

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ภาระโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติด ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557

The burden of mental and alcohol/substance use disorders in Thailand 2014

ชนิษฐา กู้ศรีสกุล, วท.ม.¹, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, พ.บ.²,
ณัฐพัชร มรรคา, บธ.ม.¹, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ปร.ด.¹
Khanitta Kusreesakul, M.Sc.¹, Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D.²,
Nuttapat Makka, M.B.A.¹, Kanitta Bundhamcharoen, Ph.D.¹

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ¹, สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์²
International Health Policy Program¹, Rajanagarindra Institute of Child Development²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ แสดงภาระโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดในประเทศไทย ด้วยค่าการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) เพื่อสะท้อนการจัดลำดับความสำคัญงานสุขภาพจิตในนโยบายสุขภาพ

วัสดุและวิธีการ ใช้ข้อมูลจากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557 นำเสนอด้วยค่า DALYs ที่เป็นผลรวมของจำนวนปีสูญเสียสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควร (YLLs) กับจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (YLDs) ประมาณค่าตามระเบียบวิธีขององค์การอนามัยโลกที่ปรับให้สอดคล้องกับประเทศไทย ศึกษาใน 7 กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรคจิตเภท โรควิตกกังวล ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา ความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติด และกลุ่มโรคจิตเวชอื่น ๆ

ผล โรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดเป็นเหตุของความสูญเสีย DALYs ในประชากรไทยประมาณ 1,020.5 พันปีหรือร้อยละ 6.8 ของ DALYs จากทุกสาเหตุ โดยเกิดจาก YLLs 91.4 พันปี (ร้อยละ 0.9 ของ YLLs) และ YLDs 929.1 พันปี (ร้อยละ 19.3 ของ YLDs) จัดเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของความสูญเสียจาก YLDs จากทุกกลุ่มโรคโดยผู้ชายพบความสูญเสียสูงสุดจากความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและผู้หญิงจากโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 13.1 และร้อยละ 5.2 ของ YLDs ตามลำดับ) ช่วงอายุที่มีอัตราความสูญเสียจาก YLDs สูงที่สุดคือ 30-44 ปีในผู้ชาย และ 15-29 ปีในผู้หญิง

สรุป โรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดเป็นสาเหตุสำคัญของความสูญเสียปีสุขภาวะ สะท้อนถึงความสำคัญลำดับต้นในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตภายใต้นโยบายสุขภาพเพื่อลดภาระโรค

คำสำคัญ: การสูญเสียปีสุขภาวะ จำนวนปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร จำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ โรคจิตเวช ความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติด

ติดต่อผู้พิมพ์: พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, e-mail: phunnapa@hotmail.com

Abstract

Objective To present the Thai burden of disease due to mental and alcohol/substance use disorders measured by disability adjusted life years (DALYs) for prioritization mental health issues in national health policy.

Material and method The DALYs was calculated from the sum of years of life lost due to premature mortality (YLLs) and years lived with disability (YLDs) by following the WHO's approach with a modification for Thai context in the national burden of diseases and injuries study 2014. The focus of non-medical disorders were depressive disorders, bipolar disorders, schizophrenia, anxiety disorders, alcohol use disorders, substance use disorders and other mental disorders.

Results In Thailand, mental and alcohol/substance use disorders accounted for 1,020.5 thousand DALYs or 6.8% of all causes DALYs. Such disorders accounted for 91.4 thousand YLLs (0.9% of all YLLs) and 929.1 thousand YLDs (19.3% of all YLDs). Mental and alcohol/substance use disorders were the first rank among total YLDs. Alcohol use disorders were the leading cause of YLDs lost in men while depressive disorders were the leading cause among women (13.1% and 5.2% of all YLDs, respectively). The highest proportion of YLDs occurred in male aged 30-44 years and female age 15-29 years.

Conclusion Mental and alcohol/substance use disorders contribute to a significant proportion of disease burden in Thailand. Mental disorders should be highly prioritized in national health policy to reduce this burden.

Key words: disability adjusted life years (DALYs), years of life lost due to premature mortality (YLLs), years lived with disability (YLDs), mental disorders, alcohol and substance use disorders.

Correspondence author: Phunnapa Kittirattanapaiboon, e-mail: phunnapa@hotmail.com

บทนำ

โรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติดมีความชุกสูงในทุกภูมิภาคทั่วโลก การถูกตราหน้า (stigma) และการละเมิดสิทธิยังทำให้ปัญหารุนแรงของโรคกลุ่มนี้มากขึ้น แต่ในเชิงนโยบายปัญหาสุขภาพจิตมักถูกจัดเป็นปัญหาสุขภาพลำดับท้ายๆ ทำให้มีข้อจำกัดด้านการจัด

บริการสุขภาพและทรัพยากรอย่างเหมาะสม ส่งผลเสียต่อการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตทั่วโลก¹

จากวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าทำให้ประชาชนมีอายุยืนขึ้น ส่งผลตามมาคือปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดทุพพลภาพและความต้องการดูแลรักษาที่เพิ่มขึ้น จึงเกิดแนวคิดการ

ประเมินสุขภาพเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่สะท้อนการเจ็บป่วย พิการ และตายด้วยสาเหตุจากโรคหรือการบาดเจ็บที่หลากหลายออกมาเป็นหน่วยวัดเดียวกันโดยใช้เครื่องมือชี้วัดทางสุขภาพที่เป็นมาตรฐานสากลเรียกว่า การสูญเสียปีสุขภาวะหรือการสูญเสียปีที่เทียบเท่ากับการมีสุขภาพสมบูรณ์ (disability adjusted life years; DALYs) โดยมีหน่วยวัดเป็นจำนวนปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (year of life lost; YLLs) รวมกับจำนวนปีที่มิชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพหรือมีความเจ็บป่วยหรือพิการ (years lived with disability; YLDs) มาตราวัดดังกล่าวเป็นการวัดสุขภาพที่สูญเสียจากภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ในอุดมคติ สามารถเปรียบเทียบเหตุของภาระโรคในแต่ละกลุ่มประชากรตามเพศ ช่วงอายุ พื้นที่และติดตามการเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไป ได้ จึงมีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับผู้นำสุขภาพและผู้บริหารในการนำข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจเพื่อวางแผนนโยบายสุขภาพได้อย่างเหมาะสม^{2,4}

จากรายงาน global burden of disease ในปี พ.ศ. 2553 (GBD2010) พบว่าโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติดเป็นสาเหตุของ DALYs ร้อยละ 7.4 ของ DALYs ทั้งหมด และเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของ YLDs เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มจิตเวชแล้ว พบว่า โรคซึมเศร้ามีส่วนของการสูญเสียดัชนีปีสุขภาวะสูงที่สุดที่ร้อยละ 40.5 ตามด้วยโรควิตกกังวลร้อยละ 14.6 ความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดชนิดผิดกฎหมายร้อยละ 10.9 ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราร้อยละ 9.6 โรคจิตเภทร้อยละ 7.4 และโรคอารมณ์สองขั้วร้อยละ 7.0 ของภาระโรคจากกลุ่มโรคจิตเวชทั้งหมด⁵

ประเทศไทยมีการศึกษาภาระโรคระดับประเทศครั้งแรกใน ปี พ.ศ. 2542⁶ และมีการดำเนินการต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน พบว่าแนวโน้มภาระโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติดสูงขึ้น จากรายงานการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย พ.ศ. 2554⁷ พบว่ากลุ่มโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติดเป็นสาเหตุของ DALYs อันดับ 3 ในผู้ชายรองจากอุบัติเหตุและโรคหัวใจและหลอดเลือด และเป็นอันดับ 4 ในผู้หญิงรองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งและโรคความผิดปกติทางการรับรู้ ตามลำดับ นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุของ YLDs อันดับ 1 ในผู้ชาย และอันดับ 2 ในผู้หญิง ส่วนผลการสำรวจระดับวิทยาลัยสุขภาพจิตระดับชาติล่าสุด ปี พ.ศ. 2556⁸ ในประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปพบความชุกชีวิตและความชุก 12 เดือนของโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติดสูงถึงร้อยละ 30.8 (15.9 ล้านคน) และร้อยละ 13.4 (6.9 ล้านคน) ตามลำดับ โดยพบความชุกจากความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราสูงที่สุด และยังพบช่องว่างการเข้าถึงบริการในทุกกลุ่มโรคสูงมาก ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลภาระโรคที่สะท้อนสภาพปัญหาสุขภาพที่ตรงตามสภาพการณ์ปัจจุบันของประเทศไทย การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ แสดงภาระโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติดของประชากรไทย (พ.ศ. 2557) ด้วยค่า DALYs เพื่อสะท้อนความสำคัญของการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในนโยบายสุขภาพของประเทศไทย

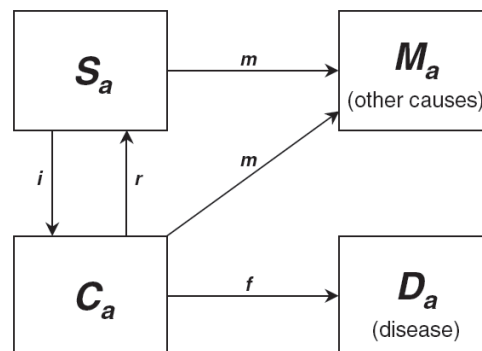
วัสดุและวิธีการ

DALYs เป็นการวัดสถานะสุขภาพของประชากร ด้วยจำนวนปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (YLLs) รวมกับจำนวนปีที่มียชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (YLDs) การคาดประมาณ YLLs เป็นการวัดบนพื้นฐานของเวลาที่ชีวิตหายไปจากการตายก่อนวัยอันควร โดยเทียบกับอายุคาดเฉลี่ย (life expectancy) ด้วยสูตรพื้นฐาน คือ $YLL = N \times L$ โดย N คือจำนวนการตาย และ L คืออายุคาดเฉลี่ยรายอายุ (age-specific life expectancy) ส่วนการคาดประมาณ YLDs ใช้สูตรพื้นฐาน คือ $YLD = I \times DW \times L$ โดย I คืออุบัติการณ์ (incidence) DW คือค่าถ่วงน้ำหนักความบกพร่องทางสุขภาพ (disability

weight) และ L คือระยะเวลาเฉลี่ยของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (disability duration)

ข้อมูลอุบัติการณ์ของโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้ฐานสารสนเทศยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย จึงต้องประมาณการจำนวนผู้ป่วยรายใหม่หรืออุบัติการณ์ด้วยโปรแกรม DISMOD⁹ ซึ่งเป็นซอฟต์แวร์ที่พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยทดสอบความสอดคล้องของค่าประมาณการตัวแปรต่างๆ เช่น ความชุก (prevalence) ระยะการหายจากโรค (remission) และการตาย (mortality) ตัวแปรเหล่านี้มีธรรมชาติต่างกันออกไปรายโรค แผนผังการวิเคราะห์ DISMOD แสดงในรูปที่ 1

รูปที่ 1 แผนผังธรรมชาติของโรคเบื้องต้นตามโปรแกรม DISMOD⁹



S: จำนวนผู้ที่มีสุขภาพดี; C: จำนวนผู้ที่ป่วยเป็นโรค; D: จำนวนผู้ที่เสียชีวิตจากโรค; M: จำนวนผู้เสียชีวิตจากทุกโรค; a: อายุ; i: อุตบัตการณ์ (incidence); r: การหาย (remission); f: เสียชีวิตจากโรค (case fatality); และ m: การเสียชีวิตทั้งหมด (mortality)

ส่วนค่าถ่วงน้ำหนักความบกพร่องทางสุขภาพ เป็นค่าที่สะท้อนระดับความรุนแรงของสภาวะที่สูญเสียไปจากภาวะที่เจ็บป่วยนั้น วัตถุประสงค์ที่สังคมพึงพอใจต่อสุขภาพนั้นเทียบกับภาวะสุขภาพในอุดมคติของสังคมมีคะแนนตั้งแต่ 0 คือสุขภาพดี ถึง 1 คือเสียชีวิต และในการศึกษานี้ไม่มีการคิดอัตราลดทอน (discount rate) และไม่มีการถ่วงน้ำหนักตามอายุ (age weight) ตามวิธีการศึกษา GBD2000¹⁰ เพื่อให้ข้อมูลสามารถเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ได้^{2,3}

โรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดที่นำมาศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามแนวทางการจำแนกโรคของ GBD2000¹⁰ ที่ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ International statistical classification of diseases and related health problems 10-revision (ICD-10) นำมาศึกษา 7 กลุ่มโรค ได้แก่ กลุ่มโรคซึมเศร้า (หมายถึง major depressive episode และ dysthymic disorder) กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorders) กลุ่มโรคจิตเภท (schizophrenia) กลุ่มโรควิตกกังวล (หมายถึงเฉพาะ panic disorder และ generalized anxiety disorder) ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol abuse และ alcohol dependence) ความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติด (เฮโรอีน กัญชา และแอมเฟตามีน) และกลุ่มโรคจิตเวชอื่นๆ

ข้อมูลความชุกของโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราได้จากผลการสำรวจระดับวิทยาลัยสุขภาพจิตระดับชาติ พ.ศ. 2556⁸ ความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดได้จากผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติด พ.ศ. 2559¹² และโรคจิตเวชอื่นๆ

จากการคาดประมาณจากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ค่าถ่วงน้ำหนักความพิการ (DW) จาก GBD2000¹⁰ และ Dutch weight¹³ ส่วนข้อมูลอื่นๆ เช่น อัตราการหายจากโรค (remission rate) ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการตาย (relative risk mortality) มาจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นหลัก ดังตารางที่ 1

ผล

โรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดเป็นเหตุของความสูญเสีย DALYs ในประชากรไทยประมาณ 1,020.5 พันปี หรือร้อยละ 6.8 ของ DALYs จากทุกสาเหตุ จัดเป็นสาเหตุนำอันดับที่ 5 จาก 22 กลุ่มโรคแต่เป็นสาเหตุนำอันดับหนึ่งของความสูญเสียจากความบกพร่องสุขภาพหรือโรค/การบาดเจ็บที่ไม่เสียชีวิต (YLDs) คิดเป็น 929.1 พันปี หรือร้อยละ 19.3 ของ YLDs จากทุกสาเหตุ ส่วนความสูญเสียที่เกิดจากการตายก่อนวัยอันควร (YLLs) ที่เกิดจากกลุ่มโรคนี้โดยตรงนั้นพบเพียง 91.4 พันปี หรือร้อยละ 0.9 ของ YLLs ดังตารางที่ 2

ในกลุ่มโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดที่ศึกษา ผู้ชายพบ DALYs สูงสุดในความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา 388.2 พันปี รองลงมาคือ กลุ่มโรคจิตเภท ความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติด และกลุ่มโรคซึมเศร้า ส่วนผู้หญิงพบ DALYs สูงสุดในโรคซึมเศร้า 121.4 พันปี รองลงมาคือกลุ่มโรคจิตเภท กลุ่มโรควิตกกังวลและความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา สาเหตุเสียชีวิตที่มีผลต่อความสูญเสีย YLLs ส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา คิดเป็น 70.9 พันปี หรือร้อยละ 77.6 ของ YLLs ทั้งหมดในกลุ่มโรคนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลที่ใช้ในการหาค่าประมาณจำนวนปีที่อยู่เสียจากความบกพร่องทางสุขภาพ

กลุ่มโรค	ความชุก (prevalence) (หน่วยต่อ 1000) ^ก			ค่าถ่วงน้ำหนักความบกพร่องทางสุขภาพ (disability weight)	อัตราการหายจากโรค (remission rate)	ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการตาย (relative risk mortality)
	ชนิด	ชาย	หญิง			
depressive disorders						
major depressive episode	ชั่วชีวิต	9.8	25.0	0.293 ^ข	0	1
dysthymia	ชั่วชีวิต	0.8	2.0	0.140 ^ข	0.15	1
bipolar disorders						
	ชั่วชีวิต	0.6	3.8	0.296 ^ก	0.16	1.9
schizophrenia						
	ชั่วชีวิต	9.4	4.2	0.453 ^ก	0.0137	1.6–5.3 ; ตามเพศและอายุ
alcohol use disorders						
alcohol dependence	12 เดือน	37.3	2.4	0.18 ^ก	0.175	ชาย 1.8; หญิง 3.8
alcohol abuse	12 เดือน	67.8	7.8	0.11 ^ก		
drug use disorders						
amphetamine use	12 เดือน	12.8	4.7	0.113 ^ข	0.2	1
cannabis use	12 เดือน	7.3	0.2	0.113 ^ข	0.2	1
heroin use	12 เดือน	0.31	–	0.252 ^ก	0.05–0.5; ตามเพศและอายุ	1–6; ตามเพศและอายุ
anxiety disorders						
panic disorder	12 เดือน	1.6	7.1	0.129 ^ก	ชาย 0.48; หญิง 0.38	2.2
generalized anxiety disorder	12 เดือน	–	2.2	0.342 ^ข	ชาย 0.16; หญิง 0.10	1.65

^ก ค่าความชุกที่นำไปใช้ในการคำนวณจำนวนปีตามเพศและช่วงอายุ

^ข ค่าถ่วงน้ำหนักความบกพร่องทางสุขภาพอ้างอิงจาก Dutch weight¹³

^ค ค่าถ่วงน้ำหนักความบกพร่องทางสุขภาพ (disability weight) อ้างอิงจาก GBD2000 weight¹⁰

ตารางที่ 2 กลุ่มโรค 10 อันดับแรกของภาระโรคในประเทศไทย พ.ศ. 2557

กลุ่มโรค	DALYs		YLLs		YLDs	
	'1000 ปี	ร้อยละ	'1000 ปี	ร้อยละ	'1000 ปี	ร้อยละ
โรคหัวใจและหลอดเลือด	2,157.0	14.4	1,834.0	18.1	323.0	6.7
โรคมะเร็ง	2,003.8	13.4	1,969.9	19.5	33.9	0.7
อุบัติเหตุ	1,891.5	12.7	1,580.3	15.6	311.2	6.5
กลุ่มโรคติดเชื้อและปรสิต	1,260.3	8.4	1,125.6	11.1	134.7	2.8
กลุ่มโรคจิตเวช สุรา และสารเสพติด	1,020.5	6.8	91.4	0.9	929.1	19.3
ความผิดปกติทางการรับรู้	900.0	6.0	1.0	0.0	899.0	18.6
โรคเบาหวาน	870.6	5.8	497.8	4.9	372.9	7.7
โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง	704.5	4.7	391.4	3.9	313.0	6.5
ความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อ	624.9	4.2	134.2	1.3	490.6	10.2
ความผิดปกติทางระบบย่อยอาหาร	619.7	4.1	567.6	5.6	52.1	1.1

ความสูญเสีย YLDs ในผู้ชายมีเหตุจากความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรามากที่สุด คือ 324.4 พันปี หรือคิดเป็นร้อยละ 56.0 ของ YLDs จากกลุ่มโรคจิตเวช และผู้หญิงพบความสูญเสียสูงสุดจากโรคซึมเศร้า 120.8 พันปี คิดเป็นร้อยละ 34.6 ของ YLDs จากกลุ่มโรคจิตเวชทั้งหมด รองลงมาคือโรคจิตเภท ในทั้งเพศชายและหญิง (ร้อยละ 24.8 และ 23.0 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุพบว่าชายอายุ 30-44 ปี มีอัตราความสูญเสีย YLDs ในประชากรสูงที่สุดโดยสาเหตุหลักมาจากความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและกลุ่มโรคจิตเภท รองลงมาคือช่วงอายุ 15-29 ปี มีสาเหตุหลักจากความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา ส่วนในผู้หญิงนั้นพบว่าในช่วงอายุ 15-29 ปี มีอัตราความสูญเสีย YLDs ในประชากรสูงที่สุดโดยสาเหตุหลักมาจากโรคซึมเศร้ารองลงมาคือช่วงอายุ 30-44 ปีที่สาเหตุหลักมาจากโรคซึมเศร้า

เช่นเดียวกัน แต่หลังอายุ 70 ปีขึ้นไปในผู้ชายและหลังอายุ 45 ปีขึ้นไปในผู้หญิง โรคจิตเภทมี YLDs ในสัดส่วนที่มากที่สุด ดังรูปที่ 2

วิจารณ์

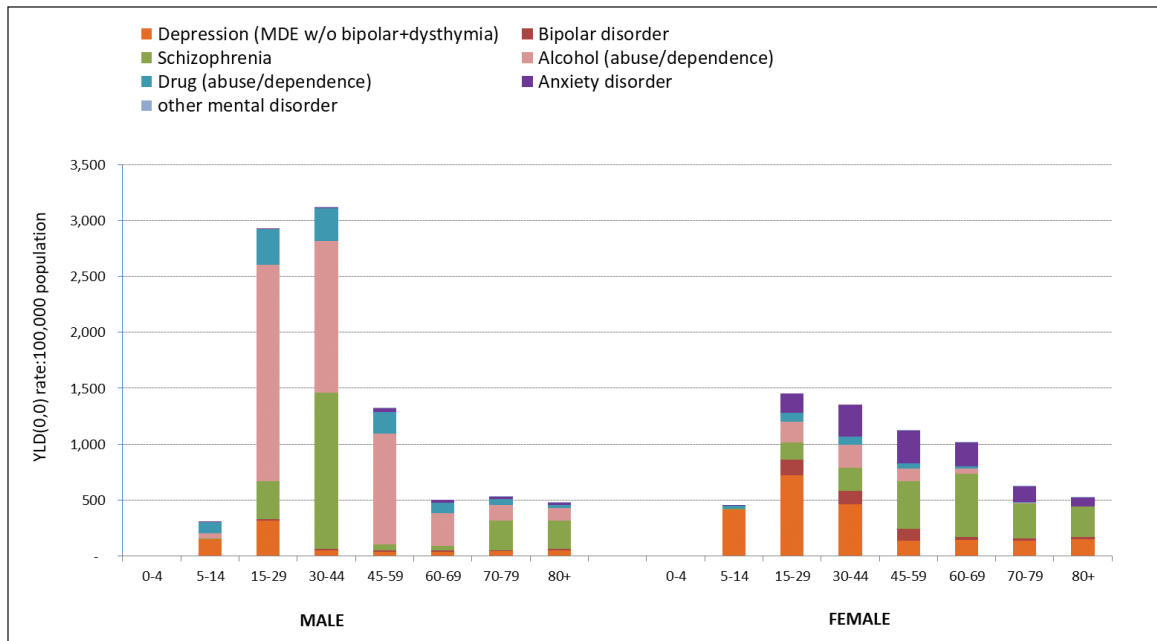
การศึกษาในประชากรไทยครั้งนี้ได้ผลใกล้เคียงกับการศึกษาขนาดใหญ่ระดับโลก GBD2000⁵ ที่พบว่าโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติดคิดเป็นร้อยละ 7.1 ของ DALYs และร้อยละ 22.9 ของ YLDs ทั่วโลก เป็นสาเหตุนำอันดับ 5 ของ DALYs และอันดับหนึ่งของ YLDs

หากพิจารณาตามเพศและกลุ่มอายุของประชากรไทยพบว่าโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติด ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับสองในผู้ชายอายุ 15-44 ปี และเป็นอันดับสองในผู้หญิงอายุ 15-29 ปี³ ซึ่งเป็นวัยทำงานและสร้างผลผลิตให้กับประเทศ ทั้งที่โรค

ตารางที่ 3 การประเมินโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติด พ.ศ. 2557

กลุ่มโรค	ชาย			หญิง			รวม		
	หน่วย: ปี(ร้อยละ)			หน่วย: ปี(ร้อยละ)			หน่วย: ปี(ร้อยละ)		
	YLLs	YLDs	DALYs	YLLs	YLDs	DALYs	YLLs	YLDs	DALYs
โรคซึมเศร้า	598 (0.8)	37,118 (6.4)	37,716 (5.7)	614 (5.1)	120,826 (34.6)	121,440 (33.6)	1,212 (1.3)	157,944 (17.0)	159,156 (15.6)
โรคอารมณ์สองขั้ว	32 (0.0)	4,173 (0.7)	4,206 (0.6)	0	28,792 (8.2)	28,792 (8.0)	32 (0.0)	32,965 (3.5)	32,998 (3.2)
โรคจิตเภท	7,714 (9.7)	143,415 (24.8)	151,129 (22.9)	2,665 (22.3)	80,232 (23.0)	82,897 (22.9)	10,379 (11.4)	223,647 (24.1)	234,026 (22.9)
ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา	63,768 (80.2)	324,424 (56.0)	388,193 (58.9)	7,174 (60.2)	38,882 (11.1)	46,056 (12.7)	70,942 (77.6)	363,306 (39.1)	434,248 (42.6)
ความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติด	6,560 (8.3)	65,594 (11.3)	72,154 (10.9)	947 (7.9)	16,389 (4.7)	17,336 (4.8)	7,507 (8.2)	81,983 (8.8)	89,489 (8.8)
โรควิตกกังวล	-	4,636 (0.8)	4,636 (0.7)	0	64,275 (18.4)	64,275 (17.8)	-	68,911 (7.4)	68,911 (6.8)
โรคจิตเวชอื่น	817 (1.0)	168 (0.0)	984 (0.1)	525 (4.4)	153 (0.0)	678.0 (0.2)	1,342 (1.5)	321 (0.0)	1,662 (0.2)
กลุ่มโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดทั้งหมด	79,489 (100.0)	579,361 (100.0)	659,018 (100.0)	11,925 (100.0)	349,395 (100.0)	361,474 (100.0)	91,414 (100.0)	928,756 (100.0)	1,020,492 (100.0)

รูปที่ 2 อัตราการสูญเสียปีสุขภาวะจากความบกพร่องทางสุขภาพ (YLDs) ด้วยโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดจำแนกตามเพศและช่วงอายุ



ส่วนใหญ่มีวิธีการรักษาที่ได้ผลและมีความคุ้มค่าของประสิทธิผล แต่มักมีข้อจำกัดสำคัญในการเข้าถึงบริการ ทำให้เกิดผลเสียไม่เพียงแต่ความเจ็บป่วยของโรคที่ยาวนานขึ้น แต่ยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการขาดงาน เรียนไม่จบ รายได้น้อย ตกงานและเมื่อมีอาการรุนแรงยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้น รวมทั้งเกิดผลกระทบต่อบุคคลรอบตัวและสังคมตามมาอีกด้วย^{5,14}

จากจำนวน 107 โรคที่ได้ศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดจัดเป็น 4 ในสาเหตุ 20 อันดับแรกของความสูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในผู้ชาย ได้แก่ ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (อันดับ 1) โรคจิตเภท (อันดับ 4) ความผิดปกติของพฤติกรรมใช้

สารเสพติด (อันดับ 10) และโรคซึมเศร้า (อันดับ 16) และเป็น 5 ในสาเหตุ 20 อันดับแรกของการสูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในผู้หญิง ได้แก่ โรคซึมเศร้า (อันดับ 4) โรคจิตเภท (อันดับ 9) โรควิตกกังวล (อันดับ 11) ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (อันดับ 12) และโรคอารมณ์สองขั้ว (อันดับ 15)³ สอดคล้องกับการศึกษาทั่วโลกทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาที่ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดเป็นปัญหาลำดับต้นๆ ของประเทศ แต่กลับได้รับการสนับสนุนงบประมาณน้อย โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางค่อนข้างต่ำ นอกจากนั้น งบประมาณส่วนใหญ่ยังจำกัดเฉพาะบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช¹⁵ ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการดำเนินการขององค์การอนามัยโลกที่จัดลำดับ

ความสำคัญกลุ่มโรคจิตเวช โรคระบบประสาทและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราและสารเสพติด โดยพิจารณาเหตุผลเพิ่มเติมด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงและมีการละเมิดสิทธิ และได้กำหนดโรคที่มีความสำคัญลำดับต้น ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท ภาวะฆ่าตัวตาย โรคลมชัก โรคสมองเสื่อม โรคที่เกิดจากการดื่มสุรา โรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด และโรคจิตเวชเด็ก นอกจากนี้ยังแนะนำให้ประเทศสมาชิกขยายการจัดบริการตามโปรแกรมปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพจิตให้เกิดความครอบคลุมในการดูแลแม่ในภาวะที่ทรัพยากรสาธารณสุขจำกัดก็ตาม¹

การศึกษานี้พบอัตรา YLDs จากความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราสูงที่สุดในผู้ชาย โดยสูงถึงร้อยละ 13.1 จากทุกสาเหตุ แต่ในการศึกษา GBD2010⁵ พบอัตรา YLDs จากความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราเพียงร้อยละ 1.8 ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษา GBD2010 ในกลุ่ม alcohol use disorders พิจารณาเลือกเฉพาะ alcohol dependence และ fetal alcoholic syndrome โดยไม่รวมกลุ่มวินิจฉัยโรค harmful use of alcohol ตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD-10 หรือ alcohol abuse ตามเกณฑ์วินิจฉัย Diagnostic and statistical manual of mental disorders ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 (DSM-IV)¹⁶ ทำให้การประมาณค่า YLDs จากความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราต่ำกว่าความเป็นจริง ในขณะที่ประเทศไทยใช้ผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ พ.ศ. 2556 ที่รวมทั้งความชุก 12 เดือนของ alcohol abuse (ชายร้อยละ 6.8 หญิงร้อยละ 0.8) และ alcohol dependence (ชายร้อยละ 3.8, หญิงร้อยละ 0.2)⁶ และแท้จริงแล้ว alcohol abuse เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยกว่าและมีความรุนแรงไม่น้อยไปกว่า

alcohol dependence อีกทั้งโรคทั้งสองไม่สามารถแยกออกจากกันได้ทีเดียว และ abuse ไม่ใช่อาการนำของ dependence ซึ่งเป็นอีกหนึ่งเหตุผลที่สมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้ทบทวนปรับเปลี่ยนเกณฑ์วินิจฉัยใหม่ใน DSM-5 โดยให้รวมทั้งสองโรคเป็นความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol use disorder; AUD)^{7,18} ซึ่งการประมาณค่าความสูญเสียจาก AUD จะสะท้อนข้อมูลภาวะโรคที่เป็นจริงมากกว่า นอกจากนั้นจากรายงานฐานข้อมูลสุขภาพ 43 แห่งของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2560¹⁹ พบจำนวนผู้มีปัญหาการดื่มสุราเข้ารับบริการทั้งประเทศเพียง 194,254 คน คิดเป็นอัตราการเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 7.1 แสดงให้เห็นช่องว่างการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่สูงมาก ทั้งที่เป็นกลุ่มโรคที่ก่อให้เกิดภาระโรคสูงเป็นอันดับต้น ๆ และเป็นปัจจัยเสี่ยงสุขภาพที่สำคัญต่อมะเร็ง โรคติดเชื้อ (วัณโรค HIV/AIDS) เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด การบาดเจ็บ อุบัติเหตุ ฯลฯ²⁰ สะท้อนถึงความจำเป็นในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพเพื่อดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมในทุกพื้นที่

โรคซึมเศร้าเป็นอีกหนึ่งปัญหาสุขภาพจิตที่มีภาระโรคสูง การเปรียบเทียบลำดับความสูญเสียปีสุขภาวะระดับโลกในช่วงยี่สิบปีระหว่างปี ค.ศ. 1990 และ 2010 พบว่าโรคซึมเศร้าถูกจัดอยู่ในลำดับที่สูงขึ้นจากอันดับที่ 15 เป็นอันดับที่ 11²¹ เช่นเดียวกับรายงานของประเทศไทยปี พ.ศ. 2542 พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับ 4 ในผู้หญิง⁶ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลหลักที่นำไปสู่การขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาระบบบริการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าและภาวะฆ่าตัวตายของประเทศไทยในช่วงสิบกว่าปีที่ผ่านมา จนสามารถบูรณาการระบบการ

ดูแลโรคซึมเศร้าเข้ากับระบบบริการสาธารณสุขและเป็นตัวชี้วัดการดำเนินงานสุขภาพจิตระดับประเทศ ทำให้การเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.7 (พ.ศ. 2549) เป็นร้อยละ 48.5 (พ.ศ. 2559)²² ปัญหาโรคซึมเศร้าได้ถูกยกให้เป็นประเด็นสำคัญเพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น ในปี ค.ศ. 2016 องค์การอนามัยโลกได้ให้ประเทศสมาชิกรณรงค์ในหัวข้อ Depression: Let's talk ขึ้นเพื่อให้ทั่วโลกได้ตระหนักและให้ความสำคัญในการรักษาโรคซึมเศร้ามากขึ้น²³

ส่วนโรคจิตเภทนั้นแม้ความชุกจะค่อนข้างต่ำ แต่เนื่องจากโรคจิตเภทมักเริ่มป่วยตั้งแต่วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น กระบวนการของโรคเรื้อรังจึงทำให้สูญเสียความสามารถในการทำงานหรือใช้ชีวิตได้ การศึกษาครั้งนี้พบว่าโรคจิตเภทเป็นสาเหตุของ YLDs อันดับสองทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย คิดเป็นเกือบหนึ่งในสี่ของ YLDs จากกลุ่มโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติดทั้งหมด โรคจิตเภทนั้นไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดภาระสุขภาพของบุคคลที่ป่วยเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ดูแล สังคมและเศรษฐกิจอีกด้วย จากการทบทวนความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากโรคจิตเภทพบว่ามากกว่าร้อยละ 50-85 ของค่าใช้จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายทางอ้อมจากการขาดความสามารถในการสร้างผลผลิตไม่สามารถสร้างรายได้ ว่างาน หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยประเทศต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท 94 ล้าน ถึง 120 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี²⁴ ที่สำคัญโรคจิตเภทเป็นโรคที่รักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ การลดระยะเวลาในการเริ่มป่วยครั้งแรก (duration of untreated period; DUP) หรือให้การรักษาที่ดีและต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มป่วย

ครั้งแรก (first episode psychosis; FEP) จะทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้เร็วและฟื้นกลับมา มีความสามารถได้ดี²⁵ ในประเทศไทยการจัดบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างมีคุณภาพและครอบคลุมนั้นยังเป็นปัญหาสำคัญ ในปี พ.ศ. 2556 ได้มีการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลแบบครอบคลุมภายใต้โครงการลดช่องว่างทางสุขภาพในพื้นที่นำร่อง พบว่าสามารถเพิ่มการคัดกรองและการเข้าถึงบริการโรคจิตได้ ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและที่สำคัญพบว่า DUP ลดลงอย่างชัดเจน²⁶ นำไปสู่โครงการเพิ่มการเข้าถึงบริการและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ดำเนินการในระดับประเทศ และเป็นตัวชี้วัดในระบบ service plan ทางสุขภาพจิต รวมทั้งพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความเสี่ยงในสังคม เพื่อการพัฒนากระบวนการบริการที่ต่อเนื่อง²⁷

ข้อมูลภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557 นี้ แตกต่างจากรายงาน GBD ของ Institute for health metrics and evaluation (IHME)²⁸ ที่พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุความสูญเสียหลักทั้งผู้ชายและผู้หญิง ในผู้ชายความสูญเสียรองลงมาคือ โรควิตกกังวลและความผิดปกติของการใช้สารเสพติด ส่วนในผู้หญิงรองลงมาคือ โรควิตกกังวลและโรคจิตเภท ดังตารางที่ 4 ทั้งนี้เนื่องจากแหล่งข้อมูลและวิธีการประมาณค่าที่แตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการประมาณค่า YLDs จากอุบัติการณ์ ในขณะที่การศึกษา IHME ใช้การประมาณ YLDs จากความชุกและมีการเปลี่ยนแปลงชุดค่าถ่วงน้ำหนักความพิการรวมทั้งค่าจำกัดความของ alcohol use disorders ที่ต่างกันดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น อย่างไรก็ตามใน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนปีที่สูญเสียสุขภาพจากความบกพร่องทางสุขภาพด้วยโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดของประเทศไทย พ.ศ. 2557 จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย และรายงาน Institute for health metrics and evaluation (IHME)²⁸

กลุ่มโรค	สัดส่วน YLDs เทียบจากทุกสาเหตุ (ร้อยละ)					
	รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557			การศึกษาของ Institute for health metrics and evaluation (IHME)		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
โรคซึมเศร้า	3.3	1.5	5.2	5.0	4.5	5.4
โรคอารมณ์สองขั้ว	0.7	0.2	1.2	1.1	1.0	1.1
โรคจิตเภท	4.6	5.8	3.4	1.9	2.1	1.8
ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา	7.5	13.1	1.7	0.8	1.3	0.4
ความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติด	1.7	2.7	0.7	1.6	2.5	0.9
โรควิตกกังวล	1.4	0.2	2.7	3.3	2.6	3.8
โรคจิตเวชอื่น	0.0	0.0	0.0	1.4	1.8	1.2
กลุ่มโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดทั้งหมด	19.3	23.4	14.9	15.1	15.8	14.5

ภาพรวมของกลุ่มโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดทั้งหมดนั้นมีสัดส่วนของความสูญเสียค่อนข้างสูงเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 19.3 และร้อยละ 15.1 จากการศึกษาในประเทศไทยและการศึกษา GBD ตามลำดับ)

อย่างไรก็ตามภาระโรคจากกลุ่มโรคจิตเวชนี้ยังมีแนวโน้มที่ต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากการสูญเสียจากการฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายตัวเอง (suicide and intentional self-harm) ถูกจัดอยู่ในกลุ่มการบาดเจ็บโดยเจตนา ทั้งที่การฆ่าตัวตายเป็นเหตุของความสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรที่มักเกิดจากโรคจิตเวช นอกจากนั้นผู้ป่วยที่มีโรคทางกายจำนวนหนึ่งที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชร่วมด้วย แต่ไม่ได้รับการวินิจฉัย เช่น กลุ่มอาการปวดเรื้อรัง

โรคทางกล้ามเนื้อและข้อ รวมทั้งกลุ่มความผิดปกติทางบุคลิกภาพ กลุ่มโรคเหล่านี้มักก่อเป็นปัญหาโรคร่วมและทำให้มีภาระโรคที่สูงมากกว่าปกติ มีหลักฐานยืนยันว่าผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชรุนแรงมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อได้สูงและตายก่อนวัยอันควรถึง 10-30 ปี ทั้งนี้ Vigo และคณะได้เสนอว่าหากประมาณการค่าใหม่โดยคำนึงถึงเหตุผลดังกล่าวจะพบว่าภาระโรคจิตเวชสูงขึ้นถึงร้อยละ 13.0 ของ DALYs และร้อยละ 32.4 ของ YLDs (เทียบกับรายงาน GBD2010 ที่พบเพียงร้อยละ 6.8 ของ DALYs และร้อยละ 19.3 ของ YLDs)²⁹

นอกจากนี้ การศึกษาภาระโรคในประเทศไทยที่ผ่านมา ยังไม่มีการนำโรคจิตเวชและความผิดปกติพฤติกรรมที่พบในเด็กมารวมคำนวณ

ดังเช่น การศึกษา GBD2010 ได้แก่ กลุ่มความผิดปกติ พฤติกรรมในเด็ก เช่น conduct disorder และ attention deficit hyperactivity disorders กลุ่ม pervasive developmental disorders เช่น autistic และ Asperger's syndrome กลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมการกิน (eating disorders) ที่พบมากในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ตอนต้น รวมทั้งกลุ่ม idiopathic intellectual disability ที่การศึกษาในไทยจัดแยกอยู่ในกลุ่มความผิดปกติแต่กำเนิด เป็นต้น ทำให้ปัญหายุ่งยากจากโรคจิตเวชในกลุ่มเด็กน้อยกว่าความเป็นจริงไปมาก^{3,20}

การเปรียบเทียบผลการศึกษาระบาดวิทยาของการศึกษาหลายครั้งที่ผ่านมา ควรทำด้วยความระมัดระวังเพราะมีวิธีการศึกษาที่ปรับเปลี่ยนไปในส่วนข้อมูลความชุกของโรคจิตเวชจากการสำรวจระดับวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยในปี พ.ศ. 2556 ได้เปลี่ยนมาใช้เครื่องมือวินิจฉัยโรค World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0) แทนเครื่องมือ Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ที่ใช้ในการสำรวจสองครั้งก่อนหน้านี้ (พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2551) และใช้ระเบียบวิธีวิจัยและมาตรฐานตามข้อกำหนดของทีมสำรวจสุขภาพจิตโลก (World Mental Health Survey) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมนำไปใช้ได้กว้างขวางมากขึ้น และสามารถเปรียบเทียบข้ามชาติได้

ส่วนการเปรียบเทียบผลการศึกษาของประเทศไทยกับรายงานต่างประเทศมีข้อจำกัดในหลายประเด็น เช่น ควรพิจารณาค่าจำกัดความให้ชัดเจน เนื่องจากในแต่ละการศึกษามีค่าจำกัดความที่แตกต่างกัน นอกจากนี้บางรายงานมีเฉพาะข้อมูลโรคจิตเวชอย่างเดียว ขณะที่บางรายงานรวมความ

ผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดและ/หรือสุรา เข้าไปด้วย นอกจากนี้จำนวนโรคที่เลือกมาใช้ในการศึกษาในแต่ละประเทศยังมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับความพร้อมของฐานข้อมูลที่มีอยู่ในประเทศนั้น ๆ

สรุป

โรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดเป็นสาเหตุสำคัญของความสูญเสียสุขภาพและเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย ส่งผลกระทบต่อทั้งหญิงชาย โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน แต่ยังไม่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญในนโยบายสุขภาพทั้งที่มีหลักฐานแสดงถึงประสิทธิผลและความคุ้มค่าในมาตรการและวิธีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ทั้งการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การให้การดูแลช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกจะช่วยลดอัตราการเกิดโรค การบูรณาการระบบบริการสุขภาพจิตในเวชปฏิบัติ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการโรคจิตเวชที่พบบ่อย การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อให้มีคุณภาพในการรักษาและการมีระบบดูแลติดตามฟื้นฟูต่อเนื่องเพื่อช่วยให้โรคเข้าสู่ระยะสงบและป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำส่งผลให้ระยะเวลาในการป่วยลดลง ผู้ป่วยสามารถทำงานและใช้ชีวิตได้ดี อัตราการเสียชีวิตลดลง อันจะส่งผลให้ภาระโรคลดลงด้วย ดังนั้นการจัดลำดับความสำคัญของโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดในประเทศไทยไว้ในลำดับต้น ๆ จะช่วยขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตภายใต้นโยบายสุขภาพของประเทศไทยซึ่งย่อมส่งผลให้ภาระโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดลดลงได้ในที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้คณะผู้พันธ์ได้รับทุนสนับสนุน
จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ความรู้เดิม: ประเทศไทยมีการศึกษาภาระโรคระดับประเทศ ซึ่งรวมทั้งโรคทางจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมการใช้สุราสารเสพติดมาแล้วในปี พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2554

ความรู้ใหม่: พบว่ามีโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมการใช้สุราสารเสพติดจำนวน 4 และ 5 โรคใน 20 อันดับแรกของความสูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในผู้ชายและผู้หญิงตามลำดับ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: จัดลำดับความสำคัญของโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมการใช้สุราสารเสพติดไว้ในลำดับต้น ๆ ภายใต้ต้นนโยบายสุขภาพของประเทศไทยโดยอิงตามข้อมูลภาระโรคจากงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Mental health global action programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2008.
- Murray C, Ezzati M, Flaxman A, Lim S, Lozano R, Michaud C, et al. Comprehensive systematic analysis of global epidemiology: definitions, methods, simplification of DALYs, and comparative results from the global burden of disease study 2010. *Lancet* 2012;380:2063-6.
- Burden of disease Thailand working group. Disability – adjusted life years (DALYs) 2014. Nonthaburi: International Health Policy Program, Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
- Bundhamcharoen K, Tangcharoensathien V. Burden of disease: disability adjusted life year and health adjusted life expectancy in Thailand. *Journal of Health Science* 2016;25:342-50. (in Thai)
- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the global burden of disease study 2010. *Lancet* 2013;382:1575–86.
- Bundhamcharoen K, Odton P, Phulkard S, Tangcharoensathien V. Burden of disease in Thailand: changes in health gap between 1999 and 2004. *BMC Public Health* 2011;11:53. doi: 10.1186/1471-2458-11-53.
- Burden of disease Thailand working group. Disability – adjusted life years (DALYs) 2011. Nonthaburi: International Health Policy Program, Ministry of Public Health; 2014. (in Thai)
- Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tanaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013. *Journal of Mental Health of Thailand* 2017;25:1–19. (in Thai)
- Barendregt JJ, Oortmarssen GJ, van, Vos T, Murray CJL. A generic model for the assessment of disease epidemiology: the computational basis of DisMod II. *Popul Health Metr* 2003;1:4. doi: 10.1186/1478-7954-1-4.
- Murray CJL, Lopez AD, Mathers CD, Stein C. The global burden of disease 2000 project: aims, methods and data sources. GPE Discussion Paper No. 36. Geneva: World Health Organization; 2001.
- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
- Administrative Committee for Substance Abuse Research Network (ACSAN). Status of substance abuse 2016: national household survey. Bangkok: Office of Narcotics Control Board; 2016. (in Thai)

13. Stouthard MEA, Essink-Bot ML, Bonsel GJ. Disability weights for disease: a modified protocol and result for a western Europe region. *Eur J Public Health* 2000;10:24-30.
14. Ngui EM, Khasakhala L, Ndeti D, Roberts LW. Mental disorders, health inequalities and ethics: a global perspective. *Int Rev Psychiatry* 2010;22:235-44.
15. World Health Organization. Mental health atlas 2014. Geneva: World Health Organization; 2015.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. (Text Revision). (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2000.
17. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Bedney A, et.al. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *Am J Psychiatry* 2013;170:834-51.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
19. Information and Communication Technology Center, Ministry of Public Health. Number of psychiatric patients receiving outpatient service defined by disease groups and health insurance 2017 [Internet]. Nonthaburi:Ministry of Public Health; 2017 [cited 2018 Apr 26]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format_fix_col2.php&cat_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89&id=67ce3cd10f4ed5d2b3517f1373ef273d.
20. Rehm J, Imtiaz S. A narrative review of alcohol consumption as a risk factor for global burden of disease. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2016;11:37. doi: 10.1186/s13011-016-0081-2.
21. Murray CJL, Vos T, Lozana R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 disease and injuries in 21 regions, 1990-201: a systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *Lancet* 2012;380:2197-223.
22. Kongsuk T, Supanya S, Kenbubpha K, Phimtra S, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Service for depression and suicide in Thailand. *WHO South-East Asia Journal of Public Health* 2017;6:34-8.
23. World Health Organization. Depression: Let's talk [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [Update 2017; cited 2018 May 12]. Available from: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/en/>.
24. Chong HY, Teoh SL, Kotirum S, Chiou CF, Chaiyakunapruk N. Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016;12:357-73.
25. Santesteban-Echarri O, Paino M, Rice S, Gonzalez-Blanch C, Mc Glorry P, Gleeson J, et al. Predictors of functional recovery in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clin Psychol Rev* 2017;58:59-75.
26. Soongkhang I, Prukkanone B. Effectiveness of the mental health gap action program in Thailand. *Journal of Health Science* 2014;23:427-36. (in Thai)
27. Department of Mental Health. Department of mental health annual report 2016. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2016. (in Thai)
28. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD compare [Internet]. Seattle, WA: University of Washington; 2016 [cited 2018 Mar 6]. Available from: <https://vizhub.health-data.org/gbd-compare/>.
29. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry* 2016;3:171-8.