

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# ระบาดวิทยากลุ่มโรควิตกกังวลในคนไทย : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต ของคนไทยระดับชาติ พ.ศ. 2556

วันรับ : 18 พฤษภาคม 2565

วันแก้ไข : 1 กันยายน 2565

วันตอบรับ : 3 กันยายน 2565

ปทานนท์ ขวัญสนิท, พ.บ.<sup>1</sup>, วีร์ เมฆวิสัย, วท.ม.<sup>2</sup>, สุทธา สุปัญญา, พ.บ.<sup>1</sup>,

วรวรรณ จุฑา, กศ.ม.<sup>3</sup>, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, พ.บ.<sup>4</sup>

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต<sup>1</sup>,

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต<sup>2</sup>,

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต<sup>3</sup>, ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต<sup>4</sup>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** ศึกษาความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลและโรคร่วมในคนไทยจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทย

**วิธีการ :** การศึกษาเชิงพรรณนา ใช้ข้อมูลจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทย พ.ศ. 2556 ซึ่งเป็นการสำรวจภาคตัดขวาง ในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปจำนวน 4,727 คน จากการสุ่มเพื่อเป็นตัวแทนประชากรทั้งประเทศ วินิจฉัยกลุ่มโรควิตกกังวลด้วยเครื่องมือ composite international diagnostic interview 3.0 (CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทย

**ผล :** ความชุกตลอดชีพของกลุ่มโรควิตกกังวลอย่างน้อยหนึ่งโรค พบร้อยละ 3.1 โรคที่พบสูงสุด ได้แก่ agoraphobia ร้อยละ 1.3 โรค post-traumatic stress disorder (PTSD) ร้อยละ 0.9 โรค panic disorder ร้อยละ 0.6 และโรค generalized anxiety disorder (GAD) ร้อยละ 0.3 โรคในกลุ่มโรควิตกกังวลที่พบร่วมกันมากที่สุด ได้แก่ panic disorder ร่วมกับโรค agoraphobia พบร้อยละ 6.5 ของผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลทั้งหมด รองลงมา ได้แก่ PTSD ร่วมกับ agoraphobia ร้อยละ 2.4 และ panic disorder ร่วมกับ GAD ร้อยละ 1.0

**สรุป :** ความชุกตลอดชีพของกลุ่มโรควิตกกังวลในคนไทยพบได้น้อยกว่าต่างประเทศ แต่ผู้มีโรคในกลุ่มโรควิตกกังวลอย่างน้อยหนึ่งโรคมีโอกาสพบโรคในกลุ่มโรควิตกกังวลอื่น ๆ ร่วมค่อนข้างสูง ผู้ให้บริการสุขภาพจิตควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองและจัดบริการเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวล

**คำสำคัญ :** กลุ่มโรควิตกกังวล, ความชุก, ระบาดวิทยา, โรคร่วม

**ติดต่อผู้พิมพ์ :** ปทานนท์ ขวัญสนิท; e-mail: patanon.k@gmail.com

## Original articles

## Epidemiology of anxiety disorders in Thailand: Thai national mental health survey 2013

Received : 18 May 2022

Revised : 1 September 2022

Accepted : 3 September 2022

Patanon Kwansanit, M.D.<sup>1</sup>, Wee Mekwilai, M.S.<sup>2</sup>, Suttha Supanya, M.D.<sup>1</sup>,Worawan Chutha, M.Ed.<sup>3</sup>, Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D.<sup>4</sup>Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Department of Mental Health<sup>1</sup>,Bureau of Mental Health Service Administration, Department of Mental Health<sup>2</sup>,Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health<sup>3</sup>,Pensioner, Department of Mental Health<sup>4</sup>

### Abstract

**Objective:** To report the prevalence of anxiety disorders and comorbidity among Thai people from the Thai national mental health survey.

**Methods:** This cross-sectional descriptive study used data from the Thai national mental health survey 2013 conducted among 4,727 randomly selected representatives of the Thai population aged 18 years old and over. Those with anxiety disorders were diagnosed by using the Thai version of composite international diagnostic interview 3.0 (CIDI 3.0).

**Results:** About 3.1% of the total sample reported at least one anxiety disorder in their lifetime. Most common diagnoses were agoraphobia (1.3%), post-traumatic stress disorder (PTSD) (0.9%), panic disorder (0.6 %), and generalized anxiety disorder (GAD) (0.3%). Among those with any anxiety disorder, the conditions with highest proportion of coexisting were panic disorder with agoraphobia (6.5%), PTSD with agoraphobia (2.4%), and panic disorder with GAD (1.0%).

**Conclusion:** The lifetime prevalence of any anxiety disorder is less common in the Thai population than reported elsewhere. However, there is a high level of comorbidity among conditions in this group. The mental health service providers should focus on screening and providing specialized services for people with anxiety disorders.

**Keywords:** anxiety disorders, comorbidity, epidemiology, prevalence

**Corresponding author:** Patanon Kwansanit; e-mail: patanon.k@gmail.com

**ความรู้เดิม :** ในต่างประเทศพบว่า กลุ่มโรควิตกกังวลมีความชุกมากกว่ากลุ่มโรคจิตเวชอื่น ๆ พบได้สูงสุทธ้อยละ 28.8 ส่วนในประเทศไทยกลุ่มโรควิตกกังวลพบความชุกต่ำและมีแนวโน้มเพิ่มเล็กน้อย แต่การสำรวจที่ผ่านมาไม่สามารถเปรียบเทียบกับต่างประเทศได้เนื่องจากใช้ระเบียบวิธีวิจัยและเครื่องมือแตกต่างกันนานาประเทศ

**ความรู้ใหม่ :** การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยครั้งล่าสุด ปี พ.ศ. 2556 ใช้เครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช WMH-CIDI ฉบับภาษาไทย และมีระเบียบวิธีวิจัยเช่นเดียวกับการสำรวจในนานาประเทศ พบความชุกตลอดชีพของกลุ่มโรควิตกกังวลร้อยละ 3.1 โดย agoraphobia พบบ่อยที่สุด ผู้หญิงพบมากกว่าผู้ชาย ผู้มีโรคเรื้อรังทางกายและปัญหาการนอนพบความชุกของโรควิตกกังวลมากขึ้น โรคในกลุ่มโรควิตกกังวลที่พบร่วมกันมากที่สุด ได้แก่ agoraphobia ร่วมกับ panic disorder

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ :** นำข้อมูลไปจัดระบบบริการสุขภาพ โดยเน้นการคัดกรองสุขภาพกายและจิตและการดูแลรักษาโรคร่วมในกลุ่มโรควิตกกังวล

## บทนำ

กลุ่มโรควิตกกังวล (anxiety disorders) เป็นกลุ่มโรคทางจิตเวชที่แม้ว่าระดับความรุนแรงอาจน้อยกว่าโรคทางจิตเวชอื่น ๆ<sup>1</sup> แต่ก็พบความชุกมากกว่า<sup>2,3</sup> การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของกลุ่มประเทศในทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือพบว่า กลุ่มโรควิตกกังวลมีความชุกสูงถึงร้อยละ 12 โดยแยกเป็นโรค specific phobia (โรคกลัวเฉพาะอย่าง) ร้อยละ 6 - 12 โรค social phobia (โรคกลัวการเข้าสังคม) ร้อยละ 10 โรค generalized anxiety disorder (โรควิตกกังวลไปทั่ว; GAD) ร้อยละ 3 - 5 และโรค agoraphobia without panic disorder (โรคกลัวที่ชุมชนที่ไม่มีอาการแพนิคร่วมด้วย) ร้อยละ 3.5<sup>4</sup> นอกจากนี้ การที่กลุ่มโรควิตกกังวลเริ่มมีอาการตั้งแต่ผู้ป่วยอายุน้อย มีการดำเนินโรคเรื้อรัง และรบกวนหน้าที่และการใช้ชีวิตอย่างมาก

จึงสร้างภาระโรคต่อผู้ป่วยและระบบสุขภาพโดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิได้สูง<sup>5-8</sup>

การศึกษาระบาดวิทยาของกลุ่มโรควิตกกังวลที่ใช้เครื่องมือ ระเบียบวิธีวิจัย และกลุ่มประชากรที่แตกต่างกันสามารถพบความชุกที่แตกต่างกันไปตั้งแต่ร้อยละ 13.6 ถึง 28.8<sup>9</sup> จากการสำรวจความชุกของความผิดปกติทางจิตเวชของประชากรไทยที่ผ่านมาในปี พ.ศ. 2541<sup>10</sup> พ.ศ. 2546<sup>11</sup> และ พ.ศ. 2551<sup>12</sup> พบว่า โรคทางจิตเวชที่พบบ่อย เป็นปัญหา และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่องคือ โรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล โดยมีความชุกเพิ่มจากร้อยละ 1.4 และ 0.7 ใน พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 3.2 และ 1.9 ใน พ.ศ. 2546 ตามลำดับ ซึ่งหากพิจารณาจากเครื่องมือพบว่า การสำรวจในปี พ.ศ. 2541 ใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงจาก diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV) และ composite international diagnostic interview (CIDI) กลุ่มตัวอย่าง 7,157 ราย พบความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลร้อยละ 3.4 โดยพบโรค panic disorder ร้อยละ 1.0 โรค agoraphobia ร้อยละ 0.8 โรค GAD ร้อยละ 0.7 โรค obsessive-compulsive disorder (โรคย้ำคิดย้ำทำ) ร้อยละ 0.3 โรค social phobia ร้อยละ 0.3 และโรค simple phobia ร้อยละ 0.3<sup>10</sup> ต่อมาในปี พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2551 ได้มีการศึกษาระบาดวิทยาโรคร่วมทางจิตเวชในคนไทยโดยใช้เครื่องมือวินิจฉัยโรค mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย โดยกลุ่มตัวอย่าง 17,140 ราย พบความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลเป็นร้อยละ 6.7 โดยพบความชุกของโรค GAD สูงที่สุด ตามมาด้วยโรค panic disorder with agoraphobia และ post-traumatic stress disorder (โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ; PTSD) ตามลำดับ และยังพบการเกิดร่วมของโรคทางจิตเวชอื่น ๆ กับกลุ่มโรควิตกกังวล เช่น ร้อยละ 6.8 ของผู้ที่มีโรค GAD จะมีโรค panic disorder และ/หรือโรค agoraphobia ร่วมอยู่ด้วย<sup>13</sup> อย่างไรก็ตาม เครื่องมือ M.I.N.I. ต้องใช้วิชาชีพเฉพาะที่มีความรู้ทางจิตเวชเป็นผู้ประเมิน และผลการสำรวจที่ผ่านมาไม่สามารถเปรียบเทียบ

กับการศึกษาของต่างประเทศในปัจจุบันที่ใช้เครื่องมือ world mental health-composite international diagnostic interview (WMH-CIDI)<sup>14</sup> ซึ่งเป็นมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก เช่น การสำรวจ epidemiological catchment area (ECA) และ national comorbidity survey (NCS) ในประเทศสหรัฐอเมริกา<sup>15,16</sup> การสำรวจในประเทศไนจีเรีย<sup>17</sup> และประเทศนิวซีแลนด์<sup>18</sup> ผลการสำรวจทั่วโลกที่ใช้เครื่องมือ WMH-CIDI พบว่า กลุ่มโรคจิตกึ่งวลมีความชุกมากกว่ากลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ กลุ่มโรคความผิดปกติในการใช้สารเสพติด และกลุ่มความผิดปกติของการควบคุมตนเอง โดยมีความชุกทั่วโลกประมาณร้อยละ 7.3 และมีความแตกต่างกันระหว่างประเทศและภูมิภาค ตั้งแต่ร้อยละ 4.8 ถึงร้อยละ 10.9<sup>19,20</sup>

การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตครั้งล่าสุดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 จึงใช้เครื่องมือ WMH-CIDI ฉบับภาษาไทย ซึ่งสามารถประเมินโดยบุคคลทั่วไปที่ผ่านการฝึกอบรม ใช้วินิจฉัยโรคทางจิตเวชทั้งตามเกณฑ์ ICD-10 และ DSM-IV-TR และระบุความรุนแรงของโรคได้แม่นยำขึ้น ทำให้การเก็บข้อมูลครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศมากขึ้นและสามารถเทียบเคียงกับต่างประเทศได้ ผลการสำรวจพบความชุกของกลุ่มโรคจิตกึ่งวลในคนไทยร้อยละ 3.1 หรือคิดเป็นจำนวนประชากรประมาณ 1.6 ล้านคน มากเป็นอันดับสองของกลุ่มโรคจิตเวชใด ๆ รองจากกลุ่มความผิดปกติของการควบคุมตนเอง<sup>21</sup> อย่างไรก็ตาม ข้อมูลกลุ่มโรคจิตกึ่งวลจากการสำรวจครั้งล่าสุดนี้เป็นเพียงการรายงานในภาพรวมร่วมกับกลุ่มโรคอื่น ๆ ยังไม่มีการวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาของกลุ่มโรคจิตกึ่งวลโดยเฉพาะ รวมถึงการเกิดโรคร่วมของโรคในกลุ่มโรคจิตกึ่งวล การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจปี พ.ศ. 2556 ให้ทราบถึงข้อมูลระบาดวิทยาของกลุ่มโรคจิตกึ่งวลและการเกิดโรคร่วมของโรคในกลุ่มโรคจิตกึ่งวลที่เป็นปัจจุบันและเป็นตัวแทนของประชากรไทย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนระดับนโยบายด้านการสาธารณสุขและการบริการในเขตสุขภาพในการลดภาระโรคของกลุ่มโรคจิตกึ่งวลของคนไทย

## วิธีการ

การศึกษาเชิงพรรณนา ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ พ.ศ. 2556 ซึ่งเป็นการสำรวจในประชากรไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือน โดยดำเนินการตามการสำรวจสุขภาพจิตโลกขององค์การอนามัยโลก (world mental health survey; WMHS)<sup>22</sup> เป็นการการสำรวจภาคตัดขวางในครัวเรือนที่สุ่มได้ (cross-sectional household survey) ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบต่อหน้า (face-to-face interview) เป็นเวลา 1 - 3 ชั่วโมง โดยศูนย์อบรมเครื่องมือของมหาวิทยาลัยมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา อบรมวิทยากรหลักคนไทยเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ครอบคลุมประเด็นเทคนิคการสัมภาษณ์และการใช้เครื่องมือ หลังจากนั้นวิทยากรหลักอบรมเป็นระยะเวลา 3 วันแก่ผู้สัมภาษณ์ซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ผู้สัมภาษณ์ต้องอบรมครบตามที่กำหนดจึงจะได้รับประกาศนียบัตรรับรอง โดยมีการประเมินความเชื่อมั่น (inter-rater reliability) ระหว่างผู้สัมภาษณ์และวิทยากรหลัก<sup>23</sup>

สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ 4 ชั้นภูมิ (stratified four-stage cluster sampling) โดยภาคกลาง เหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ ใต้ และกรุงเทพมหานคร เป็นสตร้าตัมแรก (primary sampling units; PSUs) แล้วจึงสุ่มจังหวัดในแต่ละภาคและเขตของกรุงเทพมหานครเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง (secondary sampling units; SSUs) แล้วจึงแบ่งประชากรในแต่ละจังหวัดหรือเขตเป็นเขตจแนงนับ (enumeration areas; EAs) ที่มีจำนวนครัวเรือนประมาณ 150 - 200 หลังคาเรือนต่อ EA โดย EA นั้นนับเป็นการสุ่มตัวอย่างขั้นที่สาม (tertiary sampling units; TSUs) ทำให้ทั้งประเทศสุ่มได้ 265 EAs หรือเท่ากับ 1,272 ครัวเรือนต่อภาคและกรุงเทพมหานคร และหน่วยตัวอย่างขั้นสุดท้าย (ultimate sampling units; USUs) ได้แก่ สมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่สุ่มได้นี้เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน โดยใช้วิธีเรียงลำดับตามอายุจากมากไปหาน้อย จากชายไปหญิง และสุ่มเลือกด้วยตารางคิซ

(Kish selection table) โดยไม่สามารถสุ่มทดแทนได้ (sampling without replacement)

การสำรวจนี้ใช้เครื่องมือ world mental health - composite international diagnostic interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0)<sup>14</sup> ฉบับภาษาไทย เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview) ซึ่งสามารถใช้วินิจฉัยโรคทางจิตเวชทั้งตามเกณฑ์ ICD-10 และ DSM-IV-TR รวมไปถึงระบุความรุนแรงของโรค การรักษาที่ได้รับ และผลในปัจจุบันของภาวะนั้น ๆ โดยหมวดที่ใช้สำรวจประกอบด้วย การคัดกรอง (หมวด screening) กลุ่มโรคทางอารมณ์ (หมวด depression และ mania) กลุ่มโรควิตกกังวล (หมวด panic disorder, agoraphobia, GAD และ PTSD) กลุ่มสารเสพติด (หมวด alcohol use disorders และ drug use disorders) กลุ่มประสบการณ์โรคจิต (หมวด psychotic like experience screen) กลุ่มโรคที่เป็นปัญหาตามพื้นที่ (หมวด nicotine dependence, gambling และ intermittent explosive disorder) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและโรคทางกาย (หมวด suicidality และ chronic condition) การใช้บริการทางสุขภาพ (หมวด health services) และลักษณะประชากรศาสตร์ (หมวด demographic) มีการทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือโดยการทำ cognitive test ในผู้ป่วยกลุ่มโรคดังกล่าวในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต 5 จังหวัด ตามกระบวนการและวิธีการสำรวจที่มีการรายงานก่อนหน้านี้<sup>23</sup>

การศึกษาครั้งนี้นำข้อมูลในส่วนของกลุ่มโรควิตกกังวลได้แก่ โรค panic disorder, agoraphobia, GAD และ PTSD มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปนำเสนอความชุกของโรคเป็นค่าสัดส่วนโดยการถ่วงน้ำหนัก (weighted proportion estimates) แสดงผลเป็นร้อยละ และค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (standard error; SE) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า .05 ( $p < .05$ ) โดยจำแนกความชุกตามปัจจัยส่วนบุคคล การมีโรคเรื้อรัง และการเกิดโรคร่วม การศึกษาค้นคว้านี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิต และจิตเวช) กระทรวงสาธารณสุข หมายเลข 77/2556

## ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 4,727 คน มีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าชาย (ร้อยละ 63.7 และ 36.3 ตามลำดับ) พบความชุกตลอดชีพของโรควิตกกังวลใด ๆ อย่างน้อยหนึ่งโรคร้อยละ 3.1 แยกเป็นโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรค agoraphobia ร้อยละ 1.3 โรค PTSD ร้อยละ 0.9 โรค panic disorder ร้อยละ 0.6 และ โรค GAD ร้อยละ 0.3

เมื่อจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า พบความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 4.4 และร้อยละ 1.7 ตามลำดับ) และพบความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 55 - 59 ปี (ร้อยละ 5.1) กลุ่มว่างงาน (ร้อยละ 4.5) กลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 5.9) กลุ่มที่มีรายได้ครัวเรือนต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาท (ร้อยละ 3.6) และพบสูงสุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 4.5) ดังแสดงในตารางที่ 1

เมื่อจำแนกตามการเจ็บป่วยด้วยปัญหาทางกายหรือทางจิตเวช พบความชุกของโรควิตกกังวลในกลุ่มผู้มีอาการทางกาย (physical illness) ร้อยละ 4.3 ในกลุ่มผู้มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอน (sleep problem) พบร้อยละ 6.8 และในกลุ่มผู้มีอาการทางจิต (mental illness) พบร้อยละ 6.9 ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อวิเคราะห์เฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคในกลุ่มโรควิตกกังวลอย่างน้อย 1 โรค (any anxiety disorder) จำนวน 175 คน พบว่า โรคที่มีสัดส่วนการพบร่วมกัน 2 โรค สูงสุด ได้แก่ โรค panic disorder ร่วมกับโรค agoraphobia คิดเป็นร้อยละ 6.5 ของผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลทั้งหมด รองลงมาคือโรค PTSD ร่วมกับโรค agoraphobia คิดเป็นร้อยละ 2.4 และโรค panic disorder ร่วมกับโรค GAD คิดเป็นร้อยละ 1.0 ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 และโรคที่มีการพบร่วมกัน 3 โรคได้แก่ โรค GAD โรค PTSD และ agoraphobia คิดเป็นร้อยละ 0.4 ของผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลทั้งหมด แสดงดังแผนภาพที่ 2

เมื่อจำแนกตามจำนวนโรคที่พบ เฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคในกลุ่มโรควิตกกังวลอย่างน้อย 1 โรค พบว่า ในกลุ่มผู้ที่มีโรควิตกกังวลเพียงโรคเดียว เพศชายพบ PTSD และ

ตารางที่ 1 ความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 4,727)

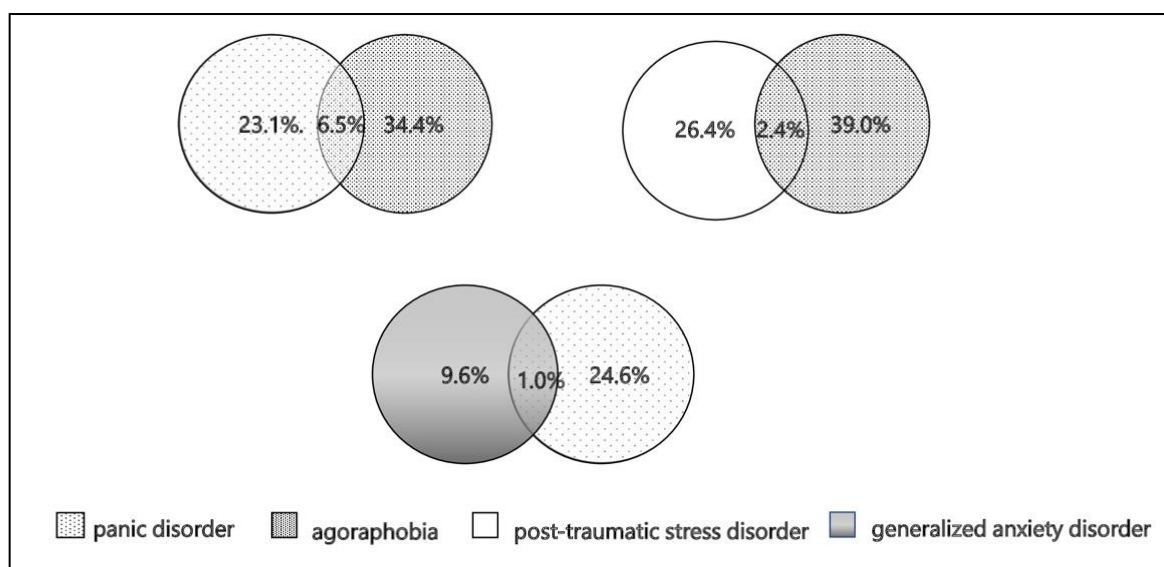
| ปัจจัยส่วนบุคคล                | กลุ่มโรควิตกกังวล (ร้อยละ ค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน(SE)) |                                          |             |            |             |                         |
|--------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------|-------------------------|
|                                | panic disorder<br>with<br>agoraphobia                | panic disorder<br>without<br>agoraphobia | agoraphobia | GAD        | PTSD        | any anxiety<br>disorder |
| <b>เพศ</b>                     |                                                      |                                          |             |            |             |                         |
| ชาย                            | 0 (0.04)                                             | 0.7 (0.19)                               | 0.5 (0.17)  | 1.0 (0.06) | 0.7 (0.19)  | 1.7 (0.30)              |
| หญิง                           | 0.4 (0.18)                                           | 1.1 (0.19)                               | 2.0 (0.66)  | 0.5 (0.17) | 1.1 (0.19)  | 4.4 (0.88)              |
| <b>กลุ่มอายุ</b>               |                                                      |                                          |             |            |             |                         |
| 18 - 24 ปี                     | 0.5 (0.51)                                           | 0.7 (0.52)                               | 1.23 (0.36) | 0          | 0.1 (0.56)  | 2.4 (1.22)              |
| 25 - 34 ปี                     | 0.3 (0.27)                                           | 0.4 (0.23)                               | 1.8 (0.81)  | 0.5 (0.28) | 0.4 (0.25)  | 3.1 (1.01)              |
| 35 - 44 ปี                     | 0                                                    | 0.57 (0.26)                              | 0.8 (0.28)  | 0          | 0.6 (0.26)  | 1.6 (0.46)              |
| 45 - 54 ปี                     | 0.3 (0.15)                                           | 0.9 (0.32)                               | 1.1 (0.38)  | 0.4 (0.17) | 0.9 (0.32)  | 3.5 (0.82)              |
| 55 - 59 ปี                     | 0 (0.04)                                             | 2.9 (1.06)                               | 1.5 (0.66)  | 0.4 (0.32) | 2.9 (1.06)  | 5.1 (1.24)              |
| มากกว่า 60 ปี                  | 0.1 (0.08)                                           | 1.3 (0.17)                               | 1.5 (0.33)  | 0.5 (0.19) | 1.3 (0.17)  | 3.9 (0.59)              |
| <b>อาชีพ</b>                   |                                                      |                                          |             |            |             |                         |
| มีงานทำ                        | 0.1 (0.06)                                           | 0.6 (0.22)                               | 1.5 (0.54)  | 0.2 (0.17) | 0.6 (0.22)  | 2.5 (0.51)              |
| เจ้าของธุรกิจ                  | 0.2 (0.15)                                           | 0.9 (0.20)                               | 0.8 (0.23)  | 0.3 (0.11) | 0.9 (0.20)  | 2.8 (0.58)              |
| ว่างงาน                        | 0.4 (0.28)                                           | 1.5 (0.36)                               | 1.7 (0.45)  | 0.5 (0.21) | 1.5 (0.36)  | 4.5 (0.69)              |
| <b>ระดับการศึกษา</b>           |                                                      |                                          |             |            |             |                         |
| ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า          | 0.2 (0.06)                                           | 1.4 (0.24)                               | 1.5 (0.31)  | 0.4 (0.14) | 1.3 (0.24)  | 4.2 (0.37)              |
| มัธยมศึกษาตอนต้น               | 0                                                    | 0.4 (0.36)                               | 1.2 (0.70)  | 0 (0.02)   | 0.4 (0.36)  | 1.7 (0.87)              |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย              | 0.6 (0.37)                                           | 0.7 (0.40)                               | 1.5 (0.68)  | 0.3 (0.02) | 0.7 (0.40)  | 3.3 (1.03)              |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่า           | 0                                                    | 0.2 (0.13)                               | 0.4 (0.20)  | 0 (0.02)   | 0.2 (0.13)  | 0.8 (0.36)              |
| <b>การศึกษา</b>                |                                                      |                                          |             |            |             |                         |
| ไม่ได้รับการศึกษา              | 0                                                    | 1.0 (0.77)                               | 2.1 (0.84)  | 1.2 (1.01) | 1.0 (0.77)  | 5.9 (2.25)              |
| ประถมศึกษา                     | 0.2 (0.07)                                           | 1.4 (0.25)                               | 1.5 (0.30)  | 0.4 (0.11) | 1.4 (0.25)  | 4.1 (0.39)              |
| มัธยมศึกษาขึ้นไป               | 0.2 (0.16)                                           | 0.5 (0.18)                               | 1.1 (0.44)  | 0.2 (0.10) | 0.5 (0.18)  | 2.1 (0.66)              |
| <b>รายได้ครัวเรือนต่อเดือน</b> |                                                      |                                          |             |            |             |                         |
| น้อยกว่า 5,000 บาท             | 0.3 (0.15)                                           | 1.0 (0.71)                               | 1.4 (0.38)  | 0.3 (0.13) | 1.0 (0.17)  | 3.4 (0.50)              |
| 5,001 - 15,000 บาท             | 0.1 (0.10)                                           | 0.6 (0.30)                               | 1.3 (0.40)  | 0.2 (0.10) | 0.6 (0.30)  | 2.2 (0.54)              |
| 15,001 - 30,000 บาท            | 0 (0.02)                                             | 0.9 (0.65)                               | 0.2 (0.24)  | 0.2 (0.23) | 0.9 (0.65)  | 1.9 (0.77)              |
| มากกว่า 30,000 บาท             | 0                                                    | 1.1 (0.78)                               | 1.8 (1.44)  | 0.5 (0.49) | 1.1 (0.78)  | 3.6 (1.56)              |
| <b>ภูมิภาค</b>                 |                                                      |                                          |             |            |             |                         |
| กรุงเทพมหานคร                  | 0.6 (0.61)                                           | 0.6 (0.36)                               | 0.4 (0.29)  | 0.3 (0.24) | 0.6 (0.3 6) | 2.2 (0.70)              |
| ภาคกลาง                        | 0.1 (0.05)                                           | 1.1 (0.20)                               | 1.4 (0.90)  | 0.1 (0.09) | 1.1 (0.20)  | 2.9 (1.12)              |
| ภาคเหนือ                       | 0.4 (0.24)                                           | 0.7 (0.36)                               | 2.6 (0.85)  | 0.2 (0.21) | 0.7 (0.36)  | 4.5 (1.35)              |
| ภาคอีสาน                       | 0 (0.01)                                             | 1.2 (0.25)                               | 0.7 (0.26)  | 0.5 (0.25) | 1.2 (0.25)  | 3.2 (0.54)              |
| ภาคใต้                         | 0.1 (0.04)                                           | 0.7 (0.24)                               | 1.4 (0.21)  | 0.3 (0.14) | 0.7 (0.24)  | 2.5 (0.56)              |

GAD = generalized anxiety disorder, PTSD = post-traumatic stress disorder

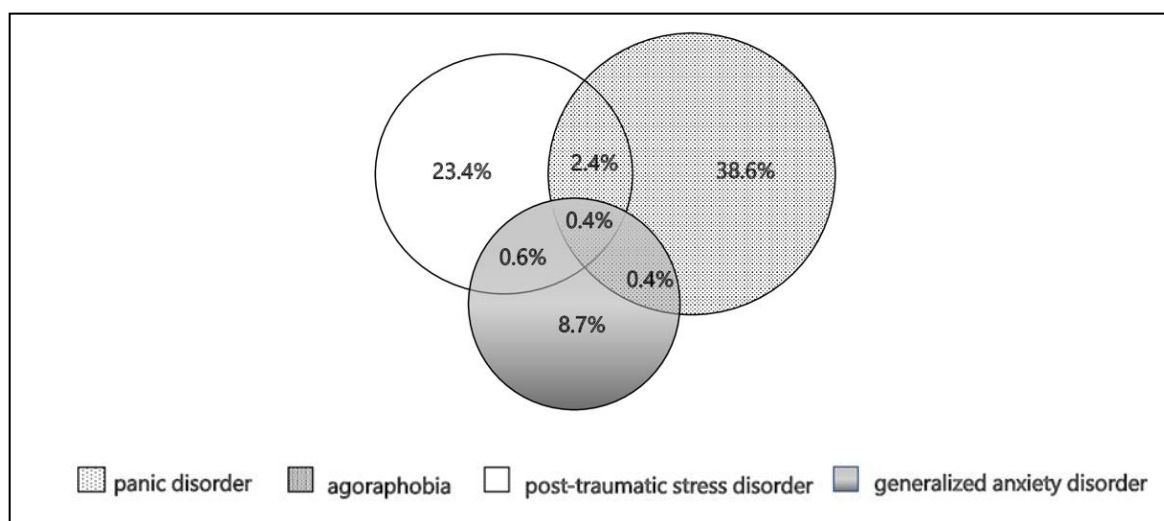
ตารางที่ 2 ความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลจำแนกตามโรคเรื้อรัง (n = 4,727)

| ความเจ็บป่วยเรื้อรัง | กลุ่มโรควิตกกังวล (ร้อยละ ค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน(SE)) |                                          |             |            |            |                         |
|----------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|------------|-------------------------|
|                      | panic disorder<br>with<br>agoraphobia                | panic disorder<br>without<br>agoraphobia | agoraphobia | GAD        | PTSD       | any anxiety<br>disorder |
| ความเจ็บป่วยทางกาย   | 0.2 (0.13)                                           | 1.1 (0.16)                               | 1.8 (0.50)  | 0.4 (0.17) | 1.1 (0.16) | 4.3 (0.75)              |
| มีปัญหาการนอน        | 0.5 (0.30)                                           | 2.0 (0.76)                               | 2.9 (0.87)  | 1.0 (0.31) | 2.0 (0.76) | 6.8 (1.31)              |
| ความเจ็บป่วยทางจิต   | 0.5 (0.25)                                           | 1.7 (0.25)                               | 3.1 (0.75)  | 0.7 (0.22) | 1.7 (0.25) | 6.9 (1.01)              |

GAD = generalized anxiety disorder, PTSD = post-traumatic stress disorder



แผนภาพที่ 1 ความชุกโรคร่วม 2 โรคในกลุ่มโรควิตกกังวล (n = 175)



แผนภาพที่ 2 ความชุกโรคร่วม 3 โรคในกลุ่มโรควิตกกังวล (n = 175)

เพศหญิงพบ agoraphobia มากที่สุด (ร้อยละ 40.2 และ 46.7 ตามลำดับ) ในกลุ่มผู้ที่มีโรควิตกกังวลร่วมกัน 2 โรค เพศชายพบ agoraphobia ร่วมกับ PTSD และเพศหญิงพบ panic ร่วมกับ agoraphobia มากที่สุด (ร้อยละ 3.2 และ 8.0 ตามลำดับ) และในกลุ่มผู้ที่มีโรควิตกกังวลร่วมกัน 3 โรค เพศหญิงพบ GAD, PTSD และ agoraphobia ร่วมกันมากที่สุด (ร้อยละ 0.5) ส่วนเพศชายไม่พบผู้ที่มีโรควิตกกังวลร่วมกัน 3 โรค ดังแสดงในตารางที่ 3

### วิจารณ์

โรคในกลุ่มโรควิตกกังวลที่พบความชุกมากที่สุดในการศึกษานี้เรียงตามลำดับ คือ agoraphobia, PTSD, panic disorder และ GAD ที่ร้อยละ 1.3, 0.9, 0.6 และ 0.3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ตามลำดับ เนื่องจากการศึกษาที่ใช้เครื่องมือ CIDI 3.0 โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV ซึ่งยังจัด PTSD อยู่ในกลุ่มโรควิตกกังวล แม้ว่าปัจจุบันใช้เกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V ซึ่งแยก PTSD ออกมาเป็นกลุ่มโรคเฉพาะนอกเหนือกลุ่มโรควิตกกังวลแล้ว โรคในกลุ่มโรควิตกกังวลที่

พบร่วมกันมากที่สุด คือ panic disorder ร่วมกับ agoraphobia คิดเป็นร้อยละ 6.5 ของผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลทั้งหมด เท่ากับ ผลการศึกษาระบาดวิทยาสุขภาพจิตก่อนหน้านี้ในปี พ.ศ. 2551 ของพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ<sup>13</sup> ที่พบร้อยละ 6.5 เช่นเดียวกัน panic disorder และ agoraphobia เป็นโรคที่มีความเกี่ยวข้องกันและในการวินิจฉัยจำเป็นต้องมีการระบุว่าพบหรือไม่พบร่วมกัน โดยเมื่อวิเคราะห์เฉพาะตัวอย่างที่มีโรค panic disorder และ/หรือ agoraphobia จำนวน 48 คน การศึกษานี้พบว่า panic disorder without agoraphobia, agoraphobia without panic disorder และ panic disorder with agoraphobia พบเป็นสัดส่วนร้อยละ 36.1, 53.7 และ 10.2 ตามลำดับ ใกล้เคียงกับผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2551 ที่พบ ร้อยละ 24.5, 59.0 และ 15.0 ตามลำดับ<sup>13</sup> และใกล้เคียงผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบ ร้อยละ 22.1, 50.0 และ 27.9 ตามลำดับ<sup>24</sup> ผลการสำรวจครั้งนี้พบ agoraphobia without panic disorder เป็นสัดส่วนสูงที่สุด และพบว่าร้อยละ 21.9 ของผู้ที่มี panic

ตารางที่ 3 ความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลจำแนกตามจำนวนโรคที่พบร่วมกัน (n = 175)

| จำนวนโรควิตกกังวล         | ชาย    | หญิง   | รวม    |
|---------------------------|--------|--------|--------|
|                           | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ |
| <b>1 โรค</b>              |        |        |        |
| panic disorder            | 23.8   | 16.1   | 18.9   |
| agoraphobia               | 30.5   | 46.7   | 43.6   |
| GAD                       | 5.5    | 10.9   | 9.8    |
| PTSD                      | 40.2   | 26.3   | 27.8   |
| <b>2 โรค</b>              |        |        |        |
| panic และ agoraphobia     | 2.4    | 8.0    | 6.5    |
| panic และ GAD             | 0      | 1.4    | 1.0    |
| panic และ PTSD            | 0      | 0.2    | 0.1    |
| agoraphobia และ GAD       | 0      | 0.5    | 0.4    |
| agoraphobia และ PTSD      | 3.2    | 2.2    | 2.4    |
| GAD และ PTSD              | 0      | 0.8    | 0.6    |
| <b>3 โรค</b>              |        |        |        |
| GAD, PTSD และ agoraphobia | 0      | 0.5    | 0.4    |

GAD = generalized anxiety disorder, PTSD = post-traumatic stress disorder

disorder มี agoraphobia ร่วมด้วย ยังสอดคล้องกับการศึกษา ก่อนหน้านี้ที่พบว่า panic disorder ที่มี agoraphobia ร่วม และ agoraphobia without history of panic disorder สามารถพบได้ใกล้เคียงหรือมากกว่า panic disorder โดยพบ ได้สูงถึงร้อยละ 65<sup>25</sup> ข้อมูลนี้มีความสำคัญด้านคลินิกเนื่องจาก ผู้ป่วย panic disorder with agoraphobia มักมีการ ดำเนินโรคที่แย่กว่า อาการโรครุนแรงกว่า และสูญเสียค่าใช้จ่าย ในการดูแลรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มี agoraphobia<sup>26</sup>

การศึกษานี้ยังพบว่า PTSD ซึ่งเป็นโรคที่พบความชุก เป็นอันดับ 2 นั้นพบร่วมกันกับ agoraphobia ได้มากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 2.4 ของผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลทั้งหมด อาจเนื่องมาจากเกณฑ์การวินิจฉัยของ PTSD มีส่วนทับซ้อน กับ agoraphobia โดยเฉพาะอาการหวาดกลัว และผู้ได้รับการ วินิจฉัย PTSD มีแนวโน้มรายงานอาการต่างๆในกลุ่มโรค วิตกกังวลและการรบกวนชีวิตที่สูงกว่าคนที่ไม่เป็น PTSD รวมถึงอาการกลัวที่ชุมชน<sup>27-29</sup> ในขณะที่ GAD ซึ่งเป็นโรคที่พบ ความชุกเป็นอันดับ 4 นั้นพบร่วมกับ panic disorder ได้ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.0 ของผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวล ทั้งหมด แตกต่างจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ พบว่า รูปแบบการแสดงอาการทางคลินิกและการดำเนินโรค ของ GAD กับ panic disorder นั้นค่อนข้างแตกต่างกันและ พบร่วมกันน้อย โดย GAD มักพบร่วมกับ simple phobia และ panic disorder มักพบร่วมกับ agoraphobia มากกว่า<sup>30</sup> ส่วนการศึกษาในทวีปยุโรปพบว่า PTSD มีความสัมพันธ์กับ panic disorder สูงที่สุด (OR 17.6, 95% CI = 8.8 - 34.9) และ GAD มีความสัมพันธ์กับ agoraphobia (OR 25.7, 95% CI = 12.9 - 51.0) มากกว่า panic disorder (OR 20.3, 95% CI = 11.4 - 36.0)<sup>31</sup> อาจเนื่องมาจากความชุกของ PTSD ในต่างประเทศสูงกว่าไทยและพบ PTSD กับโรคร่วมโรค วิตกกังวลอื่น ๆ รวมถึงโรคซึมเศร้าที่มากกว่า<sup>32</sup> อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Stein และ Dold พบว่าการมีโรคร่วมใน กลุ่มโรควิตกกังวลอื่น ๆ ส่งผลให้ดำเนินโรคของ PTSD และ GAD และการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันแย่ลง เพิ่มโอกาส ของการไม่ตอบสนองต่อการรักษา และเพิ่มค่าใช้จ่ายทาง การแพทย์<sup>32,33</sup>

การศึกษารังนี้พบว่า เพศชายและหญิงมีความชุก ของกลุ่มโรควิตกกังวลความแตกต่างกัน โดยเพศหญิงมี ความชุกสูงกว่าชาย 2.6 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาใน หลายประเทศที่พบอัตราส่วนความชุกตลอดชีพ (life time prevalence) ระหว่างชาย : หญิง เป็น 1 : 1.7<sup>34-36</sup> อาจเป็น ผลมาจากกลุ่มตัวอย่างในสำรวจครั้งนี้มีสัดส่วนของเพศหญิง มากกว่าชายเกือบสองเท่า อย่างไรก็ตามการสำรวจนี้พบว่า ความชุกของเพศหญิงในโรคต่าง ๆ มากกว่าเพศชายเกือบ ทั้งหมด โดยเฉพาะ panic disorder with agoraphobia และ agoraphobia ที่พบความชุกในเพศหญิงมากกว่าชาย ประมาณ 9 และ 4 เท่าตามลำดับ มีเพียง GAD โรคเดียวที่พบในเพศชาย มากกว่า ช่วงอายุที่พบกลุ่มโรควิตกกังวลได้บ่อยที่สุดใน การศึกษารังนี้ได้แก่ 55 - 59 ปี มากกว่าการศึกษาอื่น ๆ เช่น การศึกษาในประชากรสหรัฐอเมริกาโดย Kessler และคณะ<sup>37</sup> ที่พบความชุกสูงสุดในผู้ที่มีอายุ 30 - 44 ปี และการศึกษาใน ประชากรสิงคโปร์ที่พบความชุกสูงสุดในผู้ที่มีอายุ 35 - 49 ปี<sup>38</sup> อาจเนื่องมาจากการกระจายตัวด้านอายุของกลุ่มตัวอย่าง ในการสำรวจนี้ค่อนข้างไปทางผู้สูงอายุมากกว่าการศึกษาใน ต่างประเทศ

ด้านการมีโรคเรื้อรัง การศึกษารังนี้พบว่า ผู้มี ปัญหาทางจิต ผู้มีปัญหาการนอน และผู้มีโรคเรื้อรังทางกาย มีโอกาสพบความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลถึงร้อยละ 4.3 - 6.9 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศออสเตรเลียที่พบว่า ผู้มี ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ (health anxiety) มีโอกาส เป็นโรคเรื้อรังทางกายหรือทางจิตอย่างน้อยหนึ่งโรคสูงกว่าผู้ที่ ไม่มีความวิตกกังวลดังกล่าวถึง 6 เท่า และความวิตกกังวลนั้น เพิ่มความทุกข์ทรมานทางจิตใจ (psychological distress) การทำหน้าที่บกพร่อง (functional impairment) จำนวนวัน ที่สูญเสียจากภาวะพร่อง (disability days) และการใช้บริการ สุขภาพจิตมากกว่าประชากรที่ไม่มีความวิตกกังวลอย่างมี นัยสำคัญ<sup>39</sup> และการศึกษาของ Scott และคณะ<sup>40</sup> ที่รวบรวม ผลการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตในหลายภูมิภาคทั่วโลก ที่ใช้เครื่องมือ CIDI ที่พบว่า ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มโรค วิตกกังวลมักพบโรคทางกายเรื้อรังและอาการปวดเพิ่มมากขึ้น

โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ โดยมีการศึกษาที่พบว่า ประชากรเชื้อสายเอเชียที่มีโรควิตกกังวลมักมีอาการแสดงอาการทางกายมากกว่าประชากรในกลุ่มประเทศตะวันตก<sup>41,28</sup> ข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญทางคลินิกเนื่องจากผู้ที่มีโรควิตกกังวลที่มีโรคร่วมทางกายมักเข้ารับบริการด้านสุขภาพเนื่องจากอาการเจ็บป่วยทางกายเรื้อรัง ผู้ให้บริการสุขภาพโดยเฉพาะในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิจึงควรตระหนักถึงการวินิจฉัยกลุ่มโรควิตกกังวลที่อาจพบร่วมด้วย

การศึกษามีข้อจำกัด ได้แก่ ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ในรูปแบบเหตุและผล (causality) ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ได้เนื่องจากเป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง ตัวอย่างที่สุ่มได้ที่มีประชากรเพศหญิงมากกว่าเพศชายเกือบสองเท่าเนื่องจากโดยทั่วไปการสำรวจครัวเรือนมักทำในช่วงกลางวันซึ่งมักพบเพศหญิงอาศัยอยู่บ้านมากกว่าเพศชาย และการศึกษาไม่รวมประชากรที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในครัวเรือน เช่น ผู้ที่กำลังนอนโรงพยาบาล ผู้ที่อยู่ในเรือนจำ และค่ายทหาร ซึ่งมักมีความชุกโรควิตกกังวลสูง อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรไทยได้ การสำรวจครั้งต่อไปควรมีการนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างก่อนลงพื้นที่และพิจารณาสำรวจในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้อาศัยในครัวเรือนด้วย

## สรุป

ความชุกตลอดชีพของกลุ่มโรควิตกกังวลพบได้ร้อยละ 3.1 โดย agoraphobia พบบ่อยที่สุด ผู้หญิงพบการวินิจฉัยกลุ่มโรควิตกกังวลมากกว่าผู้ชายยกเว้น GAD ผู้มีโรคเรื้อรังทางกายและปัญหาการนอนมีความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลสูงกว่าประชากรทั่วไป โรคที่พบร่วมกันมากที่สุด ได้แก่ panic disorder ร่วมกับ agoraphobia และ PTSD ร่วมกับ agoraphobia การจัดระบบบริการสุขภาพควรเน้นการคัดกรองสุขภาพกายและจิตควบคู่กัน และคำนึงถึงการดูแลรักษาโรคร่วมในกลุ่มโรควิตกกังวล

## เอกสารอ้างอิง

1. Craske MG, Stein MB, Eley TC, Milad MR, Holmes A, Rapee RM, et al. Anxiety disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17024. doi:10.1038/nrdp.2017.24.
2. Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depress anxiety*. 2002;16(4):162-71. doi:10.1002/da.10065.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593.
4. Kessler RC, Ruscio AM, Shear K, Wittchen HU. Epidemiology of anxiety disorders. *Curr Top Behav Neurosci*. 2010;2:21-35.
5. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustün TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(4):359-64. doi:10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c.
6. Antony MM, Stein M.B. *Oxford handbook of anxiety and related disorders*. New York: Oxford University Press; 2009.
7. Weiller E, Bisslerbe JC, Maier W, Lecrubier Y. Prevalence and recognition of anxiety syndromes in five European primary care settings. a report from the WHO study on psychological problems in general health care. *Br J Psychiatry Suppl*. 1998;(34):18-23.
8. Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS One*. 2015;10(2):e0116820. doi:10.1371/journal.pone.0116820.
9. Michael T, Zetsche U, Margraf J. Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry*. 2007;6(4):136-42. doi:10.1016/j.mppsy.2007.01.007.

10. อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภัคนพิน กิตติรักษนน์, วรพรรณ จุฑา. ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย [Epidemiology of mental disorders among Thai people]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2544;46(4):335-43.
11. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์. ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย : การสำรวจระดับชาติ ปี 2546 [Prevalence of Mental disorders in Thailand : A national survey 2003]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2547;12(3):177-85.
12. วชิระ เพ็งจันทร์, ธรณินทร์ กองสุข, พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, วรพรรณ จุฑา, พิทักษ์พล บุญมาลิก, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, และคณะ. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระดับชาติของสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2551 [Prevalence of mental disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2553.
13. พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระ เพ็งจันทร์, จินตนา ลิ้มเพิ่มพูน, วรพรรณ จุฑา, เกษราภรณ์ เคนบุปผา. ระบาดวิทยาโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การศึกษาระดับชาติ 2551 [Epidemiology of psychiatric comorbidity in Thailand: a national study 2008]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2556;21(1):1-14.
14. Kessler RC, Abelson J, Demler O, Escobar JI, Gibbon M, Guyer ME, et al. Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the world mental health (WMH) version of the world health organization (WHO) composite international diagnostic interview (WMH-CIDI). Int J Methods Psychiatr Res. 2004;13(2):122-39. doi:10.1002/mpr.169.
15. Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, Finkelstein SN, Berndt ER, Davidson JR, et al. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. J Clin Psychiatry. 1999;60(7):427-35. doi:10.4088/jcp.v60n0702.
16. Kessler RC, Keller MB, Wittchen HU. The epidemiology of generalized anxiety disorder. Psych Clin N Am. 2001;24(1):19-39.
17. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA. 2004;291(21):2581-90. doi:10.1001/jama.291.21.2581.
18. Kessler RC, Ruscio AM, Shear K, Wittchen HU. Epidemiology of anxiety disorders. Curr Topics Behav Neurosci. 2010;2:21-35.
19. Baxter AJ, Vos T, Scott KM, Norman RE, Flaxman AD, Blore J, et al. The regional distribution of anxiety disorders: implications for the Global Burden of Disease Study, 2010. Int J Methods Psychiatr Res. 2014;23(4):422-38. doi:10.1002/mpr.1444.
20. Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. Psychol Med. 2013;43(5):897-910. doi:10.1017/S003329171200147X.
21. พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรพรรณ จุฑา, อธิบ ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัยณางค์กรชัย. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับชาติของสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 [Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560;25(1):1-19.
22. 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(2):93-121. doi:10.1002/mpr.168.
23. พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรพรรณ จุฑา, สาวิตรี อัยณางค์กรชัย, สุทธา สุปัญญา. การสำรวจระดับชาติของสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556: วิธีการและกระบวนการ [Thai national mental health survey 2013: methodology and procedure]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2559;24(1):1-14.
24. Wittchen HU, Gloster AT, Beesdo-Baum K, Fava GA, Craske MG. Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. Depress Anxiety. 2010;27(2):113-33. doi:10.1002/da.20646.

25. Maltby NA. Evaluation of a brief preventative treatment for panic disorder. Storrs, CT: University of Connecticut; 2001.
26. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Smith S, et al. The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(3):363-74. doi:10.4088/jcp.v67n0305.
27. Keane TM, Kaloupek DG. Comorbid psychiatric disorders in PTSD. Implications for research. *Ann N Y Acad Sci*. 1997;821:24-34. doi:10.1111/j.1749-6632.1997.tb48266.x.
28. Van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A, Herman JL. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *Am J Psychiatry*. 1996; 153(7 Suppl):83-93. doi:10.1176/ajp.153.7.83.
29. Hyer L, Fallon JH Jr, Harrison WR, Boudewyns PA. MMPI overreporting by Vietnam combat veterans. *J Clin Psychol*. 1987;43(1):79-83. doi:10.1002/1097-4679(198701)43:1<79::aid-jclp2270430110>3.0.co;2-p.
30. Noyes R Jr, Woodman C, Garvey MJ, Cook BL, Suelzer M, Clancy J, et al. Generalized anxiety disorder vs. panic disorder. Distinguishing characteristics and patterns of comorbidity. *J Nerv Ment Dis*. 1992;180(6):369-79. doi:10.1097/00005053-199206000-00006.
31. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. 12-month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):28-37. doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00328.x.
32. Dold M, Bartova L, Kautzky A, Souery D, Mendlewicz J, Serretti A, et al. The impact of comorbid post-traumatic stress disorder in patients with major depressive disorder on clinical features, pharmacological treatment strategies, and treatment outcomes - Results from a cross-sectional European multicenter study. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2017;27(7):625-632. doi:10.1016/j.euroneuro.2017.05.004.
33. Stein DJ. Comorbidity in generalized anxiety disorder: impact and implications. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 11:29-36.
34. McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *J Psychiatr Res*. 2011;45(8):1027-35. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.03.006.
35. Pigott TA. Gender differences in the epidemiology and treatment of anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 18:4-15.
36. Christiansen DM. Examining sex and gender differences in anxiety disorders. In: Durbano F, editor. *A Fresh Look at Anxiety Disorders*. London: IntechOpen; 2015.
37. 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(6):617-27. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617.
38. 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 Singap*. 2012;41(2):49-66.
39. Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *Br J Psychiatry*. 2013;202(1):56-61. doi:10.1192/bjp.bp.111.103960.

40. Scott KM, Von Korff M, Alonso J, Angermeyer M, Bromet EJ, Bruffaerts R, et al. Age patterns in the prevalence of DSM-IV depressive/anxiety disorders with and without physical co-morbidity. *Psycho Med.* 2008;38(11):1659-69. doi:10.1017/S0033291708003413.
41. Hinton DE, Park L, Hsia C, Hofmann S, Pollack MH. Anxiety disorder presentations in Asian populations: a review. *CNS Neurosci Ther.* 2009;15(3):295-303. doi:10.1111/j.1755-5949.2009.00095.x.