



สาเหตุและผลกระทบการผิมนัดของผู้ป่วยจิตเวช

วิษชุดา จันทราษฏร์, พ.บ.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ศึกษาอัตราการผิมนัด สาเหตุและผลกระทบจากการผิมนัดของผู้ป่วยจิตเวช

วัสดุและวิธีการ การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังในผู้ป่วยจิตเวช สถาบันกัลยาณราชนครินทร์ ที่นัดติดตามการรักษา เดือนเมษายน ถึง เดือนกันยายน ๒๕๕๒ เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลัง 1 ปี โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผล ผู้ป่วยจำนวน 365 คน อัตราการผิมนัดร้อยละ 21.4 ของการนัดทั้งหมด มาก่อนวันนัดร้อยละ 54.2 และมาหลังวันนัดร้อยละ 45.8 สาเหตุที่มาก่อนวันนัดมากที่สุดคืออาการทางจิตเวชกำเริบ รองลงมาคืออาการไม่พึงประสงค์จากยาและยาหมด (ร้อยละ 43.6 ร้อยละ 15.4 และร้อยละ 13.1 ตามลำดับ) สาเหตุที่มาหลังวันนัดมากที่สุดคืออาการทางจิตเวชกำเริบ รองลงมาคือติดธุระ/ปัญหาการเดินทาง/การเงิน และยาไม่เหลือ (ร้อยละ 23.0 ร้อยละ 13.4 และร้อยละ 10.4 ตามลำดับ) ผู้ป่วยผิมนัดมีภาวะจิตเวชฉุกเฉินและบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่าผู้ป่วยมาตรงนัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การผิมนัดไม่ได้ขึ้นกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภูมิฐานะ สิทธิการรักษาและการวินิจฉัย

สรุป 1 ใน 5 ของการนัดทั้งหมดมาผิมนัด สาเหตุจากอาการทางจิตเวชกำเริบมากที่สุด ผู้ป่วยผิมนัดมีภาวะจิตเวชฉุกเฉินและบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่าผู้ป่วยมาตรงนัด ดังนั้นจิตแพทย์ควรตระหนักในการเฝ้าระวังอาการจิตเวช อาการไม่พึงประสงค์จากยา และสอบถามสาเหตุการผิมนัด เพื่อให้การรักษาและกำหนดระยะเวลาการนัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

คำสำคัญ : การผิมนัด ผู้ป่วยจิตเวช ผลกระทบ สาเหตุ

สถาบันกัลยาณราชนครินทร์



The reason and impact of missed psychiatric appointment

Witchuda Chantararat, M.D.

Abstract

Objective To study missed appointment rate, the reason for missed appointment, and impact of missed appointment in psychiatric outpatients.

Materials and methods Medical records of psychiatric patients who were appointed from April 2009 to September 2009 at the outpatient clinic at Galya Rajanagarindra Institute, were reviewed retrospectively for 1 year. Data were analysed by using descriptive statistics.

Results Of the 365 patients whose medical records were reviewed, 21.4% missed their appointments. Of these, 54.2% visited the clinic earlier than appointed dates, while 45.8% came later. Psychiatric symptom exacerbation, adverse drug reactions, and inadequate amount of medicine were the reasons for coming earlier in 43.6%, 15.4% and 13.1% of the patients, respectively. While the reasons of visiting later than the appointments were psychiatric symptom exacerbation, problems in business, communication system, or economic status, and remained amount of medicine in 23.0%, 13.4% and 10.4% respectively. Patient's characteristics, i.e. sex, age, marital status, educational level, dwelling, type of medical welfare and diagnosis were not associate with missed appointment. However, patients with missed appointments had significantly higher rates of psychiatric emergency and hospital admissions than followed-appointment patients.

Conclusion Approximately one-fifth of the psychiatric patients missed their appointments. The most common reason for missed appointments was psychiatric symptom exacerbation. In addition, missed appointment patients had significantly higher rate of psychiatric emergency and hospital admission than followed appointment patients. Hence, monitoring for psychiatric symptoms exacerbations and adverse drug reaction are important. Psychiatrists should check each patient's reason for missed appointments to plan appropriate, individualized treatment strategy and frequency of psychiatric appointments.

Key words : impact, missed appointment, psychiatric patient, reason

Galya Rajanagarindra Institute

บทนำ

โรคทางจิตเวชส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่ไม่มาติดตามการรักษามีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลงและขาดโอกาสในการได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากแพทย์ ขณะที่ผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาสม่ำเสมอจะมีความเสี่ยงของการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลและการมาห้องฉุกเฉินลดลง^{2,3} การศึกษาในต่างประเทศพบว่าการผัดผ่อนของผู้ป่วยนั้นเป็นดัชนีอย่างหนึ่งที่แสดงว่าความร่วมมือในการรักษาต่ำ ซึ่งส่วนใหญ่ มีอัตราการผัดผ่อนอยู่ในช่วงร้อยละ 4 ถึงร้อยละ 25⁴⁻⁹ สาเหตุการผัดผ่อนที่พบบ่อย เช่น ไม่มีสิทธิการรักษา ปัญหาด้านการเดินทาง ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผลข้างเคียงของยา ใช้สารเสพติด อาการทางจิตเวชกำเริบ ไม่ยอมรับความเจ็บป่วย ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ระยะการเจ็บป่วยนาน ช่วงเวลาการนัดนาน มีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย⁵⁻¹⁴

การศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีอัตราการผัดผ่อนในช่วงร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 45 มีสาเหตุการผัดผ่อน ได้แก่ การมีปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และระบบนัด การไม่ร่วมมือในการใช้ยา มีปัญหาในการเดินทาง ไม่มีสิทธิการรักษา แพทย์ที่ตรวจไม่มีความเชี่ยวชาญ คิดว่าตนเองหายป่วยแล้ว ติดธุระส่วนตัว¹⁵⁻¹⁷ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เคยสำรวจปัญหาเพื่อพัฒนาระบบนัดครั้งแรกใน พ.ศ. ๒๕๔๔¹⁸ พบว่าผู้ป่วยที่มาหลังวันนัดเกิน 2 สัปดาห์ มีประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยที่นัดทั้งหมด โดยปัญหาที่พบส่วนใหญ่เกิดจากไม่มีการบันทึกข้อมูลการนัดที่เป็นระบบ และผู้ป่วยไม่ให้ความสำคัญกับการมาตรวจตรงวันนัด ซึ่งต่อมาได้ปรับปรุงระบบนัดเพื่อแก้ไขปัญหา

ดังกล่าวโดยจัดทำทะเบียนผู้ป่วยที่นัดและให้ข้อมูลการนัดกับผู้ป่วยทุกราย และได้สำรวจอีกครั้งในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ถึง พ.ศ. ๒๕๕๒ พบว่าผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 มาไม่ตรงวันนัด ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจขาดความต่อเนื่องในการรักษาแต่ไม่มีการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการผัดผ่อน การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ในการหาอัตราการผัดผ่อน สาเหตุและผลกระทบจากการผัดผ่อนเพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการดูแลและเพิ่มอัตราการมาตรงวันนัดของผู้ป่วย รวมถึงการพัฒนาระบบนัดให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลและสถานการณ์ปัจจุบัน

วัสดุและวิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ที่แพทย์นัดติดตามการรักษาในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๕๒ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเวชตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ระบบ ICD-10 กลุ่ม F)¹⁹ และมีข้อมูลการรักษาย้อนหลังอย่างน้อย 6 เดือน ขนาดตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วน ซึ่งสถิติของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ถึง พ.ศ. ๒๕๕๒ พบว่าในแต่ละเดือนมีอัตราผัดผ่อนส่วนใหญ่ร้อยละ 33 ถึงร้อยละ 37 ผู้วิจัยจึงประมาณว่าอัตราการผัดผ่อนจะเท่ากับร้อยละ 35 โดย 95% CI (confidence interval) = 35% ± 5% ซึ่งจากสูตร $n = Z\alpha^2/2 P(1-P) / d^2$ (เมื่อ $P=0.35$, $d=0.05$) จะต้องศึกษาผู้ป่วยอย่างน้อย 350 คน โดยการสุ่มตัวอย่างเป็นระบบจากเวชระเบียนทั้งหมด 9,000 แฟ้ม จำนวนแฟ้มที่ต้องการ 350 แฟ้ม ดังนั้นช่วงการสุ่ม คือ $9,000/350=25.7$ เวชระเบียน

ที่มีข้อมูลการรักษาย้อนหลังไม่ถึง 6 เดือน จะคัดออก ความหมายของการผัดผ่อนหมายถึงการที่ผู้ป่วย มาตรวจไม่ตรงกับวันนัด หากผู้ป่วยโทรศัพท์แจ้ง เลื่อนวันนัดและมาตรวจตรงตามวันที่เลื่อนนัดนั้นจะ ถือว่ามาตรงตามนัด

เครื่องมือคือแบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและข้อมูลการมา ตรวจตามนัดย้อนหลัง 1 ปี (สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อมูล ย้อนหลังไม่ถึง 1 ปี จะเก็บข้อมูลย้อนหลังถึงวันที่ นัดครั้งแรก) เช่น ความถี่การมาตามนัด สาเหตุการ ผิดนัด (จากการทบทวนวรรณกรรม)^{14,15,17} การมีภาวะ จิตเวชฉุกเฉินและรูปแบบการบำบัดรักษา

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความ สัมพันธ์ระหว่างการมีภาวะจิตเวชฉุกเฉินและรูปแบบ การรักษากับลักษณะการมาตามนัดด้วย Chi-square test ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเพศกับการ ผิดนัดด้วย Mann-Whitney U test และ ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยด้านอายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ภูมิฐานะ ลิขสิทธิ์การรักษา การวินิจฉัยกับการผิดนัด ด้วย Kruskal-Wallis test การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุญาต จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบัน- วิทยาลัยราชภัฏนครินทร์

ผล

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยทั้งหมด 365 ราย เป็นเพศชาย 205 ราย (ร้อยละ 56.2) เป็นเพศหญิง 160 ราย (ร้อย ละ 43.8) มีอายุระหว่าง 16-82 ปี อายุเฉลี่ย 41.4 ปี (SD=13.9) ส่วนใหญ่โสด (ร้อยละ 61.6) ประมาณ 2 ใน 3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา มี ภูมิฐานะอยู่กรุงเทพมหานครมากที่สุด รองลงมา

เป็นจังหวัดนครปฐมและจังหวัดสมุทรสาคร (ร้อยละ 44.7 ร้อยละ 29 และร้อยละ 14.5 ตามลำดับ) ลิขสิทธิ์การรักษาดังนี้ประมาณครึ่งหนึ่งจ่าย ค่ารักษาเอง รองลงมาคือสิทธิผู้พิการทางจิต สิทธิบัตร ประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเบิกจากต้นสังกัด/เบิก จ่ายตรงจากกรมบัญชีกลาง (ร้อยละ 22.2 ร้อยละ 14.8 และร้อยละ 12.3 ตามลำดับ) การวินิจฉัยโรค ดังนี้ โรคจิตเภทมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มโรคความ ผิดปกติของอารมณ์ กลุ่มโรคความวิตกกังวล กลุ่ม โรคจิตเวชที่เกิดจากภาวะทางสมองและสารเสพติด (ร้อยละ 51.8 ร้อยละ 18.4 ร้อยละ 10.1 และร้อยละ 7.7 ตามลำดับ)

ลักษณะการมาติดตามการรักษา

ผู้ป่วยทั้งหมด 365 คน เป็นผู้ป่วยที่ มาตรวจตรงวันนัดทุกครั้ง 99 คน (ร้อยละ 27.1) และ เคยผิดนัด 266 คน (ร้อยละ 72.9) อัตราการผิดนัด อยู่ระหว่างร้อยละ 0 ถึง ร้อยละ 80 โดยมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 16.7

ผู้ป่วยทั้งหมด 365 คน แต่ละคนมีจำนวน ครั้งที่นัดตั้งแต่ 3 ครั้ง ถึง 27 ครั้ง รวมเป็นจำนวน ครั้งที่นัดทั้งหมด 3,415 ครั้ง โดยมาตรงวันนัด 2,683 ครั้ง (ร้อยละ 78.6) มาผิดนัด 732 ครั้ง (ร้อยละ 21.4) ซึ่งการมาผิดนัดนี้จำแนกได้เป็นมาก่อนวันนัด จำนวน 397 ครั้ง ร้อยละ 54.2 (คิดเป็นร้อยละ 11.6 ของ การนัดทั้งหมด) และมาหลังวันนัด 335 ครั้ง ร้อยละ 45.8 (คิดเป็นร้อยละ 9.8 ของการนัดทั้งหมด)

จำนวนวันที่ผู้ป่วยมาตรวจก่อนและหลังวันนัด ระหว่าง 1-168 วัน วันที่มามากที่สุด คือ 7 วัน ก่อนหรือหลังวันนัด ซึ่งจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมาตรวจ ระหว่าง 1 สัปดาห์ ก่อนวันนัดจนถึง 1 สัปดาห์ หลังวันนัด

มีถึงร้อยละ 86.9 ของการนัดทั้งหมด ครึ่งหนึ่งของการมาก่อนวันนัดอยู่ในช่วง 2 สัปดาห์ ขณะที่ครึ่งหนึ่งของการมาหลังวันนัดอยู่ในช่วง 1 สัปดาห์และ 1 ใน 3 ของการมาหลังวันนัดใช้ระยะเวลาเกิน 2 สัปดาห์ (คิดเป็นร้อยละ 3.5 ของการนัดทั้งหมด)

สาเหตุการผิดนัด

สาเหตุที่มาก่อนวันนัดมากที่สุดคืออาการทางจิตเวชกำเริบ รองลงมาคืออาการไม่พึงประสงค์จากยาจิตเวชและยาหมด (ร้อยละ 43.6 ร้อยละ 15.4 ร้อยละ 13.1 ตามลำดับ) ส่วนสาเหตุที่มาหลังวันนัดมากที่สุดคืออาการทางจิตเวชกำเริบ รองลงมาคือติดธุระ/ปัญหาการเดินทาง/การเงินและยาผีเสื้อ (ร้อยละ 23.0 ร้อยละ 13.4 และร้อยละ 10.4 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สาเหตุการผิดนัดจำแนกตามลักษณะการมาติดตามการรักษา

สาเหตุ	จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อนวันนัด (n=397)	หลังวันนัด (n=335)
อาการทางจิตเวชกำเริบ	173 (43.6)	77 (23.0)
อาการไม่พึงประสงค์จากยา	61 (15.4)	14 (4.2)
ยาหมด	52 (13.1)	2 (0.6)
ยาผีเสื้อ	3 (0.8)	35 (10.4)
ติดธุระ/ปัญหาการเดินทาง/การเงิน	26 (6.5)	45 (13.4)
สาเหตุอื่นๆ	13 (3.3)	22 (6.6)
ไม่ทราบเหตุผล	69 (17.3)	140 (41.8)

ภาวะจิตเวชฉุกเฉินและรูปแบบการบำบัดรักษา

ผู้ป่วยที่ผิดนัดมีภาวะจิตเวชฉุกเฉินและต้องบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่าผู้ป่วยที่มาตรงนัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มาก่อนวันนัด ดังตารางที่ 2

ผู้ป่วยที่มีภาวะจิตเวชฉุกเฉินและมาหลังวันนัดเกือบทั้งหมดมีสาเหตุจากอาการทางจิตเวชกำเริบ ขณะที่ผู้ป่วยที่มาก่อนวันนัดมีสาเหตุจากอาการทางจิตเวชกำเริบร้อยละ 72.7 ผู้ป่วยที่มาก่อนวันนัดมีสัดส่วนสาเหตุการผิดนัดจากอาการไม่พึงประสงค์จากยาและยาหมดมากกว่าผู้ป่วยที่มาหลังวันนัด แต่

ผู้ป่วยที่มาหลังวันนัดมีสัดส่วนสาเหตุการผิดนัดจากติดธุระ/ปัญหาการเดินทาง/การเงินและยาผีเสื้อมากกว่าผู้ป่วยที่มาก่อนวันนัด

ผู้ป่วยผิดนัดที่จำเป็นต้องบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน เกือบทั้งหมดมีสาเหตุจากอาการทางจิตเวชกำเริบ นอกนั้นเกิดจากมีอาการไม่พึงประสงค์จากยาดังตารางที่ 3 ข้อบ่งชี้ที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน คือ มีพฤติกรรมที่เสี่ยงเป็นอันตรายต่อผู้อื่นมากที่สุด รองลงมา คือ ต้องการปรับแผนการรักษา และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 77.3 ร้อยละ 16 และร้อยละ 6.7 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการมีภาวะจิตเวชฉุกเฉินและรูปแบบการบำบัดรักษากับลักษณะการมาติดตามการรักษา

	จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	ตรงวันนัด (n=2683)	ก่อนวันนัด (n=397)	หลังวันนัด (n=335)	
ภาวะจิตเวชฉุกเฉิน				<.01
ไม่มี	2672 (99.6)	342 (86.1)	323 (96.4)	
มี	11 (0.4)	55 (13.9)	12 (3.6)	
รูปแบบการบำบัดรักษา				<.01
ผู้ป่วยนอก	2661 (99.2)	354 (89.2)	325 (97.0)	
ผู้ป่วยใน	22 (0.8)	43 (10.8)	10 (3.0)	

ตารางที่ 3 สาเหตุการผิดนัดจำแนกตามการมีภาวะจิตเวชฉุกเฉินและรูปแบบการบำบัดรักษา

สาเหตุ	จำนวน (ร้อยละ)							
	ภาวะจิตเวชฉุกเฉิน				รูปแบบการรักษา			
	ไม่มี		มี		ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน	
	ก่อนนัด (n=342)	หลังนัด (n=323)	ก่อนนัด (n=55)	หลังนัด (n=12)	ก่อนนัด (n=354)	หลังนัด (n=325)	ก่อนนัด (n=43)	หลังนัด (n=10)
อาการทางจิตเวชกำเริบ	133 (38.9)	66 (20.4)	40 (72.7)	11 (91.7)	131 (37.0)	69 (21.2)	42 (97.7)	8 (80.0)
อาการไม่พึงประสงค์ จากยา	52 (15.2)	14 (4.4)	9 (16.4)	-	60 (16.9)	13 (4.0)	1 (2.3)	1 (10.0)
ยาหมด	51 (14.9)	2 (0.6)	1 (1.8)	-	52 (14.7)	2 (0.6)	-	-
ยามีเหลือ	3 (0.9)	35 (10.9)	-	-	3 (0.8)	35 (10.8)	-	-
ติดธุระ/การเดินทาง/ การเงิน	21 (6.1)	44 (13.6)	5 (9.1)	1 (8.3)	26 (7.3)	45 (13.8)	-	-
สาเหตุอื่นๆ	13 (3.8)	22 (6.8)	-	-	13 (3.7)	21 (6.5)	-	1 (10.0)
ไม่ทราบเหตุผล	69 (20.2)	140 (43.3)	-	-	69 (19.5)	140 (43.1)	-	-

ปัจจัยส่วนบุคคลกับการผิมนัด

สิทธิการรักษาและการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

การผิมนัดไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านเพศ

ดังตารางที่ 4

อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการผิมนัด

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละการผิมนัด		p-value
		ค่ามัธยฐาน	ต่ำสุด, สูงสุด	
เพศ				0.64
ชาย	205	16.7	0, 80.0	
หญิง	160	17.2	0, 77.8	
อายุ (ปี)				0.83
16-20	17	20.0	0, 42.9	
21-40	169	20.0	0, 80.0	
41-60	142	16.7	0, 80.0	
61-82	37	17.7	0, 77.8	
สถานภาพสมรส				0.44
โสด	225	16.7	0, 80.0	
สมรส	107	20.0	0, 66.7	
หม้ายและหย่า	33	14.3	0, 77.8	
ระดับการศึกษา				0.57
ไม่ได้เรียน	17	11.1	0, 62.5	
ประถมศึกษา	122	16.7	0, 80.0	
มัธยมศึกษา	121	20.0	0, 75.0	
ปวช./ปวส.	44	14.8	0, 55.6	
ปริญญาตรีขึ้นไป	61	20.0	0, 75.0	

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการผิมนัด (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละการผิมนัด		p-value
		ค่ามัธยฐาน	ต่ำสุด, สูงสุด	
ภูมิลำเนา				0.84
กรุงเทพมหานคร	163	20.0	0, 80.0	
นครปฐม	106	17.2	0, 80.0	
สมุทรสาคร	53	13.3	0, 75.0	
สมุทรสงคราม/สุพรรณบุรี/กาญจนบุรี/เพชรบุรี/ ประจวบคีรีขันธ์	25	16.7	0, 66.7	
จังหวัดอื่นๆ	18	16.7	0, 68.0	
สิทธิการรักษา				0.19
ชำระเงินเอง	185	16.7	0, 75.0	
เบิกจากต้นสังกัด/กรมบัญชีกลาง	45	18.2	0, 77.8	
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	54	13.3	0, 66.7	
ผู้พิการทางจิต	81	20.0	0, 80.0	
การวินิจฉัย				0.30
กลุ่มโรคจิตเวชที่เกิดจากภาวะ ทางสมอง (F00-F09)	20	21.1	0, 75.0	
กลุ่มโรคจิตเวชที่เกิดจากสารเสพติด (F10-F19)	9	0	0, 62.5	
กลุ่มโรคจิต (F20-F29)	227	16.7	0, 80.0	
กลุ่มโรคความผิดปกติของอารมณ์ (F30-F39)	67	20.0	0, 63.6	
กลุ่มโรคความวิตกกังวล (F40-F49)	37	16.7	0, 62.5	
กลุ่มโรคจิตเวชอื่นๆ (F50-F79)	5	8.3	0, 55.6	

วิจารณ์

ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพมหานครและจังหวัดที่เป็นเครือข่ายสาธารณสุขของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มผู้รับบริการของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาใกล้เคียงหรือถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในจังหวัดที่เป็นเครือข่ายสาธารณสุข วินิจฉัยเป็นกลุ่มโรคจิตเภทมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มโรคความผิดปกติของอารมณ์ และกลุ่มโรคความวิตกกังวล ซึ่งมีลำดับและสัดส่วนใกล้เคียงกับผู้ป่วยนอกสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ในปีเดียวกัน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างสามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ได้

การศึกษานี้พบอัตราการผิวน้อยลงกว่าการศึกษาในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ จากเดิมผู้ป่วยที่มาหลังวันนัดเกิน 2 สัปดาห์ มีประมาณ 1 ใน 5 ของการนัดทั้งหมด แต่การศึกษานี้มีเพียงร้อยละ 3.5 ของการนัดทั้งหมดเท่านั้น เนื่องจากมีการพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยที่มาหลังวันนัด ทั้งทางโทรศัพท์หรือส่งไปรษณีย์ทุกรายและมีการนัดที่เป็นระบบมากขึ้น อย่างไรก็ตามแม้มีระบบติดตามผู้ป่วยทุกรายแต่เป็นการตามเพียงครั้งเดียว คือ 1 วัน หลังวันนัดไม่ได้ติดตามซ้ำ ซึ่งจากผลผู้ป่วยที่มาหลังวันนัดต้องบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในถึง 10 ราย ดังนั้นควรพัฒนาต่อในการกำหนดระยะเวลาการติดตามซ้ำ เช่น ติดตาม 1 สัปดาห์ต่อมา ซึ่งคาดหวังว่าจะกระตุ้นให้ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่มาหลังวันนัดกลับสู่กระบวนการรักษาเร็วขึ้น

จำนวนผู้ป่วยที่มาตรงวันนัดทุกครั้ง มีน้อยกว่าผู้ป่วยที่เคยมาผิวนัด แสดงว่าในกระบวนการดูแลรักษาหรือติดตามการรักษาผู้ป่วยแต่ละคนนั้น

อาจเกิดปัญหาอุปสรรคขึ้นทำให้ส่วนใหญ่ไม่สามารถมาตรงวันนัดได้ทุกครั้ง ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าการผิวนัดไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการสอบถามสาเหตุการผิวนัดแต่ละครั้ง เพื่อจะนำไปสู่การแก้ปัญหาและเพิ่มอัตราการมาตรงวันนัด ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์¹⁵ เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการผิวนัด คือ ภูมิลำเนาที่ไกลจากโรงพยาบาลและการไม่มีสิทธิคุ้มครองสุขภาพ (ข้าราชการรักษาเอง) ผลที่ต่างกันอาจจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการศึกษานี้มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดที่เป็นเครือข่ายสาธารณสุขของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งได้รับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและมียาจิตเวชที่จำเป็น ดังนั้นผู้ป่วยที่มีปัญหาการเดินทางหรือค่าใช้จ่ายในการเดินทาง จะแนะนำให้ติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านซึ่งอาจปรับเปลี่ยนยาบางชนิดเพื่อให้สามารถรับยาต่อเนื่องในพื้นที่ได้ ในกลุ่มที่ชำระเงินเองมีสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มอื่นแต่อัตราการผิวนัดไม่แตกต่างกับกลุ่มอื่นๆ อาจอธิบายจาก จิตแพทย์ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย คือการส่งเสริมให้มีการตัดสินใจวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ เช่น การเลือกชนิดยา และปริมาณยาที่ต้องการต่อการนัดหมายแต่ละครั้ง

สาเหตุที่ทำให้มาหลังวันนัด โดยไม่นับรวมข้อมูลส่วนไม่ทราบเหตุผลการผิวนัด เกิดจากอาการทางจิตกำเริบมากที่สุด ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะจิตเวชฉุกเฉินถึง 11 ใน 12 ราย และต้องบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในถึง 8 ใน 10 ราย สะท้อนถึงความรุนแรงของอาการ ซึ่งในระบบการดูแลรักษาปัจจุบันหากพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มขาดการรักษาหรือต้องติดตามให้

กลับมาตรวจที่โรงพยาบาลหลายครั้งจะประสานทีมจิตเวชชุมชนเพื่อเยี่ยมบ้าน ค้นหาสาเหตุและจัดการปัญหาอุปสรรคนั้น ๆ เช่น ให้การรักษาเบื้องต้นแล้วส่งต่อมาโรงพยาบาล แต่อุปสรรคที่พบ คือผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถติดต่อกันได้ ซึ่งอาจอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในด้านการเดินทางหรือการเงินซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁴ ที่พบว่าปัญหาด้านการเงินและการเดินทางเป็นอุปสรรคในการมาติดตามการรักษาและความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้นเครือข่ายทางสาธารณสุขจึงมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยดูแลต่อเนื่องในพื้นที่ จากการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายในเขตความรับผิดชอบของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ที่ผ่านมา พบว่าบุคลากรสามารถประเมินอาการและส่งต่อได้ แต่มีปัญหาด้านทักษะการดูแลต่อเนื่องในพื้นที่ โดยเฉพาะขาดความรู้เรื่องยาจิตเวชทั้งเรื่องการปรับยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา ไม่มีระบบการเฝ้าระวังในการใช้ยา ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีผลกระทบต่อการรักษาอย่างมาก ดังนั้นโอกาสพัฒนาคือการให้ความรู้เกี่ยวกับยาจิตเวชและเรียนรู้จากกรณีศึกษาในเรื่องการจัดการเมื่อพบปัญหา หรือการตามรอยโรคเพื่อค้นหาเครื่องมือส่งสัญญาณ (trigger tool) ที่เหมาะสม

ผู้ป่วยที่มีสาเหตุการผิตนัดจากยามีเหลือควรมีการตรวจสอบทุกครั้งเพื่อให้ปริมาณยาเท่าที่จำเป็นและเน้นความสำคัญในการรับประทานยาตรงตามที่กำหนด ส่วนสาเหตุการมาผิตนัดที่เกิดจากมีธุระส่วนตัว จิตแพทย์ควรให้โอกาสผู้ป่วยกำหนดวันนัดหมายตามความเหมาะสมกับอาการ และควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการทราบถึงช่องทางการเลื่อนนัดได้

ผู้ป่วยที่มาก่อนวันนัดมีสาเหตุจากอาการทางจิตกำเริบมากที่สุด และสัดส่วนมากกว่าผู้ป่วยที่มาหลังวันนัด อย่างไรก็ตาม 1 ใน 5 เท่านั้นที่มีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากยาเป็นสาเหตุสำคัญให้มาก่อนนัดรองลงมา ซึ่งผลข้างเคียงของยาส่วนใหญ่เป็นอาการที่ไม่รุนแรงแต่มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและผู้ป่วยให้ความสำคัญ ซึ่งมีหลายการศึกษาพบว่าการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา เพราะทำให้ไม่สามารถทำงานได้ปกติ คุณภาพชีวิตแย่ลง ผู้ป่วยจึงไม่อยากใช้ยาต่อหรือปรับขนาดยาเอง^{7,13,14,20} เป็นผลให้เกิดการผิตนัดเพราะปริมาณยาเหลือหรือหมดก่อนวันนัด ดังนั้นการที่ผู้ป่วยเกิดปัญหาดังกล่าวและมาก่อนนัดอาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการสังเกตอาการก่อนที่จะเกิดอาการที่รุนแรง หรืออาจสะท้อนปัญหาในการบำบัดรักษา เช่น การกำหนดระยะเวลาการนัดไม่เหมาะสมกับความรุนแรงของอาการ เพราะผู้ป่วยที่มาก่อนวันนัดต้องบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในจากอาการทางจิตกำเริบถึง 42 ใน 43 ราย ดังนั้นควรศึกษารายละเอียดในประเด็นนี้ต่อไป ผู้ป่วยที่ผิตนัดมีภาวะจิตเวชฉุกเฉินและต้องบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่าผู้ป่วยที่มาตรงวันนัดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{2,3} ก็ยังสะท้อนให้เห็นความรุนแรงของโรคมีผลกระทบต่อการบำบัดรักษาทั้งในเรื่องความเร่งด่วนในการรักษาและการที่ต้องบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเรื่องการเก็บข้อมูล เพราะไม่ได้เก็บข้อมูลรายละเอียดของยาโดยเฉพาะการมาก่อนนัด ดังนั้นควรวิเคราะห์รายละเอียดต่อไปเพื่อพัฒนาเครื่องมือส่งสัญญาณในการค้นหา

ความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อลดอัตราการมาผิวนัด เช่น การปรับเปลี่ยนชนิดหรือกลุ่มยาใหม่ ตลอดจนเน้นกิจกรรมเชิงรุกโดยทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ความรู้ผู้ป่วย และผู้ดูแลเรื่องการจัดการเบื้องต้นสำหรับกลุ่มอาการ ไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction) ที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ผิวนัด

การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านความสมบูรณ์ของข้อมูล โดยพบว่า 1 ใน 4 ของการผิวนัดทั้งหมดขาดการบันทึกสาเหตุการผิวนัดในเวชระเบียน โอกาสในการพัฒนาเชิงระบบคือ การพัฒนาระบบสารสนเทศให้มีระบบเตือนกรณีผู้ป่วยผิวนัด เพื่อให้จิตแพทย์ตระหนักในการจัดการปัญหาให้ครอบคลุมในส่วนสำคัญของการผิวนัด คือ การประเมินอาการทางจิตเวช และ อาการไม่พึงประสงค์จากยา

สรุป

1 ใน 5 ของผู้ป่วยที่นัดทั้งหมดมาผิวนัดเนื่องจากอาการทางจิตเวชกำเริบมากที่สุดและอาการไม่พึงประสงค์จากยามักเป็นเหตุให้มาก่อนวันนัด ผู้ป่วยที่ผิวนัดมีภาวะจิตเวชฉุกเฉินและต้องบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่าผู้ป่วยที่มาตรงนัด ดังนั้นจิตแพทย์ควรตระหนักการให้ความสำคัญกับการประเมินอาการทางจิตเวช อาการไม่พึงประสงค์จากยา ความร่วมมือในการใช้ยา ตลอดจนการสอบถามสาเหตุของการผิวนัด เพื่อให้การรักษาและกำหนดระยะเวลาการนัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.ดร.จุฬาลักษณ์ โกมลตรี ที่ให้คำปรึกษาด้านสถิติ ขอขอบคุณ คุณสุพัตรา สกุลพันธ์ คุณบุญนำ เล้าโสภณภิมย์ และคุณณัญชนม์ อารี ที่ช่วยเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Mitchell AJ, Selmes T. Why don't patients take their medicine? Reason and solutions in psychiatry. *Adv Psychiatr Treat* 2007;13:336-46.
2. Lage JM, Hassan M. The relationship between antipsychotic medication adherence and patient outcomes among individuals diagnosed with bipolar disorder: a retrospective study. *Ann Clin Psychiatry* 2009;8:1-9.
3. Nelson EA, Maruish ME, Alex JL. Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatr Serv* 2000;51:885-9.
4. Dimatteo MR, Haskard KB, Williams SL. Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. *Med Care* 2007;45:521-8.
5. Mitchell AJ, Selmes T. Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Adv Psychiatr Treat* 2007;13:423-34.
6. Lim LEC, Poo KP, Chew SK. Why patients fail to attend psychiatric outpatient follow-up: a pilot study. *Singapore Med J* 1995;36:403-5.

7. Sparr LF, Moffitt MC, Ward MF. Missed psychiatric appointments: who returns and who stays away. *Am J Psychiatry* 1993;150:801-5.
8. Centorrino F, Hernan MA, Drago-Ferrant G, Rendall M, Apicella A, Langar G et al. Factors associated with noncompliance with psychiatric outpatient visits. *Psychiatr Serv* 2001;52:378-80.
9. Mitchell AJ, Selmes T. A comparative survey of missed initial and follow-up appointments to psychiatric specialties in the United Kingdom. *Psychiatr Serv* 2007;58:868-71.
10. Thornton R, Ballard K. Why military personnel fail to keep medical appointment. *JR Army Med Corps* 2008;154:26-30.
11. Neal RD, Hussain-Gembles M, Allgar VL, Lawlor DA, Dempsey O. Reasons for and consequences of missed appointments in general practice in the UK: questionnaire survey and prospective review of medical records. *BMC Family Practice* 2005;6:47.
12. Matas M, Staley D, Griffin W. A profile of the noncompliant patient: a thirty-month review of outpatient psychiatry referrals. *Gen Hosp Psychiatry* 1992;14:124-30.
13. Taj F, Tanwir M, Aly Z, Khawajah AA, Tariq A, Syed FK et al. Factors associated with non-adherence among psychiatric patients at tertiary care hospital, Karachi, Pakistan: a questionnaire based cross sectional study. *J Pak Med Assoc* 2008;58:432-6.
14. Roy R, Jahan M, Kumari S, Chakraborty. Reasons for drug non-compliance of psychiatric patients: a centre based study. *J Indian Acad Appl Psychol* 2005;31:24-8.
15. Charupanit W. Factors related to missed appointment at psychiatric clinic in Songklanagarind hospital. *J Med Assoc Thai* 2009;92:1367-9.
16. กลุ่มงานผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. การพัฒนาระบบนัดผู้ป่วยจิตเวช. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 7 ปี 2551 เรื่องร่วมมือร่วมพลังมุ่งหวังสุขภาพจิตดีในปี 2563; 25 สิงหาคม 2551; ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต; 2551. เข้าถึงได้ที่: <http://www.jvkk.go.th/search.asp?code=0102484> [25 มกราคม 2553]
17. อัมไพจิตร สมนวรงค์ไทย. ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเภท กรณีศึกษา: โรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2544;9:128-39.
18. กลุ่มงานผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. การพัฒนาระบบนัดผู้ป่วย (CQI) กรุงเทพมหานคร: สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์; 2544.
19. WHO. International statistical classification of disease and related health problem, tenth revision (ICD-10). Geneva: WHO; 2006.
20. Ascher-Svanum H, Faries DE, Zhu B, Ernst FR, Swartz MS, Swanson JW. Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care. *J Clin Psychiatry* 2006;67:453-60.