



การขานัดพบแพทย์ครั้งแรกในผู้ป่วยจิตเวชเด็ก และวัยรุ่นรายใหม่

ดุชนฎี จีงศิริกุลวิทย์, พ.บ.

ปริญา ปราณีตพลกรัง, พย.ม.

ชัชฎา ประสาธไทย, พย.บ.

กัญณิกา มีผลพวง, พย.บ.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการขานัดพบแพทย์ครั้งแรก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขานัด ในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นรายใหม่

วัสดุและวิธีการ งานวิจัยแบบย้อนหลังในผู้ป่วยนอกกรายใหม่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ที่เข้ารับบริการระหว่างวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๔ ถึง ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๔ เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวและทดสอบปัจจัย ที่มีผลต่อการขานัดด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผล ผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นรายใหม่ที่เข้าระบบนัดทั้งหมด จำนวน 244 คน มีอัตราการขานัดร้อยละ 20.5 ระยะเวลารอนัดเฉลี่ย 75.3 วัน ผู้ป่วยที่ครูพามาใช้บริการ โดยผู้ปกครองไม่ได้มาด้วย และผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จะมีโอกาสขานัดเป็น 4.4 และ 3.3 เท่า ตามลำดับ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลารอนัดกับอัตราการขานัด

สรุป การขานัดสัมพันธ์กับการที่ผู้ปกครองไม่มีส่วนร่วมในการเข้ารับบริการ และภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา การนำมาตรการเตือนก่อนวันนัดมาใช้ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองก่อนเข้ารับบริการสุขภาพจิต และการประสานความร่วมมือระหว่างระบบบริการสาธารณสุขกับโรงเรียน ในการนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการน่าจะมีผลช่วยลดอัตราการขานัดได้

คำสำคัญ : การขานัด คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ผู้ป่วยใหม่

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์



Initial appointment nonattendance in new child and adolescent psychiatric patients

Dutsadee Chungsirakulvit, M.D.

Pariya Praneetpolgrung, M.Ns.

Chachada Prasartthai, B.N.S.

Kunnipa Meepolpuang, B.N.S.

Abstract

Objective The aims of this study are to explore the initial appointment nonattendance and to identify factors affecting nonattendance in new child and adolescents psychiatric patients.

Materials and methods This retrospective study was done in all new patients who registered to child and adolescent mental health clinic, Nakhonratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital during 1st January 2011 to 30th June 2011. Data were collected from medical records by using constructed questionnaire. Descriptive statistics, univariate analysis and logistic regression analysis were done to describe the initial appointment nonattendance and identify the relating factors.

Results Among 244 new child and adolescent psychiatric patients who registered to the appointment system, the initial appointment nonattendance rate was 20.5%. Average waiting time was 75.3 days. Patients who attended the clinic with teachers without parental company and who live in the urban area carried 4.4 and 3.3 times risk of nonattendance, respectively. The wait time and initial appointment nonattendance did not associate significantly.

Conclusion Initial appointment nonattendance was associated with parental non-involvement, living area. Reminding on appointment, encouraging parental involvement and building alliance between health care provider and school may play important roles in attenuating initial appointment nonattendance.

Key words : child and adolescent psychiatric clinic, initial appointment, nonattendance

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นพบได้ประมาณร้อยละ 10-20 ของประชากรเด็กและวัยรุ่นทั่วโลก โดยกว่าร้อยละ 90 ของประชากรเด็กและวัยรุ่นอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ในขณะที่อัตราการเข้าถึงบริการทั่วโลกคิดเป็นร้อยละ 10-90¹ ข้อมูลสำมะโนประชากรปี ๒๕๕๓ พบว่ามีประชากรอายุ 0-14 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.5 จากประชากรไทย 65.9 ล้านคน² จากสถิติข้างต้นผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทยจะมีประมาณ 0.3-2.5 ล้านคน ในขณะที่จิตแพทย์ทั่วไปและจิตแพทย์เด็กในประเทศไทย มีเพียง 0.66 ต่อแสนประชากร³ จึงมีความจำเป็นต้องมีบริการคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ในขณะที่ระยะเวลารอนัดในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นติดอันดับหนึ่งในห้าของคลินิกที่มีระยะเวลารอนัดนาน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยนานขึ้น⁴

ระยะเวลารอนัดตรวจครั้งแรกที่นานยังสัมพันธ์กับการขาดนัดในผู้ป่วยใหม่จิตเวชเด็กและวัยรุ่น (initial appointment nonattendance) โดยพบอัตราการขาดนัดในผู้ป่วยใหม่สูงถึงร้อยละ 20-57 ส่งผลให้อัตราการเข้าถึงบริการลดลง รวมทั้งสิ้นเปลืองเวลา แรงงาน และงบประมาณในการให้บริการ⁵ อัตราการขาดนัดเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าสำหรับระยะเวลาสองสัปดาห์⁶ ปัจจัยอื่นๆ เช่น ภาวะซึมเศร้าของมารดา สถานภาพของผู้ดูแล ที่อยู่ และการประสานงานระหว่างผู้ส่งต่อ⁷

สถิติผู้ป่วยใหม่จิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ มีผู้ป่วยใหม่ที่เข้าระบบนัดพบแพทย์ในเดือนมกราคมถึงเมษายน ๒๕๕๔ เฉลี่ย 56.8 คนต่อเดือน ขณะที่

ขีดความสามารถในการรองรับผู้ป่วยใหม่อยู่ที่ 80 คนต่อเดือน ต่อจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 2 คน ซึ่งเพียงพอสำหรับการให้บริการในปัจจุบัน แต่เนื่องจากมีผู้ป่วยใหม่ไม่มาตรวจตามนัดถึงร้อยละ 45.1 ทำให้ผู้ป่วยใหม่ต้องเข้าระบบนัดซ้ำ ส่งผลให้ระยะเวลารอนัดพบแพทย์สำหรับผู้ป่วยใหม่ นานเฉลี่ย 75.4 วัน⁸ ข้อมูลข้างต้นสะท้อนปัญหาในระบบนัดผู้ป่วยใหม่จิตเวชเด็กและวัยรุ่น ประกอบกับในประเทศไทยยังไม่มีงานวิจัยด้านนี้ คณะผู้วิจัยจึงศึกษาระบบนัดผู้ป่วยใหม่จิตเวชเด็กและวัยรุ่น รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับการขาดนัดเพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบย้อนหลัง (retrospective study) ทำการศึกษาในผู้ป่วยใหม่จิตเวชเด็ก และวัยรุ่นทุกรายที่มาใช้บริการที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๔ ถึง ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๔ โดยมีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นให้บริการ ตรวจรักษาจำนวน 2 คน เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยและเวชระเบียน บริการของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ แบ่งผู้ป่วยใหม่ตามระดับความเร่งด่วนของการให้บริการด้วยการชักประวัติ และประเมินภาวะฉุกเฉินแทรกซ้อนเบื้องต้นโดยพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเทคนิคเพื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มฉุกเฉิน (emergency case) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง/มีอาการแทรกซ้อนทางกายรุนแรง/พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง/เด็กถูกทารุณกรรม

กลุ่มเร่งด่วน (urgency case) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ไปโรงเรียน และกลุ่มไม่เร่งด่วน (selective case) หมายถึง ผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น ปัญหาการเรียน สมมติฐาน ผู้ป่วยใหม่ทุกรายจะได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นจากประวัติ (provisional diagnosis) โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเพื่อประเมินความเร่งด่วนในการให้บริการซ้ำอีกครั้ง

ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินจะได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโดยแพทย์ทันที ผู้ป่วยกลุ่มเร่งด่วนจะได้รับการตรวจวินิจฉัยภายใน 1 วัน ส่วนผู้ป่วยกลุ่มไม่เร่งด่วนจะได้รับการบำบัดโดยทีมสหวิชาชีพก่อนพบแพทย์ (pre-diagnostic intervention) ตามลักษณะปัญหาและความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละรายก่อนเข้าสู่ระบบนัด ในกรณีที่ผู้ป่วยใหม่ไม่มาตามนัด ผู้ป่วยกลุ่มไม่เร่งด่วน บางรายอาจได้พบแพทย์ทันทีในวันแรกที่เข้ารับบริการเพื่อทดแทนคิวนัดที่ขาดไป และกรณีผู้ป่วยที่ครูพามาพบแพทย์ ทุกโรงเรียนจะได้รับการโทรศัพท์เตือนก่อนวันนัด 3 วัน หากมีการเลื่อนนัดโดยแพทย์จะเป็นการเลื่อนนัดให้เร็วขึ้น โดยให้บริการเสริม นอกเหนือจากช่วงเวลาปกติ ส่วนการเลื่อนนัดโดยครูหรือผู้ปกครองโดยมากมักเป็นผู้ป่วยกลุ่มไม่เร่งด่วน ผู้ให้บริการจะทำการนัดใหม่โดยนัดต่อจากตารางนัดปัจจุบัน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดนัดครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วน ซึ่งเข้าระบบนัด ซึ่งแบ่งได้เป็นสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยใหม่ที่เข้ารับบริการตรงนัด (initial appointment attendance) กลุ่มผู้ป่วยใหม่ที่ขาดนัด (initial appointment nonattendance) โดยไม่รวมผู้ป่วยกลุ่มเร่งด่วน บางรายที่อาจต้องเข้าสู่ระบบนัดเนื่องจากคิวตรวจของแพทย์เต็ม แต่ไม่ได้นำมาวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อ

การผิดนัด ณ ที่นี้ เนื่องจากความเร่งด่วนของโรคเป็นปัจจัยรบกวนที่อาจทำให้ผลการวิเคราะห์คลาดเคลื่อนได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยเลื่อนนัด หากผู้ป่วยมารับบริการตรงตามวันนัดที่เลื่อนไว้ จะจัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยตรงนัด หากไม่มารับบริการจะจัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยขาดนัด

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนประกอบด้วยข้อมูลด้าน เพศ ภูมิลำเนา รายได้ต่อครัวเรือน อาชีพของผู้ปกครอง ผู้แนะนำ และพามาพบแพทย์ ช่วงเวลาที่เข้ารับบริการครั้งแรก ช่วงเวลาที่นัดพบแพทย์ การวินิจฉัยโรค การดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพก่อนพบแพทย์ และระยะเวลาารอนัด

ข้อมูลของผู้ป่วยใหม่จิตเวชเด็กและวัยรุ่นทั้งหมด และข้อมูลการจำแนกผู้ป่วยตามความเร่งด่วนของการรักษา จะได้รับการนำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้าระบบนัด จะได้รับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการมาตรงนัดและการขาดนัดด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปคำนวณค่าเฉลี่ยและร้อยละ, chi-square, t-test และทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อการขาดนัด ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis)

ผล

ข้อมูลด้านประชากร

ผู้ป่วยใหม่จิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่ลงทะเบียนเข้ารับบริการในช่วงเดือนมกราคมถึงมิถุนายน ๒๕๕๔ จำนวน 314 ราย อายุเฉลี่ย 7.7 ปี เป็นชายจำนวน 228 คน (ร้อยละ 72.6) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา ได้รับการ

วินิจฉัยโรคในกลุ่ม externalizing disorder มากที่สุด (ร้อยละ 63.1) ผู้ป่วยใหม่ทั้งหมดจัดเป็นกลุ่มฉุกเฉิน จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 0.6) กลุ่มเร่งด่วนจำนวน 53 ราย (ร้อยละ 16.9) และกลุ่มไม่เร่งด่วนจำนวน 259 ราย (ร้อยละ 82.5) มีค่าเฉลี่ยระยะเวลารอนัดนาน 0, 14.7 และ 68.1 วันตามลำดับ

ข้อมูลด้านระบบนัด

ผู้ป่วยกลุ่มไม่เร่งด่วนจำนวน 259 คน ได้รับบริการทันทีในวันแรกที่เข้ารับบริการจำนวน 15 คน คงเหลือผู้ป่วยเข้าสู่ระบบนัดรวม 244 คน ข้อมูลของผู้ป่วยในระบบนัดดังตารางที่ 1

ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบนัดจำนวน 244 คน อายุเฉลี่ย 7.2 ปี เป็นชาย 183 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 ระยะเวลารอนัดเฉลี่ย 75.3 วัน (SD=24.8) ระยะเวลารอนัดสั้นที่สุด 5 วัน นานที่สุด 133 วัน มีผู้ป่วยมาตรงนัด 151 ราย ผู้ป่วยขอเลื่อนนัดรวมทั้งสิ้น 54 ราย เป็นผู้ป่วยเลื่อนนัดที่ยังมารับบริการจำนวน 43 ราย ผู้ป่วยเลื่อนนัดที่ไม่มารับบริการจำนวน 11 ราย ผู้ป่วยขาดนัดจำนวน 39 ราย รวมเป็นผู้ป่วยในกลุ่มขาดนัดจำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.5 ของผู้ป่วยใหม่ที่เข้าระบบนัดทั้งหมด ผู้ป่วยที่ครูเป็นผู้พามาตรวจและได้รับการแจ้งเตือนก่อนวันนัด 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.0 โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยนอกเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา 43 ราย ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา 1 ราย

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วย Chi square หรือ t-test ระหว่างผู้ป่วยตรงนัด กับ ผู้ป่วยขาดนัด แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา มีอัตราการขาดนัดมากกว่าผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่นอกเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา ผู้ป่วยที่ครูพามาพบแพทย์มีสัดส่วนการขาดนัดสูงกว่าผู้ป่วยที่ผู้ปกครองพามา ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการครั้งแรกในช่วงเปิดเทอมมีอัตราการขาดนัดสูงกว่าช่วงปิดเทอมอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ผู้ป่วยที่นัดพบแพทย์ครั้งแรกในช่วงปิดเทอมมีอัตราการขาดนัดสูงกว่าช่วงเปิดเทอม แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในปัจจัยด้านเพศของผู้ป่วย, อายุของผู้ป่วย, รายได้ครัวเรือน, อาชีพของผู้ปกครอง, ผู้แนะนำให้มาโรงพยาบาล, การวินิจฉัยโรค, การดูแลรักษาก่อนพบแพทย์ และระยะเวลารอนัดตามตารางนัดเฉลี่ย ดังตารางที่ 1

เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (ตารางที่ 2) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา มีโอกาสขาดนัดเป็น 3.3 เท่าของผู้ป่วยนอกเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา หากครูเป็นผู้พาผู้ป่วยมาพบแพทย์เองโดยผู้ปกครองไม่ได้พามาด้วยจะมีโอกาสขาดนัดเพิ่มขึ้นเป็น 4.4 เท่าของผู้ป่วยที่มาพร้อมผู้ปกครอง และเมื่อระยะเวลารอนัดนานขึ้น 1 วัน ผู้ป่วยจะมีโอกาสขาดนัดและเลื่อนนัดเพิ่มขึ้นเพียง 1.0 เท่า ซึ่งนับว่าไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อการขาดนัดของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ข้อมูลประชากรและข้อมูลด้านบริการในผู้ป่วยใหม่จิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่เข้าระบบนัด (n = 244)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)				Crude OR (95% CI)	p-value
	ผู้ป่วยตรงนัด		ผู้ป่วยขาดนัด			
จำนวนผู้ป่วย	194	(79.5)	50	(20.5)	-	-
เพศ						
- ชาย	146	(79.8)	37	(20.2)	0.94 (0.46,1.91)	.86 ^a
- หญิง	48	(78.7)	13	(21.3)		
อายุเฉลี่ย (ปี)	7.2 (SD=3.15)		7.0 (SD=3.30)		-	.66 ^b
ภูมิลำเนา						
- นอกเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา	135	(83.9)	26	(16.1)	2.11 (1.12, 3.98)	.02 ^a
- ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา	59	(71.1)	24	(28.9)		
รายได้ครัวเรือน (ต่อเดือน)						
- < 10,000 บาท	87	(82.9)	18	(17.1)	1.28 (0.44, 3.75)	.65 ^a
- 10,000-30,000 บาท	66	(77.6)	19	(22.4)	1.78 (0.61, 5.22)	.29 ^a
- > 30,000 บาท	31	(86.1)	5	(13.9)		
อาชีพของผู้ปกครอง						
- ผู้เชี่ยวชาญ/วิชาชีพเฉพาะ	24	(82.8)	5	(17.2)	1.30 (0.31, 5.44)	.72 ^a
- ธุรกิจส่วนตัว	27	(75.0)	9	(25.0)	2.08 (0.57, 7.62)	.27 ^a
- แรงงาน	114	(82.0)	25	(18.0)	1.37 (0.44, 4.29)	.59 ^a
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	25	(86.2)	4	(13.8)		
ผู้แนะนำมาโรงพยาบาล						
- พ่อแม่พามาเอง	77	(82.8)	16	(17.2)	0.76 (0.29, 1.95)	.56 ^a
- ครู	88	(77.9)	25	(22.1)	1.03 (0.42, 2.53)	.95 ^a
- บุคลากรทางสาธารณสุข	29	(78.4)	8	(21.6)		
ผู้พามาพบแพทย์						
- พ่อแม่พามาเอง	160	(83.3)	32	(16.7)	2.33 (1.11, 4.89)	.03 ^a
- ครู	30	(68.2)	14	(31.8)		

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)				Crude OR (95% CI)	p-value
	ผู้ป่วยตรงนัด		ผู้ป่วยขาดนัด			
ช่วงเวลาที่เข้ารับบริการครั้งแรก						
- ช่วงเปิดเทอม	147	(76.2)	46	(23.8)	3.68 (1.26, 10.75)	.02 ^a
- ช่วงปิดเทอม	47	(92.2)	4	(7.8)		
ช่วงเวลานัดพบแพทย์ครั้งแรก						
- ช่วงเปิดเทอม	136	(85.5)	23	(14.5)	0.36 (0.19, 0.69)	<.01 ^a
- ช่วงปิดเทอม	58	(68.2)	27	(31.8)		
การวินิจฉัยโรค*						
- Externalizing disorder	124	(80.5)	30	(19.5)	1.18 (0.62, 2.23)	.61 ^a
- Internalizing disorder	1	(100.0)	0	(0)	-	-
- Developmental disorder	91	(77.1)	27	(22.9)	0.75 (0.40, 1.40)	.37 ^a
- Others	16	(100.0)	0	(0)	-	-
การดูแลรักษาก่อนพบแพทย์						
- ได้รับ	179	(78.9)	48	(21.1)	0.31 (0.04, 2.45)	.27 ^a
- ไม่ได้รับ	12	(92.3)	1	(7.7)		
ระยะเวลารอนัดตามตารางนัดเฉลี่ย	73.9 (SD=25.81)		80.9 (SD=19.44)		-	.07 ^b

a, Chi-square; b, t-test

* การวินิจฉัยโรคในบางรายมีมากกว่า 1 ชนิด

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการขาดนัดในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นรายใหม่

ตัวแปร	Adjusted OR	95%CI	p-value
ภูมิลำเนา			
- นอกเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา	1.00		
- ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา	3.28	1.44-7.50	<.01
ผู้พามาพบแพทย์			
- พ่อแม่พามาเอง	1.00		
- ครู	4.39	1.68-11.45	<.01
ช่วงเวลาที่มารับบริการครั้งแรก			
- ช่วงเปิดเทอม	1.00		
- ช่วงปิดเทอม	2.00	0.62-6.42	0.25
ช่วงเวลานัดพบแพทย์ครั้งแรก			
- ช่วงเปิดเทอม	1.00	0.28-1.18	
- ช่วงปิดเทอม	0.57	0.13	
ระยะเวลารอนัดตามตารางนัดเฉลี่ย	1.02	1.00-1.03	0.03

วิจารณ์

อัตราการขาดนัดพบแพทย์ครั้งแรกในผู้ป่วยใหม่จิตเวชเด็กและวัยรุ่นในโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนรินทร์ คิดเป็นร้อยละ 20.5 ซึ่งค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับการศึกษาของ Benway และ Hamrin ในปี 2003 ที่พบอัตราการขาดนัดในผู้ป่วยใหม่จิตเวชเด็กและวัยรุ่นอยู่ในช่วงร้อยละ 20-57⁵ อย่างไรก็ตาม อัตราการขาดนัดนี้ เป็นการวัดเมื่อผู้ป่วยกว่าร้อยละ 20 ที่ครูเป็นผู้พามาพบแพทย์ได้รับการโทรศัพท์เตือนวันนัด จากการศึกษาของ Kourany ในปี 1990 พบว่า ไม่ว่าจะเป็นโทรศัพท์เตือน การส่งจดหมายเตือนวันนัด หรือใช้ทั้งสองวิธีร่วมกันล้วนมีผลในการลดอัตราการขาดนัดในผู้ป่วยใหม่จิตเวชเด็กและวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบ

กับการไม่เตือน¹⁰ ปัจจัยดังกล่าวน่าจะส่งผลให้อัตราการขาดนัดในคลินิกที่ทำการศึกษาค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับงานวิจัยของต่างประเทศ

สำหรับระยะเวลารอนัดเฉลี่ยจากงานวิจัยนี้เท่ากับ 75.3 วัน ในขณะที่เกณฑ์ระยะเวลารอนัดจากสมาคมจิตแพทย์แคนาดา (Canadian Psychiatric Association) กำหนดระยะเวลารอนัด สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยเร่งด่วนภายใน 2 สัปดาห์ และผู้ป่วยระบบนัดภายใน 4 สัปดาห์⁴ ส่วนการศึกษาของ Kowalewski และคณะในประเทศแคนาดาระบุว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลารอนัดในผู้ป่วยใหม่จิตเวชเด็กและวัยรุ่นของสถานบริการระดับปฐมภูมิ, ทุติยภูมิ, ตติยภูมิ และตติยภูมิชั้นสูงอยู่ที่ 109.5, 75.8, 29.4 และ 3.4 วันตามลำดับ¹² จาก

ข้อมูลข้างต้นจะพบว่า ระยะเวลารอนัดเฉลี่ยสำหรับผู้ป่วยใหม่ไม่เร่งด่วนในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ นานกว่าเกณฑ์มาตรฐานจากสมาคมจิตแพทย์แคนาดา 2.7 เท่า และนานกว่าสถานบริการตติยภูมิในประเทศแคนาดา 2.6 เท่า ส่วนการให้บริการในผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยเร่งด่วนสามารถทำได้ใกล้เคียงกัน ระยะเวลารอนัดดังกล่าวใกล้เคียงกับระยะเวลารอนัดในสถานบริการตติยภูมิของประเทศแคนาดา นอกจากนี้เหตุผลเรื่องการขาดแคลนทรัพยากรแล้ว สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ระบบการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อรับบริการตามระดับความซับซ้อนและรุนแรงของโรคในประเทศไทยยังทำได้ไม่ดีนัก เนื่องจากบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในสถานบริการปฐมภูมิและตติยภูมิยังทำไม่ได้ไม่สมบูรณ์ ทำให้ผู้ป่วยทั้งระบบต้องรอรับบริการที่สถานบริการตติยภูมิเพียงอย่างเดียว

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการขาดนัดในผู้ป่วยใหม่จิตเวชเด็กและวัยรุ่น พบว่า ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมาซึ่งเป็นที่ตั้งของคลินิกที่ทำการศึกษามีโอกาสขาดนัดเป็น 3.3 เท่าของผู้ป่วยนอกเขตอำเภอเมือง เนื่องจากผู้ป่วยนอกเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยซึ่งโรงเรียนติดต่อขอรับบริการ ทุกโรงเรียนจะได้รับโทรศัพท์เตือนและติดตาม แสดงให้เห็นว่าภูมิลำเนาที่ห่างไกลจากสถานบริการไม่ได้ทำให้อัตราการขาดนัดเพิ่มขึ้น หากมีระบบการเตือนนัดและติดตามนัดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งได้รับความร่วมมือจากครู ในการประสานงานกับโรงพยาบาลเพื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ อย่างไรก็ตาม แม้ครูจะเป็นผู้ประสานงานกับโรงพยาบาล แต่หากครูเป็น

ผู้พาผู้ป่วยมารับบริการครั้งแรกเองโดยผู้ปกครอง ไม่ได้พามาด้วยจะมีโอกาสขาดนัดเป็น 4.4 เท่าของผู้ป่วยที่มาพร้อมผู้ปกครอง สะท้อนว่า หากผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการรับบริการด้านสุขภาพจิตเด็กจะทำให้การขาดนัดลดลง รวมทั้งยังเพิ่มโอกาสในการรับบริการสุขภาพจิตแม้จะยังไม่ได้พบแพทย์ในครั้งแรก ซึ่งจะช่วยลด บรรเทา หรือรักษาอาการบางอย่าง ที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในเบื้องต้นด้วย ส่วนปัจจัยด้านระยะเวลารอนัด ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการขาดนัดกับระยะเวลารอนัด ผลดังกล่าวแตกต่างกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ ซึ่งพบความสัมพันธ์ระหว่างสองปัจจัยนี้^{5,6,10,11} เช่น การศึกษาของ Hanna ในปี 2000 พบว่า ผู้ป่วยที่ผิวดนมีระยะเวลารอนัดที่สั้นกว่า 1 เดือนหรือนานกว่า 30 สัปดาห์ โดยอัตราการมาตรวจตามนัดจะลดลงอย่างมากภายหลัง 30 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยใหม่จิตเวชเด็ก จะขาดการติดต่อกับสถานบริการและขาดนัดไปโดยสิ้นเชิง (natural end-point)¹¹ อย่างไรก็ดี งานวิจัยข้างต้นทำการศึกษาในคลินิกที่ไม่มีมาตรการป้องกันการขาดนัด ในขณะที่งานวิจัยที่ศึกษาผลของมาตรการป้องกันการขาดนัด ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลารอนัดกับอัตราการขาดนัด⁵ เนื่องจากคลินิกที่ทำการศึกษานางานวิจัยนี้มีการโทรศัพท์แจ้งเตือนนัดกับผู้ป่วยใหม่ ร้อยละ 18 ที่ครูเป็นผู้พามาตรวจ จึงอาจทำให้ผลการศึกษาที่ได้มีความแตกต่างกัน

ผลการศึกษารั้งนี้ประยุกต์ในงานบริการเพื่อการจัดการระบบนัดให้มีประสิทธิภาพ โดยควรทบทวนมาตรการเตือนก่อนวันนัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะขาดนัดทุกราย ควรประสานความร่วมมือระหว่างระบบบริการสาธารณสุขกับทาง

โรงเรียนในการนำกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตเด็กเข้าสู่ระบบบริการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง รวมถึงอาจชะลอการให้บริการในรายที่ผู้ปกครองยังไม่พร้อม โดยมาตรการที่เลือกใช้ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลในงานประจำ จึงมีข้อจำกัดบางประการ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับระดับการศึกษาและสถานภาพสมรสของผู้ปกครองที่ยังไม่สมบูรณ์ ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับการขาดนัดได้ แบบประเมินอาการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ที่ใช้ในงานประจำยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มอาการ ทำให้วิเคราะห์ได้เพียงความสัมพันธ์ระหว่างการวินิจฉัยโรคกับการขาดนัด ไม่สามารถวิเคราะห์โดยละเอียดถึงอาการของโรคได้ นอกจากนี้ข้อมูลการมาตรงนัด ขาดนัดและเลื่อนนัด เป็นลักษณะเฉพาะของสถานพยาบาลแต่ละแห่งซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกัน ข้อมูลจากการศึกษานี้ จึงใช้ได้เฉพาะในโรงพยาบาลจิตเวชชนครราชสีมาราชชนินทร์ ณ ช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการขาดนัดของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ควรมีการศึกษาแบบไปข้างหน้า เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมถึงการขาดนัดติดตามรักษาต่อเนื่อง รวมทั้งควรศึกษาวิธีการลดอัตราการขาดนัด และเลื่อนนัดเพื่อให้สามารถใช้ทรัพยากรบุคคลและเวลาที่มีอยู่จำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

สรุป

ผู้ป่วยใหม่จิตเวชเด็กและวัยรุ่นในโรงพยาบาลจิตเวชชนครราชสีมาราชชนินทร์มีอัตราการขาดนัดร้อยละ 20.5 ระยะเวลาถอนนัดเฉลี่ย 75.3 วัน การขาดนัดสัมพันธ์กับภูมิลาเนา นอกเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา และการที่ผู้ปกครองไม่มีส่วนร่วมในการเข้ารับบริการ การนำมาตรการเตือนก่อนวันนัดมาใช้ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองก่อนเข้ารับบริการสุขภาพจิต และการประสานความร่วมมือระหว่างระบบบริการสาธารณสุขกับโรงเรียนในการนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการน่าจะมีผลช่วยลดอัตราการขาดนัดและเลื่อนนัดลงได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.เพลินพิศ สุวรรณอำไพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ที่กรุณาให้คำปรึกษา ในการจัดทำโครงร่างและการวิเคราะห์สถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet* 2011;378:1515-25.
2. National Statistical Office Thailand. Executive Summary. The 2010 Population and Housing Census in Thailand (Preliminary report). Available from <http://popcensus.nso.go.th/file/popcensus-20-12-54.pdf>. [9 April 2012]
3. World Health Organization. WHO AIMS Report on mental health system in Thailand 2007. Available from http://www.searo.who.int/LinkFiles/Mental_Health_Resources_WHO-AIMS_Report_MHS_Thai.pdf. [9 April 2012]
4. Canadian Psychiatric Association. Wait time benchmarks for patients with serious psychiatric illnesses. Ontario: Canadian Psychiatric Association; 2006. Available from <http://www.cpa-apc.org/media.php?mid=585>. [19 April 2007]
5. Benway CB, Hamrin V, McMahon TJ. Initial appointment nonattendance in child and family mental health clinics. *Am J Orthopsychiatry* 2003;73:419-28.
6. Whittle J, Schectman G, Lu N, Baar B, Mayo-Smith MF. Relationship of scheduling interval to missed and cancelled clinic appointments. *J Ambul Care Manage* 2008;31:290-302.
7. Gordon M, Antshel KM, Lewandowski L, Seigers D. Economic grand rounds: Predictors of missed appointments over the course of child mental health treatment. *Psychiatr Serv* 2010;61:657-9.
8. Medical Record Division (2011). Medical Record Statistics 2011. Division of Medical Record Nakhonratchasimarajangarindra Psychiatric Hospital, Nakhonratchasima, Thailand.
9. Cottrell D, Hill P, Walk D, Dearnaley J, Ierotheou A. Factors influencing non-attendance at child psychiatry out-patient appointments. *Br J Psychiatry* 1988;152:201-4.
10. Kourany RF, Garber J, Tornusciolo G. Improving first appointment attendance rates in child psychiatry outpatient clinics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:657-60.
11. Hanna M, Foreman DM. How long can a waiting list be?: the impact of waiting time on intention to attend child and adolescent psychiatric clinics. *Psychiatric Bulletin* 2000;24:211-3.
12. Kowalewski K, McLennan JD, McGrath PJ. A preliminary investigation of wait times for child and adolescent mental health services in Canada. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;20:112-9.