

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยในที่มีโรคจิตเวชร่วมกับโรคทางกาย ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วิวัฒน์ สารพัฒน์*

บทคัดย่อ

การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนาจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและมีโรคร่วมทางกายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยทบทวนข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ระหว่าง 1 มกราคม 2556 ถึง 30 ธันวาคม 2558 และได้รับการวินิจฉัยในใบสรุปการจำหน่ายด้วยรหัส F ตาม ICD-10 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเวชอยู่ทั้งหมด 2,202 คน และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจำนวน 3,409 ครั้ง หรือคิดเป็นร้อยละ 1.49 ของจำนวนรายผู้ป่วยในทั้งหมด ส่วนมากเป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.26) มีอายุระหว่าง 18-60 ปี (ร้อยละ 71.53) ความชุกของโรคที่พบบ่อยสามอันดับแรก คือ โรคในกลุ่ม Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (F20-F29) กลุ่ม Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (F10-F19) และกลุ่ม Neurotic, stress-related and somatoform disorders (F40-F48) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.74 ± 7.04 วัน อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำในช่วงเวลาที่ศึกษาอยู่ที่ร้อยละ 13.41 และพบมากที่สุดในกลุ่ม F20-F29 สำหรับผู้ป่วยในที่ถูกส่งมาปรึกษาที่แผนกจิตเวชมีทั้งสิ้น 2,253 ราย แต่มีบันทึกการวินิจฉัยโรคจิตเวชในใบสรุปจำหน่ายเพียง 571 ราย โดยแผนกที่ส่งมาขอรับการปรึกษามากที่สุด คือ แผนกอายุรกรรม โดยผู้ป่วยที่ส่งมารับการปรึกษามากที่สุดคือ กลุ่ม Schizophrenia, Schizotypal and Delusional Disorders ในภาพรวมแล้วผู้ป่วยกลุ่ม Schizophrenia, Schizotypal and Delusional Disorders เป็นกลุ่มโรคที่พบได้บ่อยที่สุด ทั้งจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลและจากบันทึกของแผนกจิตเวชเอง แต่ข้อมูลทั้งสองแหล่งก็มีความแตกต่างกันมาก ซึ่งอาจเกิดจากความไม่ครบถ้วนของการสรุปเวชระเบียนและ/หรือการลงบันทึกในฐานข้อมูลโรงพยาบาล

คำสำคัญ : โรคจิตเวช ภาวะโรคร่วม ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

* จิตแพทย์ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

บทนำ

WHO ได้รายงานไว้ในปี พ.ศ. 2552⁽¹⁾ มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ประมาณ 450 ล้านทั่วโลก โดยทุก 1 ใน 4 คนจะมีอาการทางจิตอย่างน้อยหนึ่งอย่าง พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง ไม่ว่าร่ำรวยหรือยากจน ทั้งเขตเมืองและชนบท ซึ่ง WHO คาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต สำหรับรายงานผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทยจากรายงาน สจ.รจ.2011 กองแผนงานกรมสุขภาพจิต ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในทุกรัฐบาลของกรมสุขภาพจิต พบว่าผู้ป่วยในรวมทุกรัฐบาลของกรมสุขภาพจิต จากปี พ.ศ. 2546 ถึงปี พ.ศ. 2557 มีปริมาณลดลงจาก 100,142 คน เหลือ 85,669 คน^(2,3) ซึ่งจำนวนที่ลดลงเป็นไปตามนโยบายลดจำนวนผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (deinstitutionalization) ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา เพื่อให้ชุมชน โรงพยาบาล ชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ ช่วยดูแลตามหลักการบริการสุขภาพจิตชุมชน⁽⁴⁾ ทำให้มีผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปมากขึ้น เช่นเดียวกับในต่างประเทศ เช่น อเมริกา ออสเตรเลีย เยอรมัน งานวิจัยหลายฉบับชี้ว่ามีการเข้ารับบริการของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไปมากขึ้นเช่นกัน⁽⁵⁻⁸⁾ โดยพบได้ว่าความชุกของผู้ป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วยในที่มารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปอยู่ที่ร้อยละ 30-64⁽⁹⁻¹²⁾ ซึ่งโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ป่วยใน คือ โรคซึมเศร้าและวิตกกังวล⁽¹³⁾ ขณะเดียวกันยังพบได้ว่าผู้ป่วยโรคทางกายที่มีโรคทางจิตเวชร่วมที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมจะเพิ่มโอกาสตายสูงขึ้นได้^(14,15)

สำหรับในประเทศไทยการศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมทางกายที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปยังมีน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและมีโรคร่วมทางกายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 1,100 เตียง ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งในจังหวัดอุบลราชธานีและรับส่งต่อจาก 4 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง (retrospective descriptive study) จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งเข้ารับบริการและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระหว่าง วันที่ 1 มกราคม 2556 ถึง 30 ธันวาคม 2558 โดยดึงข้อมูลผู้ป่วยในทั้งหมดที่มีการวินิจฉัยในใบสรุปการจำหน่าย (รายงาน 501) ตาม ICD-10 ขึ้นต้นด้วยรหัส F ทั้งที่เป็นการวินิจฉัยหลัก (principal disease) ภาวะโรคร่วม (comorbidity) ภาวะแทรกซ้อน (complication) หรือการวินิจฉัยอื่นๆ (other diagnosis) เพื่อศึกษา ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้ 1) ปัจจัยพื้นฐานผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา สิทธิการรักษา ภูมิลาเนา 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยโรคจิตเวชตาม ICD-10 การวินิจฉัยโรคทางกายตาม ICD-10 แผนกที่ให้การรักษา ระยะ

เวลาการนอนโรงพยาบาล การนอนโรงพยาบาล
ซ้ำ และการส่งปรึกษาแผนกจิตเวช

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิง
พรรณนา นำเสนอด้วยตารางแสดงความถี่และ
ร้อยละ สำหรับตัวแปรที่เป็นข้อมูลต่อเนื่องนำ
เสนอโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิ
ประสงค์ อุบลราชธานี ตามรหัสเอกสารรับรองที่
020/2559 ก่อนทำการรวบรวมข้อมูล

ผลการศึกษา

ในช่วงเวลา 3 ปี ที่ทำการศึกษา มีผู้ป่วย
เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาลสรรพ
สิทธิประสงค์ จำนวน 175,470 คน (56,035 คน,
59,343 คน, และ 60,092 คน ตามลำดับปี) คิด

เป็นจำนวนการใช้บริการจำนวน 229,317 ครั้ง
(71,361 ครั้ง, 77,748 ครั้ง, และ 80,208 ครั้ง ตาม
ลำดับปี) โดยพบว่าเป็นผู้ป่วยในที่มีการวินิจฉัยโรค
ทางจิตเวชทั้งหมด 2,202 คน (650 คน, 698 คน,
และ 854 คน ตามลำดับปี) และเข้ารับการรักษ
เป็นผู้ป่วยในทั้งสิ้น 3,409 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ
1.26 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด และ ร้อยละ
1.49 ของจำนวนครั้งการเข้ารับบริการ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จากข้อมูลผู้ป่วย
2,202 คน (ตารางที่ 1) เป็นเพศชาย 1371 คน
หรือ ร้อยละ 62.26 เพศหญิง 831 คน หรือ ร้อย
ละ 37.74 อยู่ในช่วงอายุ 16-60 ปี มากที่สุด (ร้อย
ละ 71.53) โดยมีอายุเฉลี่ย 48.77 ± 17.84 ปี มี
สถานภาพสมรส ร้อยละ 47.73 ประกอบอาชีพ
เกษตรกร ร้อยละ 26.7 และสิทธิการรักษาเป็น
สิทธิประกันสุขภาพ ร้อยละ 53.95

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยในที่มีโรคจิตเวช
ร่วมกับโรคทางกาย

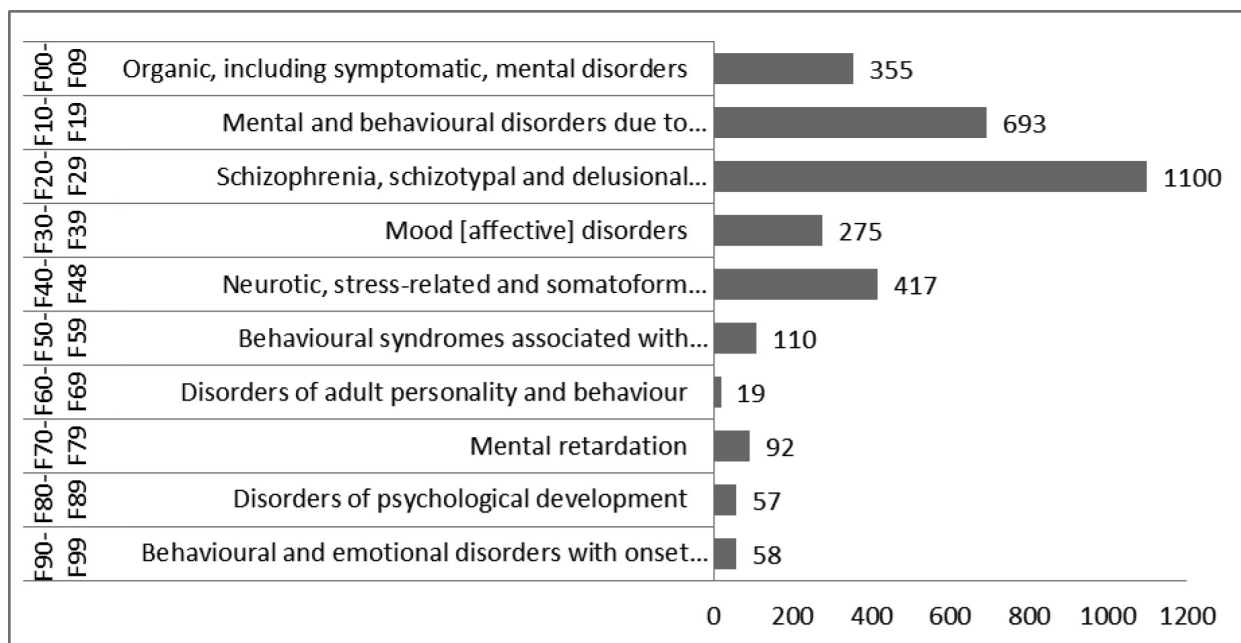
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยใน ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน (ร้อยละ)
อายุ		
	- น้อยกว่า 18 ปี	76 (3.45)
	- ระหว่าง 18-60 ปี	1,575 (71.053)
	- มากกว่า 60 ปี	551 (25.02)
สถานภาพสมรส		
	- โสด	912 (41.42)
	- สมรส	1,051 (47.73)
	- หย่าร้าง	97 (4.41)
	- คู่สมรสเสียชีวิต	97 (4.41)
	- ไม่ระบุ	45 (2.04)
อาชีพ		
	- เกษตรกร	588 (26.7)
	- ไม่มีงานประจำ/รับจ้าง	355 (16.12)
	- นักเรียน นักศึกษา	120 (5.45)
	- ข้าราชการ	88 (4)
	- มีงานประจำ	67 (3.04)
	- นักบวช	26 (1.18)
	- ไม่ระบุ	958 (43.51)
สิทธิการรักษา		
	- เงินสด	561 (25.48)
	- เบิกต้นสังกัด	120 (5.45)
	- ประกันสุขภาพ	1,188 (53.95)
	- ประกันสังคม	51 (2.32)
	- ผู้พิการ	282 (12.81)

การวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยในจำนวน 2,202 คน ที่มีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช พบว่าจำนวนครึ่งหนึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคในกลุ่ม Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (F20-F29) ประมาณหนึ่งในสามได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคในกลุ่ม Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance

use (F10-F19) และประมาณหนึ่งในห้าของผู้ป่วยเป็นกลุ่ม Neurotic, stress-related and somatoform disorders (F40-F48) ส่วนที่เหลือได้รับการวินิจฉัยโรคดังแผนภูมิที่ 1 อย่างไรก็ตาม พบว่ามีบางรายที่มีหลายการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชในคนเดียว แต่โดยส่วนใหญ่จะมีการวินิจฉัยอยู่ 1-2 กลุ่มโรค

แผนภูมิที่ 1 การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชจำแนกตาม ICD-10 ในผู้ป่วย 2,202 คน (บางคนได้รับการวินิจฉัยมากกว่า 1 กลุ่มโรค)



ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยในที่มีโรคจิตเวช
ร่วมกับโรคทางกาย

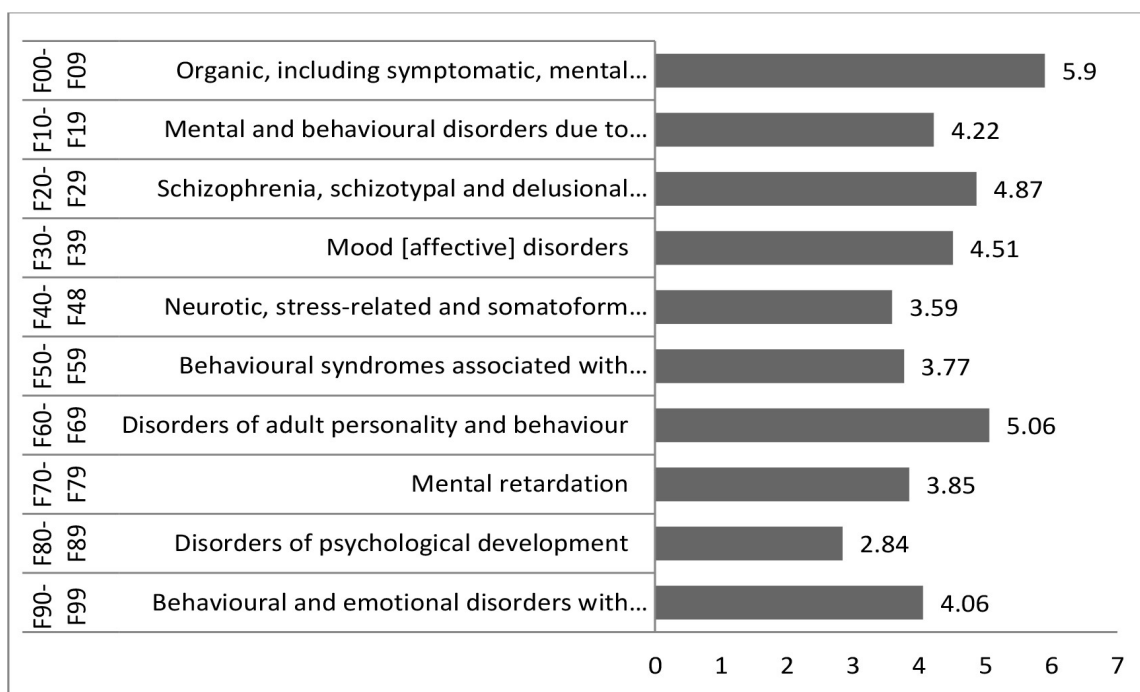
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล จากผู้ป่วยใน
ที่มีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชทั้งสิ้น 3,409 ครั้ง
พบมีวันนอนเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ
 4.74 ± 7.04 วัน โดยส่วนใหญ่มีจำนวนวันน้อยกว่า
15 วัน 3,218 ครั้ง (ร้อยละ 94.40) ในการเข้ารับ
การรักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง มีจำนวนวัน
นอนรักษาตัวระหว่าง 15-30 วัน จำนวน 156 ครั้ง
(ร้อยละ 4.58) และจำนวนวันนอนที่มากกว่า 30
วัน พบมีอยู่เพียง 35 ครั้ง (ร้อยละ 1.03)

เมื่อจำแนกตามเพศและอายุของผู้ป่วย ผู้
ป่วยเพศชายมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐานเท่ากับ 4.84 ± 7.22 วัน ส่วนในเพศหญิง
คือ 4.56 ± 6.72 วัน กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60
ปี พบมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยมากที่สุด คือ

5.20 ± 7.09 วัน ผู้ป่วยในที่มีอายุระหว่าง 18-60
ปี มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยรองลงมา คือ 4.69 ± 7.17
วัน และกลุ่มอายุน้อยกว่า 18 ปี มีจำนวนวันนอน
เฉลี่ยน้อยที่สุด คือ 3.23 ± 3.80 วัน

สำหรับกลุ่มโรคทางจิตเวชที่พบร่วมกับ
โรคทางกายที่มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมาก
ที่สุด คือ Organic, including symptomatic,
mental disorders (F00-F09) โดยมีจำนวนวัน
นอนเฉลี่ย 5.90 ± 7.96 วัน รองลงมาคือ Disorders
of adult personality and behavior (F60-F69)
มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 5.06 ± 6.44 วัน และ
Schizophrenia, schizotypal and delusional
disorders (F20-F29) จำนวนวันนอนเฉลี่ย คือ
 4.87 ± 7.31 วัน (แผนภูมิที่ 2)

แผนภูมิที่ 2 จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในที่มีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชในแต่ละกลุ่มโรคจิตเวช



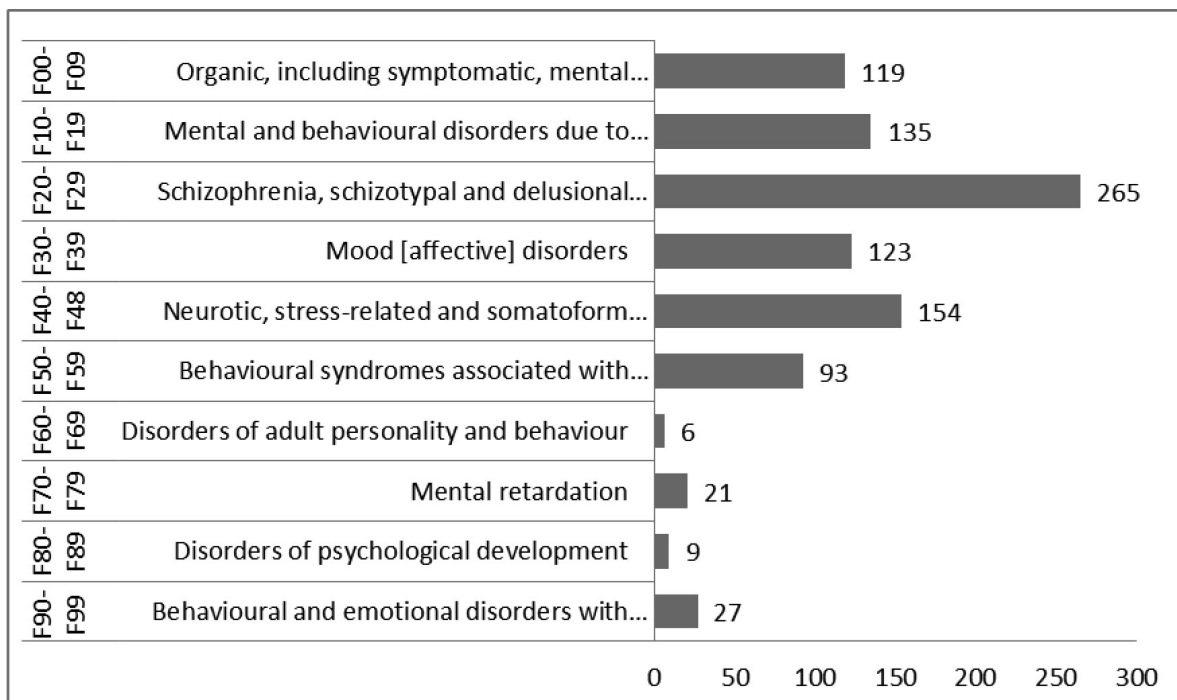
การนอนโรงพยาบาลซ้ำ พบว่า มีการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน เป็นจำนวน 457 ครั้ง (ร้อยละ 13.41) จากผู้ป่วย 237 คน และพบว่า โรคกลุ่ม Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders มีการนอนโรงพยาบาลซ้ำมากที่สุด 265 ครั้ง (ร้อยละ 57.54) รองลงมาคือ Neurotic, stress-related and somatoform disorders มีการนอนโรงพยาบาลซ้ำ 154 ครั้ง (ร้อยละ 33.70) และอันดับสามคือ Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use มีการนอนโรงพยาบาลซ้ำ 135 ครั้ง (ร้อยละ 29.54) ดังแผนภูมิที่ 3

ผู้ป่วยที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำพบว่า เป็นเพศชาย 138 คน จำนวน 283 ครั้ง (ร้อยละ

61.93) และเป็นเพศหญิง 99 คน จำนวน 174 ครั้ง (ร้อยละ 38.07) โดยกลุ่มผู้ป่วยอายุ 18-60 ปี มีการนอนโรงพยาบาลซ้ำมากที่สุด คือ 333 ครั้ง (ร้อยละ 72.87) ในกลุ่มผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี พบการนอนโรงพยาบาลซ้ำ 101 ครั้ง (ร้อยละ 22.10) และ กลุ่มอายุน้อยกว่า 18 ปี มีการนอนโรงพยาบาลซ้ำ 23 ครั้ง (ร้อยละ 5.03)

จำนวนวันนอนเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยที่นอนซ้ำคือ 5.58 ± 9.79 วัน โดยเป็นจำนวนวันน้อยกว่า 15 วัน มากที่สุด คือ 424 ครั้ง (ร้อยละ 92.78) จำนวนวันนอนรักษาดักระหว่าง 15-30 วัน มี 26 ครั้ง (ร้อยละ 5.69) และจำนวนวันนอนมากกว่า 30 วัน พบมีอยู่ 7 ครั้ง (ร้อยละ 1.53)

แผนภูมิที่ 3 จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วันหลังจำหน่าย ในแต่ละกลุ่มโรค



ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยในที่มีโรคจิตเวช
ร่วมกับโรคทางกาย

ตารางที่ 2 จำนวนครั้งของการมารับบริการจำแนกตามกลุ่มโรคจิตเวชที่พบร่วมกับโรคทางกายและแผนกต่างๆ ระหว่างปี พ.ศ.2556-2558

กลุ่มโรคจิต เวชตาม ICD-10	จำนวน (ครั้ง/ร้อยละ ของผู้ป่วยโรค จิตเวชทั้งหมด)	จำนวนครั้งของการมารับบริการแบ่งตามแผนก (ร้อยละต่อผู้ป่วยทั้งหมดในแต่ละแผนก)							
		Med	Surg	Ortho	Ob-Gyn	Ped	ENT	Eye	อื่นๆ
F00-F09	661	501	106	32	2	1	4	11	4
	30.02	0.634	0.175	0.209	0.006	0.004	0.102	0.180	0.104
F10-F19	1,109	854	180	43	11	0	3	6	12
	50.36	1.080	0.297	0.280	0.031	0.000	0.077	0.098	0.312
F20-F29	1,720	1259	275	82	54	9	19	15	7
	78.11	1.592	0.453	0.534	0.152	0.035	0.485	0.245	0.182
F30-F39	534	361	77	23	29	14	9	14	7
	24.25	0.457	0.127	0.150	0.081	0.055	0.230	0.229	0.182
F40-F48	800	578	99	31	42	13	15	11	11
	36.33	0.731	0.163	0.202	0.118	0.051	0.383	0.180	0.286
F50-F59	294	219	40	13	9	1	4	2	6
	13.35	0.277	0.066	0.085	0.025	0.004	0.102	0.033	0.156
F60-F69	32	14	5	1	0	9	1	0	2
	1.45	0.018	0.008	0.007	0.000	0.035	0.026	0.000	0.052
F70-F79	159	76	16	3	10	39	8	2	5
	7.22	0.096	0.026	0.020	0.028	0.153	0.204	0.033	0.130
F80-F89	82	10	8	3	0	52	5	0	4
	3.72	0.013	0.013	0.020	0.000	0.204	0.128	0.000	0.104
F90-F99	123	48	21	4	4	38	7	0	1
	5.59	0.061	0.035	0.026	0.011	0.149	0.179	0.000	0.026

โรคทางจิตเวชที่พบร่วมกับโรคทางกายในแผนกต่างๆ จากข้อมูลทางสถิติของโรงพยาบาลระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 มีผู้ป่วยมารับบริการเป็นผู้ป่วยแยกตามแผนก ดังนี้ อายุรกรรม 79,062 คน ศัลยกรรม 60,664 คน สูติ-นรีเวช 35,606 คน กุมารเวชกรรม 25,488 คน ศัลยกรรมกระดูก 15,342 คน จักษุ 6,125 คน โสต ศอ นาสิก 3,920 คน และแผนกอื่นๆ 3,843 คน โดยแผนกที่มีผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเข้ารักษามากที่สุด (ตารางที่ 2) คือ แผนกอายุรกรรม 2,104 คน (2,426 ครั้ง) แผนกศัลยกรรม 464 คน (528 ครั้ง) และแผนกศัลยกรรมกระดูก 134 คน (155 ครั้ง) โดยภาพรวมแล้วกลุ่มโรคที่พบบ่อยที่สุด คือ กลุ่ม Alcohol related disorders (F10) รองลงมา คือ Schizophrenia (F20) และอันดับสาม คือ Anxiety disorder (F41)

โรคทางจิตเวชร่วมกับโรคทางกายที่ได้รับการรักษาแผนกจิตเวช จากข้อมูลเวชระเบียนแผนกจิตเวชระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 พบการส่งผู้ป่วยมาปรึกษา จำนวน 2,253 ครั้ง และกลุ่มโรคที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์มากที่สุด คือ Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use รองลงมา คือ Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders อย่างไรก็ตาม พบได้ว่าในจำนวนเหล่านี้มีผู้ป่วย 1,682 ราย ที่ไม่ได้รับการบันทึกการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชไว้ในฐานข้อมูลโรงพยาบาล สำหรับข้อมูลผู้ป่วยในที่มีโรคทางจิตเวช

ร่วมกับโรคทางกาย ซึ่งมีการลงบันทึกทั้งในฐานข้อมูลผู้ป่วยในและข้อมูลเวชระเบียนแผนกจิตเวชจำนวน 571 ราย พบว่าแผนกที่ส่งปรึกษาแผนกจิตเวชร่วมดูแลมากที่สุด คือ อายุรกรรม 459 ราย (ร้อยละ 80.39) รองลงมาคือ ศัลยกรรม 67 ราย (ร้อยละ 11.73) และอันดับสามคือ ศัลยกรรมกระดูก 20 ราย (ร้อยละ 3.5) โดยโรคที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์สามอันดับแรก คือ Alcohol related disorders, Schizophrenia, และ Unspecified psychosis

วิจารณ์

1.ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยในที่มีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 มีอยู่ทั้งสิ้น 2,202 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.26 มีอายุระหว่าง 18-60 ปี ร้อยละ 71.53 ผู้ป่วยร้อยละ 47.73 มีสถานภาพสมรส และทำอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 26.7) ซึ่งจากรายงานระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ปี พ.ศ. 2556 ที่ได้สำรวจระบาดวิทยาของผู้ป่วยจิตเวชในหน่วยพยาบาลปฐมภูมิ (contracting unit for primary care; CUP) ในทุกภาคของประเทศไทยพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีทั้งปัจจัยด้านบุคคล เศรษฐกิจ และสังคม เช่น เพศชาย อายุระหว่าง 25-44 ปี ผู้ที่มีสถานภาพหย่า/แยก/หม้าย และกลุ่มอายุ 15-59 ปี ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง รองลงมาอาชีพเกษตรกรรม⁽¹⁶⁾ ซึ่งตรงกันกับข้อมูลจากการศึกษา

นี้ เป็นไปได้ว่าผู้ป่วยในหน่วยสถานบริการได้มีการส่งต่อเข้ามารับการบริการต่อในโรงพยาบาลจึงทำให้ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยตรงกัน

จากข้อมูลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มใหญ่มีอาชีพเกษตรกรและไม่มียานประจำ การที่พบผู้ป่วยได้มากในกลุ่มเหล่านี้น่าจะมาจากการขาดโอกาสในการทำงาน มีโอกาสได้รับการจ้างงานต่ำ และโอกาสตกงานสูง นอกจากนั้นยังอาจเกิดจากผลอันเนื่องมาจากการอาการของโรคทางจิตเวชเอง ผลข้างเคียงจากการรักษา และ/หรือการขาดความเชื่อมั่นตั้งแต่การสมัครงาน การสัมภาษณ์ไปจนถึงการทำงาน รวมทั้งการถูกรังเกียจจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงาน⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

จากข้อมูลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในที่มีโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่ได้รับการรักษาอยู่ในแผนกอายุรกรรม (ร้อยละ 71.1) และแผนกศัลยกรรม (ร้อยละ 15) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Maylath และคณะ⁽²⁰⁾ ที่ศึกษาการนอนของผู้ป่วยทางจิตในโรงพยาบาลทั่วไปในเยอรมัน พบว่าแผนกที่ผู้ป่วยทางจิตได้เข้ารับรักษาตัวมากที่สุด คือ แผนกอายุรกรรม อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ที่เป็นผู้ป่วยในมักเป็นโรคกลุ่ม Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders ซึ่งพบว่ามีโรคทางกายทางอายุรกรรมร่วมด้วยได้บ่อย⁽²¹⁻²⁵⁾

2. โรคทางจิตเวชที่พบร่วมกับโรคทางกาย โรคทางจิตเวชที่พบร่วมกับโรคทางกายในผู้ป่วยในอยู่ที่ ร้อยละ 1.49 ของจำนวนรายผู้ป่วยในทั้งหมด โดยกลุ่มโรคที่พบมากที่สุดสามอันดับแรก

คือ Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders, Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use, และ Neurotic, stress-related and somatoform disorders จากงานวิจัยในต่างประเทศที่ได้มีการสำรวจความชุกของผู้ป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วยในที่มีมารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปพบได้ประมาณ ร้อยละ 30-64⁽¹⁰⁻¹²⁾ ซึ่งเหตุผลของความแตกต่างน่าจะมาจากวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษา โดยการศึกษานี้ได้รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาล แต่สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศหาความชุกโดยการสำรวจกับผู้ป่วยโดยตรงสำหรับความชุกที่พบน้อยในการศึกษานี้ อาจเนื่องจากการเข้ารับบริการของผู้ป่วยจิตเวชที่น้อย⁽¹⁶⁾ การขาดโอกาสและการสนับสนุนจากสังคม⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ให้บริการทางการแพทย์เองก็มักมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชและมองข้ามปัญหาความเจ็บป่วยทางกายอื่นๆ ของผู้ป่วย^(26,27)

3. จำนวนวันนอน พบว่าผู้ป่วยในที่มีโรคทางจิตเวชร่วมมีวันนอนเฉลี่ยในหอผู้ป่วย 4.74 ± 7.04 วันโดยกลุ่มโรค Organic, including symptomatic, mental disorders มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยมากที่สุด และรองลงมาคือกลุ่มโรค Disorders of adult personality and behavior, Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders และ Mood [affective] disorders ตามลำดับ ซึ่งจากงานวิจัยในต่างประเทศที่ศึกษา

ความสัมพันธ์จำนวนวันนอนกับโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั่วไปพบว่าการป่วยโรคทางกายร่วมกับโรคทางจิตเวชทำให้จำนวนวันเพิ่มขึ้น ซึ่งพบได้บ่อยในโรคสมองเสื่อม โรคจิต โรคอารมณ์แปรปรวน และมีปัญหาบุคลิกภาพ ซึ่งตรงกับข้อมูลของผู้วิจัยที่พบว่าโรคกลุ่มดังกล่าวมีจำนวนวันนอนที่มากกว่าโรคทางจิตเวชกลุ่มอื่นๆ⁽²⁸⁻³¹⁾

4.การนอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยโรคทางกายที่มีโรคทางจิตเวชร่วม พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยในที่มีโรคทางจิตเวชร่วมมีอัตราการนอนซ้ำอยู่ร้อยละ 13.41 ซึ่งเกินครึ่งหนึ่งเป็นกลุ่มโรค Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders มีการนอนโรงพยาบาลซ้ำอยู่ร้อยละ 7.51 ซึ่งรายงานต่างประเทศเกี่ยวกับอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั่วไปที่มีโรคทางจิตเวชภายใน 30 วัน อยู่ที่ประมาณร้อยละ 18⁽²³⁾ ทั้งนี้ จากอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำที่สูงอาจเป็นไปได้ว่าการมีโรคจิตเวชและร่วมกับภาวะโรคทางกายอื่นทำให้เสี่ยงต่อภาวะโรคทางกายและกำเริบซ้ำมากขึ้น จากการไม่ดูแลตนเองและการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม การขาดแรงจูงใจและ/หรือความผิดปกติด้านความคิดอันเป็นผลจากการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ^(16,24)

5.การส่งปรึกษาแผนกจิตเวช จากข้อมูลตามสมุดบันทึกการส่งปรึกษาแผนกจิตเวชระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่ามีการส่งปรึกษาอยู่ 2,253 ครั้ง แต่จากการดึงข้อมูลจากฐานข้อมูล

ของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพบการลงวินิจฉัยโรคทางจิตเวชอยู่เพียง 571 ครั้ง เป็นไปได้ว่าความครบถ้วนของการลงบันทึกในเวชระเบียนอาจไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งจากรายงานการศึกษาความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ก็พบว่าการบันทึกคำวินิจฉัยของผู้ป่วยในมีความสมบูรณ์เพียงร้อยละ 77.41⁽³²⁾ นอกจากนี้โรคทางจิตเวชอาจไม่ใช่โรคหลักของการรักษาและการวินิจฉัยจึงทำให้แพทย์ผู้ดูแลไม่ได้บันทึกข้อมูลการวินิจฉัยให้ครบถ้วน รวมทั้งอาจเป็นผลมาจากการบันทึกรหัสการวินิจฉัยตาม ICD-10 ในฐานข้อมูลโรงพยาบาลของหน่วยงานบันทึกข้อมูลจากข้อมูลที่ได้มีการบันทึกในฐานข้อมูลพบว่าผู้ป่วยในที่มีโรคทางจิตเวชร่วมได้รับการส่งปรึกษาแผนกจิตเวช 571 ครั้ง พบว่าแผนกที่ส่งมาปรึกษามากที่สุดคือ อายุรกรรม (ร้อยละ 80.39) และ ศัลยกรรม (ร้อยละ 11.73) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคในกลุ่ม Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders ทั้งสองแผนก ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Fariduzzaman และคณะ⁽³³⁾ ที่ได้ศึกษาการให้บริการของแผนกจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไปก็พบเช่นกันว่าแผนกที่ส่งปรึกษาจิตเวชมากที่สุด คือ แผนกอายุรกรรม และโรคที่ส่งปรึกษามากที่สุดคือ โรคกลุ่ม Schizophrenia

6.ข้อจำกัดของการศึกษา เนื่องด้วยข้อมูลในการศึกษาได้มาจากการทบทวนฐานข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จึงเป็นข้อจำกัดในการตรวจสอบความถูกต้องจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยโดยตรง ส่งผลให้ผลการศึกษาที่พบอาจต่ำกว่า

ความเป็นจริง เนื่องจากกระบวนการวินิจฉัย การลงบันทึกสรุปเวชระเบียน และการบันทึกข้อมูลลงฐานข้อมูล ประการต่อมา การศึกษานี้ไม่สามารถระบุได้ว่าการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยเนื่องจากมีอาการทางกายแล้วเกิดภาวะโรคทางจิตเวชขณะนอนโรงพยาบาลหรือมีภาวะโรคจิตเวชอยู่ก่อนแล้ว เนื่องจากการดึงข้อมูลการวินิจฉัยตาม ICD-10 ที่ขึ้นต้นด้วยรหัส F มาทำการศึกษา ทั้งที่เป็นการวินิจฉัยหลัก (principal disease) ภาวะโรคร่วม (comorbidity) ภาวะแทรกซ้อน (complication) หรือการวินิจฉัยอื่นๆ (other diagnosis) ประการสุดท้าย ข้อมูลนี้เป็นข้อมูลเฉพาะโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งอาจมีบริบทของการลงบันทึกสรุปเวชระเบียนและการบันทึกในฐานข้อมูลที่แตกต่างได้

สรุป

จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ที่มีโรคทางจิตเวชร่วมมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นในทุกปี โดยโรคทางจิตเวชที่พบร่วมบ่อยที่สุด คือ กลุ่มโรค Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders และ Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use ซึ่งแต่ละโรคมี

จำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน แต่โรคที่มีการนอนโรงพยาบาลบ่อยที่สุดคือโรคในกลุ่ม Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่าข้อมูลที่บันทึกในฐานข้อมูลโรงพยาบาลและที่เวชระเบียนแผนกจิตเวชมีความแตกต่างกันมาก ซึ่งอาจเป็นเพราะความครบถ้วนของการลงเวชระเบียนของแพทย์และผู้ลงบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลโรงพยาบาล และเพื่อเป็นการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชร่วมในโรงพยาบาลฝ่ายกายให้มีประสิทธิภาพที่ดีมากขึ้นต่อไปอาจต้องทำการศึกษาเชิงลึกในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคที่พบได้บ่อยทั้งจากข้อมูลในการสรุปเวชระเบียนและข้อมูลจากกลุ่มงานจิตเวชเอง เช่น Schizophrenia, Alcohol related disorders ทั้งในด้านลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ของการป่วยโรคทางจิตเวชกับโรคทางกาย และปัจจัยที่ส่งผลต่อจำนวนวันนอนและการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.นพ.จิรวัฒน์ มูลศาสตร์ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในการให้คำแนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้ และเจ้าหน้าที่แผนกคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Improving health systems and services for mental health. Geneva (CH): WHO; 2009.
2. กรมสุขภาพจิต. จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชต่อวันที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2546-2550 [ออนไลน์]. 2558 [อ้างเมื่อ 2 มิถุนายน 2558]. จาก: <http://bit.ly/2fTW2dP>
3. กรมสุขภาพจิต. จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชต่อวันที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2555-2557. ใน: รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2557. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2547. หน้า 122-3.
4. สมชาย จักรพันธุ์, ม.ล., บรรณาธิการ. สุขภาพจิตชุมชน: รายงานระดับประเทศ พ.ศ. 2551. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2552.
5. Goldney RD, Fisher LJ, Dal Grande E, et al. Changes in mental health literacy about depression: South Australia, 1998 to 2004. *Med J Aust* 2005;183:134-7.
6. Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. The public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about treatment: changes in Australia over 8 years. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:36-41.
7. Angermeyer MC, Matschinger H. Have there been any changes in the public's attitudes towards psychiatric treatment? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:68-73.
8. Mojtabai R. Americans' attitudes toward mental health treatment seeking: 1990-2003. *Psychiatr Serv* 2007;58:642-51.
9. Jefferies K, Owino A, Rickards H, et al. Psychiatric disorders in inpatients on a neurology ward: estimate of prevalence and usefulness of screening questionnaires. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007;78:414-6.
10. Rothenhäusler HB. Mental disorders in general hospital patients [German]. *Psychiatr Danub* 2006;18:183-92.
11. von Ammon Cavanaugh S. The prevalence of emotional and cognitive dysfunction in a general medical population: using the MMSE, GHQ, and BDI. *Gen Hosp Psychiatry* 1983;5:15-24.
12. Smaira SI, Kerr-Corrêa F, Contel JOB. Psychiatric disorders and psychiatric

- consultation in a general hospital: a case-control study. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25:18–25.
13. Mohammed A, Said JM, Wakil MA, et al. Unrecognized psychiatric disorders among adult patients admitted into a general hospital in Maiduguri, North-eastern Nigeria. *Pan Afr Med J* 2014;19:197.
 14. Querido A. An investigation into the clinical, social and medical factors determining the results of hospital treatment. *Br J Prev Soc Med* 1959;13:33–49.
 15. Hawton K. The long-term outcome of psychiatric morbidity detected in general medical patients. *J Psychosom Res* 1981;25:237–43.
 16. เบ็ญจมาศ พฤกษ์กานนท์, อีระ ศิริสมุด, สุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล, และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์การสำรวจระดับชาติปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร). นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ; 2556.
 17. Dunn EC, Wewiorski NJ, Rogers ES. The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results of a qualitative study. *Psychiatr Rehabil J* 2008;32:59–62.
 18. Honey A. Benefits and drawbacks of employment: perspectives of people with mental illness. *Qual Health Res* 2004;14:381–95.
 19. Seeman MV. Employment discrimination against schizophrenia. *Psychiatr Q* 2009;80:9–16.
 20. Maylath E, Spanka M, Nehr R. Which wards or hospital departments admit mentally ill patients? An analysis of hospital admissions recorded by the German Statutory Sickness Insurance Body in the light of the introduction of German budgeting practice [German]. *Gesundheitswesen* 2003;65:486–94.
 21. Ahmedani BK, Solberg LI, Copeland LA, et al. Psychiatric comorbidity and 30-day readmissions after hospitalization for heart failure, AMI, and pneumonia. *Psychiatr Serv* 2015;66:134–40.
 22. Bunce DF, Jones LR, Badger LW, et al. Medical illness in psychiatric patients: barriers to diagnosis and treatment.

-
- South Med J 1982;75:941-4.
23. Carney CP, Jones L, Woolson RF. Medical comorbidity in women and men with schizophrenia: a population-based controlled study. J Gen Intern Med 2006;21:1133-7.
 24. Fagiolini A, Goracci A. The effects of undertreated chronic medical illnesses in patients with severe mental disorders. J Clin Psychiatry 2009;70 (Suppl 3):22-9.
 25. Parks J, Svendsen D, Singer P, et al. Morbidity and mortality in people with serious mental illness. Alexandria (VA): National Association of State Mental Health Program Directors; 2006.
 26. Jones S, Howard L, Thornicroft G. "Diagnostic overshadowing": worse physical health care for people with mental illness. Acta Psychiatr Scand 2008;118:169-71.
 27. Perese EF. Stigma, poverty, and victimization: roadblocks to recovery for individuals with severe mental illness. J Am Psychiatr Nurses Assoc 2007;13:285-95.
 28. Saravay SM, Lavin M. Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital. A critical review of outcome studies. Psychosomatics 1994;35:233-52.
 29. Wancata J, Benda N, Windhaber J, et al. Does psychiatric comorbidity increase the length of stay in general hospitals? Gen Hosp Psychiatry 2001;23:8-14.
 30. Addisu F, Wondafrash M, Chemali Z, et al. Length of stay of psychiatric admissions in a general hospital in Ethiopia: a retrospective study. Int J Ment Health Syst 2015;9:13.
 31. Bressi SK, Marcus SC, Solomon PL. The impact of psychiatric comorbidity on general hospital length of stay. Psychiatr Q 2006;77:203-9.
 32. เยาวลักษณ์ จันแดง, วันชัย ล้อกาญจนรัตน์. สมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์. วารสารโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ 2552;24:1-10.

Characteristics of Psychiatric Comorbidity in Inpatient at Sanpasitthiprasong hospital

Wiwat Sarapat*

Abstract

The objective was to study clinical characteristics of patients with comorbid psychiatric disorders admitted to Sanpasitthiprasong Hospital. The retrospective descriptive study was conducted by reviewing the hospital's database of comorbid psychiatric disorder patients admitted to Sanpasitthiprasong Hospital between 1 January 2013 and 30 December 2015. The diagnoses were concluded as code F of ICD10 at discharge. According to the inpatient database, there were 2,202 patients found having psychiatric disorder while admitted as inpatient 3,409 times, which were 1.49 % of overall inpatients. Most of them were male (62.26%) aged 18-60 years (71.53%). The prevalence of the top three common disorders were; 1) Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders, 2) Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use, and 3) Neurotic, stress-related and somatoform disorders. Average lengths of hospital stay were 4.74 ± 7.04 days and readmission rate were 13.41%. There were 2,253 inpatients with psychiatric symptoms consulted with Department of Psychiatry, however only 571 psychiatric notes were recorded at discharge summary. Most patients referred from Department of Medicine and mainly were of group of Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders. This study indicates that Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders had been commonly found on both hospital's database and Department of Psychiatry records. However, it should be noted that the collected data in hospital database considerably differed from medical records of Department of Psychiatry. These may due to incomplete recorded data by physicians and/or responsible officers.

Keywords : psychiatric disorders, comorbidity, inpatient, Sanpasitthiprasong Hospital

* Psychiatrist. Department of Psychiatry, Sanpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani.