

## การศึกษาปัจจัยของการผิวน้ำในจุดบริการผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เพียงบุญพา เนติธรรมกุล พ.บ.  
จิตแพทย์ทั่วไป โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

### บทคัดย่อ

**ที่มา:** การผิวน้ำของผู้ป่วยจิตเวชทำให้การรักษาไม่ได้ผลเท่าที่ควร การพัฒนาระบบนัดหมายจะช่วยลดความรุนแรงและลดความเสี่ยงในการกำเริบของโรคจิตเวช

**วัตถุประสงค์:** เพื่อทราบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชที่ผิวน้ำ สาเหตุของการผิวน้ำ และเปรียบเทียบอัตราการผิวน้ำในแต่ละช่วงเวลา

**วิธีการศึกษา:** ศึกษาข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเป็นเวลา 2 ปี ในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2561 - 31 ธันวาคม 2562

**ผลการศึกษา:** จากการนัดผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 18,318 ครั้ง มีผู้ป่วยผิวน้ำ 2,647 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 14.45 ผู้ป่วยที่ผิวน้ำร้อยละ 48.2 ไม่สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ ผู้ป่วยลี้มน้ำร้อยละ 21.6 และติดธุระร้อยละ 13.4 ปัจจัยด้านเพศ, อายุ, อาชีพ, สิทธิการรักษา และการวินิจฉัยโรคมีความสัมพันธ์กับการผิวน้ำ โดยที่เพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 25-44 ปี ประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว ไม่มีสิทธิการรักษา และวินิจฉัยเป็น F30-39 (ความผิดปกติทางอารมณ์) มีอัตราการผิวน้ำมากที่สุด โดยอัตราการผิวน้ำเพิ่มขึ้นในปี 2562 เมื่อเทียบกับปี 2561

**สรุป:** ผู้ป่วยจิตเวชที่ผิวน้ำรักษาส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าลี้มน้ำ รองลงมาด้วยติดธุระ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยข้อมูลทั่วไปและการวินิจฉัยโรคมีความสัมพันธ์กับการผิวน้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนาระบบนัดผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชให้ดียิ่งขึ้น

**คำสำคัญ:** การผิวน้ำ ขาดการรักษา ผู้ป่วยจิตเวช

## Factors contributing to missed appointment of psychiatric outpatients in Surat Thani Hospital

Phiangbunpa Natithamkul M.D.  
Psychiatrist at Suratthani Hospital

### Abstract

**Background:** The nonadherence in psychiatric patients results in ineffective treatment. Developing an appointment system can help to reduce severity and relapse of psychiatric disorders.

**Objectives:** To evaluate the factors contributing to missed appointment of psychiatric outpatients, determine the reasons for missed appointments and compare the missed appointment rate in each period.

**Method:** A retrospective study of psychiatric outpatients at Surat Thani Hospital over a two-year period during January 1, 2018 - December 31, 2019.

**Results:** There were 2,647 missed appointments or 14.45% from total 18,318 psychiatric appointments. 48.2% of the nonadherent patients were unable to reach by phone. The reasons for missed appointments was 21.6% due to forgetfulness and 13.4% due to being busy. Demographic factors such as gender, age, occupation, health care scheme and diagnoses were significantly associated with missed psychiatric appointments. The odds of missing an appointment were greater among female, aged in the range of 25-44 years, working as a merchant or self-employed, lack of health care coverage and being diagnosed with F30-39 (mood disorders). The rate of missed appointment tended to increase in 2019.

**Conclusion:** Patients who miss appointments tend to cite their own forgetfulness and being busy as the main reasons. Demographic factors and diagnoses have a statistically associated with missed psychiatric appointments. The results of this study can help improve quality of the appointment system in psychiatric department.

**Keywords:** Missed appointment, Nonadherence, Psychiatric patient

## บทนำ

การสำรวจภาวะเครียดของกรมสุขภาพจิตในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่าประชาชน 4 ใน 10 คน มีความเครียดเพิ่มขึ้น และอาจเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นด้วย<sup>2</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าคนไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ.2563 มีการระบุสาเหตุการเสียชีวิตเนื่องจากการฆ่าตัวตายถึง 7.37 รายต่อแสนประชากร เมื่อเปรียบเทียบกับช่วง 9 ปีก่อนหน้านี้ที่คงที่อยู่ที่ 6 รายต่อแสนประชากร<sup>1</sup> ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการรุนแรง จนอาจถึงขั้นเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

โรคจิตเวชที่พบบ่อยในจุดบริการผู้ป่วยนอก ได้แก่ โรคจิตเภท (Schizophrenia) ซึ่งส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ อาการป่วยในครั้งหลังๆ อาจตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีเหมือนครั้งแรก<sup>7</sup> ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา มีการกลับกำเริบ (Relapse) ของโรคภายใน 1-2 ปี อยู่ที่ร้อยละ 16-23 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา มีการกลับกำเริบถึงร้อยละ 53-72<sup>9</sup>, โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) พบว่าผู้ป่วยที่มี Mood episode เกิดซ้ำหลายครั้ง จะยังมีระยะเวลาที่อารมณ์ปกติลดลงตามจำนวน Episode ที่เพิ่มขึ้น<sup>6</sup>, โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นโรคที่กลับเป็นซ้ำได้สูง และความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำจะยิ่งเพิ่มขึ้นหลังจากมีอาการในแต่ละครั้ง ผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกมีโอกาสที่จะกลับเป็นซ้ำร้อยละ 50 และผู้ป่วยที่มีอาการครั้งที่ 2 และ 3 มีโอกาสเกิดครั้งต่อไปร้อยละ 70 และ 90 ตามลำดับ<sup>5</sup> ทั้งนี้ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดที่หยุดยาต้านเศร้าก่อน 3 เดือนจะมีอาการกลับเป็นซ้ำ<sup>9</sup>, โรควิตกกังวล (Anxiety disorder) ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง มีการดำเนินโรคนานและเกิดการกำเริบได้บ่อย ผู้ป่วยควรได้รับยาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนเพื่อประสิทธิภาพในการรักษาโรค<sup>9</sup> จากตัวอย่างที่ยกมาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความรุนแรง และลดอัตราการกลับกำเริบของโรค

การศึกษาของ Mamta Singla และคณะ พบว่าผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 53.1 ไม่มาตามนัด โดยปัจจัยด้านอายุ, เพศ, ที่อยู่อาศัย, อาชีพ, ศาสนา หรือสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการมาตามนัดของผู้ป่วย<sup>14</sup> บทความวิจัยของ Helen Killaspy พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มาตามนัดส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเวชที่มีความรุนแรง เช่น โรคจิตเภท, โรคจิตอารมณ์ และโรคอารมณ์สองขั้ว ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและโรคบุคลิกภาพผิดปกติมีอัตราการผิดนัดสูงสุด และยิ่งพบว่าผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดจะมีความรุนแรงของโรครวมถึงความบกพร่องทางสังคมมากกว่า และมีโอกาสรักษาเป็นผู้ป่วยในมากกว่าผู้ป่วยที่มาตามนัด<sup>11</sup> โดย 2 ใน 3 ของผู้ป่วยที่ไม่มาตรวจตามนัดยินยอมให้ไปเยี่ยมบ้าน และการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสามารถลดอัตราการไม่มาตามนัดจากร้อยละ 33 เป็นร้อยละ 22<sup>10</sup>

การศึกษาในประเทศไทย วิชชุตา จันทราชภูร์ พบอัตราการผิดนัดของผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 21.4 ของการนัดทั้งหมด เป็นการมาก่อนนัดร้อยละ 54.2 และมาหลังนัดร้อยละ 45.8 สาเหตุที่มาก่อนนัดคืออาการจิตเวชกำเริบ, มีอาการไม่พึงประสงค์จากยา และยาหมด สาเหตุที่มาหลังวันนัดคืออาการจิตเวชกำเริบ, ติดธุระ, ปัญหาการเดินทาง, ปัญหาการเงิน และยาเหลือ ผู้ป่วยผิดนัดมีภาวะจิตเวชฉุกเฉินและรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่าผู้ป่วยตรงนัด การผิดนัดไม่ได้ขึ้นกับปัจจัยข้อมูลประชากร และการวินิจฉัย<sup>8</sup> การวิจัยของน้ำทิพย์ สงวนบุญญพงษ์ และ สายใจ พัวพันธ์ พบว่าอายุ, สถานภาพสมรส, รายได้, บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย, ระยะเวลาที่ป่วย และเหตุผลที่ขาดนัด มีความสัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดนัดส่วนใหญ่เกิดจากอาการไม่พึงประสงค์จากยา รองลงมาคือยังมียาเหลือ และลืมวันนัด ตามลำดับ<sup>4</sup> ทั้งนี้เถาว์ลย์ ไทยธรรมกุล และคณะ พบว่าเมื่อใช้มาตรการโทรศัพท์แจ้งเตือนผู้ป่วยนัดล่วงหน้าทำให้อัตราการขาดนัดลดลง คิดเป็นร้อยละ 6 และอัตราการขาดนัดเพิ่มขึ้นหลังหยุดโทรติดตามคิดเป็นร้อยละ 3<sup>3</sup>

ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาการผิดนัดในผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การที่ผู้ป่วยไม่รักษาต่อเนื่องส่งผลให้การรักษาไม่ได้ประสิทธิภาพ, เพิ่มความ

เสี่ยงที่โรคจะกำเริบรุนแรงหรือกลับเป็นซ้ำ, เพิ่มการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล, ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง, เพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดโรคทางกายร่วม, สูญเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาล และเพิ่มอัตราการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย<sup>13</sup> นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมาไม่ตรงนัดทำให้เกิดปัญหาในการบริหารเวลาตรวจที่จุดบริการผู้ป่วยนอกให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วยในแต่ละวัน

เพื่อจัดการกับปัญหาผู้ป่วยผิดนัด จุดให้บริการผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีจึงมีระบบโทรติดตามผู้ป่วยที่ไม่มารักษาตามวันนัด สอบถามสาเหตุที่ผิดนัดและให้คำแนะนำในการกลับมารักษาอีกครั้ง ผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มาตามนัด เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบนัดของแผนกจิตเวช รวมทั้งนำข้อมูลอื่นๆที่ได้จากการวิจัยมาใช้เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยข้อมูลทั่วไปที่ส่งผลต่อการผิดนัดของผู้ป่วยจิตเวช
2. เพื่อศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชผิดนัด
3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการผิดนัดในแต่ละช่วงเวลาที่เกี่ยวข้อง
4. เพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงคุณภาพการบริการผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

### วัสดุและวิธีการ

#### วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลังจากข้อมูลผู้ป่วย ผิดนัดซึ่งเก็บโดยพยาบาลจิตเวช และข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (Retrospective chart review)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### 1. เกณฑ์รับเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1) ผู้ป่วยที่มีนัดที่จุดบริการผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี แต่ไม่ได้มาพบแพทย์ภายในวันนัด

2) ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวชโดยใช้รหัส F ตาม International Classification of Diseases and Related Health Problem 10<sup>th</sup> Revision (ICD-10)<sup>15</sup>

##### 2. เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

ผู้ป่วยที่ไม่ได้ลงการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยที่สัมพันธ์กับการผิดนัดของผู้ป่วย

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Multiple logistic regression

## ผลการศึกษา

## 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ผิคนัดและสาเหตุที่ทำให้ผิคนัด

ผู้ป่วยที่มารับบริการระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 - ธันวาคม พ.ศ. 2562 ทั้งหมดจำนวน 1,816 ราย คิดเป็นจำนวนครั้งที่มาตรวจ 18,318 ครั้ง แบ่งเป็นการมาตามนัด 15,671 ครั้ง และผิคนัด 2,647 ครั้ง แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ผิคนัดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ผิคนัดที่จุดบริการผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช

	ข้อมูลทั่วไป (n=2,647)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>เพศ</b>		
ชาย		1,252 (47.3)
หญิง		1,395 (52.7)
<b>อายุ</b>		
≤ 24 ปี		465 (17.6)
25-44 ปี		977 (36.9)
45-64 ปี		885 (33.4)
≥ 65 ปีขึ้นไป		320 (12.1)
Mean=42.67, SD=18.07		
<b>อาชีพ</b>		
รับจ้างทั่วไป		727 (27.5)
เกษตรกร/ประมง		488 (18.4)
นักเรียน/นักศึกษา		331 (12.5)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว		203 (7.7)
ข้าราชการ		89 (3.4)
พนักงานเอกชน/รัฐวิสาหกิจ		37 (1.4)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ		495 (18.7)
อื่นๆ เช่น นักบวช, โนปครอง, ข้าราชการบำนาญ		277 (10.5)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ผิวน้ำที่จุดบริการผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป (n=2,647)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>สิทธิการรักษา</b>	
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	899 (33.7)
ข้าราชการ	297 (11.3)
ประกันสังคม	254 (9.6)
ไม่มีสิทธิ์ (ชำระเงินสด)	255 (9.7)
ผู้พิการและทุพพลภาพ	145 (5.5)
ผู้สูงอายุในเครือข่าย	184 (7.0)
อื่นๆ เช่น ผู้มีรายได้น้อยในเครือข่าย	613 (23.2)
<b>การวินิจฉัยโรค</b>	
F00-09 ความผิดปกติทางจิตและอาการทางจิตที่เกิดจากโรคทางกาย	89 (3.3)
F10-19 ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารเสพติด	251 (9.5)
F20-29 โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด	492 (18.6)
F30-39	904 (34.2)
F30-31 โรคอารมณ์สองขั้ว	110 (4.2)
F32-33 โรคซึมเศร้า	786 (29.7)
F34-39 ความผิดปกติทางอารมณ์อื่นๆ	8 (0.3)
F40-49	704 (26.6)
F40-41 โรควิตกกังวล	560 (21.2)
F42 โรคย้ำคิดย้ำทำ	8 (0.3)
F43 ปฏิกริยาต่อความเครียดที่รุนแรงและความผิดปกติในการปรับตัว	128 (4.8)
F44 Dissociative disorder	3 (0.1)
F45 Somatoform disorder	5 (0.2)
F50-59 กลุ่มอาการทางพฤติกรรมที่พบร่วมกับความผิดปกติทางสรีรวิทยา	47 (1.8)
F60-69 ความผิดปกติทางบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ใหญ่	3 (0.1)
F70-79 ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา	13 (0.5)
F80-89 ความผิดปกติของการพัฒนาการทางจิต	9 (0.3)
F90-99 ความผิดปกติของอารมณ์และพฤติกรรมในเด็กและวัยรุ่น	121 (4.6)
G00-99 โรคทางระบบประสาท	5 (0.2)
อื่นๆ	9 (0.3)

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชผิวน้ำ, การมารักษาต่อหลังจากการผิวน้ำภายใน 3 เดือน และจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยผิวน้ำเมื่อพิจารณาผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ภายในระยะเวลา 2 ปีที่ทำการศึกษา ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สาเหตุที่ผัดนัด, การมารับรักษาต่อหลังจากการผัดนัด และจำนวนครั้งที่ผัดนัดของผู้ป่วยแต่ละราย

สาเหตุและรูปแบบของการผัดนัด	จำนวน (ร้อยละ)
<b>สาเหตุที่ผัดนัด (n=2,647)</b>	
กลุ่มที่ติดต่อไม่ได้ (n=1,275)	
ไม่มีเบอร์โทรศัพท์	101 (3.8)
ไม่รับโทรศัพท์	1,174 (44.4)
กลุ่มที่ติดต่อได้ (n=1,372)	
คิดว่าหายแล้ว	34 (1.3)
โทรมาเลื่อนนัด	64 (2.4)
ติดธุระ	354 (13.4)
เบอร์โทรผิด	4 (0.2)
ไม่สบาย	69 (2.6)
มาก่อนวันนัด	47 (1.8)
มีอาการทางจิตเวช	23 (0.9)
ยังมียาเหลือ	32 (1.2)
รักษาต่อที่อื่น	48 (1.8)
มาไม่ทันเวลาตรวจ	13 (0.5)
ลืมวันนัด	571 (21.6)
เสียชีวิต	1 (0.04)
อื่น ๆ	112 (4.2)
<b>ผู้ป่วยกลับมารักษาท่อภายใน 3 เดือน (n=2,647)</b>	
ใช่	1,736 (65.6)
ไม่ใช่	911 (34.4)
<b>จำนวนครั้งที่ผัดนัดของผู้ป่วยแต่ละราย (n=1,816)</b>	
1-2 ครั้ง	1,633 (89.9)
3-4 ครั้ง	158 (8.7)
มากกว่า 4 ครั้ง	25 (1.4)

## 2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผัดนัดการรักษาของผู้ป่วยจิตเวช

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สิทธิการรักษา และการวินิจฉัยโรค กับการผัดนัดของผู้ป่วยจิตเวช ได้ผลดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยการผิวดำด้วย multiple logistic regression

ข้อมูลทั่วไป	Bivariate analysis		Multivariable analysis	
	B (S.E.)	Crude OR (95%CI)	B (S.E.)	Adjust OR (95%CI)
<b>เพศ</b>				
ชาย				1
หญิง	0.2 (0.04)	<b>1.22 (1.13-1.33)*</b>	0.2 (0.04)	<b>1.22 (1.12-1.32)*</b>
<b>อายุ</b>				
≤ 24 ปี				1
25-44 ปี	0.56 (0.06)	<b>1.75 (1.55-1.97)*</b>	0.49 (0.08)	<b>1.64 (1.39-1.92)*</b>
45-64 ปี	0.37 (0.06)	<b>1.45 (1.29-1.64)*</b>	0.31 (0.09)	<b>1.36 (1.15-1.62)*</b>
≥ 65 ปีขึ้นไป	0.08 (0.08)	1.08 (0.93-1.26)	-0.09 (0.11)	0.92 (0.74-1.13)
<b>อาชีพ</b>				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ				1
ข้าราชการ	0.17 (0.13)	1.18 (0.92-1.51)	0.10 (0.14)	1.11 (0.85-1.46)
พนักงานเอกชน/รัฐวิสาหกิจ	0.05 (0.18)	1.05 (0.73-1.51)	-0.05 (0.19)	0.95 (0.66-1.38)
รับจ้างทั่วไป	0.22 (0.06)	<b>1.25 (1.10-1.41)*</b>	0.15 (0.07)	<b>1.17 (1.02-1.33)*</b>
เกษตรกร/ประมง	0.16 (0.07)	<b>1.17 (1.02-1.34)*</b>	0.10 (0.07)	1.11 (0.96-1.27)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	0.25 (0.09)	<b>1.28 (1.07-1.53)*</b>	0.20 (0.09)	<b>1.22 (1.02-1.46)*</b>
นักเรียน/นักศึกษา	-0.14 (0.08)	0.87 (0.75-1.01)	0.07 (0.10)	1.07 (0.88-1.30)
อื่นๆ	-0.3 (0.08)	<b>0.74 (0.64-0.87)*</b>	-0.22 (0.09)	<b>0.81 (0.68-0.95)*</b>
<b>สิทธิการรักษา</b>				
ไม่มีสิทธิ (ชำระเงินสด)				1
ข้าราชการ เบิกจ่ายตรง	-0.52 (0.09)	<b>0.60 (0.50-0.72)*</b>	-0.38 (0.11)	<b>0.68 (0.55-0.84)*</b>
ประกันสังคม	-0.33 (0.1)	<b>0.72 (0.59-0.87)*</b>	-0.49 (0.1)	<b>0.61 (0.50-0.75)*</b>
ผู้พิการและทุพพลภาพ	-0.95 (0.11)	<b>0.39 (0.31-0.48)*</b>	-0.97 (0.11)	<b>0.38 (0.30-0.47)*</b>
บัตรทอง	-0.35 (0.08)	<b>0.70 (0.60-0.82)*</b>	-0.45 (0.08)	<b>0.64 (0.55-0.75)*</b>
ผู้สูงอายุในเครือข่าย	-0.41 (0.11)	<b>0.66 (0.54-0.82)*</b>	-0.22 (0.12)	0.80 (0.64-1.02)
อื่นๆ	-0.6 (0.08)	<b>0.55 (0.47-0.65)*</b>	-0.46 (0.08)	<b>0.63 (0.53-0.74)*</b>

\*  $p < 0.01$

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยการผิมนัดด้วย multiple logistic regression (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	Bivariate analysis		Multivariable analysis	
	B (S.E.)	Crude OR (95%CI)	B (S.E.)	Adjust OR (95%CI)
<b>การวินิจฉัยโรค</b>				
F10-19	-0.07 (0.07)	0.93 (0.81-1.07)	-0.22 (0.08)	<b>0.81 (0.69-0.94)*</b>
F20-29	-0.2 (0.05)	<b>0.82 (0.74-0.91)*</b>	-0.23 (0.06)	<b>0.79 (0.71-0.89)*</b>
F30-39	0.55 (0.05)	<b>1.73 (1.58-1.89)*</b>	0.48 (0.05)	<b>1.61 (1.47-1.77)*</b>
F40-49	0.4 (0.05)	<b>1.49 (1.35-1.63)*</b>	0.33 (0.05)	<b>1.39 (1.26-1.54)*</b>
F50-59	0.27 (0.16)	1.31 (0.95-1.80)	0.26 (0.17)	1.29 (0.94-1.79)
F60-69	-0.59 (0.6)	0.56 (0.17-1.81)	-0.45 (0.61)	0.64 (0.19-2.10)
F70-79	-1.4 (0.28)	<b>0.25 (0.14-0.43)*</b>	-1.13 (0.29)	<b>0.32 (0.18-0.57)*</b>
F80-89	-2.7 (0.34)	<b>0.07 (0.04-0.13)*</b>	-2.47 (0.34)	<b>0.09 (0.04-0.17)*</b>
F90-99	-0.51 (0.1)	<b>0.60 (0.50-0.73)*</b>	-0.12 (0.12)	0.89 (0.71-1.11)
Other	-1.11 (0.11)	<b>0.33 (0.27-0.41)*</b>	-1.13 (0.11)	<b>0.32 (0.26-0.41)*</b>

\*  $p < 0.01$ 

## 3. เปรียบเทียบอัตราการผิมนัดในแต่ละช่วงเวลาที่เกิดวิจัย

ตารางที่ 4 จำนวนครั้งของการผิมนัดที่จุดบริการผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช จำแนกเป็นรายเดือน

เดือน	จำนวน (ครั้ง)		รวม	เปลี่ยนแปลง (ครั้ง)
	2561	2562		
มกราคม	80	126	206	+46
กุมภาพันธ์	106	125	231	+19
มีนาคม	105	127	232	+22
เมษายน	112	109	221	-3
พฤษภาคม	129	139	268	+10
มิถุนายน	121	115	236	-6
กรกฎาคม	96	95	191	-1
สิงหาคม	128	107	235	-21
กันยายน	104	95	199	-9
ตุลาคม	127	107	234	-20
พฤศจิกายน	94	106	200	+12
ธันวาคม	72	122	194	+50
<b>รวม (ร้อยละ)</b>	<b>1,274(48.1)</b>	<b>1,373(51.9)</b>	<b>2,647(100.0)</b>	

จำนวนครั้งของการผิมนัดที่จุดบริการผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชจำแนกเป็นรายเดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ.2561 - ธันวาคม พ.ศ.2562 แสดงในตารางที่ 4 พบว่าอัตราการผิมนัดทั้งครึ่งปีแรกและครึ่งปีหลังของปี พ.ศ. 2562 มีแนวโน้มสูงกว่าปี พ.ศ. 2561 โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยจิตเวชผิมนัดในแต่ละช่วงเวลา

	ปี 2561		ปี 2562		$\chi^2$	p-value
	ครึ่งปีแรก	ครึ่งปีหลัง	ครึ่งปีแรก	ครึ่งปีหลัง		
จำนวนครั้ง	653	621	741	632	13.453*	0.004

\*  $p < 0.01$

## วิจารณ์

การศึกษาปัจจัยของการผิมนัดในจุดบริการผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบอัตราการผิมนัดร้อยละ 14.45 ของการนัดทั้งหมด ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของวิชชุดา จันทราชภูร์ ซึ่งพบอัตราการผิมนัดร้อยละ 21.4<sup>8</sup> เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชกับการผิมนัด พบว่าปัจจัยด้านเพศ, อายุ, อาชีพ, สิทธิการรักษา และการวินิจฉัยโรคมีความสัมพันธ์กับการผิมนัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าเพศหญิง, อยู่ในช่วงอายุ 25-44 ปี, ประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว, ไม่มีสิทธิการรักษา มีอัตราการผิมนัดมากที่สุด ต่างกับการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Mamta Singla และคณะ<sup>14</sup> และการศึกษาของวิชชุดา จันทราชภูร์<sup>8</sup> ที่พบว่าปัจจัยเหล่านี้ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยการผิมนัดด้วย Multiple logistic regression พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD-10 เป็น F30-39 ความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วย โรคอารมณ์สองขั้ว, โรคซึมเศร้า และความผิดปกติทางอารมณ์อื่นๆ มีโอกาสผิมนัดสูงที่สุด รองลงมาด้วย F40-49 โรควิตกกังวล, ย้ำคิดย้ำทำ, ปฏิกริยาต่อความเครียด, dissociative และ somatoform disorder กลุ่มโรค F30-39 และ F40-49 เป็นโรคที่พบได้มากเป็นอันดับ 1 และ 3 ของแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มโรคเหล่านี้ส่วนมากไม่มีพฤติกรรมรุนแรง เกิดผลกระทบต่อครอบครัวหรือสังคมน้อย อาจส่งผลให้ไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยให้มารักษาตามนัดอย่างเคร่งครัดแบบผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เป็นอันตรายต่อตนเอง,ผู้อื่น และสังคมได้สูง เช่นผู้ป่วยในกลุ่ม F20-29 ซึ่งประกอบด้วย โรคจิตเภท, โรคบุคลิกภาพผิดปกติแบบจิตเภท, โรคจิตหลงผิด, โรคจิตอารมณ์ และโรคจิตอื่นๆ ซึ่งมีจำนวนมากเป็นอันดับ 2 ของแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช แต่กลับมีอัตราการผิมนัดเป็นอันดับที่ 5 และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ Multiple logistic regression พบว่ามีความสัมพันธ์เป็นปัจจัยป้องกัน (Protective factor) ของการผิมนัดรักษา ซึ่งเข้าได้กับบทความวิจัยของ Helen Killaspy ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มาตรวจตามนัดส่วนใหญ่มักเป็นโรคจิตเวชที่มีอาการรุนแรง เช่น โรคจิตเภท, โรคจิตอารมณ์ เป็นต้น<sup>11</sup>

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 34.4 ไม่ได้กลับมารับการรักษ่อีกภายในเวลา 3 เดือนหลังจากผิมนัด จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเวชรวมถึงญาติ ผู้ดูแลตั้งแต่การมาตรวจครั้งแรก สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัดมากที่สุดคือลืมวันนัด รองลงมาด้วยติดธุระ จึงควรมีการปรับปรุงระบบการนัดหมาย โดยการศึกษาเถาว์วัลย์ ไทยธรรมกุล และคณะ พบว่าการโทรติดต่อให้ผู้ป่วยมาตามนัด มีผลทำให้อัตราการไม่มาตามนัดลดลง<sup>3</sup> การศึกษาของ Killaspy และคณะ พบว่าการเยี่ยมบ้านทำให้อัตราการผิมนัดของผู้ป่วยลดลงเช่นกัน<sup>10</sup> และการศึกษาของ Todd Molfenter พบปัจจัยที่ช่วยลด

การผัดนัตของผู้ป่วย ได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมของสถานพยาบาลให้น่ามารักษา, ลดเวลาการรอตรวจ, การขยายศักยภาพการรับผู้ป่วย และ ใช้ Behavioral engagement strategies เช่น Motivational interviewing เป็นต้น<sup>12</sup>

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการผัดนัตในแต่ละช่วงเวลาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบ่งออกเป็นทุก 6 เดือน พบว่าอัตราการผัดนัตทั้งครั้งปีแรกและครั้งปีหลังในปี 2562 มีแนวโน้มสูงกว่าปี 2561 จึงควรมีการศึกษาต่อยอดเพื่อหาแนวทางป้องกันการผัดนัตของผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

### ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ซึ่งบอกได้เฉพาะความชุก แต่ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์ว่าตัวแปรใดเป็นเหตุตัวแปรใดเป็นผล นอกจากนี้ยังเป็นการศึกษาเก็บข้อมูลย้อนหลังจากบันทึกของพยาบาลจิตเวช (Retrospective chart review) ผู้วิจัยไม่ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยผัดนัตแต่ละรายโดยตรง จึงทำให้ไม่ได้เก็บข้อมูลเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยด้านครอบครัว เศรษฐฐานะ วิธีการเดินทางและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาตรวจ ความรู้ความเข้าใจในโรคจิตเวชของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา หรืออุปสรรคอื่น ๆ ในการมาตรวจที่แผนกจิตเวช

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางการแพทย์ควรสอบถามเบอร์โทรศัพท์ของผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกครั้งที่ได้รับผู้ป่วยใหม่ และมีการปรับปรุงข้อมูลเพื่อให้เป็นปัจจุบัน
2. มีการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเวชและการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งแจ้งวิธีการเลื่อนนัด หากไม่สามารถมาตรวจตามนัดหมายเดิม และจัดให้มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับความสำคัญของการรักษาโรคทางจิตเวชอย่างต่อเนื่องในช่องทางต่างๆ เช่น เสียงตามสาย, แผ่นพับ, สื่อออนไลน์
3. โทรศัพท์แจ้งเตือนให้ผู้ป่วยมาตามนัดล่วงหน้า 1-2 วัน โดยมีการบอกกล่าวผู้ป่วยว่าจะมีการโทรเตือนก่อนวันนัด หรือทำระบบแจ้งเตือนวันนัดผ่านช่องทางออนไลน์ต่างๆเช่น ในไลน์คลินิกจิตเวช
4. พัฒนาระบบส่งยาทางไปรษณีย์ให้กับผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่สะดวกเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาล และระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
5. ในช่วงสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ เช่นโรคไวรัสโคโรนา 2019 การรักษาแบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงการรักษาได้ การที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเดินทางมาโรงพยาบาลช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ นอกจากนี้ยังประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการมารักษา โดยสามารถใช้โทรเวชกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่อาการไม่รุนแรง ทั้งในการตรวจวินิจฉัยและรักษา กับจิตแพทย์ ทำแบบทดสอบทางจิตวิทยาและทำจิตบำบัดกับนักจิตวิทยาคลินิกได้

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาต่อยอดแบบ Longitudinal study โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วยผัดนัตและญาติโดยตรง เพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยผัดนัต รวมทั้งขอความคิดเห็นในการปรับปรุงระบบนัดหมายจากผู้รับบริการด้วย
2. สาเหตุที่ติดต่อกับผู้ป่วยผัดนัตไม่ได้ส่วนใหญ่เป็นเพราะไม่มีผู้รับโทรศัพท์ อาจใช้วิธีโทรติดตามซ้ำภายในวันเดียวกัน หรือโทรศัพท์ถามผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เก็บข้อมูลได้ครบถ้วนมากยิ่งขึ้น

## สรุป

อัตราการผัดผ่อนที่จุดบริการผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชคิดเป็นร้อยละ 14.45 ของการนัดทั้งหมด สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัดส่วนใหญ่คือลืมวันนัด รองลงมาด้วยติดธุระ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการผัดผ่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ เพศ, อายุ, อาชีพ, สิทธิการรักษา และการวินิจฉัยโรค โดยที่เพศหญิง, อยู่ในช่วงอายุ 25-44 ปี, ประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว, ไม่มีสิทธิการรักษา และวินิจฉัยเป็น F30-39 (ความผิดปกติทางอารมณ์) มีอัตราการผัดผ่อนมากที่สุด ผู้ป่วยร้อยละ 34.4 ไม่ได้กลับมารับการรักษากลับภายในเวลา 3 เดือนหลังจากผัดผ่อน ทั้งนี้ผู้ป่วยมีอัตราการผัดผ่อนเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.8 ในปี พ.ศ. 2562 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2561

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; c2016. รายงานด้านสุขภาพจิต. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/report>
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. แผนการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Combat 4th Wave of COVID-19 Plan : C4). นนทบุรี: ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง; 2563.
3. เถาว์วัลย์ ไทยธรรมกุล, พิลาลักษณ์ มุงเมือง, นัทธมน เพชรวิเชียร, รัตติกาล สุขทับทิม. เหตุผลที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัดหลังมีมาตรการโทรศัพท์แจ้งเตือนล่วงหน้า. ลำปางเวชสาร. พ.ศ.-ส.ศ.2553;31(2):63-4.
4. น้ำทิพย์ สงวนบุญญพงษ์, สายใจ พัวพันธ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารพยาบาลทหารบก ม.ค. - เม.ย.2560;18(1):229-36.
5. พิชัย ภูธรสกุล และศิริไชย หงษ์สงวนศรี. โรคซึมเศร้า. ใน: มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชย์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558. หน้า 167-78.
6. พิชัย ภูธรสกุล. โรคอารมณ์สองขั้ว. ใน: มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชย์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558. หน้า155-66.
7. มาโนช หล่อตระกูล. โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ. ใน: มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชย์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558. หน้า 129-54.
8. วิชชุดา จันทราชภูร์. สาเหตุและผลกระทบการผัดผ่อนของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. ก.ย. 2554;19(3):148-59.
9. Boland R, Verduin M, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry. 12th ed. Baltimore, MD: Wolters Kluwer Health; 2021.
10. Killaspy H, Banerjee S, King M, Lloyd M. Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance: Characteristics and outcome. BJPsych. Cambridge University Press; 2000;176(2):160-5.
11. Killaspy H. Psychiatric out-patient services: origins and future. Advances in psychiatric treatment. Cambridge University Press; 2006;12(5):309-19.

12. Molfenter T. Reducing appointment no-shows: going from theory to practice. *Subst Use Misuse*. 2013;48(9):743-9.
13. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2020 Jan 16;9(1):17.
14. Singla M, Goyal SK, Sood A, Philips A, Philips S. Profile and pattern of follow-ups of psychiatry outpatients at Christian Medical College, Ludhiana. *J Mental Health Hum Behav* 2015;20:76-9.
15. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.

Region 11 Med Online First