

การศึกษาค่าความสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องจากความบกพร่องทางสุขภาพ
จากความผิดปกติทางจิตของประชากรไทย พ.ศ.2547

Years of Life Lost due to Disability from Mental Disorders, Thailand 2004

สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
กระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานสนับสนุนข้อมูล

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
2. ศูนย์วิจัยยาเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการที่ปรึกษาเฉพาะด้านเรื่อง **Mental disorders**

1. นายแพทย์บัณฑิต ศรีไพศาล ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
2. พันเอกนายแพทย์ชัชวาล บุรณรัช หัวหน้าภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงสวาทิรี อัมมฉัตรกรชัย ภาควิชาจิตเวช
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. นายแพทย์พิทักษ์พล บุญยมาลิก โรงพยาบาลศรีธัญญา
5. นายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต

1. บทนำ

ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมส่งผลต่อประชากรทั่วโลก ทุกเพศทุกวัย ทั้งในเขตเมืองและชนบท ซึ่งมีผลกระทบต่อสังคมและคุณภาพชีวิตของตัวบุคคลและครอบครัว ร้อยละ 10 ของประชากรวัยผู้ใหญ่จะเกิดความผิดปกติทางจิตหรือพฤติกรรม ณ เวลาใดเวลาหนึ่งในช่วงชีวิต ประมาณ 1 ใน 4 ครอบครัว จะมีสมาชิกอย่างน้อย 1 คน ที่มีความผิดปกติทางจิตหรือพฤติกรรม

ในปี ค.ศ. 1990 โรคที่เกิดจากความผิดปกติทางจิตและระบบประสาทก่อให้เกิดความสูญเสียประมาณร้อยละ 10 ของ DALY ทั้งหมด เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12 ในปี ค.ศ. 2000 และคาดว่าจะมีส่วนนี้เพิ่มเป็นร้อยละ 15 ในปี ค.ศ. 2020 ซึ่งโรคในกลุ่มนี้ได้แก่ depressive disorders, substance use disorders, schizophrenia, epilepsy, Alzheimer's disease, mental retardation, and disorders of childhood and adolescence¹

โรคซึมเศร้า (Unipolar depressive disorders) เป็นสาเหตุสำคัญของความสูญเสียที่มาจากการเจ็บป่วยหรือพิการของประชากรโลก ในปี ค.ศ. 2002² ถือว่าก่อให้เกิดความสูญเสียประมาณร้อยละ 11.8 ของ YLD ทั้งหมด โดยก่อให้เกิดความสูญเสียมากที่สุดเป็นอันดับ 1 ทั้งในประชากรชายและหญิง (ร้อยละ 9.6 ของค่า YLD ทั้งหมดในชาย และร้อยละ 13.9 ในหญิง)

จากผลการคาดประมาณ YLD ต่อประชากร 100,000 คน สำหรับโรคในกลุ่มจิตเวช โดยองค์การอนามัยโลก³ พบว่า ค่าประมาณอัตรา YLD จากโรค Unipolar depressive disorders, Bipolar disorders, Schizophrenia และ Panic disorders ของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEARO) สูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับโลกเล็กน้อย ส่วนอัตรา YLD จากแอลกอฮอล์และสารเสพติดของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ต่ำกว่าค่าประมาณของประชากรโลกประมาณ 2.5 เท่า ในประชากรชาย และ 5-10 เท่า ในประชากรหญิง (ตารางที่ 1-1)

ตารางที่ 1-1 อัตราความสูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพด้วยโรคจิตเวช, GBD 2002 estimates

YLDs per 100,000 population						
WHO sub-region	Unipolar depressive disorders	Bipolar disorder	Schizophrenia	Alcohol use disorders	Drug use disorders	Panic disorder
Males						
World	851	225	257	508	133	73
AFRO	509	266	248	219	282	79
AMRO	1,048	207	237	1,124	299	69
EMRO	781	249	295	1	216	82
EURO	806	184	189	826	181	64
SEARO	995	232	276	197	49	79
WPRO	796	225	275	606	26	70
Females						
World	1,308	223	251	93	40	144
AFRO	777	249	251	20	94	155
AMRO	1,756	208	233	282	99	135
EMRO	1,216	248	297	0	41	164
EURO	1,305	169	172	156	59	119
SEARO	1,584	233	293	10	8	157
WPRO	1,064	233	249	97	7	142

Source: Global Burden of Disease 2002 Estimates (World Health Organization)

ในประเทศออสเตรเลีย⁴ กลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตก่อให้เกิดความสูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (YLD) ร้อยละ 24 ของความสูญเสียจากทุกสาเหตุ โรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญ

ก่อให้เกิดความสูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพมากเป็นอันดับ 1 ทั้งชายและหญิง คิดเป็นความสูญเสียร้อยละ 10 ในชาย และร้อยละ 18 ในหญิง

การศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยปี พ.ศ. 2542⁵ พบว่า กลุ่มโรคความผิดปกติทางจิต ก่อให้เกิดความสูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพร้อยละ 15 ของความสูญเสียทั้งหมดในประชากรชาย และร้อยละ 22 สำหรับประชากรหญิง นอกจากนี้ยังพบว่า การติดสารเสพติด การติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และโรคซึมเศร้า จัดอยู่ใน 3 อันดับแรกของสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะบกพร่องทางสุขภาพมากที่สุดในประชากรชาย คิดเป็นร้อยละ 9 8 และ 7 ตามลำดับ ส่วนในประชากรหญิง โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญอันดับแรกของการสูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 10 ของความสูญเสียทั้งหมด

จากรายงานการสำรวจภาวะโรคทางจิต⁶ พบว่า โรคซึมเศร้า (Major depressive episode) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด อัตราความชุกเป็นร้อยละ 3.2 รองลงมาได้แก่ โรควิตกกังวล (Generalized anxiety disorder) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) โรคอะโกราโฟเบีย (Agoraphobia) โรคจิต (Psychotic disorder) โรคไฮโปแมนเนีย (Hypomanic episode) โรค Mood disorder with Psychotic Features โรคแมเนีย (Manic disorder) และโรควิตกกังวลพานิก (Panic disorder) โดยอัตราความชุกของโรคแสดงในตารางที่ 1-2

อัตราความชุกของโรคจิตเวชในประชากรไทยจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2546 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมากเมื่อเทียบกับ 5 ปีที่ผ่านมา กล่าวคือ จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2541 พบความชุกของโรคซึมเศร้าคิด ร้อยละ 1.4 โรควิตกกังวล ร้อยละ 0.7 และโรคซึมเศร้าเรื้อรังร้อยละ 0.1⁷ ขณะที่อัตราความชุกของโรคซึมเศร้าในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 3.2 โรควิตกกังวลร้อยละ 1.85 และโรคซึมเศร้าเรื้อรังร้อยละ 1.18

ตารางที่ 1-2 อัตราความชุกของโรคจิตเวชจากรายงานการสำรวจภาวะโรคทางจิต ปี 2546 หน้า 54

โรคทางจิตเวช	เพศชาย (%)	เพศหญิง (%)	รวม (%) (95% CI)
Major depressive episode: current	2.47	3.98	3.20 (2.88-3.52)
Generalized anxiety disorder: current	1.37	2.35	1.85 (1.61-2.09)
Dysthymia	0.77	1.61	1.18 (0.98-1.38)
Agoraphobia: current	0.66	1.13	0.89 (0.72-1.06)
Psychotic disorder: current	0.58	0.60	0.59 (0.45-0.73)
Hypomanic episode: current	0.47	0.46	0.46 (0.34-0.58)
Mood disorder with psychotic features: current	0.34	0.42	0.38 (0.27-0.49)
Manic episode: current	0.28	0.48	0.38 (0.27-0.49)
Panic disorder: current	0.17	0.56	0.36 (0.25-0.47)

ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

รูปที่ 1-1 แสดงแนวโน้มอัตราผู้ป่วยสุขภาพจิต ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2540 ถึง 2549 พบว่า อัตราผู้ป่วยด้วยความผิดปกติทางจิต ได้แก่ โรคจิต วิตกกังวล ซึมเศร้า และติดสารเสพติด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 และสูงมากที่สุดในปี พ.ศ. 2546 คือมีอัตราผู้ป่วยจากทั้ง 4 โรคอยู่ที่ร้อยละ 2.2 และลดลงเหลือร้อยละ 1.7 ในปี พ.ศ. 2547

อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว มีอาการเฉพาะคือ อารมณ์เศร้าเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง ทำให้เกิดทุกข์ทรมานจากอารมณ์นี้ อาการเบื่อหน่าย ไม่ว่องไว ซึ่งเกิดทางผลทางอารมณ์ ทำให้ความสนุกความสนใจและสมาธิลดลง เหนื่อยง่ายหลังออกแรงเพียงเล็กน้อย พบการนอนผิดปกติบ่อย ไม่อยากกินอาหาร ความมั่นใจความภูมิใจลดลง อาจพบได้แม้แต่อาการอารมณ์เศร้าเล็กน้อย รู้สึกผิด บาป หรือตัวเองไม่มีค่า อาการเปลี่ยนแปลงได้ทุกวัน

อาการซึมเศร้าซ้ำ มีอาการเฉพาะคือ มีการกลับมาเป็นซ้ำของอารมณ์เศร้าแบบที่ได้กล่าวถึง พบอาการซึมเศร้าชั่วคราว โดยไม่มีอารมณ์ร้ายแรง และขยัน (บ้าคลั่ง) บางคราวอาจจะมีอารมณ์ดีเล็กน้อย และว่องไว (คลั่ง) เป็นระยะสั้นๆ เกิดขึ้นทันทีภายหลังระยะอารมณ์ซึ่งเศร้าชั่วคราว

โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorders) (ICD10: F30-F31) รวมกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์เป็นครั้งคราว และกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดซ้ำ และมีซึมเศร้าหรือตื่นเต้น

จิตเภท พหุติกรรมแบบจิตเภท และความหลงผิด (Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders) (ICD10: F20-F29) กลุ่มนี้ประกอบด้วยจิตเภทซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่สุดของกลุ่ม พหุติกรรมแบบจิตเภท ความหลงผิดตลอดเวลา และกลุ่มใหญ่ของอาการจิตเภทแบบเฉียบพลัน และชั่วคราว จิตเภทแบบอารมณ์ผิดปกติ

ความผิดปกติแบบจิตเภท มีลักษณะพิเศษทั่วไปคือ มีความผิดปกติทางความคิด และการรับรู้และอารมณ์ไม่เหมาะสม หรือเฉยเมย โดยสภาพความรู้สึกรู้ตัวและเชาว์ปัญญา มักจะยังปกติอยู่

ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาท เนื่องจากการเสพแอลกอฮอล์ (ICD10: F10) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จำแนกเป็น กลุ่มอาการติดแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence) และการเสพอย่างอันตราย (Alcohol abuse)

ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาท เนื่องจากการเสพติด ซึ่งสารเสพติดที่พิจารณาในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ เฮโรอีน กัญชา และยาบ้า

โรควิตกกังวล (Anxiety disorders) (ICD10: F40-F42) ได้แก่กลุ่มอาการกังวล เนื่องจากความกลัว ซึ่งเป็นกลุ่มของความวิตกกังวลเพียงอย่างเดียวที่เกิดในเหตุการณ์ปกติ ไม่มีเหตุการณ์ที่น่ากลัว ที่ต้องหลีกเลี่ยงหรือต้องทน พบอาการได้ต่างกันในแต่ละคน เช่น ใจสั่น หรือจะเป็นลม ตามมาด้วยอาการที่คิดว่าจะตาย ควบคุมตัวเองไม่ได้ จะคลั่ง ความกลัวนี้จะมีอาการวิตกกังวลและอารมณ์เศร้าร่วมด้วย นอกจากนี้ยังรวมกลุ่มอาการวิตกกังวลอื่นๆ และกลุ่มอาการย้ำคิด ย้ำทำ

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ประมาณค่า YLD โดยจำแนกโรควิตกกังวลเป็น 2 ประเภทคือ โรควิตกกังวลพานิก (Panic disorder) และโรควิตกกังวลชนิด GAD (Generalized anxiety disorder)

3. ข้อมูลและวิธีการ (Data and Method)

ดัชนีปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Years – DALYs) เป็นการวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์รวม ที่วัดภาวะการสูญเสียด้านสุขภาพ หรือช่องว่างสุขภาพ (Health gap) โดยแสดงถึง จำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) รวมกับจำนวนปีที่ชีวิตอยู่ด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (YLD)⁹

องค์ประกอบสำคัญในการคาดประมาณจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years of Life Lost due to Disability – YLD) ได้แก่ อุบัติการณ์การเกิดโรคหรือความผิดปกติ (disability incidence) ระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพนั้นๆ (disability duration) ค่าถ่วงน้ำหนักความพิการ (disability weight) และอายุที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (age at onset) โดยสูตรพื้นฐานของ YLD คือ

$$YLD = I \times L \times DW$$

โดยที่ I แทนอุบัติการณ์ของโรคหรือความผิดปกติ L แทนระยะเวลาเฉลี่ยของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ และ DW แทนค่าถ่วงน้ำหนักความพิการ

รายละเอียดที่มาของข้อมูลอุบัติการณ์ของโรค ค่าระยะเวลาที่อยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (disability duration) และค่าถ่วงน้ำหนักความพิการ (disability weight: DW) สำหรับการคาดประมาณจำนวนปีที่สูญเสียไป อันเนื่องมาจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (YLD) ที่มีสาเหตุมาจากโรคต่างๆ ในกลุ่มความผิดปกติทางจิต อธิบาย ในหัวข้อ 3.1, 3.2 และ 3.3

3.1 ข้อมูลความชุก/อุบัติการณ์ของโรค

3.1.1 ความชุก/อุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้า (Depression prevalence)

คาดประมาณค่าอุบัติการณ์ของโรคด้วยแบบจำลอง DISMOD โดยใช้ค่าอัตราความชุกของโรคซึมเศร้า ที่ได้จากการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2546 ในตารางที่ 3.1.1-1 โดยกำหนดให้อัตราการหายจากโรคเท่ากับ 2 และความเสียงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิตจากโรค (Relative Risk of mortality) เป็น 1.5 ได้อัตราอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้า ดังตารางที่ 3.1.1-2

ตารางที่ 3.1.1-1 อัตราความชุกของโรคซึมเศร้า (Depression prevalence)

กลุ่มอายุ Age group	อัตราความชุก (ต่อ 100 ประชากร) Prevalence (per 100 population)	
	ชาย Males	หญิง Females
15-24 ปี	1.06	1.29
25-34 ปี	1.20	1.71
35-44 ปี	1.94	2.40
45-54 ปี	1.34	2.90
55-59 ปี	0.51	0.92
ทุกกลุ่มอายุ All ages	1.10	1.65

ตารางที่ 3.1.1-2 อุตการณ์ของโรคซึมเศร้า (Depression incidence)

กลุ่มอายุ Age group	อัตราอุบัติการณ์ (ต่อ 100 ประชากร) Incidence (per 100 population)	
	ชาย Males	หญิง Females
0-4 ปี	-	-
5-14 ปี	0.41	0.44
15-29 ปี	2.29	2.74
30-44 ปี	3.74	4.79
45-59 ปี	2.85	5.77
60-69 ปี	1.43	4.29
70-79 ปี	1.08	2.58
80 ปีขึ้นไป	0.71	1.25
ทุกกลุ่มอายุ All ages	2.20	3.35

3.1.2 ความชุก/อุบัติการณ์ของโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorders)

คาดประมาณค่าอุบัติการณ์ของโรคด้วยแบบจำลอง DISMOD โดยใช้ค่าอัตราความชุกของโรคอารมณ์สองขั้วที่ได้จากการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2546 ในตารางที่ 3.1.2-1 โดยกำหนดให้อัตราการหายจากโรคเท่ากับ 0.16 และความเสียงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิตจากโรค (Relative Risk of mortality) เป็น 1.9 และ 2.1 สำหรับชายและหญิงตามลำดับ ได้อัตราอุบัติการณ์ของโรค ดังตารางที่ 3.1.2-2

ตารางที่ 3.1.2-1 อัตราความชุกของโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder)

กลุ่มอายุ Age group	อัตราความชุก (ต่อ 100 ประชากร) Prevalence (per 100 population)	
	ชาย Males	หญิง Females
15-29 ปี	0.60	0.85
30-44 ปี	0.69	0.53
45-59 ปี	0.32	0.86
60-69 ปี	-	-
70-79 ปี	-	-
80 ปีขึ้นไป	-	-
ทุกกลุ่มอายุ All ages	0.38	0.49

ตารางที่ 3.1.2-2 อัตราอุบัติการณ์ของโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder)

กลุ่มอายุ Age group	อัตราอุบัติการณ์ (ต่อ 100 ประชากร) Incidence (per 100 population)	
	ชาย Males	หญิง Females
0-4 ปี	-	-
5-14 ปี	0.01	0.01
15-29 ปี	0.11	0.46
30-44 ปี	0.11	0.64
45-59 ปี	0.04	0.38
60-69 ปี	-	0.04
70-79 ปี	-	0.01
80 ปีขึ้นไป	-	-
ทุกกลุ่มอายุ All ages	0.06	0.09

3.1.3 ความชุก/อุบัติการณ์ของโรคจิตเภท (Schizophrenia)

คาดประมาณค่าอุบัติการณ์ของโรคด้วยแบบจำลอง DISMOD โดยใช้ค่าอัตราความชุกของโรคจิต (Psychosis) จากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2546 ที่ปรับตัวสัดส่วนของ psychotic cases with schizophrenia (73.15%) จากการศึกษาของ Australian Low Prevalence Survey และปรับให้มีอัตราความชุกของโรคในประชากรชายต่อความชุกในประชากรหญิงเท่ากับ 1:1.27 ตามการศึกษา The 2003 Australian Burden of Disease จากนั้นรวมความชุกที่ได้กับข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ได้จากผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้เป็นอัตราความชุกในตารางที่ 3.1.3-1 และใช้คำนวณค่าอัตราอุบัติการณ์ของโรค โดยกำหนดให้อัตราการหายจากโรคเท่ากับ 1.5% และความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสียชีวิตจากโรค (Relative Risk of mortality) จาก The 2003 Australian Burden of Disease ได้อัตราอุบัติการณ์ของโรค ดังตารางที่ 3.1.3-2

ตารางที่ 3.1.3-1 อัตราความชุกของโรคจิตเภท (Schizophrenia)

กลุ่มอายุ Age group	อัตราความชุก (ต่อ 100 ประชากร) Prevalence (per 100 population)	
	ชาย Males	หญิง Females
< 15 ปี	0.01	0.02
15-24 ปี	0.56	0.42
25-34 ปี	0.70	0.49
35-44 ปี	0.62	0.47
45-54 ปี	0.71	0.56
55-59 ปี	0.68	0.55
60 ปีขึ้นไป	0.31	0.44
ทุกกลุ่มอายุ All ages	0.47	0.38

ตารางที่ 3.1.3-2 อุบัติการณ์ของโรคจิตเภท (Schizophrenia)

กลุ่มอายุ Age group	อัตราอุบัติการณ์ (ต่อ 100 ประชากร) Incidence (per 100 population)	
	ชาย Males	หญิง Females
0-4 ปี	0.001	0.001
5-14 ปี	0.002	0.002
15-29 ปี	0.058	0.041
30-44 ปี	0.010	0.005
45-59 ปี	0.020	0.014
60-69 ปี	0.003	0.008
70-79 ปี	0.000	0.002
80 ปีขึ้นไป	0.000	0.002
ทุกกลุ่มอายุ All ages	0.021	0.015

3.1.4 ความชุก/อุบัติการณ์ของการเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ใช้แบบจำลอง DISMOD ในการคาดประมาณอุบัติการณ์ของการเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากข้อมูลความชุกที่ได้จากการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิต ด้วยแบบสัมภาษณ์ Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) จำแนกเป็น Alcohol abuse ที่จุดตัด 16-19 และ Alcohol dependence จุดตัดเท่ากับ 20-24 ปี พ.ศ. 2546 (ตารางที่ 3.1.4-1) และกำหนดให้อัตราการหายจาก Alcohol dependence เท่ากับ 0.15 และ Alcohol abuse เท่ากับ 0.2 และ 0.15 สำหรับชายและหญิงตามลำดับ ให้ค่า Relative risk of mortality สำหรับ Alcohol dependence เท่ากับการศึกษาภาระโรคของประเทศไทยปี พ.ศ. 2542 และ RR of mortality ของ Alcohol abuse เป็น 2 ได้อัตราอุบัติการณ์ดังตารางที่ 3.1.4-2

ตารางที่ 3.1.4-1 อัตราความชุกของการเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กลุ่มอายุ Age group	อัตราความชุก (ต่อ 100 ประชากร) Prevalence (per 100 population)			
	Alcohol dependence		Alcohol abuse	
	ชาย Males	หญิง Females	ชาย Males	หญิง Females
15-24 ปี	4.19	0.23	6.60	0.23
25-34 ปี	6.89	0.45	8.31	0.75
35-44 ปี	4.11	0.49	8.96	0.89
45-54 ปี	4.27	0.11	6.87	1.02
55-59 ปี	0.95	-	3.48	-
ทุกกลุ่มอายุ All ages	4.71	0.32	7.51	0.66

ตารางที่ 3.1.4-2 อัตราอุบัติการณ์ของการเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กลุ่มอายุ Age group	อัตราอุบัติการณ์ (ต่อ 100 ประชากร) Incidence (per 100 population)			
	Alcohol dependence		Alcohol abuse	
	ชาย Males	หญิง Females	ชาย Males	หญิง Females
0-4 ปี	-	-	-	-
5-14 ปี	0.02	0.01	-	-
15-29 ปี	1.06	0.06	1.75	0.10
30-44 ปี	0.65	0.06	1.88	0.14
45-59 ปี	0.50	0.01	1.08	0.11
60-69 ปี	-	-	0.02	-
70-79 ปี	-	-	-	-
80 ปีขึ้นไป	-	-	-	-
ทุกกลุ่มอายุ All ages	0.52	0.04	1.12	0.08

3.1.5 ความชุก/อุบัติการณ์ของการติดสารเสพติด

ตารางที่ 3.1.5 แสดงความชุกของการติดสารเสพติดประเภทเฮโรอีน กัญชา และยาบ้า จากรายงานสถานภาพการใช้สารเสพติด พ.ศ. 2546: การสำรวจครัวเรือนตัวแทนทั่วประเทศ¹⁰ ซึ่งคาดประมาณอุบัติการณ์ของการติดสารเสพติดด้วยอัตราความชุกนี้ด้วยแบบจำลอง DISMOD โดยกำหนดให้อัตราการหายจากการติดยาเสพติดและยาบ้าเท่ากับ 0.2 ค่า Relative risk of mortality ของการติดสารเสพติดทั้งสองเป็น 1

ตารางที่ 3.1.5-1 อัตราความชุกของการติดสารเสพติด

กลุ่มอายุ Age group	อัตราความชุก (ต่อ 100 ประชากร) Prevalence (per 100 population)					
	Heroin		Cannabis		Amphetamine	
	ชาย Males	หญิง Females	ชาย Males	หญิง Females	ชาย Males	หญิง Females
15-24 ปี	-	-	0.60	-	1.00	-
25-65 ปี	1.40	-	0.20	-	0.20	-

ตารางที่ 3.1.5-2 อัตราอุบัติการณ์ของการติดสารเสพติด

กลุ่มอายุ Age group	อัตราอุบัติการณ์ (ต่อ 100 ประชากร) Incidence (per 100 population)					
	Heroin		Cannabis		Amphetamine	
	ชาย Males	หญิง Females	ชาย Males	หญิง Females	ชาย Males	หญิง Females
0-4 ปี	-	-	-	-	-	-
5-14 ปี	-	-	0.04	-	0.05	-
15-29 ปี	0.08	-	0.14	-	0.14	-
30-44 ปี	0.11	-	0.10	-	0.04	-
45-59 ปี	0.52	-	0.05	-	0.04	-
60-69 ปี	0.47	-	0.04	-	0.01	-
70-79 ปี	0.01	-	0.04	-	-	-
80 ปีขึ้นไป	-	-	0.04	-	-	-
ทุกกลุ่มอายุ All ages	0.16	-	0.08	-	0.06	-

3.1.6 อุตบัติการณ์ของโรควิตกกังวล

ใช้แบบจำลอง DISMOD ในการคาดประมาณอุบัติการณ์ของโรควิตกกังวลทั้งแบบ Panic และ GAD จากข้อมูลความชุกที่ได้จากการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2546 (ตารางที่ 3.1.6-1) และกำหนดให้อัตราการหายจากโรควิตกกังวลชนิด Panic ในเพศชายเท่ากับ 0.48 และในเพศหญิงเท่ากับ 0.38 และ อัตราการหายจากโรค GAD เท่ากับ 0.16 และ 0.10 สำหรับชายและหญิงตามลำดับ¹¹ ให้ค่า Relative risk of mortality สำหรับ Panic เท่ากับ 2.2¹² และ สำหรับ GAD เท่ากับ 1.65¹³ ได้อัตราอุบัติการณ์ดังตารางที่ 3.1.6-2

ตารางที่ 3.1.6-1 อัตราความชุกของโรควิตกกังวล

กลุ่มอายุ Age group	อัตราความชุก (ต่อ 100 ประชากร) Prevalence (per 100 population)			
	Panic		disorder (GAD)	
	ชาย Males	หญิง Females	ชาย Males	หญิง Females
15-24 ปี	-	0.31	0.93	1.16
25-34 ปี	0.14	0.23	1.42	2.33
35-44 ปี	0.30	0.57	1.72	2.52
45-54 ปี	0.10	1.24	1.46	3.95
55-59 ปี	0.63	1.04	1.26	2.08

ตารางที่ 3.1.6-2 อัตราอุบัติการณ์ของโรคจิตกังวล

กลุ่มอายุ Age group	อัตราอุบัติการณ์ (ต่อ 100 ประชากร) Incidence (per 100 population)			
	Panic		GAD	
	ชาย Males	หญิง Females	ชาย Males	หญิง Females
0-4 ปี	-	-	-	-
5-14 ปี	-	0.01	0.01	0.01
15-29 ปี	0.03	0.10	0.14	0.20
30-44 ปี	0.10	0.20	0.11	0.21
45-59 ปี	0.10	0.41	0.08	0.25
60-69 ปี	0.04	0.05	0.01	0.03
70-79 ปี	-	-	-	-
80 ปีขึ้นไป	-	-	-	-
ทุกกลุ่มอายุ All ages	0.05	0.15	0.08	0.15

3.2 ระยะเวลาของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Disability durations)

ตารางที่ 3.2-1 แสดงระยะเวลาของภาวะบกพร่องทางสุขภาพสำหรับโรคต่างๆ ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตที่ใช้เพื่อการคาดประมาณจำนวนปีที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของการศึกษาภาระโรคของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2547

ตารางที่ 3.2-1 ระยะเวลาของภาวะบกพร่องทางสุขภาพสำหรับการศึกษาจำนวนปีที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

ที่	ชื่อโรค	Disability durations (ที่มา)
1	โรคซึมเศร้า (Depression)	6 เดือน หรือเท่ากับ 0.5 ปี
2	โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorders)	6 เดือน หรือเท่ากับ 0.5 ปี
3	โรคจิตเภท (Schizophrenia)	DISMOD model
4	การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence/abuse)	DISMOD model
5	การติดสารเสพติด (Drug use/dependence)	DISMOD model
6	โรควิตกกังวล (Anxiety disorders)	DISMOD model

3.3 ค่าถ่วงน้ำหนักความพิการ (DW: Disability Weights)

3.3.1 โรคซึมเศร้า

ค่าถ่วงน้ำหนักความพิการได้จากการคำนวณค่ารวมของ Disability weights (Dutch weight) ใน 3 ระดับความรุนแรง (mild, moderate และ severe) และปรับด้วย %severity distribution ตามการศึกษาของ Australian Low Prevalence Survey คือ ในเพศชายใช้สัดส่วนความรุนแรง mild : moderate : severe เท่ากับ 24.1% : 49.9% : 25.9% ส่วนเพศหญิงเป็น 33.5% : 45.5% : 21.0% ได้ค่า disability weights ที่ใช้ในเพศชายเท่ากับ 0.405 หญิงเท่ากับ 0.366

3.3.2 โรคอารมณ์สองขั้ว ใช้ค่าถ่วงน้ำหนักความพิการเท่ากับ 0.296 ซึ่งได้จากค่าถ่วงน้ำหนักความพิการกรณีไม่ได้รับการรักษา เป็น 0.4 และกรณีได้รับการรักษาเป็น 0.14 (GBD) ปรับด้วยสัดส่วน treated : untreated cases = 40%:60%

3.3.3 โรคจิตเภท

ค่าถ่วงน้ำหนักความพิการได้จากค่า GBD weights เป็น 0.627 และ 0.351 สำหรับกรณีไม่ได้รับการรักษาและได้รับการรักษา โดยปรับเป็นค่าเดียวด้วยสัดส่วน 37%:63% (WHO 10 country study)

3.3.4 การเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ค่าถ่วงน้ำหนักความพิการที่ใช้สำหรับ Alcohol dependence เท่ากับ 0.18 (GBD 2000) และสำหรับ Alcohol abuse เท่ากับ 0.11 (Dutch weight)

3.3.5 การติดยาเสพติด

ค่าถ่วงน้ำหนักความพิการที่ใช้สำหรับการเสพติดเฮโรอีนเท่ากับ 0.252 (GBD weight) สำหรับค่าถ่วงน้ำหนักความพิการจากการเสพติดกัญชาและยาบ้าใช้ค่าเดียวกันคือ 0.113 (Dutch weight)

3.3.6 โรควิตกกังวล

ค่าถ่วงน้ำหนักความพิการสำหรับโรควิตกกังวลชนิด Panic เท่ากับ 0.129 (GBD) ส่วนค่าถ่วงน้ำหนักความพิการสำหรับ GAD ได้จากค่า Dutch weights เป็น 0.17 และ 0.60 สำหรับกรณี mild-moderate และ severe โดยปรับเป็นค่าเดียวด้วยสัดส่วน 40%:60% ได้เป็นค่าถ่วงน้ำหนักความพิการเท่ากับ 0.342

ตารางที่ 3.3-1 ค่าถ่วงน้ำหนักความพิการสำหรับการศึกษาจำนวนปีที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพด้วยโรคความผิดปกติทางจิต

ที่	ชื่อโรค	Disability weights (ที่มา)
1	โรคซึมเศร้า (Depression)	Males = 0.405 Female = 0.366 (Combined Dutch weights)
2	โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorders)	0.296 (GBD2000)
3	โรคจิตเภท (Schizophrenia)	0.453 (Combined GBD weights)
4	การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence/abuse)	Alcohol dependence = 0.18 (GBD 2000) Alcohol abuse = 0.11 (Dutch weight)
5	การติดยาเสพติด (Drug use/dependence)	Heroin = 0.252 (GBD 2000) Cannabis = 0.113 (Dutch weight) Amphetamine = 0.113 (Dutch weight)
6	โรควิตกกังวล (Anxiety disorders)	Panic = 0.129 (GBD 2000) GAD = 0.342 (Combined Dutch weight)

4. ผลการศึกษา (Results)

จากการคาดประมาณจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year of Life Lost due to Disability: YLD) ด้วยแหล่งข้อมูล ข้อสมมติ และระเบียบวิธีข้างต้น พบว่า ในปี พ.ศ.2547 ประชากรไทยมีความสูญเสียอันเนื่องมาจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพด้วยโรคความผิดปกติทางจิตรวมประมาณ 10.3 แสนปี (คิดเป็น 1,646 ปีต่อประชากรหนึ่งแสนคน) คิดเป็นร้อยละ 31 ของความสูญเสียจากทุกสาเหตุ จำแนกเป็นความสูญเสียในประชากรชาย 6.5 แสนปี (1,212 ปีต่อประชากรชายหนึ่งแสนคน) ประชากรหญิง 3.8 แสนปี (2,090 ปีต่อประชากรหญิงหนึ่งแสนคน)

การติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดอัตราความสูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพมากที่สุดในประชากรชาย ประมาณ 1,000 YLD ต่อจำนวนประชากรชายหนึ่งแสนคน โรคความผิดปกติทางจิตที่สำคัญสำหรับประชากรหญิงได้แก่ โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดอัตราความสูญเสียมากที่สุด คือร้อยละ 50 ของจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่อง

ทางสุขภาพจากกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิต คิดเป็นอัตราการสูญเสียประมาณ 600 ปี YLD ต่อประชากรหญิงหนึ่งแสนคน รองลงมาได้แก่โรควิตกกังวล (ตารางที่ 4-1)

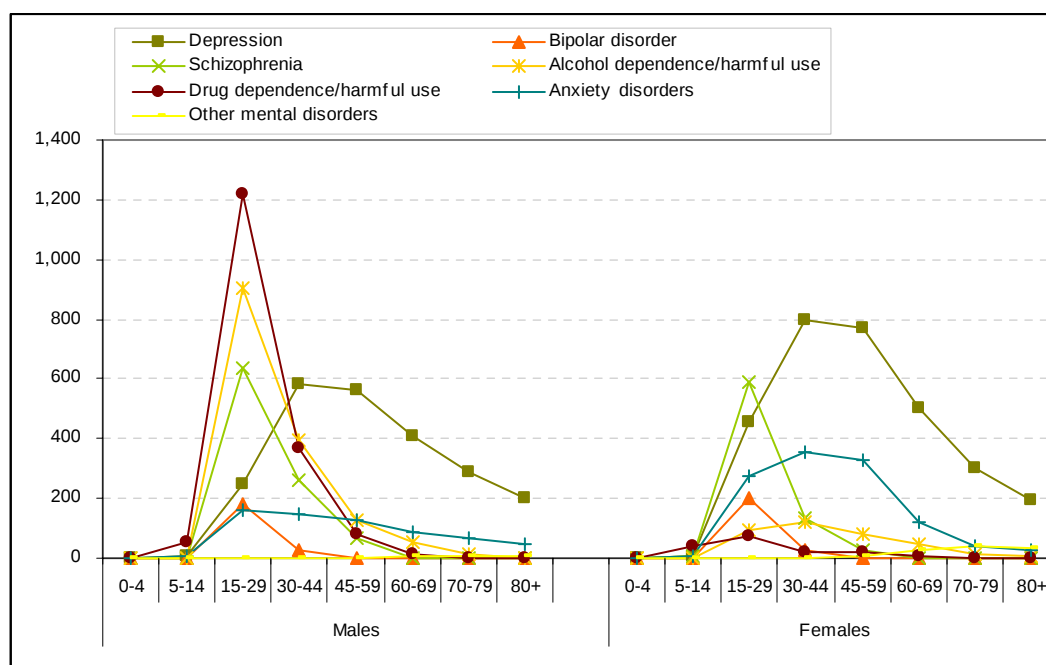
นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการสูญเสียอันเนื่องมาจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในวัยรุ่นชายมีสาเหตุหลักจากการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สารเสพติด และโรคจิตเภท ส่วนโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลมีอัตราการสูญเสียสูงมากในผู้ใหญ่ทำงาน (ทั้งชายและหญิง) และมีแนวโน้มลดลงเมื่อมีอายุ 60 ปีขึ้นไป (รูปที่ 4-1)

ดูรายละเอียดจำนวนและอัตราการสูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพจากโรคในกลุ่มจิตเวช จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุได้จากตารางในภาคผนวก ข

ตารางที่ 4-1 จำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพด้วยโรคความผิดปกติทางจิต

Disease	Male				Female			
	YLD(3,0)	*rates	% of all causes	% of Mental disorders	YLD(3,0)	*rates	% of all causes	% of Mental disorders
All causes	1,740,690	5,627			1,579,299	4,999		
Mental disorders	646,478	2,090	37.1%		382,773	1,212	24.2%	
Depression	136,896	443	7.9%	21.2%	191,490	606	12.1%	50.0%
Bipolar disorder	17,911	58	1.0%	2.8%	24,174	77	1.5%	6.3%
Schizophrenia	49,392	160	2.8%	7.6%	39,467	125	2.5%	10.3%
Alcohol dependence/harmful use	315,030	1,018	18.1%	48.7%	24,705	78	1.6%	6.5%
Drug dependence/harmful use	70,558	228	4.1%	10.9%	-	-	0.0%	0.0%
Anxiety disorders	56,199	182	3.2%	8.7%	101,119	320	6.4%	26.4%
Other mental disorders	492	2	0.0%	0.1%	1,818	6	0.1%	0.5%

* YLDs per 100,000 population

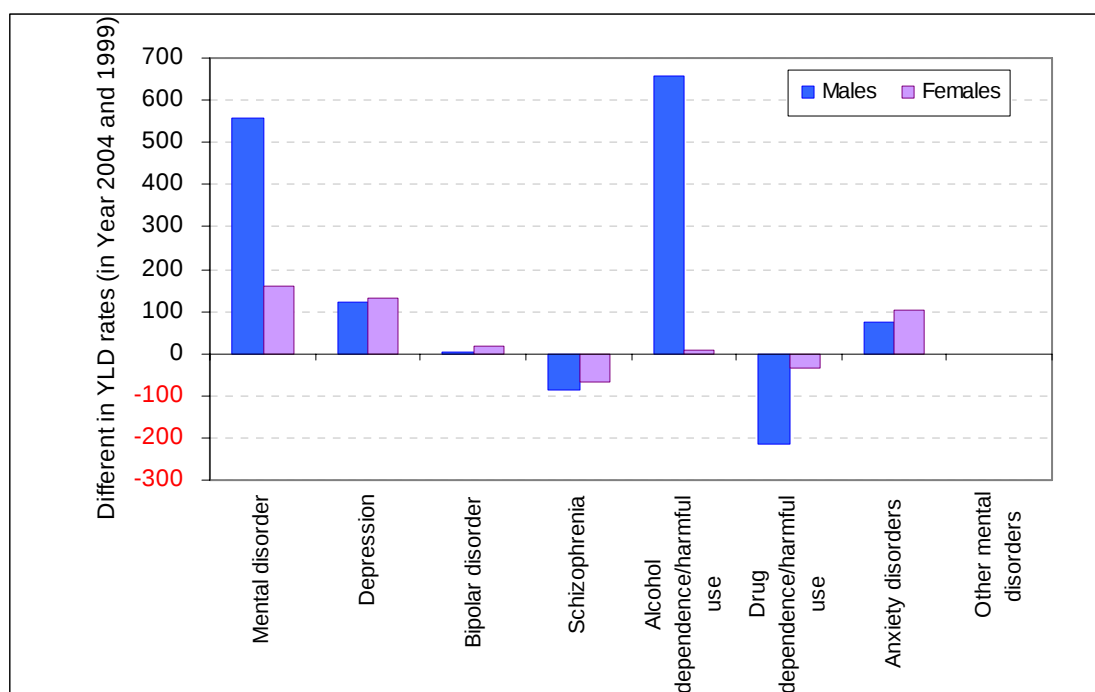


รูปที่ 4-1 อัตราการสูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพด้วยโรคความผิดปกติทางจิต

5. อภิปรายผล (discussion)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบอัตราความสูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (YLD rates) ที่มีสาเหตุมาจากโรคจิตเวช (รูปที่ 5-1) พบว่า ในปี พ.ศ. 2547 นี้ ประชากรไทยมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพจากโรคจิตเวชสูงกว่าเมื่อ 5 ปีที่ผ่านมา ซึ่งสาเหตุสำคัญของการเพิ่มขึ้นอย่างมากนี้เกิดจาก การติด**เครื่องดื่มแอลกอฮอล์**เป็นหลัก กล่าวคือ ความชุกของการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มสูงมากในประชากรชาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มความชุกของการดื่มสุราแบบประจำในประชากรชายที่เพิ่มจากร้อยละ 28.3 ในปี พ.ศ.2539 เป็นร้อยละ 30.3 ในปี พ.ศ.2544 และร้อยละ 31.1 ในปี พ.ศ. 2547¹⁴

อัตราความสูญเสียจาก**โรคซึมเศร้า**เพิ่มสูงขึ้นมาก (ทั้งชายและหญิง) เมื่อเทียบกับ 5 ปีที่ผ่านมา แต่ทั้งนี้อัตราความชุกที่ใช้ในการคาดประมาณค่า YLD มาจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2542 ใช้อัตราความชุกของโรคจาก GBD estimation the prevalence of depressive episode for OAI region¹⁵ ส่วนการคาดประมาณสำหรับปี พ.ศ. 2547 ใช้ความชุกของโรคซึมเศร้าจากการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิต



รูปที่ 5-1 ความแตกต่างระหว่างอัตรา YLD ที่สูญเสียจากโรคความผิดปกติทางจิตในปี พ.ศ. 2547 และ 2542

อัตราความชุกของโรคซึมเศร้าที่ใช้ในการประมาณค่าจำนวนปีที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากรไทย ในปี พ.ศ.2547 นั้นมีค่าประมาณร้อยละ 1.1 และ 1.7 สำหรับประชากรชายและหญิงตามลำดับ โดยผลการคาดประมาณอัตราอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าในประชากรชายได้ร้อยละ 2.2 และในประชากรหญิงร้อยละ 3.3 ซึ่งต่ำกว่าผลการประมาณค่าความชุกและอุบัติการณ์ของ Unipolar depressive disorders สำหรับประชากรในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SERO B) ในปี พ.ศ. 2543¹⁶ เพียงเล็กน้อย (ตารางที่ 5-1)

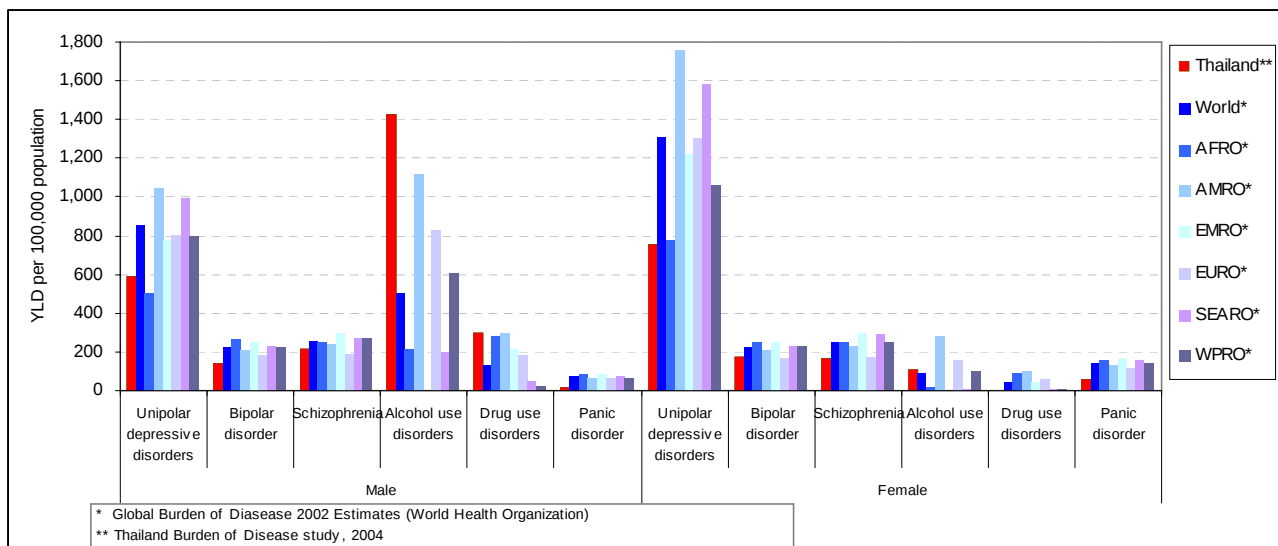
ตารางที่ 5-1 ผลการคาดประมาณอัตราอุบัติการณ์และความชุกของโรค Unipolar depressive disorders สำหรับปี ค.ศ. 2000

Region and subregion	Incidence/100/year		Prevalence/100/year	
	Males	Females	Males	Females
Africa				
AFRO D	2.9	4.3	1.4	2.2
AFRO E	2.9	4.3	1.4	2.2
The Americas				
AMRO A	4.3	7.2	2.2	3.6
AMRO B	3.4	5.6	1.7	2.8
AMRO D	3.4	5.6	1.7	2.8
Eastern Mediterranean				
EMRO B	3.7	5.4	1.9	2.7
EMRO D	3.7	5.5	1.9	2.7
Europe				
EURO A	2.6	4.5	1.5	3.1
EURO B1	3.3	5.4	1.6	2.7
EURO B2	3.3	5.4	1.6	2.7
EURO C	2.9	4.5	1.5	2.2
South-East Asia				
SEARO B	2.6	3.4	1.3	1.9
SEARO D	3.5	5.9	1.7	3.0
Western Pacific				
WPRO A	2.0	2.8	1.0	1.4
WPRO B1	3.3	4.5	1.6	2.2
WPRO B2	3.3	4.5	1.6	2.2
WPRO B3	3.3	4.5	1.6	2.2
World	3.2	4.9	1.6	2.6

Source: T.B. Ustun and others, 2004

เมื่อเปรียบเทียบอัตราความสูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพจากโรคความผิดปกติทางจิตของประชากรไทยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้กับผลการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลกพบว่า อัตรา YLD ของประชากรไทยจากโรคทางจิตเวชต่ำกว่าระดับโลก ยกเว้นความสูญเสียจากการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งอัตรา YLD จากการติดแอลกอฮอล์ในผู้ชายไทยสูงกว่าระดับโลกประมาณ 2.8 เท่า (รูปที่ 5.2)

นอกจากนี้ยังพบว่าอัตรา YLD จากโรคซึมเศร้าของประชากรไทยต่ำกว่าค่าประมาณของประชากรในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ประมาณ 2 เท่า



รูปที่ 5.2 อัตรา YLD ของประเทศไทยและภูมิภาคอื่นทั่วโลก

เนื่องจากการประมาณค่าภาระทางสุขภาพของโรคทางจิตเวชของประชากรจำเป็นต้องใช้ข้อมูลความชุกหรืออุบัติการณ์ของโรคที่เป็นการสำรวจระดับประเทศ ซึ่งในคาบเวลาที่ศึกษานี้มีเพียงข้อมูลจากการการสำรวจระดับวิทยาสุขภาพจิตปี พ.ศ.2547 เพียงแหล่งเดียวที่สามารถเป็นใช้ได้ ซึ่งในบางรายการโรคเช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) ไม่สามารถหาข้อมูลจากการสำรวจนี้ได้ จึงจำเป็นต้องประมาณค่าความชุกของโรคจากการปรับข้อมูลการสำรวจโรคจิต (Psychotic disorders) ด้วยข้อสมมติที่ได้จากการศึกษาในประเทศอื่น

ค่าถ่วงน้ำหนักความพิการที่ใช้ในการประมาณค่าจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพด้วยกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตครั้งนี้ ได้จาก Global burden of disease (GBD2000) และ Dutch weights เพราะยังไม่มีข้อมูลการศึกษาสำหรับประชากรไทย นอกจากนี้ในบางรายการโรค เช่น โรคจิตเภท ที่จำแนกค่าถ่วงน้ำหนักความพิการเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษากับกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษานั้น ข้อมูลที่ใช้สำหรับประชากรไทย ยังสามารถระบุสัดส่วนผู้ที่ได้รับการรักษาและไม่ได้รับการรักษาได้ จึงใช้วิธีการปรับค่าถ่วงน้ำหนักความพิการดังกล่าวด้วยข้อสมมติของสัดส่วนจากการศึกษาในประเทศอื่น

หากมีการสำรวจหรือข้อมูลความชุกและอุบัติการณ์ของโรคทางจิตเวชในระดับประเทศอย่างต่อเนื่องและจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบก็จะสามารถนำไปใช้ในการประมาณค่าภาระทางสุขภาพที่เกิดจากโรคทางจิตเวช รวมถึงแนวโน้มของภาระโรคดังกล่าว

- ¹ World Health Organization. 2001. The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope.
- ² Mathers, C., Bernard, C., Iburg, K.M., et al. 2003. Global Burden of Disease in 2002: data sources, methods and results. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 54. Geneva: WHO.
- ³ World Health Organization. Revised Global Burden of Disease (GBD) 2002 Estimates: Incidence, prevalence, mortality, YLL, YLD and DALYs by sex, cause and region, estimates for 2002 as reported in the World Health Report 2004 [Online]. Available: <http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2002revised/en/index.html> [2008, Jan 25].
- ⁴ Begg S, Vos T, Barker B, Stevenson C, Stanley L, Lopez AD, 2007. The burden of disease and injury in Australia 2003. PHE 82. Canberra: AIHW.
- ⁵ The Thai Working Group on Burden of Disease and Injuries, Ministry of Public Health. Burden of Disease and Injuries in Thailand: Priority Setting for Policy. Bangkok: Veteran Publishing House. 2002.
- ⁶ กรมสุขภาพจิต, 2546. การสำรวจระดับความทุกข์ทางจิต: การศึกษาระดับประเทศปี 2546. นนทบุรี, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- ⁷ อนุรักษ บัณฑิตยชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภักคณิน กิตติรักษนนท์, วรารณ จุฑา. 2544. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 46 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2544 หน้า 335-343
- ⁸ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2541. บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไข ครั้งที่ 10 ไทย – อังกฤษ (ICD-10). สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี
- ⁹ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546. คู่มือปฏิบัติการ การศึกษาภาวะโรค
- ¹⁰ คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, 2546. สถานภาพการใช้สารเสพติด พ.ศ. 2546: การสำรวจครัวเรือนตัวแทนทั่วประเทศ
- ¹¹ 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. DEPRESSION AND ANXIETY. 2003. 17:173-179.
- ¹² Grasbeck A, Rorsman B, Hagnell O, Isberg PE. Mortality of anxiety syndromes in a normal population. The Lundby Study. Neuropsychobiology. 1996. 33(3):118-126.
- ¹³ Strauss J, Birmaher B, Bridge J, et al. 2000. Anxiety disorders in suicidal youth. Can J Psychiatry (Canada). Oct 2000, 45(8): p739-45.
- ¹⁴ บัญชีโรค สรไพศาล และคณะ, 2550. รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2550. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา

¹⁵ Murray CJL, Lopez AD. 1996. Global Health Statistics: a compendium of incidence, prevalence and mortality estimates for over 200 conditions. Cambridge MA: Harvard University Press on behalf of the World Health Organization and the World Bank; 1996.

¹⁶ T.B. Ustun, J.L. Ayuso-Mateos, S. Chatterji, C. Mathers and C.J.L. Murray. 2004. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry*, 184:386-392.