

นิพนธ์ฉบับ

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติต่อการรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวช

ปริญทัศน์ เนตรสุวรรณ*, มุกิตา พนาสธิตย์*, นติมา ดีเยาว์**

บทคัดย่อ

- บทนำ:** แพทยสภากำหนดให้แพทย์ใช้ทุนมีความรู้เรื่องโรคจิตเวชและให้การรักษาเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของแพทย์ใช้ทุนต่อการให้การรักษเบื้องต้นของโรคจิตเวช
- วิธีการศึกษา:** การศึกษาพรรณนาแบบภาคตัดขวางในแพทย์ใช้ทุนสังกัดโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติในการศึกษา 2559 โดยผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อมูลส่วนตัว ประสิทธิภาพในเวชปฏิบัติ แนวทางการรักษา และปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจให้การรักษเบื้องต้นของโรคจิตเวช
- ผลการศึกษา:** แพทย์ใช้ทุนทั้งหมด 61 คน ตอบแบบสอบถาม 56 คน คิดเป็นร้อยละ 91.8 พบว่าปัจจัยที่มีผลการตัดสินใจรักษาของโรคจิตเวชเบื้องต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ชั้นปีของการเป็นแพทย์ใช้ทุน ความสนใจเรียนต่อเฉพาะทาง ผลการเรียนรู้จิตเวชศาสตร์ จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เคยตรวจต่อสัปดาห์ ประสิทธิภาพถูกผู้ป่วยจิตเวชแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม และประสิทธิภาพถูกร้องเรียนหรือถูกฟ้องร้องจากการรักษาผู้ป่วยจิตเวช และแพทย์ใช้ทุนมีแนวโน้มจะส่งปรึกษาจิตแพทย์มากขึ้นหากเป็นแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 และมีประสิทธิภาพถูกร้องเรียนหรือถูกฟ้องร้องจากการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ($OR = 6.3, 95\%CI; 1.6, 25.0$ และ $OR = 5.5, 95\%CI; 1.1, 27.5$ ตามลำดับ)
- สรุปผลการศึกษา:** การเป็นแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ประสิทธิภาพถูกผู้ป่วยจิตเวชแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม และประสิทธิภาพถูกร้องเรียนหรือถูกฟ้องร้องจากการรักษาผู้ป่วยจิตเวช มีผลต่อการตัดสินใจให้การรักษเบื้องต้นของโรคจิตเวช โรงพยาบาลต้นสังกัดควรพัฒนาแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ให้มีความเชี่ยวชาญในการรักษเบื้องต้นของโรคจิตเวชและพัฒนาระบบการช่วยเหลือแพทย์ใช้ทุนในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช
- คำสำคัญ:** แพทย์ใช้ทุน, แพทย์, การรักษาผู้ป่วยจิตเวช, โรงพยาบาล, มหาวิทยาลัย

วันที่รับบทความ: 10 เมษายน 2561 วันที่แก้ไขบทความ: 23 พฤษภาคม 2562 วันที่อนุญาตให้ตีพิมพ์: 24 พฤษภาคม 2562

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

** สถานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัวคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผู้ติดต่อ: นายแพทย์ปริญทัศน์ เนตรสุวรรณ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ชั้น 6 อาคารกิตติวัฒนา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ศูนย์รังสิต) ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง ปทุมธานี 12120 โทร. 02-9269477 หรือ 089-1946248 อีเมล: parinthat@gmail.com

บทนำ

แพทย์ใช้ทุน (Internist) คือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่เริ่มต้นทำงานการเป็นแพทย์และใช้ทุนตามระยะเวลาที่ระบุในสัญญาที่ทำไว้กับคณะแพทยนั้นๆ¹ แพทย์ใช้ทุนถือว่าเป็นแพทย์ส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินลำดับแรกและให้รักษาในโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลระดับ ปฐมภูมิทุติยภูมิหรือตติยภูมิ โดยแต่ละปีจะมีแพทย์จบใหม่มาเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปประมาณ 2,300 คน² แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน จึงถือว่าเป็นกำลังหลักของระบบสาธารณสุขไทย

กลุ่มโรคจิตเวชเป็นกลุ่มโรคหนึ่งที่พบได้บ่อยในงานของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จากการสำรวจระดับชาติของประเทศไทยของคนไทย ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 พบว่าความชุกชั่วชีวิตและความชุก 12 เดือนของโรคจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดสารใดๆ พบร้อยละ 30.8 และร้อยละ 13.4 ตามลำดับ โดยพบความชุกชั่วชีวิตของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราสูงที่สุดร้อยละ 18.0 ส่วนกลุ่มโรควิตกกังวลกลุ่มความผิดปกติของการควบคุมพฤติกรรมตัวเอง และกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์พบความชุก 12 เดือน ร้อยละ 1.6, 1.3 และ 0.7 ตามลำดับ³ ทั้งนี้แพทยสภาได้กำหนดให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช กลไกการเกิดโรคสามารถให้การวินิจฉัย ให้การรักษาการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเวชได้ด้วยตนเอง รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ได้แก่ โรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์และสารเสพติด โรคซึมเศร้า โรคแพนิค และโรควิตกกังวล เป็นต้น⁴

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่ามีงานวิจัยสนับสนุนว่าความรู้ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีผลต่อการให้การรักษาโรคจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญจากการศึกษาของ Galudec และคณะในปี 2014⁵ และ Pathak KP และ Montgomery ในปี 2014⁶ และการศึกษาของ Telford และคณะ ในปี 2002 และ MaGPIe Research Group ในปี 2005 พบว่าภาระงานของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเช่น จำนวนผู้ป่วยทั่วไปที่ตรวจ เวลาในการตรวจผู้ป่วยทั่วไปต่อราย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการให้การรักษาโรคจิตเวชเช่นกัน^{7, 8} นอกจากนี้การศึกษาของ Andrade และคณะพบว่าความรุนแรงของโรคจิตเวชส่งผลต่อการรักษาโรคจิตเวชของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป⁹

ผู้วิจัยมีข้อสังเกตว่า 1) ระบบการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์ทั่วไปอาจทำให้มีโอกาสน้อยและมีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยจิตเวชน้อย 2) ระบบการให้คำปรึกษาและดูแลแพทย์ใช้ทุนในแต่ละโรงพยาบาลที่มีแตกต่างกัน ส่งผลให้แพทย์ใช้ทุนให้การรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวชต่างกัน จากการบันทึก

การรับคำปรึกษาผู้ป่วยนอกคลินิกสุขภาพจิต พบว่า มีแพทย์ใช้ทุนส่งผู้ป่วยมาปรึกษา ณ คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติเฉลี่ยสัปดาห์ละ 15 - 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 63 ของผู้ป่วยใหม่ทั้งหมด โดยส่วนใหญ่ไม่ได้ให้การรักษาเบื้องต้นอย่างเหมาะสมในกรณีที่สงสัยว่ามีโรคจิตเวช¹⁰ แม้ว่าจะเป็นกลุ่มโรคที่แพทยสภากำหนดว่าเป็นโรคที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปต้องรู้และให้การรักษาได้อย่างเหมาะสมก็ตาม ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของแพทย์ใช้ทุนต่อการรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวช

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยมีประชากรคือ แพทย์ใช้ทุนที่ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2559 - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 90 ราย โดยเลือกประชากรทั้งหมดในการศึกษา มีเกณฑ์คัดเลือกคือ ต้องเป็นแพทย์ใช้ทุนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์และได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา เกณฑ์คัดออกคือ อยู่ระหว่างฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านตัวแปรอิสระคือ ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของแพทย์ใช้ทุนต่อการให้การรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวช ตัวแปรตามคือ แนวทางการรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวชโดยตัวแปรอิสระนั้นได้คัดเลือกจาก 1) ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถาบันที่สำเร็จการศึกษา เกรดเฉลี่ยสะสม ทั้งนี้จากการสำรวจความคิดเห็นนำร่องพบว่า ความสนใจเรียนต่อเฉพาะทาง และ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยพื้นฐานที่อาจส่งผลต่อการรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวชเช่นกัน จึงเป็นเหตุผลของปัจจัยพื้นฐานในการสร้างแบบสอบถาม 2) จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของแพทย์ใช้ทั่วไปต่อการรักษาโรคจิตเวชพบว่า ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ภาระงาน ทักษะติดต่อโรคจิตเวช ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยหรือรักษาจิตเวช สิ่งแวดล้อมในขณะตรวจ ความสามารถด้านภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร ความรุนแรงของโรคจิตเวช และระบบงานที่มีจิตแพทย์ในการรักษา ต่างมีผลต่อการรักษาโรคจิตเวชทั้งสิ้น จึงเป็นเหตุผลให้นำปัจจัยดังกล่าวมาสร้างเป็นแบบสอบถาม 3) ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานำร่องในแพทย์ใช้ทุนและจิตแพทย์เพื่อสำรวจความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวชเพื่อสำรวจหาปัจจัยอื่นนอกเหนือจากปัจจัยที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยนั้นผู้ทำการสำรวจนำร่อง จากการสำรวจพบว่าปัจจัยเรื่อง ระยะเวลาพักผ่อน ประสบการณ์เคยถูกผู้ป่วยจิตเวช

แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ประสบการณ์ถูกร้องเรียนหรือถูกฟ้องร้องจากการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ทักษะการซักประวัติผู้ป่วยจิตเวช และการทำจิตบำบัด อาจส่งผลต่อการรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวชด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยที่ได้เลือกเป็นปัจจัยที่อยู่ในแบบสอบถาม ทั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยรวบรวมและเป็นผู้คิดค้นขึ้น และหลังสร้างแบบสอบถามมีการศึกษานำร่องอีก 2 ครั้งเพื่อปรับปรุงแบบสอบถามก่อนนำมาใช้เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานภาระงานของแพทย์ใช้ทุน แนวทางการให้การรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวช และปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจรักษาของโรคจิตเวชเบื้องต้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับรองการพิจารณาผ่านจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 1 (คณะแพทยศาสตร์) และทำการเก็บข้อมูล 2 ครั้งโดยให้แพทย์ใช้ทุนเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และมีการปกปิดข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ที่ตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ที่ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS เวอร์ชัน 21 โดยนำเสนอข้อมูลพื้นฐานและภาระงานของแพทย์ใช้ทุนโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด และใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลพื้นฐาน ภาระงานของแพทย์ใช้ทุน ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวช และแนวทางในการรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวช ทั้งยังได้นำปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่ทำนายว่าแพทย์ใช้ทุนจะมีแนวทางการให้การรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวชโดยการส่งปรึกษาจิตแพทย์และไม่รักษาเองไปก่อนโดยใช้สถิติ Binary logistic regression model โดยนำเสนอเป็น

Odds ratio และค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 โดยเลือกวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward Stepwise (Likelihood Ratio) เนื่องจากมีจำนวนตัวแปรไม่มากและต้องการให้ตัวแปรที่มีความสำคัญใกล้เคียงกันทุกตัวเข้าสมการก่อนและคัดออกภายหลัง

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า มีแพทย์ใช้ทุนที่เข้าร่วมการศึกษา 80 คน โดยก่อนเก็บข้อมูลมีแพทย์ใช้ทุนลาออก 29 คน จึงมีแพทย์ใช้ทุนที่สามารถทำแบบสอบถามได้ 61 คน โดยตอบแบบสอบถามกลับในครั้งแรก 53 คน และ ครั้งที่สอง 3 คน รวมตอบแบบสอบถามกลับทั้งสิ้น 56 คน (ร้อยละ 91.8) และไม่ตอบแบบสอบถาม 6 คน (ร้อยละ 8.2) แพทย์ใช้ทุนมีอายุเฉลี่ย 25.7 ± 1.2 ปี โดยส่วนใหญ่เป็นแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPAX) เท่ากับ 3.4 ± 0.3 มีค่ามัธยฐานผลการเรียนวิชาจิตเวชที่ได้เท่ากับ 3 โดยแพทย์ใช้ทุนส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 53 คน (ร้อยละ 94.6) ซึ่งแพทย์ใช้ทุนมีแนวทางในการรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวชโดยการให้การรักษาเบื้องต้นไปก่อนจำนวน 38 คน (ร้อยละ 67.9) และมีแพทย์ใช้ทุนจำนวน 18 คน (ร้อยละ 32.1) ที่ส่งปรึกษาจิตแพทย์โดยไม่ให้การักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวชในส่วนของภาระงานของแพทย์ใช้ทุนพบว่า ค่ามัธยฐานของจำนวนผู้ป่วยทั่วไปที่แพทย์ใช้ทุนตรวจต่อวันเท่ากับ 20 ราย (IQR=19-30) โดยแพทย์ใช้ทุนใช้เวลาในการตรวจผู้ป่วยทั่วไปเฉลี่ย 11.7 ± 5.6 นาทีต่อผู้ป่วย 1 ราย ทั้งนี้แพทย์ใช้ทุนมีจำนวนภาระงานนอกเวลาเฉลี่ย 32.6 ± 16.7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยส่วนใหญ่มองว่ามีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอจำนวน 36 คน (ร้อยละ 64.3) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยพื้นฐาน ภาระงาน แนวทางการรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวช และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การรักษเบื้องต้นของโรคจิตเวชในแพทย์ใช้ทุน

ปัจจัย	แนวทางในการรักษาโรคจิตเวชเบื้องต้น		
	รักษาเองไปก่อน (n = 38) (ร้อยละ)	ส่งปรึกษาจิตแพทย์ (n = 18) (ร้อยละ)	p - value
เพศ ^a			
ชาย (n = 27)	19 (70.4)	8 (29.6)	0.70
หญิง (n = 29)	19 (65.5)	10 (34.5)	
อายุเฉลี่ย ^b (ปี) (Mean ± SD)	25.8 ± 1.0	25.4 ± 1.4	0.25
สถาบันที่สำเร็จการศึกษา ^a			
ธรรมศาสตร์	20 (62.5)	12 (37.5)	0.32
โรงเรียนแพทย์อื่นๆ	18 (75.0)	6 (25.0)	
ชั้นปีของการเป็นแพทย์ใช้ทุน ^a			
แพทย์ใช้ทุนปีที่ 1	11 (45.8)	13 (54.2)	0.002**
แพทย์ใช้ทุนปีอื่น	27 (84.4)	5 (15.6)	
ความสนใจเรียนต่อเฉพาะทาง ^a			
ไม่มีความสนใจ	0 (0.0)	3 (100.0)	0.01*
มีความสนใจ	38 (71.7)	15 (28.3)	
ผลการเรียนจิตเวชศาสตร์ที่ได้ ^a (n = 53)			
น้อยกว่า B+	19 (55.9)	15 (44.1)	0.01**
มากกว่าหรือเท่ากับ B+	17 (89.5)	2 (10.5)	
จำนวนภาระงาน ^a			
มี 1 - 2 ภาระงาน	21 (75.0)	7 (25.0)	0.25
มี 3 - 4 ภาระงาน		17 (60.7)	
จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เคยตรวจ ^a (ราย/สัปดาห์)			
0 - 1 ราย	21 (58.3)	15 (41.7)	0.04*
2 - 3 ราย	17 (85.0)	3 (15.0)	

หมายเหตุ การวิเคราะห์สถิติด้วย a : Pearson chi-square, b : Independent sample t-test

* หมายถึง p - value < 0.05, ** หมายถึง p - value < 0.01

การแบ่งกลุ่มปัจจัยได้มีการวิเคราะห์แยกแต่ละปัจจัย และแบ่งกลุ่มตาม percentile ที่ 50 ของข้อมูลเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐาน ภาระงานของแพทย์ใช้ทุน และแนวทางการรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวชพบว่า 1) ชั้นปีของการเป็นแพทย์ใช้ทุน 2) การมีความสนใจเรียนต่อเฉพาะทาง 3) ผลการเรียนจิตเวชศาสตร์ในช่วงเป็นนักศึกษาแพทย์ 4) จำนวนเฉลี่ยผู้ป่วยจิตเวชที่เคยตรวจต่อสัปดาห์ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของแนวทางการรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวชกับกลุ่มเปรียบเทียบ (p - value < 0.05)

พบว่า ภาระงานของแพทย์ใช้ทุน จำนวนผู้ป่วยทั่วไปที่ตรวจต่อวัน ระยะเวลาในการตรวจผู้ป่วยทั่วไป จำนวนเวลาทำงานนอกเวลาราชการ และระยะเวลาในการพักผ่อน ไม่พบว่ามีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของแนวทางการรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวช (ตารางที่ 1) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวชและแนวทางการรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวชในแพทย์ใช้ทุนพบว่า 1) แพทย์ใช้ทุนที่มีเจตคติต่อประสบการณ์การถูกผู้ป่วยจิตเวชแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ช่มชู้ คุกคาม หรือทำร้ายร่างกาย มีผลต่อการ

ตัดสินใจให้การรักษาของโรคจิตเวชเบื้องต้นนั้น จะให้การรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวชด้วยการส่งปรึกษาจิตแพทย์โดยไม่ให้การรักษเบื้องต้นด้วยตนเองเป็น 3.7 เท่า (OR = 3.7, 95% C.I. = 1.2 - 12.5) และ 2) แพทย์ใช้ทุนที่มีเจตคติต่อประสบการณ์การถูกดำเนิน ฎกร้องเรียน หรือถูกฟ้องร้องจาก

การรักษาผู้ป่วยจิตเวช มีผลต่อการตัดสินใจให้การรักษเบื้องต้นของโรคจิตเวชนั้น จะให้การรักษเบื้องต้นของจิตเวชด้วยการส่งปรึกษาจิตแพทย์โดยไม่ให้การรักษเบื้องต้นด้วยตนเองเป็น 5.4 เท่า (OR = 5.4, 95% C.I. = 1.3 - 22.0) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวช และ แนวทางการรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวชในแพทย์ใช้ทุน

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ รักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวช	แนวทางในการรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวช				
	รักษาเองไปก่อน (n = 38) (ร้อยละ)	ส่งปรึกษาจิตแพทย์ (n = 18) (ร้อยละ)	OR	95% C.I.	p - value
ประสบการณ์ถูกผู้ป่วยจิตเวชแสดง พฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว ข่มขู่ คุกคาม ทำร้าย ร่างกาย					
มีผล	11 (50.0)	11 (50.0)	3.9*	1.2 - 12.5	0.02
ไม่มีผล	27 (79.4)	7 (20.6)			
ประสบการณ์ถูกดำเนินฎกร้องเรียน หรือถูกฟ้องร้องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช					
มีผล	4(36.4)	7 (63.6)	5.4*	1.3 - 22.0	0.01
ไม่มีผล	34 (75.6)	11 (24.4)			
ความรู้ ความเข้าใจในเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคจิตเวช					
มีผล	35 (68.6)	16 (31.4)	0.7	0.1 - 4.5	0.69
ไม่มีผล	3 (60.0)	2 (40.0)			
ความรุนแรงของโรคจิตเวช					
มีผล	29 (64.4)	16 (35.6)	2.5	0.5 - 12.9	0.27
ไม่มีผล	9 (81.8)	2 (18.2)			
มีระบบการทำงานที่มีจิตแพทย์ ในการให้คำปรึกษา หรือส่งปรึกษา					
มีผล	35 (67.3)	17 (32.7)	1.5	0.1 - 15.1	0.75
ไม่มีผล	3 (75.0)	1 (25.0)			

หมายเหตุ * มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ p - value < 0.05; OR คือ Odds Ratio, 95% C.I. คือ ช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Binary logistic regression model เพื่อหาปัจจัยที่ทำนายการรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวช โดยการส่งปรึกษาจิตแพทย์โดยไม่รักษาเบื้องต้นเองไปก่อนพบ ว่า การเป็นแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 เพิ่มโอกาสเป็น 6.3 เท่าเมื่อเทียบกับชั้นปีอื่น (OR = 6.3, 95%CI; 1.6, 25.0) และการมีเจตคติ

ต่อประสบการณ์การถูกตำหนิ ถูกร้องเรียน หรือถูกฟ้องร้อง จากการรักษาผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มโอกาสเป็น 5.5 เท่าเมื่อเทียบกับแพทย์ใช้ทุนที่มองว่าปัจจัยดังกล่าวไม่มีผลต่อการตัดสินใจรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวชของตน (OR = 5.5, 95%CI; 1.1, 27.5) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้แพทย์ใช้ทุนมีแนวโน้มที่จะรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวชโดยการปรึกษาจิตแพทย์และไม่ให้การรักษาเองไปก่อนด้วยใช้สถิติ Logistic regression (n = 56)

ตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ ^a	B	S.E.	Wald	df	Sig.	OR	95%C.I. of OR	
							Lower	Upper
ประสบการณ์ ถูกตำหนิ ร้องเรียน หรือฟ้องร้องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	1.7	0.8	4.3	1	0.04	5.5*	1.1	27.5
ทักษะและประสบการณ์ในการให้คำปรึกษา	-2.1	1.1	3.8	1	0.05	0.1	0.0	1.0
การเป็น พชท. ปีที่ 1	1.8	0.7	6.8	1	0.01	6.3*	1.6	25.1
ค่าคงที่	-0.2	1.0	0.0	1	0.85	0.8		

^a มีตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการทั้งหมด 5 ตัวแปร ได้แก่ 1) ประสบการณ์ ถูกตำหนิ ร้องเรียน หรือฟ้องร้อง จากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 2) ทักษะและประสบการณ์ในการให้คำปรึกษา 3) จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เคยตรวจต่อสัปดาห์ 4) การเป็นแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 และ 5) การมีความสนใจเรียนต่อเฉพาะทางเลือกวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward Stepwise (Likelihood Ratio) สมการที่ได้มี Overall percentage of corrected prediction = 80.4, Cox & Snell R square = 0.27 และ Homer and Lemshore Test; (Sig.) = 0.298; df = 3

* มีค่า Odds ratio ที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ มีค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่าแพทย์ใช้ทุนส่วนใหญ่มีแนวทางการรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวชโดยให้การรักษาเองไปก่อนร้อยละ 67.9 และส่งปรึกษาจิตแพทย์ร้อยละ 32.1 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Answorth และคณะในปี 2002 ที่ศึกษาอัตราการส่งตัวผู้ป่วยจิตเวชมาพบจิตแพทย์โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีอัตราการให้การรักษาเองก่อนร้อยละ 72 และส่งตัวมาพบจิตแพทย์จำนวนร้อยละ 28¹¹ ทั้งนี้แพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติมีอัตราการส่งปรึกษาจิตแพทย์มากกว่า สันนิษฐานว่าอาจมีปัจจัยเช่นประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นแพทย์ที่น้อยกว่า 3 ปี ทำให้มีทักษะและประสบการณ์การปฏิบัติงานไม่มากพอเมื่อเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ศึกษาในแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่มีทั้งแพทย์จบใหม่และแพทย์ที่ปฏิบัติงานมานาน อีกทั้งระบบการส่งปรึกษาจิตแพทย์ของแพทย์ใช้ทุนในแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกัน จึงมีผลที่ทำให้แพทย์ใช้ทุนในการศึกษานี้ส่งปรึกษาจิตแพทย์ได้มากกว่า

การศึกษานี้พบว่าแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 มีผลต่อการตัดสินใจรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวช โดยแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 จะมีประสบการณ์ทั้งในการรักษาผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวชน้อย หรือหากมีประสบการณ์อยู่บ้างก็อาจไม่มีความมั่นใจในการให้การรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวชได้ด้วยปัจจัยหลายประการ เช่น ขาดทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานขาดความมั่นใจและความเชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ความไม่เข้าใจในระบบงานการส่งปรึกษาจิตแพทย์เป็นต้น ทำให้ตัดสินใจที่จะรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวชโดยส่งปรึกษาจิตแพทย์ก่อนที่จะให้การรักษาเบื้องต้นด้วยตนเอง ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ มาโนช หล่อตระกูล และรัตน สายพานิชย์ ในปี 2006 ที่พบว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมองว่าอุปสรรคที่มีผลต่อการวินิจฉัยโรคจิตเวชเป็นลำดับที่ 2 คือการขาดประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช¹² และการศึกษาของ Irfan และคณะ ในปี 2015 พบว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ขาดประสบการณ์ในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยจิตเวชส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³

ในส่วนของความสนใจเรียนต่อของแพทย์ใช้ทุนที่มีผลต่อการรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวชนั้น สันนิษฐานว่าแพทย์ใช้ทุนในกลุ่มที่มีการมีความสนใจเรียนต่อเฉพาะทางอาจมองว่าตนเองความพร้อมที่จะเรียนต่อ มีความรู้ความสามารถเพียงพอ ทำให้เมื่อต้องรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวชจึงตัดสินใจให้การรักษาด้วยตนเองไปก่อน ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับผลการเรียนวิชาจิตเวชศาสตร์ที่มีผลต่อการรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวช ผู้วิจัยสันนิษฐานว่าแพทย์ใช้ทุนส่วนใหญ่ที่ได้ผลการเรียนวิชาจิตเวชศาสตร์ที่ดีจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเวชมากกว่ากลุ่มที่มีการเรียนจิตเวชน้อยกว่า ทำให้เมื่อปฏิบัติงานเป็นแพทย์ใช้ทุนจึงมีความรู้และความมั่นใจในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการสอบถามแพทย์ใช้ทุนที่ส่วนใหญ่จบการศึกษาจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่มีการเรียนการสอนวิชาจิตเวชศาสตร์อยู่ในรายวิชาบูรณาการอายุรศาสตร์ (Integrated Internal Medicine) ซึ่งไม่ใช่การวัดผลเฉพาะวิชาจิตเวชศาสตร์เท่านั้น จึงไม่สามารถสรุปได้โดยตรงถึงความสัมพันธ์ของผลการเรียนวิชาจิตเวชศาสตร์ต่อแนวทางการรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวชได้อย่างเหมาะสม ส่วนกรณีแพทย์ใช้ทุนที่มีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช 0 - 1 รายต่อสัปดาห์ เป็นกลุ่มแพทย์ที่มีโอกาสให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชน้อย ทำให้ขาดทักษะและประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ทำให้มีแนวทางให้การรักษาโดยการส่งปรึกษาจิตแพทย์โดยไม่ได้รับการรักษาเองไปก่อนมากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มแพทย์ใช้ทุนที่ตรวจผู้ป่วย 2 - 3 รายต่อสัปดาห์ ซึ่งเป็นกลุ่มแพทย์ใช้ทุนที่มีความคุ้นเคยกับการรักษาผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า

ในการศึกษานี้ยังพบว่าเจตคติต่อ ประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชของแพทย์ใช้ทุน ได้แก่ ประสบการณ์ถูกผู้ป่วยจิตเวชแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว ข่มขู่ คุกคาม ทำร้าย ร่างกาย เป็นต้น และประสบการณ์ถูกตำหนิ ถูกร้องเรียน หรือถูกฟ้องร้อง จากการรักษาผู้ป่วยจิตเวช มีผลต่อการตัดสินใจของแพทย์ใช้ทุนต่อการให้การรักษเบื้องต้นของโรคจิตเวช ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Andrade และคณะ เรื่องเจตคติในแง่ลบต่อการให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชในปี 2015 ซึ่งพบว่าเจตคติที่ไม่ดีต่อโรคจิตเวชเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการให้การรักษารโรคจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทำให้แพทย์ละเลยที่จะมองเห็นปัญหาและไม่นำไปสู่การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม⁹ และการศึกษาของ M Hedenrud และคณะในปี 2013 พบว่าแพทย์ที่มีเจตคติที่ดีในการรักษา

ผู้ป่วยจะเป็นกลุ่มแพทย์ที่คอยมองหาอาการจิตเวชในผู้ป่วยและเข้าใจบริบทของผู้ป่วยที่มารับการรักษา ทำให้มีโอกาสในการใช้ยารักษาอาการทางจิตเวชมากกว่าแพทย์กลุ่มอื่น¹⁴ ผู้วิจัยมีข้อสันนิษฐานว่า แพทย์ใช้ทุนมีเจตคติต่อประสบการณ์ถูกผู้ป่วยจิตเวชแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และประสบการณ์เกี่ยวกับการถูกตำหนิ ร้องเรียนจากการรักษาผู้ป่วยจิตเวชของแพทย์ใช้ทุนนั้น เป็นเจตคติต่อประสบการณ์ที่ทำให้แพทย์ใช้ทุนรู้สึกกังวลหรือกลัวที่จะให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกกังวลหรือกลัวที่เกิดขึ้นได้ และไม่สามารถแก้ไขผลกระทบจากประสบการณ์ดังกล่าว เกิดเป็นเจตคติที่เป็นลบต่อการรักษาผู้ป่วยจิตเวช และส่งผลให้มีโอกาสที่จะมีแนวทางการรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวชโดยการส่งปรึกษาจิตแพทย์มากขึ้นโดยไม่ให้การรักษเบื้องต้นของโรคจิตเวชด้วยตนเองก่อน

ข้อจำกัดของการศึกษา

ในการศึกษานี้เป็น cross-sectional descriptive study จึงอธิบายได้เพียงว่าพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันเท่านั้น แต่ไม่สามารถอธิบายได้ถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลได้ และการศึกษาที่ใช้แบบสอบถามเพื่อสำรวจเจตคติจึงมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถวัดคุณภาพเชิงปริมาณของบางปัจจัย เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชของแพทย์ใช้ทุน ระดับทักษะหรือระดับความมั่นใจในการวินิจฉัยและการรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวช เป็นต้นและอาจมีอคติจากกรรูปแบบสอบถามต่อเจตคติในบางปัจจัย เช่น แพทย์ใช้ทุนอาจมีหรือไม่มีประสบการณ์ต่อปัจจัยดังกล่าวก็ได้ เช่น การประเมินว่าปัจจัยต่างๆ นั้นมีผลหรือไม่มีผลต่อการรักษา การถูกร้องเรียน ฟ้องร้องจากการรักษาผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น ปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์จึงเป็นเจตคติของแพทย์ต่อปัจจัยดังกล่าว โดยปัจจัยนั้นจะส่งผลต่อการรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวชของแพทย์ใช้ทุนหรือไม่ก็ได้ และเนื่องจากไม่มีแบบสอบถามที่เป็นมาตรฐานในการศึกษา การสร้างแบบสอบถามเองโดยผู้วิจัยโดยการเลือกปัจจัยศึกษามาจากการทบทวนงานวิจัยและสำรวจนาร่อง อาจทำให้ความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามลดลงรวมถึงการวิเคราะห์ทางสถิติอาจมีอคติ

การศึกษานี้มีกลุ่มประชากรเป็นแพทย์ใช้ทุนที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติเท่านั้นอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรทั่วไปของแพทย์ใช้ทุนหรือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปได้ แต่สามารถใช้ผลการศึกษานี้อนุมานในกลุ่มแพทย์ใช้ทุนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีระบบจิตแพทย์ให้คำปรึกษาได้เช่นกัน

วิจารณ์

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของแพทย์ใช้ทุนในการให้การรักษาเบื้องต้นของโรคจิตเวช คือ ชั้นปีของการเป็นแพทย์ใช้ทุน ความสนใจเรียนต่อเฉพาะทาง ผลการเรียนรู้จิตเวชศาสตร์ที่ได้ จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เคยตรวจ ประสบการณ์ถูกผู้ป่วยจิตเวชแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม และประสบการณ์ถูกตำหนิถูกร้องเรียน หรือถูกฟ้องร้อง จากการรักษาผู้ป่วยจิตเวชนั้นควรพัฒนาแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ให้มีประสบการณ์ในการให้การรักษาโรคจิตเวช และให้การช่วยเหลือในกรณีที่แพทย์ที่มีประสบการณ์กับผู้ป่วยจิตเวชแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม หรือมีประสบการณ์ถูกฟ้องร้อง ร้องเรียนจากการรักษาผู้ป่วยจิตเวช

ข้อเสนอแนะ และการนำไปใช้ประโยชน์

ควรมีการศึกษาที่สามารถแสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (causal relationship) และใช้คำถามวัดผลเชิงปริมาณร่วมในแบบสอบถามนอกจากการสอบถามเจตคติเพียงอย่างเดียว อีกทั้งควรมีการศึกษาในแพทย์ใช้ทุนในหลายโรงพยาบาลเพื่อให้มีประชากรที่ใช้ในการศึกษามากขึ้นและได้ประชากรที่มีความหลากหลาย และมีการสุ่มตัวอย่าง

คณะแพทยศาสตร์และโรงพยาบาลควรให้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 เกี่ยวกับประสบการณ์ และทักษะในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชเบื้องต้นโดยมุ่งเน้นให้แพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 มีความมั่นใจในความรู้และมีทักษะที่นำความรู้ไปใช้ได้อย่างเหมาะสมอีกทั้งควรส่งเสริมให้จิตแพทย์มีการให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา (feedback and liaisons) กับแพทย์ใช้ทุนให้มากขึ้น และให้การช่วยเหลือกรณีแพทย์ใช้ทุนถูกตำหนิ ร้องเรียนจากการรักษาผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้แพทย์ใช้ทุนรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น และสร้างเจตคติที่ดีในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ 2560

เอกสารอ้างอิง

1. คณะแพทยศาสตร์สถาบันพระบรมชนก. แนวปฏิบัติเกี่ยวกับแพทย์คู่สัญญาระหว่างชุดใช้ทุน. 2550;1:1-3.
2. สำนักบริหาร โครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท. การจัดสรรแพทย์จบใหม่ปี 2558: สำนักบริหาร;2558.

3. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรพรรณ จุฑา และคณะ. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับชาติวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิตกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข; 2559.
4. แพทย์สภา. เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม. แพทย์สภา; 2555.
5. Le Galudec M, Cornily G, Garlantezec R, Stephan F, Alavi Z, Walter M. Evaluation of GPs diagnostic knowledge and treatment practice in detection and treatment of early schizophrenia: a French postal survey in Brittany. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2014;49:69-77.
6. Pathak KP, Montgomery A. General practitioners' knowledge, practices, and obstacles in the diagnosis and management of dementia. Aging Ment Health 2015;19:912-20.
7. Telford R, Hutchinson A, Jones R, Rix S, Howe A. Obstacles to effective treatment of depression: a general practice perspective. Family Practice 2002;19:45-52.
8. MaGPI Research Group. General practitioners' perceptions of barriers to their provision of mental healthcare: a report on Mental Health and General Practice Investigation (MaGPI). N Z Med J 2005;118:U1654.
9. Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, et al. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. Psychol Med 2014;44:1303-17.
10. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. รายงานผู้ป่วยรับคำปรึกษาต่างแผนก ปี 2557. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2557.

11. Ashworth M, Clement S, Sandhu J, Farley N, Ramsay R, Davies T. Psychiatric referral rates and the influence of on-site mental health workers in general practice. *Br J Gen Pract* 2002;52:39-41.
12. Lotrakul M, Saipanish R. Psychiatric services in primary care settings: a survey of general practitioners in Thailand. *BMC Family Practice* 2006;7:48.
13. Irfan M, Caldas de Almeida JM, Irfan UM, Raza UA, Farooq S. Schizophrenia diagnosis and treatment by general practitioners: A cross-sectional study in district Peshawar, Pakistan. *J Pak Med As* 2015;65:937-42.
14. Hedenrud T, Svensson S, Wallerstedt S. "Psychiatry is not a science like others" - a focus group study on psychotropic prescribing in primary care. *BMC family practice* 2013;14:115.

Abstract

Associated factors in internists' decisions of provisional psychiatric disorder treatment: Thammasat University Hospital

Parinthat Netsuwan, Muthita Phanasathit, Natima Tiyoa

* Department of psychiatrist, Faculty of Medicine, Thammasat University Hospital

** Department of community medicine and family medicine, Thammasat University

Corresponding author: Parinthat Netsuwan Department of psychiatrist, 6th Floor Kitiwattana building, Faculty of Medicine, Thammasat University Hospital (Rangsit) Pathumthani 12120 Tel. +662-926-9477 or +6689-1946248 Email: parinthat@gmail.com

Introduction: The Thai Medical Council requires internists to have knowledge about psychiatric disorders and initial treatment. This research aims to determine the barriers to provisional treatment of mental disorders perceived by internists.

Methods: A cross-sectional descriptive study was investigated among 90 internists who worked at Thammasat University Hospital in the academic year of 2016. The self-rated questionnaires which were created by the researchers comprised demographic data, clinical experiences and perceived barriers to provisional treatment of psychiatric patients.

Results: There were 56 internists from the total of 61 participating in this survey. The response rate was 91.8 %. The factors associated with the internist's provisional mental disorder treatment including the internist's year-level in the internship program, the psychiatric grade point average, the number of psychiatric patients per week, the experience of psychiatric patients' inappropriate manners, and the psychiatric patients' criticism or legal prosecution ($p < 0.05$). The predictive factors of provisional psychiatric treatment by immediately referring the psychiatric patients to the psychiatrists with no primary treatment were the first-year internists and the experiences of psychiatric patients' criticism or legal prosecution. (OR=6.3, 95%CI.; 1.6, 25.0 and OR=5.5, 95%CI.; 1.1, 27.5 respectively).

Conclusion: Being the first-year internist and a patient's complaints or legal prosecution experiences had association with the internists' provisional psychiatric management. The hospital authority should develop the first-year internists' competency in mental disorder practice and conduct the support strategy to help the internists for psychiatric disorder treatment.

Keyword: internist, physician, psychiatric disorder treatment, hospital, university