



นิพนธ์ต้นฉบับ วันนอนเฉลี่ยและกลุ่มอาการของผู้ป่วยจิตเวช

กอบโชค จวงษ์. พ.บ.*
บุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, ศศ.ม.**

บทคัดย่อ

การศึกษาวันนอนเฉลี่ยและกลุ่มอาการของผู้ป่วยจิตเวช มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยที่เหมาะสมในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชระยะเฉียบพลันแบบผู้ป่วยในและศึกษาอาการของผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มโรค กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 2,040 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาย่านนอน ระยะเวลาย่านวางแผนจำหน่าย การวินิจฉัยโรค และประเมินอาการโดยใช้เครื่องมือ Health of the Nation Outcome Scales: HoNOS ซึ่งเป็นแบบประเมินปัญหาสุขภาพจิต และหน้าที่การทำงานทางสังคมขณะแรกเริ่มและติดตามการเปลี่ยนแปลงอาการจนมีการวินิจฉัยจำหน่าย วิเคราะห์ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า วันนอนเฉลี่ยการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชระยะเฉียบพลันตามเครื่องมือ HoNOS คือ 17.6 ± 12.3 วัน กลุ่มโรค 3 อันดับแรกที่มีวันนอนเฉลี่ยสูงสุดเรียงตามลำดับคือลมชัก ปัญญาอ่อน และโรคจิตจากสมอง คือ 22.1 ± 17.4 , 20.3 ± 13.1 และ 20.0 ± 8.4 วัน กลุ่มโรคจิตจำแนกตามการวินิจฉัยสูงสุด 3 อันดับแรกคือโรคจิตเภท โรคจิตจากแอลกอฮอล์และโรคอารมณ์แปรปรวนและซึมเศร้า คือร้อยละ 54.5, 15.2 และ 9.7 ตามลำดับ ในขณะที่การพบปัญหาสูงสุด 5 ลำดับแรกคือ อาการปัญหาพฤติกรรมมากเกินไป ก้าวร้าว รับประทาน รุนแรง ระดับ 4 คะแนน ร้อยละ 27.7 อาการประสาทหลอน หลงผิด ระดับ 3 คะแนน ร้อยละ 24.8 ปัญหาทางจิตเวชหรือพฤติกรรมอื่น ๆ ระดับ 2 คะแนน ร้อยละ 24.0 และปัญหาการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น ระดับ 3 คะแนน ร้อยละ 24.0 และพบว่า เมื่อมีลงความเห็นจำหน่ายอาการดังกล่าวจะลดลง ดังนั้น HoNOS สามารถใช้ประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวชโดยมีข้อตกลงที่ชัดเจนและเป็นระบบเดียวกัน และให้ข้อมูลโดยเฉพาะวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเวชเฉียบพลันตามลักษณะอาการและกลุ่มโรค เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งกรมสุขภาพจิตในการกำกับติดตามคุณภาพการบริการและผู้ป่วยในการพิจารณาค่าใช้จ่ายให้เหมาะสมเป็นธรรมกับผู้ให้บริการ

คำสำคัญ : วันนอนเฉลี่ย อาการทางจิตเวช แบบประเมินปัญหาสุขภาพ

* โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต

** โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต



The average length of stay and psychiatric symptoms

*Kobchok Choovong, M.D.**

*Bupawan Purpanprasert, M.A.***

Abstract

This study was investigated the average length of stay (LOS) of acute psychiatric in-patients. Samples are 2,040 acute psychiatric in-patients at Psychiatric hospital by purposive sampling. Demographic data and clinical symptoms according to the questionnaire (Health of the Nation outcome scales: HoNOS) were collected Percentage, arithmetic mean and standard deviation were analyzed. The average length of stay was 17.6 ± 12.3 days. The top three syndromes having maximum LOS were epilepsy, mental retardation and organic brain syndromes at 22.1 ± 17.4 , 20.3 ± 13.1 and 20.0 ± 8.4 respectively. Schizophrenia, alcohol related psychiatric disorders and mood disorders were 3 most frequent diagnoses at 54.5, 15.2 and 9.7 % respectively. The majority psychiatric symptoms were behavioral problems, aggression, hallucination, delusion and social relationship problems at 27.7, 24.8, 24.0 and 24.0% respectively. In conclusion, HoNOS could be the standard tool to evaluate LOS and clinical symptoms for psychiatric hospital and provide reliable data for health consumer, policy makers and providers.

Key words : average length of stay, psychiatric symptoms, HoNOS

* Suansarnrom Hospital, Department of Mental Health

** Suanprung Hospital, Department of Mental Health

บทนำ

โรคทางจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข¹ มีความผิดปกติทั้งด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และการแสดงออกอย่างรุนแรง โดยผู้ป่วยมักไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชจะประสบปัญหาในการดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อการทำหน้าที่และสมรรถนะทางสังคมเสื่อมไป² ภาวะสำคัญจึงตกเป็นของผู้ดูแลทั้งที่เป็นเครือญาติโดยตรงหรือบุคลากรสาธารณสุข กรมสุขภาพจิตมีบทบาทสำคัญคือการให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ทำให้การบริการของโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต เป็นการให้บริการระดับตติยภูมิ ระบบการดูแลส่วนหนึ่งจะรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลที่ให้บริการในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ หรือรับผู้ป่วยโดยตรง ในระบบการส่งต่อก็มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น³ การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช โดยผู้ป่วยจะอยู่ในโรงพยาบาลเพียงระยะหนึ่งเท่านั้น เมื่ออาการทุเลาลงก็จะจำหน่ายและกลับไปอยู่ที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจึงเป็นบทบาทสำคัญของญาติผู้ดูแลและบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลฝ่ายกายที่อยู่ใกล้บ้าน แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านศักยภาพของโรงพยาบาลในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้ ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชส่วนหนึ่งต้องถูกส่งต่อมายังโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อรับบริการในระดับตติยภูมิเฉพาะสาขา เป็นบริการแบบผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน และบริการกลางวัน โดยที่มีเกณฑ์ในการจำแนกผู้ป่วย ได้แก่การดูแลในระยะเฉียบพลัน (Acute care) การดูแลในระยะคงอาการ (Stabilization care) และการดูแลในระยะฟื้นฟู (Rehabilitation care) ซึ่งการดูแลแต่ละระยะก็แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล (Length of Stay) และระดับอาการรุนแรงของกลุ่มโรคต่างๆ^{4,5,6}

ผลการศึกษาในต่างประเทศมีระบบบริการผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยระยะเฉียบพลันพบว่า มีระยะเวลาวันนอนเฉลี่ย 12 - 21 วัน ขึ้นอยู่กับสถานบริการก่อนที่จะส่งต่อให้ผู้รับบริการแบบ Patient hospitalization, Rehabilitation center or outpatients hospitalization^{7,8,9} สำหรับในประเทศไทยจากการรายงานผลประจำปีของกรมสุขภาพจิต พบว่า มีการบันทึกเฉพาะระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยทั้งหมดของผู้ป่วยในสังกัดกรมสุขภาพจิต โดยที่ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยตั้งแต่ 8.17 วัน ถึง 429.01 วัน^{10,11} จะเห็นได้ว่าในประเทศไทยยังไม่มีระบบการบันทึกเกี่ยวกับระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในระยะเฉียบพลัน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่าใช้จ่ายในการให้บริการค่อนข้างสูง ประกอบกับนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีแนวคิดที่จะจ่ายค่าชดเชยตามระดับความเร่งด่วนของอาการเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน ได้กำหนดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในรายละเอียด 1,615 บาทต่อรายภายในระยะเวลา 15 วัน จึงทำให้โรงพยาบาลจิตเวชต้องรับภาระค่าใช้จ่ายซึ่งไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการส่วนเกินจากหน่วยงานใดได้ เนื่องจากไม่มีข้อมูลที่ใช้ชี้แจงว่าจำนวนวันนอนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรคแต่ละระยะ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาระยะเวลาวันนอนสำหรับผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการเฉียบพลัน นอกจากนี้อาการของผู้ป่วยซึ่งจำแนกตามกลุ่มโรคต่างๆ ก็มีความสำคัญเช่นกัน เนื่องจากที่ผ่านมามูลค่าการในสังกัดกรมสุขภาพจิตไม่มีการบันทึกอาการของผู้ป่วยครบถ้วนทั้งด้านคลินิกหน้าที่การงาน ระดับการสนับสนุนจากสังคม กิจกรรมในการบำบัดนอกเหนือจากการรักษาด้วยยา กรมสุขภาพจิตจึงมีนโยบายที่จะให้มีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลันอย่างเป็นระบบ โดยมีระบบการเก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินเดียวกัน เพื่อประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการ การกำกับติดตามคุณภาพการบริการ และ

พิจารณาต้นทุนต่อกิจกรรมที่เหมาะสม ตลอดจนเป็น
ข้อมูลในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้เกี่ยวข้องต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาระยะเวลานานอน
เฉลี่ยที่เหมาะสมในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชระยะ
เฉียบพลันแบบผู้ป่วยใน และศึกษาอาการในการรับ
ผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วย
จิตเวช ที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล
จิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิตในช่วงเดือนมิถุนายน ถึง
เดือนตุลาคม 2548 จำนวน 10 โรงพยาบาลได้แก่
ภาคเหนือ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวช
นครสวรรค์ราชนครินทร์ ภาคกลาง โรงพยาบาล
ศรีธัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ภาคตะวันออกเฉยเหนือ
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา
ราชนครินทร์ และภาคใต้ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ได้คัดเลือกกลุ่ม
ตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยจิตเวชระยะ
เฉียบพลันแบบผู้ป่วยใน จำนวน 2,040 ราย ตาม
คุณลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่ม
ตัวอย่างสำหรับการศึกษาดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่ม
ตัวอย่างการศึกษา (Inclusion Criteria)

1.1 ผู้ป่วยมีผลการวินิจฉัยการรักษา
ปัญหารุนแรงปานกลางในหัวข้อใดหัวข้อหนึ่ง

1.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหลักด้วย
ปัญหาโรคจิตเวช (F00 - F99) โรคลมชัก (G40) และ
ผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต (G21)

1.3 ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป

2. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยออกจากกลุ่ม
ตัวอย่างการศึกษา (Exclusion Criteria)

2.1 ผู้ป่วยที่ญาติต้องการจำหน่ายก่อน
กำหนดหรือไม่ยินยอมรับการรักษาต่อ

2.2 ผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อเพื่อรับการรักษา
ภาวะฉุกเฉินทางกาย

2.3 ผู้ป่วยที่เสียชีวิต

2.4 ผู้ป่วยหลบหนีสำเร็จที่ยังมีปัญหา
รุนแรงปานกลางจากการประเมินอาการ

2.5 ผู้ป่วยตึกเฉพาะที่มีกฎเกณฑ์อื่น เช่น
ญาติมีส่วนร่วมที่กำหนดระยะเวลาอนไว้ไม่เกิน
1 สัปดาห์ ตึกพิเศษ ตึกฟื้นฟูสมรรถภาพ (รับการรักษา
เพื่อวัตถุประสงค์ฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างเดียว)

เครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูลประกอบด้วย
ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนวันวางแผนการ
จำหน่าย (จำนวนวันที่แพทย์กำหนด) การวินิจฉัยโรค
และแบบประเมินปัญหาสุขภาพจิตและหน้าที่การ
ทำงานทางสังคมและติดตามการเปลี่ยนแปลงของ
วิงเคอทีสและปีเวอร์¹² (Health of the Nation Outcome
Scales: HoNOS) มีค่าความสอดคล้องภายใน 0.68¹¹
แบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วยองค์ประกอบ 10 หมวด
ดังนี้

1. ด้านพฤติกรรมที่มีปัญหาที่มีผลกระทบต่อ
ตนเองและผู้อื่น

ข้อที่ 1 ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมที่
มากเกินไป หรือจากพฤติกรรม ก้าวร้าว รบกวนผู้อื่น
หรือวุ่นวาย อยู่ไม่สงบ

ข้อที่ 2 มีความคิดหรือพฤติกรรม
ฆ่าตัวตาย มีการทำร้ายตัวเองที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ

ข้อที่ 3 ปัญหาการดื่มสุราหรือการใช้
ยาเสพติด

2. ด้านความบกพร่องในการทำหน้าที่
พื้นฐาน

ข้อที่ 4 ปัญหาด้านพุทธิปัญญาเกี่ยวกับความทรงจำการรู้เวลา สถานที่ บุคคลและความเข้าใจในเรื่องต่างๆ

ข้อที่ 5 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยหรือพิการทางร่างกาย

3. ด้านความเครียดหรือประสบการณ์ที่ผ่านมา

ข้อที่ 6 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอาการประสาทหลอนและหลงผิด

ข้อที่ 7 อารมณ์ซึมเศร้า

ข้อที่ 8 ปัญหาทางจิตและพฤติกรรมอื่นๆ

4. ด้านปัญหาสภาพแวดล้อมที่จำกัดการทำงานของแต่ละคน

ข้อที่ 9 ปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมในเชิงเกื้อหนุนกับผู้อื่น

ข้อที่ 10 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันการใช้ความสามารถโดยรวม

เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนน แต่ละหมวดมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีปัญหา

คะแนน 1 คะแนน หมายถึง มีปัญหาเพียงเล็กน้อย ไม่ต้องการการดำเนินการใดๆ

คะแนน 2 คะแนน หมายถึง ปัญหาไม่รุนแรงแต่เห็นได้ชัด

คะแนน 3 คะแนน หมายถึง ปัญหารุนแรงปานกลาง

คะแนน 4 คะแนน หมายถึง ปัญหารุนแรงถึงรุนแรงมาก

การประเมินสุขภาพกับผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง มีระยะเวลาการประเมิน 3 เดือน โดยพยาบาลประเมินสัปดาห์ละ 2 ครั้ง จนกว่าผู้ป่วยจะดีขึ้นจึงจะประเมินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และในกรณีผู้ป่วยมีการกลับป่วยซ้ำใหม่ให้เริ่มประเมินสัปดาห์

ละ 2 ครั้ง ถ้าผู้ป่วยรับการรักษาเกิน 60 วัน ให้หยุดการประเมินสัปดาห์ละ 1 ครั้งและให้ทำครั้งสุดท้ายเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย

การประชุมชี้แจงการดำเนินงานวิจัยและฝึกอบรมการใช้เครื่องมือในพื้นที่เป้าหมาย ในเดือน พฤษภาคม 2548 แยกตามรายการได้แก่

ภาคเหนือ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

ภาคกลาง โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ และ

ภาคใต้ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

ทดลองการใช้เครื่องมือและแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และประชุมปรึกษาแก้ไข ในเดือนเมษายน 2548

วิเคราะห์ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผล

ผู้ป่วยจิตเวชระยะเฉียบพลันแบบที่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในจำนวน 2,040 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.4 มีผู้ป่วยกลุ่มโรค F20 (Schizophrenia) ร้อยละ 54.5 วันอยู่โรงพยาบาลจริงเฉลี่ย 22.4 ± 13.1 วัน สำหรับวันนอนเฉลี่ยในการศึกษาครั้งนี้เป็นวันนอนเฉลี่ยที่ทีมรักษาลงความเห็นวินิจฉัยจำหน่ายได้ซึ่งผู้ป่วยอาจจะไม่ได้จำหน่ายจริง

โรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ที่มีจำนวนเตียง 500 เตียง ขึ้นไป คือ โรงพยาบาลสวนปรุง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์พบว่า โรงพยาบาลที่มีระยะเวลาวันนอนของผู้ป่วยมากที่สุดคือ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์เฉลี่ย 22.1 ± 14.4 วัน และโรงพยาบาลที่มีระยะเวลาวันนอนน้อยที่สุดคือ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เฉลี่ย 12.9 ± 8.1 วัน โรงพยาบาลจิตเวชที่มีจำนวนเตียงน้อยกว่า 500 เตียง ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ ราชนครินทร์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาล

จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลา ราชนครินทร์ พบว่าโรงพยาบาลที่มีระยะเวลาวันนอนมากที่สุดคือ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เฉลี่ย 18.5 ± 13.0 วัน และโรงพยาบาลที่มีระยะเวลาวันนอนน้อยที่สุดคือ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เฉลี่ย 12.1 ± 5.2 วัน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง และ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ ระยะเวลาวันนอน จำแนกตามโรงพยาบาลจิตเวช

โรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X} \pm S.D.$
สวนปรง	530	26.0	18.4 ± 9.2
จิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	64	3.1	15.2 ± 7.5
ศรีรัษฎา	290	14.2	17.9 ± 10.3
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	164	8.0	14.7 ± 11.0
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	43	2.1	12.1 ± 5.2
พระศรีมหาโพธิ์	197	9.7	12.9 ± 8.1
จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	129	6.3	16.8 ± 13.8
จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	142	7.0	15.7 ± 14.4
สวนสราญรมย์	360	17.7	22.1 ± 14.4
จิตเวชสงขลาราชนครินทร์	121	5.9	18.5 ± 13.0
ระยะเวลาวันนอนรวม	2040	100	17.6 ± 12.3

ในการศึกษาครั้งนี้จำแนกกลุ่มการวินิจฉัยโรคหลักๆเป็น 10 กลุ่ม โดยแยกปัญหาทางจิตจากแอลกอฮอล์จากสารเสพติด และโรคอื่นๆ รวมอยู่ใน other ซึ่งรายละเอียดวันนอนเฉลี่ย จำนวนผู้ป่วยแต่ละกลุ่มดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำแนกตามกลุ่มการวินิจฉัยแสดงค่า จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของวันนอน

โรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X} \pm S.D.$
Organic Mental Disorder (F00-09)	85	4.2	20.0 $\pm$ 8.4
Alcohol Related Disorder (F10)	307	15.2	14.5 $\pm$ 9.0
Substance Related Disorder (F11-19)	98	4.8	18.5 $\pm$ 13.6
Schizophrenia (F20)	1,103	54.5	18.7 $\pm$ 13.2
Psychosis (F21-29)	164	8.1	16.2 $\pm$ 13.4
Mood Disorder / Mania (F30-34)	197	9.7	16.0 $\pm$ 9.7
Neurosis (F40-48)	15	0.7	13.1 $\pm$ 10.1
Mental Retardation (F70-79)	17	0.8	20.3 $\pm$ 13.1
Epilepsy (G40)	24	1.2	22.1 $\pm$ 17.4
Other	13	0.6	11.8 $\pm$ 3.4

การประเมินปัญหาสุขภาพด้วย HoNOS ในผู้ป่วยทั้งหมด แสดงรายละเอียดเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่มีวันนอนสูงสุด 3 อันดับแรกคือโรคซึมเศร้า ปัญญาอ่อน โรคจิตจากสมอง เฉพาะการประเมินครั้งที่ 1-5 ซึ่งเป็นการประเมินต่างกันแต่ละครั้งประมาณ 3 - 5 วัน ดังตารางที่ 3, 4, 5, 6 และ 7 ตามลำดับดังนี้

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย HoNOS จำแนกรายข้อและครั้งในผู้ป่วยทั้งหมด

รายข้อ	ครั้งที่ 1 $\bar{X} \pm S.D.$	ครั้งที่ 2 $\bar{X} \pm S.D.$	ครั้งที่ 3 $\bar{X} \pm S.D.$	ครั้งที่ 4 $\bar{X} \pm S.D.$	ครั้งที่ 5 $\bar{X} \pm S.D.$
1. ปัญหาพฤติกรรมมากเกินไป ก้าวร้าว รบกวน วนวน	2.3 $\pm$ 1.4	1.3 $\pm$ 1.2	.9 $\pm$ 1.1	.7 $\pm$ 1.0	.5 $\pm$.8
2. ความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย	.4 $\pm$ 1.4	.2 $\pm$.7	.1 $\pm$.5	0 $\pm$.4	0 $\pm$.3
3. ปัญหาการดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติด	1.2 $\pm$ 1.5	.5 $\pm$ 1.1	.3 $\pm$.8	.2 $\pm$.7	.1 $\pm$.6
4. ปัญหาด้านบุคลิกภาพ	1.6 $\pm$ 1.3	1.3 $\pm$ 1.2	1.1 $\pm$ 1.1	.9 $\pm$ 1.0	.8 $\pm$.9
5. ปัญหาด้านการเจ็บป่วยทางกาย หรือพิการทางกายผลข้างเคียงจากยา	.5 $\pm$ 1.0	.4 $\pm$.8	.3 $\pm$.7	.2 $\pm$.7	.2 $\pm$.6
6. ปัญหาอาการประสาทหลอนหลงผิด	2.1 $\pm$ 1.4	1.5 $\pm$ 1.3	1.2 $\pm$ 1.2	.9 $\pm$ 1.1	.7 $\pm$ 1.0
7. อารมณ์ซึมเศร้า	.7 $\pm$ 1.1	.6 $\pm$.9	.4 $\pm$.8	.3 $\pm$.7	.3 $\pm$.6
8. ปัญหาทางจิตเวชหรือพฤติกรรมอื่นๆ	2.1 $\pm$ 1.4	1.3 $\pm$ 1.2	.8 $\pm$ 1.1	.6 $\pm$.9	.5 $\pm$.8
9. ปัญหาการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม กับผู้อื่น	2.2 $\pm$ 1.1	1.8 $\pm$ 1.0	1.5 $\pm$ 1.0	1.2 $\pm$ 1.0	1.1 $\pm$.9
10. ปัญหาชีวิตประจำวัน การไร้ความสามารถโดยรวม	1.6 $\pm$ 1.2	1.2 $\pm$ 1.1	.9 $\pm$ 1.0	.7 $\pm$.9	.6 $\pm$.8

ครั้งที่ 1 คะแนนเฉลี่ยสูงสุดในข้อ 1, 9, 6, 8 และข้อ 10 โดยที่ข้อที่ 1 อาการปัญหาพฤติกรรมมากเกินไป ก้าวร้าว ควบคุม วุ่นวาย พบในระดับมัธยม ร้อยละ 27.7 ข้อที่ 6 อาการประสาทหลอน หลงผิด ระดับปานกลาง ร้อยละ 24.8 ข้อที่ 8 ปัญหาทางจิตเวชหรือพฤติกรรมอื่น ๆ ระดับไม่รุนแรงแต่เห็นได้ชัด ร้อยละ 24.0 และข้อที่ 9 ปัญหาการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น ระดับปานกลาง ร้อยละ 25.4

ครั้งที่ 2 คะแนนเฉลี่ยลดลง โดยพบข้อที่ 1 อาการปัญหาพฤติกรรมมากเกินไป ก้าวร้าว ควบคุม

วุ่นวาย ลดลงในระดับไม่รุนแรงแต่เห็นได้ชัด ร้อยละ 25.0 เช่นเดียวกับข้อที่ 6 ข้อที่ 8 และข้อที่ 9 โดยไม่พบความรุนแรงแต่เห็นอาการได้ชัด ร้อยละ 27.2 ร้อยละ 27.8 และ ร้อยละ 37.5 ตามลำดับ

ครั้งที่ 3-5 คะแนนเฉลี่ยหมวดอาการทางจิตผลการประเมินสุขภาพไม่มีปัญหา นอกจากข้อที่ 9 ปัญหาการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น และข้อที่ 10 ปัญหาชีวิตประจำวัน การไร้ความสามารถมีปัญหาน้อย

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย HoNOS จำแนกรายข้อและครั้งในผู้ป่วยโรคจิตเภท (F20)

รายข้อ	ครั้งที่ 1 $\bar{X} \pm S.D.$	ครั้งที่ 2 $\bar{X} \pm S.D.$	ครั้งที่ 3 $\bar{X} \pm S.D.$	ครั้งที่ 4 $\bar{X} \pm S.D.$	ครั้งที่ 5 $\bar{X} \pm S.D.$
1. ปัญหาพฤติกรรมมากเกินไป ก้าวร้าว ควบคุม วุ่นวาย	2.4 $\pm$ 1.4	1.4 $\pm$ 1.3	1.0 $\pm$ 1.1	.7 $\pm$ 1.0	.5 $\pm$.9
2. ความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย	.4 $\pm$ 1.0	.2 $\pm$.7	.1 $\pm$.5	0 $\pm$.3	0 $\pm$.3
3. ปัญหาการดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติด	.8 $\pm$ 1.2	.3 $\pm$.8	.1 $\pm$.6	.1 $\pm$.5	.1 $\pm$.4
4. ปัญหาด้านพุทธิปัญญา	1.7 $\pm$ 1.3	1.3 $\pm$ 1.2	1.1 $\pm$ 1.1	.9 $\pm$ 1.0	.8 $\pm$.9
5. ปัญหาด้านการเจ็บป่วยทางกาย หรือพิการทางกายผลข้างเคียงจากยา	.4 $\pm$.8	.3 $\pm$.7	.3 $\pm$.7	.2 $\pm$.6	.2 $\pm$.5
6. ปัญหาอาการประสาทหลอนหลงผิด	2.2 $\pm$ 1.4	1.7 $\pm$ 1.2	1.3 $\pm$ 1.1	.9 $\pm$ 1.1	.7 $\pm$ 1.0
7. อารมณ์ซึมเศร้า	.7 $\pm$ 1.1	.5 $\pm$.9	.4 $\pm$.8	.3 $\pm$.6	.3 $\pm$.6
8. ปัญหาทางจิตเวชหรือพฤติกรรมอื่นๆ	2.1 $\pm$ 1.4	1.2 $\pm$ 1.2	.9 $\pm$ 1.0	.6 $\pm$.9	.5 $\pm$.8
9. ปัญหาการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น	2.3 $\pm$ 1.1	2.0 $\pm$ 1.0	1.6 $\pm$ 1.0	1.3 $\pm$ 1.0	1.2 $\pm$.9
10. ปัญหาชีวิตประจำวัน การไร้ความสามารถโดยรวม	1.6 $\pm$ 1.2	1.2 $\pm$ 1.1	.9 $\pm$ 1.0	.7 $\pm$.9	.6 $\pm$.8

ครั้งที่ 1 คะแนนเฉลี่ยสูงสุดในข้อ 1, 6, 9, 8 และ 4 ตามลำดับ โดยที่ข้อที่ 1 อาการปัญหาพฤติกรรมมากเกินไป ก้าวร้าว รบกวน วุ่นวาย ในระดับรุนแรงมากร้อยละ 32.1 ข้อที่ 4 ปัญหาด้านพุทธิปัญญาไม่รุนแรงแต่เห็นได้ชัดร้อยละ 24.2 ข้อที่ 6 อาการประสาทหลอน หลงผิด รุนแรงระดับปานกลางร้อยละ 25.8 ข้อที่ 8 ปัญหาทางจิตเวชหรือพฤติกรรมอื่นๆ ไม่รุนแรงแต่เห็นได้ชัด ข้อที่ 9 ปัญหาการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น และข้อที่ 10 ปัญหาชีวิตประจำวัน การไร้ความสามารถโดยรวม มีปัญหาไม่รุนแรงแต่เห็นได้ชัดร้อยละ 24.9, 34.7 และ 26.2 ตามลำดับ

ครั้งที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการประเมินสุขภาพมีระดับคะแนนลดลง โดยพบข้อที่ 1 อาการปัญหาพฤติกรรมมากเกินไป ก้าวร้าว รบกวน วุ่นวายมีปัญหารุนแรงระดับปานกลางร้อยละ 24.1 ขณะที่ข้อที่ 6 อาการประสาทหลอน หลงผิด ข้อที่ 8 ปัญหาทางจิตเวชหรือพฤติกรรมอื่นๆ ข้อที่ 9 ปัญหาการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น และข้อที่ 10 ปัญหาชีวิตประจำวัน การไร้ความสามารถโดยรวม ไม่มีปัญหาแต่เห็นได้ชัดร้อยละ 29.4, 27.8, 39.8 และ 25.5 ตามลำดับ

ครั้งที่ 3-5 คะแนนการประเมินสุขภาพมีระดับ 0 คะแนนมากขึ้น พบข้อที่ 9 ปัญหาการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น และข้อที่ 10 ปัญหาชีวิตประจำวัน การไร้ความสามารถโดยรวมมีปัญหาน้อย

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย HoNOS จำแนกรายข้อและครั้งผู้ป่วยโรคลมชัก G40

รายข้อ	ครั้งที่ 1 $\bar{X} \pm S.D.$	ครั้งที่ 2 $\bar{X} \pm S.D.$	ครั้งที่ 3 $\bar{X} \pm S.D.$	ครั้งที่ 4 $\bar{X} \pm S.D.$	ครั้งที่ 5 $\bar{X} \pm S.D.$
1. ปัญหาพฤติกรรมมากเกินไป ก้าวร้าว รบกวน วุ่นวาย	1.6 $\pm$ 1.6	.6 $\pm$.8	.6 $\pm$.8	.6 $\pm$.8	.6 $\pm$ 1.1
2. ความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย	.9 $\pm$ 1.5	.3 $\pm$.6	.3 $\pm$.6	.2 $\pm$.5	.3 $\pm$.6
3. ปัญหาการดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติด	.5 $\pm$ 1.2	0 $\pm$.2	0 $\pm$ 0	0 $\pm$ 0	0 $\pm$ 0
4. ปัญหาด้านพุทธิปัญญา	1.3 $\pm$ 1.4	1.2 $\pm$ 1.3	1.1 $\pm$ 1.3	1.1 $\pm$ 1.1	1.1 $\pm$ 1.3
5. ปัญหาด้านการเจ็บป่วยทางกาย หรือพิการทางกายผลข้างเคียงจากยา	1.5 $\pm$ 1.4	1.1 $\pm$ 1.3	.8 $\pm$.8	1.0 $\pm$ 1.1	.8 $\pm$.9
6. ปัญหาอาการประสาทหลอนหลงผิด	1.4 $\pm$ 1.5	.6 $\pm$ 1.0	.5 $\pm$.9	.5 $\pm$ 1.1	.4 $\pm$.9
7. อารมณ์ซึมเศร้า	.8 $\pm$ 1.4	.5 $\pm$.8	.4 $\pm$.8	.3 $\pm$.7	.3 $\pm$.7
8. ปัญหาทางจิตเวชหรือพฤติกรรมอื่นๆ	1.4 $\pm$ 1.4	.8 $\pm$.9	.4 $\pm$.8	.7 $\pm$ 1.1	.7 $\pm$ 1.1
9. ปัญหาการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น	2.0 $\pm$ 1.4	1.6 $\pm$ 1.2	1.3 $\pm$ 1.2	1.3 $\pm$ 1.1	1.4 $\pm$ 1.1
10. ปัญหาชีวิตประจำวัน การไร้ความสามารถโดยรวม	1.7 $\pm$ 1.3	1.3 $\pm$ 1.2	1.0 $\pm$ 1.0	1.2 $\pm$ 1.0	1.1 $\pm$ 1.0

ครั้งที่ 1 คะแนนเฉลี่ยสูงสุดเรียงตามลำดับข้อ 9, 10 และ ข้อ 1 โดยมีอาการตรงกับข้อที่ 1 อาการปัญหาพฤติกรรมมากเกินไป ก้าวร้าว ควบคุม วุ่นวาย ในระดับปานกลางร้อยละ 29.2 ข้อที่ 9 ปัญหาการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น ระดับรุนแรงมาก ร้อยละ 20.8 และข้อที่ 10 ปัญหาชีวิตประจำวัน การไร้ความสามารถโดยรวม ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.2

ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยมีปัญหาในข้อ 9, 10 และ ข้อ 4 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเรียงตามลำดับ ส่วนคะแนน

เฉลี่ยลดลงในข้อที่ 1 อาการปัญหาพฤติกรรมมากเกินไป ก้าวร้าว ควบคุม วุ่นวาย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 54 ไม่มีปัญหา ข้อที่ 9 ปัญหาการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นในระดับไม่รุนแรงเห็นได้ชัดร้อยละ 33.3 และข้อที่ 10 ปัญหาชีวิตประจำวันการไร้ความสามารถโดยรวมไม่มีปัญหาแต่เห็นได้ชัดร้อยละ 25.5

ครั้งที่ 3 ส่วนใหญ่ผลการประเมินสุขภาพมีระดับ 0 คะแนนทุกข้อโดยที่ปัญหาข้อ 9 และข้อ 10 เป็นปัญหาระดับไม่รุนแรงแต่เห็นได้ชัด คงที่จนถึงครั้งที่ 4-5 ร้อยละ 35.3 และร้อยละ 28.6

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ย HoNOS จำแนกรายข้อและครั้งผู้ป่วยกลุ่มโรค F70-79 (Mental Retardation)

รายข้อ	ครั้งที่ 1 $\bar{X} \pm S.D.$	ครั้งที่ 2 $\bar{X} \pm S.D.$	ครั้งที่ 3 $\bar{X} \pm S.D.$	ครั้งที่ 4 $\bar{X} \pm S.D.$	ครั้งที่ 5 $\bar{X} \pm S.D.$
1. ปัญหาพฤติกรรมมากเกินไป ก้าวร้าว ควบคุม วุ่นวาย	2.1 $\pm$ 1.3	1.1 $\pm$ 1.0	.8 $\pm$.9	.8 $\pm$.7	.7 $\pm$.8
2. ความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย	.2 $\pm$.9	.2 $\pm$.7	.2 $\pm$.7	0 $\pm$ 0	0 $\pm$ 0
3. ปัญหาการดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติด	.2 $\pm$.5	0 $\pm$.2	0 $\pm$ 0	0 $\pm$ 0	0 $\pm$ 0
4. ปัญหาด้านบุคลิกภาพ	2.2 $\pm$ 1.2	2.1 $\pm$ 1.2	2.0 $\pm$ 1.2	1.7 $\pm$ 1.1	1.8 $\pm$ 1.1
5. ปัญหาด้านการเจ็บป่วยทางกาย หรือพิการทางกายผลข้างเคียงจากยา	.9 $\pm$ 1.4	.7 $\pm$ 1.3	.6 $\pm$ 1.2	.5 $\pm$ 1.0	.5 $\pm$ 1.1
6. ปัญหาอาการประสาทหลอนหลงผิด	.7 $\pm$ 1.2	.8 $\pm$ 1.2	.7 $\pm$ 1.2	.7 $\pm$ 1.0	.6 $\pm$.9
7. อารมณ์ซึมเศร้า	.6 $\pm$ 1.4	.4 $\pm$ 1.1	.3 $\pm$.7	.1 $\pm$.3	.1 $\pm$.3
8. ปัญหาทางจิตเวชหรือพฤติกรรมอื่นๆ	1.9 $\pm$ 1.6	1.2 $\pm$ 1.2	1.0 $\pm$.9	.6 $\pm$.8	.6 $\pm$.7
9. ปัญหาการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น	2.4 $\pm$ 1.3	2.0 $\pm$ 1.3	2.0 $\pm$ 1.3	1.6 $\pm$ 1.3	1.6 $\pm$ 1.3
10. ปัญหาชีวิตประจำวัน การไร้ความสามารถโดยรวม	1.9 $\pm$ 1.2	1.8 $\pm$ 1.2	1.3 $\pm$ 1.2	1.3 $\pm$ 1.1	1.2 $\pm$ 1.1

ครั้งที่ 1 ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยในข้อ 9, 1, 4, 8 และ 10 สูงสุดเรียงตามลำดับ โดยพบปัญหาในข้อ 9 การสร้างสัมพันธภาพทางสังคมกับผู้อื่นรุนแรงมากร้อยละ 29.4 ข้อ 1 ปัญหาพฤติกรรมมากเกินไป ก้าวร้าว รบกวน วุ่นวาย ไม่รุนแรงแต่เห็นได้ชัดร้อยละ 35.3 ข้อ 4 ปัญหาบุคลิกภาพในระดัปลานกลางร้อยละ 76.4 ข้อ 8 ปัญหาทางด้านจิตเวชหรือพฤติกรรมอื่นรุนแรงมากร้อยละ 29.4 และข้อ 10 ปัญหาชีวิตประจำวัน การไร้ความสามารถโดยรวมระดับปานกลางร้อยละ 76.4

ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยในข้อ 4, 9, 10, 8 และ 1 สูงสุดเรียงตามลำดับ โดยที่คะแนนลดลงจากครั้งที่ 1 ข้อ 4 ปัญหาบุคลิกภาพในระดัปลานกลางร้อยละ 58.8 ข้อ 9 การสร้างสัมพันธภาพทางสังคมกับผู้อื่นไม่เป็นปัญหาแต่เห็นได้ชัด ลดลงจากจากระดับรุนแรง ร้อยละ 29.4 เหลือระดับปัญหาไม่รุนแรง แต่เห็นได้ชัด ร้อยละ 29.4 ข้อ 10 ปัญหาชีวิตประจำวัน การไร้ความสามารถโดยรวมระดับปานกลางร้อยละ

76.4 ข้อ 8 ปัญหาทางด้านจิตเวชหรือพฤติกรรมอื่นไม่พบ ร้อยละ 41.2 แต่พบข้อ 1 ปัญหาพฤติกรรมมากเกินไป ก้าวร้าว รบกวน วุ่นวาย ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้นร้อยละ 41.2

ครั้งที่ 3 คะแนนเฉลี่ยในข้อ 4, 9, 10 และ 8 สูงสุดตามลำดับ ข้อ 4 ปัญหาบุคลิกภาพในระดัปลานกลางร้อยละ 52.9 ข้อ 9 ปัญหาการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมกับผู้อื่นปานกลางร้อยละ 52.9 ข้อ 10 ปัญหาชีวิตประจำวัน การไร้ความสามารถโดยรวมไม่เป็นปัญหาแต่เห็นได้ชัดร้อยละ 47.1 ข้อ 8 ปัญหาทางด้านจิตเวชหรือพฤติกรรมอื่นไม่รุนแรงแต่เห็นได้ชัด ร้อยละ 41.2

ครั้งที่ 4, 5 คะแนนเฉลี่ยในข้อ 4, 9 และ 10 สูงสุด ข้อ 4 ปัญหาด้านบุคลิกภาพในระดัปลานกลางร้อยละ 50.0 ข้อ 9 ปัญหาการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น และข้อ 10 ปัญหาชีวิตประจำวัน การไร้ความสามารถโดยรวมไม่รุนแรงแต่เห็นได้ชัด ร้อยละ 53.3, 66.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ย HoNOS จำแนกรายข้อและครั้งผู้ป่วยกลุ่มโรค F00-F09 (Organic brain syndrome)

รายข้อ	ครั้งที่ 1 $\bar{X} \pm S.D.$	ครั้งที่ 2 $\bar{X} \pm S.D.$	ครั้งที่ 3 $\bar{X} \pm S.D.$	ครั้งที่ 4 $\bar{X} \pm S.D.$	ครั้งที่ 5 $\bar{X} \pm S.D.$
1. ปัญหาพฤติกรรมมากเกินไป ก้าวร้าว รบกวน วุ่นวาย	1.9 $\pm$ 1.5	1.3 $\pm$ 1.2	.8 $\pm$ 1.1	.71 $\pm$.96	.6 $\pm$.8
2. ความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย	.6 $\pm$ 1.2	.4 $\pm$ 1.0	.3 $\pm$.8	.2 $\pm$.7	.1 $\pm$.6
3. ปัญหาการดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติด	.5 $\pm$ 1.0	.1 $\pm$.6	0 $\pm$.3	0 $\pm$.3	0 $\pm$.2
4. ปัญหาด้านบุคลิกภาพ	2.1 $\pm$ 1.3	1.8 $\pm$ 1.2	1.7 $\pm$ 1.2	1.6 $\pm$ 1.2	1.5 $\pm$ 1.2
5. ปัญหาด้านการเจ็บป่วยทางกาย หรือพิการทางกายผลข้างเคียงจากยา	1.1 $\pm$ 1.3	1.0 $\pm$ 1.2	.8 $\pm$ 1.1	.7 $\pm$ 1.0	.5 $\pm$.9
6. ปัญหาอาการประสาทหลอนหลงผิด	1.9 $\pm$ 1.4	1.5 $\pm$ 1.3	1.1 $\pm$ 1.2	1.1 $\pm$ 1.1	.8 $\pm$ 1.1
7. อารมณ์ซึมเศร้า	.8 $\pm$ 1.2	.8 $\pm$ 1.1	.6 $\pm$.9	.5 $\pm$.8	.3 $\pm$.7
8. ปัญหาทางจิตเวชหรือพฤติกรรมอื่นๆ	2.1 $\pm$ 1.4	1.2 $\pm$ 1.2	.8 $\pm$ 1.1	.7 $\pm$ 1.1	.5 $\pm$.9
9. ปัญหาการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น	2.1 $\pm$ 1.2	1.9 $\pm$ 1.1	1.7 $\pm$ 1.1	1.6 $\pm$ 1.1	1.4 $\pm$ 1.1
10. ปัญหาชีวิตประจำวัน การไร้ความสามารถโดยรวม	1.9 $\pm$ 1.3	1.7 $\pm$ 1.2	1.3 $\pm$ 1.2	1.3 $\pm$ 1.2	1.1 $\pm$ 1.2

ครั้งที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยข้อ 1, 4, 6, 8, 9 และ 10 สูงสุดเรียงตามลำดับ ข้อที่ 1 อาการปัญหาพฤติกรรมมากเกินไป ก้าวร้าว ควบคุม วุ่นวายในระดับรุนแรงมาก ร้อยละ 21.2 ข้อที่ 4 ปัญหาด้านพุทธิปัญญา (Cognitive problems) ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.1 ข้อที่ 6 อาการประสาทหลอน หลงผิด ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.2 ข้อที่ 8 ปัญหาทางจิตเวชหรือพฤติกรรมอื่น และข้อที่ 9 ปัญหาการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น ๆ ในระดับไม่เป็นปัญหาแต่เห็นได้ชัด ร้อยละ 28.2 และ 36.5 ตามลำดับ และข้อที่ 10 ปัญหาชีวิตประจำวัน การไร้ความสามารถโดยรวม ในระดับปานกลาง ร้อยละ 29.8

ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยในข้อ 9, 4, 10, 6 และ 1 สูงสุดเรียงตามลำดับ โดยที่คะแนนลดลงจากครั้งที่ 1 ข้อ 4 ปัญหาพุทธิปัญญา ปัญหาไม่รุนแรงแต่เห็นได้ชัด ร้อยละ 34.5 ข้อ 9 การสร้างสัมพันธภาพทางสังคมกับผู้อื่น อยู่ในระดับคงที่ ไม่เป็นปัญหาแต่เห็นได้ชัด ร้อยละ 36.5 ข้อ 10 ปัญหาชีวิตประจำวัน การไร้ความสามารถโดยรวมระดับปานกลาง ร้อยละ 26.2

ครั้งที่ 3 คะแนนเฉลี่ยในข้อ 4, 9, 6 และ 10 สูงสุด ข้อ 4 ปัญหาพุทธิปัญญาระดับปัญหาไม่รุนแรงแต่เห็นได้ชัด ร้อยละ 33.3 ข้อ 9 ปัญหาการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น ระดับ ปัญหาไม่รุนแรงแต่เห็นได้ชัด ร้อยละ 38.8 ข้อ 10 ปัญหาชีวิตประจำวัน การไร้ความสามารถโดยรวมมีปัญหาเพียงเล็กน้อย ไม่ต้องการการดำเนินการใดๆ ร้อยละ 24.7

ครั้งที่ 4, 5 คะแนนเฉลี่ยในข้อ 4, 9 และ 10 สูงสุด ข้อ 4 ปัญหาด้านพุทธิปัญญา ข้อที่ 9 ปัญหาการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น และข้อที่ 10 ปัญหาชีวิตประจำวัน การไร้ความสามารถโดยรวมไม่รุนแรงแต่เห็นได้ชัด ร้อยละ 28.4, 34.1, 25.9 ตามลำดับ

วิจารณ์

ในการศึกษาครั้งนี้จำกัดเฉพาะการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชระยะเฉียบพลันแบบผู้ป่วยในระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเวชทุกกลุ่ม อิงตามความเห็นการวินิจฉัยจำหน่ายของแพทย์ ร่วมกับการประเมินปัญหาสุขภาพด้วยเครื่องมือ HoNOS พบว่าแต่ละกลุ่มโรคมีวันนอนเฉลี่ยที่แตกต่างกัน โดยที่กลุ่มอาการโรคซึมเศร้า ปัญหาอ่อน และ โรคทางจิตจากสมอง มีวันนอนเฉลี่ยสูงสุด เนื่องจากความซับซ้อนของโรคที่มีทั้งด้านสมองและด้านจิตใจ จากการประเมินสุขภาพมักจะพบปัญหาอย่างต่อเนื่องในข้อเกี่ยวกับปัญหาในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ ปัญหาชีวิตประจำวัน การไร้ความสามารถโดยรวม จึงต้องใช้การบำบัดค่อนข้างยาวนานกว่ากลุ่มโรคอื่น ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความชำนาญเฉพาะทางบำบัดรักษาจากทีมสหวิชาชีพ ทั้งด้านการรักษาด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย การฟื้นฟูทักษะทางสังคม และการฝึกทักษะด้านอาชีพต่างๆ ตลอดจนการเตรียมความพร้อมของญาติซึ่งมักจะปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยรวมไปถึงการสนับสนุนเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

สำหรับกลุ่มโรคที่มีจำนวนวันนอนมากที่สุดคือโรคจิตเภท ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่พบสูงสุดในทุกแห่ง ซึ่งกลุ่มโรคนี้มีอาการแสดงได้หลากหลาย จากการประเมินด้วย HoNOS พบว่ามีปัญหาในระดับปานกลางถึงรุนแรงในหัวข้อ 1, 6, 8 และ 9 ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับความผิดปกติพฤติกรรมวุ่นวาย ก้าวร้าว ควบคุม มีประสาทหลอน และมีปัญหาสัมพันธภาพกับสังคม ซึ่งในสัปดาห์ที่สองอาการเหล่านี้ยังคงอยู่ โดยเฉพาะอาการประสาทหลอน ซึ่งสอดคล้องกับตามทฤษฎีการบำบัดรักษาด้วยยามักจะต้องใช้เวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์^{13,14,15} ดังนั้น HoNOS จึงเป็นเครื่องมือที่ประเมินโดยพยาบาล ร่วมกับการดูแลของแพทย์สามารถติดตามผลการรักษา และวันนอนเฉลี่ยในผู้ป่วยจิตเวชได้เหมาะสม จาก

ผลการประเมินในผู้ป่วยทุกกลุ่มจะพบปัญหาการสร้างสัมพันธภาพกับสังคม ปัญหาชีวิตประจำวันการไร้ความสามารถโดยรวม ดังนั้นการรักษานี้ผู้ป่วยทางจิตเวชจำเป็นต้องมีการรักษาด้านจิตสังคมร่วมไปด้วย เช่น การจำกัดพฤติกรรม การปรับพฤติกรรม การกระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวัน การใช้กิจกรรมบำบัด ซึ่งใช้เวลานานกว่า 2 สัปดาห์ จึงจะแน่ใจเรื่องการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น¹⁶ เช่น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองให้ความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ยอมกินยาตามแพทย์สั่ง เข้าร่วมกิจกรรมบำบัดที่ได้รับมอบหมายได้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้พอสมควร^{17,18}

ระยะเวลานอนเฉลี่ยของแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อนอนเฉลี่ย เช่น ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนด้านสังคม ชุมชน และประเด็นการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยถ้ากรณีโรคเรื้อรังมักจะมีวันนอนที่ค่อนข้างยาวกว่าเนื่องจากมักจะมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน จำเป็นต้องรักษาหลายวิธีดังกล่าวแล้ว ส่วนปัจจัยด้านครอบครัวโดยรวมถึงความเชื่อวัฒนธรรมจำเป็นที่ทีมรักษาต้องประเมินเพื่อวางแผนในการแก้ไขปัญหาครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกันได้ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบจากการประเมินสุขภาพด้วย HoNOS ในข้อ 9 ปัญหาสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นซึ่งพบทุกกลุ่มโรค โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่มีวันนอนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับดังกล่าว สำหรับโรงพยาบาลที่มีเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็งเช่น โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์^{19,20} ทำให้วันนอนเฉลี่ยน้อยกว่าที่อื่นๆ เนื่องจากมีระบบการติดตามการดูแลในชุมชนที่สม่ำเสมอ ประเด็นเรื่องการได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (Accreditation Hospital) ทำให้มีการพัฒนาระบบการบริการ จัดการ ทบทวนกิจกรรมบริการให้ดียิ่งขึ้น สหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมการรักษานี้ผู้ป่วย มีการประชุมค้นหาและ

กำหนดแนวทางการรักษาแบบการจัดการรายกรณี (Case Management) พร้อมทั้งมีแนวทางการดูแลผู้ป่วย (Clinical Practice Guidelines) เฉพาะโรค อาจจะทำให้วันนอนบริการในกลุ่มโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพมีวันนอนเฉลี่ยเหมาะสมในแต่ละกลุ่มโรค

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์หม่อมหลวง สมชาย จักรพันธุ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิตที่ปรึกษาโครงการวิจัย นายแพทย์สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง ผู้บริหารโครงการวิจัยและบุคลากรกรมสุขภาพจิตทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. โรคเรื้อรัง เป็นสาเหตุฆ่าตัวตาย. หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ. เข้าถึงได้ที่ : http://www.bangkokbiznews.com/2005/1129/w007!1_55950.php?new_id=55950. [29 พฤศจิกายน 2548]
2. Task Force on health promoting psychiatric services. The task force on health promotion for psychiatric services was set up with the objective of improving. Available from : www.euro.who.int/healthpromohosp/20030319_1.
3. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปี : กรมสุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ 2547. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2547.
4. บุพลวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, กิตติพงศ์ สานิชวรรณกุล. รายงานการวิจัยเรื่องการใช้เครื่องวัดทางจิตเวช. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2548.
5. Gerald Goldstien, Wendy J Shemansky. Length and Number of Hospitalizations in Two Cohorts of Veterans With Chronic Schizophrenia. *Psychiatr Serv*; 2000;51:189-98.
6. กรมสุขภาพจิต. คู่มือดูแลผู้ป่วยโรคจิต. นนทบุรี ; 2538.
7. Estina E. Thomson and other. Aftercare, and Rehospitalization Among Psychiatric Inpatients. *Psychiatric Services* 2003; Sep 2003 Vol 54 No9. Available from: <http://psychservices.psychiatryonline.org>.
8. Sajatovic M. Admissions, Length of Stay, and medication Use among Women in an Acute Care State Psychiatric Facility.

- Available from: <http://psychservices.psychiatryonline.org>. [1 /3/ 2005]
9. Johnstone P,Zolese G. Length of hospitalization for people with sever mental illness. Available from : <http://psychservices.psychiatryonline.org>. [2006 Jan 1].
 10. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปี : กรมสุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ 2547. นนทบุรี:กรมสุขภาพจิต; 2547.
 - 11.บุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, มานิต ศรีสุรภานนท์. รายงานการวิจัย เรื่อง Reliability and Validity of the Thai Version of Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2549.
 12. Wing JK. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): Research and Development. Br J Psychiatry 1998;172: 11-18.
 13. Herz MI. and Marder SR. Schizophrenia comprehensive treatment and Management. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins ; 2002.
 14. จำลอง ดิษขวนิช และพริ้มเพรา ดิษขวนิช. การจำแนกโรค, การวินิจฉัยโรคและการวางสูตรจิตพลศาสตร์. ใน มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษขวนิช. ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: แสงศิลป์; 2542.
 15. American Academy of Child & Adolescent and American Psychiatric Association. Criteria for Short Term Treatment of Acute Psychiatric Illness. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1997.
 16. มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษขวนิช. ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: แสงศิลป์; 2542.
 17. ทิพสมัย ทาษะรังษี,ปพิชยา แสงเอื้ออังกุล,ดวงเดือน นรสิงห์, อูรา ทิพย์ประจักษ์และวราวรรณ ยศธรรมเสรี.รายงานการวิจัย เรื่องการศึกษาระยะเวลาในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชระยะเฉียบพลันและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง:โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
 18. Kaplan HI, Sadock BJ,editors. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2003.
 19. กนิษฐพจน์ เจริญศักดิ์, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, กิตติวรรณ เทียมแก้ว. โรงพยาบาลเครือข่ายทางจิตเวช. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545;10:45-9.
 20. เขวลักษณ์ มีบุญมาก. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547;12:50-6.