

ปีสุขภาวะที่สูญเสียจากความพิการของโรคสมาธิสั้น ในประเทศไทย

วิรัชพัชร กิตติธระพันธุ์¹, นันทิยา จีระทรัพย์², กฤษฏีกา วังตระกูล³, ชนัญดา ภูวิชัย⁴, พิมพ์รภัช วัฒนศึกษา⁴

¹โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ

²โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

³สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

⁴สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปีสุขภาวะที่สูญเสียของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย โดยเป็นการศึกษาการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ของโรคสมาธิสั้น (attention-deficit/hyperactivity disorder: ADHD) ของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2557 การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีการศึกษาตามการศึกษาระดับโลก ค.ศ. 2000 (GDB, 2000) ได้ทบทวนวรรณกรรมจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยค่าพารามิเตอร์ที่นำมาศึกษา ได้แก่ การป่วยตาย (case fatality) ค่าความชุก (prevalence) ความเสี่ยงต่อการตาย (mortality risk ratio: MMR) การหายจากโรค (remission) ค่าถ่วงน้ำหนัก (disability weight) โดยค่าอุบัติการณ์ (incidence) และค่าระยะเวลาเฉลี่ยของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (duration of disability) คำนวณได้โดยใช้โปรแกรม DISMOD ผลการศึกษาพบว่าโรคสมาธิสั้นไม่พบว่ามีผู้ป่วยตาย (case fatality) เมื่อวัดปีที่สูญเสียจากการเจ็บป่วยหรือพิการ (YLDs) พบว่าโรคสมาธิสั้นก่อให้เกิดความสูญเสียรวม 42,547 (571 ปี ต่อแสนประชากร) ในเพศชายสูญเสีย 36,201 (943 ปี ต่อแสนประชากร) เพศหญิง 6,346 (7 ปี ต่อแสนประชากร) ช่วงอายุ 5-14 ปี ในเพศชายมีค่ามากกว่าเพศหญิง 5.7 เท่า การสูญเสียสูงสุดเกิดขึ้นในช่วงเด็กช่วงอายุน้อยกว่า 14 ปี ดังนั้นโรคสมาธิสั้นก่อให้เกิดการสูญเสียจากการเจ็บป่วยหรือพิการ (YLDs) ในเด็กไทยโดยเฉพาะเป็นปัญหาที่สำคัญในวัยเรียนและวัยรุ่น ควรได้รับการตระหนักและแก้ไขปัญหาตั้งแต่แรกเริ่มเพื่อลดความรุนแรงและการเป็นภาระ

คำสำคัญ: ภาวะโรค; การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs); โรคสมาธิสั้น; ปีที่สูญเสียจากการเจ็บป่วยหรือพิการ

วันรับ: 18 ก.ค. 2566

วันแก้ไข: 11 ส.ค. 2566

วันตอบรับ: 20 ส.ค. 2566

บทนำ

จากสถิติของโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในระบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วไป สังกัดกรมสุขภาพจิต มีผู้ป่วยมารับบริการเป็นอันดับ 1 คือ โรคสมาธิสั้น (attention-deficit/hyperactivity disorder: ADHD) โรคสมาธิ-

สั้นเป็นโรคที่เกิดจากการพัฒนาที่บกพร่องของสมอง (neurodevelopmental disorder) และสารเคมีในระบบประสาท (neurotransmitters) ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ การยับยั้งชั่งใจ และแรงจูงใจลดลง มีผลกระทบต่ออารมณ์ พฤติกรรม การเรียน และการเข้าร่วมในสังคม ส่งผลให้แสดงอาการ 3 ด้าน ได้แก่ การขาดสมาธิ (inattention)

การชนมากกว่าปกติ (hyperactivity) และการขาดความ ยั้งคิดหรือพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (impulsivity) มักแสดงอาการก่อนอายุ 7 ปี พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง เป็นผลให้เด็กสูญเสียหน้าที่สำหรับการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การเรียน การใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น ปัญหาสัมพันธภาพ และการเข้าสังคม ผู้ป่วย 1 ใน 3 หายจากโรคเมื่อผ่านพ้น ช่วงวัยรุ่นไปแล้ว⁽¹⁾ แต่ยังมีผู้ป่วยถึง 2 ใน 3 ที่ยังมีอาการ และอาจเกิดปัญหาแทรกซ้อน เช่น ปัญหาด้านอารมณ์ ความหุนหันพลันแล่น อุบัติเหตุ การใช้สารเสพติด ปัญหาด้ว การเรียนและการทำงาน ในปี พ.ศ. 2555 กรมสุขภาพจิต ได้ทำการสำรวจความชุกในเด็กสมาธิสั้นทั่วประเทศ พบค่า ความชุกร้อยละ 8.1 แยกเป็นเพศชาย ร้อยละ 12 และหญิง ร้อยละ 4.2 ด้วยอัตราส่วน 3:1⁽²⁾ อย่างไรก็ตามจากการ รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประเทศ โดยสำนักงาน พัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ตั้งแต่ พ.ศ. 2552 ยังไม่พบว่ามีการศึกษาภาวะโรคของโรคสมาธิสั้นซึ่งเป็น ปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบมากในเด็กไทยมาก่อน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานค่าภาระโรค สมาธิสั้นในประเทศไทย โดยคณะทำงานจึงได้ดำเนินการ ศึกษาภาระโรคสมาธิสั้นในประชากรไทย เพื่อพัฒนา องค์ความรู้ เพื่อนำไปสู่การกำหนดระบบเส้นทางนโยบาย สร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยได้เข้าถึง การรักษา การบำบัดทางจิตได้อย่างรวดเร็ว ลดผลกระทบ ช่างเคียงและตราบาป นอกจากนี้ยังอาจใช้ข้อมูลจากการ ศึกษานี้ทำความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการ พัฒนาระบบความช่วยเหลือทางสังคม ลดความเหลื่อมล้ำ ป้องกันความรุนแรงในครอบครัวและชุมชน โดยการศึกษา

ในครั้งนี้ใช้วิธีประมาณการเครื่องชี้ภาวะสุขภาพอย่างเป็น มาตรฐานเพื่อประเมินปีสุขภาวะที่สูญเสียของโรคสมาธิสั้น ในประเทศไทย

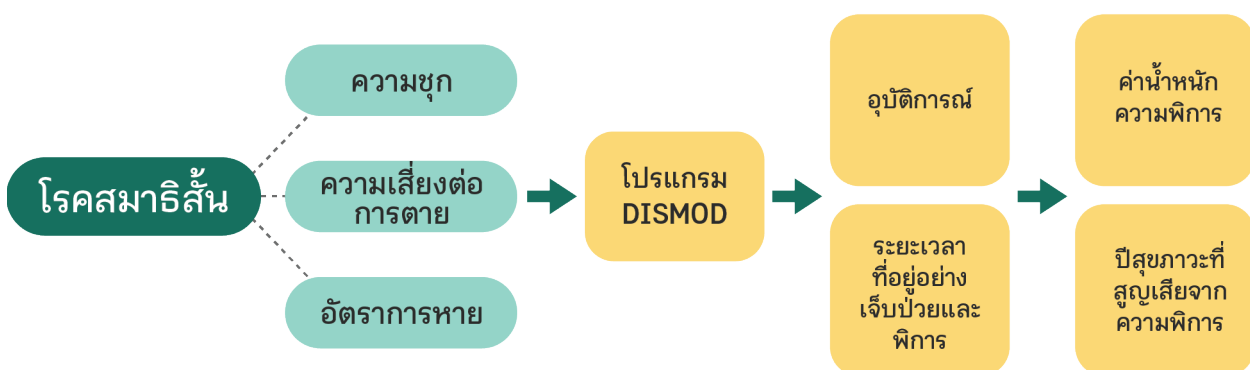
วิธีการศึกษา

คำจำกัดความของโรคสมาธิสั้น ใช้เกณฑ์การวินิจฉัย ตาม DSM-IV-TR ฉบับภาษาไทย และ international classification of mental and behavioral disorders 10th revision (ICD-10) ใช้ทั้งสองเกณฑ์ในการวินิจฉัย ADHD (DSM-IV-TR: 314.00, 314.01)⁽³⁾; ICD-10: F90⁽⁴⁾

แนวคิดและวิธีการวัดภาระโรค

สำหรับการศึกษานี้ใช้แนวคิดและวิธีการวัดภาระโรค โดยคำนวณการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) ตามการศึกษา Global Burden Disease ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพ ประชากรที่ใหญ่ที่สุดของโลก โดยได้ทำการศึกษาถึง แนวโน้มใหม่ของโรคภัย การเสียชีวิต และปัจจัยเสี่ยงต่อ ปัญหาสุขภาพ โดยแบ่งตามเพศและช่วงอายุต่างๆ คำนวณน้ำหนัก ความพิการ (disability weight: DW) ของโรคสมาธิสั้น (ADHD) ได้จากการทบทวนวรรณกรรม⁽⁵⁾ โดยข้อมูลของ อุบัติการณ์ (incidence: I) และค่าระยะเวลาที่อยู่อย่าง เจ็บป่วยและพิการ (duration of disability: L) ต้องมีการ คำนวณตัววัดทั้งสองนี้โดยทางอ้อมด้วยการใช้โปรแกรม DISMOD หลังจากนั้นจึงนำมาคำนวณหาค่า YLDs โดยใช้ สูตร $YLDs = I \times DW \times L$ โดยมีแผนที่โรค (Disease Model) ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 แผนผังการนำข้อมูลเชิงระบาดวิทยามาคำนวณปีสุขภาวะที่สูญเสียจากความพิการ (YLDs)



โดยการศึกษาที่ ประมาณค่า DALYs ในโรคสมาธิสั้น (ADHD) ตามแนวทางการศึกษาภาระโรค มีรายละเอียด ดังนี้

1. การจัดกลุ่มอายุ

การศึกษานี้ ใช้วิธีการศึกษาและจัดกลุ่มอายุตามระเบียบวิธีของ Global Burden of Disease ปี ค.ศ. 2000 (GBD 2000)⁽⁶⁾ โดยการศึกษาในครั้งนี้โดยแบ่งเป็น 0-4 ปี, 5-14 ปี, 15-29 ปี, 30-44 ปี และ 45 ปีขึ้นไป

2. ค่าอ้างอิง/ค่าทางสังคม (social values)

- อัตราลดทอน (discount rate) การศึกษาภาระโรคระดับโลก ค.ศ. 2010⁽⁵⁾ และจากการศึกษาภาระโรคในปี พ.ศ. 2556⁽⁷⁾ ไม่มีการใช้อัตราการลดทอน ซึ่งจะแตกต่างจากการศึกษาภาระโรคในปี พ.ศ. 2552⁽⁸⁾ ที่ใช้อัตราการลดทอนที่ร้อยละ 3

- ค่าถ่วงน้ำหนักอายุ (age weight) การศึกษานี้ต่างจาก GBD 2000⁽⁶⁾ โดยไม่คิดค่าถ่วงน้ำหนักอายุ หรือให้ค่าน้ำหนักเท่ากันทุกอายุ

- ค่าน้ำหนักถ่วงความพิการ (disability weights: DW) ใช้ค่าถ่วงน้ำหนักความพิการตาม GBD 2013⁽⁹⁾

- การศึกษาในครั้งนี้ เป็นรูปแบบที่ไม่มีอัตราลดทอนค่า (discount rate) และไม่มีการถ่วงน้ำหนักตามอายุ อ้างอิงตามการศึกษาของ GBD 2010⁽⁵⁾ ไม่มีการลดทอนค่าและไม่ถ่วงน้ำหนักอายุ

3. แหล่งข้อมูลที่ใช้

จำนวนประชากร

ใช้จำนวนประชากรกลางปี (mid-years population) พ.ศ. 2559⁽¹⁰⁾ จำแนกรายอายุ และเพศ ซึ่งจัดทำโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์โดยใช้ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

ข้อมูลการเจ็บป่วย

ตัวแปรที่จำเป็นในการคำนวณ YLDs มาจากข้อมูลหลายแหล่ง โดยใช้ข้อมูลที่มีความต่อเนื่องกับการศึกษา ตั้งแต่ พ.ศ. 2556 - 2558 โดยมีรายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลการเจ็บป่วยที่มีความต่อเนื่องกับการศึกษา ตั้งแต่ พ.ศ. 2553, 2556, 2557 และ 2558

ตัวแปรที่นำมาคำนวณ	แหล่งข้อมูล พ.ศ. 2556	แหล่งข้อมูล พ.ศ. 2557	แหล่งข้อมูล พ.ศ. 2558
Prevalence of ADHD	ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย ⁽²⁾	Prevalence of Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: (Adult ADHD) ⁽¹¹⁾	
MRR of ADHD			Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study ⁽¹²⁾
DW of ADHD			Disability weight for the global burden of Disease 2013 study ⁽¹³⁾
Remission rate			Persistence and remission of ADHD during adulthood: a 7-year clinical follow-up study ⁽¹⁴⁾

ผลการศึกษา

ผลการทบทวนค่าพารามิเตอร์ที่ใช้ในการคำนวณค่า YLDs ซึ่งประกอบด้วย ค่าความชุกของโรคสมาธิสั้น (prevalence) ค่าน้ำหนักความพิการ (disability weight), mortality rate ratio, remission rate แสดงดังตารางที่ 2

การคำนวณด้วยโปรแกรม DISMOD ได้ค่าอุบัติการณ์ของการเกิด ADHD เท่ากับ 73,721 คนต่อปี โดยอุบัติการณ์ของเพศชาย 63,216 คนต่อปี และเพศหญิง 10,505 คนต่อปี แบ่งเป็นอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสมาธิสั้นเท่ากับ 0.9 ต่อ 1,000 ประชากร คิดเป็นเพศชาย 15.1 ต่อ 1,000 ประชากร และเพศหญิง 2.8 ต่อ 1,000 ประชากร อุบัติการณ์ของการเกิดโรคจะสูงสุดในช่วงอายุ 5-14 ปี หลังอายุ 29 ปี พบอุบัติการณ์ในอัตราที่ต่ำมาก นอกจากนี้ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นในเพศชายและ

เพศหญิงมีค่าใกล้เคียงกัน โดยมากที่สุดในช่วง 1-4 ปี และลดลงเรื่อยๆ ดังแสดงดังตารางที่ 3

การศึกษาครั้งนี้ เมื่อใช้ค่าน้ำหนักของความพิการตาม GBD2010 โดยกำหนดค่าน้ำหนักของความพิการของโรคสมาธิสั้นเท่ากับ 0.045 พบค่า YLDs ของโรคสมาธิสั้นเท่ากับ 42,547 ปีสุขภาวะ โดยแบ่งเป็นการสูญเสียในเพศชาย 36,201 ปีสุขภาวะ และสูญเสียในเพศหญิง 6,346 ปีสุขภาวะ โดยมีค่าสูงสุดในช่วงอายุ 5-14 ปี และลดลงตามช่วงอายุที่มากขึ้น แสดงดังตารางที่ 4

โดยปีสุขภาวะที่สูญเสียเนื่องจากโรคสมาธิสั้นของประชากรไทย พ.ศ.2557 จำแนกตามเพศและช่วงอายุ พบว่าช่วงอายุ 5-14 ปี ในเพศชายมี YLDs มากกว่าเพศหญิง 5.7 เท่า และเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นจะมี YLDs ลดน้อยลง และยังพบว่า ในเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน ดังภาพที่ 2

ตารางที่ 2 พารามิเตอร์ที่นำมาคำนวณผล

พารามิเตอร์	แหล่งข้อมูล	ค่าที่นำมาใช้
ความชุก (prevalence of ADHD)	ฐานข้อมูล ทวิศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ ⁽²⁾	ความชุกรวม 8.1% เพศชาย 12% เพศหญิง 4.2% อายุ 7-11 ปี
	Amiri S และคณะ ⁽¹¹⁾	ความชุกรวม 3.8% ชาย = 5.5%, หญิง = 2% อายุ -45 ปี
Mortality rate ratio	Dalgaard S และคณะ ⁽¹²⁾	MRR = 2.07
Disability weight of ADHD	Salomon JA และคณะ ⁽⁹⁾	DW = 0.045
Remission rate	Karam RG และคณะ ⁽¹³⁾	Remission rate = 0.302

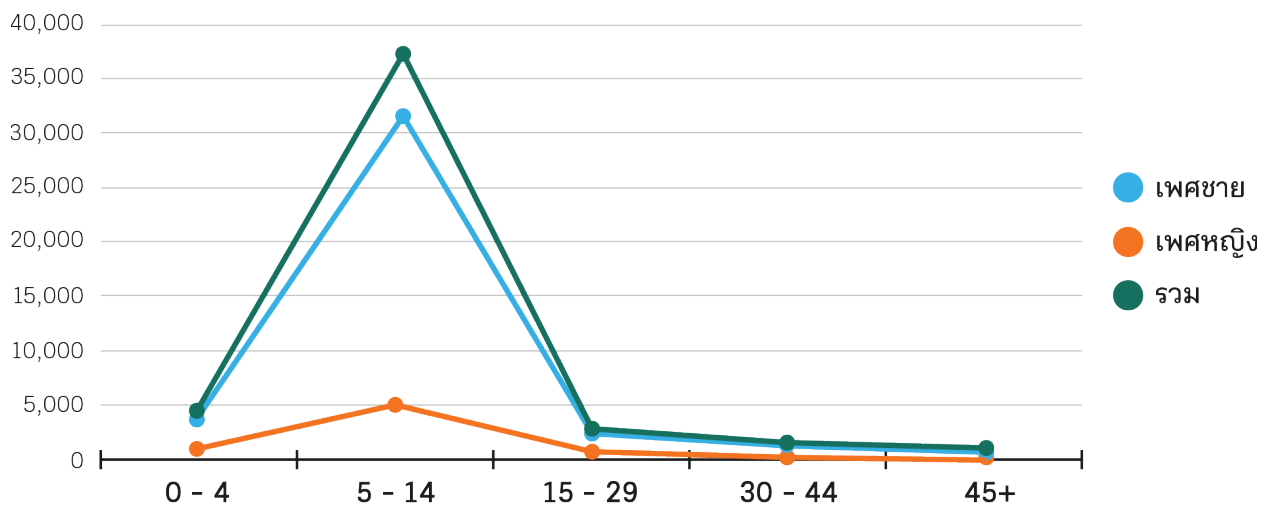
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบ incidence per 1,000 ผลจากการคำนวณ

ช่วงอายุ (ปี)	Population		Incidence		Incidence per 1,000		Duration (years)	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
0 - 4	1,966,316	1,840,075	3,933	740	2	0.4	19.7	19.2
5 - 14	4,179,206	3,940,160	49,315	9,062	11.8	2.3	14	13.4
15 - 29	7,301,822	7,026,158	3,651	703	0.5	0.1	6.2	7.0
30 - 44	7,896,765	8,017,814	6,317	0	0.8	0	2.2	2.5
≥45	10,578,378	12,199,616	0	0	0	0	2.8	2.4
รวม	31,922,490	33,032,823	63,216	10,505	15.1	2.8		

ตารางที่ 4 ปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (YLDs) จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม DISMOD

ช่วงอายุ (ปี)	YLDs (ปี)		
	ชาย	หญิง	รวม
0 - 4	3,490.14	639.46	4,129.60
5 - 14	31,060.23	5,484.96	36,545.19
15 - 29	1,019.29	221.77	1,241.07
30 - 44	631.59	-	631.59
รวม	36,201.26	6,346.19	42,547.45

ภาพที่ 2 ปีสุขภาพที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2557 จำแนกตามเพศและช่วงอายุ



วิจารณ์

การศึกษาภาระโรคของประชากรไทย พ.ศ. 2559 นี้ ใช้ระเบียบวิธีการศึกษาเดียวกับการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประเทศไทยที่ผ่านมา ซึ่งเป็นไปตามการศึกษาภาระโรคในระดับโลก ค.ศ. 2000 แต่ได้นำเสนอค่าปีสุขภาวะที่ไม่มีส่วนลดทอนค่า (no discount) และค่าถ่วงน้ำหนักอายุ (age weights) มาคำนวณร่วมด้วย จากผลการศึกษาค้นพบว่า ค่าความชุกโรคสมาธิสั้นที่เลือกใช้ในการคำนวณปีสุขภาวะที่สูญเสียจากความพิการ (YLDs) เลือกจากผลการสำรวจระดับชาติในประเทศไทย ได้ค่าร้อยละ 8.1 ในช่วงอายุ 7-11 ปี โดยค่าอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยจากการศึกษานี้เท่ากับร้อยละ 0.9 ซึ่งได้จากการคำนวณ อย่างไรก็ตาม ค่าความชุกของโรคสมาธิสั้นผันแปรไปตามกลุ่มประชากร ถิ่นที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อม ดังนั้นในการคำนวณความชุกอาจจะต้องมีการศึกษาไปในรายพื้นที่ด้วย เช่น รายพื้นที่เขตบริการสุขภาพ ตามภาค ตามเขตชุมชนเมืองและชุมชนชนบท โดยทำงานร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อดำเนินการศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นในรายพื้นที่ต่อไป

โรคสมาธิสั้นทำให้ประชากรไทยสูญเสียปีสุขภาวะรวมทั้งสิ้น 42,547 ปีสุขภาวะ โดยเพศชายมีความสูญเสียมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 5.7 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Hong M และคณะ ซึ่งทำการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ ซึ่งพบว่าโรคสมาธิสั้นก่อให้เกิดการสูญเสีย 32,605 ปีสุขภาวะ⁽¹⁴⁾ ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน อาจเนื่องมาจากระเบียบวิธีการศึกษาที่ใช้ในการคาดประมาณการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยในครั้งนี้มีการปรับปรุงพัฒนาให้สามารถใช้ในการคาดประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพและให้ผลการศึกษาที่ถูกต้องใกล้เคียงความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

โดยสรุปการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า โรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทยเป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากก่อให้เกิดความพิการและความสูญเสียปีสุขภาวะ ซึ่งจะเป็นประโยชน์เชิงตัวเลข/ข้อมูล/ปริมาณ ในการวางแผนยุทธศาสตร์เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น กระทรวง-

ศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยควรกำหนดเป็นยุทธศาสตร์นโยบายเพื่อสร้างร่วมมือเป็นภาคีในการค้นหาคัดกรองและให้การช่วยเหลือโดยเฉพาะในวัยก่อนเข้าเรียน (0-4 ปี) และในวัยเรียนกลุ่มเด็กอายุ 5-14 ปี ตลอดจนเยาวชนในช่วงอายุ 15-19 ปีอย่างเข้มข้น เนื่องจากโรคนี้สามารถรักษาให้ดีขึ้น และลดอัตราการเกิดโรคในกลุ่มปัญหาพฤติกรรม (behavioral disorder) โรคซึมเศร้า (depressive disorder) การใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ (alcohol/drug use) ที่เป็นความเสี่ยงของการสูญเสียปีสุขภาวะที่สูงต่อไป แม้ว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคสมาธิสั้นในช่วงวัยผู้ใหญ่มีจำนวนน้อย แต่ประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นตั้งแต่เด็กที่ไม่เข้าถึงระบบการรักษา ได้รับการรักษาไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่องจนหายเป็นปกติ อาจจะทำให้เกิดผลกระทบต่อสังคม เช่น ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน การก่อความรุนแรงและอาชญากรรมได้ นอกจากนี้ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอันมีผลต่อสุขภาพ เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับโรคสมาธิสั้น การดำเนินการช่วยเหลือของโรงเรียน ความตระหนักรู้ของครูผู้สอน ระบบความช่วยเหลือทางสังคม ระบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นให้อยู่ดีมีสุขในสังคมอย่างต่อเนื่องในระยะยาวร่วมด้วย

อย่างไรก็ตามการศึกษาวินิจฉัยในครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีความยุ่งยากในการค้นหาข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการคำนวณ ตัวอย่างเช่น ข้อมูลที่แสดงถึงการได้มาของอุบัติการณ์ต่างๆ ซึ่งมีแหล่งข้อมูลที่ใช้ในแต่ละกลุ่มโรคและข้อมูลระดับชาติวิทยาในช่วงปีที่ศึกษา ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ในประเทศไทยจึงไม่มีรายงานเปรียบเทียบ รวมทั้งยังไม่สามารถหา burden of disease ใน ADHD กลุ่มย่อย (subtype) และกลุ่มที่มีโรคแทรกซ้อน (comorbidity) เช่น ความบกพร่องทางสติปัญญา (intellectual disability) ความบกพร่องทางการเรียนรู้ (learning disorder) ได้ เนื่องมาจากการขาดข้อมูลตัวแปรสำคัญในแต่ละชนิด (subtype) อย่างไรก็ตามการศึกษาวินิจฉัยในครั้งนี้หน้าควรมีการศึกษาเปรียบเทียบภาระโรคของโรคสมาธิสั้นในแต่ละระดับความรุนแรงและแบ่งตามชนิด (subtype) และโรคแทรกซ้อน (comorbidity) ต่อไป นอกจากนี้ในประเทศไทยไม่ได้มี

ข้อมูลการตายอันเนื่องมาจากโรคสมาธิสั้น จึงมีข้อจำกัดในการคำนวณค่าจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (years of life lost: YLLs) ซึ่งการศึกษาในภาคหน้า ควรมีการหาค่า YLL และมีการนำค่าอัตราลดทอน (discount rate) และค่าถ่วงน้ำหนักอายุ (age weights) มาคำนวณร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่เห็นความสำคัญ สนับสนุนงบประมาณและคณะทำงานจากหน่วยงานต่างๆ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระดับชาติประเมินภาระโรค และสุขภาพของประชากรไทย และ พญ. ดร.รัศมี สังข์ทอง ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ชาญวิทย์ พรหมดล. โรคชน-สมาธิสั้น. ใน: วินัดดา ปิยะศิลป์,พนม เกตุมาน, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนต์เอ็นเทอร์ไพรซ์: 2545. หน้า 209-19.
2. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, พรทิพย์ วชิรดิถก, อันวรจณ์ บุรณสุขสกุล, โษษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พัชรินทร์ อรุณเรือง. ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2556;21(2):66-75.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders – text revision. 4th ed. Washington DC: RR Donnelley & Sons; 2000.
4. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
5. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global burden of disease study 2010 (GBD 2010) results by risk factor 1990-2010. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2012.
6. Murray CJL, Lopez AD, Mathers CD, Stein C. The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources. Geneva: World Health Organization; 2001.
7. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556. นนทบุรี: เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์; 2558.
8. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์; 2555.
9. Salomon JA, Haagsma JA, Davis A, Noordhout CM, Polinder S, Havelaar AH, et al., Disability weights for the global burden of disease 2013 study. Lancet Global Health 2015;3(11):712-23.
10. สำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง. จำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักรตามหลักฐานการจดทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135, ตอนพิเศษ 41 ง (ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2561).
11. Amiri S, Ghoreishizadeh MA, Sadeghi-Bazargani H, Jonggoo M, Golmirzaei J, Abdi S, et al. Prevalence of adult attention deficit hyperactivity disorder (adult ADHD): Tabriz. Iranian Journal of Psychiatry 2014;9(2):83-8.
12. 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.
13. 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.
14. 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 2020;24(6):823-9.

Years Lived with Disability from Attention Deficit Hyperactive Disorders in Thailand

Wiranpat Kittitharaphan¹, Nuntiya Jeerasup², Krittikorn Wangtrakul³, Chanutda Phuwichai⁴, Pimrapach Wattanasuksa⁴

¹ Yuwaprasart Waithayopatum Hospital, Samut Prakarn Province

² Prasimahabhodi Psychiatric Hospital, Ubon Ratchathani Province

³ Southern Institute of Child and Adolescent Mental Health, Surat Thani Province

⁴ North-Eastern Institute of Child and Adolescent Mental Health, Khon Kaen Province, Thailand

Abstract

This research aimed to estimate year of life lost due to disability (YLDs) of attention deficit hyperactive disorders (ADHD) in Thailand, in terms of disability-adjusted life year (DALY) in Thai population in 2016. This study applied a comprehensive assessment following GBD 2000 and using review literature. The parameters in this study were case fatality, prevalence, mortality risk ratio, remission, disability weight. Incidence and duration of disability were calculated by DISMOD program. The study indicated that ADHD had no case fatality, it had no YLLs. From YLDs, ADHD generated 42,547 DALYs (571 years per 100,000 population), 36,201 DALYs in male (943 years per 100,000 population), whereas, 6,346 DALYs in female (7 years per 100,000 population). In ages of 5-14 years, male outnumbered 5.7 to female in ADHD. The maximum of DALYs was at the younger, aged lower than fourteen. Therefore, ADHD is a significant condition which causes disabilities and burdens in Thai children, especially, in school age and adolescent. Awareness and early intervention should be considered in order to reduce the severity and the burden.

Keywords: disease burden; attention deficit/hyperactive disorder; year of life lost due to disability