

บทความพิเศษ

Special Article

การศึกษาตัววัดทางระบาดวิทยาในการคำนวณภาระโรคจิตเวช ในประเทศไทย

The parameters for estimating burden of mental disorders in Thailand

พณัฐนา กิตติรัตนไพบูลย์, พ.บ.¹, อธิป ตันอารีย์, พ.บ.², นพพร ตันติรังสี, ปร.ด.²
Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D.¹, Athip Tanaree, M.D.², Nopporn Tantirangsee, Ph.D.²

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์¹, โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์²
Rajanagarindra Institute of Child Deveioption¹, Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital²

บทนำ

กลุ่มโรคจิตเวชตามเกณฑ์วินิจฉัย Inter-national statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10) นั้นหมายรวมถึงทั้งโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุรา สารเสพติดซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพหนึ่งที่สำคัญ พบได้ในคนทุกภูมิภาค ทุกประเทศ และทุกสังคม ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่มักเริ่มพบตั้งแต่อายุยังน้อย และก่อให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพสูง ทำให้สูญเสียความสามารถในการทำงาน และสัมพันธ์กับการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ความเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลเสียอย่างมหาดศาลต่อระบบสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งนี้เพราะผลกระทบมิได้จำกัดเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังรวมไปถึงญาติ ผู้ดูแล และบุคคลอื่นในสังคมอีกด้วย¹ ที่สำคัญผู้ป่วยกลุ่มนี้

จำนวนมากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ ทั้งที่ในปัจจุบันมีวิธีการป้องกัน ดูแลรักษา พึ่งพิง โรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราและสารเสพติดที่มีประสิทธิผล ทำให้เกิดช่องว่างการเข้าถึงบริการสูงมาก สะท้อนถึงการจำกัดลำดับความสำคัญในการจัดบริการสุขภาพ²

ในกระบวนการพัฒนานโยบายและระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพนั้น การกำหนดหรือระบุปัญหาสุขภาพโดยเครื่องมือชี้วัดภาระโรค (burden of disease) ใช้จัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อพิจารณาวางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด มาตราวัดเป็นมาตรฐานสากลในปัจจุบัน คือ การวัดการสูญเสียปีแห่งสุขภาพที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ หรือ DALYs (disability adjusted life years) จากโรคและการบาดเจ็บ

ติดต่อผู้พิมพ์: พณัฐนา กิตติรัตนไพบูลย์; e-mail: phunnapa@hotmail.com

ของประชากร โดยแสดงถึงจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (years of life lost; YLLs) รวมกับจำนวนปีที่มิมีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (years lived with disability; YLDs) จัดเป็นการวัดสถานะสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวมที่สะท้อนปัญหาทั้งการป่วย พิการ และตายออกมาเป็นหน่วยวัดเดียวกัน จึงมีประโยชน์อย่างยิ่งในการเปรียบเทียบภาระทางสุขภาพจากโรคต่าง ๆ ที่หลากหลาย

รายงาน global burden of disease (GBD) ในปี พ.ศ. 2553³ ยืนยันถึงความสำคัญในลำดับต้นของโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติด โดยพบว่าเป็นสาเหตุของการสูญเสียดัชนีปีสุขภาวะเท่ากับร้อยละ 7.4 ของการสูญเสียดัชนีปีสุขภาวะทั้งหมด ในประเทศไทยโดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้ศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยมาต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 และพบแนวโน้มโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติดเพิ่มสูงขึ้น⁴ รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาในปี พ.ศ. 2556⁵ พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการสูญเสียสุขภาวะที่อยู่ด้วยภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (YLDs) สูงเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิง (ร้อยละ 9.8) และความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราเป็นสาเหตุของการสูญเสีย YLDs สูงเป็นอันดับหนึ่งในเพศชาย (ร้อยละ 19)

เนื่องจากกลุ่มโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติดส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการศึกษาระบาดวิทยาในกลุ่มนี้จะเน้นไปที่การหาค่า YLDs โดยคำนวณได้จากอุบัติการณ์การเกิดโรคและความผิดปกติ (disability incidence) ระยะ

เวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพนั้น ๆ (disability duration) อายุที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (age at onset) ระดับความรุนแรงของโรค หรือความผิดปกติ (disability by severity class) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจำแนกตามอายุและเพศ รวมถึงค่าถ่วงน้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (disability weight; DW) ที่ผ่านมาประเทศไทยใช้ค่าความชุกของโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติดที่ได้จากการสำรวจทางระบาดวิทยาระดับประเทศของไทยเพื่อประมาณการค่าอุบัติการณ์ของกลุ่มโรคจิตเวช ส่วนตัววัดทางระบาดวิทยาอื่นอ้างอิงจากรายงานอื่นของต่างประเทศซึ่งอาจเป็นตัวเลขที่ไม่สอดคล้องกับบริบทในประเทศไทย ดังนั้น จึงควรมีการทบทวนหาค่าตัววัดระบาดวิทยาต่าง ๆ ที่เหมาะสมในการหาค่า DALYs ของโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติดในประเทศไทย เพื่อให้ได้ขนาดของปัญหาสุขภาพจิตที่ทันสมัยและใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด นำไปสู่การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพที่ถูกต้องและแสวงหามาตรการในการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสมต่อไป

คณะทำงานดำเนินการศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บทางด้านความผิดปกติทางจิต (mental disorders)

แผนงานการพัฒนาด้านสุขภาพจิตและการบาดเจ็บทางสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับนักวิชาการกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และอาจารย์จิตแพทย์จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จึงได้ร่วมกันดำเนินการภายใต้คณะทำงานดำเนินการ

ศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บทางด้านความผิดปกติทางจิต (mental disorders) ในการศึกษาแนวทางการคำนวณภาวะโรคทางจิตเวชในประเทศไทย เพื่อวางแผนทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวชที่สำคัญและพบบ่อย โดยแบ่งการทำงานเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (depressive disorders และ bipolar disorder) กลุ่มที่ 2 กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราและสารเสพติด (alcohol use disorders และ drug use disorders) กลุ่มที่ 3 กลุ่มโรควิตกกังวลและโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (anxiety disorders และ post-traumatic stress disorder) และ กลุ่มที่ 4 กลุ่มโรคจิตเภท (schizophrenia) แต่ละกลุ่มดำเนินการทบทวนวรรณกรรมโดยกำหนดค่าสำคัญและค่าตัวกรองเพื่อใช้สืบค้นข้อมูลตัววัดทางระบาดวิทยาที่เหมาะสมและจำเป็นในการคำนวณค่า DALYs ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ในแต่ละโรคดังต่อไปนี้

- 1) ค่าความชุก (prevalence) รวมและแยกรายเพศและกลุ่มอายุ
- 2) แนวโน้มความชุกของโรค
- 3) สัดส่วนของระดับความรุนแรงของโรค (severity distribution) เป็นการกระจายของระดับความรุนแรงในผู้ที่มีอาการครบตามเกณฑ์ของโรคนั้น ๆ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ เล็กน้อย (mild) ปานกลาง (moderate) และมาก (serious)
- 4) อายุที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (age of onset) คือ อายุที่เริ่มมีอาการครบตามเกณฑ์ของโรคนั้น ๆ เป็นครั้งแรก
- 5) ระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (disability duration until remission) คือ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยจนกระทั่งหายจากโรค

6) การดำเนินของโรค เช่น จำนวนครั้งของการป่วยในชั่วชีวิต (episodes) อัตราการหาย (remission rate)

7) ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการตาย (relative risk of mortality) คือค่าความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตเมื่อป่วยเป็นโรคนั้น ๆ เมื่อเทียบกับคนที่ไม่ป่วยเป็นโรคนั้น ๆ และ

8) ค่าถ่วงน้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (disability weight) ที่ประมาณความสูญเสียทางสุขภาพจากการเจ็บป่วยและความพิการที่เกิดขึ้นจากโรคต่าง ๆ เป็นค่าที่บ่งบอกความรุนแรงของโรคและภาวะทุพพลภาพที่ส่งผลต่อผู้ป่วย มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 1 (ศูนย์ หมายถึง เสียชีวิต และ 1 หมายถึง ภาวะสุขภาพสมบูรณ์)

การศึกษาครั้งนี้ทำการสืบค้นงานวิจัยตั้งแต่ปี 1990 จนถึงปัจจุบัน จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (ScienceDirect, PubMed, Scopus, BMJjournals, Wiley Online Library, SpringerLink) ฐานข้อมูลของมหาวิทยาลัยทางการแพทย์ องค์กรหรือหน่วยงานต่าง ๆ (University of Cambridge, Oxford University, WHO, ResearchGate, Canadian Medical Association: CMAJ, the Public Library of Science: PLoS ONE, The Royal College of Psychiatrists: BJPsych) จากนั้นคัดกรองเรื่องจากการอ่านชื่อเรื่องและบทคัดย่อ แล้วจึงค้นหางานวิจัยฉบับเต็มของเรื่องที่เกี่ยวข้อง และสืบค้นเพิ่มเติมจากหนังสือหรือตำราวิชาการในห้องสมุดของโรงพยาบาลและหรือมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ดำเนินการสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับเรื่องที่ทำการศึกษา โดยยึดตามระเบียบวิธีการของ Preferred Reporting Items for Systematic

reviews and Meta-Analyses (PRISMA)⁶ และเกณฑ์การประเมินคุณภาพของหลักฐานการวิจัยและความถูกต้องของข้อมูล (critical appraisal) ได้แก่ รูปแบบการศึกษา จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มประชากรที่ศึกษา เกณฑ์การวินิจฉัยหรือประเมินผล เครื่องมือที่ใช้การวิเคราะห์ทางสถิติ และบริบทอื่น ๆ เช่น ประเทศที่ทำการศึกษา

ผลการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล ผ่านเวทีแลกเปลี่ยน นำเสนอและกระบวนการวิจัยถึงคุณภาพของแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เปรียบเทียบคุณภาพและค่าที่ได้จากแหล่งข้อมูลจากประเทศไทย (ถ้ามี) กับแหล่งข้อมูลจากต่างประเทศ โดยคณะทำงานและผู้เชี่ยวชาญเป็นระยะรวม 6 ครั้ง ตั้งแต่วันที่ 27 กรกฎาคม 2559 ถึง 14 มิถุนายน 2560 รายงานผลการทบทวนแต่ละกลุ่มโรค ผ่านการพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะโดยผู้ทรงคุณวุฒิของแผนงานการพัฒนาศักยภาพทางสุขภาพเพื่อการพัฒนา นโยบาย โครงการผ่านการรับรอง

จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

กระบวนการและความสำคัญของกลุ่มโรคที่คัดเลือก

ผลการคัดเลือกงานวิจัยตามระเบียบวิธีการ PRISMA ของแต่ละกลุ่มโรค แสดงดังตารางที่ 1 ความสำคัญของกลุ่มโรคที่คัดเลือกมีดังนี้

กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ ครอบคลุมถึงโรคซึมเศร้า (major depressive disorder; MDD) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia) และโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder; BD) เป็นกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุที่สำคัญของ DALYs ทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก แม้จะไม่ได้เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตโดยตรงและมีอัตราการตายสูง แต่เนื่องจากความชุกของโรคในประชากรทั่วไปและโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง⁷ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอัตราเข้าถึงบริการและคุณภาพของการรักษา สถานการณ์ความเครียด และสภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ

ตารางที่ 1 ผลการสืบค้นและคัดเลือกวรรณกรรมตามระเบียบวิธีการของ Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA)⁶

กลุ่มโรค	จำนวนบทความ (เรื่อง)				
	สืบค้น		คัดกรอง	เข้าเกณฑ์	ทบทวน
	database	แหล่งอื่น			
กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์	1,423	3	1,426	60	45
กลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติด	1,028	12	1,032	74	47
กลุ่มโรควิตกกังวลและโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ	891	7	898	47	29
กลุ่มโรคจิตเภท	14,100	0	14,100	24	6

กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุรา สารเสพติด ปัญหาที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อไม่เพียงต่อตัวผู้เสพเองแต่ยังส่งผลถึงสังคมในวงกว้าง ทั้งปัญหาสุขภาพกาย ปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวชร่วม อุบัติเหตุ และความรุนแรงต่าง ๆ โดยเฉพาะความชุกของผู้ใช้สุราและสารเสพติดของประเทศไทยในกลุ่มเยาวชนมีแนวโน้มสูงขึ้น มีอายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้น้อยลง^{8,9} และมีอัตราการเข้าสู่กระบวนการรักษาต่ำ¹⁰ ในการศึกษาที่ครอบคลุมถึงสุราและสารเสพติดที่สำคัญ 3 ประเภท ได้แก่ สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน กัญชา และฝิ่น (opioid)

กลุ่มโรควิตกกังวลและโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ แม้จะมีความชุกค่อนข้างสูง แต่เนื่องจากมีอัตราการเข้าสู่บริการบำบัดรักษาต่ำ¹⁰ อีกทั้งยังมีถูกละเลยจากการตรวจวินิจฉัยในสถานบริการทางสาธารณสุขทั่วไป จึงอาจส่งผลให้เพิ่มโอกาสในการเป็นเรื้อรังหรืออัตราการเกิดซ้ำสูง และมีความสัมพันธ์กับโรคทางกายร่วม

กลุ่มโรคจิตเภท ในอดีตถือเป็นกลุ่มโรคที่ก่อให้เกิดความบกพร่องต่อคุณภาพชีวิตเป็นอย่างมาก เนื่องจากตัวโรคส่งผลกระทบต่อความสามารถในการรับรู้สิ่งต่าง ๆ ตามสภาพความเป็นจริง การใช้เหตุผลและความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น นอกจากนี้ยังเป็นโรคที่ความเรื้อรังสูง เห็นได้จากแนวโน้มความชุกที่ค่อนข้างคงที่ตลอดชั่วชีวิต¹¹ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันมีการพัฒนาวิธีการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาได้เร็วขึ้น อีกทั้งมีการพัฒนาวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้โอกาสการหายจากโรคมากขึ้น ความรุนแรงของโรคลดลงและผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อพิจารณาประเด็นเฉพาะ

1. ข้อมูลความชุกโรคจิตเวชจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติ

การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตระดับชาติของกรมสุขภาพจิตเริ่มดำเนินการทุก 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541¹² และเริ่มมีการนำข้อมูลความชุกของโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราจากรายงานการสำรวจระดับชาติปี พ.ศ. 2546¹³, พ.ศ. 2551¹⁴ และ พ.ศ. 2556¹⁰ มาใช้ในการคำนวณภาระโรค ซึ่งการศึกษาทั้งสามครั้งมีวิธีการศึกษาและเครื่องมือที่เปลี่ยนแปลงไป โดยการสำรวจในครั้งที่ 2 ปี พ.ศ. 2546 และครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. 2551 ใช้เครื่องมือวินิจฉัยโรค Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)¹⁵ ได้ข้อมูลความชุกของโรคจิตเวชที่สำคัญที่มีประโยชน์ในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพของประเทศ แต่มีข้อจำกัดของเครื่องมือที่ต้องใช้ทักษะด้านคลินิกอย่างมากและเหมาะกับการใช้งานทางคลินิกมากกว่าการวิจัยเชิงสำรวจ ดังนั้นในการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2556 จึงนำหลักการของทีมสำรวจสุขภาพจิตโลกที่ใช้สำรวจระดับชาติสุขภาพจิตในกว่า 30 ประเทศทั่วโลกมาใช้โดยเป็นการสำรวจภาคตัดขวางในประชากรไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่อาศัยในครัวเรือนส่วนบุคคลทั่วประเทศ ใช้เครื่องมือ World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview 3.0 (WMH-CIDI3.0)^{16,17} สามารถวิเคราะห์ข้อมูลความชุก อายุที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ และสัดส่วนระดับความรุนแรงได้ โดยเฉพาะในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ กลุ่มโรควิตกกังวลและโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และกลุ่มโรคความผิดปกติของพฤติกรรม

ตีมูลค่าและใช้สารเลฟติด แต่อาจมีข้อจำกัดในข้อมูลที่มีความชุกน้อยในชุมชนหรือมักพบอาการน้อย ไม่สอดคล้องกับข้อมูลทางคลินิกที่ศึกษาในสถานพยาบาล เช่น กลุ่มโรคจิตเภทซึ่งมีอัตราการรักษาในสถานพยาบาลสูงกว่ากลุ่มโรคอื่นอย่างไรก็ตามของโรคจิตเวชและความผิดปกติพฤติกรรมตีมูลค่าจากรายงานการสำรวจระบาดวิทยาปี พ.ศ. 2556 นี้ถือเป็นข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้มากที่สุดในฐานะตัวแทนของประชากรไทยและสามารถใช้เปรียบเทียบกับนานาชาติได้

2. วิธีการประมาณการค่า DALYs ของ GBD

การประมาณค่า DALYs ตามการศึกษา GBD นั้นมีการปรับปรุงระเบียบวิธีวิจัยเรื่อยมาโดยมีแนวโน้มใช้วิธีที่เรียบง่ายและสอดคล้องกับสถานการณ์ของโรคในปัจจุบันมากขึ้น การปรับปรุงที่สำคัญ ได้แก่ การไม่คิดค่าลดทอน (discount rate) และการปรับปรุงวิธีการคำนวณ YLDs โดยในการศึกษา GBD2010¹⁸ ใช้สูตรความชุก (prevalence YLDs) แทนที่สูตรอุบัติการณ์ (incidence YLDs) ที่ใช้แต่เดิมในการศึกษา GBD ครั้งก่อน ๆ ซึ่ง incidence YLDs ต้องอาศัยข้อมูลระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพประกอบในการคำนวณ ในขณะที่สูตร prevalence YLDs ไม่จำเป็นต้องใช้ข้อมูลตัววัดดังกล่าว ทำให้การคำนวณ YLDs ทำได้ง่ายขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการคำนวณ YLDs ในประเทศไทย⁵ ซึ่งยังคงใช้สูตร incidence YLDs ตลอดจนถึงการศึกษาครั้งล่าสุด จึงมีทั้งจุดแข็งและจุดอ่อนในระเบียบวิธีการคำนวณ จุดแข็งได้แก่ การใช้วิธีคำนวณเดิมทำให้สามารถเปรียบเทียบแนวโน้ม DALYs ของ

แต่ละโรคในประเทศไทยได้ ขณะที่จุดอ่อนคือ ผลการศึกษาอาจไม่สามารถเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศได้ อีกทั้งสูตร incidence YLDs ต้องอาศัยข้อมูลทั้งอุบัติการณ์และระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ซึ่งการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของประเทศไทยมีข้อมูลเพียงบางกลุ่มโรค เช่น กลุ่มโรควิตกกังวล ขณะที่กลุ่มโรคจิตเภทซึ่งมักมีอาการเรื้อรัง จึงไม่สามารถระบุระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องได้ชัดเจน ต้องมีการคำนวณตัววัดทั้งสองนี้โดยทางอ้อมด้วยโปรแกรม DISMOD ในการศึกษา DALYs ครั้งต่อไปจึงต้องพิจารณาระหว่างความสอดคล้องกับข้อมูลของประเทศไทยในครั้งก่อนๆ กับความทันสมัยและสอดคล้องกับการศึกษาในระดับนานาชาติ

สำหรับตัววัดทางระบาดวิทยาอื่นๆ ได้แก่ อัตราการตาย และค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิต และ ค่าถ่วงน้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพนั้น ยังไม่มีการศึกษาในระดับประเทศไทยในทั้ง 4 กลุ่มโรค เนื่องจากจากตัววัดเหล่านี้มาจากการศึกษาที่ติดตามผู้ป่วยในระยะยาว หรือใช้ระบบจัดเก็บข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ซึ่งมีต้นทุนในการดำเนินการสูง จึงเป็นโอกาสในการพัฒนาการศึกษาวิจัยในประเทศไทยต่อไป ทั้งนี้การศึกษา DALYs ของโรคทางจิตเวชในปัจจุบันจึงจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลตัววัดเหล่านี้จากการศึกษาในต่างประเทศ โดยมีการประเมินทั้งคุณภาพของหลักฐานการวิจัยและบริบทที่ใกล้เคียงกับประชากรไทย

3. ภาระโรคจากกลุ่มโรคจิตเวชเด็ก

การศึกษา DALYs ของประเทศไทยที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษากลุ่มโรคจิตเวชในเด็ก เช่น โรคสมาธิสั้น (attention-deficit/hyperactivity disorder) โรคความผิดปกติ

ปกติทางความประพฤติ (conduct disorder) และกลุ่มโรคออทิสติก (autism and Asperger's syndrome) กลุ่มโรคเหล่านี้พบได้ตั้งแต่วัยเด็ก และอาจมีอาการคงอยู่หรือหลงเหลือในวัยผู้ใหญ่ ส่งผลต่อความสามารถในการใช้ชีวิต การทำงาน และการเข้าสังคมจากการศึกษา GBD2010³ พบว่ากลุ่มโรคเหล่านี้เป็นสาเหตุร้อยละ 8 ของ DALYs ที่เกิดจากกลุ่มโรคทางจิตเวชทั้งหมดหรือคิดเป็น 200 DALYs ต่อประชากร 100,000 คน ดังนั้นการศึกษา DALYs ของกลุ่มโรคจิตเวชในเด็กจึงมีความสำคัญและจำเป็นต่อการวางแผนและติดตามนโยบายการให้บริการสุขภาพจิตที่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัยอย่างแท้จริง รวมทั้งกลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมการกิน (eating disorders) ที่พบมากในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น และคำนึงถึงภาระโรคในเด็กจากกลุ่ม idiopathic intellectual disability ที่การศึกษาในไทยจัดแยกอยู่ในกลุ่มความผิดปกติแต่กำเนิด

ข้อจำกัดของการศึกษา

ขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมในการศึกษาครั้งนี้ ยังไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก เช่น การทำ meta-analysis ได้ เนื่องจากจากหัวข้อการศึกษาที่ครอบคลุมหลายกลุ่มโรคและตัววัดที่หลากหลาย รวมทั้งการศึกษาในระดับประเทศยังมีข้อมูลจำกัด แต่เป็นโอกาสที่จะได้มีการพัฒนางานวิจัยเรื่องนี้ในประเทศไทยต่อไป

สรุป

การศึกษานี้ได้เสนอค่าตัววัดทางระบาดวิทยาที่จำเป็นในการคำนวณภาระโรคสำหรับประเทศไทย 4 กลุ่มโรคที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับข้อมูลนานาชาติและบริบทสังคมเศรษฐกิจอื่นที่ใกล้เคียงกัน และได้เสนอประเด็นที่จำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมสำหรับตัววัดทางระบาดวิทยาที่ยังไม่มีรายงานในประเทศไทย รายละเอียดบทความปริทัศน์ ตัววัดทางระบาดวิทยาเพื่อคำนวณภาวะโรคจิตเวช 4 กลุ่มโรค รายงานในวารสารเล่มเดียวกันนี้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณแผนงานการพัฒนาศึกษาภาวะทางสุขภาพเพื่อการพัฒนานโยบาย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME, editors. Disease control priorities: mental, neurological, and substance use disorders. Vol. 4. 3rd ed.: Washington, DC: World Bank; 2016. doi:10.1596/978-1-4648-0426-7.
2. World Health Organization. Mental health gap action programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. 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.

4. Bundhamcharoen K, Odton P, Phulkerd S, Tangcharoen-sathien V. Burden of disease in Thailand: changes in health gap between 1999 and 2004. *BMC Public Health* 2011;11:53.
5. Burden of disease Thailand working group. Disability - adjusted life years (DALYs) 2014. Nonthaburi: International Health Policy Program, Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
6. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group P. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* 2009;6:e1000097.
7. Eaton WW, Shao H, Nestadt G, Lee BH, Bienvenu OJ, Zandi P. Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:513-20.
8. Assanangkornchai S, Pattanasattayawong U, Samangri N, Mukthong A. Substance use among high-school students in southern Thailand: trends over 3 years (2002-2004). *Drug Alcohol Depend* 2007;86:167-74.
9. Tantirangsee N, Assanangkornchai S, Geater AF. Trends and associated factors of alcohol consumption among Southern Thai adolescents, 2003–2009. *IJADR* 2014;3:219-25.
10. 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)
11. Simeone JC, Ward AJ, Rotella P, Collins J, Windisch R. An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990-2013: a systematic literature review. *BMC Psychiatry* 2015;15:193.
12. Bunditchate A, Saosarn P, Kitiruksanon P, Chutha W. Epidemiology of mental disorders among Thai people. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2001;46:335-43. (in Thai)
13. 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;12:177-88. (in Thai)
14. Pengjuntr W, Kongsuk T, Kittirattanapaiboon P, Chutha W, Boonyamarik P, Arunpongpaisan S, et al. Prevalence of mental disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2010. (in Thai)
15. Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59:22-33.
16. 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.
17. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, De Girolamo G, Guyer ME, Jin R, et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO world mental health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2006;15:167-80.
18. Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *Lancet* 2013;380:2197-223.