

นิพนธ์ต้นฉบับ

การสำรวจความวิตกกังวลในเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมของแพทย์ผู้สำเร็จ การศึกษาจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในปีการศึกษา พ.ศ. 2560

วันรับ : 16 สิงหาคม 2561

วันแก้ไข : 14 ธันวาคม 2561

วันตอบรับ : 24 ธันวาคม 2561

ชนกานต์ ชัชวาลา, พ.บ., จตุรพร แสงกุล, พ.บ.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาความวิตกกังวลในเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมของบัณฑิตแพทย์ภายหลังจากสำเร็จการศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีการศึกษา พ.ศ. 2560

วิธีการ: เป็นการสำรวจแบบพรรณนาภาคตัดขวางในบัณฑิตแพทย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว การเรียน และลักษณะงาน 2) แบบสอบถามเรื่องความวิตกกังวล ต่อสมรรถนะในเวชปฏิบัติจิตเวชกรรม โดยอ้างอิงตามหลักสูตรของการเรียนการสอนวิชาเวชปฏิบัติจิตเวชกรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม R และใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอ เป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผล: บัณฑิตแพทย์ที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 118 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง อายุเฉลี่ย 24.5 ปี (ร้อยละ 64.4) ภูมิลำเนา อยู่ในภาคใต้ (ร้อยละ 89.8) บัณฑิตแพทย์ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.0) แสดงความกังวลต่อสมรรถนะของตนมากที่สุด ในหมวดจิตเวชฉุกเฉิน ในการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง ผู้ป่วยจิตเวชเด็ก บัณฑิตแพทย์มีความวิตกกังวลในการ วินิจฉัยและรักษาภาวะบกพร่องทางสติปัญญามากที่สุด (ร้อยละ 33.9 และ ร้อยละ 38.1) ในขณะที่โรคจิตเวชผู้ใหญ่ มีความวิตกกังวลในการวินิจฉัยและรักษาโรคยาเสพติด (ร้อยละ 28.0) ในภาพรวมบัณฑิตแพทย์ระบุว่าวิตกกังวล ในการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกและการใช้ยาจิตเวช

สรุป: บัณฑิตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ในปีการศึกษา พ.ศ. 2560 มีความวิตกกังวล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยจิตเวชเด็ก และการรักษาด้วยการใช้ยา โดยระบุว่ามีความวิตกกังวล ในการดูแลรักษาภาวะจิตเวชฉุกเฉิน และโรคสารเสพติด

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล แพทยศาสตรบัณฑิต แพทยศาสตรศึกษา เวชปฏิบัติจิตเวชกรรม

ติดต่อผู้นิพนธ์: ชนกานต์ ชัชวาลา; e-mail: jchonnak@gmail.com

Original Article

A survey concerning the psychiatric practices of medical doctors, who graduated from Prince of Songkla University in 2017

Received : 16 August 2018

Revised : 14 December 2018

Accepted: 24 December 2018

Chonnakarn Jatchavala, M.D., Jaturaporn Sangkool, M.D.

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

Abstract

Objectives: This study aims to survey the concerns regarding self-competency in psychiatric management among medical doctors who graduated from the Prince of Songkla University in 2017.

Methods: The survey is a descriptive, cross-sectional study, with the target population being medical doctors who graduate in 2017. The study tool was a self-administered questionnaire, divided into two parts: 1) Personal information and their medical career 2) Self-competency on their psychiatric practice that was the result or their psychiatric rotation according to the curriculum endorsed by the Faculty of Medicine, Prince of Songkla University. The data was analysed using R programme to compute descriptive statistics on the respondent's and responses in frequency, percentage, articulate mean and standard deviation.

Results: From the 118 medical doctors who agreed to participate, most were 24.5-year-old, females (64.4%), living in southern Thailand (89.8%). Half of them felt uneasy when having to deal with aggressive and violent patients (50.0%). Regarding child psychiatric patients, they pointed out that they worried about diagnosing and treating children with intellectual disability (33.9% and 38.1% respectively). Whereas, for the adult patients, they were most concerned about treating patients with substance-related disorders (28.0%). Overall, these doctors stated that they felt uncomfortable seeing psychiatric patients at their out-patients unit and in using psychiatric drugs.

Conclusion: Medical doctors who graduated from the Prince of Songkla University in 2017 demonstrated anxiety towards outpatient practice at psychiatric clinic, and in dispensing psychiatric drugs. They also stated they were most concerned with emergency psychiatry and child psychiatric practice. However, these doctors showed the most concerns for treating substance-related disorders.

Key words: concern, Doctor of Medicine, medical education, psychiatric practice

Corresponding author: Chonnakarn Jatchavala; e-mail: jchonnak@gmail.com

บทนำ

องค์การอนามัยโลกประกาศโครงการเพื่อลดช่องว่างในการบริการสุขภาพจิต หรือ WHO's Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) ในปี พ.ศ. 2551 หนึ่งในหลักการดังกล่าวคือ การเสริมสร้างความสามารถในการให้บริการด้านสุขภาพจิต ในผู้ให้บริการทางสุขภาพอื่น ๆ ที่มีผู้ใช้ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์¹ ในที่นี้รวมไปถึงบัณฑิตแพทย์หรือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในบริบทของประเทศไทยและมีรายงานเรื่องการตีตรากลัวโทษผู้ป่วยจิตเวชในระบบบริการทางสุขภาพทั่วโลก ซึ่งกลายเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการรักษาด้านอื่น ๆ ถ้าหากผู้ป่วยได้รับการบันทึกว่ามีประวัติการรักษาทางจิตเวชมาก่อน²

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาในประเทศไทยแคนาดารายงานว่า ร้อยละ 2.0-2.5 ของผู้ป่วยมาพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเพื่อรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวชและสุขภาพจิต³ โดยร้อยละ 50.0 ของแพทย์แจ้งว่าตนไม่ทราบแหล่งในการขอความช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาที่เหมาะสมในเวชปฏิบัติจิตเวชกรรม³ และจากการสำรวจในประเทศอินเดีย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานพยาบาลปฐมภูมิถึงร้อยละ 98.5 ระบุว่าตนต้องการอบรมและฝึกหัดเวชปฏิบัติด้านจิตเวชศาสตร์ที่มีคุณภาพดีกว่านี้⁴ เกือบทั้งหมดแสดงความวิตกกังวลอย่างมากกับเวชปฏิบัติจิตเวชกรรม โดยร้อยละ 79.7 ของแพทย์ดังกล่าวยอมรับว่าตนไม่อาจรับมือต่อผู้ป่วยจิตเวชได้ดีพอ และอีกรายงานหนึ่งพบว่า แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปไม่มีความมั่นใจในการวินิจฉัยโรคจิตเวชทั่วไป เช่น ซึมเศร้า (depression) วิตกกังวล (anxiety) และโรคจิต (psychosis)⁴ เช่นเดียวกับการศึกษาจากอีกภูมิภาคหนึ่งของประเทศอินเดีย ระบุว่าหนึ่งในสามของบัณฑิตแพทย์

รายงานว่าตนไม่ได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่นำมาใช้ในเวชปฏิบัติได้จริงจากหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต⁵

ทั้งนี้ งานวิจัยด้านแพทยศาสตรศึกษาหลายประเทศพบว่าการส่งต่อเพื่อรักษาโรคจิตเวชสร้างความลำบากใจต่อผู้รับ ผู้ส่ง และผู้ป่วย นอกจากเหตุการณ์ตีตรากลัวโทษทางสังคมแล้ว แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเองยังแสดงความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อสมรรถนะของตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างเหมาะสม⁵ แม้แต่ในประเทศแคนาดาเอง สมาคมแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวและเครือข่ายรายงานว่าผลการบริการด้านสุขภาพจิตยังไม่เหมาะสมตามมาตรฐานเท่าที่ควรและมีความจำเป็นต้องปรับปรุงการบริการด้านสุขภาพจิตให้สอดคล้องและเป็นส่วนหนึ่งของการบริการทางสุขภาพในระดับต่าง ๆ⁶ โดยเฉพาะเมื่อพบว่าผู้ป่วยโรคทางจิตเวชส่วนมากไม่ได้พบจิตแพทย์ แต่ได้รับการรักษาและติดตามผลโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในระดับปฐมภูมิ แม้ความสามารถในการตรวจ วินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยของแพทย์เหล่านั้นจะได้รับการประเมินอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่น่าพึงใจนักก็ตาม⁶

หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของแต่ละประเทศมีเนื้อหาปลีกย่อยแตกต่างกัน แต่หนึ่งในคุณสมบัติของบัณฑิตแพทย์ไทยประกาศโดยแพทยสภา ปี พ.ศ. 2555 คือ ทักษะในการตรวจ วินิจฉัย รักษา และดูแลผู้ป่วยจิตเวชเบื้องต้นอย่างเหมาะสม⁷ ผู้วิจัยพบว่าการสำรวจที่ผ่านมาทั้งหมดเป็นการสำรวจในต่างประเทศ ส่วนการสำรวจเรื่องความวิตกกังวลต่อเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือ บัณฑิตแพทย์ในประเทศไทยยังมีจำกัด

ทั้งนี้ หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เริ่มมีการสอนพื้นฐานการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 และการสอน

เชิงปฏิบัติการเรื่องการตรวจสภาพจิตตั้งแต่ชั้นปีที่ 3 ซึ่งจะนำมาเน้นย้ำอีกครั้งในการสอนบรรยายอย่างละเอียดร่วมกับการสอนบรรยายเรื่องยาทางจิตเวชพื้นฐานในชั้นปีที่ 5 โดยนักศึกษาแพทย์จะใช้เวลา 3 สัปดาห์ในการเรียนที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ส่วนในการเรียนชั้นปีที่ 4 ใช้เวลา 5 สัปดาห์ เน้นการสอนบรรยายเรื่องโรคจิตเวชทั่วไป และการอภิปรายผู้ป่วย แต่เมื่อขึ้นชั้นปีที่ 6 (ระยะเวลา 2 สัปดาห์) รายวิชาเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมจะเน้นย้ำการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริงมากขึ้น การสอนบรรยายเรื่องยาจิตเวชเน้นการใช้ในเวชปฏิบัติทั่วไป และมีกิจกรรมกลุ่มการพบญาติผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพรวมทั้งการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับสหวิชาชีพในชุมชน โดยนักศึกษาแพทย์ชั้นตั้งแต่ปีที่ 4 ถึงชั้นปีที่ 6 มีการเรียนและปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทั้งผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่และจิตเวชเด็กตลอดรายวิชาทั้งสามชั้นปี⁸

การสำรวจนี้จึงเป็นทั้งงานวิจัยด้านแพทยศาสตรศึกษาที่เป็นข้อมูลสะท้อนกลับจากผู้เรียน เพื่อปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนแพทยศาสตรบัณฑิตให้สอดคล้องต่อความต้องการของบัณฑิตแพทย์ผู้ปฏิบัติจิตเวชกรรมภายหลังสำเร็จการศึกษา และเป็นการศึกษาเพื่อปรับปรุงระบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับปฐมภูมิของประเทศไทยไปพร้อมกัน

วิธีการ

การศึกษานี้เป็นการสำรวจแบบพรรณนาภาคตัดขวาง (descriptive and cross-sectional survey) ในบัณฑิตแพทย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา พ.ศ. 2560 ระหว่างการซ้อมรับปริญญาของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในเดือนกันยายน ปี พ.ศ. 2561 โดยเป็นการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ลักษณะงาน การเรียน และการดำรงชีวิต 2) แบบสอบถามเรื่องความวิตกกังวลในเวชปฏิบัติจิตเวชกรรม 35 ข้อ โดยอ้างอิงตามหลักสูตรและวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอนวิชาเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมสำหรับนักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อประเมินความสามารถและความวิตกกังวลในเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมของตนภายหลังจากจบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ในปีการศึกษา พ.ศ. 2560 และผ่านการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

แบบสอบถามนี้ไม่มีการรวมคะแนนหรือมีการตัดคะแนน แต่ได้ให้คำนิยามความวิตกกังวลไว้เพื่อความชัดเจนว่าเป็นสภาวะอารมณ์ที่ไม่สบาย และเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่บรรยายไม่ได้ชัดเจน ประกอบด้วยความรู้สึกหวั่นวิตกโดยไม่ได้สัดส่วนกับสิ่งเร้าหรือเหตุที่ควรทำให้เกิดความรู้สึกดังกล่าว และยังมีอาการทางสรีรวิทยาของร่างกายเกิดร่วมอีกด้วย เช่น ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออก โดยจะเป็นมากเกินไปกว่าที่คาดหวังไว้ แต่ไม่ถึงขั้นเป็นโรคจิตเวชคือ โรควิตกกังวล⁹ และให้บัณฑิตแพทย์แบ่งระดับโดยอัตวิสัยคือ 1 คะแนน แปลว่า ไม่วิตกเลย 2 คะแนน แปลว่า วิตกกังวลบ้าง 3 คะแนน แปลว่า วิตกกังวล 4 คะแนน แปลว่า วิตกกังวลมาก

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตรองคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อเก็บข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยผ่านการฝึกอบรมจากผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์จิตแพทย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ เป็นผู้แจกแบบสอบถามเพื่อลดความรู้สึกอึดอัดใจหรือเกรงใจอาจารย์ผู้สอนก่อนแจกแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการแจ้งและขอคำยินยอมโดยรวมด้วยวาจาจากก่อน

บัณฑิตแพทย์ที่ไม่ต้องการเข้าร่วมการสำรวจ สามารถไม่ขอรับแบบสอบถามจากผู้ช่วยวิจัยได้ ส่วนบัณฑิตแพทย์ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ตอบแบบสอบถามทั้งสองส่วนด้วยตนเองก่อนนำส่งคืน โดยข้อมูลทั้งหมดจะปกปิดไว้เป็นความลับ ไม่สามารถระบุตัวตน และเก็บรักษาไว้ในซองปิดผนึก การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (REC61-1173-1)

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม R ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentile) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน (standard deviation) ส่วนข้อมูลความวิตกกังวลต่อสมรรถนะเวชปฏิบัติจิตเวชกรรม นำเสนอเป็นระดับความวิตกกังวล 2 ระดับ คือ วิตกกังวลจนถึงวิตกกังวลเป็นอย่างมาก และไม่วิตกกังวลหรือวิตกกังวลบ้าง

ผล

บัณฑิตแพทย์ที่เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น 118 คน จากบัณฑิตแพทย์ที่เข้าร่วมพิธีการขอรับปริญญาทั้งสิ้น 181 คน ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและลักษณะงาน การเรียนและการดำเนินชีวิต แสดงไว้ในตารางที่ 1 และตารางที่ 2 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบัณฑิตแพทย์

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	42 (35.6)
หญิง	76 (64.4)
อายุ (ปี)	
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	24.5±0.6 (23-27)
ภูมิลำเนาจังหวัด	
สงขลา	55 (46.6)
จังหวัดในภาคใต้	37 (31.4)
3 จังหวัดชายแดนใต้	14 (11.9)
จังหวัดในภาคอื่น ๆ	12 (10.2)
ศาสนา	
พุทธ	113 (95.8)
อิสลาม	3 (2.5)
คริสต์	2 (1.7)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบัณฑิตแพทย์ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เกรดเฉลี่ยสะสมเมื่อจบการศึกษา	
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	3.4±0.3 (2.5-3.99)
โรคประจำตัวทางกาย	
ไม่มี	104 (88.1)
มี	13 (11.0)
ไม่ตอบ	1 (0.8)
โรคประจำตัวทางจิต	
ไม่มี	115 (97.5)
มี	1 (0.8)
ไม่ตอบ	2 (1.7)

ตารางที่ 2 ลักษณะงาน การเรียน และการดำรงชีวิต

ลักษณะงานและการดำรงชีวิต	จำนวน (ร้อยละ)
การวางแผนศึกษาต่อ	
ยังไม่คิดเรียนต่อ	27 (22.8)
อายุรศาสตร์	17 (14.4)
เวชศาสตร์ครอบครัว	13 (11.0)
กุมารเวชศาสตร์	11 (9.3)
ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	8 (6.8)
ศัลยศาสตร์	8 (6.8)
สูตินรีเวชศาสตร์	7 (5.9)
จิตเวชศาสตร์	4 (3.4)
โสต ศอ นาสิกวิทยา	3 (2.5)
รังสีวิทยา	3 (2.5)
วิสัญญีวิทยา	3 (2.5)
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	3 (2.5)
พยาธิวิทยา	2 (1.7)

ตารางที่ 2 ลักษณะงาน การเรียน และการดำรงชีวิต (ต่อ)

ลักษณะงานและการดำรงชีวิต	จำนวน (ร้อยละ)
เวชปฏิบัติทั่วไป	2 (1.7)
ระบาดวิทยา	2 (1.7)
จักษุวิทยา	1 (0.8)
จุลชีววิทยา	1 (0.8)
เวชศาสตร์ชะลอวัย	1 (0.8)
ไม่ตอบ	2 (1.7)
ความเครียดจากการเรียนวิชาจิตเวชศาสตร์ในระดับแพทยศาสตรบัณฑิต	
ไม่มี	109 (92.4)
มี	9 (7.6)
เหตุผลในการเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน	
ใกล้บ้าน	49 (41.5)
โอกาสในการศึกษาต่อ	21 (17.8)
ลักษณะงาน/สถานที่ทำงานสอดคล้องกับการดำเนินชีวิต (life style)	20 (16.9)
รายได้	7 (5.9)
ข้อผูกมัดทุนการศึกษา	6 (5.1)
มีความประทับใจในระบบการทำงาน	5 (4.2)
ติดตามคู่สมรส/คนรัก	4 (3.4)
ติดตามเพื่อนสนิท	4 (3.4)
มีความประทับใจในแพทย์รุ่นพี่	2 (1.7)

ภายหลังสำเร็จการศึกษาในระดับแพทยศาสตรบัณฑิต บัณฑิตแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.6) ประเมินตนเองว่าไม่รู้สึกรวิตกกังวลเลย หรืออาจมีวิตกกังวลบ้างในการชั่งประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยจิตเวช ในขณะที่ร้อยละ 15.3 ระบุว่ามีความวิตกกังวลถึงวิตกกังวลมาก ในการตรวจสภาพจิตผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมากกว่าการชั่งประวัติและตรวจร่างกายเกือบสองเท่า (ร้อยละ 8.5)

ในหมวดของการดูแลและรักษาผู้ป่วยจิตเวชในแผนกผู้ป่วยนอก (outpatient unit) ร้อยละ 80.5 แสดงความวิตกกังวลบ้างหรือไม่วิตกกังวลเลยในการวินิจฉัยโรคจิตเวช ใกล้เคียงกับการรักษาโรคจิตเวชในแผนกผู้ป่วยนอกคือ ร้อยละ 83.1 โดยโรคจิตเวชที่บัณฑิตแพทย์รู้สึกวิตกกังวลในการวินิจฉัยมากที่สุดคือโรคจิตเวชที่เกิดจากโรคทางกาย หรือ organic mental disorder (ร้อยละ 26.3) รองลงมาคือ โรคจิต หรือ

psychosis (ร้อยละ 22.9) ในขณะที่บัณฑิตแพทย์แสดงความกังวลน้อยที่สุด ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า หรือ depressive disorder เท่า ๆ กับการวินิจฉัยโรควิตกกังวล (anxiety disorder) นั่นคือ ร้อยละ 84.7 ระบุว่าไม่วิตกกังวลเลยหรือกังวลบ้างในการวินิจฉัยโรคดังกล่าว ทั้งนี้ บัณฑิตแพทย์แสดงความวิตกกังวลจนถึงกังวลมากในการรักษาด้วยการใช้ยาในแผนกผู้ป่วยนอกมากกว่าการบำบัดทางจิตเบื้องต้น หรือ basic psychological support เล็กน้อย (ร้อยละ 32.2 และ 28.0 ตามลำดับ)

เมื่อเทียบกับการดูแลและรักษาผู้ป่วยจิตเวชในแผนกผู้ป่วยนอกแล้ว บัณฑิตแพทย์แสดงความวิตกกังวลในการดูแลรักษาผู้ป่วยใน (inpatient unit) น้อยกว่า (ร้อยละ 18.6) และรู้สึกวิตกกังวลมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่มีโรคจิตเวชด้วยยามากกว่าการบำบัดทางจิตเบื้องต้น (ร้อยละ 29.7 และ 24.6 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม ในหมวดแผนกผู้ป่วยนอกด้วยกัน บัณฑิตแพทย์แสดงความวิตกกังวลถึงวิตกกังวลมากในการดูแลและรักษาผู้ป่วยจิตเวชเด็กมากกว่าจิตเวชผู้ใหญ่อย่างชัดเจน ทั้งการวินิจฉัยและการดูแลรักษาโรคจิตเวชเด็กในภาพรวม คือ บัณฑิตแพทย์เพียง ร้อยละ 63.6 และ ร้อยละ 66.1 ตามลำดับเท่านั้นที่บอกว่าตนไม่วิตกกังวลหรือวิตกกังวลบ้างเล็กน้อย โดยโรคที่บัณฑิตแพทย์แสดงความวิตกกังวลถึงวิตกกังวลมากที่สุดทั้งการวินิจฉัยและการรักษา คือ ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา หรือ Mental retardations (ร้อยละ 33.9 และ 38.1 ตามลำดับ) แต่โรคที่บัณฑิตแพทย์แสดงความวิตกกังวลน้อยที่สุดคือ

วิตกกังวลน้อยมากหรือไม่วิตกกังวลเลยในการวินิจฉัย เช่นเดียวกับการรักษา คือ โรคสมาธิสั้น หรือ ADHD (ร้อยละ 77.1 และ ร้อยละ 73.7 ตามลำดับ)

อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเป็นหมวดที่บัณฑิตแพทย์แสดงความกังวลใจมากที่สุดในทุก ๆ หมวด ตั้งแต่ภาพรวมของการดูแลรักษา คือ บัณฑิตแพทย์ร้อยละ 39.0 แสดงความวิตกกังวลถึงวิตกกังวลมากที่สุดสำหรับจิตเวชฉุกเฉิน โดยครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.0) ของบัณฑิตแพทย์มีความวิตกกังวลอย่างมาก ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะก้าวร้าวรุนแรง และเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.5) แสดงความวิตกกังวลถึงวิตกกังวลมากในการดูแลผู้ป่วยฆ่าตัวตาย ส่วนการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชด้านอื่น ๆ บัณฑิตแพทย์แสดงความวิตกกังวลสูงสุด ในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยยาเสพติด คือ ร้อยละ 28.0 ที่ระบุว่าตนวิตกกังวลถึงวิตกกังวลมาก ซึ่งจัดว่าเป็นโรคจิตเวชที่บัณฑิตแพทย์วิตกกังวลมากที่สุดในสมรรถนะเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมของตนเองในการศึกษาครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม บัณฑิตแพทย์แสดงความวิตกกังวลน้อยมากหรือไม่วิตกกังวลเลยในการทำงานเป็นทีมกับพยาบาล พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ (ร้อยละ 85.6) รองลงมาคือ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่องในชุมชน และการสร้างสัมพันธภาพทางการรักษากับผู้ป่วย คือ ร้อยละ 83.1 เท่ากันทั้งสองหมวด ข้อมูลความวิตกกังวลต่อสมรรถนะเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมของบัณฑิตแพทย์ แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความวิตกกังวลต่อสมรรถนะเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมของบัณฑิตแพทย์

ความวิตกกังวลต่อเวชปฏิบัติจิตเวชกรรม	ระดับความวิตกกังวล; จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่วิตกเลย- วิตกกังวลบ้าง	วิตกกังวล- วิตกกังวลมาก	ไม่ตอบ
การซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจสภาพจิตผู้ป่วยจิตเวช			
1. การซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยจิตเวช (history taking and physical examination)	101 (85.6)	10 (8.5)	7 (5.9)
2. การตรวจสภาพจิต (mental status examination) ผู้ป่วยจิตเวช	92 (78.0)	18 (15.3)	8 (6.8)
การวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยนอกจิตเวช (outpatient unit)			
3. การวินิจฉัยผู้ป่วยนอกจิตเวชในภาพรวม (outpatient unit)	95 (80.5)	23 (19.5)	0 (0)
4. การวินิจฉัยผู้ป่วยนอกจิตเวชโรคซึมเศร้า (depressive disorder)	100 (84.7)	18 (15.3)	0 (0)
5. การวินิจฉัยผู้ป่วยนอกจิตเวชโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder)	93 (78.8)	25 (21.2)	0 (0)
6. การวินิจฉัยผู้ป่วยนอกจิตเวชโรคจิต (psychosis)	90 (76.3)	27 (22.9)	1 (0.8)
7. การวินิจฉัยผู้ป่วยนอกจิตเวชโรคจิตที่เกิดจากโรคทางกาย (organic mental disorder)	87 (73.7)	31 (26.3)	0 (0)
8. การวินิจฉัยผู้ป่วยนอกจิตเวชโรควิตกกังวล (anxiety disorder)	100 (84.7)	18 (15.3)	0 (0)
9. การรักษาผู้ป่วยนอกจิตเวชในภาพรวม (outpatient unit)	98 (83.1)	20 (16.9)	0 (0)
10. การรักษาผู้ป่วยนอกจิตเวชด้วยการใช้ยา (psychiatric drug use)	80 (67.8)	38 (32.2)	0 (0)
11. การรักษาผู้ป่วยนอกจิตเวชด้วยการบำบัดทางจิตเบื้องต้น (basic psychological support)	85 (72.0)	33 (28.0)	0 (0)
การวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชเด็ก (child and adolescence psychiatry)			
12. การวินิจฉัยผู้ป่วยจิตเวชเด็กในภาพรวม (outpatient unit)	75 (63.6)	43 (36.4)	0 (0)
13. การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็ก (ADHD)	91 (77.1)	27 (22.9)	0 (0)
14. การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคออทิสติกในเด็ก (autistic spectrum)	83 (70.3)	34 (28.8)	1 (0.8)
15. การวินิจฉัยผู้ป่วยโรค tic ในเด็ก	85 (72.0)	33 (28.0)	0 (0)
16. การวินิจฉัยผู้ป่วยปัสสาวะรดที่นอนในเด็ก (functional enuresis)	85 (72.0)	33 (28.0)	0 (0)

ตารางที่ 3 ความวิตกกังวลต่อสมรรถนะเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมของบัณฑิตแพทย์ (ต่อ)

ความวิตกกังวลต่อเวชปฏิบัติจิตเวชกรรม	ระดับความวิตกกังวล; จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่วิตกเลย- วิตกกังวลบ้าง	วิตกกังวล- วิตกกังวลมาก	ไม่ตอบ
17. การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคบกพร่องทางการเรียนในเด็ก (learning disorder)	80 (67.8)	38 (32.2)	0 (0)
18. การวินิจฉัยผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในเด็ก (mental retardations)	78 (66.1)	40 (33.9)	0 (0)
19. การรักษาผู้ป่วยจิตเวชเด็กในภาพรวม	78 (66.1)	40 (33.9)	0 (0)
20. การรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็ก (ADHD)	87 (73.7)	29 (24.6)	2 (1.7)
21. การรักษาผู้ป่วยโรคออทิสติกในเด็ก (autistic spectrum)	77 (65.3)	41 (34.7)	0 (0)
22. การรักษาผู้ป่วยโรค tic ในเด็ก	78 (66.1)	40 (33.9)	0 (0)
23. การรักษาผู้ป่วยปัสสาวะรดที่นอนในเด็ก (functional enuresis)	75 (63.6)	43 (36.4)	0 (0)
24. การรักษาผู้ป่วยโรคบกพร่องทางการเรียนในเด็ก (learning disorder)	74 (62.7)	44 (37.3)	0 (0)
25. การรักษาผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในเด็ก (mental retardations)	73 (61.9)	45 (38.1)	0 (0)
การวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยในจิตเวช (inpatient unit)			
26. การดูแลรักษาผู้ป่วยในที่มีโรคจิตเวชในภาพรวม (inpatient unit)	96 (81.4)	22 (18.6)	0 (0)
27. การดูแลรักษาผู้ป่วยในที่มีโรคจิตเวชด้วยการใช้ยา (psychiatric drug use)	83 (70.3)	35 (29.7)	0 (0)
28. การดูแลรักษาผู้ป่วยในที่มีโรคจิตเวชด้วยการบำบัดทางจิตเบื้องต้น (basic psychological support)	89 (75.4)	29 (24.6)	0 (0)
การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (emergency psychiatry)			
29. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (emergency care) ในภาพรวม	72 (61.0)	46 (39.0)	0 (0)
30. การดูแลผู้ป่วยฆ่าตัวตาย (suicide)	61 (51.7)	56 (47.5)	1 (0.8)
31. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะก้าวร้าวรุนแรง (aggressive and violence)	58 (49.2)	59 (50.0)	1 (0.8)

ตารางที่ 3 ความวิตกกังวลต่อสมรรถนะเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมของบัณฑิตแพทย์ (ต่อ)

ความวิตกกังวลต่อเวชปฏิบัติจิตเวชกรรม	ระดับความวิตกกังวล; จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่วิตกเลย- วิตกกังวลบ้าง	วิตกกังวล- วิตกกังวลมาก	ไม่ตอบ
การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชด้านอื่น ๆ			
32. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื้อในชุมชน (community-based psychiatry)	98 (83.1)	20 (16.9)	0 (0)
33. การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยสารเสพติด (addiction psychiatry)	85 (72.0)	33 (28.0)	0 (0)
34. การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยติดสุรา (alcohol dependence)	90 (76.3)	28 (23.7)	0 (0)
35. การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยถอนสุรา (alcohol withdrawal syndrome)	96 (81.4)	22 (18.6)	0 (0)
36. การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยภาวะเพื่อสับสน (delirium)	100 (84.7)	18 (15.3)	0 (0)
37. การให้คำปรึกษาทางจิตเวช (counselling หรือ psycho education)	87 (73.7)	31 (26.3)	0 (0)
38. การสร้างสัมพันธภาพทางการรักษากับผู้ป่วยจิตเวช (therapeutic relationship)	98 (83.1)	20 (16.9)	0 (0)
39. การทำงานเป็นทีมกับพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ	101 (85.6)	17 (14.4)	0 (0)

วิจารณ์

การสำรวจครั้งนี้เป็นการวิจัยด้านแพทยศาสตรศึกษาแขนงวิชาจิตเวชศาสตร์งานแรกในประเทศไทยที่ใช้ข้อมูลสะท้อนกลับจากนักศึกษาที่เพิ่งสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต นอกจากสามารถนำไปปรับปรุงหลักสูตรและการเรียนการสอนเพื่อตอบสนองกับความต้องการของผู้เรียนโดยน่าจะเชื่อว่า คำตอบค่อนข้างตรงไปตรงมา และน่าจะเชื่อถือมากกว่าการสำรวจในนักศึกษาที่ยังไม่สำเร็จการศึกษา เพราะไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้สอน ยังสามารถนำมาปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขด้านจิตเวช เพื่อให้

เกิดความผิดพลาดอันเนื่องมาจากความไม่มั่นใจและไม่ชำนาญของแพทย์จบใหม่ให้น้อยที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศ ได้แก่ แคนาดา และอินเดีย³⁻⁶ ในภาพรวมแล้ว บัณฑิตแพทย์ไทยที่สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ในปีการศึกษา พ.ศ. 2560 มีความวิตกกังวลในสมรรถนะเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมของตนภายหลังจากสำเร็จการศึกษาน้อยกว่าการศึกษาในประเทศดังกล่าว โดยเฉพาะการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ผู้ป่วยจิตเวช และการทำงานเป็นทีมกับพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เป็นหมวดที่บัณฑิต

แพทย์มีความวิตกกังวลน้อยที่สุด (ร้อยละ 85.6) รองลงมาคือการสร้างสัมพันธภาพทางการรักษากับผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน (ร้อยละ 83.1) นอกจากนี้บัณฑิตแพทย์ระบุว่าตนวิตกกังวลในการบำบัดด้วยจิตเบื้องต้นน้อยหรือไม่วิตกกังวลเลย ทั้งแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 75.4 และ ร้อยละ 72.0 ตามลำดับ) บ่งบอกว่าหลักสูตรและการเรียนการสอนจิตเวชศาสตร์ในองค์กรวม การรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด และการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ ประสบความสำเร็จน่าพอใจ แต่หมวดที่บัณฑิตแพทย์มีความวิตกกังวลมากที่สุด คือ จิตเวชฉุกเฉิน โดยครึ่งหนึ่งของบัณฑิตแพทย์ (ร้อยละ 50.0) แสดงความวิตกกังวลอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะก้าวร้าวรุนแรง รองลงมา คือ การวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชเด็ก ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะก้าวร้าว มีความจำเป็นต้องใช้ความชำนาญและประสบการณ์มาก ทั้งโดยมากมักจะเป็นผู้ป่วยโรคจิตและยาเสพติด ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชที่บัณฑิตแพทย์ได้แสดงความวิตกกังวลสูงสุดเช่นเดียวกัน ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชเด็กมีจำนวนน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ และภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในเด็กมักได้รับการรักษาที่แผนกกุมารเวชมากกว่าแผนกจิตเวช อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้บัณฑิตแพทย์รู้สึกว่าจะตนไม่มีความรู้ความชำนาญพอจึงทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

เนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนคนไข้จิตเวชเด็ก และจิตเวชฉุกเฉิน ควรอาศัยความร่วมมือในการเรียนจิตเวชศาสตร์ร่วมกับวิชากุมารเวชศาสตร์ และเวชศาสตร์ฉุกเฉิน เพื่อเสริมความรู้และประสบการณ์ให้มากขึ้นและลดความวิตกกังวลของบัณฑิตแพทย์ลง เช่นเดียวกับหลักสูตรของวิชาจิตเวชศาสตร์เองต้อง

เน้นย้ำการเรียนการสอนเรื่องโรคยาเสพติด การดูแลผู้ป่วยนอก และการรักษาโดยใช้ยาจิตเวชมากขึ้นด้วย ในส่วนของระบบการสาธารณสุขนั้น อาจจะต้องเพิ่มการสนับสนุนในการให้คำปรึกษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทั้งกุมารแพทย์และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ร่วมกับจิตแพทย์ในผู้ป่วยที่มีภาวะดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม การสำรวจนี้เป็นการสำรวจเบื้องต้นแบบตัดขวาง และเป็นการสำรวจความวิตกกังวลของบัณฑิตแพทย์ที่เพิ่งจบการศึกษา ซึ่งอาจตรงหรือไม่ตรงกับสมรรถนะที่แท้จริงในเวชปฏิบัติ จิตเวชกรรมของบัณฑิตแพทย์ เนื่องจากยังไม่ได้ปฏิบัติงานจริงในฐานะแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือผ่านการปฏิบัติงานน้อยมาก จึงจำเป็นต้องมีการสำรวจต่อเนื่องไปภายหลังจากสำเร็จการศึกษาอย่างน้อย 1 ปี นอกจากนี้ บัณฑิตแพทย์ที่เข้าร่วมในการศึกษาเกือบทั้งหมดอยู่ในภาคใต้ ทำให้อาจไม่สามารถแสดงภาพรวมของบัณฑิตแพทย์ไทยทั้งหมด ดังนั้น การสำรวจเรื่องสมรรถนะเวชปฏิบัติจิตเวชกรรมของบัณฑิตแพทย์ จึงควรสำรวจกระจายทั่วประเทศ เพื่อให้ได้ภาพรวมที่แท้จริงและนำมาปรับปรุงวิชาจิตเวชศาสตร์ในหลักสูตรแพทยศาสตร์บัณฑิตให้ตรงต่อความต้องการของบัณฑิตแพทย์ไทย

สรุป

บัณฑิตแพทย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา พ.ศ. 2560 แสดงความวิตกกังวลในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกมากกว่าผู้ป่วยใน ผู้ป่วยจิตเวชเด็กมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ และการรักษาด้วยการใช้ยามากกว่าการบำบัดทางจิตเบื้องต้น โดยระบุว่าภาวะจิตเวชที่บัณฑิตแพทย์กังวลในสมรรถนะเวชปฏิบัติของ

ตนมากที่สุดคือ ภาวะจิตเวชฉุกเฉิน โดยเฉพาะผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง และภาวะภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ในผู้ป่วยจิตเวชเด็ก ส่วนโรคจิตเวชที่บัณฑิตแพทย์วิตกกังวลในการดูแลมากที่สุด ได้แก่ โรคสารเสพติด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยได้รับทุนวิจัยแพทยศาสตรศึกษาจาก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขอขอบคุณกองกิจการนักศึกษาที่อำนวยความสะดวกเก็บข้อมูลในระหว่างการซ้อมรับปริญญา และขอขอบคุณ อาจารย์ Andrew Tait ที่กรุณาตรวจสอบภาษาอังกฤษ

ความรู้เดิม: การวิจัยด้านแพทยศาสตรศึกษาแขนง วิชาจิตเวชศาสตร์ในประเทศไทยใช้ข้อมูลสะท้อนกลับจากนักศึกษาก่อนสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตอาจไม่เพียงพอต่อการนำมาปรับใช้ในการพัฒนาหลักสูตรและการเรียนการสอน

ความรู้ใหม่: บัณฑิตแพทย์ไทยจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์มีความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยจิตเวชเด็ก และการรักษาด้วยการใช้ยา โดยระบุว่ามีความกังวลมากในจิตเวชฉุกเฉินที่มีภาวะก้าวร้าวรุนแรง การวินิจฉัย และรักษาภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในงานจิตเวชเด็ก และโรคยาเสพติดในจิตเวชผู้ใหญ่

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: ข้อมูลสะท้อนกลับจากบัณฑิตแพทย์ สามารถนำไปปรับปรุงหลักสูตรและการเรียนการสอนเพื่อตอบสนองกับความต้องการของผู้เรียนโดยแท้จริง เพื่อปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขด้านจิตเวชต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO mental health gap action programme (mhGAP) [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2018 Mar 10]. Available from: http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/.
2. Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare. Healthc Manage Forum. 2017;30:111-6.
3. Fleury M, Farand L, Aube D, Imboua A. Management of mental health problems by general practitioners in Quebec. Can Fam Physician. 2012;58:732-8.
4. Chaudhary R, Mishra B. Knowledge and practices of general practitioners regarding psychiatric problems. Ind Psychiatry J. 2009;18:22-6.
5. Cowan J, Raja S, Naik A, Armstrong G. Knowledge and attitudes of doctors regarding the provision of mental health care in Doddaballapur Taluk, Bangalore Rural district, Karnataka. International Journal of Mental Health Systems. 2012;6:21.
6. Fleury M, Imboua A, Aube D, Farand L, Lambert Y. General practitioners' management of mental disorders: a rewarding practice with considerable obstacles. BMC Family Practice. 2012;13:19.
7. แพทยสภา : The Medical Council of Thailand [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อวันที่ 18 มี.ค. 2561]. จาก: http://www.tmc.or.th/tmc_training.php Thai.
8. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. การจัดการเรียนการสอนของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 ธ.ค. 2561]. จาก: <http://medinfo2.psu.ac.th/psychiatry/elearning/>. Thai.
9. Davison G. Abnormal psychology. Mississauga, Ont.: John Wiley & Sons Canada; 2008.