การให้บริการทางจิตเวชของแพทย์เวชปฏิบัติที่สำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ต่างๆ ในประเทศไทย

รัตนา สายพานิชย์, มาโนช หล่อตระกูล**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการให้บริการทางจิตเวชของแพทย์เวชปฏิบัติที่จบแพทยศาสตร์บัณฑิตจากสถาบันต่างๆ ในประเทศไทย

วิธีการศึกษา ส่งแบบสอบถามเกี่ยวกับการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชของแพทย์เวชปฏิบัติ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการ ไปยังแพทย์เวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ ในการศึกษานี้ใช้ข้อมูลตอบกลับของแพทย์เวชปฏิบัติที่จบการศึกษามาแล้วน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ปี

ผลการศึกษา แพทย์เวชปฏิบัติที่จบการศึกษามาแล้วน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ปี ตอบแบบสอบถามกลับทั้งสิ้น 278 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 64.1 ของจำนวนที่ตอบกลับทั้งหมด เป็นชาย 138 คน (49.6%) หญิง 140 คน (50.4%) ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 2.69 ปี (SD= 0.86) เป็นแพทย์ที่จบจากสถาบันต่างๆในประเทศไทยในจำนวนใกล้เคียงกัน พบว่าการให้บริการทางจิตเวชของแพทย์จากทุกสถาบันไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการประมาณความชุกของผู้ป่วยทางจิตเวช ความมั่นใจในการให้การวินิจฉัยโรค การใช้ยาทางจิตเวช ความมั่นใจในการใช้ยาชนิดของยาที่สั่งบ่อย ส่วนการให้การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคทางกายที่มีปัญหาทางจิตเวช ปัญหาและอุปสรรคในการวินิจฉัย การรู้จักยาใหม่ๆ ทางจิตเวชอาจแตกต่างกันบ้างในแต่ละสถาบัน

สรุป แพทย์เวชปฏิบัติที่จบจากสถาบันที่ต่างกันสามารถให้บริการทางจิตเวชได้ใกล้เคียงกันในส่วนที่เป็นปัญหาและอุปสรรคเช่น ความมั่นใจในการให้การวินิจฉัยโรค หรือการรักษา ปัญหาในการวินิจฉัย ก็พบคล้ายๆ กันซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับโรงเรียนแพทย์ทุกแห่งที่จะนำข้อมูลจากการศึกษานี้ไปพิจารณาปรับปรุงหลักสูตรของแต่ละแห่งต่อไป

คำสำคัญ บริการทางจิตเวช แพทย์เวชปฏิบัติ โรงเรียนแพทย์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549; 51(4): 304-314.

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Do Different Teaching Programs among Medical Schools in Thailand Effect Psychiatric Services of Primary Care Practitioners?

Rattana Saipanit M.D., Manote Lowtrakul M.D.**

Abstract

Objectives: To compare psychiatric services of primary care practitioners graduated from different medical schools in Thailand.

Material and method: Questionnaires enquired about psychiatric practice and service problems were sent to doctors in primary care settings, Thailand. Data form respondents who graduated equal or less than 4 years were recruited in this study.

Results Two hundred and seventy eight primary care practitioners graduated equal or less than 4 years had participated. They were 138 men (49.6%) and 140 women (50.4%), had average 2.6 years (SD.=0.86) working experience, and graduated from all various medical schools in Thailand. There were no differences between psychiatric services of primary care physicians graduated from different medical schools in the area of psychiatric prevalence estimation, confidence in diagnosis, and using psychiatric drugs. There were only a few differences in reconizing psychiatric problems in physically ill patients, having problems or obstacles in diagnosis, knowing new psychiatric drugs among primary care physicians from different medical schools.

Conclusion Primary care physicians from different schools could provide the same quality of psychiatric services. Confidence, problems or obstacles in diagnosis and treatment of psychiatric patients were similarly found among them. It would be very beneficial for each medical school to use information from this study to improve the medical curriculum, especially in psychiatry.

Key Words : psychiatric services, primary care practitioners, medical schools

J Psychiatr Assoc Thailand 2006; 51(4): 304-314.

* Department of Psychiatry, Ramathibodi Hospital Faculty of Medicine, Mahidol University

บทนำ

องค์การอนามัยโลกเห็นความสำคัญของโรคทางจิตเวชว่าจะเป็นปัญหาสำคัญในด้านสุขภาพในอนาคต แต่จิตแพทย์หรือบุคลากรทางจิตเวชนั้นมีจำนวนไม่เพียงพอ [1] อีกทั้งตัวผู้ป่วยเองก็มักจะไปรับบริการจากแพทย์เวชปฏิบัติมากกว่าเพราะมีความสะดวกในการไปรับบริการและยังเป็นการส่วนช่วยลด stigma ที่อาจจะรู้สึกเวลาไปรับบริการจากสถาบันต่างๆ ทางจิตเวชด้วย แต่จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า แพทย์ทั่วไปจำนวนไม่น้อยมีปัญหาในการปฏิบัติงานด้านจิตเวช กล่าวคือแพทย์เวชปฏิบัติจำนวนมากไม่สามารถให้การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชหรือปัญหาด้านจิตเวชได้ [2] แพทย์เวชปฏิบัติมักจะรู้สึกว่าตนมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหรือปัญหาด้านจิตใจน้อย [3] อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ต้องใช้เวลามาก [4] จึงได้มีความพยายามในการช่วยพัฒนาศักยภาพของแพทย์เวชปฏิบัติให้สามารถดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง และก็พบว่าแพทย์เวชปฏิบัติสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้เป็นอย่างดี อีกทั้งผู้ป่วยยังได้รับการดูแลทางด้านฝ่ายกายจากแพทย์เวชปฏิบัติเพิ่มขึ้นอีกด้วย[5-6]

ได้เคยมีการสำรวจการให้บริการทางจิตเวชของแพทย์เวชปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย[7] ซึ่งพบผลคล้ายคลึงกัน ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติให้ความเห็นว่าในแต่ละวันได้ให้บริการรักษาผู้ป่วยจิตเวชจำนวนไม่น้อย แพทย์เองยังมีปัญหาในการให้การวินิจฉัยและการให้บริการอยู่ สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีแนวทางในการช่วยพัฒนาความสามารถของแพทย์เวชปฏิบัติที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนให้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ดีขึ้น ความรู้และประสบการณ์ที่เกี่ยวกับทางจิตเวชได้มาจากการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์เพียงอย่างเดียว ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าแพทย์ที่จบจากต่างสถาบันกันนั้นจะมีความสามารถในการให้การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวช และเจตคติต่อการให้บริการทางด้านนี้แตกต่างกันอันเนื่องมาจากหลักสูตรการจัดการเรียนการสอน ระยะเวลาในการสอน บรรยากาศการเรียนการสอน และการประเมินผลการเรียนรู้ของวิชาจิตเวชศาสตร์ที่แตกต่างกันไป จึงน่าสนใจที่จะศึกษาถึงความแตกต่างของการให้บริการทางจิตเวชของแพทย์ที่จบมาจากต่างสถาบันกัน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการให้บริการทางจิตเวชของแพทย์ที่จบแพทยศาสตร์บัณฑิตจากสถาบันต่างๆ ในประเทศไทย ข้อมูลของการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อสถาบันที่ผลิตแพทย์ในการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงหลักสูตรในวิชาจิตเวชศาสตร์ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional survey ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงสิงหาคม 2548 ผู้ทำการศึกษาได้ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองเพื่อให้แพทย์เวชปฏิบัติตอบกลับ ซึ่งประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ demographic data, สถาบันที่จบการศึกษา, อัตราการดูแลผู้ป่วยนอกต่อวัน

2. การให้บริการทางจิตเวช ได้แก่ ความชุกของโรคหรือปัญหาทางจิตเวชที่แพทย์ให้บริการและความชุกของโรคหรือปัญหาทางจิตเวชเมื่อร่วมกับปัญหาทางกาย ความชุกของโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยโดยระบุชื่อตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV และอธิบายลักษณะสำคัญของกลุ่มโรคเพื่อให้เข้าใจ ให้ผู้ตอบแบบสอบถามประมาณจำนวนผู้ป่วยตามกลุ่มโรคโดยใช้ visual analog scale เป็นจำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่ตรวจทั้งหมด ประเมินความมั่นใจในการวินิจฉัยในแต่ละภาวะ ปัจจัยที่เป็นปัญหาในการวินิจฉัย และความมั่นใจในการให้การรักษาแต่ละภาวะ

3. การใช้ยาทางจิตเวช ได้แก่ อัตราการสั่งยาทางจิตเวช ยาจิตเวชที่สั่งบ่อยที่สุด ความมั่นใจในการใช้ยา การรู้จักยาใหม่ๆ ทางจิตเวช

4. การวินิจฉัยผู้ป่วยจิตเวชที่พบในโรงพยาบาลชุมชน โดยในแบบสอบถามมีโจทย์ผู้ป่วยตัวอย่าง ให้แพทย์ที่ตอบแบบสอบถามให้การวินิจฉัยโดยส่งแบบสอบถามไปยังแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 1,193 ฉบับ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นแพทย์เวชปฏิบัติที่กำลังปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันต่างๆ เป็นเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ปี ทั้งนี้เพื่อเป็นการสะท้อนภาพของผลที่ได้จากโรงเรียนแพทย์มากกว่าประสบการณ์ที่แพทย์เรียนรู้เพิ่มเติมเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window คำนวณค่าสถิติ โดยรายงานผลเป็นจำนวนและร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรโดยใช้ Chi - square test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย โดยใช้ one-way ANOVA Post Hoc comparison - R-E-G-WF method

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของแพทย์

จากแบบสอบถามที่ส่งไปยังแพทย์เวชปฏิบัติที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 1,193 ฉบับ ได้รับการตอบกลับจำนวนทั้งสิ้น 434 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 36.4 โดยเป็นการตอบกลับของแพทย์ที่จบการศึกษาในเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ปีจำนวน 278 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 64.1 ของการตอบกลับทั้งหมด

ในการศึกษานี้ใช้ข้อมูลเฉพาะของแพทย์เวชปฏิบัติที่จบการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ปี โดยเป็นแพทย์ที่จบจากสถาบันต่างๆ ดังนี้ จุฬาลงกรณ์ร้อยละ 12.3 ศิริราชพยาบาลร้อยละ 17.7 รามาธิบดีร้อยละ 13.7 ขอนแก่นร้อยละ 13.0 เชียงใหม่ร้อยละ 10.8 สงขลานครินทร์ร้อยละ 12.6 ศรีนครินทรวิโรฒน์ร้อยละ 7.2 และอื่นๆ อีกร้อยละ 12.6

แพทย์ผู้ตอบเป็นชาย 138 คน (49.6%) หญิง 140 คน (50.4%) ไม่มีความแตกต่างกันจากแต่ละสถาบัน (χ^2=6.263, df=7,p=0.5.9) ส่วนใหญ่คือ มากกว่าร้อยละ 60 ของแพทย์จากทุกสถาบันดูแลผู้ป่วยทั้งหมดมากกว่า 50 รายต่อวัน ค่าเฉลี่ยของประสบการณ์การทำงานของแพทย์เวชปฏิบัติเท่ากับ 2.69 ปี (SD.= 0.86 ปี) และไม่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของประสบการณ์ของแพทย์ที่จบจากสถาบันต่างๆ (F=1.192, df=7, p=0.308)

ข้อมูลด้านการให้บริการทางจิตเวช

โดยรวมแพทย์ให้ความเห็นว่าพบผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชอย่างเดียวเฉลี่ยร้อยละ 10.6 (SD.=7.6) ของผู้ป่วยทั้งหมด เป็นผู้ป่วยโรคทางกายร่วมกับปัญหาทางจิตเวชเฉลี่ยร้อยละ 24.2 (SD.=16.4) และเป็นผู้ป่วยโรคทางกายอย่างเดียวเฉลี่ยร้อยละ 65.3 (SD.=19.4) ของผู้ป่วยทั้งหมด พบว่าสถาบันที่แพทย์จบไม่มีผลต่อความคิดเห็นในด้านการประมาณอัตราการวินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็นผู้ป่วยโรคทางกาย โรคทางจิตเวชอย่างเดียว (p >0.05) ส่วนการประมาณผู้ป่วยโรคทางกายที่มีปัญหาทางจิตเวชร่วมด้วยพบว่าแพทย์ที่จบจากโรงพยาบาลรามาธิบดีประมาณผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงกว่าสถาบันอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญ (F=2.17, df=7, p=0.038) ดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยการประเมินของแพทย์ถึงอัตราร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ตนได้ให้บริการในหน่วยงานต่อวัน

สถาบัน	ร้อยละผู้ป่วยทางกาย (SD.)	ร้อยละผู้ป่วยจิตเวช (SD.)	ร้อยละผู้ป่วยกายและจิตเวช (SD.)
จุฬาลงกรณ์	68.0 (15.0)	10.4 (6.9)	21.6 (12.9)
ศิริราช	66.6 (18.6)	9.2 (7.9)	24.0 (15.4)
รามาธิบดี	57.4 (21.7)	10.1 (6.1)	32.6 (20.9)
ขอนแก่น	60.0 (19.1)	14.5 (10.3)	26.0 (15.3)
เชียงใหม่	69.9 (17.2)	10.2 (6.6)	19.9 (14.3)
สงขลานครินทร์	69.7 (18.6)	9.6 (7.0)	21.1 (15.9)
มศว.	61.5 (21.8)	10.3 (8.3)	21.7 (16.2)
อื่นๆ	65.1 (21.2)	10.7 (6.8)	23.6 (16.4)
รวม	65.3 (19.4)	10.6 (7.6)	24.2 (16.4)

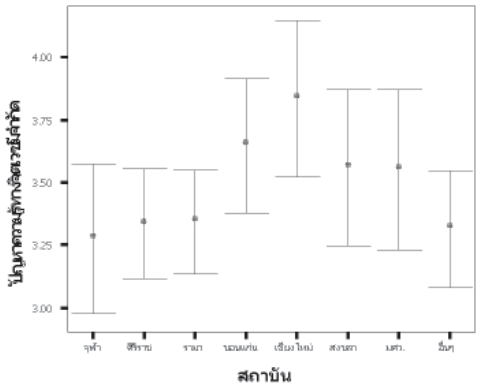
จากแบบสอบถามที่ถามความเห็นเกี่ยวกับความมั่นใจในการวินิจฉัยโรคหรือภาวะทางจิตเวชตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV โดยให้เลือกตอบ 5 ข้อ โดยให้คะแนนจากมั่นใจมากที่สุด (=5 คะแนน) ไปน้อยที่สุด (=1 คะแนน) และนำมาหาค่าเฉลี่ย พบว่าความมั่นใจในการวินิจฉัยภาวะต่างๆ ทางจิตเวชของแพทย์โดยรวมมีความมั่นใจค่อนข้างมากในภาวะที่พบบ่อยหรือมีความสำคัญ ได้แก่ กลุ่มโรควิตกกังวล(X=3.39, SD.=0.85) ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้สุราและสารเสพติด (X=3.37, SD.=0.80) กลุ่มโรคจิต (X=3.32, SD.=0.93) และมั่นใจค่อนข้างน้อยในภาวะที่พบน้อย เช่น ปัญหาจิตเวชเด็ก (X=2.32, SD.=1.04) ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยไม่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเรื่องความมั่นใจในการวินิจฉัยของแพทย์ที่จบต่างสถาบันกัน (p >0.05)

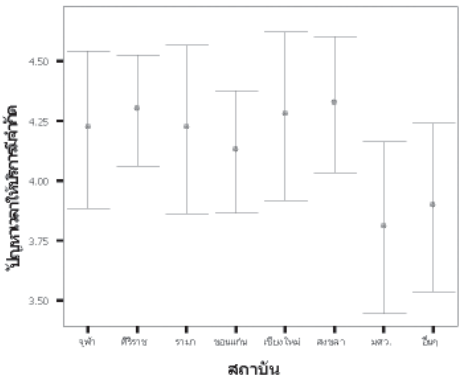
ตารางที่ 2 ความมั่นใจในการให้การวินิจฉัยโรคหรือภาวะต่างๆ ทางจิตเวช

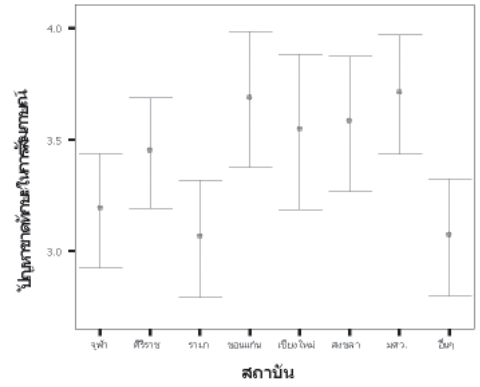
หัวข้อการวินิจฉัย	ค่าเฉลี่ย	(SD.)
Anxiety disorders	3.39	(0.85)
Alcohol and drug problems	3.37	(0.80)
Psychotic disorders	3.25	(0.94)
ปัญหาทางด้านจิตใจในผู้ป่วยที่เป็นโรคทางกาย	3.16	(0.78)
Mood disorders	2.98	(0.85)
Organic mental disorders	2.81	(0.85)
Somatoform disorders	2.68	(0.93)
ผู้ป่วยที่คาดว่ามีปัญหาทางจิตเวชแต่ไม่สามารถระบุโรคได้	2.37	(0.99)
ปัญหาจิตเวชเด็ก	2.32	(1.04)

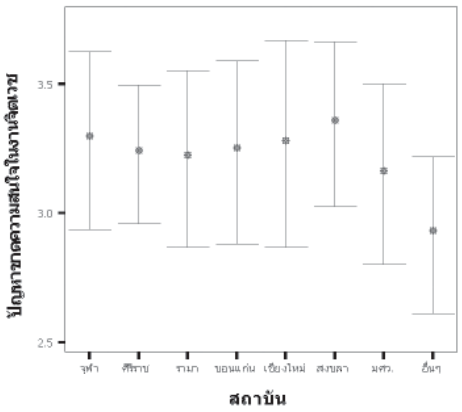
แพทย์ประเมินปัญหาในการให้การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตเวชว่า ปัญหาเวลาให้บริการมีจำกัดเป็นปัญหาซึ่งพบมากที่สุดเป็นอันดับแรก (X=4.16, SD.=0.91) รองลงมาคือ ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (X=3.81, SD.=0.81) ความรู้ทางจิตเวชที่มีจำกัด (X=3.46, SD.=0.78) ขาดทักษะในการสัมภาษณ์ (X=3.38, SD.=0.85) และขาดความสนใจในงานจิตเวช (X=3.21, SD.=0.96) ตามลำดับ ซึ่งทั้งหมดนี้พบว่าปัญหาที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามสถาบันที่แพทย์จบคือ ความรู้ทางจิตเวชที่มีจำกัด (F=2.21, df=7, p=0.034) โดยแพทย์ที่จบจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ประเมินว่ามีปัญหาด้านนี้มากกว่าแพทย์จากทุกสถาบัน และขาดทักษะในการสัมภาษณ์ (F=3.34, df=7, p=0.002) โดยแพทย์ที่จบจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ศรีนครินทร์วิโรฒน์ และสงขลานครินทร์ประเมินว่ามีปัญหาด้านนี้มากกว่าแพทย์จากทุกสถาบัน ดังแสดงในรูปที่ 1

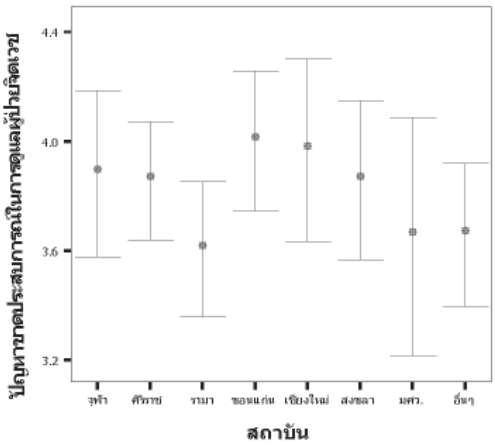
รูปที่ 1 แผนภูมิค่าเฉลี่ยปัญหาและอุปสรรคในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของแพทย์แต่ละสถาบัน











ข้อมูลการใช้ยาทางจิตเวช

อัตราการใช้ยาทางจิตเวชของแพทย์จากทุกสถาบันไม่แตกต่างกัน (p >0.05) โดยพบว่ามีการใช้ยาคลายกังวลมากที่สุด รองลงไปคือ ยาแก้ซึมเศร้า และยารักษาโรคจิต ดังแสดงในตารางที่ 3 สำหรับลิเทียมมีอัตราการใช้ยานี้น้อยมากคือเพียงแค่ร้อยละ 1.79 ของการใช้ยาทางจิตเวชทั้งหมด

ตารางที่ 3 ยาทางจิตเวชที่ใช้บ่อย

	% ของผู้ป่วยที่สั่งยาให้ (mean)	ยา 3 ลำดับแรกที่สั่งบ่อยที่สุด (ร้อยละของการสั่งยาในแต่ละกลุ่ม)		
ยาคลายกังวล	41.9	Diazepam (71.6)	Lorazepam (9.3)	Chlorazepate (9.7)
ยาแก้ซึมเศร้า	31.2	Amitriptyline (85.4)	Fluoxetine (3.9)	Nortriptyline (0.8)
ยารักษาโรคจิต	23.8	Haloperidol (84.4)	Chlorpromazine (6.2)	Perphenazine (1.4)

ยาคลายกังวลที่แพทย์ใช้บ่อยที่สุดในกลุ่มคือ Diazepam (ร้อยละ 71.6) ยาแก้ซึมเศร้าที่ใช้บ่อยคือ Amitriptyline (ร้อยละ85.4) และยารักษาโรคจิต ร้อยละ 84.4 ของแพทย์ใช้ haloperidol

ส่วนความมั่นใจในการใช้ยาของแพทย์นั้น แบบสอบถามให้เลือกตอบ 5 ข้อเหมือนกับความมั่นใจในการวินิจฉัยโรค คือให้คะแนนจากมั่นใจมากที่สุด (= 5 คะแนน) ไปน้อยที่สุด (= 1 คะแนน) และนำมาหาค่าเฉลี่ย พบว่าแพทย์มีความมั่นใจในการใช้ยาคลายกังวลมากที่สุด (X=3.64, SD.=0.65) รองลงไปเป็นยาแก้ซึมเศร้า (X=3.30, SD.=0.71) ยารักษาโรคจิต (X=2.85, SD.=0.69) และลิเทียม (X=1.43, SD.=0.68) เป็นอันดับสุดท้าย โดยความมั่นใจในการใช้ยาทางจิตเวชของแพทย์แต่ละสถาบันนั้นไม่ได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p >0.05)

ตารางที่ 4 การรู้จักยาและเคยใช้ยาใหม่ๆ ทางจิตเวชของแพทย์

ยา	รู้จัก	ไม่รู้จัก	เคยใช้	ไม่เคยใช้
Escitalopram (Lexapro)	18 (6.5)	246 (88.5)	1 (0.4)	161 (57.9)
Fluvoxamine (Faverin)	44 (15.8)	218 (78.4)	4 (1.4)	158 (56.8)
Fluoxetine (Prozac)	209 (75.2)	22 (7.9)	132 (47.5)	96 (34.5)
Mianserine (Tolvon)	84 (30.2)	177 (63.7)	10 (3.6)	160 (57.6)
Mirtazapine (Remeron)	27 (9.7)	230 (82.7)	0 (0.0)	161 (57.9)
Paroxetine (Seroxat)	53 (19.1)	207 (74.5)	2 (0.7)	162 (58.3)
Sertraline (Zoloft)	113 (40.6)	143 (51.4)	19 (6.8)	165 (59.4)
Venlafaxine (Efexor XR)	13 (4.7)	250 (89.9)	0 (0.0)	157 (56.5)
Olanzapine (Zyprexa)	63 (22.7)	198 (71.2)	2 (0.7)	163 (58.6)
Risperidone (Risperidone)	178 (64.0)	75 (27.0)	145 (34.1)	30 (7.1)

จากตารางที่ 4 จะเห็นว่าแพทย์ส่วนใหญ่จะรู้จักยาใหม่ คือ Fluoxetine มากที่สุด รองลงมาคือ Risperidone และ Sertraline ยาใหม่อื่นๆ นอกจากนี้แพทย์จะยังไม่ค่อยรู้จัก การรู้จักยาของแพทย์จากสถาบันต่างๆ นั้นไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) ยกเว้นเพียงยา 4 ขนานที่พบว่าแพทย์รู้จักต่างกัน คือ Mirtazapine แพทย์จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย(ร้อยละ 33.3) รู้จักยานี้มากกว่าแพทย์ที่จบจากหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ซึ่งไม่มีรายงานว่ารู้จักยานี้ อย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) Sertraline แพทย์ที่จบจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ร้อยละ6.5) รู้จักยานี้น้อยกว่า แพทย์จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ร้อยละ 51.5) ศิริราชพยาบาล (ร้อยละ60.0) และรามาธิบดี (ร้อยละ72.2) อย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) แพทย์ที่มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ร้อยละ19.4) ก็รู้จักยานี้น้อยกว่า แพทย์ที่จบจากศิริราชพยาบาล และรามาธิบดี อย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) Venlafaxine แพทย์จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ร้อยละ 33.3) รู้จักยานี้มากกว่าแพทย์ที่จบจากมหาวิทยาลัยขอนแก่นและมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ซึ่งไม่มีรายงานว่ารู้จักยานี้ อย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) Risperidone แพทย์จากศิริราชพยาบาล (ร้อยละ 89.1) และรามาธิบดี (ร้อยละ86.5) รู้จักยานี้มากกว่าแพทย์ที่จบจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ร้อยละ36.7) อย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$)

ส่วนการเคยใช้ยาของแพทย์จากสถาบันต่างๆ นั้นไม่มีความแตกต่างกัน ในการสำรวจนี้พบว่ามีแพทย์เคยใช้ยา Fluoxetine มากที่สุด รองลงมาคือ Risperidone

ข้อมูลการให้การวินิจฉัยผู้ป่วยตัวอย่าง

โจทย์ผู้ป่วยตัวอย่างคือ

"ผู้ป่วยหญิงคู่อายุ 40 ปี อาชีพแม่บ้าน มาพบด้วยเรื่องปวดศีรษะ อ่อนเพลียมานาน 1 เดือน ผู้ป่วยแจ้งว่ามักมีอาการหายใจขัด บางครั้งใจสั่น เบื่ออาหาร นอนหลับๆ ตื่นๆ จิตใจหดหู่ เบื่อหน่ายไปหมด คิดฟุ้งซ่าน เวลาคิดมากจะปวดหัว อ่อนเพลียไปหมด ส่วนใหญ่จะคิดกลุ้มใจเรื่องสามีเจ้าชู้ กลัวว่าถ้ามีภรรยาน้อยแล้วตนเองกับลูกจะลำบาก ตรวจร่างกายพบว่าค่อนข้างผอม ชีดเล็กน้อย vital signs อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่พบความผิดปกติอื่น

หากท่านพบผู้ป่วยกรณีเช่นนี้ที่แผนกผู้ป่วยนอก ท่านจะเขียนการวินิจฉัยว่า....."

ตารางที่ 5 การให้การวินิจฉัยผู้ป่วยตัวอย่างของแพทย์จากสถาบันต่างๆ

	Anxiety spectrum	Depressive spectrum	Mix anxiety-depression	อื่นๆ	ไม่ตอบ	รวม
จุฬาลงกรณ์ (%)	22 (64.7)	10 (29.4)	1 (2.9)	1 (2.9)	0 (0)	34
ศิริราช (%)	20 (40.8)	15 (30.6)	8 (16.3)	4 (8.2)	2 (4.1)	49
รามาธิบดี (%)	16 (42.1)	16 (42.1)	5 (13.2)	1 (2.6)	0 (0)	38
ขอนแก่น (%)	27 (75.0)	5 (13.9)	1 (2.8)	3 (8.3)	0 (0)	36
เชียงใหม่ (%)	17 (56.7)	7 (23.3)	2 (6.7)	3 (10.0)	1 (3.3)	30
สงขลานครินทร์ (%)	19 (54.3)	14 (40.0)	1 (2.9)	1 (2.9)	0 (0)	35
มศว. (%)	13 (65.0)	4 (20.0)	1 (5.0)	0 (0)	2 (10.0)	20
อื่นๆ (%)	22 (62.9)	9 (25.7)	2 (5.7)	2 (5.7)	0 (0)	35
รวม (%)	**156 (100)**	**80 (56.3)**	**21 (28.9)**	**15 (7.6)**	**5 (5.4)**	**277 (1.8)**

พบว่าการให้การวินิจฉัยทางจิตเวชของแพทย์จากทุกสถาบันให้การวินิจฉัยเป็นโรคใน Anxiety spectrum (ได้แก่ Anxiety disorders, Anxiety, Generalized anxiety disorder) ร้อยละ 56.3 ซึ่งมากกว่า Depressive spectrum (ได้แก่ Depressive disorder, Depression, Major depressive disorder) ที่แพทย์วินิจฉัยเพียงร้อยละ 28.9 มีเพียงแพทย์ที่จบจากรามาธิบดีเท่านั้นที่ให้การวินิจฉัยเท่ากันทั้งสอง spectrums แต่ก็ไม่พบว่ามีความแตกต่างไปอย่างมีนัยสำคัญจากแพทย์จากทุกสถาบัน (χ^2=7.57, df=4,p=0.11) (ตารางที่ 5) ส่วน Mixed anxiety-depression (ได้แก่ Anxiety and depression, Generalized anxiety disorder with depression, Anxiety-depressive disorder) มีการวินิจฉัยเพียงร้อยละ 7.6

วิจารณ์

จากผลการศึกษาทั้งหมดจะเห็นว่าหลักสูตร การจัดการเรียนการสอน ระยะเวลาในการสอน บรรยากาศการเรียนการสอน และการประเมินผลการเรียนรู้ของวิชาจิตเวชศาสตร์ที่แตกต่างกันไปของโรงเรียนแพทย์แต่ละสถาบันอาจมีผลต่อการปฏิบัติงานของแพทย์ที่จบไปปฏิบัติงานให้บริการทางจิตเวชบ้างบางส่วน ดังเช่นการประเมินอัตราการวินิจฉัย ผู้ป่วยที่มีโรคทางกายโดยมีปัญหาทางจิตเวชร่วมด้วยนั้น แพทย์ที่จบจากรามาธิบดีประเมินว่ามีอัตราสูงกว่าแพทย์ที่จบจากสถาบันต่างๆ ทั้งนี้อาจเกิดจากการให้ความสำคัญของปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยกายของแพทย์จากสถาบันนี้ แต่โดยรวมแล้ว

การประเมินอัตราการวินิจฉัยผู้ป่วยมีปัญหาทางจิตเวชอย่างเดียวของแพทย์จากทุกสถาบันยังไม่ได้มีความแตกต่างกัน

ส่วนความมั่นใจในการวินิจฉัยโรคของแพทย์แต่ละสถาบันนั้นไม่มีความแตกต่างกันและมีแนวโน้มเป็นไปตามความชุกของภาวะหรือโรคทางจิตเวช คือยิ่งพบมากก็จะยิ่งมั่นใจในการวินิจฉัยภาวะหรือโรคนั้นๆมากขึ้น และเมื่อดูการวินิจฉัยผู้ป่วยตัวอย่างของการศึกษานี้ประกอบ พบว่าแพทย์จากทุกสถาบันให้การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยตัวอย่างในการศึกษานี้ได้ใกล้เคียงกัน โดยผู้ป่วยตัวอย่างที่กำหนดให้มีอาการคละกันระหว่างอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า และอาการทางกายซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในโรงพยาบาลชุมชน แนวโน้มส่วนใหญ่พบว่าแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยอยู่ใน anxiety spectrum มากกว่า depressive spectrum หรือ mixed anxiety - depression

ปัญหาในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชนั้นพบว่าได้ผลคล้ายคลึงกับการศึกษาที่เคยทำมา [7] ปัญหาที่สำคัญยังคงเหมือนเดิมคือ เวลาให้บริการมีจำกัด เนื่องจากการให้บริการผู้ป่วยของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนนั้นต้องดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ในการศึกษานี้แพทย์ส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วย 50 รายต่อวันซึ่งก็ยังถือว่ามากสำหรับการที่จะสัมภาษณ์ผู้ป่วยให้ได้รายละเอียดต่างๆ เพียงพอที่จะให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดทางจิตเวชได้ ในต่างประเทศได้มีการพยายามพัฒนาวิธีสัมภาษณ์ผู้ป่วยในเวลาสั้นๆ[8] และนำแบบคัดกรองต่างๆ เข้ามาช่วยในการวินิจฉัย[9-11] ซึ่งอาจจะเป็นเรื่องที่โรงเรียนแพทย์ควรให้ความสนใจทั้งการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในเวลาที่สั้นลงและการนำแบบคัดกรองเข้ามาช่วยในระหว่างการเรียนวิชาจิตเวชศาสตร์ ส่วนปัญหาการขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และความรู้ทางจิตเวชที่มีจำกัดก็เป็นปัญหาที่สำคัญของการศึกษานี้ โรงเรียนแพทย์อาจต้องพิจารณามากขึ้นว่าจะจัดประสบการณ์การเรียนการสอน และเวลาในการเรียนรู้อย่างไรที่จะช่วยลดปัญหาทั้งสองนี้ลงได้ ปัญหาขาดทักษะในการสัมภาษณ์ และปัญหาขาดความสนใจในงานจิตเวชดูจะเป็นปัญหาน้อยกว่า[3] ปัญหาแรกแต่ก็ยังเป็นสิ่งที่ควรได้รับความสนใจเช่นกัน ขณะเดียวกันความแตกต่างของหลักสูตร การจัดการเรียนการสอนวิชาจิตเวชศาสตร์ของแต่ละสถาบันอาจส่งผลต่อปัญหาการวินิจฉัยของแพทย์ด้วยดังในการศึกษานี้ที่พบว่าแพทย์ที่จบจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ประเมินว่ามีปัญหาความรู้ทางจิตเวชที่จำกัดมากกว่าแพทย์จากสถาบันอื่นๆ และแพทย์ที่จบจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ศรีนครินทรวิโรฒน์ และสงขลานครินทร์ประเมินว่ามีปัญหาขาดทักษะในการสัมภาษณ์มากกว่าแพทย์ที่จบจากสถาบันอื่นๆ

อัตราการใช้ยาของแพทย์จากแต่ละสถาบันไม่มีความแตกต่างกัน พบว่ามีการใช้ยาคลายกังวลมากกว่ายากลุ่มอื่น ทั้งนี้คงสืบเนื่องมาจากภาวะของโรคที่แพทย์ให้การวินิจฉัยบ่อยนั่นเอง มีการใช้ยา Diazepam อยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งก็ยังเป็นยาที่เหมาะสมและใช้ได้ดีกับผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวล ส่วนยาแก้ซึมเศร้านั้นแพทย์ส่วนใหญ่ยังใช้ยา Amitriptyline อยู่ ซึ่งโรงเรียนแพทย์อาจจะต้องให้ความสนใจมากขึ้น เพราะมีการศึกษาพบว่าการใช้ยาแก้ซึมเศร้าของแพทย์เวชปฏิบัตินั้นยังให้ขนาดยาที่ไม่ค่อยเพียงพอต่อการรักษาอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยได้[12-13] โดยเฉพาะการให้ยา Amitriptyline ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Tricyclic antidepressont มีรายงานพบว่าการให้ยาแก้ซึมเศร้าชนิด SSRI มักจะให้ขนาดที่เพียงพอรักษาผู้ป่วยได้มากกว่าการให้ยาในกลุ่ม Tricyclics[13] อีกทั้งยาแก้ซึมเศร้าชนิด SSRI นั้นมีความปลอดภัยและผลข้างเคียงน้อยกว่ายากลุ่ม tricyclic ด้วย ส่วนยารักษาโรคจิตที่แพทย์ส่วนใหญ่ให้ คือ Haloperidol นั้นยังคงเป็นยาที่เหมาะสมและปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิอยู่

การเรียนรู้ยาใหม่ๆ ทางจิตเวชของแพทย์ในการศึกษานี้ยังมีอยู่น้อย ยาที่แพทย์รู้จักมากที่สุดในการศึกษานี้คือ Fluoxetine ซึ่งเป็นยาแก้ซึมเศร้า และ

Risperidone เป็นยารักษาโรคจิตเนื่องจากเป็นยาในบัญชียาหลัก พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของแพทย์รู้จักยาทั้งสองตัวนี้ แต่แพทย์ที่เคยใช้ยาทั้งสองตัวนี้ก็ยังมีเพียงประมาณครึ่งเดียวของแพทย์ที่รู้จักยา ทั้งนี้ประสบการณ์การใช้ยายังอาจมีน้อยอยู่ ซึ่งในอนาคตอันใกล้นี้อาจจะมียาใหม่ๆ ทางจิตเวชในท้องตลาดมากขึ้น ซึ่งราคายาอาจจะถูกลง และผลข้างเคียงก็มีน้อยกว่ายาเก่าๆ จึงจำเป็นที่โรงเรียนแพทย์จะต้องให้มีการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาได้มีความรู้และมีประสบการณ์ในการใช้ยากลุ่มใหม่ๆ เหล่านี้ให้มากขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการให้แพทย์เวชปฏิบัติที่ดูแลผู้ป่วยตอบแบบสอบถามกลับมา การประมาณอัตราการให้การวินิจฉัยโรค การให้ยา หรือแม้กระทั่งการประเมินความมั่นใจและปัญหาอุปสรรคต่างๆ จะยังเป็นความคิดเห็นของแพทย์แต่ละท่าน ซึ่งอาจจะไม่ใช่ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงในทางปฏิบัติ แต่อย่างน้อยก็สะท้อนภาพกว้างให้เข้าใจถึงการให้การบริการทางจิตเวชของแพทย์ที่จบจากสถาบันต่างๆ ซึ่งจะยังประโยชน์ให้โรงเรียนแพทย์ได้เข้าใจและเตรียมความพร้อมให้แพทย์ที่จะจบออกไปปฏิบัติงานทางด้านจิตเวชให้ดีมากขึ้น การศึกษานี้ไม่ได้ถามถึงการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องระยะเวลาการให้การรักษาว่าเพียงพอหรือไม่ ซึ่งถ้าไม่เพียงพอก็จะเป็นปัญหาในการรักษาอีกอย่างหนึ่ง [13] อีกทั้งการรักษาทางด้านจิตใจต่างๆ เช่น การทำจิตบำบัด การให้คำปรึกษา ซึ่งการใช้การศึกษาโดยวิธีตอบแบบสอบถามนี้เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก อาจจะต้องใช้วิธีการศึกษาแบบอื่น เช่นการสัมภาษณ์เป็นต้น

สรุป

การศึกษานี้เป็นการสำรวจการให้บริการทางจิตเวชของแพทย์เวชปฏิบัติที่จบแพทยศาสตร์บัณฑิตจากสถาบันต่างๆ ในประเทศไทยนั้นโดยใช้แบบสอบถาม พบว่าแพทย์ที่จบจากทุกสถาบันประเมินว่ามีการให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชในจำนวนใกล้เคียงกัน ความมั่นใจในการวินิจฉัยโรคอยู่ในระดับเดียวกัน มีปัญหาในการวินิจฉัยที่คล้ายกัน ปัญหาที่สำคัญที่สุดคือเรื่องเวลาที่มีจำกัด การใช้ยาทางจิตเวชและความมั่นใจในการใช้ยาก็เป็นไปในทางเดียวกันคือ ยาคลายกังวล เป็นยาที่ใช้บ่อยก็จะมีความมั่นใจในการใช้ยานี้มากกว่าตัวที่ไม่ค่อยได้ใช้ เช่น ลิเทียม

มีความแตกต่างในการให้บริการของแพทย์ในแต่ละสถาบันบ้างในเรื่องของการให้วินิจฉัยผู้ป่วยโรคทางกายที่มีปัญหาทางจิตเวช การประเมินปัญหาในการวินิจฉัยโดยเฉพาะความรู้ที่มีจำกัด และขาดทักษะในการสัมภาษณ์ ส่วนการรู้จักยาใหม่ทางจิตเวชนั้นอาจจะมีความแตกต่างกันไปบ้าง แต่อย่างไรก็ตามการเคยได้ใช้ยาใหม่ๆ เหล่านี้ของแพทย์ทุกสถาบันก็ไม่ได้มีความแตกต่างกัน โดยทั้งหมดนี้จะเป็นข้อมูลที่สำคัญต่อไปในการพิจารณาปรับปรุงหลักสูตรหรือการเรียนการสอนทางจิตเวชให้เหมาะสมกับการให้บริการทางจิตเวชต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Exeter PB. Effective treatments for mental illness not being used, WHO says. 2001;323:769.
2. Joukamaa M, Lehtinen V, Karlsson H. The ability of general practitioners to detect mental disorders in primary health care. Acta Psychiatr Scand 1995; 91:52-6.
3. Fink P. Psychiatry and the primary care physician. Hosp Comm Psychiatr 1985;36 :870-5.

4. Thomson T, Mitchell W, House R. Geriatric psychiatry patients' care by primary care physicians. Psychosomatics. Psychosomatics 1989;30 :65-72.
5. Horner D, Asher K. General practitioners and mental health staff sharing patient care: working model. Australas Psychiatry 2005;13 :176-80.
6. Crews C, Batal H, Elasy T, Casper E, Mehler PS. Primary care for those with severe and persistent mental illness. West J Med 1998;169 :245-50.
7. รัตนา สายพานิชย์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งภัค, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. การสำรวจการให้บริการด้านจิตเวชนระดับโรงพยาบาลชุมชน วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2541;43 :303-15.
8. Zimmerman M. A five-minute psychiatric screening inerview. J Fam Practice 1993;37 :479-82.
9. Holi M, Marttunen M, Aalberg V. Comparison of the GHQ-36, the GHQ-12 and the SCL-90 as psychiatric screening instruments in the Finnish population. Nord J Psychiatry 2003;57 :233-8.
10. MCQuaid J, Stein M, McCahill M, Laffaye C, Ramel W. Use of brief psychiatric screening measures in a primary care sample. Depress Anxiety 2000;12 :21-9.
11. Henkel V, Mergl R, Coyne J, Kohnen R, Moller H, Hegerl U. Screening for depression in primary care: will one or two items suffice? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2004;254 :215-23.
12. Donoghue JM, Tylee A. The treatment of depression: prescribing patterns of antidepressants in primary care in the UK. Br J Psychiatry 1996;168 :164-8.
13. Van Os TWDP, Van den Brink RHS, Jenner JA, Van der Meer K, Tiemens B, Ormel J. Effects on depression pharmacotherapy of a Dutch general practitioner training program. J Affect Disorders 2002; 71: 105-11.