บทความปริทัศน์ Review Article

ตัววัดทางระบาดวิทยาเพื่อคำนวณภาระโรควิตกกังวลและโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในประเทศไทย

The parameters for calculating the burden of anxiety disorders and post-traumatic stress disorder in Thailand

นพพร ตันติรังสี, ปร.ด.
Nopporn Tantirangsee, Ph.D.

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อหาตัววัดทางระบาดวิทยาที่เหมาะสมในการคำนวณภาระโรควิตกกังวล ได้แก่ โรคตื่นตระหนก (panic disorder; PD) และโรคกังวลไปทั่ว (generalized anxiety disorder; GAD) กับโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder; PTSD)

วัสดุและวิธีการ ทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูล MEDLINE ที่ตีพิมพ์หลัง ปี ค.ศ. 1990 จากนั้นคัดกรองเรื่องจากการอ่านชื่อเรื่องและบทคัดย่อ สืบค้นงานวิจัยฉบับเต็มของเรื่องที่เกี่ยวข้องและสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับเรื่องที่ศึกษา

ผล ความชุกชั่วชีวิตของ PD, GAD และ PTSD อยู่ในช่วงร้อยละ 0.2-4.7, ร้อยละ 0.1-7.8 และร้อยละ 0.0–6.8 ตามลำดับ พบสัดส่วนของระดับความรุนแรงของ GAD อยู่ในระดับรุนแรงสูงมากที่สุด (ร้อยละ 35.1) ในขณะที่อายุซึ่งเริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพของ PD, GAD และ PTSD มีค่าอยู่ในช่วง 30.8-32.3 ปี, 28.9-37.3 ปี และ 18-55 ปี ตามลำดับ ระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพของ PD และ GAD ในประเทศไทยมีค่าเท่ากับ 3.6 เดือน ในขณะที่ PTSD มีค่าเท่ากับ 16 เดือน จำนวนครั้งของการป่วยในชั่วชีวิตของ PD และ GAD ในประเทศไทยมีค่าเท่ากับ 4.1 และ 3 ครั้ง ตามลำดับ

สรุป ตัววัดที่เหมาะสมเพื่อคำนวณภาระโรควิตกกังวลและโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในประเทศไทย ได้แก่ ความชุก สัดส่วนของระดับความรุนแรงของโรค อายุที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ และจำนวนครั้งของการป่วยในชั่วชีวิต ในอนาคตควรศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องอัตราการหาย ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิตจากโรค และค่าถ่วงน้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพต่อไป

คำสำคัญ: ภาระโรค ตัววัดทางระบาดวิทยา โรควิตกกังวล โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

ติดต่อผู้นิพนธ์: นพพร ตันติรังสี: e-mail: nopporntan@hotmail.com

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2561;26(1):75-87.

Abstract

Objective To review the parameters for calculating the burden of disease in anxiety disorders including panic disorder (PD) and generalized anxiety disorder (GAD) and in post-traumatic stress disorder (PTSD).

Material and method The literature searching was done using PubMed database to find the related literatures published after the 1990s. The topics and abstracts were screened, and the full text searching and synthesizing was done for the related literatures.

Results Lifetime prevalence of PD, GAD and PTSD was between 0.2%-4.7%, 0.1%-7.8% and 0.0%–6.8%, respectively. The highest proportion of serious severity was found in GAD (35.1%). The age of onset of PD, GAD and PTSD was between 30.8-32.3 years, 28.9-37.3 years and 18-55 years, respectively. The duration of illness of PD and GAD in Thailand was 3.6 months, while the duration of illness in PTSD was 16 months. The illness episodes of PD and GAD was 4.1 and 3 times, respectively.

Conclusion The appropriate parameters for calculating the burden of anxiety disorders were prevalence, severity distribution, age of onset, disability duration until remission, and illness episodes. Further studies on remission rate, relative risk of mortality, and disability weights in Thai patients should be done.

Keywords: burden of disease, parameters, anxiety disorders, post-traumatic stress disorder

Correspondence author: Nopporn Tantirngsee; e-mail: nopporntan@hotmail.com

บทนำ

กลุ่มโรควิตกกังวล (anxiety disorders) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV) ประกอบด้วย panic disorder (PD), agoraphobia, specific phobia, social anxiety disorder, generalized anxiety disorder (GAD), obsessive-compulsive disorder (OCD) และ post-traumatic stress disorder (PTSD) ถือเป็นกลุ่มโรคที่มีความชุกค่อนข้างสูง ในปี พ.ศ. 2553 มีการรายงานความชุกทั่วโลกร้อยละ 4.0 (95% CI 3.8–4.3) และก่อให้เกิดความสูญเสีย YLDs กว่า 27 ล้านปี[1]

ขณะที่การสำรวจระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย ในปี พ.ศ. 2556 (Thailand national mental health survey 2013; TNMHS2013) มีการสำรวจโรคในกลุ่มโรคนี้ 4 โรค ได้แก่ PD, agoraphobia, GAD และ PTSD โดยพบความชุกชั่วชีวิตของผู้ที่มีอาการเป็นไปตามเกณฑ์ของกลุ่มโรค

วิตกกังวลโรคใดโรคหนึ่งเท่ากับร้อยละ 3.1[2] แต่การศึกษานี้ไม่ครอบคลุมเหมือนการศึกษาของ global burden of disease (GBD) ที่มีการรวม OCD และกลุ่ม phobia เข้ามาด้วย ล่าสุดการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ของ DSM-5 ได้มีการแยก PTSD ออกจากกลุ่มโรควิตกกังวล และจัดให้อยู่ในกลุ่ม trauma and stressor-related disorders ซึ่งอาจต้องพิจารณาในการจัดกลุ่มโรคในการสำรวจของประเทศไทยครั้งต่อไป

วัตถุประสงค์ในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้เพื่อหาค่าต่างๆ ที่เหมาะสมในการคำนวณภาระโรค PD, GAD, และ PTSD ในประเทศไทย เพื่อทราบถึงขนาดของปัญหาที่ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด ทำให้จัดลำดับความสำคัญได้อย่างถูกต้องและแสวงหามาตรการในการจัดการที่เหมาะสมต่อไป

วัสดุและวิธีการ

ทบทวนวรรณกรรมที่ครอบคลุมกลุ่มโรควิตกกังวลเพียง 3 โรค ได้แก่ PD, GAD และ PTSD โดยใช้ฐานข้อมูล MEDLINE และกำหนดคำสำคัญที่ใช้ค้นหาข้อมูลรายโรค PD, GAD และ PTSD ที่พบในชื่อเรื่องโดยค้นหาร่วมกับคำสำคัญที่พบในชื่อเรื่องหรือบทคัดย่อ ได้แก่ prevalence, Composite International Diagnostic Interview (CIDI), age of onset, duration, episodes, remission rate, relative risk of mortality และ disability weight โดยเน้นบทความที่ทำการวิจัยในมนุษย์ ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ และตีพิมพ์หลังปี ค.ศ. 1990 เป็นต้นมา จากนั้นจึงคัดกรองเรื่องจากการอ่านชื่อเรื่องและบทคัดย่อ แล้วจึงค้นหางานวิจัยฉบับเต็มของเรื่องที่เกี่ยวข้องและสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับเรื่องที่ทำการศึกษา รายละเอียดตามบทความพิเศษของวารสารเล่มนี้

ผล

ความชุกของโรค

นำเสนอผลเฉพาะการสำรวจที่ใช้เครื่องมือ World Mental Health Survey Initiative version of WHO - Composite International Diagnostic Interview[3] เป็นหลัก เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกับผลการสำรวจ TNMHS2013[2,4] ได้ เนื่องจากใช้ระเบียบวิธีวิจัยและเครื่องมือในการสำรวจที่คล้ายคลึงกัน[5-6] พบว่าค่าความชุกในประเทศตะวันตก[7-9] จะสูงกว่าประเทศในภูมิภาคอื่น[10-17] ค่อนข้างมาก (ตารางที่ 1)

สัดส่วนของระดับความรุนแรงของโรค

การศึกษาในประเทศไทยพบสัดส่วนของระดับความรุนแรงของ PD, GAD และ PTSD ในช่วง 12 เดือนอยู่ในระดับเล็กน้อยมากที่สุด คือพบระดับเล็กน้อย ปานกลาง มาก คิดเป็นร้อยละ 57.5, 49.3 และ 41.9 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากในต่างประเทศที่มักพบระดับความรุนแรงปานกลางและมากเป็นส่วนใหญ่ (ตารางที่ 2)

อายุที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ

Panic disorder (PD)

Jonge และคณะ[18] ศึกษาระบาดวิทยาของ PD โดยใช้ฐานข้อมูลรวมจากประเทศที่เข้าร่วมโครงการ World Mental Health Surveys ที่ใช้เครื่องมือ CIDI 3.0 ในการสำรวจ ในประชากรที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 25 ประเทศ ซึ่งมีทั้งประเทศจาก high, middle และ lower-middle income countries ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 142,949 ราย พบว่าค่า median ของอายุที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (age of onset) เท่ากับ 32 (IQR 20–47)

ตารางที่ 1 ความชุกในช่วง 12 เดือนและชั่วชีวิตของ PD, GAD และ PTSD แยกตามประเทศ

ปีที่สำรวจ (ค.ศ.)	ประเทศ	ความชุก (ร้อยละ)					
		PD		GAD		PTSD	
		12 เดือน	ชั่วชีวิต	12 เดือน	ชั่วชีวิต	12 เดือน	ชั่วชีวิต
1996	เนเธอร์แลนด์[8]	2.2	3.8	4.8	7.8	–	–
1997	ออสเตรเลีย[9]	1.1	–	2.6	–	1.3	–
2001–2002	เม็กซิโก[10]	–	1.0	–	0.9	–	1.5
2001–2002	จีน[11]	0.2	–	0.8	–	0.2	–
2001–2003	สหรัฐอเมริกา[7]	2.7	4.7	3.1	–	3.5	6.8
2001–2003	ไนจีเรีย[12]	0.1	0.2	0.0	0.1	0.0	0.0
2002–2003	ญี่ปุ่น[13]	0.5	–	1.2	–	0.4	–
2002–2004	แอฟริกาใต้[14]	0.8	–	1.4	–	0.6	–
2003–2004	อินเดีย[15]	0.69	0.86	0.07	0.17	–	–
2006–2007	เกาหลีใต้[16]	0.1	0.2	0.8	1.6	2.5	5.6
2009–2010	สิงคโปร์[17]	2.2	3.8	0.4	0.9	0.7	1.2
2013	ไทย[2]	0.4	0.7	0.1	0.3	0.4	0.9

PD = panic disorder; GAD = generalized anxiety disorder; PTSD = post-traumatic stress disorder

Altamura และคณะ[19] ได้ศึกษาในผู้ป่วย 729 ราย ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของ Mood Disorder Unit ที่ Department of Psychiatry, University of Milan ด้วยเครื่องมือ semi-structured interview based on diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition criteria (SCID-I) พบว่าอายุที่เริ่มมีภาวะพร่องทางสุขภาพในผู้ที่มีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PD มีค่าเท่ากับ 32.3 ปี

ขณะที่ผลการศึกษาของ TNMHS2013 พบว่าอายุเฉลี่ยของอายุที่เริ่มมีภาวะพร่องทางสุขภาพในผู้ที่มีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PD ของคนไทยมีค่าเท่ากับ 30.8 ปี

Generalized anxiety disorder (GAD)

Rhebergen และคณะ[20] ได้ศึกษาเกี่ยวกับอายุที่เริ่มมีภาวะพร่องทางสุขภาพในผู้ป่วย GAD ที่ประเทศเนเธอร์แลนด์ จำนวน 459 ราย ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลแบบ multi-site naturalistic cohort study

ตารางที่ 2 สัดส่วนของระดับความรุนแรงของ PD, GAD และ PTSD แยกตามประเทศ

ประเทศ	สัดส่วนของระดับความรุนแรง (ร้อยละ)								
	PD			GAD			PTSD		
	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
จีน[11]	25.7	29.5	44.8	23.1	44.6	32.3	30.2	33.1	36.6
สหรัฐอเมริกา[7]	19.7	14.6	65.7	23.1	48.1	3.7	39.4	24.2	36.4
ญี่ปุ่น[13]	26.0	64.0	10.0	36.4	59.9	10.0	9.5	90.5	0.0
แอฟริกาใต้[14]	6.1	69.1	24.8	0.0	70.8	29.2	28.5	5.9	65.6
ไทย[2]	57.5	24.5	18.1	49.3	15.7	35.1	41.9	33.9	24.2

PD = panic disorder; GAD = generalized anxiety disorder; PTSD = post-traumatic stress disorder

ในประชากร 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มประชากรทั่วไป ในโรงพยาบาลทั่วไป และในคลินิกจิตเวช ในผู้ที่มีอายุ 18–65 ปี และใช้เครื่องมือ CIDI version 2.1 พบว่าอายุที่เริ่มมีภาวะพร่องทางสุขภาพมีค่าเท่ากับ 28.9 ปี

Altamura และคณะ[19] พบว่าอายุที่เริ่มมีภาวะพร่องทางสุขภาพในผู้ที่มีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย GAD มีค่าเท่ากับ 37.3 ปี

ขณะที่ผลการศึกษาของ TNMHS2013 พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ที่มีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย GAD ของคนไทย มีค่าเท่ากับ 31.3 ปี

Post-traumatic stress disorder (PTSD)

Kessler และคณะ[21] ได้รายงานผลการสำรวจระบาดวิทยาของโรคทางจิตเวชในประเทศสหรัฐอเมริกาในโครงการ national comorbidity survey ในประชากรอายุ 15-54 ปี จำนวน 5,877 ราย พบว่า เพศชายพบในช่วงอายุ 45-54 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีความเสี่ยงที่จะป่วยเป็น PTSD สูงที่สุด ขณะที่เพศหญิงช่วงอายุ 25-34 ปี เป็นช่วงอายุที่มีความเสี่ยงที่จะป่วยเป็น PTSD สูงที่สุด

Ditlevsen และคณะ[22] ได้รายงานผลการศึกษาในประชากรประเทศเดนมาร์กที่มีอายุระหว่าง 13-80 ปี โดยใช้เครื่องมือ Harvard Trauma Questionnaire part IV (HTQ-IV) ในการเก็บข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 6,548 ราย พบค่าความชุกสูงสุดที่ช่วงอายุ 41-45 ปีในเพศชาย และช่วงอายุ 51-55 ปีในเพศหญิง ขณะที่ช่วงอายุ 71-75 ปี เป็นช่วงอายุที่มีค่าความชุกต่ำที่สุดทั้งในเพศชายและเพศหญิง และพบว่าช่วงอายุ 21-25 ปี เป็นช่วงอายุที่มีค่า prevalence ratio ระหว่าง เพศหญิง : เพศชาย สูงที่สุด

Creamer และคณะ[23] ได้รายงานผลการศึกษาจาก Australian National Survey of Mental Health ซึ่งเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10,641 ราย ด้วยเครื่องมือ CIDI พบความชุกของ PTSD ในช่วง 12 เดือนสูงสุดในกลุ่มอายุ 18-24 ปี ทั้งในเพศชายและเพศหญิง จากนั้นความชุกจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นและลดลงอย่างมากในช่วงอายุ 65 ปีขึ้นไปทั้งสองเพศ

ขณะที่ผลการศึกษาของ TNMHS2013 พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ที่มีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย PTSD ของคนไทยมีค่าเท่ากับ 33.3 ปี

ระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ

PD และ GAD

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศยังไม่พบบทความที่รายงานเกี่ยวกับระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพของทั้งสองโรค แต่จะเป็นรายงานของระยะเวลาที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพจนถึงระยะเวลาที่เริ่มเข้ารับการรักษาด้วยยาครั้งแรก (duration of untreated illness; DUI) โดย Altamura และคณะ[19] ได้รายงานค่า DUI ของ PD และ GAD ที่ 44.4 เดือน และ 87.1 เดือน ตามลำดับ

ขณะที่ผลการศึกษาของ TNMHS2013 พบว่าระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพของทั้งสองโรคในคนไทยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.6 เดือนเท่ากัน

PTSD

Kessler และคณะ[21] ได้รายงานเปรียบเทียบระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพระหว่างผู้ที่มีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD ที่เข้ารับบริการทางการแพทย์และไม่ได้เข้ารับบริการทางการแพทย์พบว่าทั้งสองกลุ่มมีอาการลดลงอย่างมากในช่วง 12 เดือนแรกหลังเกิดอาการ และจะค่อยๆ ลดลงเรื่อยๆ ไปจนถึง 6 ปีหลังเกิดอาการ โดยค่า median ของระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพในกลุ่มที่เข้ารับบริการทางการแพทย์มีค่าเท่ากับ 36 เดือน และค่า median ของระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพในกลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับบริการทางการแพทย์มีค่าเท่ากับ 64 เดือน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขณะที่ผลการศึกษาของ TNMHS2013 พบว่าระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพของ PTSD มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16 เดือน

จำนวนครั้งของการป่วยในชั่วชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศยังไม่พบบทความใด ที่อ้างอิงถึงจำนวนครั้งเฉลี่ยของการเกิดความเจ็บป่วยในชั่วชีวิตของทั้งสามโรค อย่างไรก็ตาม ผลจากการสำรวจ TNMHS2013 พบว่าจำนวนครั้งของการป่วยในชั่วชีวิตของ PD และ GAD มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.1 ครั้ง และ 3 ครั้ง ตามลำดับ

Breslau และคณะ[24] ศึกษาระบาดวิทยาของ PTSD ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ในเยาวชนสหรัฐอเมริกาในชุมชนเมือง Atlantic city จำนวน 2,311 ราย ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับเกรด 1 ช่วงระหว่างปี ค.ศ. 1985–1986 โดยเป็นการศึกษาแบบติดตามระยะยาวจนกระทั่งเยาวชนมีอายุ 21 ปี พบว่าร้อยละ 62.6 ของเยาวชนชาย และร้อยละ 33.7 ของเยาวชนหญิงเคยประสบเหตุการณ์รุนแรง โดยพบว่าร้อยละ 19 ของเยาวชนที่เคยประสบเหตุการณ์รุนแรงเคยประสบเหตุมากกว่า 1 ครั้ง โดยมีปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ระดับการศึกษาต่ำ ผิวดำ รวมทั้งมีบุคลิกภาพแบบ high neuroticism หรือ extraversion อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้มีการระบุจำนวนครั้งของการป่วยในชั่วชีวิตของ PTSD แต่อย่างใด

อัตราการหาย

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ไม่พบบทความใดที่รายงานอัตราการหายของทั้งสามโรค แต่ในต่างประเทศ พบรายงานจากการศึกษาของ Yonkers และคณะ[25] ที่ศึกษาแบบ cohort ติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 8 ปี จำนวนทั้งสิ้น 558 ราย พบว่าผู้ป่วย PD ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-III-R มีอัตราการหาย (ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อยแต่ไม่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวันอย่างน้อย 8 สัปดาห์) ภายในปีแรกเท่ากับ 0.43 ในเพศชาย และ 0.38 ในเพศหญิง เมื่อติดตามจนครบ 8 ปี อัตราการหายจะเพิ่มเป็น 0.69 ในเพศชาย และ 0.76 ในเพศหญิง ขณะที่ GAD จะมีอัตราการหายภายใน 1 ปี เท่ากับ 0.16 ในเพศชาย และ 0.10 ในเพศหญิง เมื่อติดตามจนครบ 8 ปี อัตราการหายจะเพิ่มเป็น 0.56 ในเพศชาย และ 0.46 ในเพศหญิง

Ameringen และคณะ[26] ได้สำรวจระบาดวิทยาของ PTSD โดยการสุ่มสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในประชากรที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ประเทศแคนาดา จากกลุ่มตัวอย่าง 2,991 ราย พบว่า ร้อยละ 68.5 ของผู้ที่มีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย PTSD ยังคงมีอาการครบตามเกณฑ์เมื่อเวลาผ่านไปแล้ว 1 ปี โดยเพศหญิงจะมีอัตราสูงกว่าในเพศชาย (ร้อยละ 71.9 เทียบกับร้อยละ 59.7)

Blanchard และคณะ[27] ศึกษาแบบติดตามระยะยาวในผู้ป่วย PTSD จากอุบัติเหตุบนท้องถนน จำนวน 48 ราย พบว่าสัดส่วนการหายใน 6 เดือน เท่ากับร้อยละ 50 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 66 เมื่อติดตามจนครบ 1 ปี

ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิตจากโรค

ยังไม่พบบทความใดในประเทศไทยที่รายงานค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิตของทั้งสามโรค อย่างไรก็ตาม ในต่างประเทศพบรายงานของ Grasbeck และคณะ[28] ได้ศึกษาหาค่า mortality ของผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลที่เสียชีวิตระหว่างปี ค.ศ. 1972-1992 พบว่า ผู้ชายที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น PD นั้นมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าในกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย PD อยู่ 2.2 เท่า รวมถึงยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือดอีกด้วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยเพศชายที่ป่วยเป็น PD ก่อนอายุ 65 ปี

Walker และคณะ[29] ได้ทบทวนวรรณกรรมแบบ systematic review และ meta-analysis เพื่อหาค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคจิตเวชเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช จำนวน 203 บทความ พบว่าค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิตของโรคทางจิตเวชทั้งหมดมีค่าเท่ากับ 2.22 (95% CI, 2.12-2.33) โดยร้อยละ 67.3 ตายตามธรรมชาติ ร้อยละ 17.5 ตายแบบผิดธรรมชาติ และร้อยละ 15.2 ไม่ทราบสาเหตุการตาย เมื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิตของโรควิตกกังวล พบว่ามีค่าเท่ากับ 1.43 (95% CI, 1.24-1.64)

Boscarino และคณะ[30] ได้ศึกษาค่า mortality ในผู้ป่วย PTSD ที่เป็นทหารผ่านศึกของประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 15,288 ราย พบว่า ทหารผ่านศึกที่มีอาการเป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัย PTSD จะมีค่า hazards ratios (HRs) เป็น 2.1 เท่า (95% CI, 1.7-2.6) เมื่อเทียบกับทหารผ่านศึกที่ไม่มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย PTSD โดยนับรวมสาเหตุการตายทั้งหมด

ค่าถ่วงน้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ

ที่ผ่านมา ได้มีการศึกษาค่าถ่วงน้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (disability weight) มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990[31-36] เพื่อใช้ในการคำนวณ GBD ทั้งจากองค์การอนามัยโลกเองและที่ศึกษาเพื่อใช้ในแต่ละประเทศ โดยค่าที่ได้มีความแตกต่างกันตามระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้และบริบทในแต่ละประเทศ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

วิจารณ์

ความชุกของโรค

เมื่อเปรียบเทียบผลในต่างประเทศกับผลการสำรวจ TNMHS2013 ของไทยพบว่า กลุ่มโรควิตกกังวลนั้นมีความชุกที่แตกต่างกันค่อนข้างมากในแต่ละภูมิภาคของโลก โดยพบว่าประเทศแถบตะวันตกมีค่าความชุกสูงกว่าประเทศในแถบเอเชียค่อนข้างมาก ทั้งใน PD และ GAD ยกเว้น PTSD

ตารางที่ 3 สรุปค่าถ่วงน้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพจากการทบทวนวรรณกรรม

โรค	ค่าถ่วงน้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (disability weight)					
	GBD1990	GBD2010	GBD2013	Dutch weight	Australian weight	Korean weight
PD	0.165 (ไม่รักษา=0.173, รักษา=0.091)	–	–	0.11–0.69	0.21–0.27	–
GAD	–	–	–	0.17–0.60	0.22–0.23	–
PTSD	0.105	–	–	0.13–0.51	0.14–0.15	0.616
anxiety disorders						
mild	–	0.030	0.030	–	–	0.257
moderate		0.149	0.133			0.566
severe		0.523	0.523			0.787

PD = panic disorder; GAD = generalized anxiety disorder; PTSD = post-traumatic stress disorder; GBD = global burden of disease

ที่พบความชุกค่อนข้างสูงในประเทศเกาหลีใต้ ทั้งนี้ การที่ค่าความชุกมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะความแตกต่างทางวัฒนธรรมในแต่ละภูมิภาค[37] ด้วยเหตุผลนี้ จึงควรใช้ข้อมูลการสำรวจ TNMHS2013 เพื่อคำนวณภาระโรคของประเทศ

สัดส่วนของระดับความรุนแรงของโรค

สัดส่วนของระดับความรุนแรงของกลุ่มโรควิตกกังวลทั้งสาม โรคของประเทศไทย ส่วนใหญ่จะมีระดับความรุนแรงในระดับเล็กน้อย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่มักจะมีสัดส่วนของระดับความรุนแรงที่คละกันไป ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบริบททางวัฒนธรรมอีกเช่นกัน โดยเฉพาะในประเทศไทยที่มักมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่คอยดูแลเอาใจใส่ ทำให้ความรุนแรงของโรคไม่สูงมากนัก

อายุที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ

ค่าอายุที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพของ PD และ GAD ในต่างประเทศมีค่าใกล้เคียงมากกับในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ค่าอายุที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพของ PTSD มีความแตกต่างกันมากในแต่ละประเทศที่ได้ศึกษา ทั้งนี้ นอกเหนือจากเหตุผลด้านบริบททางวัฒนธรรมแล้ว อาจมีสาเหตุจากการเผชิญกับเหตุการณ์รุนแรงที่มีความแตกต่างกันในช่วงอายุต่างๆ ของแต่ละประเทศ[21,38]

ระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ

ไม่พบการศึกษาในต่างประเทศที่รายงานระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพโดยตรง แต่สามารถอนุมานทางอ้อมได้จากค่า duration of untreated illness (DUI) จากการศึกษาของ Altamura และคณะ[19] ที่พบค่า DUI ของ PD และ GAD ค่อนข้างสูง ซึ่งแตกต่างจากประเทศไทยค่อนข้างมาก อาจเป็นเพราะการศึกษาในต่างประเทศรายงานเป็นค่า DUI รวมไปถึงเป็นการเก็บข้อมูลในคลินิกจิตเวช ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มีอาการค่อนข้างมากแล้ว แต่จากการศึกษาในประเทศไทยเป็นการเก็บข้อมูลในประชากรทั่วไป ขณะที่การศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพของ PTSD จะมีผลที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ เป็นโรคที่มีระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพค่อนข้างนานเป็นปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพของ PTSD นานกว่า 16 เดือน

จำนวนครั้งของการป่วยในชั่วชีวิต

ในต่างประเทศ ไม่พบรายงานจำนวนครั้งของการป่วยในชั่วชีวิตของ PD และ GAD ดังนั้นจึงสามารถใช้ข้อมูลการสำรวจของ TNMHS2013 เป็นหลัก แต่ใน PTSD นั้น ไม่สามารถหาข้อมูลที่ใช้ในการอ้างอิงถึงจำนวนครั้งของการป่วยในชั่วชีวิตได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ PTSD เป็นโรคเรื้อรัง มีระยะเวลาเจ็บป่วยค่อนข้างนาน มีอาการคงอยู่ได้หลายปี จึงยากที่จะศึกษาติดตามระยะยาวจนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการกลับเป็นซ้ำอีก ที่ผ่านมาจึงมีเพียงการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงบางอย่างที่ส่งผลต่อการประสบเหตุการณ์

รุนแรงหลายครั้ง[24] ดังนั้น จึงควรทำการวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นนี้ใน PTSD ต่อไปในอนาคต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับบริบทของประเทศไทยมากที่สุด

อัตราการหาย

ยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับอัตราการหาย แต่ในต่างประเทศ[25] พบว่า PD เป็นโรคที่มีอัตราการหายในปีแรกสูงกว่า GAD อย่างเห็นได้ชัด ขณะที่ในต่างประเทศพบการศึกษาถึงอัตราการหายของ PTSD อยู่ 2 ฉบับ ได้แก่ การศึกษาของ Ameringen และคณะ[26] ที่ศึกษาในประชากรทั่วไป และการศึกษาของ Blanchard และคณะ[27] ที่ศึกษาในผู้ป่วย PTSD จากอุบัติเหตุบนท้องถนน ซึ่งเมื่อพิจารณาจากระเบียบวิธีวิจัยแล้ว ควรใช้ผลการศึกษาของ Ameringen และคณะ[26] ในการอ้างอิงมากกว่า เนื่องจากศึกษาในประชากรทั่วไป มีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่สูงกว่า และไม่ได้จำกัดเฉพาะเหตุการณ์อุบัติเหตุบนท้องถนนเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตาม ควรวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นนี้ต่อไปในอนาคต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับบริบทของประเทศไทยมากที่สุด

ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิตจากโรค

ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิตมาก่อน อย่างไรก็ตามใน PD นั้น[28] มีข้อสังเกตว่า ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่สูงขึ้นจะพบเฉพาะในเพศชาย ไม่พบความแตกต่างในเพศหญิงแต่อย่างใด รวมถึงผลการทบทวนวรรณกรรมใน PTSD นั้น จะเป็นค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิตในทหารผ่านศึกเพศชายเท่านั้น[30] ดังนั้นจึงควรวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นนี้ในผู้ป่วยไทยต่อไปในอนาคต

ค่าถ่วงน้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ

มีหลายการศึกษาที่ได้ทำการคำนวณหาค่าถ่วงน้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพเพื่อใช้ในแต่ละประเทศ[34-36] ซึ่งค่าที่ได้ก็มีความแตกต่างกันไปตามบริบทของวัฒนธรรมในประเทศนั้นๆ และระเบียบวิธีวิจัย ดังนั้นการวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นนี้จึงเป็นเรื่องเหมาะสมที่ควรจะได้มีการดำเนินต่อไป

สรุป

ตัววัดที่เหมาะสมในการคำนวณภาระโรคสำหรับกลุ่มโรควิตกกังวล และโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในประเทศไทย ได้แก่ ความชุก สัดส่วนของระดับความรุนแรงของโรค อายุที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ และจำนวนครั้งของการป่วยในชั่วชีวิต การศึกษาในอนาคตจึงควรเน้นไปที่การหาตัววัดบางค่าที่ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย ได้แก่ อัตราการหาย ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิตจากโรค และค่าถ่วงน้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศและได้ขนาดของปัญหาของทั้งสามโรคดังกล่าวที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด จนสามารถนำไปใช้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ถูกต้องและแสวงหามาตรการต่าง ๆ ในการจัดการรักษาโรคทั้งสามนี้ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากแผนงานการพัฒนาดัชนีภาระทางสุขภาพเพื่อการพัฒนานโยบาย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ความรู้เดิม: ประเทศไทยยังไม่มีตัววัดทางระบาดวิทยาที่เหมาะสมในการคำนวณภาระโรควิตกกังวลและโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

ความรู้ใหม่: ตัววัดที่เหมาะสมของไทย ได้แก่ ความชุก สัดส่วนของระดับความรุนแรงของโรค อายุที่เริ่มเกิดโรค ระยะเวลาของโรค และจำนวนครั้งของการป่วยชั่วชีวิต

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: ในอนาคตควรวิจัยเพิ่มเติมเพื่อหาอัตราการหาย ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิตจากโรค และค่าถ่วงน้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Baxter AJ, Vos T, Scott KM, Ferrari AJ, Whiteford HA. The global burden of anxiety disorders in 2010. Psychol Med 2014;44:2363–74.
2. 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)
3. Kessler RC, Ustün 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.
4. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Assanangkornchai S, Supanya S. Thai national mental health survey 2013: methodology and procedure. Journal of Mental Health of Thailand 2016;24:1–14. (in Thai)
5. Kessler RC, Haro JM, Heeringa SG, Pennell B-E, Ustün TB. The World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. Epidemiol Psichiatr Soc 2006;15:161–6.
6. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ustün TB. The WHO World Mental Health (WMH) Surveys. Psychiatr Stuttg Ger 2009;6:5–9.
7. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, 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. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian national mental health survey. Br J Psychiatry 2001;178: 145–53.
10. Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P. Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. Br J Psychiatry J Ment Sci 2007;190:521–8.
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. 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.
13. 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.
14. Williams DR, Herman A, Stein DJ, Heeringa SG, Jackson PB, 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.

15. Deswal BS, Pawar A. An epidemiological study of mental disorders at Pune, Maharashtra. Indian J Community Med 2012;37:116–21.
16. 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.
17. Chong SA, Abdin 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.
18. de Jonge P, Roest AM, Lim CCW, Florescu SE, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. Depress Anxiety 2016;33:1155–77.
19. Altamura AC, Buoli M, Albano A, Dell'Osso B. Age at onset and latency to treatment (duration of untreated illness) in patients with mood and anxiety disorders: a naturalistic study. Int Clin Psychopharmacol 2010;25:172–9.
20. Rhebergen D, Aderka IM, van der Steenstraten IM, van Balkom AJLM, van Oppen P, Stek ML, et al. Admixture analysis of age of onset in generalized anxiety disorder. J Anxiety Disord 2017;50:47–51.
21. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry 1995;52:1048–60.
22. Ditlevsen DN, Elklit A. The combined effect of gender and age on post traumatic stress disorder: do men and women show differences in the lifespan distribution of the disorder? Ann Gen Psychiatry 2010;9:32.
23. Creamer M, Parslow R. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in the elderly: a community prevalence study. Am J Geriatr Psychiatry 2008;16:853–6.
24. Breslau N, Wilcox HC, Storr CL, Lucia VC, Anthony JC. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder: a study of youths in urban America. J Urban Health Bull N Y Acad Med 2004;81:530–44.
25. Yonkers KA, Bruce SE, Dyck IR, Keller MB. Chronicity, relapse, and illness--course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. Depress Anxiety 2003;17:173–9.
26. Van Ameringen M, Mancini C, Patterson B, Boyle MH. Post-traumatic stress disorder in Canada. CNS Neurosci Ther 2008;14:171–81.
27. Blanchard EB, Hickling EJ, Barton KA, Taylor AE, Loos WR, Jones-Alexander J. One-year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. Behav Res Ther 1996;34:775–86.
28. Gräsbeck A, Rorsman B, Hagnell O, Isberg PE. Mortality of anxiety syndromes in a normal population. The Lundby Study. Neuropsychobiology 1996;33:118–26.
29. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry 2015;72:334–41.
30. Boscarino JA. Posttraumatic stress disorder and mortality among U.S. army veterans 30 years after military service. Ann Epidemiol 2006;16:248–56.
31. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. Lancet 1997;349:1436–42.
32. Salomon JA, Vos T, Hogan DR, Gagnon M, Naghavi M, Mokdad A, et al. Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the global burden of disease study 2010. Lancet 2012;380:2129–43.
33. 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 Glob Health 2015;3:e712-723.

34. Stouthard M, Essink-Bot M, Bonsel G, Barendregt J, Kramers P, van de Water H, et al. Disability weights for diseases in the Netherlands. Rotterdam: Department of Public Health, Erasmus Univesity Rotterdam; 1997.
35. 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.
36. 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.
37. Burri A, Maercker A. Differences in prevalence rates of PTSD in various European countries explained by war exposure, other trauma and cultural value orientation. BMC Res Notes 2014;7:407.
38. Taemeeyapradit U, Tantirangsee N, Assanangkornchai S. Signs and symptoms of psychological response after traumatic events: result from Thailand national mental health survey 2013. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2015;60:221–34. (in Thai)