

บทความปริทัศน์

Review Article

ตัววัดทางระบาดวิทยาเพื่อคำนวณภาระโรคความผิดปกติของพฤติกรรม ดื่มสุราและใช้สารเสพติดในประเทศไทย

The parameters for calculating the burden of alcohol and drug use disorders in Thailand

อธิป ตันอารีย์, พ.บ.¹, ส่วิตรี อัสฌางค์กรชัย, พร.ด.², จิราลักษณ์ นนทาร์กษ์, วท.ม.²
Athip Tanaree, M.D.¹, Sawitree Assanangkornchai, Ph.D.², Jiraluck Nontarak, M.Sc.²

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์¹, หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์²
Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital¹, Epidemiology Unit, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อหาตัววัดทางระบาดวิทยาที่เหมาะสมในการคำนวณภาระโรคความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol use disorders; AUD) และใช้สารเสพติด (drug use disorders; DUD)

วัสดุและวิธีการ ทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูล MEDLINE และ Google Scholar ที่ตีพิมพ์หลังปี ค.ศ. 1997 จากนั้นคัดกรองเรื่องจากการอ่านชื่อเรื่องและบทคัดย่อ สืบค้นหางานวิจัยฉบับเต็มของเรื่องที่เกี่ยวข้องและสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับเรื่องที่ศึกษา

ผล AUD และ DUD มีความชุกหนึ่งปีของโรคอยู่ในช่วงร้อยละ 0.2-4.6 และ 0.0-2.0 ระดับความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับปานกลางและรุนแรงมาก อายุที่เริ่มเกิดโรคอยู่ในช่วง 14.0-30.5 ปี และ 15.0-24.7 ปี ระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพอยู่ในช่วง 1.8-3.7 ปี และ 1.6-4.3 ปี และอัตราการหายรายปีร้อยละ 34-89 และ 5-45 ตามลำดับ ผู้ป่วย AUD มีความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิต 1.8-4.6 เท่าของผู้ที่ไม่ได้เป็นโรค ส่วนผู้ป่วย DUD มีอัตราการเสียชีวิต 3.2-18.6 เท่าของประชากรทั่วไป

สรุป ตัววัดทางระบาดวิทยาเพื่อคำนวณภาระโรคความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติดที่มีการศึกษาในประเทศไทยที่เชื่อถือได้และมีระเบียบวิธีการวิจัยเป็นมาตรฐานโลก ได้แก่ ความชุกและอายุที่เริ่มเกิดโรคส่วนตัววัดทางระบาดวิทยาอื่นๆ ได้แก่ สัดส่วนความรุนแรง ระยะเวลา อัตราการหาย และความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิต ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในประเทศไทยให้มากที่สุด

คำสำคัญ: ภาระโรค ตัววัดทางระบาดวิทยา ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา ความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติด

ติดต่อผู้พิมพ์: อธิป ตันอารีย์; e-mail: atanaree@gmail.com

Abstract

Objective To identify the appropriate parameters for calculating disease burden of alcohol use disorders (AUD) and drug use disorders (DUD).

Material and method The literatures were searched through MEDLINE database and Google Scholar, using relevant keywords. Literatures published after the 1997 were identified and subsequently screened for relevancy to the study. Finally, full-text publications were systematically reviewed and synthesized according to each subtopic.

Results One-year prevalence of AUD and DUD were between 0.2%-4.6% and 0.0%-2.0% respectively. Individuals with AUD were mostly in moderate categories while persons with DUD were largely in moderate and severe categories. The age of onset of AUD and DUD were between 14.0-30.5 years and 15.0-24.7 years, with duration of each episode between 1.8-3.7 years and 1.6-4.3 years, and remission rate at one year after onset between 34%-89% and 5%-45% respectively. Relative risk of mortality among individuals with AUD was 1.8-4.6, compared to those without disorders, while mortality rate among those with DUD was 3.2-18.6 folds of general population.

Conclusion Prevalence and age of onset of AUD and DUD are available in Thailand and comparable to international studies, thus should be used for disease burden estimation. The future research should be focused on other parameters that are not yet available in Thailand.

Key words: burden of disease, parameters, alcohol use disorders, drug use disorders

Correspondence author: Athip Tanaree; e-mail: atanaree@gmail.com

บทนำ

ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol use disorders; AUD) และใช้สารเสพติด (drug use disorders; DUD) ส่งผลกระทบต่อสังคมโดยรวม เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยทางกายและทางจิต การบาดเจ็บ การทำร้ายร่างกาย อุบัติเหตุและการเสียชีวิต ส่งผลให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจที่สำคัญ¹ เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคที่เรื้อรังและส่งผลกระทบต่อความบกพร่องของความสามารถในการทำงานและการ

ใช้ชีวิต อีกทั้งมักเกิดตั้งแต่อายุน้อย และยังเป็นกลุ่มโรคที่สามารถป้องกันได้ ดังนั้น การประเมินภาระทางสุขภาพของโรคกลุ่มนี้จะทำให้ทราบขนาดของปัญหา เพื่อการวางแผนและจัดสรรทรัพยากรเพื่อใช้ในการป้องกันและบำบัดรักษาต่อไป

ในปี พ.ศ. 2553 องค์การอนามัยโลก ได้รายงานสถานการณ์ภาระโรคทั่วโลก (global burden of disease; GBD) พบว่า AUD และ DUD เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability

adjusted life years; DALYs) 18 ล้านปีและ 20 ล้านปีตามลำดับ² โดยส่วนใหญ่เป็นการสูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (years lived with disability; YLDs) มากกว่าการสูญเสียจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (year of life lost; YLLs) ในประเทศไทยโดยสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศได้รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยมาตั้งแต่ พ.ศ. 2542 โดยในปี พ.ศ. 2557 พบว่า AUD และ DUD เป็นสาเหตุของการสูญเสีย YLDs ในเพศชายอันดับหนึ่งและอันดับ 10 ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิง AUD เป็นสาเหตุของการสูญเสีย YLDs อันดับ 12³ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากสภาพสังคมและสถานการณ์การเจ็บป่วยของประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรค จึงควรมีการทบทวนการศึกษาภาระโรคในประเทศไทยโดยใช้แหล่งข้อมูลที่ทันสมัยและสอดคล้องกับบริบทในประเทศ

การสำรวจภาวะจิตเวชสุขภาพจิตของคนไทยครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2556 (Thailand national mental health survey 2013; TNMHS2013)⁴ ได้มีการนำเครื่องมือ World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI) ที่ใช้ในการสำรวจภาวะจิตเวชสุขภาพจิตโลก (World Mental Health Survey) มาใช้เป็นครั้งแรกเพื่อใช้ประเมินความชุกและข้อมูลทางระบาดวิทยาที่สำคัญของโรคจิตเวชรวมถึงความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุราและใช้สารเสพติดตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 และ DSM-IV^{5,6} ทำให้ได้ข้อมูลที่ทันสมัยและมีความถูกต้องเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ประเทศไทย

ยังไม่มีการศึกษาตัววัดทางระบาดวิทยาอื่นๆ ที่จำเป็นในการคำนวณภาระโรค ได้แก่ ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิตจากโรค (relative risk of mortality) อัตราการหาย (remission rate) และค่าถ่วงน้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (disability weight; DW)

ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาตัววัดทางระบาดวิทยาในการคำนวณภาระโรคความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุราและใช้สารเสพติดที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยมากที่สุด

วัสดุและวิธีการ

ทบทวนและสังเคราะห์บทความทางวิชาการ โดยสืบค้นจากฐานข้อมูล MEDLINE สำหรับเอกสารภาษาอังกฤษ และ Google Scholar สำหรับเอกสารภาษาไทย กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นคือ alcohol use disorders และ/หรือ drug use disorders ร่วมกับตัววัดทางระบาดวิทยา ได้แก่ ความชุก (prevalence) สัดส่วนของระดับความรุนแรงของโรค (severity distribution) อายุที่เริ่มป่วยหรือมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (age of onset) จำนวนครั้งของการป่วยในชั่วชีวิต (lifetime episode) และระยะเวลาที่เจ็บป่วยหรือมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (duration of illness) อัตราการหาย (remission rate) ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิตจากโรค (relative risk of mortality) และค่าถ่วงน้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (disability weight) โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกบทความเช่นเดียวกับการศึกษาค่าภาระโรคของกลุ่มโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ในประเทศไทยดังที่กล่าวไว้ในบทความพิเศษของวารสารเล่มนี้

ผล

ความชุกของโรค

ในการสำรวจ TNMHS2013 ได้ประมาณความชุกของ AUD และ DUD โดยแบ่งการวินิจฉัยเป็นการดื่มสุราในทางที่ผิด (alcohol abuse) การติดสุรา (alcohol dependence) การใช้สารเสพติดในทางที่ผิด (drug abuse) และการติดสารเสพติด (drug dependence) พบว่าความชุกของ alcohol abuse และ dependence ในช่วง 1 ปีของประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 3.5 และ 1.8 ตามลำดับ⁴ เมื่อเทียบกับผลการสำรวจในต่างประเทศที่ใช้เครื่องมือวินิจฉัย WMH-CIDI เช่นเดียวกัน (ตารางที่ 1) พบว่าอยู่ระดับใกล้เคียงกับประเทศสหรัฐอเมริกา (ร้อยละ 3.1 และ 1.3 ตามลำดับ)⁷ ต่ำกว่าประเทศในแถบยุโรป⁸ ออสเตรเลีย⁹ และแอฟริกาใต้¹⁰ และสูงกว่าประเทศในแถบเอเชีย¹¹⁻¹⁴ และไนจีเรีย¹⁵ ส่วนความชุก

ของ drug abuse และ dependence ในช่วง 1 ปีของประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 0.3 และ 0.3 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับการสำรวจจากต่างประเทศพบว่าต่ำกว่าประเทศในแถบยุโรป⁸ และอเมริกา⁷ แต่สูงกว่าประเทศในแถบเอเชียเล็กน้อย¹¹⁻¹⁴

สัดส่วนของระดับความรุนแรงของโรค

ในการประมาณสัดส่วนความรุนแรงของโรคจากการสำรวจระบาดวิทยาในระเทศต่าง ๆ นั้น พบว่าบางการศึกษา^{4,16,17} เป็นเพียงการแบ่งตามการวินิจฉัย โดยถือว่า alcohol/drug dependence มีความรุนแรงกว่า alcohol/drug abuse ส่วนการศึกษาของประเทศจีน¹¹ ญี่ปุ่น¹⁸ และสหรัฐอเมริกา⁷ มีการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคโดยประเมินจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชร่วมกับผลกระทบต่อนหน้าที่การงานหรือการใช้ชีวิตในสังคมโดยใช้แบบประเมิน

ตารางที่ 1 ความชุกในช่วง 1 ปีและช่วงชีวิตของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (AUD) และใช้สารเสพติด (DUD)

ปีที่สำรวจ (ค.ศ.)	ประเทศ	ความชุก หน่วย: ร้อยละ (S.E.)							
		alcohol abuse		alcohol dependence		drug abuse		drug dependence	
		1 ปี	ช่วงชีวิต	1 ปี	ช่วงชีวิต	1 ปี	ช่วงชีวิต	1 ปี	ช่วงชีวิต
1996	เนเธอร์แลนด์ ⁶	4.6 (0.2)	11.7 (0.4)	3.7 (0.2)	5.5 (0.3)	0.5 (0.1)	1.5 (0.1)	0.8 (0.1)	1.8 (0.2)
1997	ออสเตรเลีย ⁹	1.9 (0.2)	-	4.1 (0.3)	-	1.0 (0.1)	-	2.0 (0.2)	-
2001-2002	จีน ¹¹	1.6 (0.4)	-	0.6 (0.1)	-	0.1 (0.0)	-	0.0 (0.0)	-
2001-2003	สหรัฐอเมริกา ⁷	3.1 (0.3)	-	1.3 (0.2)	-	1.4 (0.1)	-	0.4 (0.1)	-
2001-2003	ไนจีเรีย ¹⁵	0.5 (0.2)	2.8 (0.5)	0.2 (0.1)	0.1 (0.0)	0.2 (0.1)	1.0 (0.3)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)
2002-2003	ญี่ปุ่น ¹²	1.6 (0.2-3.0)*	-	0.4 (0.0-0.8)*	-	0.1 (0.0-0.3)*	-	0.1 (0.0-0.3)*	-
2002-2004	แอฟริกาใต้ ¹⁰	4.5 (0.4)	-	1.2 (0.2)	-	1.4 (0.2)	-	0.1 (0.1)	-
2006-2007	เกาหลีใต้ ¹³	2.5 (0.2)	9.2 (0.5)	3.2 (0.5)	7.0 (0.9)	-	-	-	-
2009-2010	สิงคโปร์ ¹⁴	0.5 (0.1)	3.1 (0.3)	0.3 (0.1)	0.5 (0.1)	-	-	-	-
2013	ไทย ⁴	3.5 (0.6)	13.9 (0.9)	1.8 (0.5)	4.1 (0.9)	0.3 (0.1)	2.8 (0.5)	0.3 (0.0)	1.3 (0.3)

S.E. = standard error, * 95% confidence interval

Sheehan Disability Scale (SDS) และ/หรือ Global Assessment of Functioning Scale (GAF) ส่วนการประมาณสัดส่วนของระดับความรุนแรงของในการศึกษา GBD2013¹⁹ นั้นจะมีระเบียบวิธีการที่แตกต่างออกไป กล่าวคือมีการใช้ข้อมูลคุณภาพชีวิตจากแบบประเมิน the 12-item Short Form (SF-12) ที่ร่วมเก็บในการสำรวจระดับความรุนแรงของโรคจิตเวช โดยนำคะแนน SF-12 มาแปลงเป็นค่า DW เพื่อเทียบกับช่วงค่า DW ที่กำหนดไว้ตามสถานะสุขภาพต่างๆ ตามเกณฑ์ของ GBD ความรุนแรงที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับผลกระทบต่อหน้าที่และการใช้ชีวิตประจำวันและการเกิดอาการทางจิต โดยมีการควบคุมปัจจัยของการมีโรคร่วมเพื่อไม่ให้สัดส่วนความรุนแรงโน้มเอียงไปยังระดับรุนแรงมาก

ในการศึกษา GBD2013 สัดส่วนความรุนแรงของ AUD และ DUD ส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับความรุนแรงน้อยมากหรือไม่มีอาการ (ร้อยละ 90.2 และร้อยละ 50.4-57.9 ตามลำดับ) ส่วนระดับรุนแรงมากมีสัดส่วนน้อยที่สุด ในขณะที่ประเทศจีนและญี่ปุ่นพบว่า AUD ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มรุนแรงน้อย (ร้อยละ 59.9-63.5) และระดับรุนแรงมาก (ร้อยละ 22.0-28.5) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าสัดส่วนระดับความรุนแรงในกลุ่ม alcohol และ drug abuse ใกล้เคียงกันทั้งสามระดับ (รุนแรงน้อยร้อยละ 31.5, รุนแรงปานกลางร้อยละ 39.7 และรุนแรงมากร้อยละ 28.9) ส่วนในกลุ่ม alcohol dependence นั้นร้อยละ 65.7 เป็นระดับรุนแรงปานกลางและร้อยละ 34.3 เป็นระดับรุนแรงมาก ในกลุ่ม drug dependence ร้อยละ 43.5 เป็นระดับรุนแรงมากและร้อยละ 56.5 เป็นระดับรุนแรงปานกลาง

สำหรับการสำรวจระดับความรุนแรงของโรคโดยตรงและพบ alcohol abuse มีสัดส่วนมากกว่า alcohol dependence (ร้อยละ 66 และ 34 ตามลำดับ) ส่วน drug abuse และ dependence มีสัดส่วนเท่าๆ กัน

อายุที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ

Behrendt และคณะ²⁰ ติดตามกลุ่มตัวอย่างอายุ 14-24 ปีเป็นระยะเวลา 10 ปี พบว่าช่วงอายุที่เริ่มเกิด alcohol abuse และ dependence อยู่ระหว่าง 14-18 ปี และ 15-19 ปี ช่วงอายุที่เริ่มเกิด cannabis abuse และ dependence อยู่ระหว่าง 15-20 ปี และ 15-18 ปี ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Hasin และคณะ²¹ ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจ US National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) ที่พบว่าอายุเฉลี่ยที่เริ่มเกิด alcohol dependence (21.9 ปี) น้อยกว่าอายุเฉลี่ยที่เริ่มเกิด alcohol abuse (22.5 ปี)

ผลการสำรวจ TNMHS2013⁴ ของไทยพบอายุเฉลี่ยที่เริ่มเกิด alcohol abuse และ dependence เท่ากับ 27.4 ปี และ 30.5 ปี ตามลำดับ อายุเฉลี่ยที่เริ่มเกิด cannabis abuse คือ 18.9 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มเกิด amphetamine abuse และ dependence ไม่ต่างกันคือ 24.7 ปี และอายุเฉลี่ยที่เริ่มเกิด opioid abuse และ dependence เท่ากับ 23.0 ปีและ 24.0 ปี ตามลำดับ

ระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพและจำนวนครั้งของการป่วยในช่วงชีวิต

Hasin และคณะ²¹ วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจ NESARC พบว่าระยะเวลาที่เป็น alcohol

abuse และ alcohol dependence ในครั้งที่เป็นนานที่สุดมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.7 ปีและ 3.7 ปีตามลำดับ โดยร้อยละ 72 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นครึ่งเดียวตลอดชีวิต มีระยะเวลาเฉลี่ยของการเป็นโรคเท่ากับ 2.7 ปีและ 3.4 ปีตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้ที่เป็นโรคมกกว่าหนึ่งคร้งตลอดชีวิตพบว่า alcohol abuse และ dependence มีจำนวนคร้งเฉลี่ยในการเป็นโรคเท่ากับ 5.2 และ 5.1 คร้งตลอดชีวิต ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยในการเป็นโรคแต่ละคร้งเท่ากับทั้งสองโรคคือ 2.4 ปี

Rehm และคณะ²² ได้ประมาณระยะเวลาการเป็น alcohol dependence ด้วยข้อมูลจากการสำรวจ NERSARC พบว่าตัววัดที่ได้จากการประมาณโดยนับช่วงเวลาตั้งแต่เกิดโรคจนกระทั่งไม่มีอาการใดๆ ของโรคหลงเหลืออยู่เลย (full remission) มีการดำเนินโรคไม่สอดคล้องกับตัววัดทางระบาดวิทยาอื่นๆ ได้แก่ ความชุก อุบัติการณ์ อัตราการหาย และอัตราการเสียชีวิต กล่าวคือระยะเวลายาวนานเกินไปเนื่องจากรวมช่วงเวลาที่ยังมีอาการของโรคหลงเหลืออยู่บ้าง (partial remission) เข้าไปด้วย ผู้วิจัยจึงทดลองคำนวณระยะเวลาการเป็นโรคโดยใช้แบบจำลองทางสถิติ (DISMOD) เพื่อให้สอดคล้องกับตัววัดทางระบาดวิทยาอื่นๆ ผลการคำนวณพบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยในการเป็นโรคสั้นกว่าตัววัดที่ได้จากการสำรวจโดยตรง โดยเฉพาะชายและเพศหญิงมีระยะเวลาในการเป็นโรค 2.6-3.7 ปี และ 1.8-2.5 ปี ตามลำดับ

สำหรับกลุ่ม DUD นั้น Wu และคณะ²³ ใช้ข้อมูลจากการสำรวจ NESARC เปรียบเทียบการดำเนินโรคระหว่าง opioid ตามใบสั่งแพทย์และ heroin พบว่า opioid abuse และ dependence มีจำนวนคร้งเฉลี่ยของโรคเท่ากับ 2.2 คร้งและ 1.9

คร้งตลอดชีวิต โดยการใช้คร้งแรกจนถึงการหายคร้งล่าสุดมีระยะห่างกัน 6.9 ปีและ 8.1 ปี คร้งที่เป็นนานที่สุดมีระยะเวลา 31 เดือนและ 49 เดือนตามลำดับ ส่วนกลุ่ม heroin abuse และ dependence มีจำนวนคร้งเฉลี่ยของโรคเท่ากับ 5.3 คร้ง และ 3.3 คร้งตลอดชีวิต โดยการใช้เฮโรอีนคร้งแรกจนถึงการหายคร้งล่าสุดมีระยะห่างกัน 8.5 ปี และ 9.7 ปี คร้งที่เป็นนานที่สุดมีระยะเวลา 66 เดือน และ 59 เดือนตามลำดับ เมื่อหารระยะเวลาจากการใช้คร้งแรกจนถึงการหายคร้งล่าสุดด้วยจำนวนคร้งที่เป็นตลอดชีวิตจะได้ระยะเวลาที่เป็นโรคแต่ละคร้งของ prescription opioid abuse และ dependence เท่ากับ 3.1 ปีและ 4.3 ปีตามลำดับ และระยะเวลาที่เป็นโรคแต่ละคร้งของ heroin abuse และ dependence เท่ากับ 1.6 ปี และ 2.9 ปี ตามลำดับ

ในประเทศไทย ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพและจำนวนคร้งของการป่วยในช่วงชีวิตของ AUD และ DUD

อัตราการหาย

Brujin และคณะ²⁴ วิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจระบาดวิทยาในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบสัดส่วนการหายแบบ partial remission ของ alcohol abuse ใน 1 ปีอยู่ที่ร้อยละ 71-89 และ 3 ปีต่อมาที่ร้อยละ 79-92 ส่วนสัดส่วนการหายของ alcohol dependence ใน 1 ปีอยู่ที่ร้อยละ 57-67 และ 3 ปีต่อมาที่ร้อยละ 69-74 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Hasin และคณะ²⁵ ที่พบสัดส่วนการหายแบบ partial remission ของ alcohol abuse และ alcohol dependence ใน 1 ปีต่อมาอยู่ที่ร้อยละ 61 และ 34 ตามลำดับ ส่วน Dawson และคณะ²⁶ วิเคราะห์ข้อมูลจาก

การสำรวจ NESARC พบว่า ร้อยละ 35.1 ของผู้ป่วย alcohol dependence เข้าเกณฑ์การหายแบบ partial remission ภายในระยะเวลา 5 ปีหลังจากป่วยครั้งแรก และหากใช้เกณฑ์การหายแบบ full remission (ผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ ของโรคเลย) พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ เพียงร้อยละ 11.4 เท่านั้น Moos และคณะ²⁷ พบสัดส่วนการหยุดดื่มสุราในกลุ่ม alcohol dependence เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการรักษาโดยร้อยละ 25 ของผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาหยุดดื่มใน 1 ปีต่อมา ในขณะที่กลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาสามารถหยุดดื่มเป็นเวลานาน 1-8 สัปดาห์ 9-26 สัปดาห์ และ 27 สัปดาห์ขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 29.5 ร้อยละ 33.3 และร้อยละ 60.4 ตามลำดับ

สำหรับกลุ่ม DUD นั้น Calabria และคณะ²⁸ ได้รวบรวมผลการรักษาในสถานบำบัดจำนวน 18 การศึกษาเพื่อคำนวณอัตราการหายแบบ partial remission รายปี แยกตามสารเสพติดสี่ชนิด (amphetamine, opioid, cocaine และ cannabis) โดยใช้วิธีการประมาณสองแบบ วิธีแรกประมาณการเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ติดตามการรักษาครบ ส่วนวิธีที่สองประมาณการจากกลุ่มตัวอย่างตั้งต้นทั้งหมดโดยคิดว่ากลุ่มตัวอย่างที่ขาดการรักษายังติดสารเสพติดอยู่ พบว่าในวิธีแรก amphetamine dependence มีอัตราหายต่อปีสูงที่สุด (0.448, 95%CI 0.399-0.4945) รองลงมาได้แก่ opioid dependence (0.224, 95%CI 0.209-0.240) และ cocaine dependence (0.137, 95%CI 0.124-0.150) ส่วนวิธีที่สอง พบว่า cannabis dependence มีอัตราหาย 0.173 (95%CI 0.143-0.208) ตามด้วย amphetamine dependence (0.164, 95%CI 0.148-0.180) opioid dependence (0.092, 95%CI 0.084-0.098) และ cocaine dependence (0.053,

95%CI 0.050-0.060) สำหรับประเทศไทยไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับอัตราการหายของทั้ง AUD และ DUD

ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิตจากโรค

การศึกษาค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิตจาก AUD และ DUD ส่วนใหญ่ที่ผ่านมามักนำเสนอเป็นอัตราการเสียชีวิตสัมพัทธ์เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป (standardized mortality ratio; SMR)²⁹⁻³⁵ และส่วนน้อยนำเสนอเป็นความเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk; RR)^{1,36,37} ซึ่งเป็นค่าความเสี่ยงเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ป่วยเป็นโรค โดยทุกการศึกษามีการควบคุมตัวแปรคือ เพศและกลุ่มวัย แต่มีหนึ่งการศึกษาที่มีการควบคุมตัวแปรด้านเชื้อชาติร่วมด้วย²⁹ (ตารางที่ 2) ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากลุ่มผู้ใช้ opioid และ heroin มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดอยู่ที่ประมาณ 3-15 เท่าของประชากรทั่วไป ในขณะที่กลุ่มผู้ใช้ methamphetamine, cannabis และ AUD มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าประชากรทั่วไป 3.5-6, 4-5 และ 3-4 เท่า ตามลำดับ

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาถึงอัตราการเสียชีวิตในผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการรักษาในภาคเหนือ พบว่าอัตราการเสียชีวิตในผู้ใช้สารเสพติด (amphetamine และ opioid) แบบไม่ฉีดและแบบฉีดสูงกว่าประชากรทั่วไป 4.4 เท่าและ 13.9 เท่า ตามลำดับ³³

ค่าถ่วงน้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ

นอกจากการศึกษาค่า DW จาก GBD³⁸⁻⁴⁰ ซึ่งเป็นการศึกษาที่ใช้เป็นมาตรฐานแล้ว ยังมีการศึกษาค่า DW ที่ใช้เฉพาะในประเทศต่างๆ เช่น ในออสเตรเลีย⁴¹

ตารางที่ 2 ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิตจากความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (AUD) และใช้สารเสพติด (DUD)

การศึกษา	ประชากรที่ศึกษา	สถิติที่ใช้	standardized mortality ratio (SMR)/ relative risk (RR) of mortality (95% confidence interval)			
			alcohol	cannabis	amphetamine	heroin/opioid
Callaghan, et al. ²⁹ , 2012	clinical sample 15-84 ปี (n=74,139)	SMR	รวม = 3.83 (3.81-3.85)	รวม = 3.85 (3.67-4.03)	รวม= 4.67 (4.53-4.82)	รวม = 5.71 (5.60-5.81)
			ชาย = 3.73 (3.71-3.75)	ชาย = 4.12 (3.90-4.35)	ชาย = 4.85 (4.67-5.04)	ชาย = 5.50 (5.36-5.63)
			หญิง = 4.16 (4.12-4.20)	หญิง = 3.30 (3.03-3.60)	หญิง = 4.36 (4.14-4.60)	หญิง = 5.98 (5.82-6.14)
Rehm, et al. ¹ , 2009	NA	RR	ชาย = 1.80 (1.76-1.84) หญิง = 3.84 (3.54-4.15)	-	-	-
Laramée, et al. ³⁷ , 2015	clinical sample	RR	รวม = 3.45 (2.96-4.02) (dependence)	-	-	-
Roerecke and Rehm ³⁶ , 2013	clinical sample	RR	รวม = 3.55 (2.48-5.09) ชาย = 2.98 (2.68-3.31) หญิง = 4.64 (3.94-5.47)	-	-	-
Arendt, et al. ³⁰ , 2011	clinical sample (n=20,581)	SMR	-	4.9 (4.2-5.8)	6.0 (4.2-8.3)	heroin - 9.1 (8.5-9.8) other opioids - 7.7 (6.6-8.9)
Stenbacka, et al. ³¹ , 2010	clinical sample (n=1705)	SMR	-	รวม = 4.3 (2.6-6.1) ชาย = 3.2 (2.0-4.9) หญิง = 7.6 (1.6-22.3)	รวม= 3.5 (3.1-3.9) ชาย = 3.2 (2.8-3.6) หญิง = 3.8 (2.9-4.7)	รวม = 3.0 (2.6-3.4) ชาย = 3.2 (2.7-3.7) หญิง = 2.7 (1.9-3.6)
			-	-	Total= 6.02 (0.53)	-
			-	-	ชาย = 5.75 (0.54) หญิง = 8.69 (2.11)	-
Kuo, et al. ³² , 2011	hospitalized sample (n=1254)	SMR	-	-	IDU = 13.9 Non-IDU = 4.4	-
Quan, et al. ³³	(n=20,581)	SMR	-	-	-	-
Darke, et al. ³⁴	clinical sample	SMR	-	-	-	total 4.56 (3.09-6.47) ชาย = 2.95 (1.75-4.66) หญิง = 18.57 (9.89-31.52)
Degenhardt, et al. ³⁵	(n=1705)	SMR	-	-	-	14.66 (12.82- 16.50) (pooled SMR)

RR = relative risk, SMR = standardized mortality ratio

และประเทศทางยุโรปบางประเทศ^{42,43} โดยเฉพาะประเทศเนเธอร์แลนด์ที่มีการศึกษาเรื่องค่า DW อย่างต่อเนื่อง และยังมีประเทศในภูมิภาคอื่นๆ ซึ่งมีการวัดค่า DW เป็นของตัวเอง เช่น เกาหลีใต้⁴⁴ แอฟริกาใต้⁴⁵ ที่ใช้ระเบียบวิธีเดียวกับการศึกษา GBD เมื่อเปรียบเทียบ

รายภูมิภาค คือ ยุโรป (GBD และเนเธอร์แลนด์) เอเชีย (เกาหลีใต้) และแอฟริกา (แอฟริกาใต้) พบว่าค่า DW ของ AUD และ DUD ของเกาหลีใต้ได้ค่าสูงกว่าทางยุโรปและแอฟริกาใต้ ส่วนแอฟริกาใต้ค่าต่ำสุด (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

ความชุกของโรค

เนื่องจากการสำรวจ TNMHS2013 มีการใช้เครื่องมือและวิธีการเดียวกับ World Mental Health Survey ความแตกต่างของความชุกจึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับเครื่องมือที่ใช้วินิจฉัยแต่ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละประเทศ จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าความชุกของ AUD ต่ำกว่าประเทศเนเธอร์แลนด์นั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความชุกของผู้ดื่มสุราสูงกว่าประเทศไทย นอกจากนี้ ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านบริบทที่มีผลต่อความชุกของการดื่มสุราและการใช้สารเสพติด เช่น วัฒนธรรมและค่านิยมของการดื่มสุรา การกระจายตัวของร้านค้าหรือแหล่งขาย กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดของแต่ละประเทศ เป็นต้น^{46,47} ดังนั้น ข้อมูลจากการสำรวจ TNMHS2013 จึงมีความเหมาะสมในการเป็นแหล่งข้อมูลหลักในการประมาณความชุกของกลุ่มโรค AUD และ DUD ในคนไทย

สัดส่วนของระดับความรุนแรงของโรค

เนื่องจากระเบียบวิธีการประมาณการ DALYs ของโรคตามวิธีของการศึกษา GBD โรคที่ระดับความรุนแรงต่างๆ จำเป็นจะต้องมีลักษณะและค่า DW ที่ตรงกับสถานะสุขภาพที่ระบุไว้ ดังนั้น วิธีการประมาณสัดส่วนระดับความรุนแรงของโรคของ AUD และ DUD เพื่อนำมาคำนวณ DALYs ของประเทศไทยนั้น จึงขึ้นอยู่กับแหล่งข้อมูลของค่า DW ที่ใช้อ้างอิง เช่น หากค่า DW ของประเทศไทยอ้างอิงจากการศึกษา GBD2000 จะต้องแบ่งสัดส่วนความรุนแรงตามความชุกของ harmful use และ dependence

แต่หากนำค่า DW ของการศึกษา GBD2013 มาใช้ จะต้องแบ่งสัดส่วนตามนิยามระดับความรุนแรงออกเป็นระดับรุนแรงน้อยมาก น้อย ปานกลาง และมาก ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสัดส่วนความรุนแรงของโรค AUD และ DUD ที่สอดคล้องกับบริบทประเทศไทยและค่า DW ที่ใช้อ้างอิง โดยเปรียบเทียบสัดส่วนที่ได้จากเกณฑ์และเครื่องมือต่างๆที่ใช้แบ่งระดับความรุนแรงของโรค เช่น คะแนน SDS และคะแนนอรรถประโยชน์จากแบบประเมิน EQ-5D ซึ่งได้มีการประเมินไว้ในการศึกษาสำรวจ TNMHS2013

อายุที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ

ผลจากการสำรวจ TNMHS2013 พบว่า อายุเฉลี่ยที่เริ่มเกิด alcohol abuse และ alcohol dependence ของคนไทยสูงกว่าผลการศึกษาจากประเทศตะวันตก อย่างไรก็ตามลำดับการเกิดโรคของคนไทยสอดคล้องกับลำดับความรุนแรงของโรค กล่าวคือ alcohol abuse เกิดในช่วงอายุที่น้อยกว่า alcohol dependence ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Behrendt และคณะ²⁰ ที่ใช้เครื่องมือวินิจฉัย M-CIDI (Munich-CIDI) แต่ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ Hasin และคณะ²¹ ที่ใช้เครื่องมือวินิจฉัย The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV (AUDADIS-IV)⁴⁸ เมื่อเปรียบเทียบข้อความถามเกี่ยวกับอายุที่เริ่มเกิด alcohol dependence ในเครื่องมือ AUDADIS-IV จะถามถึงอายุที่เริ่มเกิดกลุ่มอาการ dependence โดยมีได้ระบุจำนวนอาการและช่วงเวลา ("About how old were you the FIRST time SOME of these experiences with alcohol

ตารางที่ 3 ค่าถ่วงน้ำหนักภาวะบกพร่องทางสุขภาพของความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุรา (AUD) และใช้สารเสพติด (DUD)

ประเทศ/ ปี ค.ศ.	วิธีวัดค่า	ค่าถ่วงน้ำหนักความบกพร่องทางสุขภาพ						
		mild AUD	moderate AUD	severe AUD	cannabis	amphetamine	cocaine	heroin/opioid
GBD study ³⁶	ranking	0.134 (Harmful use) / 0.180 (alcohol dependence)			0.237	0.297	0.237	0.363
2004								
GBD study ³⁹	paired comparison questions	0.259	0.388	0.549	0.329	0.353	0.376	0.641
2010								
GBD study ⁴⁰	paired comparison	0.123*/0.235**	0.373	0.570	0.039**/0.266***	0.079*/0.486***	0.116**/0.479***	0.335**/ 0.697***
2013								
ฮอลแลนด์ ⁴¹	panels of local experts	0.07-0.18 (alcohol dependence)			0.11	0.11	-	0.27
2000								
เนเธอร์แลนด์ ⁴²	PTO, VAS	0.11	0.55	0.835	-	-	-	-
1997								
เอสโตเนีย ⁴³	PTO, VAS	0.178 (alcohol related disorder)			0.204 (other substance use related disorders)			
2009								
เกาหลีใต้ ⁴⁴	a paired comparison-only model, VAS, SG, PHE	0.463	0.612	0.797	0.769	0.808	0.738	0.814
2010								
แอฟริกาใต้ ⁴⁵	paired comparison, Pairwise health state trade-off, TTO	0.152	0.364	0.348	0.283	-	-	0.630***
2016								

AUD=alcohol use disorders, PTO = person trade-off, VAS = visual analogue scale, SG = standard gamble,

PHE = population health equivalence TTO = time trade-off

* DW ของโรคที่ระดับความรุนแรงน้อยมาก, ** DW ของโรคที่ระดับความรุนแรงน้อย, *** DW ของโรคที่ระดับความรุนแรงปานกลางถึงมาก

BEGAN to happen around the same time?") จึงอาจทำให้คำตอบที่ได้เป็นช่วงอายุที่ยังมีอาการไม่ครบวินิจฉัย ในขณะที่ยังมีคำถามจาก WMH-CIDI ถามเจาะจงถึงอายุที่เริ่มเกิดอาการ 3 อาการขึ้นไป ในช่วงปีเดียวกัน ("How old were you the first time you had three (or more) of these problems in the same 12-month period?") ซึ่งเป็นช่วงที่มีอาการครบเกณฑ์วินิจฉัย ดังนั้นจึงถือว่าข้อมูลจากเครื่องมือ WMH-CIDI มีความแม่นยำในการสำรวจอายุที่เริ่มเกิดโรค

สำหรับอายุเฉลี่ยที่เริ่มเกิด DUD นั้น พบว่าผลการสำรวจ TNMHS2013 ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Behrendt และคณะ²⁰ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง DUD ที่พบในการสำรวจ TNMHS2013 มีจำนวนค่อนข้างน้อย ทำให้ข้อมูลอาจมีความแปรปรวนสูงเนื่องจากไม่ได้มีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อค้นหาความชุกของ DUD โดยตรง การนำข้อมูลไปใช้จึงควรทำด้วยความระมัดระวัง

ระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพและจำนวนครั้งของการป่วยในช่วงชีวิต

พบว่าตัววัดที่ได้จากการศึกษาต่างๆ มีความใกล้เคียงกัน โดย AUD และ DUD มีระยะเวลาของการป่วยต่อครั้งอยู่ในช่วง 2-4 ปี และมีจำนวนครั้งที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตอยู่ในช่วง 2-5 ครั้ง อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาตัววัดเหล่านี้ของประเทศไทยโดยตรง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เหมาะกับบริบทประเทศไทยที่สุด หรือหากจำเป็นต้องใช้ข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบัน อาจสามารถใช้ข้อมูลระยะเวลาการเป็น AUD และ DUD จากการสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกา^{21,23}

โดยควรตรวจสอบความสอดคล้องกับข้อมูลทางระบาดวิทยาอื่นๆ ก่อนนำไปใช้

อัตราการหาย

จะเห็นได้ว่าอัตราการหายของโรคกลุ่ม AUD และ DUD มีความแปรปรวนอยู่เพราะขึ้นกับ 1) นิยามการหาย โดยอัตรา partial remission จะสูงกว่า full remission 2) ระยะเวลาที่ติดตาม โดยอัตราการหายแปรผันตามระยะเวลาหลังจากการเป็นโรค และ 3) กลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยกลุ่มที่ได้รับการรักษาจะมีโอกาสหายมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาในกรณีโรคมีความรุนแรงเท่ากัน อย่างไรก็ตามกลุ่มที่ได้รับการรักษามักมีความรุนแรงของโรคน้อยกว่าผู้ป่วยทั่วไปในชุมชน จึงอาจมีโอกาสน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา⁴⁹

อัตราการหายของ AUD ควรใช้ข้อมูลจาก NESARC²⁶ ซึ่งเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ที่เป็นประชากรทั่วไป ส่วนการศึกษาในกลุ่ม DUD มักเป็นการศึกษาในประชากรในสถานบำบัดเนื่องด้วยเหตุผลทางจริยธรรม โดยแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือที่สุดได้แก่ ผลการศึกษาของ Calabria และคณะ²⁸ ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ systematic analysis อย่างไรก็ตาม เนื่องจากตัววัดเหล่านี้มาจากการศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีลักษณะประชากรและสภาพแวดล้อมแตกต่างกันไป ในอนาคตจึงควรมีการศึกษาถึงตัววัดนี้ในประเทศไทยต่อไป

ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิตจากโรค

สำหรับความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิตจาก AUD นั้น การศึกษาของ Roerecke และ Rehm³⁶ น่าจะเป็นแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือที่สุด

เพราะเป็นการศึกษาแบบ meta-analysis ที่รวบรวมผลการศึกษาจากหลากหลายประเทศและมีการนำเสนอเป็นค่า RR ซึ่งเป็นตัววัดที่ใช้ประมาณ DALYs โดยตรง ส่วนกลุ่ม DUD นั้น ผลการศึกษาของ Callaghan และคณะ²⁹ น่าจะเป็นแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือที่สุด เนื่องจากศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และมีการควบคุมปัจจัยด้านเชื้อชาติ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากตัววัดเหล่านี้มาจากการศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีลักษณะประชากรและสภาพแวดล้อมแตกต่างกันออกไป และแม้จะมีการศึกษาในประเทศไทยแต่ก็เป็นการศึกษาในระดับพื้นที่เท่านั้น จึงควรมีการศึกษาถึงตัววัดนี้โดยครอบคลุมทุกภูมิภาคในประเทศไทยต่อไป

ค่าถ่วงน้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ

จะเห็นได้ว่าค่า DW ซึ่งเป็นตัววัดที่บ่งบอกความรุนแรงของโรคและภาวะทุพพลภาพที่ส่งผลต่อผู้ป่วยในแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับวิธีการวัดคะแนนอรรถประโยชน์ซึ่งมีที่มาจากแนวคิดที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อการให้ค่าคะแนน เช่น คำนียามหรือคำอธิบายภาวะสุขภาพที่ใช้ มุมมองและทัศนคติต่อโรคจิตเวชของประชากรในแต่ละประเทศ ด้านคุณภาพของบริการ การเข้าถึงบริการรวมทั้งวัฒนธรรมและความเชื่อมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน การประมาณ DALYs ในประเทศไทยจึงควรคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เมื่อนำค่า DW จากการศึกษาในต่างประเทศมาใช้

ดังนั้น ในอนาคตจึงควรทำการศึกษาเพื่อวัดค่า DW ของกลุ่มโรคต่างๆ รวมทั้งกลุ่ม AUD และ DUD ในคนไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับบริบท

ของประเทศมากที่สุด หรือหากจำเป็นต้องใช้ค่า DW จากการศึกษาอื่น อาจเลือกค่า DW จากการศึกษาในประเทศที่มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมใกล้เคียงกับประเทศไทย

สรุป

การสำรวจ TNMHS2013 เป็นแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือของตัววัดทางระบาดวิทยาของ AUD และ DUD สำหรับประเทศไทย ได้แก่ ความชุก และอายุที่เริ่มเกิดโรค อย่างไรก็ตามมีข้อควรระวังคือกรณีในกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ถูกสุ่มเพื่อค้นหาความชุกของ AUD และ DUD โดยตรง สำหรับตัววัดทางระบาดวิทยาที่ไม่ได้มีการสำรวจในประเทศไทย เช่น ระยะเวลาของโรค อัตราการตาย และความเสียหายของการเสียชีวิต ควรอ้างอิงจากการศึกษาแบบ meta-analysis หรือการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ส่วนค่า DW ควรอ้างอิงจากประเทศที่มีบริบทคล้ายประเทศไทยเพื่อให้การประมาณ DALYs ตรงกับความจริงมากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ทำให้เห็นถึงโอกาสของการวิจัยต่อไปในประเทศไทย เช่น ควรมีการศึกษาทางระบาดวิทยาที่ติดตามกลุ่มตัวอย่างเดิมไปเป็นระยะเวลานาน โดยเฉพาะในกลุ่มโรคจิตเวชซึ่งเป็นโรคเรื้อรังกลับเป็นซ้ำได้หลายครั้งและส่งผลต่อความบกพร่องของความสามารถในการทำงานและการใช้ชีวิต จะทำให้ทราบถึงการดำเนินโรคที่แท้จริง ซึ่งนอกจากจะทำให้การประมาณ DALYs ของโรคทางจิตเวชในประชากรไทยได้แม่นยำมากขึ้นแล้วยังทำให้ทราบถึงขนาดของปัญหาโดยเฉพาะ AUD และ DUD ซึ่งถือเป็นกลุ่มโรคที่สามารถป้องกันได้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากแผนงานการพัฒนาด้านวิชาการทางสุขภาพเพื่อการพัฒนา นโยบาย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ความรู้เดิม: ประเทศไทยยังไม่มีตัววัดทางระบาดวิทยาที่เหมาะสมในการคำนวณภาระโรคความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติด

ความรู้ใหม่: การสำรวจ TNMHS2013 เป็นแหล่งข้อมูลตัววัดที่น่าเชื่อถือคือความชุกและอายุที่เริ่มเกิดโรคของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติด

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: เห็นโอกาสในการศึกษาวิจัยต่อไปเพื่อหาค่าตัววัดทางระบาดวิทยาที่เหมาะสมในการคำนวณภาระโรคความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติดในคนไทยที่เม่นยำมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 2009;373:2223-33.
2. Kassebaum NJ, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Brown J, Carter A, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990–2015: a systematic analysis for the global burden of disease study 2015. *Lancet* 2016;388:1603-58.
3. Burden of disease Thailand working group. Disability – adjusted life yeas (DALYs) 2014. Nonthaburi: International Health Policy Program, Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
4. 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)
5. Kessler RC, Stn 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.
6. 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.
7. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:617-27.
8. Bijl RV, Ravelli A, Van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:587-95.
9. Andrews G, Henderson S, Hall W. Overview of the Australian national mental health survey. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. *Br J Psychiatry* 2001;178:145-53.
10. Williams D, Herman A, Stein D, Heeringa S, Jackson P, Moomal H, et al. Twelve-month mental disorders in South Africa: prevalence, service use and demographic correlates in the population-based South African stress and health study. *Psychol Med* 2008;38:211-20.
11. Shen YC, Zhang MY, Huang YQ, He YL, Liu ZR, Cheng H, et al. Twelve-month prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in metropolitan China. *Psychol Med* 2006;36:257-67.

12. Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y, et al. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the world mental health Japan survey 2002–2003. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005;59:441-52.
13. Cho MJ, Chang SM, Lee YM, Bae A, Ahn JH, Son J, et al. Prevalence of DSM-IV major mental disorders among Korean adults: a 2006 national epidemiologic survey (KECA-R). *Asian J Psychiatry* 2010;3:26-30.
14. Chong SA, Abidin E, Vaingankar JA, Heng D, Sherbourne C, Yap M, et al. A population-based survey of mental disorders in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 2012;41:49-66.
15. Gureje O, Lasebikan VO, Kola L, Makanjuola VA. Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian survey of mental health and well-being. *Br J Psychiatry* 2006;188:465-71.
16. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. *Br J Psychiatry* 2001;178:145-53.
17. Slade T, Johnston A, Oakley Browne MA, Andrews G, Whiteford H. 2007 National survey of mental health and Wellbeing: methods and key findings. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43:594-605.
18. Ishikawa H, Kawakami N, Kessler R. Lifetime and 12-month prevalence, severity and unmet need for treatment of common mental disorders in Japan: results from the final dataset of world mental health Japan survey. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2016;25:217-29.
19. Burstein R, Fleming T, Haagsma J, Salomon JA, Vos T, Murray CJ. Estimating distributions of health state severity for the global burden of disease study. *Popul Health Metr* 2015;13:31.
20. Behrendt S, Wittchen H-U, Hofler M, Lieb R, Beesdo K. Transitions from first substance use to substance use disorders in adolescence: is early onset associated with a rapid escalation? *Drug Alcohol Depend* 2009;99:68-78.
21. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:830-42.
22. Rehm J, Dawson D, Frick U, Gmel G, Roerecke M, Shield KD, et al. Burden of disease associated with alcohol use disorders in the United States. *Alcohol Clin Exp Res* 2014;38:1068-77.
23. Wu LT, Woody GE, Yang C, Mannelli P, Blazer DG. Differences in onset and abuse/dependence episodes between prescription opioids and heroin: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Subst Abuse Rehab* 2011;2:77.
24. De Bruijn C, Van Den Brink W, De Graaf R, Vollebergh WA. The three year course of alcohol use disorders in the general population: DSM-IV, ICD-10 and the craving withdrawal model. *Addiction* 2006;101:385-92.
25. Hasin DS, Van Rossem R, McCloud S, Endicott J. Differentiating DSM-IV alcohol dependence and abuse by course: community heavy drinkers. *J Subst Abuse* 1997;9:127-35.
26. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS, Huang B, Ruan W. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001–2002. *Addiction* 2005;100:281-92.
27. Moos RH, Moos BS. Long-term influence of duration and intensity of treatment on previously untreated individuals with alcohol use disorders. *Addiction* 2003;98:325-38.
28. Calabria B, Degenhardt L, Briegleb C, Vos T, Hall W, Lynskey M, et al. Systematic review of prospective studies investigating “remission” from amphetamine, cannabis, cocaine or opioid dependence. *Addict Behav* 2010;35:741-9.

29. Callaghan RC, Cunningham JK, Verdichevski M, Sykes J, Jaffer SR, Kish SJ. All-cause mortality among individuals with disorders related to the use of methamphetamine: a comparative cohort study. *Drug Alcohol Depend* 2012;125:290-4.
30. Arendt Munk-Jørgensen P, Sher L, Jensen SO. Mortality among individuals with cannabis, cocaine, amphetamine, MDMA, and opioid use disorders: a nationwide follow-up study of Danish substance users in treatment. *Drug Alcohol Depend* 2011;114:134-9.
31. Stenbacka M, Leifman A, Romelsjö A. Mortality and cause of death among 1705 illicit drug users: a 37 year follow up. *Drug Alcohol Rev* 2010;29:21-7.
32. Kuo CJ, Liao YT, Chen WJ, Tsai SY, Lin SK, Chen CC. Causes of death of patients with methamphetamine dependence: a record-linkage study. *Drug Alcohol Rev* 2011;30:621-8.
33. Quan VM, Vongchak T, Jittiwutikarn J, Kawichai S, Srirak N, Wiboonnatakul K, et al. Predictors of mortality among injecting and non-injecting HIV-negative drug users in northern Thailand. *Addiction* 2007;102:441-6.
34. Darke S, Mills KL, Ross J, Teesson M. Rates and correlates of mortality amongst heroin users: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS), 2001–2009. *Drug Alcohol Depend* 2011;115:190-5.
35. Degenhardt L, Bucello C, Mathers B, Briegleb C, Ali H, Hickman M, et al. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction* 2011;106:32-51.
36. Roerecke M, Rehm J. Alcohol use disorders and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2013;108:1562-78.
37. Laramée P, Leonard S, Buchanan-Hughes A, Warnakula S, Daepfen J-B, Rehm J. Risk of all-cause mortality in alcohol-dependent individuals: a systematic literature review and meta-analysis. *EBioMedicine* 2015;2:1394-404.
38. Murray CJ, Lopez AD, Mathers CD, Stein C. The global burden of disease 2000 project: aims, methods and data sources. Global Program on Evidence for Health Policy Discussion paper No. 36, World Health Organization; 2011.
39. 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.
40. Salomon JA, Haagsma JA, Davis A, de Noordhout CM, Polinder S, Havelaar AH, et al. Disability weights for the global burden of disease 2013 study. *Lancet Global Health* 2015;3:e712-e23.
41. Vos T, Mathers CD. The burden of mental disorders: a comparison of methods between the Australian burden of disease studies and the global burden of disease study. *Bull World Health Organ* 2000;78:427-38.
42. Stouthard ME, Essink-Bot M, Bonsel G, Barendregt J, Kramers P, Van de Water H, et al. Disability weights for diseases in the Netherlands. Amsterdam: Inst.Sociale Geneeskude; 1997.
43. Lai T, Habicht J, Kiivet RA. Measuring burden of disease in Estonia to support public health policy. *Eur J Public Health* 2009;19:541-7.
44. Ock M, Ahn J, Yoon SJ, Jo MW. Estimation of disability weights in the general population of South Korea using a paired comparison. *PLoS One* 2016;11:e0162478.
45. Neethling I, Jelsma J, Ramma L, Schneider H, Bradshaw D. Disability weights from a household survey in a low socio-economic setting: how does it compare to the global burden of disease 2010 study? *Glob Health Action* 2016;9:31754.
46. World Health Organization. Global status report on alcohol and health, 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.

47. Babor T, Caulkins JP, Edwards G, Fischer B, Foxcroft DR, Humphreys K, et. al. Drug policy and the public good. Oxford: Oxford University Press; 2010.
48. Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou PS, Kay W, Pickering R. The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV (AUDADIS-IV): reliability of alcohol consumption, tobacco use, family history of depression and psychiatric diagnostic modules in a general population sample. *Drug Alcohol Depend* 2003;71:7-16.
49. Grella CE, Stein JA. Remission from substance dependence: differences between individuals in a general population longitudinal survey who do and do not seek help. *Drug Alcohol Depend* 2013;133:146-53.