

## รูปแบบของการให้บริการ : เส้นทางสู่การดูแลทางจิตเวช

ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์ พบ. MRCPsych.

### Service Model : The Pathway to Psychiatric Care

Teerakiat Jareonsettasin, MD., MRCPsych.

#### Abstract

In this paper, the author presents the British psychiatric services as a care model. In order to understand psychiatric services better, care providers must understand the patient's pathway to psychiatric care. According to Goldberg, et al, psychiatric patients in a community are different from those seeking help from their general practitioners. General practitioners can detect psychiatric morbidity in less than 50 percent of patients with psychiatric disorders. Out of these, only 20 percent are referred to psychiatrists. One in four of the referral would be admitted to specialist psychiatric services. Goldberg has detailed the pathway and divided it into five levels and four filters, showing factors that operate on each level and filter. The author also presents pathway to psychiatric care in India and Pakistan in comparison to that in some European countries with more resources. These data will be extremely helpful in planning psychiatric services, training of care providers in all levels and stimulating a similar study in Thailand.

## บทคัดย่อ

ในบทความนี้ ผู้เขียนเสนอรูปแบบการให้บริการทางจิตเวชในสหราชอาณาจักรในการที่จะเข้าใจการให้บริการทางจิตเวชให้ดีขึ้นนั้น ผู้ให้บริการต้องเข้าใจเส้นทางที่ผู้ป่วยมาเพื่อรับบริการ (Pathway to Psychiatric Care) จากข้อมูลทางระบาดวิทยาของสหราชอาณาจักร Goldberg และคณะ ทำให้เราทราบว่า ผู้ป่วยในชุมชนต่างจากผู้ที่มาพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสามารถตรวจพบและวินิจฉัยโรคทางจิตเวชได้น้อยกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช ในจำนวนนี้ ร้อยละ 20 ถูกส่งต่อไปพบจิตแพทย์ประมาณหนึ่งในสี่จะถูกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลหรือแผนกจิตเวช ทั้งหมดนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ซึ่ง Goldberg และคณะได้ศึกษาอย่างละเอียด และแบ่ง Pathway to Psychiatric Care เป็น 5 ระดับ แต่ละระดับแยกกันด้วย Filter ที่มีลักษณะแตกต่างกัน ผู้เขียนยังได้เสนอ Pathway to Psychiatric Care ในประเทศอินเดียและปากีสถานเพื่อเปรียบเทียบกับประเทศบางประเทศในยุโรปที่มีทรัพยากรมากกว่า ข้อมูลนี้จะมีประโยชน์อย่างมาก ในการวางแผนการให้บริการ การอบรมบุคลากรทางจิตเวชในทุกๆระดับ และกระตุ้นให้เกิดการวิจัยในทำนองเดียวกันในประเทศไทย

ในการให้บริการทางจิตเวช รูปแบบของการให้บริการขึ้นอยู่กับความเชื่อ แนวคิดเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช สังคม ทรัพยากรของสังคมนั้น ผู้ป่วยและพฤติกรรมเมื่อผู้ป่วยคิดว่าตนเองเจ็บป่วย (Illness Behaviour) ยกตัวอย่างเช่น ถ้าแพทย์ผู้รักษาคิดว่าโรคทางจิตเวชทั้งหมดเกิดจากสาเหตุของสมองเท่านั้นก็จะมุ่งใช้แต่ยาในการรักษา หรือถ้าแพทย์สนใจแง่ด้านจิตสังคม (Psychosocial aspect) ก็จะไม่สนใจเรื่องของสมอง Eisenberg (1986) กล่าวว่า Brainless หรือ Mindless Psychiatry เป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาทั้งสิ้นในการดูแลคนไข้ ในปัจจุบันมีการมุ่งเน้นการให้บริการจิตเวชในระดับชุมชนมากขึ้น ฉะนั้นผู้ให้บริการโดยเฉพาะจิตแพทย์ควรเข้าใจองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชในชุมชน เช่น Goldberg และ Huxley (1980) ได้ตีพิมพ์หนังสือชื่อ Mental Illness in the Community : The Pathway to Psychiatric Care ทำให้เราทราบว่า จิตแพทย์โดยส่วนใหญ่ และแพทย์โดยทั่วไปเข้าใจโรคทางจิตเวชไปในทางไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปนั้น แตกต่างจากผู้ป่วยที่พบจิตแพทย์อย่างมาก ใน

การที่เราจะมีแบบการให้บริการที่ดี (Service Model) เราจะต้องเข้าใจเส้นทางที่ผู้ป่วยมารับบริการ (Pathway to Psychiatric Care) เป็นอย่างดี เส้นทางนี้ได้รับการศึกษาอย่างละเอียด ในสหราชอาณาจักร และผู้เขียนจะนำเสนอต่อไป

ก่อนอื่น เพื่อเป็นพื้นฐานความรู้ ผู้เขียนขอเสนอรูปแบบการให้บริการทางจิตเวชในสหราชอาณาจักรเสียก่อน ในสหราชอาณาจักร การบริการสาธารณสุขฟรีทุกอย่างเรียกว่า National Health Service (NHS) ซึ่งรัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบ โดยมีการแบ่งเขตรับผิดชอบเป็น Regions และ Local Health Authorities ตามลำดับ เป็นการแบ่งเขตรับผิดชอบ (Catchment Areas) ผู้รับผิดชอบทางการแพทย์ที่สำคัญ คือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioners) หรือ GP ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยทั่วไปเป็นหลัก รวมทั้งดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วย จาก GP ก็ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวชหรือภาควิชาจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไป ผู้ประสานหรือผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่สำคัญ คือ พยาบาลจิตเวชชุมชน (Community Psychiatric Nurses) ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ของรัฐ และหน่วยงานเอกชนต่าง ๆ ซึ่งหน่วยงานทั้งหมดจะทำงานประสานกันเป็นอย่างดี เป็นระบบ Multidisciplinary team ที่แท้จริง อย่างไรก็ตาม Goldberg และ Huxley ได้วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด และเสนอว่าจิตแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลไม่ได้เห็นสภาวะโรคทางจิตเวชอย่างแท้จริง อีกทั้งการฝึกอบรมจิตแพทย์และแพทย์ทั่วไปในภาควิชาจิตเวช หรือโรงพยาบาลจิตเวช เป็นไปในทางที่ผิด ทำให้เห็นภาพโรคจิตเวชที่ผิดจากความเป็นจริง การตรวจสภาพจิตที่สอนกันโรงพยาบาลก็ไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติทั่วไปได้ เพราะมุ่งเน้น Psychotic Phenomena มากไป หรือใช้เวลามากเกินไปกว่าที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะมีเวลาให้คนไข้ได้ ข้อมูลที่ Goldberg เสนอก่อให้เกิดผลอย่างมากต่อการวางแผนการให้บริการ การฝึกอบรมบุคลากรทางจิตเวชในทุกๆระดับ เราลองมาดูเส้นทางสู่การรับบริการทางจิตเวชในสหราชอาณาจักร

	<i>the community</i>		<i>primary medical care</i>		<i>specialist psychiatric services</i>				
	<i>level 1</i>		<i>level 2</i>		<i>level 4</i>	<i>level 5</i>			
<b>one-year period prevalence, median estimates</b>	morbidity in random community samples 250	→	total psychiatric morbidity, primary care 230	→	conspicuous psychiatric morbidity 140	→	total psychiatric patients 17	→	psychiatric in-patients only 6 (per 1000 at risk per year)
			<i>first filter</i>	<i>second filter</i>	<i>third filter</i>		<i>fourth filter</i>		
<b>characteristics of the four filters</b>			illness behaviour	detection of disorder	referral to psychiatrists		admission to psychiatric beds		
<b>key individual</b>			the patient	primary care physician	primary care physician		psychiatrist		
<b>factors operating on key individual</b>			severity and type of symptoms psycho-social stress learned patterns of illness behaviour	interview techniques personality factors training and attitudes	confidence in own ability to manage availability and quality of psychiatric services attitudes towards psychiatrists		availability of beds availability of adequate community psychiatric services		
<b>other factors</b>			attitudes of relatives availability of medical services ability to pay for treatment	presenting symptom pattern socio-demographic characteristics of patient	symptom pattern of patient attitudes of patient and family		symptom pattern of patient, risk to self or others attitudes of patient and family delay in social worker arriving		

ภาพที่ 1 The pathway to psychiatric care : 5 levels and 4 filters.<sup>2</sup>

**5 ระดับ และ 4 ตัวกรอง (Five Levels and Four Filters)**

จากภาพที่ 1 เราจะพบว่า ในประชากร 1 พันคน จะมีผู้ป่วยในชุมชนที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชในระดับชุมชน (ระดับที่ 1) 250 คน จาก 250 คน จะมาพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) ในระดับชุมชน (ระดับที่ 2) 230 คน 20 คนที่หายไปไม่ผ่านตัวกรอง (Filter) ที่ 1 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วย พฤติกรรม อาการทัศนคติของญาติ ทรัพยากรในชุมชน ในจำนวน 230 คน ในระดับที่ 2 นี้ แพทย์สามารถตรวจพบและวินิจฉัยได้ว่าป่วยทางจิตเวชเพียงแค่ 140 คน เท่านั้น (ระดับที่ 3) จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วย 90 คนไม่สามารถผ่านตัวกรอง (Filter) ที่ 2 ก็คือความสามารถของแพทย์ในการวินิจฉัย ทัศนคติ บุคลิกภาพของแพทย์ และเศรษฐกิจ และลักษณะทางประชากรของผู้ป่วย จากจำนวน 140 คน (ระดับที่ 3) 17 คน เท่านั้นที่ถูกส่งต่อไปพบจิตแพทย์ (ระดับที่ 4) จะเห็นว่า 123 คน ไม่ผ่านตัวกรองที่ 3 ซึ่งขึ้นกับความมั่นใจในฝีมือการรักษาของตัวแพทย์เอง ทัศนคติของแพทย์ทั่วไปต่อจิตแพทย์ อาการ ญาติผู้ป่วย ทรัพยากร

ในชุมชน จาก 17 คน ที่พบจิตแพทย์ เพียง 6 คนเท่านั้น ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (ระดับที่ 5) 11 คน ที่ไม่ผ่านตัวกรองที่ 4 ซึ่งก็คือจำนวนเตียงที่มีรูปแบบการบริการในชุมชน และความรุนแรงของโรค

จากตัวเลขข้างต้นจะเห็นว่า ผู้ป่วยในชุมชนจำนวน 250 คน เพียง 17 คนเท่านั้นที่ได้พบจิตแพทย์ และมักจะเป็นผู้ป่วยหนัก การฝึกอบรมทรัพยากร หรือจิตแพทย์มักกระทำกันที่โรงพยาบาล หรือ ภาควิชาจิตเวช ทำให้ไม่เห็นภาพของโรคจิตเวชที่แท้จริงในชุมชนหรือมี Model ของ Mental Illness ที่ไม่ถูกต้อง

Goldberg และ Huxley (1992) ได้ทำการคำนวณตัวเลข Annual period prevalence ของโรคทางจิตเวชในแต่ละระดับจากข้อมูลที่ได้วิเคราะห์เพิ่มเติมใหม่ และได้ปรับปรุงแก้ไขตัวเลขในแต่ละระดับใหม่ ตามตารางที่ 1 แต่ในหลักการนั้นไม่เปลี่ยนแปลง

ตารางที่ 1 File levels and four filters, with estimates of annual period prevalence rates at each level<sup>3</sup>

<b>Level 1</b>	The community	260-315/1000/year	
			.....1st filter (Illness behaviour)
<b>Level 2</b>	total mental morbidity - attenders in primary care	230/1000/year	
			.....2nd filter (Ability to detect disorder)
<b>Level 3</b>	Mental disorders identified by doctors ('Conspicuous Psychiatric Morbidity')	1015/1000/year	
			.....3rd filter (Referral to mental illness services)
<b>Level 4</b>	Total morbidity - mental illness services	235/1000/year	
			.....4th filter (Admission to psychiatric beds)
<b>Level 5</b>	Psychiatric in-patients	5.71/1000/year	

#### ตัวกรอง (Filters on the Pathway to Care)

ตัวกรองที่ 1 คือการที่ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะไปพบแพทย์หรือไม่ จากการศึกษา พบว่าผู้ที่อยู่คนเดียว ผู้หญิงที่หย่าหรือม่าย ผู้ที่แต่งงานไปพบแพทย์มากกว่าชายคู่ หรือ หญิงคู่ที่มีลูกอยู่ ผู้ป่วยที่มีอาการมาก หรือหลายอาการไปพบแพทย์มากกว่า อาการน้อย

ตัวกรองที่ 2 คือ ความสามารถของแพทย์ในการตรวจพบ และวินิจฉัยโรคทางจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ ผ่านตัวกรองที่ 2 ยากกว่า คือผู้

ชายอายุน้อยกว่า 25 ปี หรือมากกว่า 65 ปี ยังไม่แต่งงาน มีการศึกษา มาด้วยอาการนำทางกาย

ตัวกรองที่ 3 คือการส่งต่อไปพบจิตแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิต (Psychoses) โรคเรื้อรัง อายุน้อย เป็นหญิงที่หย่า ม่าย หรือแยกกันอยู่กับสามี, โสด, ผู้ชาย และผู้มีการศึกษา จะมีโอกาสถูกส่งไปพบจิตแพทย์มากกว่า ดังสรุปในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 Summary of variables relating to characteristics of the patient determining passage through first 3 filters<sup>2</sup>

	<i>pass less easily</i>	<i>pass more easily</i>
first filter : decision to consult	trivial disorders married women with children married men old and poor (USA)	sever disorders, many symptoms stressful life events lonely people divorced and separated women unmarried people unemployed
second filter : recognition by the doctor	physical presenting symptoms men below 25; over 65 unmarried people better educated, students (UK)	severe disorders women middle aged people separated, divorced, widowed people seen frequently before
third filter : referred to psychiatrists	mild illness new, acute, and transient women (UK)	sever disorders; psychoses more chronic illnesses young people separated, divorced, widowed women unmarried people men (UK) better educated

ทางด้านแพทย์เอง พบว่า ลักษณะของแพทย์ ก็เป็นตัวแปรที่สำคัญในการกำหนด การผ่านตัวกรองที่ 2 และ 3 ตามตารางที่ 3

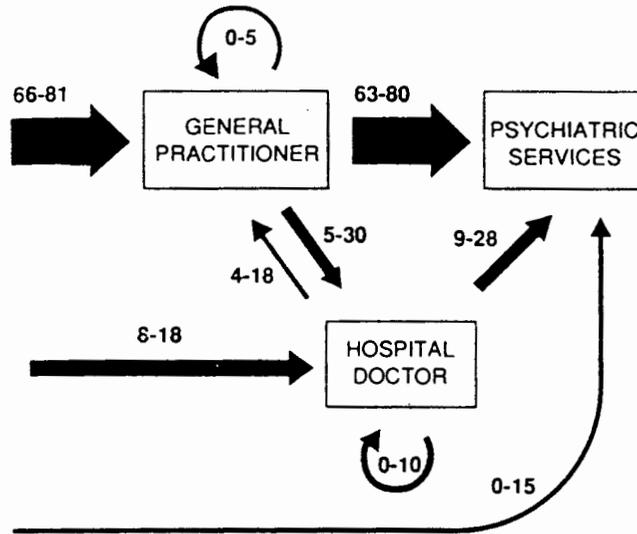
ตารางที่ 3 Summary of variables relating to characteristics of the doctors which determine passage through the second and third filters<sup>2</sup>

second filter	doctors with a high bias towards making psychiatric diagnoses: high turnover of patients (entering and leaving practice) <sup>1</sup> busy surgeries ('high physician stress') <sup>2</sup> low status doctors (professional and hospital affiliations) <sup>2</sup> many patients in Medicaid <sup>2</sup> 'psychiatric emphasis' <sup>1,3</sup> uses many 'psychiatric questions' <sup>3,4</sup> empathic <sup>3,4</sup> sensitive to verbal cues relating to psychiatric distress <sup>4</sup>  doctors who make accurate psychiatric assessments: interest and concern <sup>3</sup> confident; responsive to own needs and feelings <sup>4</sup> scores low on 'conservatism' <sup>3,4</sup> higher qualification; <sup>3</sup> good knowledge of clinical medicine <sup>4</sup> starts interview well <sup>4</sup> directive interview techniques <sup>4</sup> sensitive to verbal and non-verbal cues relating to psychiatric disorder <sup>4</sup>
third filter	doctors who refer many patients to psychiatrists: high bias towards psychiatric assessments <sup>1</sup> single handed; urban; older doctors

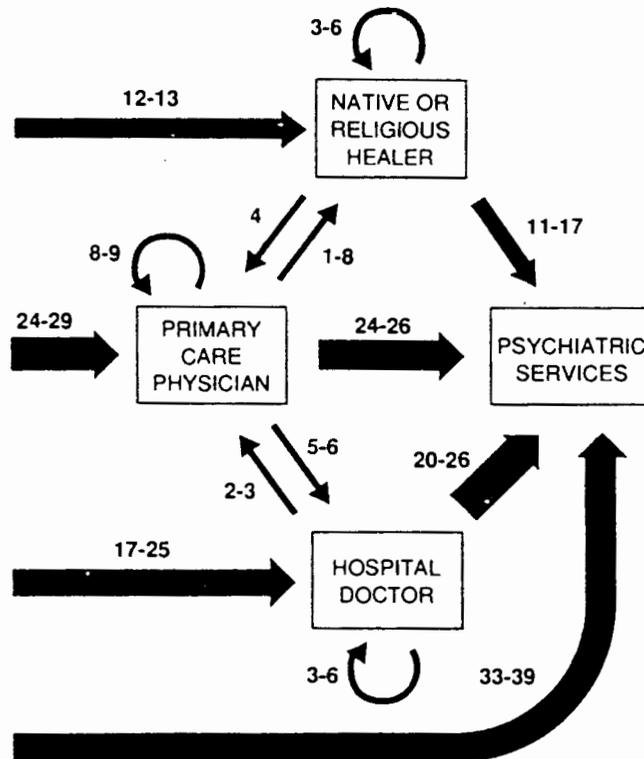
หมายเหตุ  
1 = Shepherd's London Study  
2 = Philadelphia Study  
3 = Greater Manchester Study  
4 = Chariston Study

Goldberg (1992) ได้สรุปการศึกษา The International Pathway to Care ที่ Gater และคณะ (1991) ทำให้กับ WHO ใน 12 ประเทศโดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง ประเทศที่มีทรัพยากรมาก มีแพทย์เวชปฏิบัติ

ทั่วไปเป็นหลักในการบริการทางการแพทย์ เช่น อังกฤษ สเปน และบางประเทศในยุโรป เทียบกับ ปากีสถาน อินเดีย และอินโดนีเซีย ทำให้เห็นความแตกต่างของเส้นทางที่ผู้ป่วยไปใช้บริการอย่างชัดเจน ดังในภาพที่ 2 และภาพที่ 3



ภาพที่ 2 The international pathways study: four European centres and Havana. The community is shown on the left, and the size of each arrow indicates the relative importance of the pathway. Numbers shown are percentages of those receiving care from the psychiatric services over a calendar month<sup>3</sup>



ภาพที่ 3 The international pathways study: pathways in Pakistan and India<sup>3</sup> (see note on Figure2)

ในประเทศที่มีทรัพยากรมากกว่า ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปเป็นตามลำดับ จากชุมชนจนถึงศูนย์ หรือโรงพยาบาลจิตเวช ในขณะที่ปากีสถานและอินเดีย ผู้ป่วยทางจิตเวชจำนวนมาก ประมาณร้อยละ 33-39 ตรงไปยังโรงพยาบาลจิตเวชโดยตรง เพื่อรับบริการ

ผลของ “5 ระดับ และตัวกรองทั้ง 4”

(Implications of “Five Levels And Four Filters”)

1. การให้บริการทางจิตเวชในชุมชน ในการสำรวจจิตแพทย์ของสหราชอาณาจักรในปี ค.ศ. 1984 ร้อยละ 20 ทำงานในระดับ Primary care และจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะจิตแพทย์หนุ่มสาว รูปแบบที่ใช้กันมากที่สุดโดยจิตแพทย์ประมาณสองในสาม คือ Shifted out-patient model คือจิตแพทย์ไปออกตรวจผู้ป่วยนอกในสำนักงานของ GPs แบบที่ 2 คือ consultation model โดยจิตแพทย์ให้คำปรึกษา ฝึกอบรม GPs ให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น แต่จะดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขอจาก GPs เป็นพิเศษ แบบที่ 3 ซึ่งเป็นแบบที่พบน้อยที่สุด คือ Liaison-attachment model โดยจิตแพทย์ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย แต่ทำหน้าที่ประสานงานระหว่างสมาชิกของ Primary care team แบบที่ได้ปรับปรุงขึ้นมาคือ Consultation-liaison model คือแบบผสมระหว่างแบบที่ 2 และ 3 คือจิตแพทย์ ให้คำปรึกษา ประสานงาน และดูแลผู้ป่วย

Goldberg ได้สรุปผลการศึกษาของ Williams และ Balestrice ว่ามีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง จำนวนจิตแพทย์ที่ทำงาน ระดับ Primary care กับการลดลงของอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Tyrer และคณะ อ้างว่ามีการลดลงของการเข้าถึงการรักษาในโรงพยาบาล ในโรคซึมเศร้า, ประสาท, วิตกกังวล และบุคลิกภาคแปรปรวน แต่ไม่มีการลดลงของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับโรคจิตเภท (Schizophrenia) และ Organic mental disorders จากข้อมูลของ Goldberg และ Huxley พบว่าการบริการระดับชุมชน (Community service) ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการบริการมากขึ้นเป็น 3 เท่า ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย เช่น Anxiety-Depression Adjustment disorders หรือผู้ป่วยที่ใช้กลไกทางจิตแบบ Somatization

## 2. การจัดการบริการทางสังคมสงเคราะห์

โรคจิตเวชที่พบบ่อย สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างมาก นักสังคมสงเคราะห์ควรทำงานร่วมกันอยู่ใน Primary care team เช่นใน Child Guidance Clinics, สำนักงานของ GPs ซึ่งขณะนี้การจัดโครงสร้างทางสังคมสงเคราะห์ของประเทศอังกฤษกำลังอยู่ระหว่างการปรับปรุงอย่างขนานใหญ่

## 3. การฝึกอบรมบุคลากรทางจิตเวช

จากข้อมูลที่เสนอมานี้ การอบรมการสัมภาษณ์ทางจิตเวช ต้องมีการปรับปรุงให้ประยุกต์ใช้ได้กับชุมชนมากขึ้น charleston การศึกษาใน Manchester พบว่า การฝึกอบรมเป็นพิเศษสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปช่วยให้แพทย์สามารถตรวจพบ และวินิจฉัยโรคทางจิตเวชได้เพิ่มขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้แพทย์ทั่วไปมีทักษะในความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยมากขึ้น

ความชุกของโรคทางจิตเวชในชุมชน อยู่ในระดับที่สูงพอสมควร การจะให้พึ่งพาแพทย์ หรือจิตแพทย์อย่างเดียวคงไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ โรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในชุมชน เป็นโรคที่เป็นไม่นาน สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของผู้ป่วย นักจิตวิทยา พยาบาล ควรมีส่วนร่วมมากขึ้น เช่น การฝึกหัดการทำพฤติกรรมบำบัดในการรักษา Anxiety Disorders บางชนิด เป็นต้น

สรุป แนวคิดและข้อมูลที่เสนอมานี้ น่าจะกระตุ้นให้เกิดการวิจัยเส้นทางที่ผู้ป่วยมารับบริการ (Pathway to care) ในประเทศไทยขึ้น เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการให้บริการ การอบรมบุคลากรทางจิตเวชในทุกๆระดับ ให้สามารถตอบสนองชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้ให้เหมาะสมกับทรัพยากรสังคมและวัฒนธรรมของประเทศเราด้วย

## เอกสารอ้างอิง

1. Eisenberg, L. Mindlessness and Brainlessness in Psychiatry. *British Journal of Psychiatry* 1986; 148:497-548
2. Goldberg, D and Huxley, P. *Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care.* Lond : Tavistock, 1980
3. Goldberg, D and Huxley P. *Common Mental Disorders : Bio-Social Model* London : Tavistock/ Routledge, 1992