

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา

Prevalence and Factors Associated with Loss to Follow-up among Outpatient
Psychiatric Patients at Phaholpolpayuhasena Hospital

สุกฤษณ์ วิธวาสิริ พ.บ.^{1*}

Sukrit Vitavasiri, M.D.^{1*}

¹ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา จ.กาญจนบุรี 71000

¹ Department of Psychiatry, Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi 71000

* ผู้ให้การติดต่อ (corresponding author): sukrit5314069@gmail.com

Received: 20 March 2025

Revised: 15 May 2025

Accepted: 28 May 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา

วิธีการวิจัย: เป็นการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง ด้วยการศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ ประชากรคือผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา ตั้งแต่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2566 ที่เข้ากับเกณฑ์การคัดเข้า เลือกตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยสุ่มแบบชั้นภูมิ รวมจำนวน 224 ราย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยการทดสอบไค-สแควร์ และวิเคราะห์ถดถอยพหุ

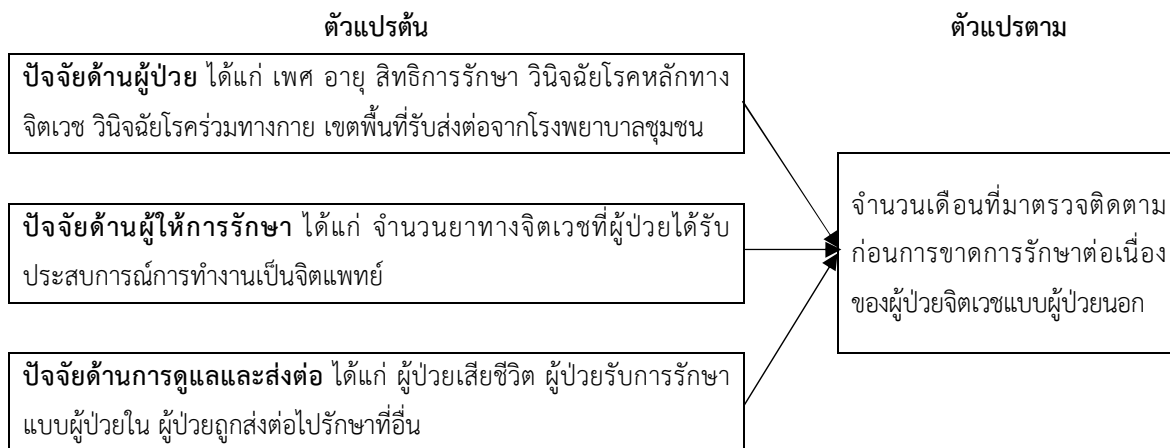
ผลการวิจัย: ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษาจำนวน 224 ราย ผู้ป่วยที่มาตรวจติดตามการรักษาน้อยกว่า 1 เดือน มีจำนวน 62 ราย คิดเป็นความชุกของการขาดการรักษาต่อเนื่องร้อยละ 27.68 และเมื่อแบ่งตามระยะเวลาที่มาตรวจติดตามการรักษาส่วนใหญ่มาตรวจติดตามการรักษามากกว่า 10 เดือน จำนวน 110 ราย (ร้อยละ 49.11) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปร ได้แก่ อายุ สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรค ประเภทผู้ป่วย และจำนวนยาทางจิตเวช

สรุปผล: ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา ที่มาตรวจติดตามการรักษา มีความชุกของการขาดการรักษาต่อเนื่องค่อนข้างต่ำ ทีมสหสาขาวิชาชีพควรมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงของการขาดการรักษาในผู้ป่วยแต่ละราย และวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น กลุ่มอายุ 45–60 ปี ผู้มีโรคจิตเภทและโรคทางอารมณ์ ผู้ที่เป็นผู้ป่วยตรวจติดตามเดิม และผู้ที่ได้รับยาจิตเวชจำนวนมาก

คำสำคัญ: การขาดการรักษา, การรักษาจิตเวช, ผู้ป่วยจิตเวช, ผู้ป่วยนอก

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ปี 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามเชิงปฏิบัติการ

ผู้ป่วยจิตเวชขาดการรักษาต่อเนื่อง หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก เมื่อเทียบกับข้อมูลนัดในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลแล้วไม่ได้มาตรวจติดตามที่แผนกจิตเวชภายในระยะเวลา 3 เดือน หลังวันที่นัดที่กว่ามีการนัดไว้ในระบบฐานข้อมูลโปรแกรม HOSxP ทั้งนี้ไม่รวมถึงกรณี que ผู้ป่วยถูกส่งไปรักษาที่สถานจิตเวชอื่นที่ถูกระบุไว้ในโปรแกรม HOSxP

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง (retrospective chart review) ด้วยการศึกษภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (analytical cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่อยู่ในฐานข้อมูลโปรแกรม HOSxP ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ตั้งแต่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2566

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับประมาณค่าสัดส่วนกรณีประชากรไม่จำกัด (infinite population proportion) สำหรับการสุ่มแบบชั้นภูมิ กำหนดค่ามาตรฐานที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และความคลื่อนในการประมาณค่า (d) = 0.05 ในปี 2566 มีผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 6,952 ราย แบ่งเป็นรายใหม่ 2,645 ราย และรายเก่า 4,307 ราย และจากการทบทวนวรรณกรรมอัตราการขาดนัดในผู้ป่วยรายใหม่เท่ากับ

ร้อยละ 36.0 และในผู้ป่วยรายเก่าเท่ากับร้อยละ 40.0 ได้ขนาดตัวอย่าง 186 ราย ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วนร้อยละ 20 เป็นกลุ่มรายใหม่ 83 ราย และกลุ่มรายเก่า 141 ราย รวมเป็น 224 ราย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) โดยขั้นตอนแรกสุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยรายเก่า และผู้ป่วยรายใหม่ จากนั้นสุ่มอย่างมีระบบ (systematic random sampling) จากทะเบียนผู้ป่วยเรียงลำดับตามวันตรวจรักษา เพื่อให้เป็นตัวแทนผู้ป่วยตลอดทั้งปี ตามสัดส่วนของประชากร (proportional allocation) ของแต่ละกลุ่มได้ตัวอย่างรวมทั้งหมด 224 ราย

เกณฑ์การคัดเข้าคือ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) มีข้อมูลเวชระเบียนที่ลงบันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลโปรแกรม HOSxP ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2566 3) ได้รับการวินิจฉัยโรคหลักเป็นกลุ่มโรคที่ขึ้นต้นด้วยรหัส F00–F99 ตาม International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th (ICD-10) ได้แก่ F00–F09 ความผิดปกติทางจิตและอาการที่จิตที่เกิดจากโรคทางกาย, F10–F19 ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารเสพติด, F20–F29 โรคจิตเภทพฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด, F30–F39 ความผิดปกติทางอารมณ์, F40–F49 โรคประสาทความผิดปกติที่สัมพันธ์กับความเครียด และโรคโซมาโตฟอร์ม, F50–F59 กลุ่มอาการทางพฤติกรรมที่พบร่วมกับความผิดปกติทางสรีรวิทยา, F60–F69 กลุ่มผิดปกติทางบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ใหญ่, F70–F79 ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา, F80–F89 ความผิดปกติของการพัฒนาทางจิต, F90–F99 ความผิดปกติของอารมณ์และพฤติกรรมในเด็กและวัยรุ่น

เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลักโดยจิตแพทย์

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD card record) จากระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล HOSxP

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทบทวนเวชระเบียน รวบรวมรายละเอียดดังต่อไปนี้ 1) ข้อมูลทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรคหลักทางจิตเวช (principal diagnosis) โรคร่วมทางทางกาย (comorbidity) เขตพื้นที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน (ในหรือนอกพื้นที่รับผิดชอบ) 2) ข้อมูลด้านผู้ให้การรักษา ได้แก่ จำนวนยาทางจิตเวชที่ผู้ป่วยได้รับ ณ จุดที่สนใจทำการศึกษา ประสพการณ์การทำงานเป็นจิตแพทย์ที่รักษาผู้ป่วย 3) จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยถูกส่งต่อไปรักษาที่อื่นหรือเสียชีวิต ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา 4) จำนวนผู้ป่วยที่มาตรวจติดตามการรักษาในระยเวลาน้อยกว่า 1 เดือน, 1–3 เดือน, 4–10 เดือน และ มากกว่า 10 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และความชุกของการขาดการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ขาดและไม่ขาดการรักษาต่อเนื่องด้วยการทดสอบไค-สแควร์ (chi-square test) จากนั้นนำปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มาวิเคราะห์ถดถอยพหุ (multiple regression analysis) นำเสนอค่า adjusted odds ratio และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาเลขที่ 2025-1 (วันที่รับรอง 15 มกราคม 2568) โดยการศึกษาเป็นการศึกษาย้อนหลังโดยไม่ได้มีการทดลอง และมีการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยเป็นความลับ ไม่สามารถระบุถึงตัวตนของผู้ป่วยได้ โดยผู้ที่จะเข้าถึงข้อมูลได้นั้นมีเพียงผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผู้วิเคราะห์ข้อมูลเท่านั้น โดยข้อมูลจะถูกเก็บในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ในคอมพิวเตอร์ ซึ่งจะสามารถจำกัดผู้ที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้เข้าร่วมวิจัยจึงไม่ได้รับความเสี่ยงใด ๆ จากการวิจัย

ผลงานวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 224 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 83 ราย (ร้อยละ 37.05) ผู้ป่วยที่ตรวจติดตามเดิม จำนวน 141 ราย (ร้อยละ 62.95) การวินิจฉัยโรคเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) จำนวน 73 ราย (ร้อยละ 32.59) รองลงมาเป็นความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (F10-F19) (ตารางที่ 1)

ความชุกของการขาดการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยที่มาตรวจติดตามการรักษาน้อยกว่า 1 เดือน มีจำนวน 62 ราย คิดเป็นความชุกของการขาดการรักษาต่อเนื่องร้อยละ 27.68 และเมื่อแบ่งตามระยะเวลาที่มาตรวจติดตามการรักษาส่วนใหญ่มาตรวจติดตามการรักษามากกว่า 10 เดือน จำนวน 110 ราย (ร้อยละ 49.11) รองลงมาเป็นน้อยกว่า 1 เดือน จำนวน 62 ราย (ร้อยละ 27.68) และ 1-3 เดือน จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 13.39) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (n=224)

ข้อมูลทั่วไปและการมาตรวจติดตามการรักษา	ผู้ป่วยรายใหม่ (n=83)		ผู้ป่วยที่ตรวจติดตามเดิม (รายเก่า) (n=141)		รวม (n=224)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	42	50.60	65	46.10	107	47.77
หญิง	41	49.40	76	53.90	117	52.23
อายุ (ปี)						
18-30 ปี	28	33.73	34	24.11	62	27.68
31-45 ปี	22	26.51	37	26.25	59	26.34

ตารางที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอก (n=224) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปและการมาตรวจ ติดตามการรักษา	ผู้ป่วยรายใหม่ (n=83)		ผู้ป่วยที่ตรวจติดตามเดิม (รายนเก่า) (n=141)		รวม (n=224)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)						
46-60 ปี	12	14.46	36	25.53	48	21.43
>60 ปี	21	25.30	34	24.11	55	24.55
สิทธิการรักษา						
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	33	39.76	43	30.50	76	33.93
ข้าราชการ	12	14.46	16	11.35	28	12.50
ประกันสังคม	17	20.48	20	14.18	37	16.52
ผู้พิการและผู้สูงอายุ	10	12.05	42	29.79	52	23.21
อื่น ๆ	11	13.25	20	14.18	31	13.84
การวินิจฉัยโรคหลัก						
F00-F09	7	8.43	13	9.22	20	8.93
F10-F19	25	30.12	18	12.77	43	19.20
F20-F29	3	3.61	37	26.24	40	17.86
F30-F39	25	30.12	48	34.04	73	32.59
F40-F49	17	20.48	16	11.35	33	14.73
F50-F59	5	6.02	3	2.13	8	3.57
F60-F69	1	1.20	0	0.00	1	0.45
F70-F79	0	0.00	3	2.13	3	1.34
F80-F89	0	0.00	2	1.42	2	0.89
F90-F99	0	0.00	1	0.71	1	0.45
โรคร่วม (comorbidity)						
มีโรคร่วม	33	39.76	47	33.33	80	35.70
ไม่มีโรคร่วม	50	60.24	94	66.67	144	64.30
พื้นที่บริการ						
ในเขต	72	86.75	119	84.40	191	85.27
นอกเขต	11	13.25	22	15.60	33	14.73
จำนวนยาทางจิตเวชที่ผู้ป่วยได้รับ						
<3 เม็ด	39	46.99	32	22.70	71	31.70
3-6 เม็ด	24	28.92	66	46.81	90	40.18
>6 เม็ด	15	18.07	39	27.66	54	24.11
ไม่ได้รับยา	5	6.02	4	2.84	9	4.02

ตารางที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยนอก (n=224) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปและการมาตรวจติดตาม การรักษา	ผู้ป่วยรายใหม่ (n=83)		ผู้ป่วยที่ตรวจติดตามเดิม (รายเก่า) (n=141)		รวม (n=224)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การทำงานของจิตแพทย์ (ปี)						
2 ปี	36	43.37	59	41.84	95	42.41
3 ปี	21	25.30	58	41.13	79	35.27
11 ปี	26	31.33	24	17.03	50	22.32
สาเหตุอื่นที่อาจส่งผลกระทบต่อการรักษา						
ผู้ป่วยรักษาแบบผู้ป่วยใน	10	12.05	10	7.09	20	8.93
ส่งต่อ	9	10.84	6	4.26	15	6.70
เสียชีวิต	0	0.00	1	0.71	1	0.45
จำหน่าย/ยุติการรักษาโดยจิตแพทย์	1	1.20	0	0.00	1	0.45
ระยะเวลาที่มาตรวจติดตามการรักษา (เดือน)						
<1 เดือน	42	50.60	20	14.18	62	27.68
1-3 เดือน	17	20.48	13	9.22	30	13.39
4-10 เดือน	12	14.46	10	7.09	22	9.83
>10 เดือน	12	14.46	98	69.50	110	49.11

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรค ประเภทผู้ป่วย จำนวนยาทางจิตเวชที่ได้รับ และสาเหตุอื่นที่อาจส่งผลกระทบต่อการรักษา (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก โดยการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (n=224)

ปัจจัย	<1 เดือน		1-3 เดือน		4-10 เดือน		>10 เดือน		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ									
ชาย	35	32.71	17	15.89	9	8.41	46	42.99	0.187
หญิง	27	23.08	13	11.11	13	11.11	64	54.70	
อายุ (ปี)									
18-30 ปี	28	45.16	8	12.90	6	9.68	20	32.26	0.016
31-45 ปี	14	23.73	10	16.95	8	13.56	27	45.76	
46-60 ปี	7	14.58	5	10.42	5	10.42	31	64.58	
>60 ปี	13	23.64	7	12.73	3	5.45	32	58.18	

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก โดยการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (n=224) (ต่อ)

ปัจจัย	<1 เดือน		1-3 เดือน		4-10 เดือน		>10 เดือน		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สิทธิการรักษา									
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	23	30.26	10	13.16	13	17.11	30	39.47	<0.001
เบิกจ่ายตรง (ข้าราชการ)	12	42.86	2	7.17	4	14.29	10	35.71	
ประกันสังคม	10	27.03	10	27.03	3	8.11	14	37.84	
ผู้พิการและผู้สูงอายุ	6	11.54	5	9.62	1	1.92	40	76.92	
อื่น ๆ	11	35.48	3	9.68	1	3.23	16	51.61	
การวินิจฉัยโรคหลัก									
F00-F09	5	25.00	3	15.00	2	10.00	10	50.00	0.010
F10-F19	22	51.16	11	25.58	5	11.63	5	11.63	
F20-F29	5	12.50	1	2.50	1	2.50	33	82.50	
F30-F39	15	20.55	10	13.70	10	13.70	38	52.05	
F40-F49	12	36.36	4	12.12	3	9.09	14	42.42	
F50-F59	2	25.00	1	12.50	1	12.50	4	50.00	
F60-F69	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
F70-F79	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	100.00	
F80-F89	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	100.00	
F90-F99	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	
โรคร่วม (comorbidity)									
มีโรคร่วม	19	23.75	12	15.00	10	12.50	39	48.75	0.605
ไม่มีโรคร่วม	43	29.86	18	12.50	12	8.33	71	49.31	
ประเภทผู้ป่วย									
ผู้ป่วยรายใหม่	42	67.74	17	56.67	12	54.55	12	98	<0.001
ผู้ป่วยที่ตรวจติดตามเดิม	20	32.26	13	43.33	10	45.45	10.91	89.09	
จำนวนยาทางจิตเวชที่ผู้ป่วยได้รับ (เม็ด)									
<3 เม็ด	24	33.80	10	14.08	9	12.68	28	39.44	<0.001
3-6 เม็ด	20	22.22	13	14.44	8	8.89	49	54.44	
>6 เม็ด	9	16.67	7	12.96	5	9.26	33	61.11	
ไม่ได้รับยา	9	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
พื้นที่บริการ									
ในเขต	53	27.75	24	12.57	18	9.42	96	50.26	0.747
นอกเขต	9	27.27	6	18.18	4	12.12	14	42.42	

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก โดยการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (n=224) (ต่อ)

ปัจจัย	<1 เดือน		1-3 เดือน		4-10 เดือน		>10 เดือน		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประสบการณ์การทำงานของจิตแพทย์ (ปี)									
2 ปี	29	30.53	11	11.58	13	13.68	42	44.21	0.234
3 ปี	17	21.52	10	12.66	5	6.33	47	59.49	
11 ปี	16	32.00	9	18.00	4	8.00	21	42.00	
สาเหตุอื่นที่อาจส่งผลกระทบต่อการรักษา									
ผู้ป่วยรักษาแบบผู้ป่วยใน	6	30.00	4	20.00	1	5.00	9	45.00	0.003
ส่งต่อ	9	60.00	0	0.00	5	33.33	1	6.67	
เสียชีวิต	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
จำหน่าย/ยุติการรักษา									
โดยจิตแพทย์	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
ไม่มีสาเหตุ	45	24.06	26	13.90	16	8.56	100	53.48	

ผลการวิเคราะห์หลายตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปร ได้แก่ อายุ สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรคหลัก ประเภทผู้ป่วย และจำนวนเมื่อยาทางจิตเวช (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอกด้วยตัวแปรเดียว และหลายตัวแปร โดยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) (n=224)

ตัวแปร	Crude OR (95%CI)		Adjusted OR (95%CI)	
อายุ (ปี)				
18-30 ปี	1.00	กลุ่มอ้างอิง	1.00	กลุ่มอ้างอิง
31-45 ปี	2.09	(1.07-4.05)	1.50	(0.66-3.37)
46-60 ปี	4.18	(1.98-8.82)	3.15	(1.32-7.52)
>60 ปี	2.86	(1.43-5.69)	1.42	(0.52-3.88)
สิทธิการรักษา				
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	1.00	กลุ่มอ้างอิง	1.00	กลุ่มอ้างอิง
ข้าราชการ	0.71	(0.32-1.58)	0.38	(0.14-0.93)
ประกันสังคม	0.93	(0.45-1.92)	0.69	(0.29-1.66)
ผู้พิการและผู้สูงอายุ	4.25	(1.99-9.07)	1.88	(0.64-5.53)
อื่น ๆ	1.14	(0.52-2.47)	0.58	(0.23-1.47)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอกด้วยตัวแปรเดียว และหลายตัวแปร โดยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) (n=224) (ต่อ)

ตัวแปร	Crude OR (95%CI)		Adjusted OR (95%CI)	
การวินิจฉัยโรคหลัก				
F00–F09	3.98	(1.45–10.86)	2.98	(0.83–10.73)
F10–F19	1.00	กลุ่มอ้างอิง	1.00	กลุ่มอ้างอิง
F20–F29	17.94	(6.63–48.51)	7.50	(2.29–24.55)
F30–F39	4.65	(2.24–9.65)	4.01	(1.67–9.61)
F40–F49	2.64	(1.13–6.18)	2.60	(0.92–7.36)
F50–F99	7.47	(2.28–24.47)	6.58	(1.59–27.36)
ประเภทผู้ป่วย				
ผู้ป่วยรายใหม่	0.11	(0.06–0.20)	0.15	(0.08–0.28)
ผู้ป่วยที่ตรวจติดตามเดิม	1.00	กลุ่มอ้างอิง	1.00	กลุ่มอ้างอิง
จำนวนยาทางจิตเวชที่ผู้ป่วยได้รับ (เม็ด)				
<3 เม็ด	0.42	0.21–0.83	0.49	(0.20–0.84)
3–6 เม็ด	0.74	0.38–1.44	0.39	(0.16–0.91)
>6 เม็ด	1.00	กลุ่มอ้างอิง	1.00	กลุ่มอ้างอิง
ไม่ได้รับยา	- ^a	-	- ^a	-

หมายเหตุ: ^a เนื่องจากข้อมูลมีค่าความถี่เป็น 0 จึงไม่สามารถคำนวณค่า OR, aOR ได้

อภิปราย

การศึกษาพบว่าความชุกของการขาดการรักษาต่อเนื่องที่มาตรวจติดตามน้อยกว่า 1 เดือน เท่ากับร้อยละ 27.68 ซึ่งถือว่าค่อนข้างต่ำ และเมื่อวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรพบว่า 5 ปัจจัยหลักที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุ สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรค ประเภทผู้ป่วย และจำนวนยาทางจิตเวชที่ได้รับ และการศึกษาสามารถตอบคำถามงานวิจัยได้ตามวัตถุประสงค์ โดยมีข้อเปรียบเทียบที่ทำให้ผลการศึกษต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ ดังเช่น การศึกษาของวิชชุตา จันทราษฏร์⁽⁷⁾ ที่พบอัตราร้อยละ 21.4 ในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และการศึกษาของ เพียงบุญพา เนติธรรมกุล⁽⁸⁾ ที่พบอัตราสูงถึงร้อยละ 48.2 ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในขณะที่การศึกษาของ Akhigbe SIMO, et al.⁽⁹⁾ ที่พบความชุกการผิดนัดครั้งแรกของผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 32.4 โดยมีสาเหตุจากทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรักษา การขาดความเข้าใจเรื่อง การปฏิบัติตัวรับยา และขาดเงินค่าเดินทาง ซึ่งต่างจากการศึกษาของเกยุรมาศ และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบความชุกสูงถึงร้อยละ 55.33 ในกลุ่มโรคจิตเภท

การที่ความชุกค่อนข้างต่ำในการศึกษานี้ อาจเป็นไปได้ว่าโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดกาญจนบุรี ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวกกว่าเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลทั่วไป

หรือโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้อาจเกิดจากสัมพันธภาพที่ตึงเครียดระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องมากขึ้น⁽¹¹⁾

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุ 46-60 ปี มีโอกาสขาดการรักษาต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุ 18-30 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Grover S, et al.⁽¹²⁾ ที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดการรักษาต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยสูงอายุอาจมีข้อจำกัดเรื่องการเดินทาง ความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการผู้ดูแล

ผู้ป่วยที่มีสิทธิข้าราชการมีโอกาสขาดการรักษาต่อเนื่องน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ibironke TF, et al.⁽¹³⁾ ที่พบว่าสิทธิการรักษาและสถานะทางเศรษฐกิจมีผลต่อการมารับการรักษาต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้ยังได้พบว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิข้าราชการอาจมีความมั่นคงทางการเงินมากกว่า รวมถึงมีสิทธิประโยชน์ในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ครอบคลุมกว่า ทำให้มีอุปสรรคในการมารับบริการน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของเกยุรมาศ อยู่ถื่น และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมมีผลต่อการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F20-F29) มีโอกาสขาดการรักษาต่อเนื่องมากกว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (F10-F19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) และความผิดปกติทางจิตเวชอื่น ๆ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Cheng K, et al.⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเสี่ยงสูงในการขาดการรักษาต่อเนื่อง อธิบายได้ว่าธรรมชาติของโรคจิตเภทที่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน และการขาดความตระหนักรู้ในความเจ็บป่วยของตนเอง (lack of insight) มีผลต่อการมารับการรักษาต่อเนื่อง และเป็นไปได้ว่าเกิดจากอาการกำเริบของโรค ผลข้างเคียงของยา ขาดแรงจูงใจ และขาดการสนับสนุนทางสังคม^(12,13) อัมไพพนิชฐ สมานวงศ์ไทย⁽¹¹⁾ ได้อธิบายเพิ่มเติมว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ขาดการรักษาต่อเนื่องมักเกิดจากการไม่เห็นความสำคัญของการรักษา การปฏิเสธว่าตนเองเจ็บป่วย หรือการไม่ฟังพอฟังต่อผลข้างเคียงของยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการขาดการรักษาต่อเนื่อง

กรณีผู้ป่วยรายใหม่มีโอกาสขาดการรักษาต่อเนื่องน้อยกว่าผู้ป่วยที่ตรวจติดตามเดิม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Zhang J & Ye C⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยรายใหม่มีความเสี่ยงสูงในการขาดการรักษาต่อเนื่อง เป็นไปได้ว่า ในบริบทของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาอาจมีระบบการดูแลและติดตามผู้ป่วยรายใหม่ที่มีประสิทธิภาพ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง การนัดหมายที่ถี่ขึ้นในช่วงแรกของการรักษา หรือการติดตามทางโทรศัพท์ ทำให้ผู้ป่วยรายใหม่มีแนวโน้มมารับการรักษาต่อเนื่องมากกว่า และผู้ป่วยที่ตรวจติดตามเดิมอาจมีระยะเวลาการรักษาที่ยาวนาน ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการรักษา (treatment fatigue) หรือเกิดความรู้สึกว่าอาการดีขึ้นแล้วจึงไม่จำเป็นต้องมาตรวจต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Neal RD, et al.⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าหนึ่งในสาเหตุของการขาดการรักษาต่อเนื่องคือผู้ป่วยรู้สึกว่าการดีขึ้นแล้วประสิทธิภาพของยาที่ลดลงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยใหม่⁽¹⁷⁾

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาทางจิตเวช 3-6 เม็ด และน้อยกว่า 3 เม็ด มีโอกาสขาดการรักษาต่อเนื่องน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยามากกว่า 6 เม็ด สอดคล้องกับการศึกษาของ Akhigbe SIMO, et al.⁽⁹⁾ ที่พบว่าความซับซ้อนของแผนการรักษาและจำนวนยาที่ได้รับมีผลต่อการมารับการรักษาต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยที่ได้รับยาจำนวนมากมักประสบปัญหาในการจัดการกับแผนการรักษา มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากยามากขึ้น และอาจมีความยุ่งยากในการรับประทานยาตามแผนการรักษาที่ซับซ้อนสอดคล้องกับ Zhang J & Ye C⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า การได้รับยาจำนวนมากเพิ่มความเสี่ยงต่อการขาดนัด เนื่องจากผลข้างเคียง ความยากในการจดจำ และภาระค่าใช้จ่าย

Chii JC, et al.⁽¹⁸⁾ ได้อธิบายเพิ่มเติมว่าแผนการรักษาที่ซับซ้อนอาจเพิ่มภาระให้กับผู้ดูแล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ การมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการมารับการรักษา หรือการจัดการเกี่ยวกับยา

ข้อจำกัดงานวิจัย

การวิจัยนี้มีจุดอ่อนบางประการ อาทิ การออกแบบศึกษาแบบภาคตัดขวางที่ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุและผลได้ การเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนเพียงอย่างเดียวอาจไม่ครอบคลุมปัจจัยอื่น ๆ ที่สำคัญ เช่น เศรษฐฐานะ ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล ทักษะการดูแลสุขภาพ และระดับการสนับสนุนทางสังคม อันเป็นปัจจัยที่น่าสนใจควรศึกษาเพิ่มเติมต่อไป⁽¹⁸⁾ การทำวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลในปี 2566 เนื่องจาก ในปี 2567 ยังมีการเปลี่ยนแปลงอัตราค่าจ้างของจิตแพทย์และพยาบาลตามปีงบประมาณในช่วงกลางปี ซึ่งเป็นตัวแปรหนึ่งที่ใช้ในการศึกษา (ประสบการณ์การทำงานของจิตแพทย์) อาจส่งผลต่อข้อมูลที่ทำการศึกษา ทำให้ผู้วิจัยไม่ได้เลือกข้อมูลปีล่าสุดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้ไม่ได้ข้อมูลที่ใกล้เคียงปัจจุบันมากที่สุด ทั้งยังมีข้อจำกัดเรื่องความเป็นตัวแทนของข้อมูล เนื่องจากการศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลจังหวัดแห่งเดียว จึงอาจไม่เหมาะสมที่จะนำไปใช้อ้างอิงกับผู้ป่วยในภูมิภาคอื่น ๆ

สรุปผล

การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ที่มาตรวจติดตามการรักษาน้อยกว่า 1 เดือน มีความชุกของการขาดการรักษาต่อเนื่องค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 27.68) ทั้งนี้ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุ 46-60 ปี ใช้สิทธิการรักษาเป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทและเป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ การเป็นผู้ป่วยที่ตรวจติดตามเดิม และจำนวนยาทางจิตเวชที่ได้รับจำนวนมาก ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาในอดีตหลายประการ แต่ก็มีบางประเด็นที่แตกต่างออกไป ซึ่งอาจเกิดจากบริบทเฉพาะของพื้นที่และกลุ่มประชากรที่ศึกษา รวมถึงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาระบบบริการเพื่อส่งเสริมและป้องกันการขาดการรักษาในกลุ่มเสี่ยงต่อไปในอนาคต อย่างไรก็ตามยังมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นที่ซับซ้อนมากขึ้น รวมถึงการขยายขอบเขตการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงในวงกว้าง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพควรมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงของการขาดการรักษาในผู้ป่วยแต่ละราย และวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุโดยเฉพาะในกลุ่ม 45-60 ปี ผู้มีโรคจิตเภทและโรคทางอารมณ์ ผู้ที่เป็นผู้ป่วยตรวจติดตามเดิม และผู้ที่ได้รับยาจิตเวชจำนวนมาก
2. ควรมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความสำคัญของการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา เพื่อป้องกันการหยุดยาเอง
3. พัฒนาระบบนัดหมายและส่งข้อความเตือนนัดให้มีประสิทธิภาพ
4. เพิ่มช่องทางการตรวจติดตามการรักษา เช่น การตรวจติดตามผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) การตรวจติดตามทางโทรศัพท์ การจัดส่งยาทางไปรษณีย์ในกรณีที่ผู้ป่วยอาการคงที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อเข้าใจปัจจัยเชิงลึก เช่น มุมมอง ความรู้สึก และอุปสรรคของผู้ป่วยในการเข้ารับรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้ เช่น ทักษะการตัดสินใจ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการช่วยเหลือที่สอดคล้องกับความต้องการจริงของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น
2. ควรศึกษาแบบไปข้างหน้าติดตามผู้ป่วยในระยะยาว เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการไม่มาตามนัด เช่น อัตราการกำเริบของโรค ความถี่ในการรักษาตัวในโรงพยาบาล การทำร้ายตัวเอง การฆ่าตัวตาย และคุณภาพชีวิต เป็นต้น⁽¹⁹⁾
3. ควรขยายขอบเขตการศึกษาให้ครอบคลุมโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเพิ่มความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง และเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดการรักษาในแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต. รายงานด้านสุขภาพจิต (สจ.ร.ง.201) [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 12 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://dtc.dmh.go.th/>
2. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพจิต และจิตเวช [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 12 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-subcatalog/22710ed5db1ed6b12aab540a7b0753b3>
3. Nelson EA, Maruish ME, Axler JL. Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatry Serv.* 2000;51:885–9.
4. 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 Ment Health Hum Behav.* 2015;20(2):76–9.

5. Lam RW, Kennedy SH, Adams C, Bahji A, Beaulieu S, Bhat V, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 update on clinical guidelines for management of major depressive disorder in adults. *Can J Psychiatry*. 2024;69(9):641–87.
6. Mitchell AJ, Selmes T. Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Adv Psychiatry Treat*. 2007;13:423–34.
7. วิชชุดา จันทราชูร์. สาเหตุและผลกระทบการผัดนัดของผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2554;19(3):149–59.
8. เพ็ญบุญพา เนติธรรมกุล. การศึกษาปัจจัยของการผัดนัดในจุดบริการผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*. 2565;36(3):1–13
9. Akhigbe SIMO, Lawani AO, James BO, Omoaregba JO. Prevalence and correlates of missed first appointments among outpatients at a psychiatric hospital in Nigeria. *Ann Med Health Sci Res*. 2017;4(5):763–8.
10. เกยูรมาศ อยู่ถิณ, ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, กฤตณัย แก้วยศ. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่มาตามนัดครั้งแรกหลังการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา*. 2561;12(2):27–36.
11. อำไพชนิษฐ สมานวงศ์ไทย. ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2545;9(3):128–39.
12. Grover S, Mallnaik S, Chakrabarti S, Mehra A. Factors associated with dropout from treatment: An exploratory study. *Indian J Psychiatry*. 2021;63(1):41–51.
13. Ibironke TF, Osasu OS, Omoaregba JO. Prevalence, factors and reasons associated with missed first appointments among out-patients with schizophrenia at the Federal Neuro-Psychiatric Hospital, Benin City. *BJPsych Open*. 2018;4(2):49–54.
14. Cheng K, Tsang H, Lin C. Factors related to missed first appointments after discharge among patients with schizophrenia in Taiwan. *J Formos Med Assoc*. 2014;113:436–41.
15. Zhang J, Ye C. Factors associated with loss to follow-up of outpatients with depression in general hospitals. *J Int Med Res*. 2020;48(5):1–9.
16. Neal RD, Hussain-Gambles 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 Fam Pract*. 2005;6:47.
17. Qaspy H. Psychiatric outpatient services: Origins and future. *Adv Psychiatry Treat*. 2006;12:309–19.

