจ



๒.๒ รูปแบบและขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจครัวเรือนภาคตัดขวาง (cross-sectional household survey) โดยการเก็บพื้นฐานข้อมูลก่อนดำเนินโครงการ (baseline data) ในผู้รับบริการหรือประชาชนแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่น/วัยทำงาน (อายุ ๑๕-๕๙ ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) ใน ๖ พื้นที่ดำเนินโครงการฯ ได้แก่ ๑) CUP โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ๒) CUP โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน ๓) CUP โรงพยาบาลตาคลี จังหวัดนครสวรรค์ ๔) CUP โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ๕) CUP โรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี และ ๖) CUP โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา

๒.๓ กลุ่มตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง

การสำรวจข้อมูลในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อได้ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนในแต่ละอำเภอ/CUP ดังนั้นที่วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างในกลุ่มวัยรุ่น/วัยทำงาน (อายุ ๑๕-๕๙ ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) กำหนดขนาดตัวอย่างและสุ่มจากประชาชนพื้นที่ดำเนินการโดยแต่ละอำเภอเป็น ๑ กลุ่มประชากร ตามสมการนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 PQ}{d^2}$$

โดยที่ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง $Z_{\alpha/2}^2 = ๑.๙๖$ (ค่าคงที่ที่ระดับความเชื่อมั่น ๙๕%) P = อัตราความชุกของการเป็นโรคหรือปัญหาด้านจิตเวช ในการวิจัยนี้กำหนดอัตราความชุกของปัญหาด้านจิตเวชจากการสำรวจระดับวิทยาโรคจิตเวชของคนไทย: การศึกษาระดับชาติ ซึ่งพบว่าปัญหาที่มีอัตราความชุกน้อยที่สุดและเป็นขอบเขตของปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นเป้าหมายการดำเนินงาน นั่นคือ กลุ่มโรคจิต (psychotic disorders current) โดยใช้อัตราความชุกแยกในแต่ละภาค (ตารางที่ ๑) $Q = 1-P$ และ d = ค่าความแม่นยำของอัตราความชุกจากการสำรวจ กำหนดเท่ากับที่ร้อยละ ๐.๘ (๐.๐๐๘)

ตารางที่ ๑ ความชุกโรคจิตจำแนกรายภาค

โรคจิตเภท	ค่าประมาณการความชุก (ร้อยละ)					
	ทั่วประเทศ	กรุงเทพ	กลาง	อีสาน	เหนือ	ใต้
Psychotic Disorders Current	๐.๘	๑.๑	๐.๔	๐.๙	๑.๐	๐.๗

แทนค่าในสมการข้างต้นได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น ๓,๑๕๓ คน สำหรับงานวิจัยนี้ได้สุ่มเลือกตัวอย่างแบบ ๒ ขั้นตอน (stratified two-stage sampling) จึงต้องปรับด้วยค่าอิทธิพลการออกแบบ (design effect) เข้าไปในกระบวนการเป็น ๑.๕ เท่า ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ๔,๗๒๙ คน นอกจากนั้นที่วิจัยกำหนดอัตราการไม่ตอบ (non-response rate) เท่ากับร้อยละ ๕ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนรวมทั้งสิ้น ๔,๙๖๕ คน อีกทั้งการสำรวจครั้งนี้ กำหนดให้เก็บข้อมูลหมู่บ้าน/ชุมชนละ ๓๒ คน คำนวณหาจำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนตัวอย่างโดยนำขนาดตัวอย่างแต่ละอำเภอมาหารกับ ๓๒ และพิจารณาปรับกลุ่มตัวอย่างตามความเหมาะสม ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างหลังการปรับปรุงทั้งสิ้น ๔,๙๖๐ คน จำนวน ๑๕๕ หมู่บ้าน/ชุมชน จำนวนกลุ่มตัวอย่างและหมู่บ้าน/ชุมชนแบ่งเป็นรายอำเภอพื้นที่เป้าหมายดำเนินการตามตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ จำนวนกลุ่มตัวอย่างและหมู่บ้านตัวอย่างในพื้นที่เป้าหมาย

อำเภอ/จังหวัด	P	Q	n	n x ๑.๕ design effect + ๕% non- resp. rate	จำนวน หมู่บ้าน *	n (adj.)	ในเขต เทศบาล	นอก เขต เทศบาล
แมริม/เมือง (บางส่วน) จ. เชียงใหม่	๐.๐๑	๐.๙๙	๕๙๔	๙๓๖	๒๙	๙๒๘	๙	๒๐
เมืองน่านและ ภูเพียง/จ.น่าน	๐.๐๑	๐.๙๙	๕๙๔	๙๓๖	๒๙	๙๒๘	๙	๒๐
ตากลี/จ.นครสวรรค์	๐.๐๑	๐.๙๙	๕๙๔	๙๓๖	๒๙	๙๒๘	๙	๒๐
ชุมพวง/ จ.นครราชสีมา	๐.๐๐๙	๐.๙๙๑	๕๓๕	๘๔๓	๒๖	๘๓๒	๘	๑๘
ดอนสัก/ จ.สุราษฎร์ธานี	๐.๐๐๗	๐.๙๙๓	๔๑๗	๖๕๗	๒๑	๖๓๒	๗	๑๔
รามัน/ จ.ยะลา	๐.๐๐๗	๐.๙๙๓	๔๑๗	๖๕๗	๒๑	๖๓๒	๗	๑๔
รวม			๓,๑๕๓	๔,๙๖๕	๑๕๕	๔,๙๖๐	๔๙	๑๐๖

*สัมภาษณ์หมู่บ้านละ ๓๒ คน ** กำหนดการกระจายเขตการปกครองด้วยอัตราส่วน ๑:๒ (ในเขตเทศบาล : นอกเขตเทศบาล) ค่า $d = 0.00๘$

๒.๓ แนวทางการสุ่มพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง

การสำรวจข้อมูลทางระบาดวิทยาและการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของจังหวัดที่ดำเนินโครงการนี้ ได้สุ่มเพื่อเลือกพื้นที่ตัวอย่างโดยใช้แบบ Stratified two-Stage sampling ใน ๖ พื้นที่ดำเนินการ ได้แก่ ๑) CUP โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ๒) CUP โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน ๓) CUP โรงพยาบาลตากลี จังหวัดนครสวรรค์ ๔) CUP โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ๕) CUP โรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี และ ๖) CUP โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา ในกลุ่มประชาชนที่มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี และ ๖๐ ปีขึ้นไป มีรายละเอียดขั้นตอนการเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นที่ ๑ สุ่มหมู่บ้านหรือชุมชนอย่างเป็นระบบตามลักษณะภูมิศาสตร์แต่ละตำบล (Systematic Random Sampling) โดยใช้ฐานข้อมูลและสุ่มเลือกโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ กำหนดให้มีการสัมภาษณ์หมู่บ้านหรือชุมชนละ ๓๒ คน การสุ่มได้จำนวนทั้งหมด ๑๕๕ หมู่บ้าน/ชุมชน ในขั้นตอนนี้มีการกระจายพื้นที่ตัวอย่างไปตามเขตการปกครองด้วยอัตราส่วน ๑:๒ (ในเขตเทศบาล:นอกเขตเทศบาล)

ขั้นที่ ๒ สุ่มกลุ่มตัวอย่างอายุ ๑๕-๕๙ ปี และอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป อย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) จำนวนทั้งสิ้น ๓๒ คน โดยกระจายตามช่วงอายุแบ่งเป็น ๑๕-๒๔ ปี ๒๕-๓๔ ปี ๓๕-๔๔ ปี ๔๕-๕๔ ปี และ ๕๕-๕๙ ปี ช่วงอายุละ ๔ คน โดยแบ่งเป็นหญิง ๒ คน ชาย ๒ คน สำหรับช่วงอายุ ๖๐-๖๙ ปี และ ๗๐ ปี ขึ้นไป ช่วงอายุละ ๖ คน โดยแบ่งเป็นหญิง ๓ คน ชาย ๓ คน (ช่วงอายุ ๑๕-๕๙ ปี จำนวน ๒๐ คน และช่วงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๒ คน) มีแนวทางการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นระบบ ดังนี้

๑. จัดทำทะเบียนรายชื่อประชาชนเป้าหมาย (อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป) ในพื้นที่ตัวอย่าง โดยประสานความร่วมมือไปที่ผู้ประสานงานระดับจังหวัด เพื่อขอรายชื่อกลุ่มเป้าหมายแต่ละตำบลที่เป็นความรับผิดชอบของ รพ.สต. นั้นๆ

๒. เจ้าหน้าที่รพ.สต./สอ. ต้องตรวจสอบความถูกต้องและความเป็นปัจจุบันของรายชื่อกลุ่มเป้าหมายที่รับผิดชอบในหมู่บ้านนั้นๆ โดยมีเกณฑ์คัดออก คือ กลุ่มเป้าหมายที่ไม่อยู่ในพื้นที่จริง (ย้ายออกหรือไปทำงานที่อื่น) หรือเสียชีวิตไปแล้ว หรืออยู่ในเกณฑ์คัดออกอื่นๆ เช่น เป็นผู้วิกลจริต เป็นไข้ ติดสุราอาจเป็นอันตรายต่อการสัมภาษณ์หรือไม่ได้ข้อมูลแท้จริง เป็นต้น

๓. ส่งรายชื่อประชาชนเป้าหมายมาที่ทีมส่วนกลางเพื่อดำเนินการสุ่มเลือกอย่างเป็นระบบ โดย

ก. เรียงอายุจากน้อยไปหามาก โดยจัดทำแยกเป็นเพศชายและหญิง และกำหนดหมายเลขตามบัญชีรายชื่อที่มีการปรับปรุงล่าสุด

ข. คำนวณช่วงของการสุ่ม (random interval) ในแต่ละกลุ่มอายุ $I=N/n$ (I = ช่วงห่างของการสุ่ม N =จำนวนประชาชนทั้งหมดในกลุ่มอายุนั้นๆ และ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ)

ค. สุ่มหา random start (r) คือ สุ่มเลือกประชาชนจากกลุ่มแรกมา ๑ คน โดยใช้วิธีการจับสลากหมายเลข

ง. หลังจากได้หมายเลขสุ่มเริ่มต้น (r) ให้นำไปอีกตามช่วงที่คำนวณได้ (I)

ยกตัวอย่าง เช่น หลังจากตรวจสอบและคัดเลือกโดยเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มเป้าหมายในหมู่บ้าน ก แล้วแยกรายชื่อออกเป็นชายและหญิง จากนั้นนำรายชื่อที่ได้รับการปรับปรุงมาเรียงลำดับตามอายุ และกำกับหมายเลข พบว่าผู้ชายกลุ่มอายุ ๑๕-๒๔ ปี มีจำนวนทั้งสิ้น ๔๘ คน (N) ต้องการสัมภาษณ์ ๔ คน (n) ช่วงของการสุ่ม (I) จะเท่ากับ $48/4 = 12$ จากนั้นทำสลากหมายเลข ๑-๑๐ และสุ่มเลือกหมายเลขเริ่มต้น (r) หากได้หมายเลข ๓ หมายความว่า ผู้ชายอายุใน ๑๕-๒๔ ปีลำดับที่ ๓ เป็นคนแรกที่มีการสุ่มเลือกเป็นตัวอย่างเพื่อสัมภาษณ์ และบุคคลต่อไป คือ ลำดับที่ ๑๕ ๒๗ ๓๙ ในกลุ่มเป้าหมายหญิงก็ทำในลักษณะเดียวกัน

๔. จัดทำทะเบียนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ๓ บัญชี/๑ หมู่บ้าน

ตารางที่ ๓ การสุ่มเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่ตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง (คน)	จำนวนตำบล	จำนวนหมู่บ้าน
อ.แมริม/เมือง จ. เชียงใหม่	๙๓๖	อ.เมืองเชียงใหม่ ๕ ตำบล ได้แก่ หนองหอย แม่เหียะ ทำศาลา ช้างเผือก สันผีเสื่อ อ.แมริม ๗ ตำบล ได้แก่ โปงแยง แม่แรม เหมือง-แก้ว ห้วยทราย แม่สา สะลวง ดอนแก้ว	๒๙
อ.เมืองน่าน/ภูเพียง จ.น่าน	๙๓๖	อ.เมืองน่าน ๙ ตำบล ได้แก่ ในเวียง บ่อ ผาสิงห์ ไชย-สถาน ถิมตอง เรือง นา-ขาว บ่อสวก สะเนียน อ.ภูเพียง ๖ ตำบล ได้แก่ น้ำเกียน เมืองจิ่ง ทำน้าว ผายแก้ว	๒๙
อ.ตาคลี จ. นครสวรรค์	๙๓๖	๑๐ ตำบล ได้แก่ ตาคลี หนองหม้อ สร้อยทอง ลาดทิพรส พรหมนิมิต หนองโพ ห้วยหอม หัวหวาย จันเสน ช่อแค	๒๙
อ.ชุมพวง จ. นครราชสีมา	๘๔๓	๘ ตำบล ได้แก่ ชุมพวง ประสุข ท่าลาด ตลาด-ไทร โนนรัง หนองหลัก โนนตุ้ม โนนยอ	๒๖
อ.ดอนสัก จ.สุราษฎร์ธานี	๖๕๗	๔ ตำบล ได้แก่ ดอนสัก ชลคราม ไชยคราม ปาก-แพรก	๒๑
อ.รามัน จ.ยะลา	๖๕๗	๑๔ ตำบล ได้แก่ โกตา- บารู กายูบอเกาะ กาลอ ยะต๊ะ เกาะรอ ท่าธง ป้อมัง อาซ่อง วังพญา ตาโล๊ะ หะลอล จะก๊วะ บาโงย เนิงงาม บาลอ	๒๑
รวม	๔,๙๖๕	๖๓ ตำบล	๑๕๕

๒.๔ เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

๑. ประชาชนที่มีทะเบียนในความรับผิดชอบเพื่อจัดบริการสุขภาพของ รพ.สต.นั้นๆ
๒. ประชาชนที่เกิดตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๔๐ (๑๕ ปีขึ้นไป)
๓. มีตัวตนในพื้นที่และยินดีให้ความร่วมมือในช่วงการสัมภาษณ์
๔. เป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ ถึงแม้มีความผิดปกติทางจิตหรือทางกาย โดยขึ้นอยู่กับการประเมินของ ทีมวิจัยหรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต.นั้นๆ

๒.๕ เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

๑. ไม่มีตัวตนในพื้นที่ ได้แก่ ย้ายออก ไปทำงานต่างจังหวัดระยะยาว เสียชีวิต ซึ่งจะคัดออกตั้งแต่ขั้น การสุ่มเลือกตัวอย่าง
๒. เป็นผู้มีรายชื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง แต่ในวันสัมภาษณ์ ทีมวิจัยหรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้ประเมินและสรุปว่าไม่สามารถทำการสัมภาษณ์ อาจเนื่องจากมีความผิดปกติทางจิตหรือทางกายกำเริบ ตีมีสุรา และอาจเป็นอันตรายต่อผู้สัมภาษณ์ เป็นต้น

๓. ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการหรือไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองในกรณีผู้มีอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี

๓. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

๓.๑ ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

๑. สรรหาและกำหนดนักวิจัยภาคสนามที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวช หรือมีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลระดับจิตวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ผ่านมา

๒. หัวหน้าและทีมสำรวจภาคสนามเข้าร่วมในการอบรมและฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือในการสำรวจระดับจิตวิทยา การวินิจฉัยด้วย Mini international neuropsychiatric structure interview; M.I.N.I และทำความเข้าใจตลอดเวลาในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

๓. คณะทำงานส่วนกลางจะออกหนังสือประสานพื้นที่ในนามกรมสุขภาพจิตส่งถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพื่อเก็บข้อมูลในพื้นที่ โดยทีมนักวิจัยภาคสนามวางแผนเก็บข้อมูลในระดับจังหวัด และประสานพื้นที่เพื่อเตรียมพื้นที่ตัวอย่าง การอำนวยความสะดวก การจัดเตรียมสถานที่ เส้นทางการเดินทาง รวมทั้งประสานขอความร่วมมือในการเร่งรัดให้ รพ.สต. ที่รับผิดชอบในพื้นที่ตัวอย่างนั้นๆ ส่งรายชื่อกลุ่มเป้าหมายกลับมาที่คณะทำงานส่วนกลางตามข้อตกลง

๔. รพ.สต. ที่รับผิดชอบชุมชนหรือหมู่บ้านตัวอย่าง ดึงข้อมูลฐานประชากรและตรวจสอบสถานะของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งคณะทำงานส่วนกลางจะดำเนินการสุ่มโดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

ก. เป็นบุคคลที่มีทะเบียนในความรับผิดชอบเพื่อจัดบริการสุขภาพของ รพ.สต. นั้นๆ

ข. เกิดตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๔๐ (๑๕ ปีขึ้นไป)

ค. มีตัวตนในพื้นที่ตัวอย่างในช่วงการสัมภาษณ์ คือ ไม่นับรวมผู้ที่ย้ายออกไปทำงานต่างจังหวัด ระยะยาว เสียชีวิต

ง. เป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ ถึงแม้มีความผิดปกติทางจิตหรือทางกาย โดยขึ้นอยู่กับการประเมินของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. นั้นๆ

๕. คณะทำงานส่วนกลางดำเนินการสุ่มและส่งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 บัญชี พร้อมหนังสืออนุญาตเก็บข้อมูลให้กับหัวหน้าทีมสำรวจภาคสนามในแต่ละพื้นที่

๖. หัวหน้าทีมสำรวจภาคสนามประสานงานพื้นที่เพื่อยืนยันการเก็บรวบรวมข้อมูล

๓.๑ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

๑. หัวหน้าทีมสำรวจภาคสนามบริหารจัดการทีมสำรวจให้สามารถดำเนินการตามขั้นตอนและข้อกำหนด

๒. การลงพื้นที่เก็บข้อมูลจะต้องกำหนดผู้รับผิดชอบดำเนินการในแต่ละวัน ได้แก่ ผู้ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสำรวจ ผู้กล่าวทักทาย ผู้มอบเงินค่าตอบแทน ผู้เตรียม/แจกและตรวจเก็บแบบสำรวจตามกลุ่มตัวอย่าง และการสำรองแบบสำรวจ (ใช้แบบสำรวจที่ไม่มีหมายเลข กรณีบันทึกผิดพลาดต้องใช้ชุดสำรองต้องลงรหัสแบบสำรวจให้ตรงกับแบบสำรวจที่ยกเลิก)

๓. ทีมสำรวจภาคสนามติดต่อผู้ประสานงานผู้นำทางไปพื้นที่เป้าหมาย

๔. ตรวจสอบความถูกต้องของรายชื่อและจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่มารอให้สัมภาษณ์ให้ตรงตามบัญชีรายชื่อที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างของคณะทำงานกลาง

๕. ให้ดำเนินการเก็บข้อมูลตามรายชื่อในบัญชีที่ ๑ (จำนวน ๓๒ คน) ถ้าในกรณีที่ตัวอย่างไม่เป็นไปตามบัญชีรายชื่อ ๑ ให้พิจารณาทดแทนกลุ่มอายุและเพศในบัญชีสำรองที่ ๒ และบัญชีสำรองที่ ๓ แต่หากไม่ครบจำนวนตัวอย่างในบัญชีสำรองที่ ๓ ซึ่งอาจเกิดปัญหา คือ

- ก) **ตัวอย่างไม่มีตัวตน** หมายถึง ในช่วงการส่งรายชื่อเพื่อสุ่มตัวอย่างยังอยู่หรือมีตัวตนในพื้นที่ แต่ขณะเข้าสู่สัมภาษณ์ ไม่อยู่ในพื้นที่ซึ่งอาจมีการย้ายออก ย้ายบ้านหรือที่ทำงานไปยังพื้นที่อื่นๆ หรือเสียชีวิต หรือมีรายชื่อ แต่เพศหรืออายุไม่ตรงกับฟอร์มตามบัญชีรายชื่อ
- ข) **ตัวอย่างไม่มีนิติหรือสะดวกให้ข้อมูล** หมายถึง ตัวอย่างในรายชื่อทั้ง ๓ บัญชี มีตัวตนและอยู่ในพื้นที่ แต่ไม่มีนิติให้ข้อมูลหรือไม่สะดวกเนื่องจากติดภารกิจ เจ็บป่วยหนัก เป็นต้น

หากมีปัญหาดังกล่าว ให้ทีมสำรวจบันทึกสาเหตุและดำเนินการเลือกตัวอย่างในพื้นที่ (ชุมชน/หมู่บ้าน) โดยเลือกเพศ และช่วงอายุเดิมที่ขาดหายไปเท่านั้น (ไม่สัมภาษณ์เกินจำนวนตามเงื่อนไขแต่ละช่วงอายุและเพศที่กำหนด) นั่นคือ ทีมสำรวจจะต้องสัมภาษณ์ให้ครบจำนวน ๓๒ คน โดยแบ่งช่วงอายุ ดังนี้

- ช่วงอายุ ๑๕-๒๔ ปี ๒๕-๓๔ ปี ๓๕-๔๔ ปี ๔๕-๕๔ ปี ๕๕-๕๙ ปี สัมภาษณ์รวมทั้งสิ้น ๒๐ คน แบ่งเป็นช่วงอายุละ ๔ คน แบ่งเป็นชาย ๒ คน และหญิง ๒ คน
- ช่วงอายุ ๖๐-๖๙ ปี และ ๗๐ ปี ขึ้นไป สัมภาษณ์รวมทั้งสิ้น ๑๒ คน แบ่งเป็นช่วงอายุละ ๖ คน แบ่งเป็นชาย ๓ คน และหญิง ๓ คน
- หากไม่สามารถเลือกตัวอย่างทดแทนได้ ควรสัมภาษณ์อย่างน้อย ๒๖ คนต่อชุมชน/หมู่บ้าน หรือร้อยละ ๘๐

๖. ประชุมชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการแนะนำตัวทีมเก็บข้อมูล ชี้แจงที่มาของโครงการ และวัตถุประสงค์ ขั้นตอน รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการสำรวจ

๗. แบ่งกลุ่มตัวอย่างให้ผู้สัมภาษณ์ดำเนินการ

๘. ผู้สัมภาษณ์ชี้แจง และพิทักษ์สิทธิของผู้ยินยอมให้ข้อมูล ก่อนเก็บข้อมูลรับคำยินยอม ให้ตัวอย่างเซ็นยินยอม ถ้าหากตัวอย่างมีอายุระหว่าง ๑๕ - ๑๗ ปี อายุยังไม่ถึง ๑๘ (ไม่บรรลุนิติภาวะ) ให้ผู้ปกครองเป็นผู้เซ็นยินยอมให้ผู้ที่อยู่ในการปกครอง ในกรณีที่ตัวอย่างไม่สามารถเซ็นยินยอมได้ด้วยสาเหตุทางกายภาพ ให้ปืมลายนิ้วหัวแม่มือ พร้อมบันทึกกำกับว่า เป็นลายนิ้วมืออะไรข้างไหน และมีพยานเซ็นรับรอง ๒ คน

๙. ผู้สัมภาษณ์ดำเนินการสัมภาษณ์ตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

๑๐. ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล กำหนดให้ทำการตรวจสอบ ๓ ครั้ง โดยไม่ซ้ำผู้ตรวจสอบ ดังนี้

- การตรวจสอบครั้งที่ ๑ โดยผู้สัมภาษณ์ ทำการตรวจสอบก่อนให้คำตอบแทน และก่อนออกจากพื้นที่ ถ้าไม่ครบถ้วนให้ขอข้อมูลเพิ่มเติม
- การตรวจสอบครั้งที่ ๒ โดยหัวหน้าทีมภาคสนามทำการตรวจสอบก่อนออกจากพื้นที่ ถ้าไม่ครบถ้วนให้ขอข้อมูลเพิ่มเติม
- การตรวจสอบครั้งที่ ๓ โดยหัวหน้าทีมนักวิจัย หรือผู้รับผิดชอบตรวจสอบข้อมูลในการสำรวจของหน่วยงาน ก่อนส่งคณะทำงานกลาง ถ้าไม่ครบถ้วนให้ประสานพื้นที่ขอข้อมูลเพิ่มเติม

ในกรณีที่ผลการสัมภาษณ์ด้วย Mini international neuropsychiatric structure interview; M.I.N.I พบว่ามีผลบวก Positive Module L ในกลุ่มอายุ ๑๕-๕๙ ปี และสมองเสื่อมในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ให้แจ้งผลและแนะนำการปฏิบัติตัว พร้อมกับส่งต่อไปพบจิตแพทย์

กิจกรรม	พ.ศ. 2554							
	มี.ค	เม.ย	พ.ค	มิ.ย	ก.ค	ส.ค	ก.ย	
ลงทะเบียนแบบสัมภาษณ์ ดำเนินการจัดพิมพ์และส่งให้พื้นที่								
๖. ขอรายชื่อกลุ่มเป้าหมายเพื่อสุ่มรายชื่อตัวอย่างและส่งให้พื้นที่								
๗. ทีมวิจัยภาคสนามดำเนินการเก็บข้อมูล								
๘. ทีมวิจัยส่วนกลางนิเทศ ติดตาม เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรค ความต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม								
๙. ทีมวิจัยภาคสนามตรวจสอบ และลงทะเบียนข้อมูล และส่งกลับมาที่ทีมส่วนกลาง								
๑๐. ทีมวิจัยส่วนกลางจัดการข้อมูล ได้แก่ ตรวจสอบ แก้ไขปรับปรุง บันทึกข้อมูล								
๑๑. วิเคราะห์ข้อมูล								
๑๒. สรุปผลข้อมูลเบื้องต้นและจัดทำรายงานผลการศึกษาลับร่าง								
๑๓. จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำเสนอและวิพากษ์ผลการศึกษา								
๑๔. จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์และส่งกลับให้ทีมวิจัยภาคสนามในแต่ละพื้นที่								

๖. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑) ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่เป้าหมาย
- ๒) ข้อมูลทางระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่จำเพาะในแต่ละพื้นที่
- ๓) การมีส่วนร่วมของทีมวิจัยและผู้รับผิดชอบในการค้นหาข้อมูล เพื่อวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental Health Global Action Programme: mhGAP. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings Geneva: WHO Press; 2010.
3. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. mhGAP: โปรแกรมปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพจิต : การขยายบริการสำหรับโรคจิตเวช โรคระบบประสาท และความผิดปกติพฤติกรรมเสพสุราสารเสพติด. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.); 2554.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต: การศึกษาระดับประเทศ ปี 2551. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปียอนด์ บลู จำกัด; 2551.

5. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช(8โรค) ประจำปีงบประมาณ 2553. Available from: <http://www.plan.dmh.go.th/>.
6. Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis.* 2006;3:1-14.
7. Fagiolini A, Goracci A. The effects of undertreated chronic medical illnesses in patients with severe mental disorders. *The Journal of clinical psychiatry.* 2009;70:22.
8. Parks J, Svendsen D, Singer P, Foti ME. Morbidity and Mortality in People with Serious Mental Illness. 2006.
9. Carney CP, Jones L, Woolson RF. Medical Comorbidity in Women and Men with Schizophrenia: A Population Based Controlled Study. *Journal of general internal medicine.* 2006;21(11):1133-7.
10. Jones S, Howard L, Thornicroft G. ‘Diagnostic overshadowing’: worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2008;118(3):169-71.
11. Perese EF. Stigma, poverty, and victimization: Roadblocks to recovery for individuals with severe mental illness. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association.* 2007;13(5):285.
12. Seeman M. Employment discrimination against schizophrenia. *The Psychiatric quarterly.* 2009;80(1):9.
13. Dunn E, Wewiorski N, Rogers E. The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal.* 2008;32(1):59.
14. Honey A. Benefits and drawbacks of employment: perspectives of people with mental illness. *Qualitative health research.* 2004;14(3):381.
15. Hartwell S. Triple stigma: Persons with mental illness and substance abuse problems in the criminal justice system. *Criminal Justice Policy Review.* 2004;15(1):84.
16. Patel A, Knapp M. Costs of mental illness in England. *PSSRU.* 1998:4.
17. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet.* 2007;370(9593):1164-74.