Original Articles/นิพนธ์ต้นฉบับ

ผู้ป่วยหายไปในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวถึงจิตแพทย์

ดร. สายสุนีย์ ทับทิมเทศ วท.บ.,วท.ม.,ปร.ด.[1], ดำรงรัตน์ เลิศรัตนานนท์ พบ.[1], จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง พบ.[2], แสงศุลี ธรรมไกรสร พบ.[1], ธาราทิพย์ พุ่มกำพล วท.บ., ศษ.ม.[1]

[1] ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว, [2] ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวส่งปรึกษาแต่ไม่ได้พบจิตแพทย์ และศึกษามุมมองของผู้เกี่ยวข้อง

วิธีวิจัย: การศึกษาแบบMixed methods ด้วยการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาจิตแพทย์ตลอดปี 2553 จำนวน 69 เล่ม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในกลุ่มผู้ป่วย 19 รายและสัมภาษณ์เจาะลึกในกลุ่มแพทย์และเจ้าหน้าที่ฯ จำนวน 26 คนพร้อมทั้งอัดเทปคำสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ และวิเคราะห์คำสัมภาษณ์เชิงเนื้อหาโดยมี theme ของการวิเคราะห์ดังนี้ การปฏิเสธการตรวจรักษา,การสื่อสาร,การรักษาความลับ และการเข้าถึงบริการ

ผลการศึกษา: พบผู้ป่วยร้อยละ 24.64 ไม่ได้พบจิตแพทย์ ทั้งผู้ป่วยที่ไปนัดแต่ไม่ไปตรวจ และไม่ไปติดต่อนัด ผู้ป่วยที่หายไปนี้ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 23.53 และพบปัญหาอื่นๆ เช่น Psychiatric Problem, Stress, Anxiety, Somatoform disorder, Panic disorder, และ Insomnia เหตุผลที่ปฏิเสธการตรวจที่จิตเวชได้แก่ 1) ความคิดที่ว่าผู้ป่วยที่เป็นบ้าเท่านั้นจึงจะมาตรวจจิตเวช 2) ผู้ป่วยไม่คิดว่าตัวเองป่วย 3) ผู้ป่วยอายหรือกลัวเสียประวัติหรือเสียภาพพจน์ 5) การรอคิวนัดตรวจที่นาน ผู้ป่วยที่หายไปนี้มีความเสี่ยงนอกจากจะไม่ได้รับการดูแลรักษาแต่ระยะแรกแล้ว ถ้าโรคมีความรุนแรงมากขึ้นและไม่ได้รับการรักษาอาจก่อให้เกิดปัญหากับตนเอง ครอบครัว การทำงาน และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

สรุปและข้อเสนอแนะ: ปัญหาผู้ป่วยหายไปเป็นความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ การยอมรับการดูแลรักษาที่จิตเวชจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญ กระบวนการสื่อสารแบบสองทางด้วยการทำความเข้าใจ การรับฟัง การตระหนักถึงความเชื่อและทัศนคติของผู้ป่วยช่วยทำให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษามากขึ้นและควรทำควบคู่กับการอธิบายถึงเหตุผลว่าทำไมจึงส่งต่อ

Key words: the lost patients, psychiatrist consultation, views of stakeholders, health problems

Corresponding Author: ธาราทิพย์ พุ่มกำพล
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400.
โทร. 02-201-1486

บทนำ

การส่งต่อผู้ป่วยจากเวชศาสตร์ปฐมภูมิถึงจิตแพทย์เป็นกระบวนการสำคัญในระบบบริการสุขภาพ การส่งต่อที่ดีเป็นตัวบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วย และสิ่งสำคัญที่สุดคือผู้ป่วยทุกรายที่ส่งต่อไปนั้นควรได้รับการดูแลต่อครบถ้วนทุกคนและทันเวลา หากมองปัญหาสุขภาพโดยทั่วไป แน่นอนผู้ป่วยย่อมต้องการพบแพทย์เป็นเรื่องปกติ แต่ในทางตรงกันข้าม การไปพบจิตแพทย์ก็ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยทุกรายจะต้องการความช่วยเหลือหรือต้องการคำแนะนำเสมอไป เป็นที่น่าเสียดายว่าในสังคมไทยบางคนยังมีมุมมองต่อการไปพบจิตแพทย์ที่ไม่ถูกต้องเช่นเดียวกับที่พบในต่างประเทศที่มีรายงานระบุว่า ผู้ป่วยจำนวนมากยังคงเข้าใจว่าผู้ที่ไปพบจิตแพทย์นั้นเป็นคนบ้าและพบว่าผู้ป่วยบางรายปกปิดไม่อยากให้ใครรู้ว่าตนเองมารักษาที่นี่ด้วยความรู้สึกอับอายและกลัวเสียประวัติ[1] พบรายงานในฝรั่งเศสระบุว่าผู้ป่วยจำนวนมากไม่ยอมไปพบจิตแพทย์ ไม่ตระหนักและยังต่อต้านการรักษาทางจิตเวช[2] สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นมาช้านาน แม้ในปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์และการบริการทางจิตเวชก้าวหน้าและขยายการบริการออกไปอย่างกว้างขวาง นอกจากจะดูแลทางด้านจิตเวชแล้ว ยังขยายไปสู่พฤติกรรมอื่นๆ เช่น การนอนหลับ การดูแลครอบครัว หรือการจัดการความเครียด เป็นต้น[3] แต่ความคิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้องดังกล่าวยังคงดำรงอยู่และยังส่งผลกระทบต่อการดำเนินโรค ความรุนแรงของโรค และคุณภาพการรักษาอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เช่น ผู้ป่วยบางรายควรได้รับการดูแลแต่แรกเริ่ม แต่เป็นที่น่าเสียดายว่าผู้ป่วยกลับมาเริ่มรักษาใหม่เมื่อมีอาการรุนแรงมากแล้ว จึงพบบ่อยครั้งว่าผู้ป่วยมักไปรับการรักษาที่ฉุกเฉินเป็นส่วนใหญ่ [2]

สำหรับคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาธิบดี มีการส่งต่อผู้ป่วยถึงจิตแพทย์อยู่เป็นประจำ จากการทบทวนเวชระเบียนในเบื้องต้นพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวส่งต่อไปพบจิตแพทย์ แต่ไม่พบรายงานการไปตรวจหรือการไปพบจิตแพทย์แต่อย่างใด จึงมีประเด็นที่น่าสนใจว่าผู้ป่วยที่หายไปเหล่านี้มีจำนวนมากน้อยเพียงใด ผู้ป่วยที่หายไปมีปัญหาสุขภาพจิตอะไรบ้าง สาเหตุอะไรที่ทำให้ผู้ป่วยหายไปหรือไม่ไปพบจิตแพทย์และมีแนวทางใดบ้างที่จะทำให้ปัญหานี้ลดน้อยลง ฉะนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์จำนวนและปัญหาสุขภาพที่ส่งต่อของผู้ป่วยที่หายไป (ผู้ป่วยที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวส่งปรึกษามาถึงจิตแพทย์แต่ไม่ได้พบจิตแพทย์) นอกจากนั้นยังศึกษาและทำความเข้าใจถึงมุมมองของผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่เวชศาสตร์ครอบครัวและจิตเวชที่มีต่อการหายไปของผู้ป่วย ผลการศึกษานี้คาดว่าจะเป็นประโยชน์ในการทำความเข้าใจถึงกระบวนการตัดสินใจมารับบริการที่จิตเวช เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้พบจิตแพทย์ครบทุกรายและเป็นแนวทางในการเติมเต็มความรู้ด้านการส่งต่อผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ให้สมบูรณ์มากขึ้น

วิธีวิจัย

เป็นการศึกษาแบบ mixed methods เป็นการศึกษาทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ กล่าวคือ

1. การศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative method) เป็นการศึกษาแบบ retrospective study โดยศึกษาจากเวชระเบียนย้อนหลังตั้งแต่วันที่ส่งต่อ ถึงวันที่จิตแพทย์ดูแลต่อ รวมระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือนหลังจากวันที่ส่งต่อ ดังต่อไปนี้

1.1 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวพิจารณาส่งต่อให้ไปพบจิตแพทย์ในช่วงเวลา 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553-31 ธันวาคม 2553 รวม 104 เล่ม เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ เวชระเบียนที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวส่งต่อมาถึงแพทย์เฉพาะทางจิตเวชในช่วงเวลาดังกล่าว ทั้งผู้ป่วยเก่าและผู้ป่วยใหม่ ไม่จำกัดอายุและเพศ รวมจำนวนเวชระเบียนที่ศึกษาทั้งหมด 69 เล่ม เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ เวชระเบียนที่เคยตรวจรักษาที่จิตเวชมาก่อน เวชระเบียนที่เป็นกรณีศึกษาของนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาล และเป็นเวชระเบียนที่ค้นไม่ได้ รวมจำนวน 35 เล่ม

1.2 เก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการสังเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนที่เกี่ยวกับการส่งต่อฯ การไปตรวจต่อเนื่อง การวินิจฉัยของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและจิตแพทย์ การไปตรวจรักษาที่จิตเวช เหตุผลและความเหมาะสมของการส่งต่อ

1.3 เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนตามแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยลักษณะประชากรทั่วไป เช่น เพศ อายุ การดูแลต่อเนื่องหลังส่งปรึกษา ปัญหาสุขภาพ/เหตุผลที่ส่งต่อ การวินิจฉัยของจิตแพทย์ ระยะเวลาที่รอพบจิตแพทย์ เป็นต้น

1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ

2. การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative method) เป็นการศึกษามุมมองของผู้ป่วยที่หายไปต่อการส่งต่อฯ มุมมองของแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทั้งหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัวและจิตเวช

2.1 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปพบจิตแพทย์แต่ไม่ได้รับการดูแล จำนวน 11 ราย ส่วนผู้ที่ติดต่อไม่ได้มี จำนวน 6 ราย

2) แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ค่าตอบแทน พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ทั้งหน่วยเวชศาสตร์ครอบครัว ที่เคยดูแลผู้ป่วยทั้งรับและส่งต่อไปจิตเวช จำนวน 12 คน

3) แพทย์ประจำบ้าน และพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานธุรการ จากจิตเวช ที่เคยดูแลผู้ป่วยทั้งรับและส่งต่อไปจิตเวชจำนวน 14 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 37 ราย

2.2 การคัดเลือก ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจงเฉพาะผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการส่งต่อทุกคนและยินดีเข้าร่วมโครงการฯ

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยลักษณะเฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยดังกล่าว ความยากในการเข้าถึงผู้ป่วยและต้องการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถตอบข้อคำถามอย่างกว้างขวาง จึงเลือกใช้วิธีสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ พร้อมทั้งขออนุญาตอัดเทปคำสัมภาษณ์และหยุดการสัมภาษณ์จนกว่าข้อมูลที่ได้รับจะอิ่มตัวหรือพบว่ามีรายละเอียดที่ซ้ำๆกัน

2.4 การสัมภาษณ์เจาะลึก ใช้แนวทางการสัมภาษณ์ที่กำหนดเกี่ยวกับ ความคิด ความรู้สึก และความคาดหวังต่อการส่งต่อ การเข้าถึงการบริการ ขั้นตอนการรับบริการ ความพึงพอใจและการดูแลต่อเนื่อง

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ที่มี 3 องค์ประกอบคือ การลดทอนข้อมูล (data reduction) จัดระเบียบข้อมูล (data display) สรุปและตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ (conclusion and verification) ตามขั้นตอนต่อไปนี้

1) ถอดเทปคำสัมภาษณ์และบันทึกลงคอมพิวเตอร์ ตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูลด้วยการฟังเทปไปพร้อมๆกับการอ่านบันทึกหลายครั้งให้เข้าถึงเนื้อหาอย่างครบถ้วน

2) ลงรหัสข้อมูล โดยคัดแยกคำสัมภาษณ์เป็นกลุ่มหรือตามประเด็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องโดยใช้โปรแกรม excel

3) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและคัดแยกตาม theme ของการวิเคราะห์ดังนี้

3.1) การปฏิเสธการตรวจรักษา ความกลัว ความอาย การตีตราและผลกระทบ

3.2) การสื่อสาร และการรักษาความลับของผู้ป่วย

3.3) การเข้าถึงบริการ ความเสี่ยง และความปลอดภัย

ผลการศึกษา

1. ลักษณะผู้ป่วยที่ศึกษาจากเวชระเบียน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการทบทวนเวชระเบียนที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวส่งต่อไปพบจิตแพทย์ในช่วงปี พ.ศ. 2553 ทั้งหมด 104 เล่ม เป็นเวชระเบียนที่ถูกคัดเลือกเข้ามาศึกษานี้จำนวน 69 เล่ม เป็นเวชระเบียนที่ไม่อยู่ในข่ายของการศึกษาจำนวน 35 เล่มซึ่งส่วนใหญ่เป็นเวชระเบียนเก่าที่เคยไปพบจิตแพทย์มาก่อน หรือเป็นเวชระเบียนที่เป็นกรณีศึกษาของนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาล จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 72.46 มีสถานะสมรส เป็นคู่ ร้อยละ 43.48 อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 63.77 และพบว่าผู้ป่วยที่ส่งต่อไปนั้นร้อยละ 75.36 ได้พบจิตแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 ได้พบจิตแพทย์ภายใน 7 วันนับตั้งแต่วันที่ส่งต่อ

2. ผู้ป่วยหายไป

จากตารางที่ 2 พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 24.64 ที่หายไปหรือไม่ได้พบจิตแพทย์ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ไปนัดแต่ไม่ไปตรวจร้อยละ 11.59 และไม่ไปติดต่อที่จิตเวช หรือไม่ไปนัดร้อยละ 13.04 ทั้งๆ ที่ทั้งสองหน่วยนี้อยู่ชั้น 1 และชั้น 2 ในอาคารเดียวกัน ผู้ป่วยที่หายไปนี้ส่วนใหญ่เป็นหญิง มีอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 41.18 รองลงมาอายุ 21-40 ปี ร้อยละ 29.41 สภาวะสมรสคู่ ร้อยละ 58.82 อยู่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ร้อยละ 76.47 ส่วนใหญ่ไม่ไปนัดตรวจร้อยละ 52.94 ผู้ที่นัดร้อยละ 35.29 ใช้เวลารอนัดนาน 8-30 วันกว่าจะพบแพทย์ ส่วนใหญ่มีปัญหาซึมเศร้าร้อยละ 23.53 แต่พบผู้ป่วยที่มีปัญหา Psychiatric Problem 1 รายที่ไม่ได้รับการรักษา ถือเป็นความเสี่ยงที่อาจเกิดอันตรายทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองที่จะมีอาการมากขึ้นและผู้ที่อยู่รอบข้างผู้ป่วย ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 70 แพทย์ระบุว่าจำเป็นต้องได้รับการรักษาเฉพาะทาง (Specific treatment) อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วย 1 รายที่ขอไปพบ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	19	27.54
	หญิง	50	72.46
สมรส	คู่	30	43.48
	โสด	25	36.23
	หม้าย หย่า แยก	14	20.29
ที่อยู่	กทม. และปริมณฑล	44	63.77
	ต่างจังหวัด	25	36.23
จำนวนวันส่งต่อถึงวันพบแพทย์			
	0 วัน	22	31.88
	1-7 วัน	15	21.74
	8-30 วัน	7	10.14
	> 30 วัน	8	11.59
	ไม่พบ	17	24.64
ผู้ป่วยได้พบจิตแพทย์			
	ผู้ป่วยได้พบจิตแพทย์	52	75.36
	ได้นัดแต่ไม่มาตรวจ	8	11.59
	ไม่มาติดต่อ	9	13.04

แพทย์เฉพาะทางแต่ที่สุดก็ไม่ไปพบแพทย์ ดังแสดงในตารางที่ 2

3. มุมมองของผู้ป่วยที่หายไปและมุมมองของแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ ต่อการมาตรวจที่จิตเวช

จากตารางที่ 3 พบว่าทั้งมุมมองของผู้ป่วยและมุมมองของเจ้าหน้าที่คล้ายคลึงกันว่าเหตุผลที่ผู้ป่วยจำนวนมากปฏิเสธไม่ต้องการมาตรวจรักษาที่จิตเวช มีหลายประการคือ

1) ผู้ป่วยหลายคนยังคงมีความเข้าใจแบบเดิมว่าผู้ป่วยที่เป็นบ้าจึงจะมาตรวจที่จิตเวช ความเข้าใจนี้เป็นทั้งของตัวผู้ป่วยเองและความกลัวว่าผู้อื่นจะคิดเช่นนี้

2) ผู้ป่วยไม่คิดว่าตัวเองป่วยมากจนต้องพบจิตแพทย์ ซึ่งมักพบในคนที่ยังมีอาการไม่มากนักเช่น เครียด หรืออาการปวดศีรษะที่ไม่ทราบสาเหตุ หรือแน่นหน้าอก หายใจไม่ออก ซึ่งเป็นอาการทางร่างกายที่แพทย์ตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติภายในร่างกาย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหานอนไม่หลับ พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ให้การรักษาไประยะหนึ่งแต่อาการยังไม่ดีขึ้นจึงส่งปรึกษาจิตเวช กรณีนี้ผู้ป่วยหลายรายเข้าใจผิดคิดว่าแค่นอนไม่หลับต้องมารักษาจิตเวชหรือ ซึ่งการดูแลปัญหานี้เป็นอีกบทบาทหนึ่งที่จิตเวชสามารถดูแลได้ดีกว่าหน่วยตรวจโรคอื่นๆ แต่ผู้ป่วยอาจไม่ทราบมาก่อน

3) ผู้ป่วยกลัวเสียประวัติหรือเสียภาพพจน์ของตนเอง โดยเฉพาะคนที่มีฐานะและมีตำแหน่งหน้าที่การงานดี และบางรายกลัวจะมีผลกระทบต่อหน้าที่การงานและกลัวจะถูกให้ออกจากงาน เป็นผลจากการตีตราของผู้คนในสังคมที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช

4) ผู้ป่วยอาย หรือกลัวคนรู้จักรู้ว่าผู้ป่วยมาตรวจจิตเวช โดยเฉพาะในรายที่มีตำแหน่งหน้าที่การงานดีหรือเป็นที่รู้จักทั่วไป การเขียนในเวชระเบียนที่เจ้าหน้าที่ในส่วนงานอาจเปิดอ่านได้ในระหว่างการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้ป่วยอาจไม่ทราบว่ามีการเขียนเวชระเบียนในแฟ้มฟ้าที่ใช้ในแผนกจิตเวชเท่านั้น บุคคลภายนอกไม่สามารถเข้าถึงได้ ยกเว้นผู้ปฏิบัติงานและแพทย์เจ้าของไข้เท่านั้น แต่อย่างไรก็ตามในเวชระเบียนทั่วไปหรือเวชระเบียนเหลืองก็ยังมีบันทึกว่ามาตรวจรักษาที่จิตเวช แต่มีรายละเอียดไม่มากนัก บางรายมีการต่อรองว่าขอไม่ให้บันทึกในเวชระเบียนเหลืองจึงจะมาตรวจรักษา และบางรายอาจกลัวจะมีอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช โดยเฉพาะยานอนหลับผู้ป่วยหลายรายปฏิเสธที่จะบอกแพทย์ว่านอนไม่

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่หายไปจำแนกตามลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่หายไป		จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ	<=20	1	5.88
	21-40	5	29.41
	41-60	7	41.18
	61	4	23.53
เพศ	1 ชาย	6	35.29
	2 หญิง	11	64.71
สมรส	1 คู่	10	58.82
	2 โสด	5	29.41
	3 หม้ายหย่าแยก	2	11.76
ที่อยู่	1 กทม.และปริมณฑล	13	76.47
	2 ต่างจังหวัด	4	23.53
จำนวนวันส่งถึงวันนัด			
	<7 วัน	2	11.76
	8-30 วัน	6	35.29
	ไม่นัด	9	52.94
ปัญหาสุขภาพที่ส่งต่อ			
	depression	4	23.53
	drug abuse (กินยา benzodiazepine 30เม็ด/วัน)	1	5.88
	family conflict+depression+anxiety	1	5.88
	Generalized anxiety disorder	1	5.88
	insomnia	1	5.88
	low self esteem	1	5.88
	panic disorder (high level)	1	5.88
	panic disorder and agoraphobia	1	5.88
	Psychiatric problem	1	5.88
	R/O Anxiety	1	5.88
	R/O Hyperventilation	1	5.88
	somatoform disorder	1	5.88
	stress	1	5.88
	ไม่ระบุ	1	5.88
เหตุผลที่ส่งต่อ			
	1 Specific treatment	13	76.47
	2 Diagnosis 2 / Further investigate	3	17.65
	3 ผู้ป่วยขอไปพบจิตแพทย์	1	5.88

ตารางที่ 3 มุมมองของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ต่อการหายไปของผู้ป่วย

มุมมองของผู้ป่วย	มุมมองของเจ้าหน้าที่
เป็นคนบ้ารีเปล่าถึงต้องมาพบจิตแพทย์	
“เขาหาว่าฉันเป็นโรคจิต ฉันเลยไม่ไป”	“ฉันบ้าหรือ ทำไมหมอถึงส่งฉันมาที่นี่”
ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า	“ผู้ป่วยที่มาที่นี่ถึงขนาดบ้าไหม”
“แต่ฉันไม่ได้เป็นโรคจิต ฉันก็เลยไม่ไปตรวจเลย”	
ผู้ป่วยเวียนศีรษะ นอนไม่หลับ วิตกกังวล	
“ฉันไม่อาย แต่ฉันไม่ได้เป็นโรคจิต ฉันก็เลยไม่ไปตรวจเลย ฉันเป็นคนคิดมาก รายได้ไม่พอ รายจ่ายเยอะ เครียด คิดมาก นอนไม่หลับ ทำไมต้องไปจิตเวช ตอนนี้ฉันรักษาใจตัวเองดีขึ้นแล้ว”	“อยากให้หมออธิบายชี้แจงให้ผู้ป่วยให้เรียบร้อย บอกวัตถุประสงค์เพื่อพยาบาลจะได้อธิบายน้อยลงเพราะจุดนี้จะไม่มีเวลาอธิบายมากนักและพื้นที่จุดนี้มีผู้คนเยอะแยะและเป็นการรักษาความลับของผู้ป่วยด้วย”
“ไม่อยากมาตรวจหรอกเดี๋ยวเขาจะว่าเราบ้ารีเปล่า”	
ไม่คิดว่าตนเองป่วยจนต้องพบจิตแพทย์	
“แค่เรื่องเครียด และเราไม่มีอาการทางจิต คุยกับแฟนแล้วบอกว่าไม่จำเป็นต้องไปตรวจจิตเวชหรอก”	“จริงๆ ไม่อยากมาที่นี่ แต่เกรงใจหมอ ก็เลยมา”
“คิดว่าอาการเครียดไม่จำเป็นต้องไปพบหมอจิตเวช”	“ผู้ป่วยจะทำทีว่านัด แต่พอถึงวันนัดก็ไม่มา เพราะกลัวว่าหมอจะว่าเอา”
“ผมไม่มีอาการอะไรที่จะต้องไปพบหมอจิตเวช ทำไมต้องไป”	“ผู้ป่วยก็จะบอกว่า ฉันไม่เป็นอะไร ไม่เห็นต้องมาที่นี่เลย”
“เครียดเป็นโรคประจำตัวของผม เป็นโรคนี้แล้วมันหงุดหงิด หายใจไม่ออก อารมณ์เปลี่ยน หมอก็แนะนำว่าอาการอย่างนี้ควรจะไปพบหมอทางนี้ แต่ผมไม่ไปหรอก”	“ผู้ป่วยที่มานัดก็จะเป็นหรือมีอาการมากชัดเจนแล้ว หรือดูแลไม่ไหวแล้ว ก็ถึงจะมาตรวจ”
“ผมไม่ทราบว่าอาการผมมันหนักแค่ไหนที่ต้องไปจิตเวช ตอนนั้นผมป่วยเป็นหลายโรค ผมก็เลยไม่ไป ถ้าจะให้ผมไป ผมก็จะไป มันไม่เสียหายอะไรนี่ครับ”	
“แปลกใจว่าต้องไปรักษาที่จิตเวชด้วยเหรอ แค่ปวดหัวเอง”	
“เขาบอกว่าหมอไม่อยู่ก็เลยกลับ แกก็ไม่เป็นอะไรมากอาจเป็นเพราะกลางวันนอนเยอะ ก็เลยไม่ไปหาหมอจิตเวช”	
“พอหมอส่งผมไปพบหมอจิตเวช ผมไม่มั่นใจว่าจะรักษาผมถูกทางรีเปล่า ผมก็เลยไม่ไปเลย”	
ผู้ป่วยมีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่ออกเวลาขึ้นที่สูงและเข้าใจว่าเป็นจากไขมันในเลือดสูง	
กลัวเสียประวัติ	
“เราเป็นนักวิชาการ.....ถ้ามีประวัติว่ารักษาที่จิตเวช มันเป็นเรื่องแปลกรีเปล่า เราไม่เอาดีกว่า ไม่ผ่านกระบวนการนี้ดีกว่า แต่ก็อยากรู้นะว่าหมอเขามีวิธีทำให้เราลืมเรื่องนี้ได้อย่างไร หรืออยากรู้ว่าหมอเขามีวิธีทำอย่างไรให้เรารู้สึกดีขึ้น”	“ถ้าฉันมาตรวจที่นี่ หัวหน้าจะเช็คได้ไหม จะเสียประวัติการทำงานไหม”
ผู้ป่วยมีอาการเศร้าโศกมากจากการคลอดบุตรแล้วบุตรพิการเป็น trisomy และเสียชีวิต	“บางคนลางานมาแต่ไม่ขอใบรับรองแพทย์ แต่ขอใบว่ามาตรวจแต่ไม่ให้ระบุว่ามาจิตเวช เพราะกลัวว่าที่ทำงานจะรู้ว่ามารักษาที่จิตเวช”
“เวชระเบียนมีใครอ่านบ้าง”	“กลัวเพื่อนร่วมงานจะมองฉันว่าเป็นโรคจิต ฉะนั้นเวลามาหาหมอก็เลือกที่จะไปตรวจที่โรงพยาบาลอื่น ทั้งๆที่ทำงานที่รามา”
“ไอ้นี่มันตรวจที่จิตเวชนี่หว่า มันจะเครียดรีเปล่า”	*ข้อมูลที่พยาบาลจิตเวชประสบ*

ตารางที่ 3 มุมมองของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ต่อการหายไปของผู้ป่วย (ต่อ)

มุมมองของผู้ป่วย	มุมมองของเจ้าหน้าที่
อาย	
“มีญาติพี่น้องบางคนที่นานๆเจอกันทีมาถามหนูว่า”อาได้ข่าวว่าเธอต้องกินยาแก้โรคประสาทหรือ มันบาดหัวใจหนูมาก เขาไม่รู้หรอกว่า หนูต้องผ่านวิกฤติชีวิตอะไรมาบ้างกว่าจะมาได้ถึงวันนี้ มันทรมานมาก หนูต้องเจ็บ ต้องอดทนที่จะอยู่กับมัน” *ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า*	“case ที่สองเค้าเป็นเหมือน case ที่ใหญ่โต รู้สึกว่าการเขียนในเวชระเบียนนี่มันจะมีคนรู้จักเอามาอ่าน ซึ่งเค้าเหมือนมีคนรู้จักอยู่ในรามา เป็นพนักงานเป็นอะไรสักอย่างหนึ่งเนี่ยแหละค่ะ “ “ผู้ป่วยเป็นแบบ depression หรือเป็นในแนวนั้นมากกว่าที่จะเป็น psychosis เค้าอายค่ะ ไม่อยากให้ใครรู้ เค้าก็มาคุยกับเรา แต่พอจะให้ไป psychi เค้าก็ไม่ไป แต่สุดท้ายจำได้ว่าเค้าก็ได้ไปก็คือเหมือน ตกลงทำตามที่ขอก็คือไม่ได้เขียนเอาไว้ แต่เผอิญ case นี้ไม่ได้ตามต่อว่าสุดท้ายได้ไปหรือเปล่า” “ถ้าเป็นตัวเองก็คงจะอายไม่อยากให้ใครรู้ว่าไปจิตเวช เลยไม่พูดคำว่าจิตเวช ส่วนใหญ่ก็จะบอกว่าหมอส่งไปพบแพทย์เฉพาะทางชั้น 2 เพราะ กลัวว่าเขาจะไม่ไป ไม่อยากตอกย้ำ และกลัวผู้ป่วยเสียหน้าและจะพูดเบาๆเพราะกลัวคนอื่นจะได้ยิน”
รอนัดนาน ประกอบกับการนัดเพื่อพบจิตแพทย์มีคิวยาว บางคนนัด 1-3 เดือน ผู้ป่วยจึงไม่ไปตรวจตามนัด “ นัดหมอนานมากกว่าจะได้พบ ตั้ง 2 เดือนแน่ะ ฉันก็เลยลืมไม่ได้ไปพบหมอ” “คุณหมอที่เวชศาสตร์แนะนำคุณหมอที่มีชื่อเสียง ชื่ออะไรสักอย่างนึง แต่พอไปนัด เขาบอกว่าคิวของคุณหมอคนนี้เต็มตลอดต้องรอนานเป็นเดือน เขาก็เลยนัดให้พบหมอประจำบ้านรึไงเนี่ยก็เลยไม่ไป เพราะรู้สึกไม่มั่นใจว่าหมอจะเข้าใจความรู้สึกที่แท้จริงของเรารึเปล่า”	**นัดแต่ไม่มา** “บางคนเนียน หมอบอกให้มานัดก็มา แต่พอถึงเวลานัดก็ไม่มา เพราะเขายังไม่ยอมรับ” “ถ้าผู้ป่วยเข้าใจก็จะมาพบหมอตามนัด แต่มีบางรายไม่มา ยิ่งถ้านัดนานด้วยก็จะยิ่งไม่มา” “บางทีผู้ป่วยก็ยอมรับว่านัดก็นัดไป แต่พอถึงเวลานัดจริงผู้ป่วยก็ไม่มา”
	“ หมอเดินพาผู้ป่วยไปติดต่อเองเลย เพราะคิดว่าถ้าไม่พาไป ผู้ป่วยคงไม่ไปแน่นอน หรือถ้าไปเอง ก็ต้องไปนัดก็อาจจะช้าไปหรือไม่ไปตามนัดแน่ และเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้พบจิตแพทย์จริงๆและถ้ามีโอกาสอยากคุยกับจิตแพทย์ที่ดูแลด้วย”
ผู้ป่วยจะกลับมาหาหมออีกหรือไม่ เมื่อไร	
	“ผู้ป่วยตอนแรกก็คือเค้าไม่ได้คิดว่าเค้าป่วยหรือไม่ได้คิดว่าเค้าจะต้องไปในตอนแรก แต่พอเค้ารู้สึกว่าไอ้อาการหวาดระแวงมันทำให้เค้ามีปัญหาเค้าก็เลยขอไปนัดเอง” “แม้ว่าผู้ป่วยจะปฏิเสธ แต่ถ้าเขามีอาการมากขึ้น จนไม่สามารถจัดการได้ ก็จะยอมรับมาตรวจรักษาภายหลัง”

หลับเพราะกลัวว่าแพทย์จะสั่งยานอนหลับให้ เป็นต้น

5) การรอคิวนัดตรวจที่นานมาก เป็นปัจจัยร่วมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด หลายรายระบุว่าพอกลับถึงบ้านกลับมานั่งคิดทบทวนและปรึกษาครอบครัวแล้ว จึงตัดสินใจใหม่ว่าไม่ไปตรวจจะดีกว่า

ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยที่หายไปหรือปฏิเสธการตรวจรักษาที่จิตเวชนั้นอาจเนื่องมาจากความกลัวการตีตราจากผู้คนรอบข้าง ผู้ร่วมงานและสังคม และส่งผลกระทบต่อการทำงานและการดำรงชีวิตประจำวัน ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยต่อไปนี้ (ตารางที่ 3)

อย่างไรก็ตามพบมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่ปฏิเสธการมาตรวจรักษา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหรือต้องการยาหรือต้องการการดูแลหรือยอมรับว่าตนเองมีปัญหาทางจิต จึงมารับการรักษา แต่ก็มีบางรายที่มารักษาได้สักระยะหนึ่งแล้วพออาการดีขึ้นก็จะไม่มาตรวจรักษาต่อเช่นกัน

“ ไม่อายหรอก เคยรักษาที่ รพ.เอกชนมาก่อน”

“ ไม่กลัวไม่อายที่จะไป เราก็คิดว่าเราไม่เป็นอะไร อย่างเก่งก็ไปคุยกับหมอเท่านั้นเอง”

“สิ่งที่กลัวก็คือกลัวว่าสัมภาษณ์เราไปแต่ผิวๆแล้วก็มาตัดสินว่าเราเป็นอย่างนั้นเพราะครอบครัวแตกแยก ไม่เข้าใจความรู้สึกที่แท้จริงของเรา เลยไม่ไป ตอนนี้ก็รู้สึกดีขึ้นบ้าง แต่ก็ไม่หายเลยเสียทีเดียว”

“ตอนนี้ไม่เป็นไรแล้ว ไปทีหมอก็ถามเดิมๆๆ พูดเดิมๆ หนูก็รู้อยู่แล้ว บางทีหมอถามอะไรก็ไม่รู้ เลยไม่อยากไป ตอนนี้คุณแม่ก็ไปหาหมอแทนหนู”

ผู้ป่วยพอมีอาการดีขึ้นก็ไม่อยากมาอีก

“ลูกเขาไม่อยากมาหาหมอ แต่แม่คิดว่ายังสำคัญที่ต้องมาพบหมอ แม่จึงมาพบแทนเขา ก็ดีนะหมอก็สอนวิธีพูดกับลูก”

มารดาของผู้ป่วยยังคงมาพบแพทย์แทนผู้ป่วย

4. ความเสี่ยงและการติดตามการรักษา

ผู้ป่วยที่หายไปนี้ส่วนใหญ่แพทย์ระบุว่าต้องการส่งไปดูแลเฉพาะทาง (specific treatment) หรือบางรายแพทย์ให้การรักษาไปก่อนแล้วแต่อาการยังไม่ดีขึ้น จึงพิจารณาส่งต่อไปพบจิตแพทย์ แต่ผู้ป่วยบางรายหายไปไม่ได้รับการรักษาต่อ ส่วนใหญ่ระบุว่ากลับไปดูแลตนเอง ไม่ได้ไปพบแพทย์ที่อื่น ผู้ป่วยคิดว่าอาการที่ตนเองเป็นยังไม่รุนแรง ฉะนั้นจึงถือเป็นความเสี่ยงหนึ่งที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา ทั้งๆที่โรคทางจิตเวชนี้จำเป็นต้องได้รับการเยียวยาตั้งแต่ระยะแรกๆ ถ้ามาเมื่ออาการรุนแรงก็อาจจะได้รับการรักษาล่าช้าไปได้ อาจเกิดอันตรายทั้งแก่ตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและสังคม

เวลาที่รอพบแพทย์นานถือเป็นความเสี่ยงหนึ่ง ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่รอนัดพบแพทย์นานเป็นเดือน โดยเฉพาะคิวที่ต้องการพบอาจารย์แพทย์ แต่เมื่อเวลาผ่านไปความต้องการพบแพทย์ก็เปลี่ยนไป จนบางรายปฏิเสธไม่ไปพบแพทย์อีกเลย ผู้ป่วยบางรายเห็นว่าการรอพบแพทย์เป็นเวลานานนั้นเป็นความเสี่ยงที่เขาอาจตัดสินใจผิดพลาดได้และเสี่ยงที่จะทำอะไรที่เป็นอันตรายกับชีวิต บางรายอาจฆ่าตัวตายได้โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า นอกจากนั้นผู้ป่วยหลายรายต้องการการดูแลในเบื้องต้น อย่างน้อยได้พบแพทย์ประจำบ้านหรือพยาบาลที่สามารถพูดคุยปรึกษาได้ในระหว่างที่ผู้ป่วยไปติดต่อเพื่อขอนัด ก็น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้นระดับหนึ่ง

ปัจจุบันยังไม่มีระบบติดตามการส่งต่อผู้ป่วยทุกคนโดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งทั้งแพทย์และเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่บอกว่า “ส่งแล้วส่งเลยหรือส่งทิ้ง” ไม่มีระบบติดตามว่าผู้ป่วยจะไปตรวจตามที่ส่งต่อไปหรือไม่ ยกเว้นผู้ป่วยมาพบแพทย์อีกครั้ง แพทย์ก็อาจจะติดตามดูในเวชระเบียน แต่ก็มีรายละเอียดการตรวจรักษาไม่มากนัก และอาจจะมีแพทย์ประจำบ้านบางคนเท่านั้นที่ระบุว่า ค้นเวชระเบียนมาดูในบางรายที่มีปัญหาหรือกรณีที่แพทย์สนใจ แต่ในเวชระเบียนก็ไม่ได้เขียนรายละเอียดไว้อย่างเพียงพอที่จะติดตามได้ ทั้งนี้เพราะเป็นข้อตกลงของแผนกจิตเวชเองที่ต้องการรักษาความลับของผู้ป่วย จึงแยกเวชระเบียนของจิตเวชไว้ต่างหาก (แฟ้มฟ้า) ผู้อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องไม่สามารถเข้าถึงแฟ้มฟ้านี้ได้เว้นแต่จะได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้เสียก่อน ฉะนั้นจิตแพทย์จึงเขียนรายละเอียดการรักษาไว้ในเวชระเบียนทั่วไปไม่มากนักอาจเพียงแค่ระบุการวินิจฉัย การรักษาและชื่อยาที่แพทย์สั่งเท่านั้น การปฏิบัติเหล่านี้ถือเป็นการรักษาความลับของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยควรทราบว่าการมารักษาที่จิตเวชนี้มีความพยายามที่จะรักษาความลับของผู้ป่วยเป็นสำคัญ นอกจากนั้นมีข้อแนะนำจากพยาบาลปฏิบัติการระบุว่า ในขั้นตอนการนัดพบจิตแพทย์ ถ้านัดได้แล้วควรระบุวันที่นัดลงในเวชระเบียนตรงจุดที่แพทย์ระบุว่าส่งต่อไปพบจิตแพทย์ ตรงนี้ก็จะช่วยให้แพทย์ที่ดูแลต่อทราบว่าผู้ป่วยได้รับการนัดหรือไม่ เมื่อไร ซึ่งเป็นการติดตามที่ไม่ยุ่งยากมากนัก อย่างน้อยก็ได้รับรู้ว่าผู้ป่วยได้นัดเพื่อรับการดูแลต่ออย่างแน่นอน

ตารางที่ 4 ข้อคิดเห็นของผู้ป่วย ข้อสังเกตจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ต่อความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการติดตามการรักษา

ความเสี่ยงและการติดตามการรักษา	ข้อคิดเห็นของผู้ป่วย ข้อสังเกตจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่
ลักษณะผู้ป่วยที่ไปหรือไม่ไปพบจิตแพทย์	“ผู้ป่วยที่ไปพบส่วนใหญ่ต้องพึ่งยาหรือมีอาการชัดเจน เช่น ซึมเศร้า โวยวาย เครียด”
	“ผู้ป่วยที่ไม่ไป มักจะมีอาการน้อย เริ่มเป็นและยังไม่ชัดเจนนัก หรือผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับ”
ผู้ป่วยจะกลับมารักษาอีกเมื่อไร	“เวลาที่มีอาการรุนแรงมากขึ้นและไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยก็จะกลับมาหาอีก”
ผู้ป่วยที่หายไปนั้นรักษาอย่างไร	“ไม่ไปแต่ฉันก็ดูแลตัวเอง หาวิธีบำบัดด้วยตนเอง เพื่อนแนะนำเปลี่ยนวิธีคิดบ้างก็อยู่ได้ จนบัดนี้ก็ยังไม่ไปหาหมอจิตเวชอีกเลย”
	“ไม่ได้ไปพบหมอที่ไหนอีกเลย”
	“แก้ไขเอง หาวิธีบำบัดด้วยตนเอง เช่นปรับวิธีคิดทางบวกก็ดีขึ้น เพราะเดิมเป็นคนคิดทางลบ”
ความเสี่ยงที่ไม่ได้พบแพทย์	“นาทีนั้นเป็นนาทีชีวิตนะ เป็นปัญหาด้านจิตใจที่แท้จริง ควรบริการที่สามารถจะปรึกษาได้เลย ไม่ใช่ต้องรออีกแรมเดือน มันไม่ทันแล้ว อย่างน้อยอาจให้บริการในวันนั้นโดยแพทย์ใหม่มาช่วยประเมินเบื้องต้นก่อน น่าจะช่วยได้เยอะ”
	“ผู้ป่วยแบบนี้เสี่ยงที่จะทำอะไรที่เป็นอันตรายกับชีวิต บางรายอาจฆ่าตัวตายได้”
	“ตอนนั้นเพียงต้องการคนที่รับฟัง ใครสักคนที่เข้าใจเมื่อเกิดปัญหาซึมเศร้า แล้วอาจจะเกิดอะไรขึ้นระหว่างทางก็ไม่รู้”
	“นาทีนั้นเหมือนเป็นนาทีชีวิต เป็นเรื่องของจิตใจ ควรมีบริการที่ผู้ป่วยสามารถพูดคุยปรึกษาได้ทันที ขอให้มีใครสักคนมารับฟัง ในขณะนั้นถ้าปฏิเสธว่าคิวเต็ม มันก็ไม่ทันกับเหตุการณ์ที่อาจเกิดอะไรขึ้นก็ได้ เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ sensitive มากนะ”
	“ในเบื้องต้น ถ้าผมไปถึงที่นั่นแล้ว ก็น่าจะมีหมอมาช่วยประเมิน รับฟังปัญหาไม่ต้องรอ ก็จะช่วยได้เยอะนะ”
	“เราก็อยากมีใครสักคนมาพูดคุยด้วย เพราะตอนนั้นรู้สึกแย่มากๆๆ”
	“เวลานั้นต้องการพบแพทย์ ต้องการปรึกษา ต้องการหาที่ยึด ตอนนั้นรู้สึกแย่มากๆๆ อยากหาคนที่เข้าใจ แต่ตอนนี้ดีขึ้นแล้ว เลยไม่ไป”
รอนัดนาน	“นานมาก 3 เดือนกว่าจะได้พบครูแพทย์ เลยไม่ไปแล้ว”
	“นานเกินไปเลยไม่ไป ไม่ทันกับความต้องการ”
	“นัดนาน 3 เดือนรู้สึกว่านานเกินไป คนไข้แบบนี้เสี่ยงที่จะทำอะไรก็ได้ในเวลานั้น”
	“นัดไม่ควรเกิน 1 สัปดาห์ถึงจะดี”
การติดตามการรักษา *การติดตาม*	“ส่งแล้วส่งเลย แต่ไม่รู้ว่าเขาได้ไป ได้นัดหรือไม่”
	“ส่งทิ้ง ส่งขึ้นไปแต่ไม่รู้ว่าได้นัดไหม ได้พบไหม”
	“ส่งผู้ป่วยไปนัดที่จิตเวช แต่ไม่รู้ว่าได้นัดไหม นัดเมื่อไร ได้ตรวจเลยไหม ไม่ได้ตามต่อว่า ผู้ป่วยได้ตรวจไหม”
	“ควรระบุวันที่นัดลงในเวชระเบียนตรงคำสั่งแพทย์ที่ส่ง consult psy เพื่อให้แพทย์ทราบว่าผู้ป่วยได้นัดแล้ว หรือกำลังรอพบแพทย์อยู่ หรือทราบว่าผู้ป่วยไม่ไปนัดเลย”

ตารางที่ 4 ข้อคิดเห็นของผู้ป่วย ข้อสังเกตจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ต่อความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการติดตามการรักษา (ต่อ)

ความเสี่ยงและการติดตามการรักษา	ข้อคิดเห็นของผู้ป่วย	ข้อสังเกตจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่
การติดตามการรักษา *การติดตาม (ต่อ)*	"ผู้ป่วยจิตเวชจะได้รับการคุ้มครองสิทธิและการรักษาความลับของผู้ป่วยด้วยการจัดทำแฟ้มเวชระเบียนขึ้นมาอีก 1 ชุด ที่เรียกกันว่า "แฟ้มฟ้า" โดยที่จิตแพทย์จะเป็นผู้บันทึกประวัติและการตรวจรักษาในในแฟ้มฟ้า แต่ในแฟ้มปกติที่เรียกว่าแฟ้มเหลืองนั้นจะปั๊มตราว่าจิตเวช การวินิจฉัยและสั่งยาเท่านั้น แต่ในมิติของการดูแลต่อเนื่องนั้น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่สามารถทราบมิติการดูแลด้านจิตเวช ทำให้ไม่สามารถรักษาต่อได้และไม่สามารถติดตามได้ต่อเนื่อง"	
		"หรือตอน follow up คู่กันไปเราจะไม่รู้เลยว่ามิติอะไรบ้างทางด้าน psychi คือบางทีถ้าเรารู้อาจจะมีประโยชน์กับเราในด้าน follow up ในฝั่งทางนี้ เคยคุยกับเพื่อนๆ ก็จะพูดแบบนี้เหมือนกันว่า "คือ psychi นี่เค้าไม่ค่อย note อะไรเลยเนอะ" เพื่อนบางคนเค้าก็จะไม่รู้ว่า มีแฟ้มฟ้าอยู่ที่เค้าจะเขียนละเอียดมาก"
การสื่อสาร	ก่อนที่จะอธิบายอะไร ก็ต้องมาดู perception ของเขาก่อนว่า เขาคิดอย่างไรกับการมาตรวจที่นี่ อาจถามเขาว่า การมาตรวจที่จิตเวชนั้นเขาเข้าใจว่าอย่างไร แล้วอธิบายตามความเข้าใจของผู้ป่วย เพื่อให้เขามี perception ที่ถูกต้องก่อนส่งมาตรวจที่จิตเวช	
		ผู้ป่วยจะมาหรือไม่มาอยู่ที่ perception ของเขา อาจเป็นเพราะผู้ป่วยบางคนยังไม่พร้อม เขามีอดีตที่ย่ำแย่แล้วก็อยากจะลืม เขาพยายามที่จะกดมันไว้ แต่ถ้ามาหาหมอ เขาจำเป็นต้องเปิดเผยอดีตหรือรื้อฟื้นมันขึ้นมาใหม่ เขาก็จะเลยไม่อยากมาหาหมอ เขาไม่พร้อมก็จะหายไปเฉยๆ

กรณีศึกษาของผู้ป่วยที่หายไป

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยปฏิเสธการมาตรวจที่จิตเวชทั้งๆที่ก็อยากรู้นะว่าหมอจะรักษาอย่างไร

ผู้ป่วยหญิงอายุ 44 ปี มีบุตรคนแรกเป็น trisomy เสียชีวิตเมื่อแรกคลอด มีอาการซึมเศร้า ร้องไห้ทุกครั้งที่เข้าบ้าน แม้เวลาจะล่วงเลยมานานกว่า 1 ปีแล้วก็ตาม แพทย์วินิจฉัยที่ fm ว่า depression แล้วส่งต่อจิตเวช แต่ผู้ป่วยปฏิเสธไม่ไปพบจิตแพทย์ ทั้งๆ ที่แพทย์ที่ส่งไปได้อธิบายในเบื้องต้นไว้แล้ว และระบุชื่ออาจารย์แพทย์ที่ต้องการพบเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษา จนผู้ป่วยไปติดต่อนัดไว้แล้ว แต่พอถึงเวลานัด **ผู้ป่วยกลับปฏิเสธ ไม่ไปพบจิตแพทย์ ด้วยเหตุผลหลายประการคือ** 1.) เพราะเห็นว่าตนเองไม่มีอาการอะไรที่บ่งชี้ว่าจะต้องไปพบจิตแพทย์ 2.) กลัวเสียประวัติ ผู้ป่วยบอกว่าตนเองเป็นนักวิชาการด้านสุขภาพ ต้องมารักษาที่จิตเวช เกรงว่าจะมีการบันทึกลงในเวชระเบียนว่ามาตรวจจิตเวชแล้วจะทำให้เสียประวัติ ทั้งๆที่ก็อยากรู้ว่าหมอจะรักษาอย่างไร 3.) ในกระบวนการตรวจที่จิตเวชนั้นมีคิวนัดผู้ป่วยนานแรมเดือน จึงพบได้บ่อยว่า เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านไปมักจะเปลี่ยนใจไม่มาพบจิตแพทย์อีกเลย ขณะเดียวกันผู้ป่วยรู้สึกทุกข์มากและคิดว่าในสถานการณ์นั้นมีความเสี่ยง เขาต้องการให้เจ้าหน้าที่ช่วยประเมินหรือรับฟังปัญหาในขณะนั้นเพื่อให้เขารู้สึกคลี่คลายลงไปบ้าง ในด้านการรักษาพบว่าหลังจากที่ผู้ป่วยไม่ไปพบจิตแพทย์แต่เขาก็พยายามรักษาตนเองที่หลากหลายวิธีเพื่อจัดการปัญหานี้ด้วยตนเอง แม้ในปัจจุบันผู้ป่วยก็ยังไม่ไปพบแพทย์ ปัญหาคลี่คลายลงไปบ้าง แต่เธอก็ยังทุกข์และร้องไห้อยู่ทุกครั้งที่กลับถึงบ้าน จนบางครั้งต้องย้ายไปพักที่บ้านญาติแทน

"ทุกครั้งที่เข้าบ้านฉันจะร้องไห้ กลับบ้านไม่ได้เลยยิ่งพอเห็นข้าวของที่หลับที่นอนของลูกก็จะร้องไห้เป็นอะไรที่ทุกข์มาก"

"ตอนแรกคิดว่า ตนเองไม่มีอาการที่จะต้องไปพบหมอจิตเวช ทำไมต้องไป"

"เราเป็นนักวิชาการ..... ถ้ามีประวัติว่ารักษาที่จิตเวชมันเป็นเรื่องแปลกรึเปล่า เราไม่เอาดีกว่า ไม่ผ่านกระบวนการนี้ดีกว่า แต่ก็อยากรู้นะว่าหมอเขามีวิธีทำให้เราลืมเรื่องนี้ได้อย่างไร หรืออยากรู้ว่าหมอเขามีวิธีทำอย่างไรให้เราดีขึ้น"

"นัดนาน 3 เดือน รู้สึกว่านานเกินไป ผู้ป่วยแบบนี้เสี่ยงที่จะทำอะไรก็ได้ในเวลานั้น เราก็อยากมีใครสักคนมาพูดคุยด้วย เพราะตอนนั้นรู้สึกแย่มากๆๆ"

"เวลานั้นอยากได้คุยอะไรกับใครสักคนมารับฟัง ก็อาจจะทำให้เรารู้สึกผ่อนคลายหรือรู้สึกดีขึ้นมาบ้าง"

"ผู้ป่วยแบบนี้เสี่ยงที่จะทำอะไรที่เป็นอันตรายกับชีวิต บางรายอาจฆ่าตัวตายก็ได้"

"เมื่อเกิดปัญหาซึมเศร้าแล้วอาจจะเกิดอะไรขึ้นระหว่างทางก็ไม่รู้ อย่างน้อยอาจให้บริการในวันนั้นโดยให้นักศึกษาแพทย์ หรือแพทย์ใหม่มาช่วยประเมินเบื้องต้นก่อน น่าจะช่วยได้เยอะ"

"นาทีนั้นเหมือนเป็นนาทีชีวิต เป็นเรื่องของจิตใจ ที่ sensitive ควรมีบริการที่ผู้ป่วยสามารถพูดคุยปรึกษาได้ทันที ขอให้มีใครสักคนมารับฟังเขา ในขณะนั้น ถ้าปฏิเสธว่าคิวเต็มมันก็ไม่ทันกับอะไรที่อาจเกิดขึ้นได้ ฉันว่าควรมีบริการที่สามารถจะปรึกษาได้เลยไม่ใช่ต้องรออีก 3 เดือน มันไม่ทันแล้ว"

"ในเบื้องต้น ถ้าเขาไปถึงที่นั่นแล้ว ก็น่าจะมีหมอมาช่วยประเมิน รับฟังปัญหาของผู้ป่วยเลยไม่ต้องรอ ก็น่าจะดี"

"ต้องกลับมาเพิ่มพลังให้กับตนเอง อยู่กับตัวเอง อยู่กับความจริงให้ได้ แต่การพูดคุยหรือปรึกษากับใครเป็นเรื่องสำคัญ ถ้ามีใครสักคนมารับฟังก็อาจทำให้รู้สึกผ่อนคลายหรือดีขึ้นได้"

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่แพทย์ส่งต่อไปพบจิตแพทย์ร้อยละ 24.64 หายไปหรือไม่ได้พบจิตแพทย์ ทั้งๆ ที่ทั้งสองหน่วยนี้อยู่ชั้น 1 และชั้น 2 ในอาคารเดียวกัน ในจำนวนนี้เป็นทั้งผู้ป่วยที่ไม่ไปนัดตรวจร้อยละ 52.94 และเป็นผู้ที่ไปนัดแต่ไม่ไปตรวจร้อยละ 47.05 โดยที่ส่วนใหญ่ใช้เวลารอนัดนาน 8-50 วันกว่าจะพบแพทย์ พบในหญิงมากกว่าชาย ส่วนใหญ่อยู่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ผู้ป่วยที่หายไปนี้ส่วนใหญ่มีปัญหาซึมเศร้าร้อยละ 23.53 และพบว่าผู้ป่วยมีปัญหา Psychiatric Problem, panic disorder (high level), R/O Anxiety, R/O Hyperventilation, somatoform disorder และ stress เป็นต้น ถ้าไม่ได้รับการรักษาถือเป็นความเสี่ยงที่อาจเกิดอันตรายทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองที่จะมีอาการรุนแรงมากขึ้นและผู้ที่อยู่รอบข้าง และพบว่ามากกว่าร้อยละ 70 แพทย์ระบุว่าจำเป็นต้องได้รับการรักษาเฉพาะทาง (Specific treatment) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ben-Noun L.[4] ระบุว่าจากจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช 307 รายใน primary care พบ 57 รายถูกส่งต่อไปจิตเวช 47 รายปฏิเสธไปพบจิตแพทย์ซึ่งเขากล่าวว่า ฉันกลัวว่าคนอื่นจะหาว่าฉันบ้า มันอาจจะมีผลต่อความสัมพันธ์ในสังคมและคุกคามการทำงานของฉัน ฉันไม่เข้มแข็งพอที่จะเผชิญกับปัญหาด้วยตนเอง การไปพบจิตแพทย์ไม่ได้ช่วยฉัน ไม่ได้แก้ปัญหาให้ฉันได้ ส่วนในอังกฤษ พบว่า 9 ใน 10 ของผู้ป่วยจิตเวชไปพบแพทย์ทั่วไป และความกลัวตราบาปของโรคจิตเวช เมื่อมีคนแนะนำให้มาพบจิตแพทย์ หลายคนรู้สึกอาย รู้สึกไม่ดี ปฏิเสธข้อเสนอ คำแนะนำ (คิดว่าไม่หรอกฉันยังไม่ได้เป็นมากขนาดนั้น) กลัวสังคมรอบข้างมองไม่ดี รู้สึกเหมือนเป็นตราบาปในชีวิต[5] นอกจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขไทยระบุว่า มีผู้ป่วยเข้าถึงการบริการทางจิตเวชได้น้อยลงเพียงร้อยละ 29 และถ้าไม่ได้รับการรักษาไปนานๆ อาการก็จะรุนแรงมากขึ้น[6]

การตีตรามีผลทำให้ผู้ป่วยหายไป

ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่หายไปเกือบทุกรายระบุว่าได้รับทราบว่าแพทย์ส่งไปรักษาต่อที่จิตเวช แต่ผู้ป่วยตัดสินใจไม่ไปรักษา ตามความเข้าใจเดิมๆอาจเข้าใจว่าผู้ป่วยไม่ใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองหรือติดธุระไม่สามารถมาได้ แต่ในกรณีนี้แตกต่างอย่างสิ้นเชิงผู้ป่วยเกือบทุกรายให้เหตุผลไว้หลายประการที่สะท้อนให้เห็นถึงความกลัวการตีตราจากผู้คนรอบข้างและสังคมและอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ป่วยอีกด้วย ซึ่งเหตุผลดังกล่าวได้แก่

1) ผู้ป่วยหลายคนยังคงมีความเข้าใจแบบเดิมว่าผู้ป่วยที่เป็นบ้าจึงจะมาตรวจที่จิตเวช ความเข้าใจนี้เป็นทั้งของตัวผู้ป่วยเองและความกลัวว่าผู้อื่นจะคิดเช่นนี้

2) ผู้ป่วยกลัวเสียประวัติหรือเสียภาพพจน์ของตนเอง โดยเฉพาะคนที่มีฐานะและมีตำแหน่งหน้าที่การงานดี บางรายกลัวจะมีผลกระทบต่อหน้าที่การงานและกลัวจะถูกให้ออกจากงาน เป็นความกลัวที่ผู้ป่วยคิด

3) ผู้ป่วยอาย หรือกลัวคนรู้จักรู้ว่าผู้ป่วยมาตรวจจิตเวช โดยเฉพาะในรายที่มีตำแหน่งหน้าที่การงานดีหรือเป็นที่รู้จักทั่วไป การเขียนในเวชระเบียนที่เจ้าหน้าที่ในส่วนงานอาจเปิดอ่านได้ในระหว่างการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้ป่วยทุกรายไม่ทราบว่ามีการเขียนเวชระเบียนในแฟ้มฟ้าที่ใช้ในแผนกจิตเวชเท่านั้น บุคคลภายนอกไม่สามารถเข้าถึงได้ ยกเว้นผู้ปฏิบัติงานและแพทย์เจ้าของไข้เท่านั้น แต่อย่างไรก็ตามในเวชระเบียนทั่วไปหรือเวชระเบียนเหลืองก็ยังมีบันทึกว่ามาตรวจรักษาที่จิตเวช แต่มีรายละเอียดเฉพาะการวินิจฉัยและการสั่งยาเท่านั้น ผู้ป่วยบางรายมีการต่อรองขอไม่ให้บันทึกในเวชระเบียนเหลืองจึงจะมาตรวจรักษา สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศก็พบผลที่คล้ายคลึงกันระบุว่าความเจ็บป่วยทางจิตไม่เหมือนความเจ็บป่วยทางกาย โดยเฉพาะในมุมมองทางสังคมจะถูกเผย

ออกมาในทางลบเช่น บ้า น่ากลัว น่าเกลียด จนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว ไม่ชอบ น่ารังเกียจ หรือไร้ค่า[1] ฉะนั้นความเจ็บป่วยทางจิตจึงเป็นสาเหตุให้ถูกตีตรา (social stigma) เพียงแค่การไปพบจิตแพทย์ก็บ่งบอกและถูกตีตราว่าบ้าแล้ว[7,8] ทั้งๆที่การไปพบจิตแพทย์อาจจะเป็นแค่ความวิตกกังวล หรือปัญหาที่เกี่ยวกับพฤติกรรมความกลัว ปัญหานอนไม่หลับเท่านั้น แต่ผู้ป่วยกลับรู้สึกกลัว และไม่ชอบที่จะไปพบจิตแพทย์ แม้จะได้รับคำอธิบายจากแพทย์อย่างไรก็ไม่เป็นผล มีรายงานระบุว่าผู้ป่วยหลายคนรู้สึกอาย รู้สึกไม่ดี ปฏิเสธข้อเสนอ คำแนะนำ (คิดว่าไม่หรอกฉันยังไม่ได้เป็นมากขนาดนั้น) กลัวสังคมรอบข้างมองไม่ดี รู้สึกเหมือนเป็นตราบาปในชีวิต ความรู้สึกเหล่านี้ เหมือนเป็นกำแพง ที่ทำให้คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่กล้ามาพบจิตแพทย์หรือปฏิเสธการรักษา ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องว่า 1.) มีแต่คนบ้าที่จะไปหาหมอโรคจิต (จิตแพทย์) 2.) อาการทางจิตเวช เป็นเรื่องของจิตใจ นิสัย สันดาน ไม่ใช่โรค แก้นิสัยไม่ดีสิ อย่าไปคิดมาก 3.) ไปหาหมอแล้ว บอกใครว่าไปพบจิตแพทย์ จะถูกมองว่าน่ารังเกียจ เขาจะโดนเราทำร้ายรึเปล่า เหมือนคนสติไม่สมประกอบ ไม่ไปดีกว่า รักษาตัวเองดีกว่า 4.) มันไปหาจิตแพทย์แล้ว อย่าไปยุ่งกับมันมาก เดี๋ยวก็เป็นบ้าตามมันหรอก[9]

ในสังคมไทยยังมีทัศนคติต่อผู้มีปัญหาทางจิตว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตหรือคนบ้า เนื่องจากความไม่เข้าใจปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชที่ถูกต้อง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มารักษาที่จิตเวชออกมาในทางลบ ทั้งถูกตีตรา กีดกัน ถูกแบ่งแยกและขาดโอกาสทางสังคม มีรายงานระบุว่าผู้ป่วยทางจิตเวชที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยนอกมีจำนวนปีละกว่า 1 ล้านคน โดยผู้ป่วยทางจิตเวชที่ก่อคดีรุนแรงมีเพียงร้อยละ 2-3 เท่านั้น นับว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับคนปกติที่ก่อคดีทางอาญา[10]

นอกจากนั้น นพดล กรรณิกา[11] เปิดเผยถึงผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการรับรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชในสังคมไทยปัจจุบัน ในกลุ่มประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 1,578 ตัวอย่าง พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการป่วยดังกล่าว โดยร้อยละ 38.5 ระบุรู้บ้างไม่รู้บ้าง ร้อยละ 35.1 ระบุรู้เพียงเล็กน้อย ร้อยละ 18.4 ระบุไม่รู้เลย สิ่งที่นึกถึงเป็นอันดับแรกเมื่อกล่าวถึง “ผู้ป่วยจิตเวช” พบว่าร้อยละ 44.4 ระบุว่านึกถึงคนบ้า ร้อยละ 15.2 นึกถึงความน่ากลัว / กลัวจะมาทำร้าย ร้อยละ 14.0 นึกถึงคนไม่เต็มบาท หรือคนไม่ครบ หรือคนไม่สมประกอบ หรือคนสติไม่ค่อยจะดี ร้อยละ 11.4 นึกถึงคนที่จิตไม่ปกติ และร้อยละ 4.0 นึกถึงความผิดปกติทางสมอง ตามลำดับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังระบุว่าผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ป่วยโรคจิต หมายถึงคนที่มีปัญหาทางสมอง/ปัญญาอ่อน คนที่ชอบเดินเหม่อลอยหรือแก้ผ้า หรือพูดคนเดียว หรือหวาดกลัวสิ่งต่างๆ หรือคนป่วยที่ต้องมีผู้อื่นคอยดูแลใกล้ชิด คนที่มีความคิดและพฤติกรรมในทางที่ไม่ดี หรือคนที่น่ากลัว อาจทำให้เกิดอันตรายตามลำดับ [11]

ปัจจุบันการดูแลของจิตเวชนั้นขยายการบริการออกไปมากขึ้น ซึ่ง สเปญ อุ่นอนงค์[12] ได้กล่าวว่า ปัญหาที่ต้องมาพบจิตแพทย์บ่อยๆ โดยที่ไม่ได้เป็นบ้ามีอีกเป็นจำนวนมาก และไม่รุนแรง แต่อาจเพียงแค่รบกวนในชีวิตประจำวันเท่านั้น เช่น 1.) มีเรื่องกลุ้มใจคิดไม่ตก ทำให้เครียด ปวดหัว นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย 2.) แฟนทิ้ง ปลาทองตาย เสียใจร้องห่มร้องไห้ ไม่เป็นอันกินอันนอน เสียงานเสียการ 3.) ไม่ได้มีเรื่องเครียดอะไรแต่อยู่ๆ ก็เกิดอาการเบื่อหน่าย ท้อแท้ กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ร้องไห้ง่าย อยากตาย 4.) เกิดอาการใจสั่น หายใจไม่ทัน กลัวตายขึ้นมาเฉยๆ ทั้งๆ ที่ไม่มีอะไรน่ากลัวเกิดขึ้น ไปหาหมอทีไรก็ตรวจไม่พบความผิดปกติไม่เจอ 5.) กลัวความสูง กลัวลิฟท์ กลัวแมลงสาบ ประหม่ากลัวคนมอง 6.) ย้ำคิดย้ำทำ ปิดประตูแล้วต้องดูซ้ำๆ หลายๆ เที่ยว ล้างมือตั้งหลายเที่ยวก็ยังรู้สึกไม่สะอาดอยู่ดี 7.) เป็นคนอมทุกข์ หาความสุขไม่ค่อยได้ ทั้งๆ ที่อะไรๆ ก็เพียบพร้อม 8.) คบกับใครไม่ได้นาน จะต้องมีปัญหาร่ำไป และมักเป็นปัญหาคล้ายๆ กันซ้ำๆ[12] ฉะนั้นจะเห็นได้ว่าบทบาทของจิตแพทย์มีขอบเขตที่กว้างขวางมากขึ้นโดยเฉพาะบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะแรกเป็นบทบาทที่สำคัญที่จะช่วยลดความรุนแรงของโรค ซึ่งผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่ทราบบทบาทนี้มากนัก

ความเข้าใจ ความเชื่อ ทัศนคติที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยที่หายไป

ความเข้าใจ ความเชื่อ ทัศนคติของผู้ป่วยมีความสำคัญต่อการรักษาทางจิตเวช ผู้ป่วยจำนวนมากเชื่อว่าความเจ็บป่วยทางจิตไม่อาจรักษาได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อว่าอาการทางกายต้องมีสาเหตุมาจากร่างกายเท่านั้น ฉะนั้นถ้าแพทย์ส่งต่อไปรักษาที่จิตเวช นั่นหมายความว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นแพทย์เชื่อว่าเกิดมาจากจิตใจ เราจึงพบว่าผู้ป่วยปฏิเสธ ไม่ยอมรับการรักษาจากจิตแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่าผู้ป่วยบางรายปฏิเสธไม่ไปพบจิตแพทย์และคิดว่าแพทย์อาจ

รักษาเขาไม่ตรงกับปัญหา ในที่สุดผู้ป่วยรายนี้ก็ไม่มาตรวจอีกเลย เช่น ในกรณีผู้ป่วยมีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่ออกเวลาขึ้นที่สูงและเข้าใจว่าเป็นจากไขมันในเลือดสูง แพทย์ตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติอะไรจึงส่งปรึกษาจิตแพทย์ แต่ผู้ป่วยปฏิเสธดังนี้

"พอหมอส่งผมไปพบหมอจิตเวช ผมไม่มั่นใจว่าจะรักษาผมถูกทางรึเปล่า ผมก็เลยไม่ไปเลย"

นอกจากนั้นผลการศึกษานี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่หายไปนี้บางส่วนไม่คิดว่าตัวเองป่วยมากจนต้องพบจิตแพทย์ ซึ่งมักพบในคนที่ยังมีอาการไม่มากนักเช่น นอนไม่หลับ หรือเครียด หรืออาการปวดศีรษะที่ไม่ทราบสาเหตุ หรือแน่นหน้าอกหายใจไม่ออกซึ่งเป็นอาการทางร่างกายที่แพทย์ตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติภายในร่างกาย แพทย์จึงพิจารณาส่งปรึกษาจิตเวช ซึ่ง มาโนช หล่อตระกูล[13] ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตส่วนใหญ่จะไม่ทราบว่าตนเองผิดปกติไป เขาจะเชื่อในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นเช่นนั้นจริงๆ ไม่เคยคิดสงสัยว่าไม่น่าจะเป็นไปได้หรือสิ่งที่เกิดขึ้นไม่สมเหตุสมผล ดังที่คนอื่นเห็นๆ กัน นอกจากในผู้ที่หมั่นสังเกตตนเอง พอมีความรู้ด้านนี้บ้าง ในช่วงเริ่มเป็นอาจพอทราบว่ามีสิ่งแปลกๆ เกิดขึ้นกับตนเอง หรือสิ่งที่ตนเองพบอาจไม่เป็นจริง รู้สึกสองจิตสองใจ บุคคลเหล่านี้จะพยายามปกปิดสิ่งที่เกิดขึ้น พยายามวางตัวให้เป็นไปตามปกติ เพราะเกรงว่าคนอื่นจะเห็นว่าตัวเองผิดปกติไป แต่เมื่ออาการเป็นมากขึ้น ความเชื่อในสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นมีมากขึ้นเรื่อยๆ หรือสิ่งที่เกิดขึ้นกับเขานั้นมีบ่อยขึ้น จนความสามารถในการตัดสินว่าอะไรจริงอะไรไม่จริงเสียไป การควบคุมตนเองลดลง พฤติกรรมในระยะนี้ก็จะแสดงออกมาให้ผู้อื่นเห็นชัดว่าผิดปกติไป

มีรายงานที่พบผลการศึกษาที่คล้ายกันระบุว่าผู้ป่วยหลายคนคิดว่ายังไม่ได้มีอาการรุนแรงมากขนาดนั้น ประกอบกับกลัวสังคมรอบข้างมองไม่ดี รู้สึกเหมือนเป็นตราบาปในชีวิต ความรู้สึกเหล่านี้ เหมือนเป็นกำแพง ที่ทำให้คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่กล้ามาพบจิตแพทย์หรือปฏิเสธการรักษา[9] ฉะนั้นการอธิบายถึงการคัดแยกโรคทางกายออกไปแล้วจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรสื่อสารกับผู้ป่วยให้ชัดเจน

อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ยังพบอีกว่า การรอคิวนัดตรวจที่นานมาก เป็นปัจจัยร่วมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด ผู้ป่วยหลายรายระบุว่าพอกลับถึงบ้านกลับมานั่งคิดทบทวนและปรึกษาครอบครัว จึงตัดสินใจใหม่ว่าไม่ไปตรวจจะดีกว่า ฉะนั้นการปรับกระบวนการเพื่อให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านหรือพยาบาลในวันที่ผู้ป่วยถูกส่งต่อไปนัดพบแพทย์ก็น่าจะช่วยทำให้ผู้ป่วยหายไปมีจำนวนลดลง

ความเชื่อ/ความเข้าใจเหล่านี้เกิดขึ้นมาได้อย่างไร

มีรายงานวิเคราะห์ระบุว่าความเชื่อเหล่านี้ เกิดขึ้นทั้งจากอาการของโรคเอง และทัศนคติที่ถ่ายทอดกันมาแต่ดั้งเดิม กล่าวคือ 1.) ลักษณะหรืออาการของผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีลักษณะพฤติกรรมที่ผิดปกติ แปรปรวน และอาจก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นได้ เช่น มีพฤติกรรมที่แปลกๆ เดินเร่ร่อน แต่งกาย ใช้คำพูด หรือทำท่าแปลกๆ ก้าวร้าวหวาดระแวง ทำร้ายคนไม่เลือกหน้า ควบคุมตัวเองไม่ได้ แยกตัว ไม่สบตา ไม่คุยกับใคร อารมณ์แปรปรวน ขึ้นๆลงๆ คาดเดายาก 2.) ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์และคนทั่วไป เช่น หลายคนมีประสบการณ์ไม่ดีกับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช และมักขาดความรู้ ความเข้าใจที่ดีพอเกี่ยวกับการเกิดโรค อาการของโรค และการรักษา (จิตเวชเป็นเพียงแค่วิชาเล็กๆ เลยไม่ค่อยได้รับความสนใจในการเรียนมากเท่าไหร่) หลายคนยังมีความเชื่อว่าถ้ากินยาจิตเวชแล้วจะติดยา เลยแนะนำผู้ป่วยว่าอย่ากินยา ให้ปรับความคิด พฤติกรรมเอาเอง เป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาดหรอก ซึ่งเป็นความเชื่อที่ผิด หรือเจ้าหน้าที่บางคน พอรู้ว่าเคยมีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ก็คิดว่าอาการ (ทางกาย) ที่เป็น เป็นจากจิตใจ มองผู้ป่วยต่างจากผู้ป่วยทั่วไป[9] อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยจิตเวชเพียงร้อยละ 3 เท่านั้นที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง แต่จากสื่อต่างๆมักแสดงว่าผู้ป่วยจิตเวชมักจะกระทำรุนแรง หรือมีข่าวอาชญากรรมที่ทำโดยผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งในความเป็นจริงมีคดีเพียงจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับคดีอาชญากรรมที่เกิดจากการกระทำของคนปกติทั่วไป แต่ความเชื่อดังกล่าวก็ยังคงฝังลึกอยู่ในคนไทยอยู่จนปัจจุบัน[9] ฉะนั้นจึงมีรายงานจากกรมสุขภาพจิต ระบุว่าในปัจจุบันสถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเวชมีจำนวนไม่เพิ่มขึ้น ในโรคหลักๆที่รุนแรง อย่างเช่น โรคจิต โรคซึมเศร้า หรือปัญหาการฆ่าตัวตาย แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือ ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งจะยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ด้วยปัญหาหลายอย่าง อาทิ ตัวผู้ป่วยเองไม่ยอมรับสิ่งที่ตนเองเป็น คนที่ซึมเศร้าก็ไม่ยอมรับว่าตัวเองเจ็บป่วย ซึ่งรู้ตัวเองดีว่ามีความ เซ็ง เบื่อหน่าย แต่ก็ไม่ต้องการเปิดตัวว่าตัวเองมีอาการอย่างนี้ เพราะรู้สึกอายว่าตัวเองอ่อนแอ และที่สำคัญคือ ญาติก็ไม่ยอมรับเช่นกัน จึงทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการทางจิตเวชได้น้อยลงเพียงร้อยละ 29 ถ้าไม่ได้รับการรักษาไปนานๆ อาการก็จะรุนแรงมากขึ้น[6]

ฉะนั้นจึงพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้จำนวนมากไม่ไปพบจิตแพทย์ทั้งๆที่แพทย์อธิบายถึงความจำเป็นในการส่งต่อไปรับการรักษาแล้ว และยังมีผู้ป่วยบางรายไม่กลับมารักษากับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอีกเลย

ผู้ป่วยที่หายไปเป็นความเสี่ยง

ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ส่งต่อไปจิตเวชนั้นบางส่วนหายไปทั้งๆที่แพทย์ระบุว่าต้องการส่งไปดูแลเฉพาะทาง (specific treatment) ผู้ป่วยที่หายไปนี้มีความเสี่ยงนอกจากจะไม่ได้รับการดูแลรักษาแต่ระยะแรกแล้ว ผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่ไปรักษาที่อื่นใดแม้เวลาจะผ่านไปกว่า 6 เดือนและมักจะเยียวยาด้วยตนเอง เนื่องจากเป็นอาการที่ไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดที่เห็นชัดเจน แต่เป็นอาการที่เกี่ยวกับจิตใจอยู่ภายในทั้งๆ ที่อาการทางจิตเวชนั้นถ้าได้รับการรักษาแต่ระยะแรกๆ ก็จะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพมากกว่า ฉะนั้นผู้ป่วยที่หายไปนี้อาจมีความเสี่ยงโดยเฉพาะในรายที่มีปัญหาซึมเศร้า ถ้าโรคมีความรุนแรงมากขึ้นอาจตัดสินใจผิดพลาดชั่วขณะและอาจพยายามฆ่าตัวตายขึ้นได้ จุมภฏ พรมสีดา[14] และถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจก่อให้เกิดปัญหากับตนเอง ครอบครัว การทำงาน และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ฉะนั้นผู้ป่วยที่หายไปและไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมจึงเป็นความเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปี พ.ศ. 2551-2552 ทั่วโลก พบว่า มีคนฆ่าตัวตายประมาณ 8 แสน-1 ล้านคนต่อปี เฉลี่ยมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน ทุก 40 วินาที สำหรับประเทศไทยพบว่า การฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ในปี พ.ศ. 2555 มีคนไทยฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 3,985 คน เฉลี่ยแล้วมากกว่าวันละ 10 คน คิดเป็นอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 6.20 ต่อประชากรแสนคน มากกว่าปี พ.ศ. 2554 ที่พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 6.03 ต่อประชากรแสนคน สาเหตุหลักของผู้ฆ่าตัวตาย เกิดจากการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากขึ้น ทั้งในสังคมโลกและสังคมไทย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางสังคมอื่นๆ เช่น ความรู้สึกผิดหวัง การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การเกิดปัญหารุนแรง หรือวิกฤตชีวิตที่จัดการไม่ได้ ตลอดจนขาดการช่วยเหลือหรือประคับประคองด้านจิตใจเมื่อเกิดปัญหา[15]

นอกจากนั้นมีรายงานระบุถึงความกังวลของสังคมในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยทางจิตที่ไม่ปรากฏอาการว่า ร้อยละ 46.8 ระบุรู้สึกกังวลถ้าจะต้องอยู่ร่วมห้องเดียวกัน ร้อยละ 39.3 ระบุรู้สึกกังวลถ้าจะอยู่ร่วมในบ้านเดียวกัน ร้อยละ 34.7 ระบุรู้สึกกังวลถ้ามีผู้ป่วยอยู่ติดกับบ้านที่พักอาศัย ร้อยละ 27.5 ระบุรู้สึกกังวลถ้าต้องทำงาน/เรียนในที่เดียวกัน ร้อยละ 25.6 ระบุรู้สึกกังวลถ้าอยู่ในละแวกใกล้เคียงกับบ้านที่พักอาศัย ตามลำดับ [11]

การสื่อสารกับการป้องกันผู้ป่วยหายไป

พนม เกตุมาน[16] ได้กล่าวถึงการสื่อสารไว้ว่า ผู้ป่วยจิตเวชบางคนไม่อยากมาพบจิตแพทย์ เนื่องจากความอาย กลัวคนอื่นๆ จะรู้ กลัวว่าตนเองอาจจะป่วยเป็นโรคจิตเวช ซึ่งในสมัยก่อนอาจไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมนัก ผู้ป่วยบางคนการรู้ตนเองเสียไปมากๆ เช่น ผู้ป่วยโรคจิตจะไม่ยอมรับว่าตนเองผิดปกติ แม้จะพยายามพูดด้วยเหตุผลอย่างไรก็ไม่สำเร็จ วิธีต่อไปนี้อาจจะช่วยพาผู้ป่วยมาได้ง่ายขึ้น

1. อธิบายอย่างจูงใจให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อการมาพบจิตแพทย์ ในระยะแรกอาจใช้คำว่า “แพทย์” แทนคำว่าจิตแพทย์ไปก่อน แสดงให้เห็นความหวังดี เจตนาดีของญาติ หลีกเลี่ยงการพูดถึงแพทย์ในทางคุกคาม ข่มขู่ หรือเย้ยหยันให้ผู้ป่วยอายเกี่ยวกับการมาพบแพทย์ เช่น “ทำตัวให้ดีนะ ไม่งั้นจะพามาหาหมอ” “ถ้าพูดไม่เชื่อ เดี๋ยวจับส่งมาให้หมอฉีดยานะ” “ทำอย่างนี้ อยากไปอยู่โรงพยาบาลอีกหรือไง” “คราวหน้า จะไม่พากลับจากโรงพยาบาลละนะ ทำแบบนี้” คำพูดเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้ป่วยกลัวแพทย์ กลัวโรงพยาบาล กลัวการฉีดยา ทำให้ไม่ร่วมมือในการรักษาระยะยาวด้วย ควรใช้คำพูดว่า อาการที่เกิดขึ้น เช่น การนอนไม่หลับ อาการปวดหัว ซึ่งผู้ป่วยเองก็รู้สึกเดือดร้อนด้วย เป็นอาการที่ควรจะตรวจโดยแพทย์อย่างละเอียด ไปเล่าให้หมอฟัง ถ้าไม่มีปัญหาอะไรจะได้สบายใจ

2. อธิบายข้อดีของการมาพบแพทย์ ได้แก่ การตรวจอย่างละเอียด มีข้อสงสัยประการใดจะได้สอบถามหมอ การรู้ว่ามีอะไรไม่ปกติอย่างรวดเร็วเป็นข้อดี ในการช่วยเหลือได้ง่าย และรวดเร็ว

3. ให้ความหวังและกำลังใจปัจจุบันการมาพบจิตแพทย์ก็ไม่ได้หมายความว่าเขาจะต้องป่วยเป็นโรคจิตโรคประสาทเท่านั้น แต่จิตแพทย์มีบทบาทในการดูแลมากกว่านั้น บางครั้งแค่มีความเครียด การปรึกษาก็ได้ประโยชน์แล้ว การปรึกษาในเชิงป้องกันปัญหาจิตเวชเป็นสิ่งที่จิตแพทย์สามารถทำได้ดีกว่า

4. ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าการรักษาที่นี่มีวิธีการเก็บรักษาความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยแก่บุคคลอื่น

5. ไม่ปิดบังหรือหลอกลวงผู้ป่วยมาพบแพทย์ เพราะ

จะทำให้ขาดความเชื่อใจ ผู้ป่วยมักโกรธและไม่ร่วมมือ ทำให้การรักษาเป็นไปได้ยาก ควรบอกกันตรงๆ บอกกันดีๆ

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนากระบวนการส่งต่อ (Managing the process of referral)

1. การต่อสู้กับการตีตราในสังคมนี้คงไม่ง่ายนักและต้องใช้เวลาที่นานมากโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่หายไปหรือปฏิเสธการรักษาจิตแพทย์ เป้าหมายการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ใช่แค่เพียงการส่งต่อเท่านั้น แต่ต้องกระตุ้นให้เกิดการยอมรับในเบื้องต้นก่อนจากเดิมที่แพทย์อาจอธิบายถึงเหตุผลความจำเป็นที่ต้องส่งไปตรวจที่จิตเวชซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียว ผู้ป่วยจำนวนมากมักจะตอบรับแต่เมื่อออกจากห้องตรวจแล้วการตัดสินใจของผู้ป่วยอาจแปรเปลี่ยนไป การรับรู้ (perception) ของผู้ป่วยต่อการส่งต่อนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ วิธีการติดต่อสื่อสารแบบสองทาง (Two way communication) น่าจะช่วยให้เกิดความเข้าใจการรับรู้ของผู้ป่วยได้มากขึ้น แพทย์อาจฟังและสังเกตอารมณ์โกรธ ไม่พอใจหรือสับสน ที่บ่งบอกถึงการต่อต้านทางความคิดของผู้ป่วย เพื่อจับประเด็นให้ได้ว่าผู้ป่วยคิดกลัว และอายอะไร อย่างไร สิ่งเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ในการทำความเข้าใจ ความคิดและความตระหนักถึงการตีตราและความกลัวของผู้ป่วยเพื่อให้คำอธิบายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย น่าจะช่วยลดแรงต้านต่อการส่งต่อ ความกล้าเผชิญการปฏิเสธและการเสริมพลังเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดูแลและช่วยเหลือ และควรให้เวลาเมื่อผู้ป่วยพร้อมจึงค่อยส่งต่อไป เช่น อาจจะเลื่อนการส่งต่อออกไปสัก 1-2 ครั้งหลังจากที่ได้ทำความเข้าใจในตัวผู้ป่วยแล้ว ถ้าอาการยังสามารถควบคุมได้[8,9]

2. คำว่า “จิตเวช” เป็นความหมายเชิงสัญลักษณ์ที่ผู้ป่วย หรือคนทั่วไปยังคงมองคลาดเคลื่อนไปว่าผู้ป่วยที่มารักษาที่นี่เป็นผู้ป่วยโรคจิต หรื โรคเครียด หรือเป็นบ้าเท่านั้น เราคงไม่สามารถปรับมุมมองของผู้คนทั่วไปได้ทั้งหมดในเวลาอันรวดเร็วได้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ฉะนั้นการหลีกเลี่ยงคำว่า “จิต” ที่สื่อความหมายเชิงสัญลักษณ์ถึงคำว่า “โรคจิต” ได้ก็น่าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีได้ ซึ่ง Bursztajn และ Barsky[8] ระบุว่า ถ้าผู้ป่วยกลัวการตีตราหรือไม่เข้าใจในบทบาทของจิตแพทย์อย่างถูกต้อง แน่นอนการให้ความรู้ การใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก การเผชิญต่อการปฏิเสธและการเสริมพลังเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดูแลและช่วยเหลือ ในกระบวนการส่งต่อนี้ส่วนใหญ่มักจะระบุแต่เพียงสั้นๆว่าส่งต่อจิตเวชเท่านั้น เป็นความคลุมเครือของการสื่อสาร ประกอบกับความเชื่อและทัศนคติในทางลบที่มีอยู่เดิมจึงทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการตรวจรักษา ฉะนั้นในขั้นตอนการส่งต่อนั้นควรระบุปัญหาพฤติกรรมที่ต้องการปรึกษาแทนการระบุว่าส่งปรึกษาจิตเวชเพียงอย่างเดียว เช่น ส่งปรึกษาปัญหาการนอนไม่หลับ หรือความวิตกกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยคลายกังวลว่าการส่งต่อไปครั้งนี้แพทย์ไม่ได้คิดว่าผู้ป่วยบ้า แต่ที่แผนกจิตเวชนั้นจะดูแลพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยด้านการนอนไม่หลับ หรือความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า ก็จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและเกิดความชัดเจนมากขึ้นว่าการรักษาที่จิตเวชไม่ได้รักษาแต่คนบ้าเท่านั้น แต่ยังสามารถดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านอื่นๆอีกด้วย ฉะนั้นการระบุดังกล่าวยังอาจช่วยทำให้ความเข้าใจ ทัศนคติ ความเชื่อของสังคมที่มีต่อแผนกจิตเวชเกิดความหมายทางบวกเพิ่มมากขึ้น[12,17]

3. การรอคิวนัดพบแพทย์ที่นานเกินกว่าเดือน นับเป็นคิวที่นานเกินไปจนทำให้ผู้ป่วยหลายรายเปลี่ยนใจไม่กลับมารักษาอีกเลย ผู้ป่วยจิตเวชนี้อาจมีการตัดสินใจที่ผิดพลาดแบบชั่วขณะหรือตัดสินใจในสิ่งที่คนทั่วไปคาดไม่ถึงซึ่งอาจก่อให้เกิดความรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ ถือเป็นความเสี่ยง ฉะนั้นเพื่อป้องกันความเสี่ยงดังกล่าวควรมีการปรับกระบวนการนัดเริ่มจากการปรับคิวนัดให้สั้นลง ถ้าจำเป็นต้องนัดยาวเป็นเดือนอาจก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคมากขึ้นควรจัดบริการให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์เวรหรือพยาบาลในวันที่แพทย์ส่งต่อ เพื่อให้ได้รับการดูแลในเบื้องต้นและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้

4. นอกจากนั้นยังพบว่าแพทย์และเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่บอกว่า “ส่งแล้วส่งเลยหรือส่งทิ้ง” แสดงให้เห็นว่าปัจจุบันยังไม่มีระบบติดตามว่าผู้ป่วยจะไปตรวจตามที่ส่งต่อไปหรือไม่ ส่วนที่มีการติดตามก็เป็นการติดตามอย่างไม่เป็นทางการ เป็นการติดตามตามความสนใจของแพทย์ที่ดูแลเท่านั้น ฉะนั้นถ้าส่งผู้ป่วยแล้วผู้ป่วยหายไปก็เท่ากับเป็นการส่งผู้ป่วยให้ออกไปจากระบบการดูแลและอาจทำให้การรักษายุ่งยากมากขึ้นภายหลังเมื่อมีอาการรุนแรงมากขึ้น เท่ากับเป็นการสร้างภาระให้กับตัวแพทย์เองและเพิ่มความทุกข์ทรมานให้เกิดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ฉะนั้นระบบติดตามผู้ป่วยที่ส่งต่อเป็นสิ่งจำเป็นและสามารถพัฒนาได้ไม่ยากนัก จากข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่ที่ให้สัมภาษณ์ระบุว่า เจ้าหน้าที่หน่วยจิตเวชควรระบุวันที่นัดลงในเวชระเบียนตรงจุดที่แพทย์เขียนส่งปรึกษาก็จะช่วยให้แพทย์ที่ดูแลต่อทราบว่าผู้ป่วยที่ส่งต่อไปนั้นได้รับการนัดแล้วหรือยัง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ ที่แพทย์สามารถติดตามการนัดตรวจทางจิตเวชได้ หากพบผู้ป่วยที่ไม่พบจิตแพทย์ แพทย์สามารถทำเข้าใจ รับรู้ความเชื่อและทัศนคติ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างการยอมรับการรักษาที่จิตเวชมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวถึงแพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวช ซึ่งได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากคณะกรรมการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยจากหัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นอย่างดี สำหรับข้อมูลในงานวิจัยนี้ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องทุกคน แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัวและจิตเวชเป็นอย่างดี ส่วนการค้นเวชระเบียนเพื่อมาศึกษาวิเคราะห์ในครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากคุณละออ เปี่ยมปฐม รวมทั้งการถอดเทปข้อมูลการสัมภาษณ์ได้รับความร่วมมือจากคุณสุรีรัตน์ ดาวเรืองเป็นอย่างดี คณะผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Hameli AA. Seeing a psychiatrist does not mean you are insane. Available from: URL:http://blogs.thenational.ae/others/my-year-at-the-national/seeing-a-psychiatrist-does-not-mean-you-are-insane
2. Cottencin O., Versaevel C., Goudemand M. In favour of a systemic vision of liaison psychiatry. Encephale 2006;32:305-14.
3. สเปญ อุ่นอนงค์ เมื่อไรจึงควรไปพบจิตแพทย์. Available from: URL: http://www.infomental.com/seepsychiatrist.htm
4. Ben-Noun L. Characterization of patients refusing professional psychiatric treatment in a primary care clinic. Isr J Psychiatry Relat Sci 1996;33:167-74.
5 Praew J. ตราบาป. Available from: URL:http://drpreaw.blogspot.com/2013/03/blog-post__20.html
6. มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย. ผู้ป่วยจิตเวชจำนวนไม่เพิ่มแต่การเข้าถึงยังน้อย. Available from: URL:http://www.tddf.or.th/prevention/detail.php?contentid=0092&postid=0001304&currentpage=1
7. Gove WR, Fain T: The stigma of mental hospitalization. Arch Gen Psychiatry 1973; 28:494-500.
8. Bursztajn H, Barsky AJ. Facilitating Patient Acceptance of a Psychiatric Referral. Arch Intern Mad 1985;145: 73-5. Available from: URL:http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=605234
9. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. ตราบาปและโรคทางจิตเวช. Available from: URL: (http://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1001)
10. มติชน. ผลสำรวจเอแบคโพลล์ 90% อคติผู้ป่วยโรคจิต. Available from: URL: http://hilight.kapook.com/view/5423
11. นพดล กรรณิกา. เอแบคโพลล์: การรับรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช ในสังคมไทยปัจจุบัน. Available from: URL: http://www.ryt9.com/s/abcp/74169
12. สเปญ อุ่นอนงค์. เมื่อไรจึงควรไปพบจิตแพทย์ . Available from: URL:http://www.infomental.com/seepsychiatrist.htm
13. มาโนช หล่อตระกูล. โรคจิตและโรคจิตเภท ฉบับละเอียด. Available from: URL:http://www.ramamental.com/medical-student/generalpsyc/psycfinedetail/
14. จุมภฏ พรมสีดา. ข้อแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. Available from: URL:http://www.jvkk.go.th/research/article/detail.asp?code=2
15. กนกรัตน์ ปัญญา. หนึ่งทศวรรษ วันป้องกันการฆ่าตัวตายโลก. Available from:URL: http://region3.prd.go.th/ct/news/viewnews.php?ID=130909130300
16. พนม เกตุมาน. การนำผู้ป่วยจิตเวชมาตรวจรักษา. Available from: URL: http://www.psyclin.co.th/new__page__13.htm.
17. มาโนช หล่อตระกูล. ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา. Available from: URL: http://www.ramamental.com/generaldoctor/uncoop__patient/

Original Articles/นิพนธ์ต้นฉบับ

The Patients Lost in Process of Referral from Family Medicine to Psychiatrist

Tubtimtes S, B.Sc. M.Sc. Ph.D.[1], Lertrattananon D, M.D.[1], Sukying C, M.D.[2] , Thamakraison S, M.D.[1], Pumkompol T, B.Sc. M.Ed.[1]

[1] Department of Family Medicine, [2] Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok 10400 Thailand.

Abstract

Objective: To analyze the health problems of the lost patients who did not see a consultant psychiatrist and to study the views of stakeholders.

Methods: Mixed methods were a review of 69 medical records that were consulted to psychiatrists and interviews in both groups. The telephone data interviews with 19 lost patients and in-depth interviews with 26 physicians and staffs were collected by tape record. Data were analyzed by percentage and content analysis.

Results: There were 24.64% the lost patients. They were as well as patients who did not go to the appointment and not to contact psychiatric unit. The most problems were depression (23.53%) and variety problems such as psychiatric problem, stress, anxiety, panic disorder and insomnia. The reasons in denying the psychiatrists included: 1) the idea that the patient was mad only to come to psychiatry, 2) they did not consider themselves sick, 3) fear and shame their own image and appearance, 4) the long queues. Their risks were not only did not care, but also increased severity. It impacted their family, works and interact with others.

Conclusion: The lost patient problems are risk that can be prevented. Good perception of psychiatric care is an important for approach. So two-way communication with the understanding, listening, beliefs and attitudes of patients towards psychiatrists was an approach to establish acceptance problems and treatment. It should be done with explain why referrals made.

Key words: the lost patients, psychiatrist consultation, views of stakeholders, health problems

Corresponding Author: Pumkompol T, B.Sc. M.Ed.
Department of Family Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok 10400 Thailand. Tel. 02-201-1486