

การปรึกษาปัญหาทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวหิน ระหว่าง พ.ศ. 2554-2564

พัชราภรณ์ มาลีเวช พ.บ.,วว. จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น, วว. จิตเวชศาสตร์

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลหัวหิน

Received: Aug 4, 2022

Revised: Dec 23, 2022

Accepted: Dec 29, 2022

บทคัดย่อ

ที่มา: จิตเวชศาสตร์รับปรึกษา เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคทางกายที่มีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย โดยเด็กและวัยรุ่นที่มีความเจ็บป่วยทางกายมักมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปกติในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์รับปรึกษาในเด็กและวัยรุ่นไม่มากนัก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ที่มีขนาดใหญ่

วัตถุประสงค์: เพื่อทราบข้อมูลทั่วไปทางประชากรศาสตร์ และความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลหัวหิน รับปรึกษาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2554 ถึง ธันวาคม 2564 ตลอดจนเหตุผลและอาการสำคัญที่ส่งปรึกษา ความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ผู้ส่งปรึกษา และแพทย์ผู้รับปรึกษา รวมทั้งรูปแบบการรักษาและการตรวจติดตามภายหลังสิ้นสุดการรักษาแบบผู้ป่วยในเพื่อเป็นข้อมูลพัฒนาการบริการในด้านการรับปรึกษาทางจิตเวช

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังในผู้ป่วยในทุกราย ที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลหัวหิน รับปรึกษา ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2554 ถึง ธันวาคม 2564 เก็บข้อมูลต่างๆ แล้วนำมาวิเคราะห์ หาค่าความถี่แบบร้อยละและค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นรับปรึกษาทั้งโรงพยาบาล ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2554 ถึง ธันวาคม 2564 มีจำนวนทั้งหมด 118 ราย เป็นเพศชาย 39 ราย เพศหญิง 79 ราย อายุเฉลี่ย 11.8 ปี กลุ่มอายุที่ส่งปรึกษามากที่สุดคือ 14 ปี แผนกที่ส่งปรึกษามากที่สุดคือ กุมารเวชกรรม คิดเป็นร้อยละ 66.1 สาเหตุที่ส่งปรึกษา ร้อยละ 79.7 เพื่อการรักษาที่เหมาะสม ร้อยละ 72.9 มีการบรรยายอาการโดยไม่ระบุการวินิจฉัยทางจิตเวช เริ่มต้นในการส่งปรึกษา การวินิจฉัยสุดท้ายที่พบบ่อยที่สุดคือ Adjustment disorder จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.4 ผู้ป่วยร้อยละ 94.1 ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช มีเพียง 7 ราย (ร้อยละ 5.9) ที่ไม่มีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาโดยรูปแบบการไม่ใช้ยา ผู้ป่วยจำนวน 54 ราย (คิดเป็นร้อยละ 45.8) มีรูปแบบการรักษาด้วยการใช้ยาร่วมด้วย ผู้ป่วยร้อยละ 62.52 มาตรวจตามนัดหลังสิ้นสุดการรักษาแบบผู้ป่วยใน

สรุป: การส่งปรึกษาทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น มีความสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่รับไว้ในโรงพยาบาล ช่วยลดความรุนแรงของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิต และช่วยป้องกันปัญหาทางจิตเวชที่อาจเกิดขึ้นได้ต่อไป ปัญหาการปรับตัวที่พบได้บ่อยในผู้ป่วย มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างบูรณาการ ทั้งการรักษาด้วยการใช้ยาและการทำจิตสังคมบำบัด รวมถึงการตรวจติดตามภายหลังจาสิ้นสุดการรักษาแบบผู้ป่วยในแล้ว

คำสำคัญ: การปรึกษาปัญหาทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น ความชุกของโรคทางจิตเวช อาการสำคัญ รูปแบบการรักษา

Child and Adolescent Psychiatric Consultation to Pediatric Inpatients at Hua Hin Hospital between 2011-2021

Pacharaporn Maleevach, M.D., Dip., Thai Board of Child and Adolescent Psychiatry

Dip., Thai Board of Psychiatry

Division of Psychiatry and Addiction Hua Hin Hospital

Received: Aug 4, 2022

Revised: Dec 23, 2022

Accepted: Dec 29, 2022

Abstract

Background: Consultation-Liaison psychiatry is the consultation service provided for a patient with a physical illness and possibly with a psychiatric problem(s) as well. This is because child and adolescent patients bear higher risks of psychiatric problem(s) than normal child and adolescent do. However, there are few studies on child and adolescent consultation-liaison psychiatry in Thailand, most of them are conducted in major medical schools.

Objective: The aim of this study is to collect the socio-demographic data as well as the prevalence of psychiatric diagnosis among the hospitalized child and adolescent patients at the Psychiatric and Addiction Department, Hua Hin Hospital between June 2011 and December 2021. The data collection also includes the patients' symptoms; reasons for referral to psychiatric consultation; the compatibility of diagnosis between the referring doctors and psychiatrists; as well as the patterns of treatments; and follow-up treatment after hospital discharge. The results of the study will be used to improve the psychiatric service at Hua Hin Hospital.

Method: The retrospective study has been conducted among hospitalized patients consulted at the Child and Adolescent Psychiatric Unit, the Psychiatric and Addiction Department between June 2011 and December 2021. The data analysis is made by using percentage and average.

Results: One hundred and eighteen patients were totally referred to the Child and Adolescent Unit between June 2011 and December 2021. There were 39 male, and 79 female patients. Their average age was 11.8 years old. The majority age group was 14 years old. Referrals made by the Pediatric Department were of the highest percentage (66.1%). The main reason for referrals was to assure proper treatment (72.9%). In most cases (72.9%), the patients' symptoms were described without any specific psychiatric diagnosis. The most common psychiatric diagnosis was "adjustment disorder" (37 patients, 31.4%). Most of the patients (94.1%) received psychiatric diagnosis. Whereas, 5.9% (7 patients) did not receive a psychiatric

diagnosis. The study has revealed that all the patients received non-pharmacological treatments. While, 45.8% (54 patients) received pharmacological treatments. After being discharged, 62.5% of patients came back for follow-up consultation.

Conclusion: Child and adolescent psychiatric consultation is an important part of the treatment plan among hospitalized child and adolescent patients. It will not only help decrease the severity of patients' distress but also increase quality of their lives as well as preventing further psychiatric problems. The most common problem among the patients were adjustment disorder that needs the holistic treatment approach including pharmacological and psychosocial treatments together with follow-up care after hospital discharge.

Keywords: Child and adolescent psychiatric consultation-liaison, prevalent of psychiatric disorder, chief complaint, psychiatric treatment

บทนำ

จิตเวชศาสตร์รับปรึกษา (Consultation-Liaison psychiatry) เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคทางกายที่มีปัญหาสุขภาพจิตแก่แพทย์เจ้าของไข้¹ โดยมีลักษณะที่แตกต่างจากจิตเวชศาสตร์ทั่วไปคือ มีโรคทางกายและโรคทางจิตเวชที่เกิดขึ้นร่วมกัน² ในเด็กที่มีความเจ็บป่วยทางกายมักพบว่า มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปกติ³

จากรายงานพบว่า ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีปัญหาทางจิตเวช ในขณะที่เข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล⁴ บ่อยครั้งที่ปัญหาเหล่านี้ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โดยไม่จำเป็น⁵ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคทางกายที่มีโรคทางจิตเวชโดยไม่ได้รับการวินิจฉัยนั้น จะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง⁶ การวินิจฉัยและการรักษาทางจิตเวชที่ถูกต้อง และเหมาะสมตั้งแต่แรก จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง จะช่วยลดความรุนแรงของโรค ช่วยลดระยะเวลาการนอนรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์รักษาพยาบาลได้⁷ ขอบเขตของจิตเวชศาสตร์รับปรึกษา ได้แก่การเข้าใจผลกระทบของความเจ็บป่วยทางกายกับสภาวะทางจิตและสังคม ซึ่งจะนำไปสู่การประเมิน และการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม¹

การรับปรึกษาทางจิตเวชสำหรับผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกา เริ่มขึ้นตั้งแต่ ค.ศ. 1960 และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีหลายการศึกษาพบปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยเด็กที่ป่วยด้วยโรคทางกายสูงถึงร้อยละ 15-20 และแพทย์ฝ่ายกายสามารถตรวจพบปัญหาทางจิตใจเหล่านี้ น้อยกว่าที่เป็นจริง⁶ บางรายงานพบว่าเด็กที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จะมีโอกาสเจ็บป่วยทางจิตใจสูงกว่าเด็กทั่วไปประมาณ 2-4 เท่า⁷ การประเมินทางจิตเวชเด็กต้องอาศัยการรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่ง ทั้ง

ประวัติจากบิดามารดา การสัมภาษณ์ และการตรวจสภาพจิตผู้ป่วยด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับระดับพัฒนาการ การประเมินทางร่างกาย และการหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่น เช่น ข้อมูลจากโรงเรียน และการเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้อาจต้องมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่งทดลองทางจิตวิทยาหรือตรวจอื่นๆ เพื่อให้สามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง และประมวลผลความเข้าใจปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทางชีวภาพ ทางจิตใจ และสังคม ทั้งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหา และที่เป็นปัจจัยปกป้อง ทั้งนี้เพื่อวางแผนการช่วยเหลือแบบองค์รวม⁸

หลายประเทศทั่วโลกมีการศึกษาการรับปรึกษาทางจิตเวชในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น ส่วนในประเทศไทยยังมีการศึกษาไม่มากนัก การศึกษาการรับปรึกษาทางจิตเวชในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นพบว่า 2 ใน 3 การศึกษามีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย ได้แก่ Adjustment disorder^{9,10} แตกต่างจากอีก 1 การศึกษาพบ Major depressive disorder บ่อยที่สุด¹¹ อย่างไรก็ตามยังไม่เคยมีการศึกษาการรับปรึกษาทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของแผนกผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลที่ไม่ใช่โรงเรียนแพทย์มาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกของภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นของแผนกผู้ป่วยในที่ส่งปรึกษา รวมถึงข้อมูลพื้นฐานต่างๆ รวบรวมให้เป็นระบบ นอกจากประโยชน์ในการศึกษาวิจัยในเชิงลึกต่อไปในอนาคตแล้วยังมีประโยชน์ในการพัฒนาระบบการให้บริการรับปรึกษาของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น อันจะนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เพิ่มอัตราการเข้าถึงโรคทางจิตเวชให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580)¹² และเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้เกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์รับปรึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกของภาวะทางจิตเวชในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นของแผนกผู้ป่วยใน ที่ส่งปรึกษาแผนกจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลหัวหิน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2564 รวมทั้งข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เหตุผลและอาการสำคัญที่ส่งปรึกษา ความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรค รูปแบบการรักษา และการติดตามภายหลังสิ้นสุดการรักษาแบบผู้ป่วยใน

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยทำการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยมีแหล่งที่มาของข้อมูลจากเอกสารบันทึกการรับปรึกษาของแผนกจิตเวชและยาเสพติดในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 15 ปี รายงานการตรวจประเมินทางจิตเวชของแผนกจิตเวชและยาเสพติด ข้อมูลทั่วไปและการตรวจติดตามของผู้ป่วยจิตเวชและวัยรุ่นจากแฟ้มแยก รวมถึงข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์จากคอมพิวเตอร์ ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลหัวหิน หมายเลขโครงการ RECHHH 025/2564 ลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การกรอกแบบเก็บข้อมูลที่ออกแบบขึ้น เพื่อจำแนกข้อมูลเป็นหมวดหมู่

ประกอบด้วย ข้อมูลประชากร ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับครอบครัวและผู้เลี้ยงดู ข้อมูลทางคลินิก เช่น จำนวนครั้งของการรักษาแบบผู้ป่วยใน ปัญหาหรือโรคทางกาย สาเหตุที่ส่งปรึกษา อาการสำคัญ การวินิจฉัยโรคของแพทย์ผู้รับปรึกษา รูปแบบการรักษา การนัดตรวจติดตามภายหลังสิ้นสุดการรักษาแบบผู้ป่วยใน เป็นต้น ข้อมูลต่างๆที่ได้รับจากใบส่งปรึกษา เช่น หน่วยงานที่ส่งปรึกษา สภาพหอผู้ป่วย สาเหตุที่ส่งปรึกษา โรคประจำตัวหรือโรคทางกาย การวินิจฉัยของแพทย์ผู้ส่งปรึกษา เป็นต้น และรายงานการตรวจประเมินทางจิตเวชโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยในทั้งหมดที่ส่งปรึกษามายังแผนกจิตเวชและยาเสพติด ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 15 ปี ในช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ส่วนเกณฑ์การคัดออกของผู้เข้าร่วมวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลก่อนที่จะได้รับการประเมินจากจิตแพทย์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel 2019 ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เป็นต้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลประชากรดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลประชากร

	ความถี่ (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (S.D.)
เพศ		
ชาย	39 (31.1)	
หญิง	79 (66.9)	
อายุ (ปี)		11.8 (4.4)
ที่อยู่ปัจจุบัน		
อำเภอหัวหิน	93 (78.8)	
ไม่ใช่อำเภอหัวหิน	25 (21.2)	
อาศัยอยู่กับ		
บิดา และ/หรือ มารดา และ/หรือ พี่น้อง	81 (68.6)	
ไม่ใช่ บิดา/มารดา/พี่น้อง	24 (20.4)	
ไม่ระบุ	13 (11.0)	
จำนวนสมาชิกในบ้าน		
2 คน	7 (5.9)	
3 คน	30 (25.4)	
4 คน	25 (21.2)	
ตั้งแต่ 5 คน ขึ้นไป	31 (26.3)	
ไม่ระบุ	25 (21.2)	
เชื้อชาติ		
ไทย	114 (96.6)	
อื่นๆ เช่น พม่า กะเหรี่ยง ฯลฯ	4 (3.4)	
สถานภาพการศึกษา		
กำลังศึกษา	73 (61.9)	
อื่นๆ เช่น เคยศึกษาแต่ออกแล้ว พักการศึกษา ฯลฯ	27 (22.9)	
ไม่ระบุ	18 (15.3)	
การศึกษาขั้นสูงสุด		
อนุบาล	6 (6.7)	
ประถมศึกษา	44 (48.9)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	34 (37.8)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	6 (6.7)	
ระดับผลการศึกษา		
ดีมาก (เกรดตั้งแต่ 3.5 หรือคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	8 (8.9)	
ดี (เกรดตั้งแต่ 3.0 ถึง 3.49 หรือคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 70-79.99)	10 (11.1)	
ปานกลาง (เกรดตั้งแต่ 2.0 ถึง 2.99 หรือคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 50-69.99)	32 (35.6)	
ไม่ดี (เกรดน้อยกว่า 2.0 หรือคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50 หรือต้องซ้ำชั้น)	35 (38.9)	
ไม่ระบุ	5 (5.6)	

ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างการศึกษา 118 ราย เป็นเพศชาย 39 ราย (ร้อยละ 31.1) เพศหญิง 79 ราย (ร้อยละ 66.9) มีอายุตั้งแต่ 1 เดือนถึง 15 ปี อายุเฉลี่ย 11.8 ปี และอายุที่พบมากที่สุดคือ 14 ปี จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 21.2) ส่วนใหญ่มีที่อยู่ในอำเภอหัวหิน 93 ราย (ร้อยละ 78.8) อาศัยอยู่กับบิดา และ/หรือ มารดา และ/หรือ พี่น้อง จำนวน 81 ราย

(ร้อยละ 68.6) ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในบ้าน 3 คน จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 25.4) ผู้ป่วยจำนวน 114 ราย (ร้อยละ 96.6) มีเชื้อชาติไทย สถานภาพการศึกษาส่วนใหญ่กำลังศึกษา จำนวน 73 ราย (ร้อยละ 61.9) อยู่ชั้นประถมศึกษา จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 48.9) และผลการเรียนไม่ดีมีมากที่สุด จำนวน 35 ราย (ร้อยละ 38.9)

ตารางที่ 2 ประวัติครอบครัว

	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (S.D.)
ผู้เลี้ยงดูหลัก		
มารดาเลี้ยงดูเป็นหลัก	36 (30.5)	
บิดาและมารดา	22 (18.6)	
อื่นๆ เช่น บิดา ปู่ ย่า ตา ยาย พี่เลี้ยง ฯลฯ	36 (30.5)	
ไม่ระบุ	24 (20.3)	
บิดา อายุ (ปี)		40 (7.3)
การศึกษาสูงสุด ชั้นประถมศึกษา	32 (27.1)	
อาชีพ ผู้ใช้แรงงาน/กรรมกร	22 (18.6)	
ไม่ระบุ	48 (38.1)	
มารดา อายุ (ปี)		37.5 (6.7)
การศึกษาสูงสุด ชั้นประถมศึกษา	24 (20.3)	
อาชีพ ผู้ใช้แรงงาน/กรรมกร	27 (22.9)	
ไม่ระบุ	41 (34.7)	
สถานภาพสมรส		
หย่าร้าง	52 (44.1)	
อยู่ด้วยกัน	34 (28.8)	
อื่นๆ เช่น บิดาหรือมารดาเสียชีวิต ฯลฯ	9 (7.6)	
ไม่ระบุ	23 (19.5)	
จำนวนพี่น้องร่วมบิดาหรือมารดา		
1 คน	27 (22.9)	
2 คน	28 (23.7)	
ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป	38 (32.2)	
ไม่ระบุ	25 (21.2)	
โรคทางจิตเวชในครอบครัว		
มี	49 (41.5)	
โรคทางอารมณ์	24 (20.3)	
Substance related disorders	18 (15.3)	
ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา หรือบกพร่องด้านการเรียน	12 (10.2)	
วิตกกังวล	5 (4.2)	

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีมารดาเลี้ยงดูเป็นหลัก จำนวน 36 ราย (ร้อยละ 32.5) บิดาของผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 40 ปี ส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษา จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 27.1) ประกอบอาชีพผู้ใช้แรงงานหรือกรรมกร จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 18.6) ส่วนมารดาของผู้ป่วย อายุเฉลี่ย 37.5 ปี เรียนจบชั้นประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 20.3) ประกอบอาชีพผู้ใช้แรงงานหรือกรรมกร

จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 22.9) สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา ส่วนใหญ่หย่าร้างกัน จำนวน 52 ราย (ร้อยละ 44.1) จำนวนพี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาพบมากที่สุด 2 คน จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 23.7) ผู้ป่วยมีโรคทางจิตเวชในครอบครัว จำนวน 49 ราย (ร้อยละ 41.5) ส่วนใหญ่เป็นโรคทางอารมณ์ จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 20.3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลทางคลินิก

		จำนวน (ร้อยละ)
หน่วยงานที่ส่งปรึกษา	กุมารเวชกรรม	78 (66.1)
ประเภทของหอผู้ป่วย	สามัญ	109 (92.4)
จำนวนครั้งของการรักษาแบบผู้ป่วยใน	1 ครั้ง	108 (91.5)
ปัญหาหรือโรคทางกายขณะปรึกษา	Attempted suicide/self-inflicted injury	29 (24.6)
	Nervous System	16 (13.6)
	Genitourinary system	14 (11.9)
สาเหตุที่ส่งปรึกษา	เพื่อการรักษาที่เหมาะสม	94 (79.7)
	สงสัยภาวะทางจิตเวช	25 (21.2)
	เพื่อวินิจฉัยหรือรักษาโรคทางจิตเวชที่เกิดร่วมกัน	11 (9.3)
อาการสำคัญที่ส่งปรึกษา	Suicidal idea	32 (27.1)
	Child abuse	32 (27.1)
	Anxiety	20 (16.9)
	Depression	19 (16.1)
ประวัติการทำร้ายตัวเองมาก่อนของผู้ป่วย	มี	7 (21.8)
ที่มีความคิดอยากทำร้ายตัวเอง	ไม่มี	25 (78.2)
วิธีการทำร้ายตัวเองในครั้งนี้	รับประทานยานาเกินขนาด	22 (68.8)
	รับประทานสารเคมีที่มีฤทธิ์เป็นกรด-ด่าง	8 (25.0)
	กรีดข้อมือ	2 (6.2)

กุมารเวชกรรมเป็นหน่วยงานที่ส่งปรึกษาปัญหาจิตเวชเด็กและวัยรุ่นมากที่สุด จำนวน 78 ราย (ร้อยละ 66.1) โดยส่วนใหญ่ส่งมาจากหอผู้ป่วยสามัญ จำนวน 109 ราย (ร้อยละ 92.4) เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นครั้งแรกจำนวน 108 ราย (ร้อยละ 91.5) ปัญหาหรือโรคทางกายขณะปรึกษา 3 อันดับแรก

ได้แก่ Attempted suicide/ self-injury, Nervous System และ Genitourinary system จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 24.6) 16 ราย (ร้อยละ 13.6) และ 14 ราย (ร้อยละ 11.9) ตามลำดับ สาเหตุที่ส่งปรึกษา 3 อันดับแรกได้แก่ เพื่อการรักษาที่เหมาะสม, สงสัยภาวะทางจิตเวชและเพื่อวินิจฉัยหรือรักษาโรคทางจิตเวชที่เกิด

ร่วมกัน จำนวน 94 ราย (ร้อยละ 79.7), 25 ราย (ร้อยละ 21.2) และ 11 ราย (ร้อยละ 9.3) ตามลำดับ ส่วนอาการสำคัญที่ส่งปรึกษา ได้แก่ Suicidal idea เท่ากับ Child abuse จำนวนอย่างละ 32 ราย (ร้อยละ 27.1), Anxiety จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 16.9) และ Depression จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 16.1) ผู้ป่วย

ที่ทำร้ายตัวเองส่วนใหญ่ใช้วิธีรับประทานยาเกินขนาด จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 68.8) รับประทานสารเคมีที่มีฤทธิ์กัดกร่อนต่าง จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 25.0) และกรีดข้อมือ จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 6.2) ผู้ป่วยที่ทำร้ายตัวเองมีประวัติการทำร้ายตัวเองมาก่อน จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 21.8)

ตารางที่ 4 ความชุกของภาวะทางจิตเวชและการวินิจฉัยโรค รวมทั้งความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรค

		จำนวน (ร้อยละ)
Diagnosis on Axis I	Adjustment Disorders	37 (31.4)
ตามเกณฑ์ DSM IV-TR หรือ DSM-V	Problem-Related to Abuse or Neglect	
	Sexual abuse of child	25 (21.2)
	Neglect of child	21 (17.8)
	Physical abuse of child	10 (8.5)
	Learning Disorders	
	Mathematics disorder	15 (12.7)
	Disorder of written expression	14 (11.9)
	Reading disorder	10 (8.5)
	Mood Disorders	
	Dysthymic disorder	12 (10.2)
	Major depressive disorder	10 (8.5)
	Depressive disorder, NOS	7 (5.9)
	Mood disorder due to medical condition(s)	4 (3.4)
	No Diagnosis or Condition on Axis I	7 (5.9)
Diagnosis on Axis II	Borderline intellectual functioning	16 (13.6)
ตามเกณฑ์ DSM	Mental retardation	7 (5.9)
	No diagnosis or deferred on Axis II	95 (80.5)
Diagnosis on Axis IV	Problems related to upbringing	60 (50.8)
ตามเกณฑ์ DSM IV-TR หรือ DSM-V	Problems related to primary support group, including family circumstance	31 (26.3)
ความสอดคล้องของการวินิจฉัย	สอดคล้อง	25 (21.2)
ซึ่งประเมินโดยแพทย์ผู้ส่งปรึกษา	ไม่สอดคล้อง	7 (5.9)
และจิตแพทย์ผู้รับปรึกษา	บรรยายอาการโดยไม่ระบุการวินิจฉัยเริ่มต้น	86 (72.9)

จากการรับปรึกษาโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อยใน Axis I ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM IV-TR หรือ DSM-V ได้แก่ Adjustment disorder มีจำนวน 37 ราย (ร้อยละ 31.4) รองลงมา ได้แก่ Sexual abuse of child จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 21.2) และ Neglect of child จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 17.8) ตามลำดับ พบว่าไม่มีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเพียง 7 ราย (ร้อยละ 5.9) ส่วนใน Axis IV ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM IV-TR หรือ

DSM-V ปัญหาที่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุด ได้แก่ ปัญหาการเลี้ยงดู (Problems related upbringing) จำนวน 60 ราย (ร้อยละ 50.8) ส่วนปัญหาครอบครัวและผู้ดูแล พบได้ 31 ราย (ร้อยละ 26.3) ความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคพบว่าส่วนใหญ่ แพทย์ผู้ปรึกษามักจะบรรยายอาการโดยไม่ระบุการวินิจฉัยเริ่มต้น มีจำนวน 86 ราย (ร้อยละ 71.9) การวินิจฉัยโรคมีความสอดคล้องกัน จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 21.2) ไม่สอดคล้องกันจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 5.9)

ตารางที่ 5 รูปแบบการรักษาและการตรวจติดตาม

		จำนวน (ร้อยละ)
รูปแบบการไม่ใช้ยา		118 (100)
	Psychoeducation	107 (90.7)
	Parental guidance	98 (83.1)
	Individual counseling	92 (77.9)
	Individual supportive psychotherapy	68 (57.6)
	Psychological testing	43 (36.4)
	Home visit	39 (33.1)
	Family therapy	30 (25.4)
รูปแบบการใช้ยา		54 (45.8)
	ยาด้านเศร้ากลุ่ม SSRI หรือ SARI	43 (36.4)
	ยาด้านโรคจิตกลุ่ม Dopamine receptor antagonist หรือ Serotonin-dopamine antagonist	29 (24.6)
	ยาคลายกังวลกลุ่ม Benzodiazepines	21 (17.8)
การนัดตรวจติดตามที่แผนกจิตเวช	มีนัด	112 (94.9)
ภายหลังสิ้นสุดการรักษาแบบผู้ป่วยใน	ไม่มีนัด	6 (5.1)
การมาตรวจตามนัดที่แผนกจิตเวช	มาตามนัด	70 (62.5)
ภายหลังสิ้นสุดการรักษาแบบผู้ป่วยใน	ไม่มาตามนัด	42 (37.5)

ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาแบบไม่ใช้ยา ส่วนใหญ่เป็นการทำ Psychoeducation จำนวน 107 ราย (ร้อยละ 90.7) Parental guidance จำนวน 98 ราย (ร้อยละ 83.1) และ Individual counseling จำนวน 92 ราย (ร้อยละ 77.9)

มีผู้ป่วยจำนวน 54 ราย (ร้อยละ 45.8) ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยา ส่วนใหญ่เป็นยาต้านเศร้ากลุ่ม SSRIs หรือ SARI จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 35.6) ยาต้านโรคจิตกลุ่ม Dopamine antagonist และ Serotonin-dopamine antagonist จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 24.6) และยาคลายกังวลกลุ่ม Benzodiazepine จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 17.8) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการนัดตรวจติดตามภายหลังสิ้นสุดการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 112 ราย (ร้อยละ 94.1) ผู้ป่วยที่มาตามนัดภายหลังสิ้นสุดการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีจำนวน 70 ราย (ร้อยละ 62.5) และไม่มาตามนัด 42 ราย (ร้อยละ 37.5)

วิจารณ์

ลักษณะประชากรของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่พบการส่งปรึกษาผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในด้านอายุ พบว่าการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ยมากกว่าการศึกษาอื่นอีก 3 การศึกษา ที่ทำในกลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย⁹⁻¹¹ นอกจากเรื่องอายุแล้วยังพบความแตกต่างในด้านสถานภาพสมรสของบิดามารดา ผู้เลี้ยงดูหลัก ซึ่งการศึกษานี้พบการหย่าร้างเป็นส่วนใหญ่ โดยมีผู้เลี้ยงดูหลักเป็นมารดา แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่สถานภาพสมรสของบิดามารดาส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน และผู้เลี้ยงดูหลักได้แก่บิดาและมารดา¹¹ ความแตกต่างอาจเนื่องมาจากอายุเฉลี่ยของบิดามารดาในการศึกษานี้มากกว่าการศึกษาอื่น ทำให้มีโอกาสพบการหย่าร้างที่มากกว่า อีกทั้งสภาพสังคมในปัจจุบันที่มีความซับซ้อน มีปัญหาเศรษฐกิจและสังคมเพิ่มมากขึ้น

จึงพบว่าคู่สมรสมีแนวโน้มที่จะหย่าร้างกันสูงขึ้นกว่าในอดีต นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบความแตกต่างเกี่ยวกับปัญหาโรคทางกายและอารมณ์ที่ส่งปรึกษาอีกด้วย

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชพบว่า Adjustment disorder เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดสอดคล้องกับ 2 ใน 3 ของการศึกษาก่อนหน้านี้ในประเทศไทย^{9,10} และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Show RJ, et al¹³ และ Wiss M, et al¹⁴ ในต่างประเทศอีกด้วย แต่ในขณะเดียวกันพบว่าไม่มีภาวะหรือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชใน Axis I ตามเกณฑ์ DSM IV-TR หรือ DSM V เพียงร้อยละ 5.9 น้อยกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบตั้งแต่ร้อยละ 9.0 ถึง 58^{9-11, 13-14} ความแตกต่างและไม่สอดคล้องกันต่างๆ เหล่านี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน ขนาดของโรงพยาบาล โครงสร้าง สังกัด และนโยบายของแต่ละโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน การศึกษาก่อนหน้านี้ทำในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ขนาดใหญ่ ที่เน้นนโยบายในเชิงส่งเสริมป้องกัน การปรึกษาระหว่างแผนกเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วก่อนที่จะเกิดปัญหาขึ้นจริง ส่งผลให้มีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชน้อยกว่าในการศึกษานี้ ที่แพทย์ผู้ปรึกษามักส่งมาปรึกษาทางจิตเวชเมื่อพบว่าน่าจะเกิดปัญหาขึ้นแล้ว อีกทั้งแพทย์ที่รับปรึกษาของการศึกษานี้เป็นจิตแพทย์ทั้งหมด ทำให้ไม่มีข้อจำกัดในการวินิจฉัยโรครวมถึงการใช้ยาทางจิตเวช และการรักษาทางจิตสังคมบำบัด

การวินิจฉัย Adjustment disorder ที่พบส่วนใหญ่ของการศึกษานี้ อาจเนื่องมาจากปัญหาหรือโรคทางกายขณะปรึกษา และอาการสำคัญที่ส่งปรึกษาได้แก่ Attempted suicide /Self-inflicted injury หรือ Suicidal idea ซึ่งเป็นปัญหาหรืออาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วย Adjustment disorder อีกทั้งสังคมปัจจุบันที่มีแนวโน้มเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น เกิดปัญหาเศรษฐกิจและสังคมที่มีความซับซ้อน เวลา

คุณภาพที่ผู้ปกครองให้กับเด็กจึงลดน้อยลง รวมทั้งการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ได้ง่ายและขาดการให้คำแนะนำที่เหมาะสม อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาเรื่องการปรับตัวของผู้ป่วยได้ เมื่อมีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็ก การรักษาด้วยการใช้ยาตามข้อบ่งชี้จึงเป็นแนวทางปฏิบัติที่ควรจะทำ ทำให้ผลการศึกษานี้มีรูปแบบการรักษาแบบการใช้ยาถึงร้อยละ 45.8 มากกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ไม่พบการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชร้อยละ 9 ถึง 58^{9-11,13-14} อีกทั้งจากการที่ผู้ป่วยมีโรคทางจิตเวชอยู่ทำให้ต้องมีการนัดตรวจติดตามการรักษาที่แผนกจิตเวชภายหลังการรักษาแบบผู้ป่วยในถึงร้อยละ 94.9 ซึ่งมากกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยร้อยละ 37.5 ไม่ได้มาตรวจตามนัด อาจเนื่องมาจากความรุนแรงของโรคภายหลังการรักษาด้วยผู้ป่วยในลดลง การรักษาด้วยการใช้ยาระยะสั้นและการทำจิตสังคมบำบัดเบื้องต้น อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ จึงไม่จำเป็นต้องมาติดตามการรักษาอีก นอกจากนี้ยังมีความไม่สะดวกในการเดินทางของผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลและทุรกันดาร รวมถึงความไม่สะดวกของผู้ปกครองในการมาโรงพยาบาลอีกด้วย ในกลุ่มผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษา ผลการรักษาอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี ยังไม่พบผู้ป่วยมีการทำร้ายตัวเองซ้ำหลังติดตามการรักษาไปนาน 1 ปี ในกรณีผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายตัวเองมาก่อน

จากการศึกษานี้ยังไม่พบกลุ่มโรค Somatic symptom and related disorder ในขณะที่การศึกษาก่อนหน้านี้พบเพียงร้อยละ 1.0¹¹ นอกจากนี้แพทย์ที่ปรึกษาส่วนใหญ่มีการบรรยายอาการโดยไม่ระบุการวินิจฉัยเริ่มต้น สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาการทางจิตเวชของเด็กไม่ค่อยชัดเจน คลุมเครือ ยากแก่การวินิจฉัยแยกโรค เช่น เด็กที่มีอารมณ์หงุดหงิดอาจเป็นไปได้ทั้งภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ปัญหาการปรับตัว โรคจิต โรคอารมณ์แปรปรวน ปัญหาการเลี้ยงดูและสังคม เป็นต้น

แตกต่างกับภาวะทางจิตเวชในผู้ใหญ่ที่มักพบอาการแบบตรงไปตรงมามากกว่า รวมทั้งการสื่อสารในเด็กมักมีข้อจำกัด ทำให้การซักประวัติและการตรวจสภาพจิตในผู้ป่วยเด็กต้องมีความชำนาญพอสมควร เพื่อให้ได้มาซึ่งประวัติที่เชื่อถือได้ อีกทั้งยังต้องหาแหล่งข้อมูลอื่นๆเช่น บิดา มารดา ครู ผู้เลี้ยงดู เป็นต้น

สรุป

การวินิจฉัยโรคสุดท้ายที่พบได้บ่อยของจิตแพทย์ผู้รับปรึกษาได้แก่ Adjustment disorder ซึ่งการส่งปรึกษาทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่รับไว้ในโรงพยาบาล การตรวจประเมิน วินิจฉัย และการรักษาโรคทางจิตเวชที่ถูกต้อง เหมาะสม และทันเวลา จะช่วยลดความรุนแรงของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิต และช่วยป้องกันปัญหา ทางจิตเวชที่อาจจะเกิดขึ้นต่อไป การศึกษานี้เป็นเพียงข้อมูลทางสถิติเบื้องต้น ในการดูแลการรับปรึกษาปัญหาทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่รับไว้ในโรงพยาบาล เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการทำงาน และแนวทางการรับปรึกษาทางจิตเวชกับแพทย์สาขาอื่น การศึกษาต่อไปในเชิงลึกอาจนำข้อมูลเหล่านี้มาวิเคราะห์หาปัจจัย หรือความสัมพันธ์เพิ่มเติมต่อไปได้ รวมทั้งหากมีการทำวิจัยแบบ Multicenter ศึกษา ร่วมกับโรงพยาบาลอื่น ก็จะทำให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและเป็นตัวแทนของประชากรได้มากขึ้น นอกจากนี้การปรับแบบฟอร์มบันทึกการรับปรึกษาผู้ป่วยให้มีความเฉพาะเจาะจง อาจทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การพัฒนางานจิตเวชศาสตร์รับปรึกษา และอาจขยายไปสู่งานผู้ป่วยนอกในอนาคตได้อีกด้วย

บรรณานุกรม

1. Sadock BJ, Sadock VA. Consultation-liaison psychiatry. In: synopsis of psychiatry. 11st ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2015: 499-503.

2. ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ. จิตเวชศาสตร์รับปรึกษา. ใน :
นันทวัช สิทธิรักษ์, กมลเนตร วรณเสวก,
บรรณาธิการ. จิตเวชศิริราช DSM-5.
กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาสนไทย การ
พิมพ์, 2558: 659-64.
3. Martin A, Bloch MH. Lewis's Child &
adolescent psychiatry: a
Comprehensive textbook 5th ed.
Philadelphia; Williams & Wilkins;
Philadelphia, 2018: 906-11.
4. Sadock BJ, Sadock VA. Consultation-
liaison psychiatry. In: synopsis of
psychiatry. 10th ed. Baltimore;
Williams & Wilkins; 2007: 828-38.
5. Spiegel D. Cancer and depression. Br J
Psychiatry 1996; 30(1): S109-16.
6. วิฐารณ บุญสิทธิ. Child psychiatry
consultation liaison in hospitals. ใน:
วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน,
บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น.
กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรส์,
2545: 431-8.
7. Shugart MA: Child psychiatry consultation
to pediatric inpatients: a literature
review. General Hospital Psychiatry
1991; 13: 325-36.
8. วิฐารณ บุญสิทธิ. การประเมินและการวินิจฉัย
ทางจิตเวช. ใน: วิฐารณ บุญสิทธิ,
บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น
ในเวชปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลิฟวิ่ง,
2564: 1-22.
9. Wacharasindhu A. Patterns of in-patient
referral to child psychiatric service.
Chula MJ 1992 August; 36(8): 601-10.
10. นิสารัตน์ วัชรอุตมกาล. ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการ
รักษาในแผนกผู้ป่วยใน ที่ถูกส่งปรึกษา ณ
หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
[วิทยานิพนธ์หลักสูตร เพื่อวุฒิบัตรแสดง
ความรู้ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพ
เวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น
ของแพทยสภา]. กรุงเทพมหานคร:
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย; 2552.
11. พัชรภรณ์ มาลีเวช. การปรึกษาปัญหาทาง
จิตเวชในเด็กและวัยรุ่นของแผนกผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2552
[วิทยานิพนธ์หลักสูตร เพื่อวุฒิบัตรแสดง
ความรู้ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพ
เวชกรรมจิตเวชศาสตร์ของแพทยสภา].
กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราช
พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1:
รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต
ปีงบประมาณ 2564. กรุงเทพมหานคร:
ละม่อม, 2564: 12-13.
13. Shaw RJ, Wamboldt M, Barsch B, Stuber M.
Practice patterns in pediatric
consultation liaison psychiatry: a
national survey. Psychosomatics
2006; 47(1): 43-9.
14. Wiss M, Lenoir P, Malvy J, Wissocq M,
Bodier C. (Child consultation-liaison
psychiatry within the hospital: a
prospective study). Arch Pediatr
2004 Jn; 11(1): 4-12.