

การสูญเสียปีสุขภาวะจากการเจ็บป่วย ด้วยโรคกลุ่มจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 3 โรคหลักในประเทศไทย

วิรัชพัชร กิตติธระพันธุ์¹, พิมพ์ภักษ์ วัฒนศึกษา², กฤษฏีกา วังตระกูล³, นันทิยา จีระทรัพย์⁴, ประเสริฐ จูทา⁵,
อภิชา ฤทธาทิพย์⁶, กุสุมาวดี คำเกตุ⁶

¹โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ

²สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

³สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

⁴โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

⁵สถาบันราชานุกูล กรุงเทพมหานคร

⁶สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการเจ็บป่วย (years of healthy life loss due to disability: YLDs) ด้วยโรคกลุ่มจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ได้แก่ กลุ่มอาการออทิซึม โรคสมาธิสั้น และภาวะบกพร่องทางสติปัญญาของประชากรไทยปี พ.ศ. 2559 โดยเป็นการศึกษาการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา โรคกลุ่มอาการออทิซึม โรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 และ DSM-IV ด้วยระเบียบวิธีการศึกษาโดยใช้วิธีการประมาณค่าตามวิธีการระดับโลก พ.ศ. 2543 ได้ทบทวนวรรณกรรมทางระบาดวิทยาเพื่อหาข้อมูล ความชุก อุบัติการณ์ ความเสี่ยงต่อการตาย (relative risk of mortality) อายุคาดเฉลี่ย (life expectancy) การป่วยตาย (case fatality) การหายจากโรค ในการคำนวณค่าปีสุขภาวะที่สูญเสียเจ็บป่วยหรือพิการ (YLDs) ตามการสร้างแบบจำลองโรคในโปรแกรม WHO DISMOD II โดยใช้ค่าถ่วงน้ำหนักความพิการจาก GBD ผลการศึกษาพบว่าโรคกลุ่มอาการออทิซึมก่อให้เกิดการสูญเสียเท่ากับ 81,800 ปีสุขภาวะ โรคสมาธิสั้นเท่ากับ 42,547 ปีสุขภาวะ และภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเท่ากับ 72,556 ปีสุขภาวะ โดยโรคกลุ่มอาการออทิซึม มีค่า YLDs สูงสุดในช่วงอายุ 0-5 ปี โรคสมาธิสั้นและภาวะบกพร่องทางสติปัญญามีค่าสูงสุดในช่วงอายุ 5-14 ปี และทุกโรคมีการสูญเสียปีสุขภาวะลดลงในช่วงอายุ 15-29 ปี โดยโรคกลุ่มอาการออทิซึมและโรคสมาธิสั้นเพศชายมีการสูญเสียมากกว่าหญิงในทุกช่วงอายุ ซึ่งโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่สำคัญทั้ง 3 โรคมีความสำคัญเนื่องจากก่อให้เกิดความพิการและสูญเสียปีสุขภาวะในระดับสูงในเด็กไทย และผลกระทบอย่างต่อเนื่องยาวนาน จำเป็นที่หน่วยงานของสาธารณสุข ภาคประชาสังคมและประชาชนควรให้ความสำคัญ โดยเฉพาะการค้นหา คัดกรอง และให้ความช่วยเหลือตั้งแต่ปฐมวัย ซึ่งจะให้การรักษาที่ดีที่สุดและจะช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักยภาพสูงสุด

คำสำคัญ: โรคกลุ่มอาการออทิซึม; โรคสมาธิสั้น; ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา; ความชุก; ปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการเจ็บป่วย; ภาวะโรค

บทนำ

องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าโรคจิตเวชเด็ก และวัยรุ่นจัดเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพลำดับ 2 ในเด็ก และวัยรุ่นตอนต้น โดยเฉพาะโรคที่เป็นปัญหาหลักของความผิดปกติของพัฒนาการ อันได้แก่ โรคกลุ่มอาการออทิสซึม โรคสมาธิสั้นและความบกพร่องทางสติปัญญา รวมไปถึงโรคซึมเศร้าและการติดสารเสพติด โดยอุบัติการณ์พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁾

โรคกลุ่มอาการออทิสซึม (autism spectrum disorder: ASD) เป็นความผิดปกติทางพัฒนาการที่แสดงออกทางความบกพร่องของพัฒนาการด้านการใช้ภาษาสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ร่วมกับความผิดปกติของพฤติกรรมและความสนใจที่เป็นแบบแคบจำกัดหรือเป็นแบบแผนซ้ำๆ โดยเริ่มปรากฏอาการให้เห็นตั้งแต่ในวัยเด็กเล็กและเป็นต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่ โรคนี้สร้างความสูญเสียและผลกระทบในวงกว้างอย่างต่อเนื่องยาวนาน⁽²⁾ ในประเทศสหรัฐอเมริกามีการศึกษาเกี่ยวกับการประมาณการค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อม อันเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรค ASDs ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2015-2025 (พ.ศ. 2558-2568) ประมาณการเป็นเงิน 2,680-4,610 ล้านดอลลาร์สหรัฐ^(3,4) ซึ่งการรักษาตั้งแต่อายุน้อยยังช่วยร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก จะช่วยเพิ่มความสามารถในด้านของการสื่อสาร ด้านภาษา การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และระดับความสามารถทางสติปัญญา การศึกษาถึงภาระโรคของโรคกลุ่มอาการออทิสซึมในประเทศสเปนเมื่อปี ค.ศ. 2003 พบค่าการสูญเสียปีสุขภาวะจากการเจ็บป่วยด้วย ASDs เท่ากับ 43,923 ปีสุขภาวะ โดยแบ่งเป็นการสูญเสียจากโรคออทิสซึม 33,797 ปีสุขภาวะ และจากโรคออทิสซึมอื่นๆ 10,131 ปีสุขภาวะ⁽⁵⁾

โรคสมาธิสั้น (attention deficit/hyperactive disorder: ADHD) เป็นความผิดปกติของพัฒนาการในสมองด้านการบริหารจัดการและควบคุมตนเอง โดยมีอาการแสดงทางพฤติกรรม 3 ด้าน คือ การขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง อยู่ไม่นิ่ง และขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่นที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามวัย โดยเริ่มมีอาการตั้งแต่วัยเด็กและประมาณครึ่งหนึ่งมีอาการต่อเนื่องจนถึง

วัยผู้ใหญ่ ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการเรียน การปรับตัวในสังคมและมีภาพพจน์ที่ไม่ดีต่อตนเอง^(6,7) จากการศึกษาภาระโรคของโรคสมาธิสั้นในประเทศเกาหลี เมื่อปี ค.ศ. 2012 พบว่าโรคสมาธิสั้นก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะเท่ากับ 32,605 ปีสุขภาวะ และก่อให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐศาสตร์ปีละ 47.55 ล้านดอลลาร์สหรัฐ⁽⁸⁾

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (intellectual disability: ID) เป็นความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาท ก่อให้เกิดความบกพร่องด้านสติปัญญาส่งผลต่อการคิด การให้เหตุผล การแก้ปัญหา การวางแผน การคิดเชิงนามธรรมและความบกพร่องด้านพฤติกรรม การปรับตัว ซึ่งเป็นการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันทั่วไปที่จะสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองในสังคม⁽⁹⁾ โดยการศึกษาถึงภาระสติปัญญาบกพร่องในประเทศอินเดียพบว่า มีการสูญเสีย 252 ปีสุขภาวะ ส่วนในประเทศไทย มีการศึกษาค่า DALYs ในชายเท่ากับ 12 และในหญิงเท่ากับ 1.7 แต่เป็นเพียงเฉพาะในกลุ่มเด็กแรกเกิดถึงวัยรุ่นเท่านั้น⁽¹⁰⁾

อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยแม้มีการศึกษาถึงภาระโรคมาหลายครั้งแต่ยังไม่เคยมีการประมาณการและเปรียบเทียบค่าปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากโรคและการเจ็บป่วยของประชากรอันเกิดจากกลุ่มความผิดปกติของโรคจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นตามแนวคิดที่กล่าวมา การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อคำนวณและเปรียบเทียบค่าการปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่สำคัญในประเทศไทย ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อการวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มนี้ในระยะยาวในการจัดทำข้อเสนอแนะในการกำหนดนโยบาย การจัดสรรทรัพยากร การจัดบริการที่เหมาะสมเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ตามเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยหมายเลข 001/2560 ลงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 โดยคำจำกัดความของโรคกลุ่มอาการออทิสซึม (ASD) โรคสมาธิสั้น (ADHD) และโรคสติปัญญาบกพร่อง (ID) อ้างอิงตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติ

สำหรับความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV)⁽⁷⁾ และใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษา GBD (global burden of Disease โดยได้ทำการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรค ASDs ได้แก่ prevalence, incidence, disability weights, mortality rate, relative risk of mortality (RR mortality), years lived with disability (YLDs), remission rate และ DALYs⁽¹¹⁾ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 (พ.ศ. 2533) จนถึงปัจจุบัน เป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษเท่านั้น จากหนังสือหรือตำราวิชาการและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (ScienceDirect, PubMed, SCOPUS, BMJ journals, Wiley Online Library, SpringerLink (University of Cambridge, Oxford university, WHO, ResearchGate, Canadian Medical Association (CMAJ), the Public Library of Science (PLoS One), the Royal College of Psychiatrists (BJPsych) โดยมอบหมายให้ผู้วิจัย 5 คน ทำการประเมินและคัดเลือกงานวิจัยหรือบทความที่มีคุณภาพและน่าเชื่อถือสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จนเหลือจำนวน 72 เรื่อง

การประเมินค่าปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากโรคและการเจ็บป่วยของประชากรอันเกิดจากโรคกลุ่มอาการออทิสซึม โรคสมาธิสั้นและภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในประเทศไทย ดำเนินการตามวิธีการเดียวกันกับการศึกษา GBD ซึ่งได้กำหนดโดย Murray CJL และ Lopez AD ในปี ค.ศ. 1996 (พ.ศ. 2539)⁽¹²⁾ เพื่อที่จะสามารถนำไป

เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ได้โดยคำนวณปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการเจ็บป่วยในประเทศไทยจาก YLDs

สำหรับสูตรในการคำนวณ YLDs คือ $I \times DW (D) \times L$ ซึ่ง I คือ อุบัติการณ์ ได้จากการประมาณค่าในโปรแกรม DisMod II ค่า DW คือ น้ำหนักความพิการ (disability weight)⁽¹³⁾ ถูกพัฒนาโดย GBD เมื่อปี ค.ศ. 2010 (พ.ศ. 2553) ซึ่งให้น้ำหนักความพิการของโรคกลุ่มอาการออทิสซึมเป็น 0.26⁽¹⁴⁾ และของโรคสมาธิสั้นเป็น 0.045⁽¹⁵⁾ ของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับ mild เป็น 0.043 ระดับ moderate เป็น 0.1 ระดับ severe เป็น 0.16 และระดับ profound เป็น 0.2⁽¹⁶⁾

ประชากรที่ใช้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ค่าประชากรไทยจากสำนักบริหารการทะเบียนตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2559 โดยช่วงอายุ 0-14 ปี เท่ากับ 11,433,331 คน คิดเป็นร้อยละ 17.75 ของประชากรทั้งหมดแบ่งเป็นเพศชาย 5,877,357 คน คิดเป็นร้อยละ 18.64 ของประชากรชายทั้งหมด และเพศหญิง 5,555,974 คน คิดเป็นร้อยละ 16.90 ของประชากรหญิงทั้งหมด⁽¹⁷⁾

ผลการศึกษา

ผลการทบทวนค่าพารามิเตอร์ที่ใช้ในการคำนวณค่า YLDs ซึ่งประกอบด้วย ค่าความชุก ค่าน้ำหนักความพิการ (disability weight), mortality rate ratio, remission rate ของโรคกลุ่มอาการออทิสติก โรคสมาธิสั้น และภาวะสติปัญญาบกพร่อง ดังแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พารามิเตอร์ที่นำมาคำนวณผล

พารามิเตอร์	พารามิเตอร์	โรคสมาธิสั้น	โรคสติปัญญาบกพร่อง
ความชุกของโรค	ความชุกรวม 0.1% อายุ 1-5 ปี ⁽¹⁸⁾	ความชุกรวม 8.1% เพศชาย 12% เพศหญิง 4.2% (อายุ 7-12 ปี) ⁽²²⁾	ความชุกรวม 0.05-155% ทุกกลุ่มอายุ ⁽²⁴⁾
	ความชุกรวม 0.8% อายุ 5-12 ปี; ชาย:หญิง 4.5:1 ⁽¹⁹⁾	ความชุกรวม 3.8% ชาย = 5.5% หญิง = 2% (อายุ 18-45 ปี) ⁽²³⁾	ความชุก 10.37 ทุกกลุ่มอายุ ⁽²⁵⁾

ตารางที่ 1 พารามิเตอร์ที่นำมาคำนวณผล (ต่อ)

พารามิเตอร์	พารามิเตอร์	โรคสมาธิสั้น	โรคสติปัญญาบกพร่อง
ความชุกของโรค	ความชุกรวม 0.47% ⁽²⁰⁾		6.00 (ความชุกของ ID ที่เป็นก่อนอายุ 18 ปี รายช่วงอายุ)% ⁽²⁶⁾
	ความชุกรวม 1.13% ⁽²¹⁾		ความชุกรวม 6-11 ปี 0.59% 12-14 ปี 0.66% 15-17 ปี 0.72% 3-17 ปี 0.58% ⁽²⁷⁾
	ความชุกรวม = 0.62% ⁽¹³⁾		ชุมชนเมือง 0.31 ชนบท 0.99 ⁽²⁸⁾
Disability weight	DW of Autism = 0.255 DW of other ASD = 0.11 ⁽²⁸⁾ DW of Autism = 0.55 DW of other ASD = 0.26 ⁽³⁰⁾	DW = 0.045 ⁽²⁹⁾	DW of Mild ID = 0.043 DW of Moderate ID = 0.1 DW of Severe ID = 0.16 DW of Profound ID = 0.2 ⁽²⁹⁾
Moortality rate ratio	MRR of Autism = 3.1 MRR of other ASD = 1.4 ⁽³¹⁾	MRR = 2.07 ⁽³²⁾	MRR = 1.67 (combined weight: mild, moderate, severe, profound) ⁽³³⁾
Remission rate	Remission rate = 0 ⁽³⁴⁾	Remission rate = 0.302 ⁽³⁵⁾	Remission rate = 0 ⁽³³⁾

การคำนวณด้วยโปรแกรม DisMod II พบว่า อัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคกลุ่มอาการออทิซึมเป็นเพศชาย 0.22 ต่อ 1,000 ประชากร เพศหญิง 0.06 ต่อ 1,000 ประชากร อัตราอุบัติการณ์ของโรคสมาธิสั้นเพศชาย 15.1 ต่อ 1,000 ประชากร เพศหญิง 2.8 ต่อ 1,000 ประชากร อัตราอุบัติการณ์ของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา เพศชาย 1.70 ต่อ 1,000 ประชากร เพศหญิง 0.59 ต่อ 1,000 ประชากร โดยอุบัติการณ์ของการเกิดโรคกลุ่มอาการออทิซึมและภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจะสูงสุดในช่วงอายุ 1-4 ปี และอุบัติการณ์ในอัตราที่ต่ำลงหลังอายุ 15 ปี ในขณะที่โรคสมาธิสั้นและภาวะบกพร่อง-

ทางสติปัญญาในเพศชายจะมีอุบัติการณ์สูงสุดในช่วงอายุ 5-14 ปี ดัง แสดงดังตารางที่ 2

ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคออทิซึมและภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในเพศหญิงจะมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยยาวนานกว่าเพศชายถึงประมาณ 15-20 ปี โดยมากที่สุดในช่วง 1-4 ปี และลดลงเรื่อยๆเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น ส่วนในโรคสมาธิสั้น ทั้งเพศชายและเพศหญิงจะมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยใกล้เคียงกัน และจะมีระยะเวลารวมของการเจ็บป่วยน้อยกว่าโรคกลุ่มอาการออทิซึมและภาวะบกพร่องทางสติปัญญา มาก แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 อัตราอุบัติการณ์ (ต่อ 1,000 ประชากร) โรคกลุ่มอาการออทิซึม โรคสมาธิสั้น และภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

กลุ่มอายุ (ปี)	อัตราอุบัติการณ์ (ต่อ 1,000 ประชากร)					
	โรคกลุ่มอาการออทิซึม		โรคสมาธิสั้น		ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
1-4	2.50	0.70	2.00	0.40	0.6	1.7
5-14	0.50	0.20	11.80	2.30	3.0	0.5
15-29	0.01	0.002	0.50	0.10	0.0	0.1
รวม	0.22	0.06	15.10	2.80	1.70	0.59

ตารางที่ 3 ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (ปี) ด้วยโรคกลุ่มอาการออทิซึม โรคสมาธิสั้น และโรคสติปัญญาบกพร่องในแต่ละกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ (ปี)	ระยะเวลาการดำเนินโรค					
	โรคกลุ่มอาการออทิซึม		โรคสมาธิสั้น		ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
1-4	44.9	62.4	19.7	19.2	45.9	59.6
5-14	40.6	58.1	14	13.4	39.8	53.8
15-29	31.5	48.4	6.2	7	28.7	45.3

การศึกษาครั้งนี้ เมื่อใช้ค่าน้ำหนักของความพิการตาม GBD 2010 พบค่า YLDs ของโรคกลุ่มอาการออทิซึมเท่ากับ 81,800 ปีสุขภาวะ โรคสมาธิสั้นเท่ากับ 42,547 ปีสุขภาวะ และภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเท่ากับ 72,556 ปีสุขภาวะ โดยโรคกลุ่มอาการออทิซึม โดยมีค่า YLDs สูงสุดในช่วงอายุ 0-5 ปี และลดลงตามช่วงอายุ ในขณะที่โรคสมาธิสั้น และภาวะบกพร่องทางสติปัญญา มีค่าสูงสุดในช่วงอายุ 5-14 ปี โดยโรคกลุ่มอาการออทิซึมและโรคสมาธิสั้น เพศชายมีค่าการสูญเสียมากกว่าเพศหญิงในทุกช่วงอายุ แสดงดังตารางที่ 4 และภาพที่ 1

วิจารณ์

การศึกษาทางระบาดวิทยาเพื่อประเมินภาระโรคของโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ยังไม่ได้มีการศึกษาโรคกลุ่มอาการออทิซึม โรคสมาธิสั้นและมีการเปรียบเทียบในประเทศไทยมาก่อน การศึกษาในครั้งนี้จึงได้พัฒนารูปแบบการศึกษาโดยอ้างอิงถึงการศึกษาภาระโรครวม

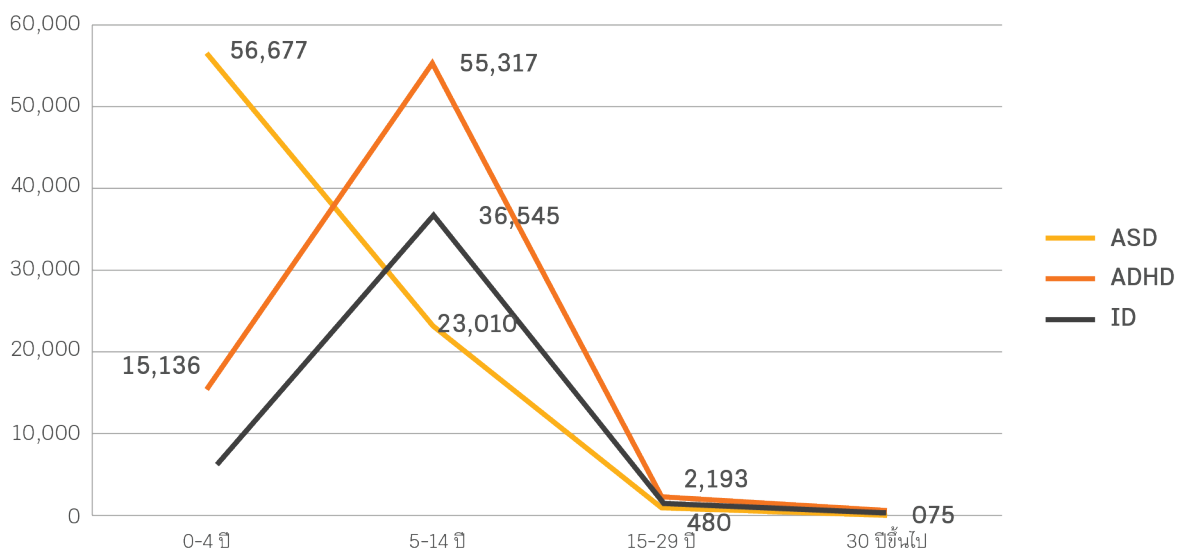
(Global Burden of Disease Study) และทำการประเมินโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่สำคัญ 3 โรค ได้แก่ โรคกลุ่มอาการออทิซึม (ASD) โรคสมาธิสั้น (ADHD) และภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (ID)

การคำนวณการสูญเสียปีสุขภาวะของโรคกลุ่มอาการออทิซึมโดยค่าความชุกของโรคกลุ่มอาการออทิซึมที่เลือกใช้ในการคำนวณ YLDs เลือกจากผลการสำรวจระดับชาติของโรคกลุ่มอาการออทิซึมในประเทศไทย (ร้อยละ 0.47 ในช่วงอายุ 1-4 ปี และร้อยละ 0.8 ในช่วงอายุ 5-12 ปี) โดยค่าอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคกลุ่มอาการออทิซึมในประเทศไทยจากการศึกษานี้เท่ากับร้อยละ 0.22 ในเพศชาย และ 0.06 ในเพศหญิง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของประเทศอังกฤษ⁽³⁶⁾ ซึ่งเท่ากับร้อยละ 0.3-0.6 และ การศึกษา The Western Australia Study⁽³⁰⁾ ในปี ค.ศ. 1999 (พ.ศ. 2542) พบอัตราอุบัติการณ์ ร้อยละ 0.71 อย่างไรก็ตามในช่วงอายุ 15-19 ปีและวัยผู้ใหญ่ยังพบว่า มีอัตราอุบัติการณ์แต่จำนวนน้อยมาก โรคกลุ่มอาการออทิซึมในประเทศไทยก่อให้เกิดปีสุขภาวะที่สูญเสีย

ตารางที่ 4 ค่าการสูญเสียปีสุขภาวะจากการเจ็บป่วย (ปีสุขภาวะ) ด้วยโรคกลุ่มอาการออทิซึม โรคสมาธิสั้น และโรคสติปัญญาบกพร่องในแต่ละกลุ่มอายุ (เมื่อใช้ค่าน้ำหนักของความพิการตาม GBD)

กลุ่มอายุ (ปี)	ค่าการสูญเสียปีสุขภาวะจากการเจ็บป่วย								
	โรคกลุ่มอาการออทิซึม			โรคสมาธิสั้น			ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
1-4	41,830	14,847	56,677	3,490	639	4,129	3,743	11,393	15,136
5-14	15,766	8,878	24,644	31,060	5,485	36,545	48,925	6,392	55,317
15-29	301	178	479	1,019	222	1,241	84	2,109	2,103
รวม	57,897	23,903	81,800	36,201	6,346	42,547	52,829	19,992	72,556

ภาพที่ 1 ปีสุขภาวะที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประเทศไทย พ.ศ. 2557 จำแนกตามโรค เพศ และช่วงอายุ



เนื่องจากภาวะทางสุขภาพ (YLDs) เท่ากับ 81,800 ปีสุขภาวะ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของประเทศสเปน⁽⁵⁾ พบว่าโรคกลุ่มนี้ก่อให้เกิดการสูญเสีย 41,959 ปีสุขภาวะ ซึ่งพบว่าการสูญเสียปีสุขภาวะจากโรคกลุ่มอาการออทิซึมของประเทศไทยมีค่ามากกว่าการสูญเสียในประเทศสเปน การคำนวณการสูญเสียปีสุขภาวะของโรคสมาธิสั้น โดยค่าความชุกของโรคสมาธิสั้น ที่เลือกใช้ในการคำนวณ YLDs เลือกจากผลการสำรวจระดับชาติของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย เป็นร้อยละ 8.1 ในช่วงอายุ 7-12 ปี โดยค่าอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยจากการศึกษานี้เท่ากับร้อยละ 15.10 ในเพศชายและ 2.80

ในเพศหญิง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของประเทศสโลวีเนีย ซึ่งพบค่าอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสมาธิสั้นในปี ค.ศ. 1997 (พ.ศ. 2540) เท่ากับอัตราร้อยละ 0.032 และในปี ค.ศ. 2012 เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.082⁽³⁷⁾ โดยประชากรไทยต้องสูญเสียภาวะทางสุขภาพจากโรคสมาธิสั้น โดยคำนวณเป็นปีสุขภาวะ (YLDs) รวมทั้งสิ้น 42,547 YLDs โดยเพศชายมีความสูญเสียมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 5.7 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Minha Hong และคณะ ซึ่งทำการศึกษาค่าการสูญเสียปีสุขภาวะของโรคสมาธิสั้นในประเทศเกาหลีใต้ ซึ่งพบว่าโรคสมาธิสั้นก่อให้เกิดการสูญเสีย 32,605 ปีสุขภาวะ⁽⁸⁾

ค่าความชุกของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาที่เลือกใช้ ในการคำนวณ YLDs เลือจากผลการสำรวจระดับ สติปัญญาเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2559 เท่ากับร้อยละ 5.8 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับ ค่าความชุกของค่าประมาณการความชุกของการสำรวจ ระดับสติปัญญาเด็กไทยอายุ 6-15 ปี เท่ากับร้อยละ 6.5 และการศึกษาของประเทศออสเตรเลีย ร้อยละ 6 โดยค่าอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะบกพร่องทางสติ- ปัญญาในประเทศไทยจากการศึกษานี้เท่ากับร้อยละ 0.141 และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษา systematic review ระหว่างปี ค.ศ.2000-2012 (พ.ศ. 2543-2555) ค่าอุบัติ- การณ์เท่ากับร้อยละ 1.58 ในเพศชายและร้อยละ 0.96 ในเพศหญิง การคำนวณหาค่าภาระโรคด้วยค่าจำนวนปี ที่มีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (YLDs) พบว่า ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในประเทศไทยก่อให้เกิด ปีสุขภาวะที่สูญเสียเนื่องจากภาวะทางสุขภาพ (YLDs) แยก ตามระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (ID) ทั้งหมดเป็น 72,820 ปี เมื่อรวมทุกช่วงอายุ เพศชาย มี YLDs ต่อแสนประชากร มากกว่าเพศหญิง ในทุกระดับ ความรุนแรง เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ ประเทศอินเดีย ในปี ค.ศ.2017⁽³⁸⁾ ซึ่งได้ค่าการสูญเสีย ปีสุขภาวะเท่ากับ 252 ปีในพื้นที่ที่มีความเจริญน้อย (low socio-development index: SDI) ค่าสูญเสียเท่ากับ 189 ปีในพื้นที่ที่มีความเจริญปานกลาง (medium SDI) และเท่ากับ 71 ในพื้นที่ที่มีความเจริญสูง (high SDI) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาระบาดวิทยาและการบาด- เจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556⁽³⁹⁾ พบว่า ความสูญเสีย จากโรคกลุ่มออทิสติกมีค่าใกล้เคียงการเจ็บป่วยด้วยโรค วิตกกังวล โรคลมชัก และความผิดปกติทางระบบ ประสาทอื่นๆ โดยโรควิตกกังวล (anxiety disorders) มีค่าความสูญเสียเท่ากับ 95,290 ปีสุขภาวะ โรคลมชัก (epilepsy) เท่ากับ 63,690 ปีสุขภาวะ และความผิดปกติ ทางระบบประสาทอื่นๆ (other neurological conditions) เท่ากับ 63,180 ปีสุขภาวะ

โดยสรุป การศึกษาในครั้งนี้ พบว่าโรคกลุ่มอาการ ออทิสซึม โรคลมชัก และภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ในเด็กและวัยรุ่นไทยเป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากก่อให้เกิด ความพิการและความสูญเสียปีสุขภาวะ ซึ่งจะเป็นประโยชน์

เชิงตัวเลข/ข้อมูล/ปริมาณ ในการวางแผนยุทธศาสตร์ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น กระทรวง- ศึกษาศึกษา กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชนควรกำหนด เป็นยุทธศาสตร์ นโยบายเพื่อสร้างความร่วมมือเป็นภาคี ในการค้นหา คัดกรอง และให้การช่วยเหลือโดยเฉพาะ ในวัยก่อนเข้าเรียน (0-4 ปี) และในวัยเรียนกลุ่มเด็กอายุ 5-14 ปี ตลอดจนเยาวชนในช่วงอายุ 15-19 ปีอย่างเข้มข้น ต่อเนื่องด้านการฟื้นฟูพัฒนาให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ใน สังคมได้อย่างเหมาะสมเต็มตามศักยภาพที่ออกแบบตาม กลุ่มโรค อายุ เพศ และลดอัตราการเกิดโรคในกลุ่มปัญหา พฤติกรรม (behavioral disorder) โรคซึมเศร้า (depressive disorder) การใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ (alcohol/drug use) ที่เป็นความเสี่ยง ของการสูญเสีย ปีสุขภาวะต่อไป

อย่างไรก็ตามในประเทศไทยไม่ได้มีข้อมูลการตาย อันเนื่องมาจากโรคกลุ่มอาการออทิสซึม โรคลมชัก และ ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา จึงมีข้อจำกัดในการคำนวณ ค่าจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (years of life lost: YLLs) ซึ่งการศึกษาในภาคหน้า ควรมีการ หา ค่า YLL และมีการนำค่าอัตราลดทอน (discount rate) และค่าถ่วงน้ำหนักอายุ (age weights) มาคำนวณ ร่วมด้วย นอกจากนี้การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีความยุ่งยาก ในการค้นหาข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการคำนวณ ตัวอย่างเช่น ข้อมูลที่แสดงถึงการได้มาของอุบัติการณ์ต่างๆ ซึ่งมี แหล่งข้อมูลที่ใช้ในแต่ละกลุ่มโรคและข้อมูลระดับวิทยา ในช่วงปีที่ศึกษา จึงถือเป็นความจำกัดที่สำคัญของการ ศึกษาวิจัยในครั้งนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่เห็นความสำคัญ สนับสนุนงบประมาณและคณะทำงาน จากหน่วยงานต่างๆ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ ระหว่างประเทศ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดัชชีประเมิน ภาระโรคและสุขภาพของประชากรไทย และ ดร. พญ.รัศมี สังกข์ทอง ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. UNICEF, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, สถาบันเบอร์เน็ต. การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ระบบและบริการสนับสนุนทางจิตใจและจิตสังคม. กรุงเทพมหานคร: UNICEF; 2556.
2. Fombonne E. The epidemiology of autism: a review. *Psychol Med* 1999;29:769-86.
3. Leigh JP, Du J. Brief report: forecasting the economic burden of autism in 2015 and 2025 in the United States. *J Autism and Dev Disord* 2015;45:4135-9.
4. World Bank. World development report 1993: investing in health. New York: Oxford University Press; 1993.
5. Elena S, Manuel PA, Villaverde H, Eva T, Joaquín FB. Estimating the burden of disease for autism spectrum disorders in Spain in 2003. *J Autism and Dev Disord* 2008;38:288-96.
6. ชาญวิทย์พรนภดล. โรคชน-สมาธิสั้น. ใน: วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2545. หน้า 209-19.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-text revision. 4th ed. Washington DC: RR Donnelley & Sons; 2000.
8. Hong M, Park B, Lee SM, Bahn GH, Kim MJ, Park S, et al. Economic burden and disability-adjusted life years (DALYs) of attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders* 2019;24:823-9.
9. อนุญา สินรัชตานันท์, อีราจันท์ แทนขำ, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลโรคทางจิตเวชและวัยรุ่น 4 โรคหลัก (สติปัญญาบกพร่อง ออทิสติก สมาธิสั้น แอลดี) สำหรับเครือข่ายบริการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557
10. India State-Level Disease Burden Initiative Neurological Disorders Collaborators. The burden of neurological disorders across the states of India: the Global Burden of Disease Study 1990-2019. *The Lancet Global Health* 2021;9(8):e1129-44.
11. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2163-96.
12. Murray CJL, Lopez AD, World Health Organization, World Bank, Harvard School of Public Health. The Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard School of Public Health; 1996.
13. 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. *Lancet* 2012;380:2129-43.
14. Elena S, Manuel PA, Villaverde H, Eva T, Joaquín FB. Estimating the burden of disease for autism spectrum disorders in Spain in 2003. *J Autism Dev Disord* 2008;38:288-96.
15. Karam RG, Breda V, Picon FA, Rovaris DL, Victor MM, Salgado CA, et al. Persistence and remission of ADHD during adulthood: a 7-year clinical follow-up study. *Psychological Medicine* 2015;45(10):2045-56.
16. Murray CJ, Acharya AK. Understanding DALYs (disability-adjusted life years). *J Health Eco* 1997;16:703-30.
17. สำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง. จำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักร ตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135, ตอนพิเศษ 41ง (ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2561).
18. ศรีวรรณ พูลสรรพสิทธิ์, เบญจพร ปัญญาียง, ดุสิต ลิขนะพิชิต, ประยุกต์ เสรีเสถียร, วรวรรณ จุฑา. การศึกษาภาวะออทิสซึมในประเทศไทยและการดูแลรักษาแบบบูรณาการในระดับประเทศ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2548;13(1):10-6.
19. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต. การสำรวจความชุกของโรคกลุ่มอาการออทิสติกของเด็กวัยเรียน กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 13; 20-23 สิงหาคม 2557; ศูนย์ประชุมนานาชาติเอ็มเพรส โรงแรมดิเอ็มเพรส. เชียงใหม่. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2557.

20. รินสุข องอาจสกุลม่น, ฉัตรมงคล ฉ่ำมาก, เสาวลักษณ์ หมื่นสุนทร. รายงานสรุปการสำรวจความชุกของกลุ่มอาการออทิสซึมในเด็กอายุ 1-4 ปีในประเทศไทย. สมุทรปราการ: โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์; 2562
21. Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, Amoakohene E, Bakian AV, Bilder DA, et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years-autism and developmental disabilities monitoring network, 11 Sites, United States, 2020. *MMWR Surveill Summ* 2023;72(SS-2):1-14.
22. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, พรทิพย์ วชิรดิถก, ธันวรุจน์ บุรณสุขสกุล, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พัชรินทร์ อรุณเรือง. ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2556;21(2):66-75.
23. Amiri S. Prevalence of adult attention deficit hyperactivity disorder (adult ADHD). *Journal of Tabriz Iranian* 2014;9(2):83-8.
24. McKenzie K, Milton M, Smith G, Ouellette-Kuntz H. Systematic review of the prevalence and incidence of intellectual disabilities: current trends and issues. *Curr Dev Disord Rep* 2016;3:104-15.
25. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Research in developmental disabilities* 2011;32(2):419-36.
26. Australian Institute of Health and Welfare. The definition and prevalence of intellectual disability in Australia. Canberra: Australian Institute of Health & Welfare; 1997.
27. Lai DC, Tseng YC, Hou YM, Guo HR. Gender and geographic differences in the prevalence of intellectual disability in children: analysis of data from the national disability registry of Taiwan. *Research in Developmental Disabilities* 2016;33(6):2301-7.
28. National Sample Survey Organisation. National sample survey 2002 (58th round) - schedule 26 - Disabled Persons India [Internet]. 2002 [cited 2015 Dec 27]. Available from: <https://www.ilo.org/surveyLib/index.php/catalog/916>
29. Salomon JA, Haagsma JA, Davis A, Noordhout CM, Polinder S, Havelaar AH, et al. Disability weights for the Global Burden of Disease 2013 study. *The Lancet Global Health* 2015;3(11):712-23.
30. Rural and Regional Health and Aged Care Services Division, Public Health Group. Victorian Burden of Disease Study: mortality and morbidity in 2001. Melbourne: Victorian Government Department of Human Services; 2005.
31. Shavelle RM, Strauss DJ, Pickett J. Causes of death in autism. *J Autism Dev Disord* 2001;31:569-76.
32. Dalsgaard S, Ostergaard SD, Leckman JF, Mortensen PB, Pedersen MG. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Lancet* 2015;385(9983):2190-6.
33. Shavelle RM, Sweeney LH, Brooks JC. Comparative mortality of persons with intellectual disability in California: an update (2000-2010). *Journal of Insurance Medicine* 2014;44(3):158-63.
34. Tarbox J, Dixon DR, Sturmey P, Matson JL. Handbook of early intervention for autism spectrum disorders: research, policy, and practice. Louisiana: Springer Science Business Media; 2014.
35. Rohde LA, Greve EH, Bau CH. Persistence and remission of ADHD during adulthood: a 7-year clinical follow-up study. *Psychological Medicine* 2015;45(10):2045-56.
36. Taylor B, Jick H, Maclaughlin D. Prevalence and incidence rates of autism in the UK: time trend from 2004-2010 in children aged 8 years. *BMJ Open* 2013;3(10):e003219.
37. Stuhel M, Svab V, Locatelli I. Prevalence and incidence of attention-deficit/hyperactivity disorder in Slovenian children and adolescents: a database study from a national perspective. *Croatian Medical Journal* 2015;56:159-65.
38. Statista Research Development. DALYs relative to idiopathic developmental intellectual disability across Indian states in 2017 [Internet]. [cited 2015 Dec 27]. Available from: <https://www.statista.com/statistics/1126908/india-idiopathic-developmental-intellectual-disability-dalys-by-state-and-sdi/>
39. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. ภาวะโรค: ปีสุขภาวะที่สูญเสียและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาวะของประชากรไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2559;25:342-50.

Years Lived with Disability from Three Major Adolescent Psychiatric Disorders in Thailand

Wiranpat Kittitharaphan¹, Pimrapat Wattanasuksa², Krittikorn Wangtrakul³, Nuntiya Jeerasup⁴, Prasert Chutha⁵, Kusumavadee Kamkliang⁶, Apicha Ruethathip⁶

¹ Yuwaprasartwithayopatum Hospital, Samutprakarn Province

² Northeastern Institute of Child and Adolescent Mental Health, Khon Kaen Province

³ Southern Institute of Child and Adolescent Mental Health, Khon Kaen Province

⁴ Prasimahabodi Psychiatric Hospital, Ubon Ratchathani Province

⁵ Rajanukul Institute, Bangkok

⁶ Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health, Ministry of Public Health

Abstract

This research aimed to estimate year of life lost due to disability (YLDs) of child and adolescent psychiatric disorders: autism spectrum disorder, attention deficit disorder, intellectual disability in Thai population, 2016. This study was a narrative review of literatures related to autism spectrum disorder (ASD), attention deficit/hyperactive disorder (ADHD), intellectual deficiency (ID) criterion by ICD-10 and DSM-IV of population in 2014 by using GBD, 2000. Narrative review of literatures was done to find prevalence, Incidence, relative risk of mortality, life expectancy, case fatality, and remission. YLD was calculated by DiSMOD II program by using GBD disability weight. ASD generated 81,800 YLDs. ADHD generated 42,547 DALYs, and 72,556 YLDs by ID. Highest YLDs of ASD had occurred in aged 0-5 year, whereas, ADHD and ID had peak of YLDs in aged 5-14 year. All of them had decreased DALYs in aged 15-29 years. ASD and ADHD in male had YLDs much more than in female in all age groups. Conclusively, child and adolescent psychiatric disorders are significant conditions which causes high disabilities and burdens in Thai children by long duration. Early screening and intervention in preschool age should be considered in order to reduce the severity, disabilities and burden.

Keywords: autism spectrum disorder; attention deficit/hyperactive disorder; intellectual deficiency; prevalence; year of life lost due to disability; burden of disease