



ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและ ความสามารถในการตรวจวินิจฉัย ของแพทย์ทั่วไปของโรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ พ.บ., วท.ม.*

วัลภา วงศ์สารศรี วท.ม.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ทราบถึงความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยที่มาที่คลินิกเวชศาสตร์ทั่วไปของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และความสามารถของแพทย์ทั่วไปในการตรวจหาปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับ การคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต GHQ-28 ฉบับภาษาไทย

วิธีการศึกษา นำแบบ GHQ-28 ฉบับภาษาไทย มาคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยที่คลินิกเวชศาสตร์ทั่วไปจำนวน 750 คน และผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันนี้ได้รับการตรวจโดยแพทย์ใช้ทุน 15 คน เพื่อทำการตรวจวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางจิตเวชหรือไม่

ผลการศึกษา พบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 57 โดยการใช้แบบคัดกรอง GHQ-28 และร้อยละ 18 จากการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ แพทย์สามารถตรวจพบปัญหาสุขภาพจิตได้เพียงราว 1 ใน 4 ของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตทั้งหมดที่ถูกคัดกรองโดย GHQ และกลุ่มโรควิตกกังวลได้รับการวินิจฉัยมากที่สุด

สรุป ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่พบบ่อยของผู้ป่วยที่มาคลินิกเวชศาสตร์ทั่วไปของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ แต่ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษา ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงสาเหตุดังกล่าว วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2543; 45(3): 261-270.

คำสำคัญ ความชุก ปัญหาสุขภาพจิต แพทย์ทั่วไป

*สาขาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ถนนพหลโยธิน ตำบลคลองหนึ่ง
อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12120

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในชุมชน^{1,2} และในเวชปฏิบัติทั่วไป การศึกษาต่างๆ พบว่าร้อยละ 8-53 ของผู้ป่วยที่มาที่สถานพยาบาลเบื้องต้นทั่วโลกมีปัญหาสุขภาพจิต³⁻⁶ ในประเทศไทยการศึกษาของชัชวาลย์ ศิลปกิจและคณะ⁷ ในสถานพยาบาลเบื้องต้นโดยใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต General Health Questionnaire-12 (GHQ-12) พบว่ามีความชุกสูงถึงร้อยละ 45 ปัญหาสุขภาพจิตที่พบในเวชปฏิบัติทั่วไปมีหลายรูปแบบ ที่พบบ่อยคือปัญหาด้านจิตใจในผู้ป่วยที่เป็นโรคทางกาย กลุ่มโรควิตกกังวล กลุ่มโรคที่มาด้วยปัญหาทางจิตเวชแต่ไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้ และกลุ่มโรคที่มาด้วยอาการทางกาย⁸

แม้จะพบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไปแต่จิตแพทย์ในประเทศไทยมีจำนวนน้อยไม่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้ทั้งหมด ประกอบกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนไม่น้อยยังประสงค์ที่จะอยู่ในความดูแลของแพทย์ทั่วไปมากกว่า จึงจำเป็นที่แพทย์ทั่วไปควรสามารถตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาปัญหาทางจิตเวชที่สำคัญๆ ได้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าแพทย์ทั่วไปยังไม่สามารถตรวจหาปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยได้ดีเท่าที่ควร ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง ตัวอย่างเช่น Joukamaa และคณะ⁹ ศึกษาโดยใช้ Symptom Checklist-25 (SCL-25) เป็นตัวคัดกรอง พบว่าแพทย์สามารถตรวจพบปัญหาสุขภาพจิตได้เพียง 2 ใน 5 ของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตทั้งหมด ในประเทศไทยแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนทั่วไปไม่มีความเห็นว่าปัญหาทางจิตเวชเป็นปัญหาที่สำคัญและพบบ่อยในเวชปฏิบัติ แต่มีปัญหาในด้านกรวินิจฉัยและการให้การรักษาค่อนข้างมาก อุปสรรคที่พบบ่อยคือ¹⁰ เวลาที่มีไม่มากนักในการสัมภาษณ์ ความจำกัดในเรื่องความรู้ทางจิตเวช ทักษะในการสัมภาษณ์ การขาดความรู้

และประสบการณ์ เป็นต้น

แม้ว่ามีการศึกษาต่างๆ บ่งชี้ว่ามีความชุกของปัญหาสุขภาพจิตสูงในสถานพยาบาลเบื้องต้นและในชุมชนต่างๆ ในประเทศไทย แต่ยังไม่มีการศึกษาเพื่อประเมินว่าแพทย์ทั่วไปมีความสามารถในการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตได้มากน้อยเพียงใด ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในคลินิกเวชศาสตร์ทั่วไปในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติและเพื่อประเมินความสามารถของแพทย์ทั่วไปในการตรวจหาปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเป็นแนวทางในการเพิ่มพูนความสามารถของแพทย์ทั่วไปในการตรวจวินิจฉัย และเพิ่มคุณภาพการบริการ รวมทั้งปรับปรุงการเรียนการสอนวิชาจิตเวชศาสตร์ในโรงเรียนแพทย์ต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยชนิดเชิงพรรณนาณ จุดเวลาใดจุดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) ดำเนินการที่แผนกเวชศาสตร์ทั่วไป โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2542 - มกราคม 2543 ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการศึกษาคือ ผู้ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกเวชศาสตร์ทั่วไปของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ มีอายุ 18 ปีขึ้นไปจำนวนทั้งหมด 750 คน มารับการรักษาด้วยอาการทั่วไปและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ของการศึกษาคือผู้ที่มาพบแพทย์ด้วยวัตถุประสงค์เฉพาะบางอย่าง เช่น ตรวจสุขภาพประจำปี มารับการฉีดวัคซีน หรือมาขอใบรับรองแพทย์ ผู้ป่วยที่เคยมารับการตรวจรักษาจากคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ มาก่อน และผู้ที่ได้รับการส่งต่อจากแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลอื่นๆ หรือจากโรงพยาบาลจิตเวชโดยตรง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตร $n = Z^2 \alpha PQ / d^2$ โดยที่กำหนดค่าสัดส่วนความชุกที่คาด

ว่าจะพบในประชากรไว้ที่ร้อยละ 40 และค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 369

แพทย์ทั่วไปที่ทำการตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยในการศึกษานี้คือ แพทย์ที่เพิ่งจบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตและอยู่ในระหว่างการใช้ทุนรัฐบาลปีที่ 1-3 ซึ่งหมุนเวียนมาปฏิบัติงานที่แผนกเวชศาสตร์ทั่วไปในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนทั้งหมด 15 คน ประกอบด้วยแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 จำนวน 10 คน ปีที่ 2 จำนวน 3 คน และปีที่ 3 จำนวน 2 คน กำหนดให้แพทย์แต่ละคนตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยจำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) สำหรับผู้ป่วยกรอกด้วยตนเอง ได้รับการพัฒนาโดย Goldberg¹⁰ แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ¹¹ ซึ่งได้รับการทดสอบในประชากรไทยและพบว่า เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจหาปัญหาสุขภาพจิตในประชากรทั่วไปที่มีมาตรฐาน มีความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 88.2 ความไว (sensitivity) ร้อยละ 81.3 มี internal consistency (Cronbach's alpha) ร้อยละ 95 มีจุดตัดคะแนนที่เหมาะสม (threshold score) = 5/6 โดยมีการคิดคะแนนแบบ 0-0-1-1 มีคะแนนเต็มทั้งหมด 28 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน ถือว่ามีปัญหาสุขภาพจิต

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามสำหรับแพทย์เพื่อให้กรอกข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบด้วย การตรวจวินิจฉัยของแพทย์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต และระดับความรุนแรง ซึ่งจะประเมินโดยตัววัดซึ่งมี 6 ช่วงคะแนนคือ 1) ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต 2) ไม่แน่ใจแต่คิดว่าไม่มี 3) ไม่แน่ใจแต่คิดว่ามี 4) มีปัญหาสุขภาพจิต ความรุนแรงน้อย 5) มีปัญหา

สุขภาพจิต ความรุนแรงปานกลาง 6) มีปัญหาสุขภาพจิต ความรุนแรงมาก นอกจากนี้ยังมีข้อมูลอื่นๆ เช่น ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ประเภทผู้ป่วยใหม่/เก่า การวินิจฉัยทางจิตเวช และระยะเวลาในการตรวจเครื่องมือส่วนนี้ได้รับการสร้างขึ้นโดยคณะผู้วิจัย

ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลประจำห้องตรวจแผนกเวชศาสตร์ทั่วไป ซึ่งได้รับคำสั่งและวิธีการดำเนินการจากคณะผู้วิจัย ขั้นตอนการปฏิบัติมีดังนี้คือ เริ่มจากลงทะเบียนในแบบสอบถามส่วนที่ 1 (สำหรับผู้ป่วย) และส่วนที่ 2 (สำหรับแพทย์) ให้ตรงกัน แจกแบบสอบถามส่วนที่ 1 ให้ผู้ป่วยขณะที่รอรับการตรวจจากแพทย์ โดยเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลประจำห้องตรวจทำการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยแบบ accidental sampling ขอความร่วมมือผู้ป่วยในการกรอกแบบสอบถามส่วนที่ 1 พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม หลังจากผู้ป่วยตอบแบบสอบถามแล้วจึงเข้าพบแพทย์ แพทย์จะทำการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วย และตอบแบบสอบถามส่วนที่ 2 โดยที่ไม่ทราบค่าคะแนน GHQ ของผู้ป่วยที่ตนเองกำลังตรวจอยู่ จากนั้นเจ้าหน้าที่เก็บแบบสอบถามจากแพทย์ และรวบรวมไว้ชุดเดียวกับที่ผู้ป่วยทำเพื่อทำการวิเคราะห์ต่อไป

วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เชิงพรรณนาเกี่ยวกับความชุกและข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มต่างๆ โดยใช้ chi-square และหาความสอดคล้องระหว่างวิธีการใช้แบบคัดกรอง GHQ-28 กับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์โดยใช้ค่า kappa

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 64 (ตารางที่ 1) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 38 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 18-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานด้านเพศ อายุ การศึกษา และประเภทผู้ป่วย

ตัวแปร	ตัวอย่าง (n = 750)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	267	35.6
หญิง	483	64.4
อายุ		
18-30	264	35.2
31-45	283	37.7
46-60	141	18.8
> 60	62	8.3
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	15	2.0
ประถมศึกษา	249	33.2
มัธยมศึกษา	162	21.6
อาชีวศึกษา	76	10.1
อุดมศึกษา	144	19.2
ไม่ระบุ	104	13.9
ประเภทผู้ป่วย		
ใหม่	463	61.7
เก่า	287	38.3

ตารางที่ 2 ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตแบ่งตามเพศและอายุ (ร้อยละ)

อายุ (ปี)	จำนวน	ปัญหาสุขภาพจิต (ร้อยละ)			
		คัดกรองโดย GHQ-28		ตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์	
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
18-30	264	42 (49.4)	104 (58.1)	10 (11.8)	24 (13.5)
31-45	283	61 (56.5)	105 (60.0)	24 (22.2)	34 (19.4)
46-60	141	31 (54.4)	49 (58.3)	8 (14.0)	23 (27.4)
> 60	62	10 (58.8)	28 (62.2)	3 (17.6)	9 (20.0)
รวม	750	144 (53.9)	286 (59.2)	45 (16.9)	90 (18.6)
P	NS	NS	NS	NS	NS

ประณตศึกษาคิดเป็นร้อยละ 33

ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตจากการคัดกรองโดย GHQ-28 เท่ากับร้อยละ 57 หรือร้อยละ 60 ของผู้ป่วยหญิงและครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยชาย ไม่มีความแตกต่างในด้านความชุกระหว่างเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มผู้ป่วยชายความชุกของปัญหาสุขภาพจิต พบสูงที่สุดในช่วงอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 59) ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุอย่างมีนัยสำคัญ ในกลุ่มผู้ป่วยหญิงความชุกพบสูงที่สุดในช่วงอายุเดียวกัน (ร้อยละ 62) และไม่มี ความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุ อย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกัน (ตารางที่ 2)

การตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์พบว่ามีความชุกของปัญหาสุขภาพจิต (ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในการวินิจฉัยตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 18 หากแยกตามเพศพบว่าร้อยละ 18.6 ของผู้ป่วยหญิง และร้อยละ 17 ของผู้ป่วยชายมีปัญหาสุขภาพจิตโดยไม่มี ความแตกต่างระหว่างเพศอย่างมีนัยสำคัญ ในกลุ่มผู้ป่วยชายพบว่ามีความชุกสูงสุดในช่วง 31-45 ปี (ร้อยละ 22) ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุอย่างมีนัยสำคัญ ในกลุ่มผู้ป่วยหญิงพบว่ามีความชุกสูงสุดในช่วง 46-60 ปี (ร้อยละ 27) และไม่มี ความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุอย่างมีนัยสำคัญ

ความสอดคล้องระหว่างผลของการคัดกรองโดยใช้ GHQ-28 กับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ได้แสดงไว้ในตารางที่ 3 พบว่ามีค่า kappa เพียง 0.1 สัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้ผลตรงกันทั้ง 2 วิธีเท่ากับครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมด โดยเฉลี่ยแล้วแพทย์มีความไวในการตรวจหา (sensitivity) เพียง 0.23 แต่มีความจำเพาะ (specificity) สูงถึง 0.88 เมื่อใช้ GHQ-28 เป็นเกณฑ์มาตรฐาน (reference method)

เมื่อรวมผลของวิธีการคัดกรองโดย GHQ กับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์เข้าด้วยกันพบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยไม่พบว่ามีปัญหาสุขภาพจิตใดๆ ประมาณ 1 ใน 10 มีปัญหาสุขภาพจิต โดยถ้าแยกตามเพศพบว่าร้อยละ 14 ของผู้ป่วยหญิง และร้อยละ 12 ของผู้ชายมีปัญหาสุขภาพจิต แต่ไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยที่มีผลการประเมินโดยวิธีการทั้ง 2 แล้วผลไม่ตรงกันสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่อาจมีปัญหาสุขภาพจิตแอบแฝง (hidden mental disorders) ซึ่งมีประมาณร้อยละ 44 ผู้ป่วยกลุ่มนี้คือกลุ่มที่ได้รับการตรวจคัดกรองโดย GHQ แล้วพบว่ามีความผิดปกติ แต่จากการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์แล้วไม่พบว่ามีความผิดปกติ อีกกลุ่มหนึ่งคือกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตปลอม (false positive) ซึ่งเป็นกลุ่มที่แพทย์ตรวจ

ตารางที่ 3 ปัญหาสุขภาพจิตแบ่งตามการประเมินโดย GHQ-28 และการประเมินโดยแพทย์

GHQ-28	แพทย์	ปัญหา	ชาย	หญิง	รวม
			n=267 (ร้อยละ)	n=483 (ร้อยละ)	n=750 (ร้อยละ)
-	-	ไม่มีปัญหา	110 (41.2)	172 (35.6)	282 (37.6)
+	-	มีปัญหา แต่แพทย์ตรวจไม่พบ	112 (41.9)	221 (45.8)	333 (44.4)
-	+	ไม่มีปัญหา แต่แพทย์วินิจฉัยว่ามี	13 (4.9)	25 (5.2)	38 (5.1)
+	+	มีปัญหา	32 (12.0)	65 (13.5)	97 (12.9)

ตารางที่ 4 การวินิจฉัยโรคในกลุ่มที่มีแพทย์ประเมินว่ามีปัญหาสุขภาพจิต

การวินิจฉัย	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
Anxiety disorders	110	81.5
Mood disorders	10	7.4
Adjustment disorder	3	2.2
Somatoform disorders	3	2.2
Organic mental disorders	3	2.2
Substance use disorders	2	1.5
Psychotic disorders	1	0.7
Others	3	2.2
รวม	135	100

วินิจฉัยแล้วให้ความเห็นว่ามีปัญหาสุขภาพจิต แต่ตรวจคัดกรองโดย GHQ แล้วไม่พบ ซึ่งมีร้อยละ 5

ในกลุ่มผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิต (ตารางที่ 4) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติในกลุ่ม anxiety disorders มากที่สุด (ร้อยละ 82)

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ได้จากตัวอย่างผู้ป่วยซึ่งมาพบแพทย์ที่คลินิกเวชศาสตร์ทั่วไปในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างอาจมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลศูนย์ มากกว่าที่จะเป็นกลุ่มที่มาที่สถานพยาบาลเบื้องต้น เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากได้รับคำแนะนำให้มารักษาจากสถานพยาบาลอื่นๆ หรือได้รับการส่งมารักษาต่อจากสถานพยาบาลอื่นๆ และโดยปกติแล้วผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ จะต้องผ่านการตรวจโดยแพทย์ที่คลินิกเวชศาสตร์ทั่วไปก่อนเสมอ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งจึงอาจมีปัญหาที่รุนแรงและจำเป็นต้องได้

รับการรักษาแบบทุติยภูมิ (secondary care) หรือตติยภูมิ (tertiary care) ร่วมด้วย ประชากรส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยหนุ่มสาวและวัยกลางคน เป็นเพศหญิงและจบการศึกษาระดับประถม

การตรวจคัดกรองโดย GHQ-28 พบว่ามีความชุกของปัญหาทางสุขภาพจิตสูงถึงร้อยละ 57 ซึ่งสูงกว่าความชุกที่ได้จากการศึกษาอื่นๆ ในสถานพยาบาลเบื้องต้นที่ใช้ GHQ เป็นแบบคัดกรอง เช่น การศึกษาของชัชวาลย์ ศิลปกิจและคณะ⁴ ซึ่งใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต GHQ-12 พบมีความชุกร้อยละ 45 การศึกษาในต่างประเทศหลายการศึกษาประมาณว่ามีความชุกอยู่ในช่วงร้อยละ 8-53^{6, 12-14}

สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีความชุกของปัญหาสุขภาพจิตค่อนข้างสูง อาจเป็นจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะแตกต่างไปจากกลุ่มประชากรผู้ป่วยที่มาที่สถานพยาบาลเบื้องต้นที่ศึกษาในรายงานต่างๆ ข้างต้น เนื่องจากมีผู้ป่วยบางส่วนที่ต้องได้รับการดูแลแบบทุติยภูมิ (secondary care) หรือตติยภูมิ (tertiary care) ปะปนเข้ามา และปัญหาสุขภาพจิตอาจเป็นปัญหาที่สถานพยาบาลเบื้องต้นไม่สะดวกที่จะดูแล เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้

รับการวินิจฉัยหรือได้รับการวินิจฉัยไม่ถูกต้อง เป็นผลให้ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนมากจึงมารับการรักษาต่อในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ อย่างไรก็ตามควรมีการสำรวจความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลศูนย์อื่น ๆ ว่ามีความชุกใกล้เคียงกันหรือไม่

การศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิตนอกจากจะมีการใช้ GHQ เป็นตัวคัดกรองแล้ว ยังมีแบบคัดกรองอื่น ๆ ซึ่งอาจให้ความชุกที่แตกต่างออกไปเช่นการศึกษาของ Joukamaa และคณะ⁹ และ Hesbacher และคณะ¹⁵ ซึ่งใช้ SCL-25 กับผู้ป่วยในสถานพยาบาลเบื้องต้น พบว่ามีความชุกของปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 25 และร้อยละ 21 ตามลำดับ Joukamaa และคณะ⁹ ให้ความเห็นว่าการคัดกรองด้วย SCL-25 อาจได้ความชุกไม่มากเท่ากับการคัดกรองด้วย GHQ เนื่องจากเครื่องมืออาจไม่ไวเท่า GHQ และอาจไม่ไวต่อการตรวจหาปัญหาสุขภาพจิตที่มีความรุนแรงน้อย

จากการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ในการศึกษานี้ พบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตต่ำกว่าที่ได้จากการคัดกรองโดย GHQ มาก โดยแพทย์ตรวจพบความชุกเพียงร้อยละ 18 อีกทั้งมีความสอดคล้องระหว่างวิธีการประเมินโดยใช้ GHQ-28 กับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ต่ำมาก โดยมีค่า kappa เพียง 0.1 และมีผู้ป่วยเพียงประมาณครึ่งหนึ่งที่ได้ผลการตรวจคัดกรองทั้ง 2 วิธีตรงกัน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนมากยังไม่ได้รับการตรวจพบและรักษาเท่าที่ควร

การตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์พบว่ามีความชุกของปัญหาสุขภาพจิตสูงที่สุดในช่วงอายุต่ำกว่า 60 ปี เปรียบเทียบกับการคัดกรองโดย GHQ ซึ่งพบว่ามี ความชุกสูงสุดในช่วงอายุมากกว่า 60 ปี สาเหตุอาจเกิดจากการที่แพทย์ไม่ไวต่อปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีอาการที่ไม่เหมือนกับคนวัยหนุ่มสาวและมักมีอาการสำคัญเป็นอาการ

ทางกาย¹⁶ จึงทำให้แพทย์วินิจฉัยผิดพลาดได้

การที่แพทย์ให้การวินิจฉัยผู้ป่วยส่วนใหญ่ว่าเป็น anxiety disorders อาจเป็นไปได้ว่าความชุกของ anxiety disorders ในกลุ่มตัวอย่างนี้สูงจริง หรืออาจเป็นเพราะว่ากลุ่มโรคนี้อาจเป็นกลุ่มโรคที่แพทย์มักให้การวินิจฉัยไปก่อนในกรณีที่ไม่แน่ใจในการวินิจฉัยโรค (provisional diagnosis) ซึ่งในเวชปฏิบัติทั่วไปมักจะพบผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงนัก และอาการไม่ชัดเจนทำให้ยากแก่การวินิจฉัย ตัวอย่างเช่น mixed anxiety-depressive disorder ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในสถานพยาบาลเบื้องต้นแต่มีเกณฑ์การวินิจฉัยที่ยังไม่ชัดเจนและยังเป็นที่ถกเถียงว่าสมควรแยกกลุ่มอาการนี้ออกมาเพื่อวินิจฉัยต่างหากหรือไม่¹⁷ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มอาการอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกันแต่เกณฑ์การวินิจฉัยยังไม่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไป เช่น neurasthenia¹⁸ กลุ่มโรคต่าง ๆ เหล่านี้อาจทำให้แพทย์สรุปโดยรวมว่าเป็นกลุ่ม anxiety disorders ทั้งหมด

การที่แพทย์มีความสามารถในการตรวจวินิจฉัยปัญหาทางจิตเวชต่ำ สาเหตุอาจเกิดจากแพทย์มีประสบการณ์น้อยเนื่องจากเพิ่งจบการศึกษาและอยู่ในระหว่างการใช้ทุนในช่วง 3 ปีแรกเท่านั้น และโดยทั่วไปแพทย์ส่วนใหญ่ยอมรับว่ามีความไม่มั่นใจในความรู้ด้านการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชตื้นๆ เนื่องจากอุปสรรคต่างๆ⁶ อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังไม่เคยมีการประเมินแพทย์ทั่วไปว่ามีความสามารถในการตรวจวินิจฉัยและรักษาปัญหาทางจิตเวชเพียงใด รวมทั้งความสามารถของแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางและแพทย์ที่จบการศึกษามานานแล้ว หากพบว่าแพทย์ที่จบการศึกษาสามารถจะหนึ่งมีความสามารถในการตรวจวินิจฉัยและรักษาอยู่ในระดับเดิมเทียบเท่ากับแพทย์ที่จบใหม่หรือด้อยกว่าอาจบ่งชี้ถึงปัญหาด้านคุณภาพของแพทย์ในระยะยาวหลังจากจบการศึกษาหรือฝึกอบรม ดังนั้นการประเมินความสามารถของแพทย์

ในการตรวจวินิจฉัยโรคต่าง ๆ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการด้านการประกันคุณภาพการศึกษา และการประกันคุณภาพการบริการผู้ป่วย ผลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นแนวทางในการทำการศึกษาต่อไป ถึงสาเหตุของปัญหาดังกล่าว ความผิดปกติทางจิตเวชแบบใดที่ยากแก่การตรวจพบและวินิจฉัย รวมทั้งควรมีวิธีการอย่างไรทำให้แพทย์ทั่วไปมีความสามารถ ในการตรวจวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิตสูงขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ไม่ได้สุ่มอย่างเป็นระบบอาจทำให้ลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีอคติได้ และอาจไม่ได้เป็นตัวแทนประชากรที่แท้จริง แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้มีขนาดที่ค่อนข้างใหญ่จึงช่วยให้ลดปัญหานี้ไปได้บางส่วน

2. การวัดความสามารถของแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิตโดยใช้ GHQ เป็นเครื่องมืออ้างอิง (reference method) อาจไม่ใช่วิธีที่ดีที่สุด และก่อให้เกิดความผิดพลาดได้ แต่ก็ถือว่า GHQ เป็นวิธีการคัดกรองที่มีมาตรฐานสูงวิธีหนึ่งที่มีอยู่ในปัจจุบันในการใช้เพื่อเปรียบเทียบกับวิธีการอื่นๆ

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัย

1. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความสามารถในการตรวจวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิตของแพทย์ ทั้งปัจจัยจากแพทย์เองและจากตัวผู้ป่วย
2. ควรมีการศึกษาถึงวิธีการดูแลรักษาหลังจากที่แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยแล้ว เนื่องจากการวินิจฉัยที่ถูกต้องไม่ได้รับประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมหรือไม่

สรุป

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป แต่แพทย์ตรวจวินิจฉัยได้น้อยและอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจึงควร

มีการศึกษาถึงสาเหตุของปัญหานี้เพื่อหาแนวทางปรับปรุงคุณภาพของแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยและดูแลผู้ป่วยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากโครงการวิจัยเสริมหลักสูตรมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ผศ.นพ.ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ แห่งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่อนุญาตให้นำ GHQ-28 มาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านในแผนกเวชศาสตร์ทั่วไปที่เอื้ออำนวยความสะดวกให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ส่งศรี จัยสิน, จันท์เพ็ญ ชูประภาวรณ, เไรโร ทิวะทัศน์ สุภาภรณ์ ทองดารา, ฉันทนา ชูบุญราษฎร์. การสำรวจสถานะสุขภาพจิตของประชาชนจังหวัดชลบุรี.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2531; 33:119-27.
2. Sukying C, Nilchaikovit T, Silpakit C. One-month prevalence of psychiatric illness in Nongchok district, Bangkok. Rama Med J 1995; 18:253-60.
3. Goldberg DP, Kay C, Thomson L. Psychiatric morbidity in general practice and the community. Psychol Med 1976; 6:565-9.
4. Kessler LG, Cleary PD, Burke JD. Psychiatric disorders in primary care. Results of a follow-up study. Arch Gen Psychiatry 1985; 42: 583-7.
5. Zintl-Wiegand A, Krumb B, Weyerer S, Dilling H. Psychiatric morbidity and referral rates in general practices: comparison of an industrial town and a rural area in West Germany. Soc

- Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1988; 23: 49-56.
6. Ormel J, Vonkoff M, Ustun TB, Pini S, Korten A, Ordehinkel T. Common mental disorders and disability across cultures. JAMA 1994; 272:1741-8.
 7. ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, รัตนา สายพานิชย์. Psychiatric disorders in primary health care settings: An implication for undergraduate psychiatric education. รายงานการวิจัยเสนอในการประชุมวิชาการประจำปีของคณะแพทย-ศาสตร์ รพ.รามธิบดี, 2540.
 8. รัตนา สายพานิชย์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งภัค, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. การสำรวจการให้บริการด้านจิตเวชในระดับโรงพยาบาลชุมชน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2541; 43: 303-15.
 9. Joukamaa N, Lehtinen V, Karlsson H, Rouhe E. SCL-25 and recognition of mental disorders reported by primary health care physicians. Acta Psychiatr Scand 1994; 89:320-3.
 10. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley Monograph No 21. London: Oxford University Press, 1972.
 11. ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41:2-17.
 12. Goldberg DP, Blackwell W. Psychiatric illness in general practice: a detailed study using a new method of case identification. Br Med J 1970; ii:439-43.
 13. Skuse D, William P. Screening for psychiatric disorder in general practice. Psychol Med 1984; 14:365-77.
 14. Williams P, Tarnopolsky A, Hand D, Shepherd M. Minor psychiatric morbidity and general practice consultation: the West London Survey. Psychol Med Monograph Supplement 9. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.
 15. Hesbacher PT, Rieckels K, Morris RJ, Newman H, Rosenfeld H. Psychiatric illness in family practice. J Clin Psychiatry 1980; 41:6-10.
 16. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 8th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998:1295.
 17. พิเชฐ อุดมรัตน์. Mixed anxiety and depressive disorder: An illness that psychiatrists should not overlook. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2543; 45:99-109.
 18. International Classification of Diseases. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.



The Prevalence of Mental Disorders and Their Recognition Reported by Primary Health Care Physicians in a University Hospital

*Tawanchai Jirapramukpitak, M.D., M.Sc.**

*Wanlapa Wongsarnsri, M.S.**

Abstract

Objective To investigate the prevalence of mental disorders among patients receiving primary health care and the proportion of patients with mental disorders that were identified by their primary health care physicians.

Method The sample consisted of 750 randomly selected adult patients attending the general practice clinic in Thammasat University Hospital. The mental disorder patients were detected by using the General Health Questionnaire (GHQ-28) and by primary health care physicians.

Results According to the GHQ-28, 57% of the sample population had a mental disorder, compared with 18% of the sample population diagnosed by primary care providers. Only approximately one fourth of the patients with mental problems detected by the GHQ-28 could be identified by the physicians. Anxiety disorders were the most common given diagnoses.

Conclusions The primary health care physicians had difficulties in recognizing their patients' mental disorders, and a considerable proportion of the disorders remained unrecognized by them. Further study is needed to examine the causes of this problem. **J Psychiatr Assoc Thailand 2000; 45(3) : 261-270.**

Key words : prevalence, primary health care, mental disorders, primary health care physicians.

* Division of Psychiatry, Faculty of Medicine, Thammasat University, Pathumthani 12120.