



ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการส่งปรึกษาสาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจากแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราชระหว่างปี พ.ศ. 2550-2554

นภัทร สิทธาโนมัย พบ.*, ทิมัมพร หอสิริ พบ.**, ชาตรี วิฑูรชาติ พบ.*, จิตติศักดิ์ ทิมแจ้ง พบ.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นของแผนกผู้ป่วยในที่ส่งปรึกษาสาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ภาควิชากุมารเวชศาสตร์และสาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราชระหว่างปี พ.ศ. 2550-2554 โดยศึกษาข้อมูลพื้นฐานของเด็กและวัยรุ่นแผนกผู้ป่วยในที่ส่งปรึกษาสาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่นและได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ศึกษารูปแบบการส่งปรึกษา เหตุผลและอาการสำคัญที่ส่งปรึกษา ความสอดคล้องของการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้ปรึกษากับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ตลอดจนการตรวจติดตามภายหลังสิ้นสุดการรักษาแบบผู้ป่วยใน

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบ retrospective descriptive study ศึกษาลักษณะต่างๆ ของผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่นของทั้งภาควิชากุมารเวชศาสตร์ และจิตเวชศาสตร์ รับประทาน ในปี พ.ศ.2550-2554

ผลการศึกษา ผู้ป่วยในที่สาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น รับประทานทั้งโรงพยาบาลในช่วงเดือนมกราคม 2550 ถึงธันวาคม 2554 มีจำนวนทั้งหมดประมาณ 1,300 ราย ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้ามีจำนวน 106 รายคิดเป็นร้อยละ 7.7 เป็นเพศชาย 42 ราย หญิง 64 ราย กลุ่มอายุที่ถูกส่งปรึกษามากที่สุดคือ อายุ 13-14 ปี ภาควิชาที่ส่งปรึกษามากที่สุดคือ กุมารเวชศาสตร์ สาเหตุที่ส่งปรึกษาส่วนใหญ่เพื่อวินิจฉัยหรือรักษาโรคทางจิตเวช ร้อยละ 58.5 มีการบรรยายอาการโดยไม่ระบุการวินิจฉัยทางจิตเวช เริ่มต้นในขณะส่งปรึกษา การวินิจฉัยสุดท้ายของภาวะซึมเศร้าที่พบบ่อยที่สุดคือ adjustment disorder with depressed mood จำนวน 38 ราย (ร้อยละ 35.8) รูปแบบการรักษามักเป็นการไม่ใช้ยา แต่ขาดข้อมูลการตรวจตามนัดหลังสิ้นสุดการรักษาแบบผู้ป่วยใน

สรุป ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการสำคัญอาการหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคทางกาย มีการแสดงออกที่หลากหลาย การวินิจฉัยและให้การรักษาภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อผลการรักษาโรคทางกาย

คำสำคัญ ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยใน การส่งปรึกษา เด็กและวัยรุ่น

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557; 59(2): 111-120

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

** ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

*** โรงพยาบาลอ่างทอง จ.อ่างทอง



Depression in Child and Adolescent Inpatients Psychiatric Consultation at Siriraj Hospital between 2007-2011

Napat Sittanomai M.D.*, Tikumporn Hosiri M.D.**, Chatree Witulchart M.D.*, Jittisak Timjang M.D.***

ABSTRACT

Objective : To gather fundamental information on socio-demographic data, prevalence of depressive on in hospitalized child and adolescent patients consulted to psychiatric and pediatric department, reasons for consultation, pattern of management and follow up at Siriraj hospital between 2007- 2011

Methods : The retrospective study has been done in hospitalized patients consulted to child and adolescent psychiatric units of psychiatric and pediatric departments. The data has been collected though data collection format along with request-form paper for consultation used in psychiatric and pediatric units including to consultation documents.

Results : One thousand three hundred patients were referred to child and adolescent psychiatric units between 2007- 2011 among these, 106 patients (7.7%) were diagnosed with depression. They comprised 42 males and 64 females. The majority age group was between 13-14 years and most patients have been consulted from the department of pediatrics. The most common reason from consultee was to evaluate psychiatric disorder and most consultee just described their patient's symptoms without specific psychiatric diagnoses. Adjustment disorder with depressed mood is the most diagnosis. Most patients usually received non-pharmacological treatment but there were not adequate follow up data.

Conclusion : Depression is one of the most important psychiatric conditions that affected hospitalized child and adolescent patients. Depression can manifest in varied patterns. Early recognition and intervention can improve physical treatment outcome.

Keywords : depression, inpatients, consultation liaison, child and adolescence

J Psychiatr Assoc Thailand 2014; 59(2): 111-120

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok

** Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok

*** Angtong Hospital, Angtong

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยทางกายพบได้ใน 3 กรณีคือ¹ primary mood disorder (ได้แก่ major depressive disorder (MDD), dysthymia, depressive disorder not otherwise specified), mood disorder as psychological reaction to illness (ได้แก่ adjustment disorder with depressed mood, bereavement), mood disorder secondary to organic etiology (ได้แก่ mood disorder due to general medical conditions)

ในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคระบบทางเดินอาหาร หรือพิการ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12-36² นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เช่น ในเด็กก่อนวัยรุ่นที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 15-20 วัยรุ่นจะพบจำนวนมากถึงร้อยละ 20-40³ โดยสรุปผู้ป่วยโรคทางกายมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับความรุนแรงต่างๆ จำนวนมากกว่าเด็กทั่วไปหลายเท่า ภาวะซึมเศร้าพบได้มากในเด็กที่มีประวัติสูญเสียบิดาหรือมารดา รายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน เด็กที่ต้องมาพบแพทย์มากกว่า 12 ครั้งต่อปี เด็กที่มีผลการเรียนต่ำและเด็กที่มีปัญหาที่โรงเรียน⁴ บางการศึกษาพบว่าปัจจัยเครียดทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การเจ็บป่วยทางจิตเวชของบิดา มารดา การไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่งและการมีประวัติถูกละเมิดทางกาย⁵

ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคทางกาย ภาวะซึมเศร้ามีผลต่อโรคทางกายที่เป็นและผลการรักษา การดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นได้ถึงร้อยละ 50 ตลอดถึงการเพิ่มอัตราการเกิดทุพพลภาพและอัตราการตาย⁶

ในขณะที่หลายประเทศทั่วโลกมีการศึกษาการรับปรึกษาปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นเพิ่มมา

ขึ้น แต่ในประเทศไทยมีเพียง 3 การศึกษา ซึ่งทำที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลังตั้งแต่ พ.ศ. 2528 - 2534⁷ เดือนมกราคม พ.ศ. 2551 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2552⁸ ซึ่งพบปัญหาการปรับตัวว่่อยที่สุดและการศึกษาการปรึกษาปัญหาทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2552⁹ ซึ่งพบโรคซึมเศร้ามากที่สุด

การศึกษานี้จึงทำขึ้นเพื่อศึกษาเพิ่มเติมในเชิงลึกเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นของแผนกผู้ป่วยในที่ส่งปรึกษาสาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ภาควิชากุมารเวชศาสตร์และสาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราชระหว่างปี พ.ศ. 2550-2554 โดยศึกษาข้อมูลพื้นฐานของเด็กและวัยรุ่นแผนกผู้ป่วยในที่ส่งปรึกษาสาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่นและได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า รูปแบบการส่งปรึกษา เหตุผลและอาการสำคัญที่ส่งปรึกษา ความสอดคล้องของการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้ปรึกษากับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ศึกษาการตรวจติดตามภายหลังสิ้นสุดการรักษาแบบผู้ป่วยใน เพื่อเป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยและการรักษา ตั้งแต่เบื้องต้นเพื่อลดผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่มีต่อการเจ็บป่วยทางกาย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นของแผนกผู้ป่วยในที่ส่งปรึกษาสาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ และสาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราชระหว่างปี พ.ศ. 2550-2554 โดยศึกษาข้อมูลพื้นฐาน รูปแบบการส่งปรึกษา เหตุผลและอาการสำคัญที่ส่งปรึกษา ความสอดคล้องของการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้ปรึกษากับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

ตลอดจนการตรวจติดตามภายหลังสิ้นสุดการรักษา
แบบผู้ป่วยใน

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดย
ทำการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive
study) โดยเก็บข้อมูลจากแบบฟอร์มใบส่งปรึกษา
และรายงานการตรวจประเมินทางจิตเวชของสาขา
วิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่นภาควิชากุมารเวชศาสตร์และ
จิตเวชศาสตร์ระหว่างปีพ.ศ. 2550-2554

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion Criteria)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น
ของแผนกผู้ป่วยในที่ส่งปรึกษาสาขาจิตเวชศาสตร์เด็ก
และวัยรุ่น ภาควิชากุมารเวชศาสตร์และสาขาวิชาจิตเวช
เด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช
พ.ศ. 2550-2554 และได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็ก
และวัยรุ่น ดังต่อไปนี้

1. Major depressive disorder (MDD)
2. Dysthymic disorder
3. Depressive disorder not otherwise
specified (NOS)
4. Adjustment disorder with depressed
mood
5. Adjustment disorder with mixed anxiety
and depressed mood
6. Mood disorder due to general medical
condition
7. Substance induced mood disorder

เกณฑ์การคัดออกของผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลก่อนที่จะได้รับการ
การประเมินจากจิตแพทย์

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาความ
ชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ส่งปรึกษา หากประมาณ
ว่าร้อยละ 16 ของผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาจะมีภาวะซึมเศร้า³
เมื่อกำหนดให้ 95% CI (confidence interval) เท่ากับ
ร้อยละ 16 ± 2 จะต้องทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มาปรึกษา
1,300 ราย ดังการคำนวณข้างล่าง

$$n = Z_{\alpha/2}^2 p (1-p) / d^2$$

เมื่อ $1-\alpha = \text{Confidence interval} = 0.95$, $\alpha = 0.05$,
 $Z_{0.025} = 1.96$

$p = \text{ค่าประมาณของความชุกของภาวะซึมเศร้า} =$
0.16

$d = \text{ความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า}$
ความชุก = 0.02

ดังนั้น $n = 1.96^2 (0.16) (0.84) / (0.02)^2 =$
1290.2 = 1291

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แบบเก็บข้อมูล
ที่ออกแบบขึ้น เพื่อจำแนกข้อมูลเป็นหมวดหมู่ ดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับประชากร (demographic data)
2. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับครอบครัว และผู้เลี้ยงดู
3. ข้อมูลทางคลินิก
4. ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากใบส่งปรึกษา และ
รายงานการตรวจประเมินทางจิตเวช

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

ใช้โปรแกรม Excel 2007 ในการวิเคราะห์ข้อมูล
ทางสถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่ม
ตัวอย่างที่ทำการศึกษา เช่น ความถี่ ร้อยละ เป็นต้น

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยที่รับปรึกษาจากหอผู้ป่วยต่างๆ ใน
ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2554 และได้รับการวินิจฉัยภาวะ
ซึมเศร้าตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย ส่วนที่

ข้อมูลเพียงพอสมากรวิเคราะห์ที่ได้จำนวน 106 ราย เป็น 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.4 และชาย 42 ราย คิดเป็น เพศหญิงและชายจำนวนใกล้เคียงกัน เพศหญิงมีจำนวน ร้อยละ 39.6

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการส่งปรึกษาหน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลศิริราช

	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด			จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า			
	ภาควิชา	ภาควิชา	รวม	ภาควิชา	ภาควิชา	รวม	ร้อยละ
	กุมารฯ	จิตเวชฯ		กุมารฯ	จิตเวชฯ		
2550	213	34	247	20	3	23	9.3
2551	201	34	235	13	4	17	7.2
2552	254	47	301	18	5	23	7.6
2553	283	51	334	15	4	19	5.7
2554	226	30	256	16	8	24	9.4
	1,177	196	1,373	82	24	106	7.7

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดา และ/หรือมารดา และ/หรือพี่น้องร้อยละ 71.7 ส่วนใหญ่ กำลังศึกษาหรือการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 51.9 รองลงมาคือประถมศึกษา ร้อยละ 32.1 สถานภาพการเรียนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ไปเรียนร้อยละ 44.3 เคยเรียนแต่ออกแล้ว ร้อยละ 24.5 ระดับผลการศึกษาล่าสุดส่วนใหญ่ไม่ระบุร้อยละ 22 รองลงมา มีผลการศึกษานอกกลางร้อยละ 26.4

ประวัติครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้เลี้ยงดูหลัก คือ บิดาและมารดา ร้อยละ 49.1 รองลงมา คือ มารดาเลี้ยงดูเป็นหลัก ร้อยละ 17.9 บิดาเลี้ยงดูเป็นหลัก ร้อยละ 5.7 เลี้ยงดูโดยผู้อื่นที่ไม่ใช่บิดามารดา ร้อยละ 22 สถานภาพสมรสของบิดา มารดา ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 48.1 ลำดับต่อมาคือหย่าร้าง ร้อยละ 27.4 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคทางจิตเวชในครอบครัว ร้อยละ 78.3 มีโรคทางจิตเวชในครอบครัว ร้อยละ 21.7 โดยเป็นกลุ่ม

โรคทางอารมณ์ (mood disorders) มากที่สุดคือร้อยละ 6.6 กลุ่มตัวอย่างมีประวัติถูกทารุณกรรม ร้อยละ 11.3 ไม่ระบุ ร้อยละ 5.7 รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่ ประมาณ 10,000-50,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 26.4 ไม่มีข้อมูลรายได้ ร้อยละ 32.7

ข้อมูลทั่วไปทางคลินิก กลุ่มตัวอย่างได้รับการปรึกษาจากภาควิชากุมารเวชศาสตร์ มากที่สุด ร้อยละ 74.5 รองลงมาคือภาควิชาอายุรศาสตร์ ร้อยละ 7.5 ส่วนใหญ่อยู่ในหอผู้ป่วยสามัญ ร้อยละ 85.8 ช่วยเหลือตนเองได้ปกติ 87.7 ต้องมีผู้ช่วยเหลือบ้าง ร้อยละ 17.0 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 1.9 ผู้ป่วยมีปัญหาที่เป็นอาการสำคัญขณะปรึกษามากที่สุด อันดับแรก ได้แก่ depression ร้อยละ 50 อันดับรองลงมา ได้แก่ suicidal idea ร้อยละ 28.3 ปัญหา anxiety ร้อยละ 17.9 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามอาการสำคัญที่ส่งปรึกษา

	จำนวนผู้ป่วย (n=106)	ร้อยละ
Depression	53	50.0
Suicidal idea	30	28.3
Anxiety	19	17.9
Behavioral change, Confusion	7	6.6
Child abuse	7	6.6
Somatic complaints	6	5.7
History of psychoactive substance	5	4.7
Psychotic symptoms	3	2.8
Past psychiatric history	3	2.8
Insomnia	1	0.9
Psychiatric problems in parent (s)	1	0.9
อื่นๆ	9	8.5

ผู้ป่วยมีปัญหาหรือโรคทางกายที่เป็นอาการสำคัญขณะปรึกษามากที่สุด อันดับแรก ได้แก่ โรคกระแ้หรือร้อยละ 23.6 อันดับรองลงมา ได้แก่ โรคติดเชื้อ ร้อยละ 16

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสาเหตุหรือวัตถุประสงค์ในการส่งปรึกษา เพื่อวินิจฉัยหรือรักษาโรคทางจิตเวชร้อยละ 84 รองลงมา ได้แก่ problem of non compliance ร้อยละ 17.9 และเพื่อการรักษาที่เหมาะสม ร้อยละ 15.1

ตอนที่ 3 ความชุกของภาวะทางจิตเวชและการวินิจฉัยตาม Axis ที่ I ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM IV-TR) รวมทั้งความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรค

จากการส่งปรึกษาทางจิตเวช การวินิจฉัยสุดท้ายโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ตามเกณฑ์ของ DSM IV-TR มีการวินิจฉัยโรคหรือภาวะทางจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้าใน axis I จำนวน 106 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.7 กลุ่มโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่ง ได้แก่ adjustment disorder with depressed mood ร้อยละ 35.8 กลุ่มโรคที่พบบรองลงมา ได้แก่ major depressive disorder ร้อยละ 33 กลุ่มโรคที่พบเป็นอันดับสาม ได้แก่ dysthymic disorder ร้อยละ 11.3 ลำดับต่อมา ได้แก่ depressive disorder NOS, adjustment disorder with mixed anxiety and depressed mood และ mood disorder due to general medical condition

ตารางที่ 3 การวินิจฉัยโรคใน Axis I ตาม DSM IV-TR

การวินิจฉัยโรค	จำนวนผู้ป่วย (n=106)	ร้อยละ
Adjustment disorder with depressed mood	38	35.8
Major depressive disorder	35	33.0
Dysthymic disorder	12	11.3
Depressive disorder NOS	8	7.5
Adjustment disorder with mixed anxiety and depressed mood	7	6.6
Mood disorder due to general medical condition	4	3.8
Substance induced mood disorder	1	0.9

เมื่อเปรียบเทียบการวินิจฉัยเริ่มต้นของแพทย์ผู้ปรึกษาและการวินิจฉัยสุดท้ายของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พบว่ามีความสอดคล้อง 18 ราย ร้อยละ 17 และไม่สอดคล้อง 3 ราย ร้อยละ 2.8 ส่วนที่เหลือจำนวน 62 ราย ร้อยละ 58.5 บรรยายอาการโดยไม่ระบุการวินิจฉัยเริ่มต้น โดยอาการนำในผู้ป่วยที่การวินิจฉัยมีความสอดคล้องกันระหว่างแพทย์ผู้ปรึกษากับจิตแพทย์คือ ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 55.6 ความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 33.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแบบไม่ใช้ยา (non-pharmacological treatment) ร้อยละ 95.3 ในจำนวนนี้เป็นรูปแบบของ individual supportive psychotherapy ร้อยละ 48.1 รองลงมาเป็น psychoeducation ร้อยละ 41.5 ส่วนรูปแบบการใช้ยา (pharmacological treatment) ร้อยละ 54.7 โดยในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย โรคซึมเศร้า (MDD) ได้รับยา fluoxetine มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 71.4 รองลงมาคือ lorazepam ร้อยละ 14.3 และ sertraline ร้อยละ 11.4 ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย adjustment disorder with depressed mood ได้รับยา lorazepam มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 17.1 รองลงมาคือ fluoxetine ร้อยละ 5.7 และ sertraline และ clonazepam อย่งละ ร้อยละ 2.9 มีการนัดตรวจติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร้อยละ 57.5 มาตรวจตามนัด

หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร้อยละ 34.9 ไม่ระบุ ร้อยละ 54.7 ผลการรักษาระยะมาตรวจติดตามพบว่า ภาวะซึมเศร้าดีขึ้น ร้อยละ 32.1 ไม่ระบุถึงร้อยละ 63.2

วิจารณ์

จำนวนผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่รับปรึกษาจากหอผู้ป่วยต่างๆ และได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า ระหว่างเดือนมกราคม 2550 จนถึงธันวาคม 2554 รวม 60 เดือน มีจำนวน 106 ราย ร้อยละ 7.7 ในประเทศไทย ยังไม่เคยมีการศึกษาในลักษณะนี้มาก่อนในกลุ่มประชากรที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี มีแต่เพียงการศึกษา รายละเอียดโดยรวมของการรับปรึกษาทั้งหมดในเวลาที่กำหนดโดยมิได้เจาะจงโรคใดโรคหนึ่ง⁷⁻⁹

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุระหว่าง 12 ถึง 18 ปี เพศหญิงมากกว่าชาย เพศหญิงจำนวน 64 ราย (ร้อยละ 60.4) ชายจำนวน 42 ราย (ร้อยละ 39.6) สอดคล้องกับ point prevalence ของ depressive disorder ในวัยรุ่น ซึ่งเท่ากับร้อยละ 3-8¹⁰ ส่วนใหญ่ผลการเรียนอยู่ระดับปานกลางจำนวน 28 ราย (ร้อยละ 26.4) รองลงมาคือ ผลการเรียนดีมากจำนวน 20 ราย (ร้อยละ 18.9) ไม่ระบุถึง 33 ราย (ร้อยละ 22) จึงเป็นการยากที่จะสรุปความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับผลการเรียน

จากการศึกษาครั้งนี้ บิดาและมารดาปฏิเสธโรคทางจิตเวชถึงร้อยละ 74.5 และ 77.7 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ พัชรภรณ์ มาลีเวช ที่พบโรคทางจิตเวชในครอบครัวสูงถึง 124 ราย (ร้อยละ 42.9) ในจำนวนนี้พบเป็น substance related disorders มากที่สุด จำนวน 97 ราย (ร้อยละ 33.6) และส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดาหรือพี่น้องที่มีปัญหาทางจิตเวช จำนวน 114 ราย (ร้อยละ 39.4) มาจากมารดาใช้สารเสพติดเป็นส่วนใหญ่⁹ แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ นิศารัตน์ วัชรอุดมกาล ที่บิดาและมารดาปฏิเสธโรคทางจิตเวชถึงร้อยละ 87.7 และ 85.1 ตามลำดับ¹⁰ โดยกลุ่มประชากรในการศึกษาของ นิศารัตน์ วัชรอุดมกาลได้รับการวินิจฉัยปัญหาการปรับตัวเป็นส่วนใหญ่ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มประชากรในการศึกษานี้มากกว่า

ภาควิชาที่ส่งปรึกษาทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นมากที่สุด คือ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ มีจำนวน 79 ราย ร้อยละ 74.5 รองลงมาคือ ภาควิชาอายุรศาสตร์ จำนวน 8 ราย ร้อยละ 7.5 สอดคล้องกับสามการศึกษาในประเทศไทยที่ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ ส่งปรึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 84 เท่ากัน⁷⁻⁹

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ของการศึกษานี้ปรึกษามาจากหอผู้ป่วยสามัญร้อยละ 85.9 ภาวะทางกายที่พบสามอันดับแรกคือโรคเมะเร็งและเนื้องอก โรคติดเชื้อและโรคอื่นๆ เช่น หลังการตัดอวัยวะ อุบัติเหตุ เป็นต้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยหลายรายมีภาวะทางกายที่เป็นปัญหาบางอย่างซึ่งอาจทำให้สรุปผลได้ยาก

ส่วนมากแพทย์ผู้ปรึกษาสังเกตอาการและส่งปรึกษาได้ชัดเจน อาจเนื่องมาจากแพทย์ผู้ดูแลมีความตระหนักเรื่องภาวะซึมเศร้า รวมถึงอาจเนื่องมาจากแบบฟอร์มส่งปรึกษาที่มีลักษณะให้ตัวเลือกแทนการบรรยายอย่างเดียว

การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชสุดท้ายตามเกณฑ์ DSM IV-TR โดยแพทย์ผู้รับปรึกษา ในการศึกษานี้จะ

กล่าวถึงเฉพาะ Axis I ไม่ได้เก็บข้อมูลตาม Axis III และ IV เนื่องจากส่วนใหญ่การบันทึกข้อมูลของทั้ง 2 Axis ไม่สมบูรณ์ ข้อมูลไม่เพียงพออีกทั้งยังมีการบันทึกปัญหาหรือโรคทางกายในขณะที่รับปรึกษาอยู่แล้ว ดังอภิปรายข้างต้น

กลุ่มโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด ได้แก่ adjustment disorder with depressed mood และ adjustment disorder with mixed anxiety and depressed mood ซึ่งเป็นปัญหาด้านการปรับตัวคิดเป็นร้อยละ 42.4 มากกว่าภาวะซึมเศร้าจากโรคอื่นคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Tsai และคณะที่รายงานว่า adjustment disorder และ anxiety or somatoform disorders เป็นโรคที่พบเป็นอันดับหนึ่งและสอง¹¹ การศึกษาของ Wiss และคณะ ซึ่งพบว่าการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชมีความหลากหลาย แต่ที่พบบ่อยที่สุดคือปัญหาด้านการปรับตัว¹² ส่วนงานวิจัยในประเทศไทยพบปัญหาการปรับตัวบ่อยที่สุดทั้งสองงานวิจัย โดย อลิสา วัชรสินธุ พบถึงร้อยละ 34⁷ และ นิศารัตน์ วัชรอุดมกาล พบร้อยละ 17.5⁸ แต่แตกต่างกันกับการศึกษาของ Al-Haidar ที่พบว่า depressive disorder เป็นโรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.9¹³ อาจเนื่องจากการศึกษานี้ใช้กลุ่มอายุน้อยกว่า 18 ปี ในขณะที่การศึกษาอื่นในประเทศไทยใช้กลุ่มอายุน้อยกว่า 15 ปี ซึ่ง point prevalence ของ depressive disorder ในวัยรุ่นเท่ากับร้อยละ 3-8 ในขณะที่เด็กก่อนเข้า puberty พบได้น้อยกว่าคือร้อยละ 1-2 เท่านั้น¹⁰

รูปแบบการรักษาทางจิตเวชส่วนใหญ่ไม่ใช้ยา (non-pharmacological treatment) คิดเป็นร้อยละ 95.3 โดยเป็นรูปแบบ psychoeducation (ร้อยละ 41.5) และ supportive psychotherapy (ร้อยละ 48.1) เป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิศารัตน์ วัชรอุดมกาล ที่ส่วนใหญ่ใช้รูปแบบของ psychoeducation และ

supportive psychotherapy เช่นกัน เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ของการศึกษาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชได้รับการวินิจฉัยปัญหาด้านการปรับตัวเช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการนัดตรวจติดตามหลังออกจากโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 57.5 ไม่มีการนัดตรวจติดตามร้อยละ 30.2 สาเหตุอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีโรคทางกายที่ต้องมารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะๆ อยู่แล้ว การตรวจติดตามจึงเป็นลักษณะให้แพทย์ผู้ดูแลส่งปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่มีการนัดตรวจภายหลังออกจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มาตรวจตามนัดร้อยละ 34.9 ไม่มาตรวจตามนัดร้อยละ 10.4 ไม่ระบุถึงร้อยละ 54.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ นิสารัตน์ วัชรวิฑูมกาล ซึ่งมาตรวจตามนัดประมาณหนึ่งในสาม สาเหตุอาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการปรับตัวเช่นเดียวกับที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบความชุกของ adjustment disorder เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสิ่งที่กระตุ้นหลักๆ ก็มักเป็นปัญหาหรือโรคทางกาย เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้ อาจแปลได้ว่า อาการของโรคทางกายบางส่วนยอมทุเลาลง

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าเป็นอาการสำคัญอาการหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคทางกาย มีการแสดงออกที่หลากหลาย แพทย์ผู้รักษาควรตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าและให้การรักษาควบคู่กับการรักษาโรคทางกาย อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดเรื่องความครบถ้วนของข้อมูลและเป็นการศึกษาย้อนหลัง ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่มีต่อผู้ป่วยที่รับปรึกษาทั้งในแง่สุขภาพกาย สุขภาพจิต ตลอดจนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Kasantikul D. Mood disorder: the disease that can be treated. Bangkok: Nam-aksorn publishing; 1999.
2. Sukanit P. Depressive disorder in child and adolescence. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 1997; 42: 35-49.
3. Hongsa-nguansri S. Depressive disorder in childhood and adolescence [online]. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, 2001. reference: <http://www.goto/ramamental.com> (Cite 20th March, 2001).
4. Pliapat P. Depression in children with chronic disease at Queen Sirikit National Institute of Child Health; 1996.
5. Trungkasombat U, Likanapichitkul D. Prevalence and risk factors of depression in children. J Med Assoc Thai 1997; 80:303-10.
6. Richard J Shaw, David R Demaso. Mood disorder. In: Clinical manual of pediatric psychosomatic medicine: mental health consultation with physically ill children and adolescents. 1st ed. Washington DC: American psychiatric publishing, Inc. ; 2006:95-119.
7. Wacharasindhu A. Patterns of in-patient referral to child psychiatric service. Chula M J 1992; 36: 601-10.
8. Watcharee-udomkarn N. Psychiatric consultation liaison in pediatric inpatient unit at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Bangkok: Faculty of Medicine, King Chulalongkorn Memorial Hospital; 2009.

9. Maleevej P. Psychiatric consultation liaison in pediatric inpatient unit at Siriraj Hospital in 2009. Bangkok : Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University; 2010.
10. Martin A, Volkmar FR. Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook. Fourth edition ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business; 2007.
11. Tsai SJ, Lee YC, Chang K, Sim CB. Psychiatric consultations in pediatric inpatients. Zhonghua Min Guo Xiao Er Ke Yi Xue Hui Za Zhi 1995; 36:411-4.
12. Wiss M, Lenoir P, Malvy J, Wissocq M, Bodier C. (Child consultation-liaison psychiatry within the hospital: a prospective study). Arch Pediatr 2004; 11:4-12.
13. Al-Haidar FA. Inpatient child and adolescent psychiatric referrals in Saudi Arabia: clinical profiles and treatment. East Mediterr Health J 2003; 9: 996-1002.