

ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 กันยายน ประจำปี 2564

Volume 15, Issue 2, September 2021

วารสาร

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

ISSN (print) : 1905-8586

ISSN (online) : 2697-651X



กรมสุขภาพจิต

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ISSN (print): 1905-8586, ISSN (online): 2697-651X

คณะที่ปรึกษา (สังกัดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา)

	พญ.สุพัฒนา เดชาดิวงศ์ ณ อยุธยา	นพ.เกษม ตันติผลาชีวะ	นพ.ฐานันตร์ ปิยะศิริศิลป์
	นพ.นพดล วาณิชชฤดี	พญ.ปัทมา ศิริเวช	นพ.พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ
บรรณาธิการ	ดร.ภญ.อรภรณ์ สวานซัง	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	
บรรณาธิการรอง	นางฐปนีย์ พุ่มผลเจริญ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	
	น.ส.วัฒนาภรณ์ พิบูลอักษรณ์	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.นพ.ชัชวาลย์ ศิลปกิจ	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	รศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
	ผศ.ดร.นพ.วรภัทร รัตอาภา	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	ผศ.ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศิริพรพาณิชย์	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12	
	นพ.วรวัฒน์ ไชยชาญ	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนกรินทร์	
	รศ.ดร.ภก.มนัส พงศ์ชัยเดชา	มหาวิทยาลัยศิลปากร	
	ดร.ธนะภูมิ รัตนานพวงศ์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
	ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ	
	พันตรีหญิง ดร.อุบลพรรณ ชีระศิลป์	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ	
	ผศ.ดร.ภก.ทวนธนา บุญสี้อ	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	
	ดร.ภก.ถนอมพงษ์ เสถียรลักษณ์	มหาวิทยาลัยสยาม	
	ดร.สุนทร ศรี โกไสย	สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนกรินทร์	
	ดร.นพรัตน์ ไชยธานี	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	

กองบรรณาธิการ (สังกัดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา)

	นพ.พงศกร เล็งดี	นพ.ปทานนท์ ขวัญสนิท	พญ.ฐิติมา สงวนวิชัยกุล
	นพ.สุทธา สุปัญญา	นางอุจน์จิตร คุณารักษ์	น.ส.ชุมพร บ้านกล้วย
	น.ส.นิรมล ปะนะสุนา	น.ส.สาวิตรี แสงสว่าง	นางฉัตรสุดา จุงสกุล
ผู้จัดการ	น.ส.ชนสินันท์ ธนาพัฒนธนนท์	น.ส.เกยูรมาศ อยู่ถื่น	
	นายกฤตชัย แก้วยศ	นางศุภฤดี อุคมอิทธิพงศ์	

การติดต่อ โทรศัพท์ 0-2442-2500 ต่อ 59286 E - mail: somdetjournal@gmail.com

หมายเหตุ : กำหนดออก ปีละ 2 ฉบับ (เดือนมีนาคม และเดือนกันยายน)

บทความที่ตีพิมพ์ต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน / 1 บทความ (double blinded)

ผู้อ่านสามารถนำข้อความ ข้อมูลจากวารสาร ไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน การอ้างอิง การจะนำไปใช้วัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกองบรรณาธิการก่อน



Department of Mental Health
Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

ISSN (print): 1905-8586, ISSN (online): 2697-651X

Advisory board (Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry)

	Supathana Dejatiwongse	Kasem Tantiphalachiva	Thanundr Piyasirisilp
	Noppadol Vanichrudee	Pattama Sirivech	Pholphat Losatiankij
Editor	Orabhorn Suanchang	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	
Associate editor	Thapanee Foomooljareon	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	
	Wattanaporn Pibullarak	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	
Editorial board	Chatchawan Silapakit	Mahidol University	
	Vitoon Lohsoonthorn	Chulalongkorn University	
	Woraphat Ratta-Apha	Mahidol University	
	Vorasith Siripornpanich	Mahidol University	
	Nopphorn Tanthirungsri	Mental Health Center 12	
	Warawat Chaichan	Nakhon Sawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital	
	Manat Pongchaidecha	Silpakorn University	
	Thanapoom Rattananupong	Chulalongkorn University	
	Chadapa Prasertsong	Huachiew Chalermprakiet University	
	Ubonpan Theerasilp	Huachiew Chalermprakiet University	
	Tuanthon Boonlue	Ubon Ratchathani University	
	Thanompong Sathienluckana	Siam University	
	Soontaree Srikosai	Rajanagarindra Institute of Child Development	
	Nopparat Chaichumni	Suansaranrom Psychiatric Hospital	

Editorial board (Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry)

	Pongsakorn Lengdee	Patanon Kwansanit	Thitima Sanguanvichaikul
	Suttha Supanya	Unjit Khunarak	Chumphorn Bankluai
	Niramon Panasuna	Sawitree Saengsawang	Chatsuda Chungsakul
Manager	Chonsinun Thanapatthanon	Keyunmart Yootin	Krittana Kaewyot
	Dussadee Udomittipong		

Contact Information:

Subscription request, address changes or other communications please kindly send to manager of the journal at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Tel. 02-4422500 Ext. 59286

E - mail: somdetjournal@gmail.com

สารบัญวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ปี 2564 ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 (กันยายน)

	หน้า
สารบัญ	ก
คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์	จ
บรรณาธิการแถลง	ฎ
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอรรถิภาวะนิยมต่อภาวะการดูแล ผู้ดูแลในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ	1
ศุภฎิ อุดมอิทธิพงศ, พิชญูา ชำญนกร	
ปัจจัยทำนaylorการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยเทคนิคเหมืองข้อมูล	13
จรงรัตน สุวัฒนปริดา, วัฒนารณั พิบูลอาลัทธิ,	
กฤตณัย แก้วยศ, สิริวัฒนั สุวัฒนปริดา	
ผลลัพธ์ของโปรแกรมการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน ในผู้ป่วยจิตเวช : การศึกษา 3 ปีย้อนหลัง	25
นรวิวิ พุ่มจันทร, กฤตณัย แก้วยศ, อรกรณั สวณชัง	
การปรับปรุงและพัฒนาแบบประเมินปัญหาพฤติกรรม	38
กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูล	
อัจจิมา สิริพิบูลย์ผล, วนิดา ชนินทฤททวงศ, ประเสริฐ จุฑา	
การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลกลางวัน:	56
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	
นรวิวิ พุ่มจันทร, ชีระ สีสานันทกิจ,	
กฤตณัย แก้วยศ, พนมพร พุ่มจันทร	

Contents of Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry Years 2021, Volume 15, Issue 2 (September)

	Page
Contents	๓
Instruction to authors	๖
Preface	๗
Original article	
The effect of existential group counseling program among caregivers burden for elderly patients with schizophrenia	2
Dussadee Udomittipong, Pitchaya Channakorn	
Predictive factors of readmission in patients with schizophrenia using data mining techniques	14
Jongrat Suwattanapreeda, Wattanaporn Piboonarluk, Krittanaï Keawyoť, Siriwať Suwattanapreeda	
Outcomes of Day hospital treatment program in psychiatric patients: a 3-year retrospective study	26
Norraweet Phoomchan, Krittanaï Keawyoť, Orabhorn Suanchang	
An update version of the behavior problems evaluation, Psychological Service, Rajanukul Institute	39
Adjima Siriphiboonphol, Vanida Chaninyuthwong, Prasert Chutha	
Day hospital in the treatment and rehabilitation of psychiatric patients: a systematic review	57
Norraweet Phoomchan, Teera Leelanuntakit, Krittanaï Keawyoť, Panomporn Phoomchan	

คำแนะนำผู้พิมพ์

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประชาสัมพันธ์นโยบายและกิจกรรมของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช เรื่องที่ลงพิมพ์ในวารสารฉบับนี้แล้วถือเป็นสิทธิ์ของวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

เพื่อให้ได้มาตรฐานสากล ผู้ประสงค์ที่จะส่งต้นฉบับมาลงตีพิมพ์ในวารสาร ต้องจัดเตรียมต้นฉบับให้ได้มาตรฐานตามคำแนะนำดังนี้

ประเภทของบทความแบ่งเป็น 6 ชนิด

1. บทบรรณาธิการ (Editorial)

เป็นบทความซึ่งวิเคราะห์ผลงานทางแพทย์หรือสุขภาพจิต หรืออาจจะเป็นข้อคิดเห็นเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ มีส่วนประกอบที่สำคัญดังนี้

1.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.2 ชื่อผู้พิมพ์ และสังกัด (Author & byline) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.3 เนื้อเรื่อง (Text) ประกอบด้วย

- บทนำ (Introduction)

- ประเด็นหลักและคำอธิบายที่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์

- ประเด็นย่อยหรือหัวข้อย่อคำอธิบายที่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่

1.4 สรุป (Conclusion)

1.5 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

1.6 เอกสารอ้างอิง (References)

2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นบทความรายงานการวิจัย โดยยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับใด ๆ มาก่อน บทความที่เป็นรายงานการวิจัยประกอบด้วย 11 ส่วน คือ

2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อเรื่องควรเป็นวลีสั้น ๆ แต่ได้ใจความ สามารถสื่อให้ผู้อ่านคาดเดาถึงแนวทาง และผลการวิจัยได้

2.2 ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) เขียนชื่อ นามสกุล ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในกรณีที่มีผู้พิมพ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนในงานวิจัยนั้น ชื่อหน่วยงานของผู้เขียนที่เป็นปัจจุบันเพื่อสะดวกในการติดต่อ

2.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและ

ภาษาอังกฤษ ให้เรียงลำดับตามหัวข้อดังนี้
วัตถุประสงค์ (Objective) วัสดุและวิธีการ
(Materials and methods) ผล (Results) สรุป
(Conclusion) จำนวนไม่ควรเกิน 300 คำ ตาม
ด้วยคำสำคัญให้อยู่ในหน้าเดียวกัน

2.4 คำสำคัญ (Key words) เขียนเป็นคำ
หรือวลี ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ จำนวน 3 - 5 คำ

2.5 บทนำ (Introduction) ให้ข้อมูล
ข้อสนเทศและประเด็นสำคัญทางวิชาการ
รวมทั้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้น

2.6 วัสดุและวิธีการ (Materials and
methods) กล่าวถึงการออกแบบกลุ่มตัวอย่าง
เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์
ทางสถิติโดยเรียงเรียงตามขั้นตอน

2.7 ผล (Results) รายงานและอธิบายผล
ที่สำคัญที่เป็นจริง อาจมีตารางและ
ภาพประกอบไม่เกิน 4 ตารางหรือภาพ และไม่
ซ้ำซ้อนกับคำบรรยาย

2.8 อภิปราย (Discussion) นำประเด็นที่
สำคัญที่เป็นจริงของผลการวิจัยมาศึกษาอธิบาย
เรียงตามลำดับที่นำเสนอในผลว่าเหมือนหรือ
ต่างจากผลการศึกษาของผู้อื่นอย่างไร โดยมี
หลักฐานอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ การนำผลมา
ประยุกต์ใช้ รวมทั้งข้อเสนอแนะทางวิชาการ

2.9 สรุป (Conclusion) เขียนสรุปเรียงลำดับ
ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

2.10 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

เขียนขอบคุณบุคคลที่ช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ
โดยเขียนให้สั้นเรียบง่าย ชัดเจน แสดงความมี
น้ำใจแต่ไม่เกินจริงและกล่าวถึงแหล่ง
สนับสนุนด้วย

2.11 เอกสารอ้างอิง (References) การ
อ้างอิงใช้ระบบ Vancouver 2003 โดยผู้ที่เขียน
ต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของ
เอกสารอ้างอิง และการอ้างอิงในเนื้อหาให้ใช้
เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้
หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก
(ตัวเลขยกไม่ใส่วงเล็บ) และเรียงต่อไป
ตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลข
เดิม การอ้างอิงทำบทความ จะมีตัวอย่างการ
เขียนต่อจากการส่งต้นฉบับ รวม 14 ตัวอย่าง

การเตรียม ตาราง รูปภาพและแผนภูมิ

1. ตารางให้เรียงต่อกันจากคำอธิบาย
2. รูปภาพ ให้ใช้ภาพถ่ายขาวดำขนาด
โปสการ์ด (3 X 5 นิ้ว) ผิวหนาเรียบ โดยด้านหลัง
เขียนลูกศรด้วยดินสอดดำเป็นแนวตั้ง ตามที่
ผู้พิมพ์ต้องการให้ปรากฏในวารสาร และเขียน
หมายเลขกำกับไว้ว่า ภาพที่ 1 ภาพที่ 2 ฯลฯ

3. แผนภูมิ ควรมีฐานข้อมูลของแผนภูมิ
และควรระบุโปรแกรมที่ใช้ด้วยคำอธิบาย
รูปภาพและแผนภูมิให้พิมพ์แยกไว้ต่างหาก
แทรกไว้ก่อนรูปนั้น

3. บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review
article)

เป็นบทความจากการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นในสถานการณ์ปัจจุบัน บทความฟื้นฟูวิชาการมีส่วนประกอบดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้นิพนธ์และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.4 คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทยและอังกฤษ

3.5 บทนำ (Introduction)

3.6 บทปริทัศน์ ซึ่งอาจแบ่งเป็นส่วน ๆ ตามหัวข้อย่อย โดยเริ่มจากการบอกวัตถุประสงค์แล้วแจ้งข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการทบทวนเอกสารและการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องปริทัศน์มาไว้เป็นหมวดหมู่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์ หรือข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะ ที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่ ๆ บางครั้งบทวิจารณ์ (Discussion) อาจแยกไว้เป็นหัวข้อต่างหาก

3.7 สรุป (Conclusion)

3.8 เอกสารอ้างอิง (References)

4. รายงานเบื้องต้น (Preliminary report)

หรือรายงานสังเขป (Short communication) เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยัง

ไม่เสร็จสมบูรณ์ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับซึ่งมีส่วนประกอบที่สำคัญ เช่นเดียวกับนิพนธ์ต้นฉบับหรือบทความฟื้นฟูวิชาการ

5. รายงานผู้ป่วย (Case report)

เป็นรายงานที่เกี่ยวกับผู้ป่วยที่น่าสนใจไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อยรายชื่อเรื่องควรต่อท้ายด้วย : รายงานผู้ป่วย (Case report) เพื่อให้ผู้อ่านทราบว่าเป็นรายงานผู้ป่วยถ้าแสดงรูปภาพ ต้องเฉพาะที่จำเป็นจริง ๆ และได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบรายงานผู้ป่วยมีองค์ประกอบดังนี้

5.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

5.2 ชื่อผู้นิพนธ์และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทยและอังกฤษ

5.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

5.4 คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

5.5 บทนำ (Introduction)

5.6 รายงานผู้ป่วย (Report of case [s]) ซึ่งบอกลักษณะอาการของผู้ป่วยผลการตรวจ (Finding) การรักษาและผลจากการรักษาบำบัด

5.7 วิจารณ์ (Discussion)

5.8 สรุป (Conclusion)

5.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

5.10 เอกสารอ้างอิง (References)

6. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความที่ไม่สามารถจัดเข้าในประเภท 1 ถึง 4 ได้

6.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

6.2 ชื่อผู้นิพนธ์และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

6.3 เนื้อเรื่อง (Text) ประกอบด้วย

- บทนำ (Introduction)
- ประเด็นหลักสำคัญ และคำอธิบายที่ประกอบด้วยเนื้อหา
- ประเด็นย่อยหรือหัวข้อย่อย และคำอธิบาย

- ประเด็นสำคัญ

- ประเด็นย่อย

- สรุป (Conclusion)

6.4 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

6.5 เอกสารอ้างอิง (References)

การเตรียมต้นฉบับ

1. ภาษา ให้ใช้ 2 ภาษา คือ ภาษาไทย และ/หรือภาษาอังกฤษ ถ้าต้นฉบับเป็นภาษาไทย ควรใช้ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด โดยใช้พจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน เป็นบรรทัดฐาน สำหรับคำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษที่ไม่มีคำแปลใน

๗

พจนานุกรมฯ อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ ซึ่งขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยคำศัพท์ภาษาอังกฤษและหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกิริยา การเขียนคำสถิติ ร้อยละ ให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง

2. ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Microsoft Word ขนาดตัวอักษร ภาษาไทย อังสนา UPC ขนาด 16 และให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 Column) ต่อ 1 หน้ากระดาษ A4 ให้พิมพ์ห่างจากขอบกระดาษทุกด้านไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. (1 นิ้ว) และต้นฉบับแต่ละเรื่องไม่ควรเกิน 8 - 15 หน้ากระดาษ A4

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/index> หรือส่งทาง e - mail: somdetjournal@gmail.com

ถ้าเป็นการทดลองในมนุษย์ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการทดลองในคนด้วย

เอกสารอ้างอิง

ในคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์นี้ได้รวบรวมรูปแบบการอ้างอิงเอกสารระบบ Vancouver 2003 ไว้ทั้งหมด 6 ประเภท 14

ตัวอย่าง ดังนี้

1. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร

1.1 การอ้างอิงจากวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้พิมพ์, ชื่อเรื่อง, ชื่อวารสาร ปี; ปีที่วารสาร: หน้า.

ตัวอย่างที่ 1 (กรณีผู้พิมพ์ไม่เกิน 6 คน)
Silpakit O, Amornpichetkoom M, Kaojaren S. Comparative study of bioavailability and clinical efficacy carbamazepine in epileptic patients. Ann Pharmacother 1997; 31: 548-52.

ตัวอย่างที่ 2 (กรณีผู้พิมพ์เกิน 6 คน)
Meydani SN, Leka LS, Fine BC, Dallal GE, Keusch GT, Singh MF, et al. Vitamin E and respiratory tract infections in elderly nursing home residents: a randomized controlled trial. JAMA 2004; 292: 828-36.

1.2 กรณีที่หน่วยงานเป็นผู้พิมพ์ ใช้รูปแบบพื้นฐานเช่นเดียวกับ 1.1 ดังนี้

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อหน่วยงาน, ชื่อเรื่อง, ชื่อวารสาร ปี; ปีที่วารสาร: หน้า.

1.3 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

ตัวอย่างที่ 3 Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994; 84: 15.

1.4 กรณีที่เป็นฉบับเสริม (Supplement)

ตัวอย่างที่ 4 Strauss SE. History of chronic fatigue syndrome. Rev Inf Dis 1991; 11

suppl: S2-7.

2. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือ/ตำรา

2.1 การอ้างอิงจากหนังสือที่ได้มาตรฐานทั่วไป

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อสกุลผู้พิมพ์ อักษรย่อชื่อผู้พิมพ์, ชื่อหนังสือ, พิมพ์ครั้งที่ (กรณีพิมพ์มากกว่า 1 ครั้ง), ชื่อเมือง: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่างที่ 5 Eisen HN. Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response. 5th ed. New York: Harper and Row; 2529.

ตัวอย่างที่ 6 สงัน สุวรรณเลิศ. ฝึบอบปี เข้าในทรรสนะทางจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: บพิชการพิมพ์; 1974.

2.2 หนังสือที่ผู้เขียนเป็นบรรณาธิการ หรือผู้รวบรวม

ตัวอย่างที่ 7 ธนู ชาดิชานนท์, บรรณาธิการ. คู่มือประกอบการใช้ ICD-10. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2536.

2.3 หนังสือที่มีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงาน และเป็นผู้พิมพ์

ตัวอย่างที่ 8 กรมสุขภาพจิต. คู่มือ ICD-10. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2538.

2.4 เอกสารอ้างอิงเป็นบทหนึ่งในหนังสือ

ตัวอย่างที่ 9 Strang J, Gradley B,

Stockwell T. Assessment of drug and alcohol use. In: Thompson C, editor. The instrument of psychiatric research. London: John Wiley & son; 1989: 211-32.

2.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม (conference proceeding)

ตัวอย่างที่ 10 ทรงเกียรติ ปิยะกะ. บรรณาธิการ. ยิ้มสู้ภัย...ยาเสพติด. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ประจำปี 2545 เรื่องสุขภาพจิต กับยาเสพติด; 21 – 23 สิงหาคม 2545; ณ โรงแรมปริ้นซ์พาเลซ. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2545.

3. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [วิทยานิพนธ์]. ชื่อเมือง : ชื่อมหาวิทยาลัย ; ปี.

ตัวอย่างที่ 11 Silpakit C. A study of common mental disorders in primary care in Thailand [Ph.D. thesis]. London: University of London; 1998.

ตัวอย่างที่ 12 พนิษฐา พานิชชีวะกุล. การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพที่เป็นสหมิติสำหรับผู้สูงอายุในชนบท [วิทยานิพนธ์ดุสิตบัณฑิต]. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.

4. เอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้วิจัย (หรือสถาบัน).

ชื่อเรื่อง. ชื่อเมือง: สำนักพิมพ์: ปี.

ตัวอย่างที่ 13 อรวรรณ ศิลปกิจ. รายงานการวิจัยเรื่องเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชัก. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา; 2541.

5. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

5.1 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. [online]. Available from: เว็บไซต์ [วันที่เข้าถึง].

ตัวอย่างที่ 14 Wallker J. The Columbia guide to online style Dec 1996. [online]. Available from: www.cas.usp.edu/english/wallker/apa.Hml [1999 Feb 11].

จริยธรรมในการเผยแพร่ผลงานวิจัยในวารสาร

1. เนื้อหาทั้งหมดของบทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสาร เจ้าของผลงานมีการคิด ค้นคว้า ทบทวน วิเคราะห์ สรุป เรียบเรียงและอ้างอิงข้อมูลโดยผู้เขียนเอง กองบรรณาธิการไม่มีส่วนร่วมรับผิดชอบ
2. บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ต้องไม่เคยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น
3. ผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์หรือสัตว์ทดลองต้องได้รับการรับรองการผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง และต้องส่งหลักฐานให้กับวารสารด้วย

บรรณาธิการแถลง

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ปัจจุบันเป็นปีที่ 15 ฉบับที่ 2 ผลงานวิชาการในเล่มนี้ประกอบด้วยนิพนธ์ต้นฉบับ จำนวน 5 เรื่อง โดยเรื่องแรกเป็นการศึกษาผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอรรถภาวะนิยมต่ออาการการดูแลผู้ดูแลในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ เรื่องที่สองเป็นการศึกษาปัจจัยทำนายการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยเทคนิคเหมืองข้อมูล เรื่องที่สามเป็นการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับผลลัพธ์ของโปรแกรมการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันในผู้ป่วยจิตเวช : การศึกษา 3 ปีย้อนหลัง เรื่องที่สี่เป็นการปรับปรุงและพัฒนาแบบประเมินปัญหาพฤติกรรม กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูล และเรื่องสุดท้ายการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลกลางวัน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่มีส่วนสนับสนุนให้วารสารเสร็จสมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ และขอเชิญชวนบุคลากรสถาบันฯ นักวิชาการ และนิสิตนักศึกษา รวมทั้งผู้สนใจส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยปัจจุบันวารสารได้มีการตีพิมพ์รูปแบบ e-journal เพื่อประโยชน์ในการสืบค้นและเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดบทความหรือส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/index> หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะให้ความรู้และเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านทุกท่าน ในการพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

ดร.ภญ.อรภรณ์ สวนซัง
บรรณาธิการวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอรรถิภาวะนิยมต่อ การดูแลผู้ดูแลในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

คุณฉวี อุดมอิทธิพงศ์*, พิชญา ชาญนคร**

*พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วันรับบทความ : 31 มีนาคม 2564

วันแก้ไขบทความ : 12 มิถุนายน 2564

วันตอบรับบทความ : 14 มิถุนายน 2564

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบการะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอรรถิภาวะนิยมต่อการดูแลผู้ดูแลในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ และเพื่อเปรียบเทียบการะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอรรถิภาวะนิยมต่อการดูแลผู้ดูแลในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วัสดุและวิธีการ : เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่อยู่เข้ารับบริการ คลินิกจิตเวชสูงอายุ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติแบบการพยาบาลผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอรรถิภาวะนิยมต่อการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบบวัดการะในการดูแล และ โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอรรถิภาวะนิยมต่อการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

ผล : หลังการทดลอง คะแนนการะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่ได้รับ โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอรรถิภาวะนิยม น้อยกว่าก่อน ได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.007) และน้อยกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.009)

สรุป : โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอรรถิภาวะนิยมสามารถช่วยให้การะการดูแลผู้ดูแลในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุลดลงได้ ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถเรียนรู้และประยุกต์ใช้โปรแกรมดังกล่าวนี้เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีการะลดลง

คำสำคัญ : การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอรรถิภาวะนิยม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ การะ

THE EFFECT OF THE EXISTENTIAL GROUP COUNSELING PROGRAM ON THE BURDEN AMONG CAREGIVERS FOR ELDERLY PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Dussadee Udomittipong*, Pitchaya Channakorn**

*Registered Nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

**Psychiatrist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Received: March 31, 2021

Revised: June 12, 2021

Accepted: June 14, 2021

Abstract

Objectives: To compare the burden among caregivers of elderly patients with schizophrenia before and after received existential group counseling and to compare the burden among caregivers of elderly patients with schizophrenia who received existential group counseling and those who received regular caring activities.

Material and Methods: This was a quasi-experimental research. The participants were caregivers of elderly patients with schizophrenia at Geriatric Clinic, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. They were randomly assigned to the experimental group and the control group, 15 subjects in each group. The experimental group received existential group counseling while the control group received treatment as usual. Research instruments comprised the existential group counseling program, personal information questionnaires, and the Zarit Burden Interview (ZBI).

Results: After participating, the score of Zarit Burden Interview of the experimental group was significantly lower than before (p -value = 0.007). And the score of Zarit Burden Interview of the experimental group was significantly lower than that of the control group (p -value = 0.009).

Conclusion: The existential group counseling program can reduce burden on caregivers of older schizophrenia patients. Therefore, nurses and relevant health personnel could focus on the caregiver to reduce caregiver burden.

Key words: burden, caregivers of elderly schizophrenia patients, existential group counseling

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบในปี 2564 จำนวนประชากรไทยทั้งหมด 65.9 ล้านคน มีผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นด้วยอัตราประมาณร้อยละ 5 ต่อปี ในขณะที่ประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นด้วยอัตราสูงมากกว่าร้อยละ 6 ต่อปี¹ ดังนั้นภาวะความเจ็บป่วยและโรคของผู้สูงอายุมีความชุกเพิ่มขึ้น ในที่นี้พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมนอกจากมีการสูญเสีย ความจำ ความคิด ความสามารถด้านเชาว์ปัญญาและ ประมาณร้อยละ 90 มีปัญหาด้านพฤติกรรม จิตใจ อารมณ์ อาการทางจิตร่วมด้วย พบสูงมากขึ้นตามอายุเช่นเดียวกัน² รวมทั้งมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ล่าสุด พบการศึกษาทางคลินิกและทางประสาทจิตวิทยา แสดงข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเภทผู้สูงอายุ ที่มีการเสื่อมสภาพอย่างรุนแรงในความสามารถทางพุทธิปัญญา และการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิต ทั้งกิจวัตรประจำวันและการประกอบอาชีพต่าง ๆ³

จากข้อมูลรายงานจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชของกรมสุขภาพจิต ปี2557⁴ พบโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด เป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด มีจำนวนมากกว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยนอกจิตเวชทั้งหมด พบผู้ป่วยโรคจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก 388,369 ราย จากผู้ป่วยจิตเวช 1,109,183 ราย และพบผู้ป่วยในโรคจิตเภท 20,634 ราย จากจำนวนผู้ป่วยในโรคจิตเวช 42,861 ราย

และในจำนวนนี้ ความพิการหรือการไร้ความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น จัดเป็นภาระหนึ่งที่สำคัญในตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแล⁵ สิ่งเหล่านี้นอกจากเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญแล้วยังมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงแล้ว ยังมีผลกระทบต่อปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่ต้องดูแลอันเกิดจากการพึ่งพาของผู้ป่วย แต่สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลกลับต้องเผชิญความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เกิดความรู้สึกเป็นภาระที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพจากการรักษาผู้ป่วยตามมาด้วยเช่นกัน⁶

นอกจากนี้มีการศึกษาวิจัยภาระการดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท Rafiyah และคณะ⁷ ศึกษาพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแล ได้แก่อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วย ส่งผลต่อภาระการดูแลในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล เหมณัฐ ศรีพรหมภักดิ์ และคณะ⁸ พบว่า อายุ อบรมไปด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกเป็นภาระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Adeosun⁹ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบผู้ดูแลกลุ่มที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยมานาน เพศหญิง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีการศึกษาน้อยจะเป็นปัจจัยทำนายการมีภาระการดูแลที่มากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม Lim และคณะ¹⁰ ศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประเทศเกาหลี พบผู้ดูแลที่มีการศึกษาน้อยจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบอันส่งผลให้มีการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระมากเช่นกัน จากการ

ทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว พบว่าผู้ดูแลจำนวนมากเหล่านี้มีภาวะที่เกิดจากการดูแล เป็นปัญหาในการรับมือกับโรคทางจิตเรื้อรังและความยากลำบาก ดังนั้น การนำแนวคิดการใช้หลักพื้นฐานอัตถิภาวะนิยม¹¹ ซึ่ง Viktor Frankl จิตแพทย์และนักเขียนชาวออสเตรียเป็นผู้นำการบำบัดแบบอัตถิภาวะนิยมมาใช้เป็นคนแรกทางการแพทย์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและบุคคลที่มีปัญหา โดยเชื่อว่าแม้มนุษย์จะอยู่ในสถานการณ์บีบคั้นเพียงไร แต่เขาเหล่านั้นก็ยังมีสิทธิเลือกได้ท่ามกลางปัญหาในการดำเนินชีวิต ต้องการหาความหมายของชีวิต แม้จะถูกจำกัดไว้ไม่ว่าจะเป็นสถานที่ ความคิดหรือการกระทำให้สามารถค้นหาความหมายชีวิตของตนเอง ซึ่งเป็นเจตจำนงและความต้องการอิสรภาพของมนุษย์ทุกคนจากภาระที่ต้องแบกยึดถือไว้ โดย Viktor Frankl มองว่าสาระของหลักอัตถิภาวะนิยมอยู่ที่คำว่า ความหมาย (meaning) อิสรภาพ (freedom) ทางเลือก (choice) และความรับผิดชอบ (responsibility) 4 คำนี้จึงกลายมาเป็นหัวใจหลักในวิธีการบำบัดแบบอัตถิภาวะนิยม และพบงานวิจัยในปัจจุบันที่นำการบำบัดอัตถิภาวะนิยมมาใช้ช่วยเหลือผู้ดูแล มีการศึกษาของ Hosseinigolafshani และคณะ¹² ทำการศึกษาแบบกลุ่มอัตถิภาวะนิยมต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย hemodialysis พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบอัตถิภาวะนิยมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาระลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทันทีหลังการบำบัดและในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Brandstätter และคณะ¹³ ช่วยให้ผู้ดูแลได้ใช้ประสบการณ์ในค้นพบการหาความหมาย

ในชีวิต Fegg และคณะ¹⁴ ใช้แนวคิดอัตถิภาวะนิยมหาทางเลือกหาความหมายของชีวิตอย่างอิสระ ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลมีความทุกข์ต่อภาระการดูแลที่ลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภายในบริบทของการบริการพยาบาลคลินิกจิตเวชสูงอายุ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ผู้วิจัยจึงเน้นให้การให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลตามหลักทฤษฎีอัตถิภาวะนิยมข้างต้น เพื่อยืนยันผลของโปรแกรมที่จะให้ผู้ดูแลได้เห็นความสำคัญของการดำเนินชีวิตที่มีภาวะเกิดขึ้นจากการดูแล เป็นสิ่งที่เผชิญอยู่ตามความเป็นจริง ด้วยการแสวงหาความหมาย การต่อสู้ในปัญหาอย่างมีกำลังใจ สามารถเลือกและรับผิดชอบต่อตนเองและการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ และพัฒนาตนเองให้ถึงความอิสระต่อสิ่งที่เผชิญอยู่ ให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพของตนเอง

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) 2 กลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design) กลุ่มควบคุมให้เข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลตามปกติแบบการพยาบาลผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอัตถิภาวะนิยมต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่อยู่เข้ารับบริการคลินิกจิตเวช

สูงอายุ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่อยู่เข้ารับบริการคลินิกจิตเวชสูงอายุ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกรวมกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ
3. ผู้ดูแลตอบแบบวัดภาระในการดูแล มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ 21 คะแนนขึ้นไป
4. มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี ทั้งชายและหญิง
5. สามารถสื่อสารภาษาไทย รวมทั้งอ่านออกเขียนได้
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและเข้ารับการปรึกษาครบทั้ง 4 ครั้ง ตามเวลานัดหมาย

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. มีโรคประจำตัวทางกาย และทางจิตเวชรุนแรงที่ทำให้ไม่สามารถร่วมโปรแกรมได้
2. มีความบกพร่องตาบอดทั้ง 2 ข้าง หูหนวกอย่างมากที่ไม่สามารถร่วมโครงการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้หลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยทั้งหมด ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามการศึกษาของประเทือง ละออสุวรรณ¹⁵ ที่กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ นำค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 และ 3.27 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.16 และ 0.59 ค่า Alpha เท่ากับ 0.05 และค่า Beta เท่ากับ 0.20 จะได้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 13 คน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความเป็นไปได้สำหรับการทำวิจัยนี้

เครื่องมือที่ใช้

1. เครื่องมือที่ใช้สัมภาษณ์ ผู้ดูแล คือ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล
2. แบบวัดภาระในการดูแล (Zarit Burden Interview Thai version) พัฒนาโดย Zarit และคณะ มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ สามารถนำมาใช้วัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ที่นำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยชญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ¹⁶ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.92 โดยแต่ละข้อคำถามมีลักษณะ การวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 - 4 โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้

เป็นประจำ	= 4 คะแนน
บ่อยครั้ง	= 3 คะแนน
บางครั้ง	= 2 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	= 1 คะแนน

ไม่เคยเลย = 0 คะแนน

การแปลผล โดยแบ่งเป็นระดับคะแนน โดยคะแนนรวม โดย 0 - 21 คะแนน หมายถึงไม่ เป็นภาระหรือเป็นภาระน้อยมาก 21 - 40 คะแนน หมายถึงเป็นภาระน้อยถึงปานกลาง 41 - 60 คะแนน หมายถึงเป็นภาระปานกลางถึงมาก 61 - 88 คะแนน หมายถึงเป็นภาระมาก

3. โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอัตถิภาวะนิยมต่อภาระการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สูงอายุ ที่พัฒนาจากของคุษฎี อุดมอิทธิพงศ์¹⁷ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนของโปรแกรมให้คำปรึกษาฯ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความ ความคุ้นเคย ใ้วางใจระหว่างสมาชิกด้วยกันและ พยาบาล

2. เพื่อให้ผู้ดูแลได้ทราบวัตถุประสงค์ เวลา สถานที่ บทบาทในการเข้ากลุ่ม การดำเนิน กิจกรรมกลุ่ม และประโยชน์ที่ได้

3. การประเมินภาระการดูแล และให้ ผู้ดูแลเกิดการยอมรับในตัวเองที่มีภาระต่อการดูแล ผู้สูงอายุที่เป็นโรคจิตเภท

ขั้นตอนที่ 2 การตระหนักรู้ถึงภาวะตนไร้ ความหมายจากภาระการดูแลประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

1. เพื่อให้รับรู้ความรู้สึกของตนเองอัน เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

2. ผู้รับการปรึกษาผล และการเรียนรู้ที่มี จากความรู้สึกเป็นภาระ ตลอดจนการลดความรู้สึก

เป็นภาระ

3. เพื่อให้สมาชิกได้พิจารณาภาวะตนไร้ ความหมาย และค้นหาตนเองด้วยการแสวงหา ความหมายในชีวิต

ขั้นตอนที่ 3 การพบความหมายที่แท้จริง ของชีวิต

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย ของชีวิตที่เลือกชูงานกับการดูแลผู้ป่วย รูปแบบ ในการให้คำปรึกษากลุ่มของผู้ดูแลที่เข้ามา รับ บริการครั้งละ 4 - 8 คน/ วัน มีการนัดอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง โดยเน้นตามทฤษฎีอัตถิภาวะนิยมต่อภาระ การดูแลไปที่การเสริมสร้างความร่วมมือ การพิจารณา ความหมายของชีวิต วางแผนทางเลือกที่ปฏิบัติ ที่มี ความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สูงอายุยังต้องมีความตระหนักในการดำเนินชีวิตที่ มีเป้าหมายในการแก้ปัญหาอยู่ พร้อมจะปรับเปลี่ยน ตนเองจากสภาวะที่มีอยู่ ใช้เวลาในการสนทนา ประมาณ 45 - 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 4 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติการทำวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบัน จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เลขที่ 015/2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนวัดภาระในการ ดูแลของ Zarit²² ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ The Wilcoxon Signed Ranks Test และ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ

Mann Whitney-U test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจากตารางที่ 1 พบว่า ในกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 73.3 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และประถมศึกษา ร้อยละ 33.33 และ 33.33 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 60.0 ส่วนในกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่ อายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 73.3 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.6 ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 53.4

การเปรียบเทียบคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

จากตารางที่ 2 เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ The Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่าคะแนนภาวะ (45.1 ± 13.36) และหลังการทดลองคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีภาวะระดับปานกลาง (40.1 ± 10.23) ลดลง 5 คะแนน พบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Z = -2.48, p = 0.013$) ส่วนคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุหลังการทดลองภาวะระดับน้อย (30.9 ± 8.21) ลดลง 10 คะแนน มีค่าต่ำกว่าคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุก่อนการทดลองมี

ภาวะระดับปานกลาง (41.5 ± 19.82) พบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Z = -2.71, p = 0.007$)

การเปรียบเทียบคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

จากตารางที่ 3 เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann Whitney-U test พบว่า คะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม (45.1 ± 13.36) และกลุ่มทดลอง (41.45 ± 19.82) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Z = -0.91, p = 0.367$) แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุของกลุ่มทดลอง (30.9 ± 8.21) มีค่าต่ำกว่าคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุของกลุ่มควบคุม (40.1 ± 10.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Z = -2.60, p = 0.009$)

อภิปราย

จากผลการทดลองแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอรรถิภาชนะนิยมต่อภาวะการดูแลผู้ดูแลในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่ได้นำมาใช้ เพื่อให้การปรึกษากลุ่มผู้ดูแล จำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน สัปดาห์ 4 สัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที สามารถช่วยทำให้ผู้รับการปรึกษาสามารถพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง เกิดความเข้าใจ รับรู้อารมณ์ ตามจริง เพื่อเข้าถึงการดำรงชีวิตอย่างมีเป้าหมาย และเข้าใจในความหมายของชีวิต แม้ว่าเราจะเผชิญสถานการณ์ที่มีความจำกัด

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	6	40.0	6	40.0
หญิง	9	60.0	9	60.0
อายุ				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	4	26.7	4	26.7
มากกว่า 40 ปี	11	73.3	11	73.3
การศึกษา				
ไม่ได้เรียน	1	6.7	1	6.7
ประถมศึกษา	7	46.6	5	33.3
มัธยมศึกษา	1	6.7	5	33.3
อนุปริญญา	5	33.3	3	20.0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1	6.7	1	6.7
สถานภาพสมรส				
โสด	9	53.4	8	33.3
สมรส	5	33.3	5	60.0
หม้าย/หย่า/แยก	1	13.3	2	6.7

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การทดลอง	คะแนนภาวะ \pm SD	แปลผลคะแนน	Z	p-value
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	45.1 \pm 13.36	ปานกลาง	-2.48	0.013*
หลังการทดลอง	40.1 \pm 10.23	ปานกลาง		
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	41.45 \pm 19.82	ปานกลาง	-2.71	0.007*
หลังการทดลอง	30.9 \pm 8.21	น้อย		

*p-value < 0.05, The Wilcoxon Signed Ranks Test

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองของก่อนและหลังการทดลอง

การทดลอง	คะแนนภาวะ \pm SD	Z	p-value
ก่อนการทดลอง			
กลุ่มควบคุม	45.1 \pm 13.36	-0.91	0.367
กลุ่มทดลอง	41.5 \pm 19.82		
หลังการทดลอง			
กลุ่มควบคุม	40.1 \pm 10.23	-2.60	0.009*
กลุ่มทดลอง	30.9 \pm 8.21		

*p-value < 0.05, Mann Whitney-U test

อย่างมีความมั่นใจมากขึ้นในความสามารถที่ตนเองมีอยู่

จากการผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป ทั้งใน กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 60.0 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาและประถมศึกษา ร้อยละ 33.33 เท่ากัน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.6 Sharma และคณะ¹⁸ ศึกษาความแตกต่างระหว่างเพศในการดูแลผู้ป่วย ทางจิตของผู้ดูแลในครอบครัว พบว่าเพศหญิงเป็น ตัวทำนองที่สำคัญ คือผู้หญิงเป็นจำนวนมากที่ให้การดูแลผู้ป่วยทางจิตจะมีความเครียดและรู้สึกมี ภาระในการดูแล สอดคล้องกับ Adeosun⁹ ที่ศึกษา บัณฑิตที่สัมพันธ์กับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วย มานานเป็นเพศหญิง และมีการศึกษาน้อยจะเป็น บัณฑิตทำนองการมีภาระการดูแลที่มากกว่าเมื่อเทียบกับ

กลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบ ตามคะแนนภาวะของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนน การเปรียบเทียบภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สูงอายุของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีค่าต่ำกว่า คะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุก่อน การทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การเปรียบเทียบคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองของ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลอง คะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุของ กลุ่มทดลอง มีค่าต่ำกว่าคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทสูงอายุของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรม ให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอรรถิภาวะนิยมต่อภาระการ ดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุนั้น สามารถช่วยเหลือ

ผู้รับการบำบัดให้ค้นหาความหมายของชีวิตที่เกิดจากการทำงานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับบุคคลครอบครัว หรือแม้กระทั่งกลุ่มอัตถิภาวะนิยมต่อภาระการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โดยผู้ดูแลสามารถที่จะหันกลับเข้าสู่ตนเอง โดยการตระหนักรู้ว่าตัวเองมีความรู้สึกเป็นภาระได้อย่างไร ในนัยที่สามารถตอบปัญหาของตัวเองได้ว่า ความจริงคือความรู้สึกที่เป็นภาระในการดูแล เมื่อผู้ดูแลรู้ความจริงว่า ความรู้สึกที่เป็นภาระ ทำให้ผู้ดูแลไม่เป็นอิสระ ถูกกำหนดหรือถูกควบคุมจากอำนาจภายนอก ดังนั้นเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเปลี่ยนแปลงอันเกิดจากการบำบัด เกิดความเข้าใจ หาทางเลือกอย่างอิสระ ตัดสินใจ และสามารถรับผิดชอบต่อทางเลือกได้ด้วยตัวเองท่ามกลางสถานการณ์ที่เป็นอยู่แล้ว จึงสามารถวางตัวหรือวางท่าที่ต่อความจริงว่าจะดำเนินชีวิต ด้วยการกำหนดคุณค่าและความหมายของชีวิตที่เหมาะสมให้กับตนเอง⁹ ซึ่งเป็นไปได้ในทิศทางเดียวกับงานวิจัยของ Brandstätter และคณะ¹³ ศึกษาประสบการณ์ในการหาความหมายในชีวิตของผู้ดูแล 84 คน ที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองพบว่า ผู้ดูแลที่พบความหมายในชีวิต จะเป็นปัจจัยป้องกัน ความเสี่ยงต่อภาระการดูแล และพบประสบการณ์ในการหาความหมายในชีวิต ด้วยการมีเพื่อน การพักผ่อน การอยู่กับธรรมชาติและการมีสัตว์เลี้ยง Fegg และคณะ¹⁴ ศึกษาแบบ randomized controlled trial ในการบำบัดแบบอัตถิภาวะนิยมในการเลือกหาความหมายของชีวิตให้เหมาะสมกับตนเองยังมีอิสระเสรีภาพ โดยผู้ดูแลที่ได้รับคำปรึกษาจะต้องรับผิดชอบ ต่อการตัดสินใจเลือกเป้าหมาย

ในการดำเนินชีวิตของตนเอง ในผู้ดูแลกลุ่มทดลอง 81 คน และกลุ่มควบคุม 79 คน ที่ดูแลผู้ป่วยประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต พบว่าสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความทุกข์ต่อภาระการดูแลที่ลดลงและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Hosseinigolafshani และคณะ¹² ศึกษาวิจัยกึ่งทดลองผลของการบำบัดแบบกลุ่มอัตถิภาวะนิยมต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย hemodialysis แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มควบคุม 50 คน กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดแบบอัตถิภาวะนิยม 10 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ประเมินภาระด้วยแบบสัมภาษณ์ Zarit Burden หลังจบการบำบัดทันที และติดตามผล 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบอัตถิภาวะนิยมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาระลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทันทีหลังการบำบัดและในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปว่าการบำบัดแบบอัตถิภาวะนิยมสามารถช่วยลดภาระของผู้ดูแลได้ แต่ยังสามารถช่วยให้คุณภาพชีวิตผู้ดูแลดีขึ้น

สรุป

โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอัตถิภาวะนิยมสามารถช่วยให้ภาระการดูแลผู้ดูแลในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุลดลงได้ และนำแนวคิดดังกล่าวนี้มาวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยการประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแล และให้ความสำคัญของการลดความรู้สึกเป็นภาระให้แก่ผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการศึกษาผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอัตโนมัติหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการให้คำปรึกษา ดังนั้นจึงควรศึกษาถึงความยั่งยืนของการโปรแกรมด้วยการศึกษาในระยะติดตามผล เช่น 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. มุลินธิสถาบันวิจัยและพัฒนา ผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559. นครปฐม: บริษัท พรินเตอร์ จำกัด; 2560.
2. กรมสุขภาพจิต. ผู้สูงอายุไทย “สมองเสื่อม” 8 แสนกว่าคน. ข่าวหนังสือพิมพ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต. [online]. <https://www.dmh.go.th/news-dmh/> [2018 Jun 18].
3. Regeva S, Josman N. Evaluation of executive functions and everyday life for people with severe mental illness: A systematic review. *Schizophr Res Cogn* 2020; 21: 100178.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2557. กรุงเทพฯ: บริษัท บิยอนด์พับลิชซิ่ง จำกัด 2557.
5. Chen L, Zhao Y, Tang J, Jin G, Liu Y, Zhao X, et al. The burden, support and needs of primary family caregivers of people experiencing schizophrenia in Beijing communities: a qualitative study. *BMC Psychiatry* 2019; 19: 75.
6. อุทุมพร วงษ์ศิลป์, ภาสกร สวนเรือง. ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2562; 13(4): 420-7.
7. Rafiyah I, Sutharangsee W. Review: burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia and its related factors. *Nurse Media J Nurs* 2011; 1(1): 29-41.
8. เขมณัฏฐ์ ศรีพรหมภักดิ์, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิน แสงอ่อน. ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ครอบครั ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2558; 29(1): 103-22.
9. Adeosun II. Correlates of Caregiver Burden among Family Members of Patients with Schizophrenia in Lagos, Nigeria. *Schizophr Res Treat* 2013; 2013: 353809.
10. Lim Y, YH. A. Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. *Appl Nurs Res* 2003; 16(2): 110-7.
11. Frankl V. Man's search for ultimate meaning. New York: Basic Books; 2000.
12. Hosseinigolafshani SZ, Taheri S, Mafi M, Mafi MH, Kasirlou L. The effect of group logo therapy on the burden of hemodialysis patients' caregivers. *J Renal Inj Prev* 2020; 9(4): e33.
13. Brandstätter M, Kögler M, Baumann U, Fensterer V, Küchenhoff H, Borasio GD, et al. Experience of meaning in life in bereaved informal caregivers of palliative care patients. *Springer-Verlag Berlin Heidelberg* 2014; 1-9.
14. Fegg MJ, Brandstätter M, Kögler M, Hauke G, Rechenberg-Winter P, Fensterer V, et al. Existential behavioural therapy for informal caregivers of palliative patients: a randomized controlled trial. *Psychooncology* 2013; 22(9): 2079-86.
15. ประเทือง ละออสุวรรณ, นภา จิรัฐจินตนา. ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา* 2561; 12(2): 37-47.

16. ชัญชิตาคุณฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, วรณรัตน์ลาวัง. การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. การพยาบาลและการศึกษา 2554; 4: 62-75.
17. คุณฎี อุคมอิทธิพงษ์. ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีอัตถิภาวะนิยมต่อความวิตกกังวลของสตรีวัยทอง [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา; 2546.
18. Sharma N, Chakrabarti S, Grover S. Gender differences in caregiving among family-caregivers of people with mental illnesses. World J Psychiatry 2016; 6(1): 7-17.
19. พระธรรมโกศาจารย์ (ประยูร ธมฺมจิตฺโต), เปรียบเทียบแนวคิดพุทธศาสนับชาร์คร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุขภาพใจ; 2551.

ปัจจัยทำนายการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยเทคนิคเหมืองข้อมูล

จรรย์รัตน์ สุวัฒน์ปริดา*, วัฒนาภรณ์ พิบูลลาภลักษณ์*, กฤตนิยม แก้วยศ**, สิริวัฒน์ สุวัฒน์ปริดา***

*พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**นักวิชาการสาธารณสุข สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

***เภสัชกร สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วันรับบทความ : 7 ธันวาคม 2564

วันแก้ไขบทความ : 18 มิถุนายน 2564

วันที่ตอบรับบทความ : 24 มิถุนายน 2564

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้เทคนิคเหมืองข้อมูลวิธีต้นไม้ตัดสินใจ

วัสดุและวิธีการ : เป็นการศึกษาวิจัยย้อนหลัง จากเหมืองข้อมูลในโปรแกรม BMS-HOSxP ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้ารับรักษาซ้ำในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 3,549 ราย ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2559 - วันที่ 30 ธันวาคม 2561 โดยนำปัจจัยจากข้อมูลทั่วไปที่บันทึกในระบบ BMS-HOSxP (Bangkok Medical Software-Hospital information extreme platform) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การตรวจพบสารเสพติด การมาตรวจตามนัด เขตพื้นที่สุขภาพ ยาต้านโรคจิตรูปแบบชนิดน้ำ ยาต้านโรคจิตรูปแบบชนิดเม็ดที่ออกฤทธิ์ยาว และจำนวนวันกลับเข้ารับรักษาซ้ำ มาวิเคราะห์อย่างเป็นขั้นตอนด้วยรูปแบบต้นไม้

ผล : พบว่าการมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ การได้รับยาต้านโรคจิตรูปแบบชนิดน้ำ การได้รับยาต้านโรคจิตชนิดเม็ดที่ออกฤทธิ์ยาว สามารถทำนายการกลับมารักษาซ้ำได้มากที่สุดตามลำดับ ทั้งนี้ รูปแบบทำนายการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยเทคนิคเหมืองข้อมูล สามารถทำนายได้แม่นยำร้อยละ 61.5 ถ้าทำนายว่าผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำเกิน 6 เดือน จะมีโอกาสทำนายถูกต้องร้อยละ 51.5 แต่ถ้าทำนายว่าผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำไม่เกิน 6 เดือน จะมีโอกาสทำนายถูกต้องเพียงร้อยละ 73.1

สรุป : การป้องกันการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และกรณีผู้ป่วยมีปัญหาการรับประทานยา จำเป็นต้องสนับสนุนให้ได้รับยาต้านโรคจิตรูปแบบชนิดน้ำ และการได้รับยาด้านโรคจิตชนิดที่ออกฤทธิ์ยาว

คำสำคัญ : การกลับมารักษาซ้ำ จิตเภท ปัจจัยทำนาย เหมืองข้อมูล

PREDICTIVE FACTORS OF READMISSION IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA USING DATA MINING TECHNIQUES

Jongrat Suwattanapreeda*, Wattanaporn Piboonarluk*,
Krittana Keawyt**, Siriwat Suwattanapreeda***

*Registered Nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

**Public Health Technical Officer, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

***Pharmacist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Received: December 7, 2020

Revised: June 18, 2021

Accepted: June 24, 2021

Abstract

Objectives: To determine predicting the associated factors of relapse in patients with schizophrenia by using data mining with decision trees.

Material and Methods: The retrospective study design by data mining in the BMS-HOSxP program, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry was conducted. The samples consisted of 3,549 schizophrenic patients who returned to admission in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry from 1st January 2016 to 30th December 2018. The factors of general data were taken from HOSxP database (Bangkok Medical Software-Hospital information extreme platform): gender, age, length of hospitalization, substance using, follow-up visiting, area health board, syrup antipsychotic drug using, long-acting injectable antipsychotics drug using and readmission date. Approach method of analysis used in this research was decision tree model.

Results: The finding revealed that majors predictive factors of readmission in schizophrenic patients were continuous follow-up appointment, liquid antipsychotics, and antipsychotic long acting Injections using. Data mining techniques was able to be used to predict hospital readmission the best accuracy of 61.5%, while 73.1% and 51.5% were the accuracy of admission date within 6 months and more than 6 months, respectively.

Conclusion: Adherence to prevention of rehospitalization in schizophrenia are important and could be improved if continuous follow-up appointment, liquid antipsychotics, and antipsychotic long acting Injections using were continually encouraging.

Key words: data mining techniques, predictive factors, readmission, schizophrenia patients

บทนำ

การกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท เป็น การเกิดขึ้นของอาการทางจิต โดยเฉพาะการเพิ่ม มากขึ้นของอาการด้านบวก ในระดับที่จำเป็นต้อง ได้รับการบำบัดรักษา และพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว จัดเป็นลักษณะหนึ่งของการป่วยซ้ำ¹⁻² ซึ่งพบได้ถึง ร้อยละ 70.5 โดยส่วนใหญ่จะกลับมารักษาซ้ำภายใน 4 เดือนแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล³

สำหรับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย จิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ปี พ.ศ.2556 - 2558 พบว่า มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 5.90 ร้อยละ 8.48 และร้อยละ 7.23 ตามลำดับ และภายใน 90 วัน เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 15.03 ร้อยละ 14.32 และร้อยละ 15.19 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า สถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำ ของผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบ ต่อผู้ป่วยต้องใช้เวลา นานในการฟื้นฟูหาย เกิด ค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน ครอบคลุมไว้เกิดการดูแล อีกทั้งเป็นตัวบ่งชี้ถึง คุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภท⁴ โดยพบว่าการ กลับมารักษาซ้ำนั้น เกิดได้จากหลาย ๆ ปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำ

จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการกลับมา รักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าความไม่ร่วมมือใน การใช้ยา สามารถทำนายการกลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือน⁵ การไม่มาตรวจตามนัดกับจิตแพทย์หลัง จำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 30 วัน⁶ การใช้ สารเสพติดโดยเฉพาะกลุ่มเมตแอมเฟตามีน และ

กัญชา⁷ ประวัติการเข้ามารักษาโดยไม่สมัครใจ การ เข้ามารักษาระยะสั้น การเข้ามารักษาโดยไม่สมัคร ใจระยะยาว⁸ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ ป่วยซ้ำภายใน 1 ปี และสถานภาพสมรสที่ไม่ได้ แต่งงาน ประกอบด้วย สถานภาพโสด หม้าย หย่าร้าง มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำภายใน 2 ปี^{5,8}

นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยปกป้องของการ กลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับ การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ทั้งรูปแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน จิตเวชฉุกเฉิน โรงพยาบาลกลางวัน การดูแล แบบฟื้นฟูสมรรถภาพ การบริการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยที่บ้าน³ การปรับระดับแรงกดดันด้านจิตสังคม ในการทำงานประกอบอาชีพ⁹ และการได้รับยา ด้านโรคจิตแบบฉีดออกฤทธิ์ระยะยาว¹⁰ ที่จะช่วย ลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้ จะเห็น ได้ว่า การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมีความ เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย จึงจำเป็นต้องนำปัจจัย ต่าง ๆ เหล่านี้มาศึกษาเป็นรูปแบบพยากรณ์การ กลับมารักษาซ้ำ

ทั้งนี้ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นองค์กรหนึ่งที่เก็บข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภทเป็น จำนวนมากด้วยการนำระบบ BMS-HOSxP มาใช้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 จนถึงปัจจุบัน แต่การนำข้อมูล เหล่านี้มาใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์สภาพ ปัญหาการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทยังไม่ เคยดำเนินการมาก่อน การทำเหมืองข้อมูล (data mining) จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถนำมาใช้สร้าง แบบจำลอง (model) โดยวิธีการจำแนก (classification) ของผู้ป่วยจิตเภทพร้อมทั้งหาคุณสมบัติ (attribute)

ของข้อมูลที่เป็นปัจจัยต่อการกลับมารักษาซ้ำ เมื่อสามารถหาแบบจำลองที่มีความน่าเชื่อถือได้สูง ส่งผลให้ทราบถึงความสัมพันธ์ว่าปัจจัยการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้นำมาเป็นประโยชน์ที่จะส่งเสริมการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำให้ดีขึ้น

การศึกษาครั้งนี้จึงนำข้อมูลปัจจัยการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ในระบบ HOSxP ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยามาใช้ในการพยากรณ์การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยโครงสร้างเทคนิคต้นไม้ตัดสินใจ (decision tree) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์รูปแบบหนึ่งของการทำเหมืองข้อมูล เพื่อทำให้เห็นแบบจำลองของการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ที่จะนำไปสู่การเฝ้าระวังการกลับมารักษาซ้ำ และเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลที่จะป้องกันการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยย้อนหลัง (retrospective study) จากเหมืองข้อมูลในโปรแกรม BMS-HOSxP ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

กลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลจากระบบฐานข้อมูล HOSxP ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 รหัส F20.0 – F20.9 ที่เข้ามารับการรักษาระบบผู้ป่วยใน และจำหน่ายออกจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ระหว่างวันที่ 1

มกราคม 2559 - วันที่ 31 ธันวาคม 2561 จำนวน 3,548 ราย

เกณฑ์คัดเข้า

(1) เป็นข้อมูลของผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไป สัญชาติไทย (2) ได้รับการจำหน่ายจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยามาล่าสุด เนื่องจากอาการทางจิตทุเลา (3) ได้รับการนัดหมายพบแพทย์หลังจำหน่าย

เกณฑ์คัดออก

(1) เป็นข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายเพื่อทดลองเยี่ยมบ้าน (2) เป็นข้อมูลของผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่เคยจำหน่ายด้วยอาการทางคลินิกเกินกว่า 1 ปี (3) เป็นข้อมูลผู้ป่วยที่จำหน่ายเพื่อตัดยอดค่าใช้จ่ายตามสิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้กลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง (5) เป็นข้อมูลผู้ป่วยที่จำหน่ายด้วยระบบส่งต่อตามสิทธิการรักษา หรือมีปัญหาแทรกซ้อนทางด้วยโรคทางกาย และถูกส่งต่อสถานสงเคราะห์ของรัฐหลังจำหน่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระบบซอฟต์แวร์แอปพลิเคชัน BMS-HOSxP โดยนำข้อมูลที่บันทึกในระบบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การตรวจพบสารเสพติด การมาตรวจตามนัด เขตพื้นที่สุขภาพ ยาด้านโรคจิตรูปแบบชนิดน้ำ ยาด้านโรคจิตรูปแบบชนิดเม็ดที่ออกฤทธิ์ยาว และจำนวนวันกลับเข้ารับรักษา

การดำเนินงานวิจัย

ในระยะเตรียมการเก็บข้อมูล เริ่มต้นจากการทบทวนวรรณกรรมการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยการสืบค้นจากฐานข้อมูลระบบอิเล็กทรอนิกส์ วารสาร และการวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้จากการการสังเกตผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้ารับรักษาซ้ำกับบุคลากรทางจิตเวชทำให้ได้ข้อสังเกตเกี่ยวกับตัวแปรอื่น ๆ ที่ยังไม่มีการศึกษาหรือตีพิมพ์ เช่น เขตพื้นที่สุขภาพ ยาต้านโรคจิตรูปแบบชนิดน้ำ ยาต้านโรคจิตชนิดชนิดที่ออกฤทธิ์ยาว แล้วจึงนำมาออกแบบวิธีการรวบรวมข้อมูล การกำหนดนิยาม และลงรหัสการลงข้อมูลของตัวแปรที่จะศึกษา ดังนี้ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การตรวจพบสารเสพติด การมาตรวจตามนัด เขตพื้นที่สุขภาพ ยาต้านโรคจิตรูปแบบชนิดน้ำ ยาต้านโรคจิตรูปแบบชนิดชนิดที่ออกฤทธิ์ยาว และจำนวนวันกลับเข้ารับรักษาซ้ำระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2559 - วันที่ 31 ธันวาคม 2561 และนำข้อมูลมาบันทึกลงในโปรแกรม Excel ที่ออกแบบไว้ ในระยะนี้ได้นำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เพื่อขอเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากตามเอกสารรับรองโครงการที่ 019/2562 ณ วันที่ 20 สิงหาคม 2562 แล้วจึงขออนุญาตหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแล โปรแกรม BMS-HOSxP ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อการใช้เหมืองข้อมูล (data mining) และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยรูปแบบ decisions tree model โดยนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกใน

โปรแกรม Excel รวมกับเหมืองข้อมูลโปรแกรม BMS-HOSxP ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามาทำการดึงข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การตรวจพบสารเสพติด การมาตรวจตามนัด เขตพื้นที่สุขภาพ ยาต้านโรคจิตรูปแบบชนิดน้ำ ยาต้านโรคจิตรูปแบบชนิดชนิดที่ออกฤทธิ์ยาว และจำนวนวันกลับเข้ารับรักษาซ้ำ แล้วจึงนำข้อมูลมาตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องตามเกณฑ์การคัดเข้า และคัดข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ตามเกณฑ์การคัดออกตามที่กำหนดไว้ จากนั้นจึงนำข้อมูลที่เป็นปัจจัยที่ได้จากเหมืองข้อมูล และแบบบันทึก นำมาจัดเรียงข้อมูลและจัดเตรียมไฟล์ในรูปแบบไฟล์ Comma Separated Value (CSV) ในการนำไปทำเหมืองข้อมูลของโปรแกรม RapidMiner แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้ไปหากฎสัมพันธ์ด้วยเทคนิค รูปแบบ decision tree model เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิค decision tree model ผ่าน โปรแกรม RapidMiner โดยตั้งค่ารูปแบบ ดังนี้

1. ทำให้ข้อมูลทั้ง 2 ข้าง มีจำนวนใกล้เคียงกันก่อนนำมาวิเคราะห์ผ่าน decision tree model เพื่อเป็นการลดความแปรปรวนที่อาจเกิดขึ้นด้วยวิธี Bootstrapping
2. ทำการตัดแต่งต้นไม้ (decision tree pruning) โดยการหาค่าการตัดแต่งต้นไม้ดังต่อไปนี้

2.1 ความบริสุทธิ์ทางข้อมูลให้แต่ละชั้นต้องเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 0.01 (หา minimum gain = .01)

2.2 จำนวนข้อมูลขั้นต่ำก่อนแตกกิ่งต้องไม่น้อยกว่า 20 ข้อมูล (หา minimum N for split = 20)

2.3 จำนวนข้อมูลขั้นต่ำในแต่ละโหนดต้องไม่น้อยกว่า 10 (หา minimum N each node = 10)

2.4 ระดับความลึกสูงสุดของต้นไม้อยู่ที่ 10 ชั้น (หา max dept = 10)

ผล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ โปรแกรม RapidMiner แบบทดลองใช้ โดยใช้วิธี decision tree model ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากเหมืองข้อมูลในโปรแกรม BMS-HOSxP ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยเทคนิคเหมืองข้อมูล ข้อมูลที่นำมาศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2559 - วันที่ 31 ธันวาคม 2561 จำนวน 3,548 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้ารับรักษาซ้ำ ภายใน 6 เดือน จำนวน 1,683 ราย และเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้ารับรักษาซ้ำเกินกว่า 6 เดือน จำนวน 1,910 ราย โดยผู้วิจัยนำข้อมูลมาทำ data exploration ได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 การทำ data exploration

ตามตารางที่ 1 อธิบายได้ว่าข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาระบบผู้ป่วยใน และจำหน่ายออกจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จำนวน 3,548 ราย พบว่าลักษณะทั่วไป

ในผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 6 เดือน จำนวน 1,683 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 63.2 ไม่มีคู่ คิดเป็นร้อยละ 84.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 68.2 ไม่ได้รับยาต้านโรคจิตแบบฉีดระยะยาว คิดเป็นร้อยละ 69.6 ไม่ได้รับยาต้านโรคจิตแบบน้ำ คิดเป็นร้อยละ 97.0 ไม่ได้รับการตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 80.6 จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 วัน คิดเป็นร้อยละ 45.5 มาตรฐานตามนัดไม่สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 68.8 เขตบริการสุขภาพในกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 66.6

ส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาซ้ำเกินกว่า 6 เดือน มีจำนวน 1,910 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 62.3 ไม่มีคู่ คิดเป็นร้อยละ 85.8 ไม่ได้รับยาต้านโรคจิตแบบฉีดระยะยาว คิดเป็นร้อยละ 69.6 ไม่ได้รับยาต้านโรคจิตแบบน้ำ คิดเป็นร้อยละ 98.6 ไม่ได้รับการตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 91.9 จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 วัน คิดเป็นร้อยละ 47.2 มาตรฐานตามนัดสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 51.9 เขตบริการสุขภาพในกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 65.0

ส่วนที่ 2 นำข้อมูลมา balance data with bootstrapping*10

พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้ารับรักษาซ้ำจากภาพที่ 1 แบบจำลองต้นไม้ตัดสินใจในการทำนายการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสามารถแบ่งเป็น 20 กลุ่ม ซึ่งอธิบายตามตารางที่ 2 ดังนี้

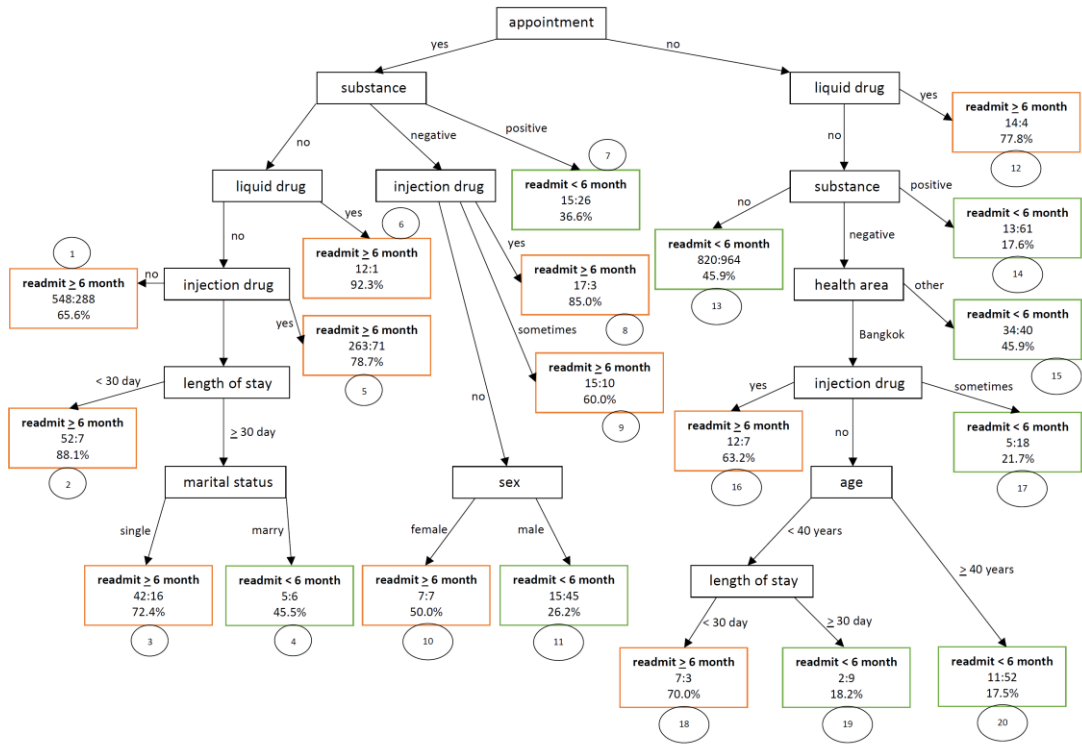
ตารางที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจากการทำ data exploration (n = 3,548 ราย)

ลักษณะทั่วไป	กลับเข้ารับรักษา < 6 เดือน		กลับเข้ารับรักษา ≥ 6 เดือน	
	(n = 1,638 ราย)		(n = 1,910 ราย)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	1,064	63.2	1,189	62.3
หญิง	574	36.8	721	37.8
สถานภาพสมรส				
ไม่มีคู่ (โสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่)	1,417	84.2	1,636	85.8
คู่	221	15.2	274	14.3
ยาต้านโรคจิตแบบฉีดระยะยาว				
ไม่ได้	1,171	69.6	1,145	59.9
ได้	265	30.4	538	40.1
ยาต้านโรคจิตแบบน้ำ				
ไม่ได้	1,633	97.0	1,883	98.6
ได้	5	3.0	27	1.4
สารเสพติดในปัสสาวะ				
ไม่ได้ได้รับการตรวจ	1,357	80.6	1,755	91.88
ไม่พบสารเสพติด	194	11.5	126	6.60
พบสารเสพติด	87	7.9	29	1.52
จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล				
≤ 30 วัน	765	46.7	901	47.2
31 - 60 วัน	587	35.8	682	35.7
≥ 61 วัน	286	17.5	327	17.1
มาตรฐานตามนัด				
ไม่มาตามนัด	1,158	68.8	918	48.1
มาตามนัด (+/- 7 วัน)	480	31.2	992	51.9
เขตบริการสุขภาพ				
กรุงเทพมหานคร	1,121	66.6	1,242	65.0
ต่างจังหวัด	516	33.4	667	35.0

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์แบบจำลองต้นไม้ตัดสินใจในการทำนายการกลับมารักษาของผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มที่	ขนาด กลุ่ม	จำนวน ผู้ป่วยที่กลับเข้า รักษาซ้ำ > 6 เดือน	ร้อยละของ ผู้ป่วยกลับเข้า รักษาซ้ำได้ > 6 เดือน	ผลตรวจ มาตรฐานตาม นัดสม่ำเสมอ	ผลตรวจ สาเหตุที่ ในโปรแกรม เป็นบวก	ยาค่าโรคลึ รูปแบบชนิดน้ำ	ยาค่าโรคลึ ชนิดที่ออก ฤทธิ์ยาว	จำนวนวัน นอน < 30 วัน	มีคูสมรส	เพศชาย	อยู่ในพื้นที่ กทม.	อายุ < 40 ปี
1	836	548	65.6	Y	NA	N	N	0	0	0	0	0
2	59	52	88.1	Y	NA	N	P	Y	0	0	0	0
3	58	42	72.4	Y	NA	N	P	N	N	0	0	0
4	11	5	45.5	Y	NA	N	P	N	Y	0	0	0
5	334	263	78.7	Y	NA	N	A	0	0	0	0	0
6	13	12	92.3	Y	NA	Y	0	0	0	0	0	0
7	41	15	36.6	Y	Y	0	0	0	0	0	0	0
8	20	17	85.0	Y	N	N	A	0	0	0	0	0
9	25	15	60.0	Y	N	N	P	0	0	0	0	0
10	14	7	50.0	Y	N	N	N	0	0	N	0	0
11	61	16	26.2	Y	N	N	N	0	0	Y	0	0
12	18	14	77.8	N	0	Y	0	0	0	0	0	0
13	1,784	820	46.0	N	NA	N	0	0	0	0	0	0
14	74	13	17.6	N	Y	N	0	0	0	0	0	0
15	74	34	46.0	N	N	N	0	0	0	0	N	0
16	19	12	63.2	N	N	N	A	0	0	0	Y	0
17	23	5	21.7	N	N	N	P	0	0	0	Y	0
18	10	7	70.0	N	N	N	N	Y	0	0	Y	Y
19	11	2	18.2	N	N	N	N	N	0	0	Y	Y
20	63	11	17.5	N	N	N	N	0	0	0	Y	N

หมายเหตุ Y = ใช่ (yes), N = ไม่ใช่ (no), NA = ไม่ได้ตรวจ (not available), A = เสมอ (always), P = บางครั้ง (partial), 0 = ไม่เกี่ยวข้อง (Null)



ภาพที่ 1 แบบจำลองต้นไม้ตัดสินใจในการทำนายการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 3 ความแม่นยำของอัลกอริทึมและทดสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของโมเดล

	กลับมารักษาซ้ำ ≥ 6 เดือน (true long)	กลับมารักษาซ้ำ < 6 เดือน (true short)	Class precision
กลับมารักษาซ้ำ ≥ 6 เดือน (pred. long)	984	440	69.1%
กลับมารักษาซ้ำ < 6 เดือน (pred. short)	926	1,198	56.4%
Class recall	51.5%	73.1%	

$$\begin{aligned} \text{Accuracy} &= 100 * (\text{pred.long}:\text{true.long} + \text{pred.short}:\text{true.short}) / \text{Total} \\ &= 100 * (984 + 1198) / 3,548 \\ &= 61.5\% \end{aligned}$$

จากตารางที่ 3 พบว่า ถ้าใช้ decision tree model นี้ สามารถทำนายผลอย่างถูกต้องได้ร้อยละ 61.5 ถ้าทำนายว่าผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำเกิน 6 เดือน จะมีโอกาสทำนายถูกต้องร้อยละ 69.1 แต่ถ้าทำนายว่าผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำไม่เกิน 6 เดือน จะมีโอกาสทำนายถูกต้องเพียงร้อยละ 56.4

อภิปราย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรม RapidMiner แบบทดลองโมเดลต้นไม้ (decision tree) ในการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทำนายการกลับมา รักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้เทคนิคเหมือน ข้อมูล ทำให้ทราบว่าปัจจัยหลักที่สำคัญ 4 ปัจจัย อธิบาย การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ จากการ ใช้โมเดลแผนภาพต้นไม้ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอกลับเข้ารับรักษาซ้ำเกินกว่า 6 เดือน ส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่มาตรวจตามนัดไม่สม่ำเสมอ หรือไม่มาตามนัดจะกลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 6 เดือน อธิบายได้ว่า การมาตรวจตามนัด เกี่ยวข้องกับการลดความเสี่ยงของการกลับมา รักษาซ้ำ เนื่องจากระยะเวลาการติดตามอาการของจิตแพทย์ ที่ทันท่วงที่ไม่เกิน 30 วันหลังจำหน่าย จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงการดูแลอย่างทันท่วงที่ หากเกิดอาการเตือนหรืออาการทางจิตกำเริบ อีกทั้งยังสามารถช่วยติดตามการกลับไปใช้สารเสพติด ร่วมกับการรักษาอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินและจัดการดูแลได้เร็วไว้^{6,11}

จากการใช้โมเดลแผนภาพต้นไม้ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดจะกลับเข้ารับ

ซ้ำภายใน 6 เดือน ส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้ใช้ สารเสพติดจะกลับเข้ารับรักษาซ้ำเกินกว่า 6 เดือน อธิบายได้ว่า สารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนมี กลไกการออกฤทธิ์ที่ทำให้สารโดปามีน (dopamine) เพิ่มมากขึ้นในสมอง ซึ่งส่งผลต่อการกำเริบของ อาการทางจิตได้ เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้กัญชา ในปริมาณสูง สมองจะทำการสังเคราะห์และปล่อย สาร dopamine มากขึ้นด้วยการเพิ่มการยับยั้งการ นำกลับมาใช้ใหม่ นำมาซึ่งการเกิดอาการทางจิต หากมีอาการรุนแรงจะนำมาซึ่งการกลับมา รักษาซ้ำได้

จากการใช้โมเดลแผนภาพต้นไม้ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้าน โรคจิตรูปแบบชนิดน้ำ อย่างสม่ำเสมอกลับเข้ารับรักษาซ้ำเกินกว่า 6 เดือน ส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เคยได้รับยาต้าน โรคจิต รูปแบบชนิดน้ำ กลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 6 เดือน อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทบางรายที่มีข้อจำกัดใน การรับประทานยาเม็ด หรือผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ยอมรับ การเจ็บป่วยและไม่ร่วมมือในการใช้ยา แต่มีผู้ดูแล ในการจัดยา ทำให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่าง สม่ำเสมอ โดยปริมาณยา รูปแบบชนิดน้ำมีค่า เปรียบเทียบได้ตามปริมาณยา รูปแบบเม็ด ทั้งนี้ การ ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับเข้า รักษาซ้ำมาก โดยยาต้าน โรคจิตรูปแบบชนิดน้ำ สามารถนำไปผสมกับอาหาร หรือเครื่องดื่มให้ ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาในการควบคุมกลไกการทำงาน สารสื่อประสาทในสมองเช่นเดียวกับยาต้าน โรคจิต ชนิดเม็ด

จากการใช้โมเดลแผนภาพต้นไม้ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิตชนิดฉีดออกฤทธิ์ยาวอย่างสม่ำเสมอกลับเข้ารับรักษาซ้ำเกินกว่า 6 เดือน อธิบายได้ว่า การไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตแบบรับประทานในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับอาการกำเริบ การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตชนิดฉีดออกฤทธิ์ยาวจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาและลดการกำเริบของโรคต้องเข้ารับการรักษาได้¹⁰

สรุป

จากการวิเคราะห์ที่ปัจจัยทำนายการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้เทคนิคเหมืองข้อมูลพบว่า การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การใช้สารเสพติด การได้รับยาต้านโรคจิตรูปแบบชนิดน้ำ และการได้รับยาต้านโรคจิตชนิดฉีดออกฤทธิ์ยาวส่งผลต่อการกลับมารักษาซ้ำในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่ในการวางแผนป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีการบันทึกใน โปรแกรม BMS-HOSxP ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ทำให้ข้อมูลเฉพาะที่มีการบันทึก ไม่ได้ข้อมูลเชิงพฤติกรรมมา

วิเคราะห์ เช่น ความร่วมมือในการใช้ยา การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ศศ.ดร.จันทร์เจ้า มงคลนาวิน ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ และเป็นทีปรึกษาจากการอบรม data mining

เอกสารอ้างอิง

1. Burns T, Fiander M, Audini B. A delphi approach to characterizing 'relapse' as used in UK clinical practice. *Int J Soc Psychiatry* 2000; 46: 220-30.
2. Lamberti JS. Seven keys to relapse prevention in schizophrenia. *J Psychiatr Pract* 2001; 253-9.
3. Chi MH, Hsiao CY, Chen KC, Lee LT, Tsai HC, Hui Lee I, et al. The readmission rate and medical cost of patients with schizophrenia after first hospitalization - A 10-year follow-up population-based study. *Schizophr Res* 2016; 170(1): 184-90.
4. Boaz TL, Becker MA, Andel R, Van Dorn RA, Choi J, Sikirica M. Risk factors for early readmission to acute care for persons with schizophrenia taking antipsychotic medications. *Psychiatr Serv* 2013; 64(12): 1225-9.
5. Thongkam J, Sukmak V, Mayusiri V. Predicting schizophrenia at risk of readmissions in the short- and long-term using decision tree model. *KKU Res J* 2016; 21(3): 91-103.
6. Okumura Y, Sugiyama N, Noda T. Timely follow-up visits after psychiatric hospitalization and readmission in schizophrenia and bipolar disorder in Japan. *Psychiatr Res* 2018; 270: 490-5.

7. Thomsen KR, Thylstrup B, Pedersen MM, Pedersen MU, Simonsen E, Hesse M. Drug-related predictors of readmission for schizophrenia among patients admitted to treatment for drug use disorders. *Schizophr Res* 2018; 195: 495-500.
8. Hung YY, Chan HY, Pan YJ. Risk factors for readmission in schizophrenia patients following involuntary admission. *PloS one* 2017; 12(10): e0186768.
9. Smith R, Witt DP, Franzsen D. Occupational performance factors perceived to influence the readmission of mental health care users diagnosed with schizophrenia. *S Afr J Physiother* 2014; 44(1): 51-6.
10. Chou F, Reome E, Davis P. Impact on length of stay and readmission rates when converting oral to long-acting injectable antipsychotics in schizophrenia or schizoaffective disorder. *The Mental Health Clinician* 2016; 6(5): 254-9.
11. Kurdyak P, Vigod SN, Newman A, Giannakeas V, Mulsant BH, Stukel T. Impact of physician follow-up care on psychiatric readmission rates in a population-based sample of patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2018; 69(1): 61-8.

ผลลัพธ์ของโปรแกรมการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน ในผู้ป่วยจิตเวช : การศึกษา 3 ปีย้อนหลัง

นรวิรุ์ พุ่มจันทร์*, กฤตณัย แก้วยศ**, อรรถรงค์ สวานชัง***

*จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**นักวิชาการสาธารณสุข สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

***เภสัชกร สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วันรับบทความ : 20 กรกฎาคม 2564

วันแก้ไขบทความ : 13 กันยายน 2564

วันตอบรับบทความ : 21 กันยายน 2564

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันในผู้ป่วยจิตเวช

วัสดุและวิธีการ : การศึกษาแบบย้อนหลัง 3 ปี ในผู้ป่วยจิตเวช 51 คน ที่มารับบริการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2560 - 30 เมษายน 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบบันทึกข้อมูลการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช และ 3) แบบบันทึกข้อมูลการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน สถิติที่ใช้ คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ และสถิติทดสอบที กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผล : ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 51 คน ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 74.5 เหตุผลของการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลกลางวัน คือ ต้องการฝึกอาชีพและ/หรือสามารถกลับไปทำงาน ร้อยละ 78.4 ระยะเวลาการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันเฉลี่ย 27.6 ± 15.94 สัปดาห์ การทำงานก่อนและหลังการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และเมื่อเปรียบเทียบการกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำก่อนและหลังการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน 1 ปี พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

สรุป : ผลลัพธ์ของโปรแกรมการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันทำให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถกลับไปทำงานกลับไปเรียนหนังสือ ลดการกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำ และสามารถกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัว ชุมชน สังคมได้

คำสำคัญ : ผลลัพธ์ ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกลางวัน

ORIGINAL ARTICLE

OUTCOMES OF DAY HOSPITAL TREATMENT PROGRAM IN PSYCHIATRIC PATIENTS: A 3-YEAR RETROSPECTIVE STUDY

Norrawee Phoomchan*, Krittanai Kaewyot**, Orabhorn Suanchang***

*Psychiatrist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

**Public Health Technical Officer, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

***Pharmacist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Received: July 20, 2021

Revised: September 13, 2021

Accepted: September 21, 2021

Abstract

Objectives: To study the outcomes of Day hospital treatment program in psychiatric patients.

Material and Methods: A 3 years' retrospective study in 51 psychiatric patients at Day hospital, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry from 1 May 2017 to 30 April 2020 was performed using records of demographic data, treatment at out-patient department, and treatment at Day hospital. Statistics used were frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square test and t-test with 0.05 level of significance.

Results: 74.5% percent of 51 patients were diagnosed schizophrenia. Vocational training and/or returning to work (78.4%) were the reasons for entering the program. Average duration at Day hospital was 27.6 ± 15.94 weeks. Differences in working performance and frequency of readmission after one year at Day hospital were statistically significant with p -value < 0.001 both.

Conclusion: Outcome of treatment and rehabilitation of Day hospital for psychiatric patients, this intervention can help psychiatric patients return to normal life such as working, studying, reducing admission and staying with family and society.

Key words: outcomes, psychiatric patients, Day hospital

บทนำ

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชทำการรักษาด้วยยาจิตเวช (psychopharmacological treatment) ร่วมกับการรักษาทางจิตใจและสังคม (psychosocial treatment) ส่งผลให้ผู้ป่วยอาการสงบและลดการกลับมาเป็นซ้ำ¹ ซึ่งโรงพยาบาลกลางวัน (Day hospital) เป็นหน่วยงานที่ให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบองค์รวมทั้งด้านชีวภาพจิตใจและสังคม โดยบุคลากรสหวิชาชีพร่วมทำงานเป็นทีม มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ได้เหมือนปกติในด้านการทำงาน การเรียน การดำเนินชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างสงบสุข² เป็นการกลับคืนสู่สภาวะ (recovery)³

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงพยาบาลกลางวันสำหรับผู้ป่วยจิตเวช พบว่าการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ในด้านการใช้ชีวิตประจำวันและด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านทักษะทางสังคม การแสดงออก การสื่อสาร การทำงาน ในด้านความคิดริเริ่ม และความร่วมมือในการทำงาน⁴ อาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคุณภาพชีวิตทางสังคมสูงขึ้นในด้านพฤติกรรม การแสดงออก การสื่อสาร การดำเนินชีวิตและการเข้าใจผู้อื่น⁵ สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาผู้ป่วยจิตเวชซึ่งได้รับการบำบัดรักษาแบบ โรงพยาบาลกลางวัน พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติอยู่ในระดับกลาง อาการทางจิตของผู้ป่วยมีความรุนแรงต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย คุณภาพชีวิตของญาติมีความสัมพันธ์กับอาการทางจิตของผู้ป่วย⁶ ในด้าน

กิจกรรมที่ใช้บำบัดรักษาผู้ป่วยพบว่ากลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมช่วยลดความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท⁷ นอกจากนี้การศึกษาของ Marshall et al. (2001)⁸ ศึกษาเปรียบเทียบการรักษาแบบ โรงพยาบาลกลางวันกับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก พบว่า อาการทางจิตของผู้ป่วยที่รับการรักษาแบบ โรงพยาบาลกลางวันดีกว่าการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้ดีกว่าการรักษาแบบผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียว แต่อาการทางคลินิกอื่น ๆ ผลลัพธ์ทางสังคม และค่าใช้จ่ายไม่ได้แตกต่างกัน

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาให้บริการโรงพยาบาลกลางวันกับผู้ป่วยจิตเวชเป็นแห่งแรกในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ.2504⁹ แต่ไม่ได้รับความนิยม ต่อมามีการปรับปรุงให้บริการโดยนายแพทย์ชูทิศย์ ปานปรีชา ในปี พ.ศ.2518 โดยนำรูปแบบโรงพยาบาลกลางวันของต่างประเทศมาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย และดำเนินการจนถึงปัจจุบัน ซึ่งมีเพียงแห่งเดียวในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชจิตเวชมายาวนานกว่า 40 ปี ในปี พ.ศ.2560 โรงพยาบาลกลางวันได้เริ่มรับผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องการเข้าสู่การจ้างงานผู้พิการทางจิตมาเข้ารับการรักษาและฟื้นฟูก่อนเข้าสู่กระบวนการจ้างงานด้วยความมุ่งมั่นให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถทำงานได้ เกิดการพึ่งพาตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเอง การบำบัดรักษาและฟื้นฟูในรูปแบบโรงพยาบาลกลางวันประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ จิตบำบัดแบบกลุ่ม

(group psychotherapy) กิจกรรมบำบัด (occupational therapy) กลุ่มนันทนาการ (recreational therapy) กลุ่มให้ความรู้ (group education) กิจกรรมฝึกความรับผิดชอบและฝึกการทำงาน กลุ่มชุมชนบำบัด (group therapeutic community) กิจกรรมออกนอกสถานที่ (community trip) มีระยะเวลาของกิจกรรม 3 - 18 เดือน โดยผู้ป่วยต้องมีอายุระหว่าง 18 - 60 ปี ไม่มีอาการทางจิตเวชจากการใช้สารเสพติด และไม่มีอาการทางจิตจากพยาธิสภาพของสมอง โดยผู้บำบัดคือ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด และทีมบุคลากรสหวิชาชีพ การศึกษาในครั้งนี้จึงต้องการศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันในผู้ป่วยจิตเวชในช่วงเวลา 3 ปีย้อนหลัง เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สภาวะและนำไปวางแผนรวมไปถึงพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบของกิจกรรมที่จะบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลกลางวันที่เหมาะสมเพื่อการบริการด้านสุขภาพจิตในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) โดยมีประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวช ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่มารับบริการ ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวช ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลกลางวัน

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2560 - 30 เมษายน พ.ศ. 2563 ทุกราย และผ่านเกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์การคัดเลือกรวมตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยตามรหัสโรคคือ F20.00 - 29.00 และ F30.00 - 39.00
2. ผู้ป่วยอายุ 18 - 60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. ผู้ป่วยไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญาอย่างมากจากการวินิจฉัยของแพทย์

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยยังไม่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลางวันก่อนวันที่ 30 เมษายน 2563
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาได้ครบตามโปรแกรม เช่น มีโรคทางกายรุนแรง ขาดการรักษาโดยไม่ทราบสาเหตุ และ/หรือไม่แจ้งให้ทางโรงพยาบาลกลางวันทราบ
3. ผู้ป่วยใช้สารเสพติดในระหว่างบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน เช่น ยาบ้า สุรา
4. ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ จนต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และโรคประจำตัวทางกาย
2. แบบบันทึกข้อมูลการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย การวินิจฉัยหลัก อาการเด่นชัด ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของ

การนอนโรงพยาบาล

3. แบบบันทึกข้อมูลการรักษาในโรงพยาบาล กลางวัน หลังจากได้รับการจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลกลางวัน ประกอบด้วย ระยะเวลาการ เข้าบำบัดรักษาแบบ โรงพยาบาลกลางวัน เหตุผล ของการบำบัดรักษาแบบ โรงพยาบาลกลางวัน การ เข้าสู่กระบวนการจ้างงาน/การกลับไปทำงาน/การ เรียนการเขียนหรือการประกอบอาชีพก่อนการ รักษาแบบ โรงพยาบาลกลางวัน หลังสิ้นสุดการ รักษาแบบ โรงพยาบาลกลางวัน และยาที่ได้รับ ก่อนจำหน่าย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ขอรับการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในคนจากสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าสุทนต์วงศา เอกสารรับรอง โครงการที่ SD.IRB.APPROVAL 013/2564 วันที่ 2 มิถุนายน พ.ศ. 2564 โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกนำเสนอ เป็นภาพรวมของผู้ป่วย ไม่สามารถเจาะจงไปที่ ผู้ป่วยคนใดคนหนึ่งได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูล ทั่วไปและข้อมูลการรักษาของผู้ป่วย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) และ Wilcoxon signed ranks test เพื่ออธิบายความแตกต่าง ของก่อนและหลังการบำบัดรักษาแบบ โรงพยาบาล กลางวัน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผล

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 51 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.9 อายุเฉลี่ย 38.4 ± 9.41 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 94.1 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 56.9 ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ 72.5 ได้รับการ วินิจฉัยโรคจิตเวชว่าเป็น schizophrenia ร้อยละ 74.5 อาการเด่นชัดส่วนใหญ่ คือ หูแว่ว ร้อยละ 68.6 และหลงผิด 56.9 การนอนโรงพยาบาลก่อนได้รับการ บำบัดรักษาแบบ โรงพยาบาลกลางวันมากกว่า 3 ครั้ง ร้อยละ 33.3 และระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย ก่อนได้รับการบำบัดรักษาแบบ โรงพยาบาล กลางวัน 16.0 ± 8.53 ปี

นอกจากนี้ส่วนใหญ่เหตุผลของการเข้ารับ บริการในโรงพยาบาลกลางวัน คือ ต้องการฝึกอาชีพ และหรือสามารถกลับไปทำงาน ร้อยละ 78.4 รองลงมาคือ ต้องการปรับพฤติกรรมและหรือ แนวความคิด ร้อยละ 21.6 ลักษณะของการทำงาน ก่อนการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน ส่วนใหญ่ คือว่างงาน ร้อยละ 84.3 ส่วนหลังสิ้นสุดการรักษา ในโรงพยาบาลกลางวัน ส่วนใหญ่คือทำงานแบบมี รายได้ ร้อยละ 74.5 ระยะเวลาการบำบัดรักษาแบบ โรงพยาบาลกลางวันเฉลี่ย 27.6 ± 15.94 สัปดาห์ และยาที่ได้รับหลังจากจำหน่ายหลังจากโรงพยาบาล กลางวัน ส่วนใหญ่เป็นยารักษาโรคจิตแบบ atypical ร้อยละ 60.8 รองลงมาคือ ยากลุ่ม anticholinergics ร้อยละ 54.9

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 51)

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	28	54.9
หญิง	23	45.1
อายุเฉลี่ย (SD)	38.4 (9.41) ปี ต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 58 ปี	
สถานภาพสมรส		
โสด	48	94.1
หม้าย/หย่า/แยก	3	5.9
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	29	56.9
ปริญญาตรีขึ้นไป	22	43.1
โรคประจำตัวทางกาย		
ไม่มี	37	72.5
มี	14	27.5
การวินิจฉัยโรคจิตเวช		
schizophrenia	38	74.5
bipolar disorder	5	9.8
unspecified psychosis	4	7.8
schizoaffective disorder	3	5.9
major depressive disorder	1	2.0
อาการเด่นชัด*		
หูแว่ว	35	68.6
หลงผิด	29	56.9
กลัวถูกทำร้าย	15	51.7
หวาดระแวง	9	31.0
หลงผิดอื่น ๆ	5	17.2
มีปัญหาเรื่องการพูด/การสื่อสาร	13	25.5
มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม	12	23.5
มีปัญหาเรื่องอารมณ์	12	23.5
มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ	10	19.6

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 51) (ต่อ)

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลก่อนได้รับการบำบัดรักษาแบบ		
โรงพยาบาลกลางวัน		
0 ครั้ง	10	19.6
1 ครั้ง	11	21.6
2 ครั้ง	6	11.8
3 ครั้ง	7	13.7
มากกว่า 3 ครั้ง	17	33.3
ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยก่อนได้รับการบำบัดรักษาแบบ	16.0 (8.53) ปี	
โรงพยาบาลกลางวัน (SD)	ต่ำสุด 0.7 ปี สูงสุด 42.6 ปี	
เหตุผลของการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลกลางวัน**		
ต้องการฝึกอาชีพและ/หรือสามารถกลับไปทำงาน	40	78.4
ต้องการปรับพฤติกรรมและ/หรือแนวความคิด	11	21.6
ต้องการปรับสัมพันธภาพในครอบครัว	5	9.8
ต้องการปรับเรื่องความร่วมมือในการรับประทานยาจิตเวช	2	3.9
ลักษณะของการทำงานก่อนการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน		
ว่างงาน	43	84.3
ทำงาน (มีรายได้)	4	7.8
ทำงาน (ไม่มีรายได้/จิตอาสา)	3	5.9
เรียนหนังสือ	1	2.0
ลักษณะของการทำงานหลังสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน		
ว่างงาน	8	15.7
ทำงาน (มีรายได้)	38	74.5
ทำงาน (ไม่มีรายได้/จิตอาสา)	3	5.9
เรียนหนังสือ	2	3.9
ระยะเวลาการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันเฉลี่ย (SD)	27.6 (15.94) สัปดาห์	
	ต่ำสุด 11.7 สัปดาห์ สูงสุด 86.6 สัปดาห์	

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 51) (ต่อ)

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ยาที่ได้รับหลังจากจำหน่ายหลังจากโรงพยาบาลกลางวัน		
ยารักษาโรคจิต atypical	31	60.8
risperidone	18	58.1
clozapine	10	32.3
ยารักษาโรคจิต typical	11	21.6
chlorpromazine	8	72.7
perphenazine	6	54.5
ยารักษาโรคจิตซึ่งมีฤทธิ์นาน	7	13.7
ยาแก้ซึมเศร้า (antidepressants)	12	23.5
ยาปรับอารมณ์ (mood stabilizers)	17	33.3
ยากลุ่ม benzodiazepines	11	21.6
ยากลุ่ม anticholinergics	28	54.9

*ผู้ป่วย 1 คน มีได้มากกว่า 1 อาการ, **ผู้ป่วย 1 คน มีได้มากกว่า 1 เหตุผล

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเข้าสู่การจ้างงานผู้ป่วยจิตเวช (supported employment) หลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เข้าสู่การจ้างงานผู้ป่วยจิตเวช	32	62.7
ไม่ได้เข้าสู่การจ้างงานผู้ป่วยจิตเวช	19	37.3
ไม่สมัครใจเข้าร่วม	12	63.2
สมัครใจเข้าร่วม แต่ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก	7	36.8

ข้อมูลการเข้าสู่การจ้างงานผู้ป่วยจิตเวช
หลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการเข้าสู่การจ้างงาน
ผู้ป่วยจิตเวช (supported employment) หลังจากเข้า
รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน พบว่า ผู้ป่วย

ทั้ง 51 คน แบ่งเป็น ผู้ป่วยที่ได้เข้าสู่การจ้างงาน
ผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 32 คน (ร้อยละ 62.7) และผู้ป่วย
ที่ไม่ได้เข้าสู่การจ้างงานผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 19 คน
(ร้อยละ 37.3) โดยแบ่งเป็นไม่สมัครใจเข้าร่วม
จำนวน 12 คน เนื่องจากไม่ต้องการลงทะเบียนเป็น

ผู้พิการทางจิตหรือต้องการกลับไปเรียนหนังสือ และสมัครใจเข้าร่วม แต่ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ในการให้เข้าสู่การจ้างงาน จำนวน 7 คน (ร้อยละ 36.8)

การเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน พบว่า การทำงานก่อนและหลังการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันของผู้ป่วยจำนวน 51 คน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value < 0.001) อธิบายได้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้ทำงาน หลังการบำบัดรักษาแบบ

โรงพยาบาลกลางวันสูงขึ้นมากกว่าก่อนการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน ส่วนการจ้างงานผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 39 คน พบว่า การทำงานก่อนและหลังการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value < 0.001) อธิบายได้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่การจ้างงานหลังการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันและได้ทำงานสูงขึ้นมากกว่าก่อนการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน และเมื่อเปรียบเทียบการกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำก่อนและหลังการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน 1 ปี พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value < 0.001)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)		p -value
	ก่อนการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน	หลังการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน	
การทำงาน (n = 51)			
ว่างงาน	43 (84.3)	8 (15.7)	< 0.001* ^a
ทำงาน (มีรายได้)	4 (7.8)	38 (74.5)	
ทำงาน (ไม่มีรายได้/จิตอาสา)	3 (5.9)	3 (5.9)	
เรียนหนังสือ	1 (2.0)	2 (3.9)	
การจ้างงานผู้ป่วยจิตเวช (n = 39)			
ว่างงาน	34 (87.2)	7 (17.9)	< 0.001* ^a
ทำงาน	5 (12.8)	32 (82.1)	
การกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำเฉลี่ยก่อนและหลังการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน 1 ปี (SD) (n = 51)	0.6 (0.78)	0.1 (0.24)	< 0.001* ^b

* p -value < 0.05, ^aMcNemar chi-square test, ^bWilcoxon signed ranks test

อภิปราย

จากการศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันในผู้ป่วยจิตเวชในช่วงเวลา 3 ปีย้อนหลัง ในด้านของการกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำหลังการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Husted และ Wentler (2000)¹⁰ พบว่าผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันจนครบโปรแกรมมีจำนวนวันที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน น้อยกว่าผู้ป่วยที่รักษาไม่ครบโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.005) และจากการศึกษาของ Yoshimaru et al. (2002)¹¹ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันมีแนวโน้มลดการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน เมื่อติดตามการรักษาหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 ปี (OR = 0.52; 95%CI = 0.12, 2.35) เนื่องจากการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันมีส่วนทำให้ผู้ป่วยสามารถทานยาได้สม่ำเสมอ จากการศึกษาของ Blazimović et al. (2019)¹² พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันมีค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งของการรักษาแบบผู้ป่วยใน (2.23 ครั้ง) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (5.93 ครั้ง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.001)

ส่วนการกลับไปทำงานหรือกลับไปเรียนหนังสือหลังจากได้รับการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันนั้นมีจำนวนมากขึ้นกว่าก่อนการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kao & Huang (2014)¹³ พบว่าผู้ป่วยจิตเวชได้รับการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันได้รับการจ้างงาน (ร้อยละ 68.9) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 28.0) (p -value < 0.001) เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันจะมีอาการทางบวก (positive symptoms) ลดน้อยลง ผู้ป่วยที่อาการสงบจะส่งผลให้มีโอกาสได้เข้ารับการฝึกอาชีพมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยสามารถทำงานได้ พึ่งพาตนเองได้ ส่งผลให้ ความมั่นใจในตนเองและความนับถือตนเองเป็น การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 14 จากการศึกษาของ Becker et al. (2001)¹⁵ พบว่าการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันร่วมกับการจ้างงานผู้พิการ (supported employment) ช่วยพัฒนาการจ้างงานของผู้ป่วยจิตเวชโดยอัตราการได้รับการจ้างงาน ชั่วโมงรวมของการทำงาน และจำนวน สัปดาห์ของการทำงานของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันร่วมกับการฝึกงานแบบมีผู้ช่วยเหลือดูแลมีค่าสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01) เนื่องจากการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันช่วยพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับ ความแตกต่าง ความจริง และความคาดหวังได้¹⁶ และจากการศึกษาของ Zeeck et al. (2015)¹⁷ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน มีคะแนน Social and Occupational Functioning (SOFAS) เพิ่มขึ้นเมื่อสิ้นสุดการรักษาแบบ โรงพยาบาล

กลางวัน และเมื่อติดตามการรักษาไปอีก 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และจากการศึกษาของ Creed et al. (1997)¹⁸ ศึกษาการเปรียบเทียบค่าใช้จ่าย (ต้นทุนโดยตรงและต้นทุนโดยอ้อม) ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการเฉียบพลันซึ่งได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน เปรียบเทียบกับการรักษาแบบผู้ป่วยใน พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการเฉียบพลันที่มารับบริการโรงพยาบาลกลางวันจะมีค่าใช้จ่ายถูกกว่าการรักษาแบบผู้ป่วยใน และญาติของผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจสำหรับลดความทุกข์ใจ และเพิ่มความสามารถในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้ จุดเด่นของการศึกษานี้คือ การเก็บข้อมูลในระยะยาวถึง 3 ปี รวมไปถึงการส่งเสริมพัฒนาผู้ป่วยในโรงพยาบาลกลางวันให้สามารถเข้าสู่กระบวนการการจ้างงานผู้พิการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ และข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ยังมีจำนวนน้อย เนื่องจากจำกัดเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน รวมไปถึงยังไม่มีมีการประเมินผู้ป่วยด้วยเครื่องมือที่สามารถแปลผลได้อย่างชัดเจน เช่น การประเมินอาการทางจิตด้วย The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) หรือ Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) หรือ Clinical Global Impression - Severity (CGI-S) รวมไปถึงแบบประเมินที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ของผู้ป่วย

สรุป

ผลลัพธ์ของโปรแกรมการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันทำให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถกลับไปทำงาน ร้อยละ 74.5 กลับไปเรียนหนังสือ ลดการกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำ และสามารถกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัว ชุมชนสังคมได้ เป็นการกลับคืนสู่สุขภาพและอาการสงบ ควรส่งเสริมให้มีการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันโดยปรับให้เข้ากับกลุ่มโรค และบริบททางสังคมของประเทศไทย โดยมีการผลักดันเชิงนโยบายให้มีการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชด้วยโรงพยาบาลกลางวันในประเทศไทย เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการนำเครื่องมือที่เป็นแบบประเมินอาการทางจิตรวมถึงแบบประเมินอารมณ์ของผู้ป่วยมาใช้ในการวิจัยครั้งต่อไป มีการประเมินผู้ป่วยโดยญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ศึกษาโดยการติดตามผู้ป่วยในประเด็นการทำงานแบบเต็มความสามารถ (competitive employment) ศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective) เปรียบเทียบผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน และผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ารับการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน

เอกสารอ้างอิง

1. Ferrando SJ, Owen JA, Levenson JS. Psychopharmacology. In: Hales RE, Yudofsky SC, Roberts LW, editors. Textbook of psychiatry. 6 ed. Virginia: The American psychiatric publishing; 2014: 929-30.
2. Hoge MA, Davidson L, Hill WL, Turner VA, Ameli R. The promise of partial hospitalization. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43: 345-54.
3. Kopelowicz A, Liberman RP, Silverstein SM. Psychiatric rehabilitation. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9 ed. Philadelphia: Wolter Kluwer; 2009: 4329-30.
4. Inadomi H, Tanaka G, Watanabe S, Nagatomi Y, Mitarai K, Ohsawa R, et al. Efficacy of 3-year psychiatric daycare treatment in patients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59(3): 246-52.
5. Bankovska Motlova L, Dragomirecka E, Holub D, Cermak J, Blabolova A. Day-treatment programme for psychotic disorders: One-year outcomes. *Eur Psychiatry* 2012; 27: 1.
6. นรวิรี พุ่มจันทร์. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ: กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2548; 13(3): 146-56.
7. กาญจนา เหมะรัต, อัมพันธ์ จารุทัตสนางกูร, พัชรา ศิลปะบรรเลง. ผลของกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา* 2552; 3(1): 12-21.
8. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano AM, Tyrer P. Day hospital versus out-patient care for psychiatric disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 3: CD003240.
9. ชูทิศย์ ปานปรีชา. โรงพยาบาลกลางวัน. ใน: *พัฒนาเวชศาสตร์ชุมชน ยุทธยา, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา; 2520: 872-84.*
10. Husted J, Wentler SA. The effectiveness of day treatment with persistently mentally ill in rural areas. *Disabil Rehabil* 2000; 22(9): 423-6.
11. Yoshimasu K, Kiyohara C, Ohkuma K. Efficacy of day care treatment against readmission in patients with schizophrenia: A comparison between out-patients with and without day care treatment. *Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 56(4): 397-401.
12. Blažinovič I, Orlovič I, Karlovič D, Peitl V. Comparison of clinical and sociodemographic characteristics of patients with schizophrenia treated stationary and at day hospital. *Arch Psychiatr Res* 2019; 55(2): 127-38.
13. Kao C, Huang H. A comparison of the quality of life of patients with schizophrenia in daycare and homecare settings. *JNR* 2014; 22(2): 126-35.
14. Honkonen T, Stengård E, Virtanen M, Salokangas RKR. Employment predictors for discharged schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42(5): 372-80.
15. Becker DR, Bond GR, McCarthy D, Thompson D, Xie H, McHugo GJ, et al. Converting day treatment centers to supported employment programs in Rhode Island. *Psychiatr Serv* 2001; 52(3): 351-7.
16. Malla AK, Payne J. First-episode psychosis: Psychopathology, quality of life, and functional outcome. *Schizophr Bull* 2005; 31(3): 650-71.
17. Zeeck A, von Wietersheim J, Weiß H, Eduard Scheidt C, Völker A, Helesic A, et al. Symptom course in inpatient and day clinic treatment of depression: Results from the INDDep-Study. *J Affect Disord* 2015; 187: 35-44.

18. Creed F, Mbaya P, Lancashire S, Tomenson B, Williams B, Holme S. Cost effectiveness of day and inpatient psychiatric treatment: results of a randomised controlled trial. *BMJ* 1997; 314(7091): 1381-5.

การปรับปรุงและพัฒนาแบบประเมินปัญหาพฤติกรรม กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูล

อัจฉิมา ศิริพิบูลย์ผล*, วนิตา ชนินทรทรวงศ์*, ประเสริฐ จุฑา*

*นักจิตวิทยาคลินิก สถาบันราชานุกูล

วันรับบทความ : 22 ธันวาคม 2563
วันแก้ไขบทความ : 20 พฤษภาคม 2564
วันตอบรับบทความ : 25 พฤษภาคม 2564

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อปรับปรุงและพัฒนาแบบประเมินปัญหาพฤติกรรม กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูล

วัสดุและวิธีการ : รูปแบบที่นำมาใช้ในการพัฒนาแบบประเมินปัญหาพฤติกรรม ฉบับปรับปรุงครั้งนี้ คือ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม การรวบรวมปัญหามาส่งทางพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เพิ่มเติมจากเดิม และประชุมผู้ปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิกเพื่อสรุปผล สำหรับกระบวนการทางวิจัยที่ใช้พัฒนาแบบประเมินครั้งนี้ คือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน การปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และภายหลังปรับแบบประเมินจึงดำเนินการหาค่าความเชื่อถือได้ ด้วยวิธีการหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 ราย

ผล : แบบประเมินที่ผ่านการพัฒนาสามารถนำไปประเมินปัญหาพฤติกรรมกลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุดังนี้ “3 - 5 ปี, 6 - 11 ปี, 12 - 18 ปี และ 18 ปีขึ้นไป” มีการปรับรายการประเมินจากเดิมแบ่งออกเป็น 7 กลุ่มพฤติกรรม ลดลงเพื่อความกระชับของแบบประเมินเหลือ 4 กลุ่มพฤติกรรม ผลการประเมินค่าความตรงเชิงเนื้อหาที่อยู่ในระดับยอมรับได้เป็นร้อยละ 66 (ค่า IOC > 0.5) ซึ่งมีข้อเสนอให้ปรับเนื้อหาและเกณฑ์ในข้อที่ “1.1-1.3, 3.1, 4.1, 4.2, 4.4, 5.4, 5.5” หลังการปรับตามข้อเสนอแนะผลจากการหาค่าความเชื่อมั่น โดยหาค่า reliability coefficient อยู่ที่ร้อยละ 86.96 ซึ่งเป็นระดับที่ยอมรับได้

สรุป : แบบประเมินที่ได้จากการปรับปรุงครั้งนี้นำไปใช้เป็นเครื่องมือประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กบกพร่องทางสติปัญญาที่มีปัญหาพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ได้แก่ สมาธิและความสนใจ การกระตุ้นตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าว และกลุ่มพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

คำสำคัญ : แบบประเมิน ปัญหาพฤติกรรม พฤติกรรม

**AN UPDATE VERSION OF THE BEHAVIOR PROBLEMS
EVALUATION, PSYCHOLOGICAL SERVICE,
RAJANUKUL INSTITUTE**

Adjima Siriphiboonphol*, Vanida Chaninyuthwong*, Prasert Chutha*

*Clinical Psychologist, Rajanukul Institute

Received: December 22, 2020

Revised: May 20, 2021

Accepted: May 25, 2021

Abstract

Objectives: The mainly aim of this study is to revise and develop the behavior problems evaluation in psychological service, Rajanukul Institute.

Material and Methods: Three main procedures were used, consist of reviewing relevant document and research studies, collecting data form clinical setting in psychological service, Rajanukul Institute, conducting conference in experienced clinical psychologists for preparing draft. The behavior problem draft was examined by content validity from experts, then conducting sessions for testing interrater reliability in 36 samples.

Results: The behavior problems evaluation can evaluate clients divide to four aged groups, such as “3 - 5 years old, 6 - 11 years old, 12 - 18 years old and above 18 years old”. The change of this version is that decreasing from seven domains to four domains. The result shows that 66 percent of items were accepted; however, items of “1.1 - 1.3, 3.1, 4.1, 4.2, 4.4, 5.4, 5.5” should be edited. For interrater reliability testing, there is acceptable reliability coefficient for this version at 86.96 percent.

Conclusion: The behavior problems evaluation for this study appropriate in order to evaluate four main behavior problems in intellectual disability people, such as behavior domain of attention, repetitive behavior, aggression and mental health or psychiatry.

Key words: evaluation, behavior problems, behavior

บทนำ

กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูล เป็นหน่วยงานหนึ่งของสถาบันราชานุกูล ที่ให้บริการตอบสนองกับนโยบายการทำงานของสถาบันราชานุกูล ในการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นแบบองค์รวมในระดับตติยภูมิขั้นสูง บริการทางจิตวิทยาของนักจิตวิทยาคลินิกมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต และการปรับตัวในสังคมที่ดีขึ้นของผู้รับบริการที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งการบริการหลักทางจิตวิทยาตามมาตรฐานวิชาชีพทางจิตวิทยาคลินิกนอกเหนือจากการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกแล้วนั้น การบำบัดทางจิตวิทยาคลินิกเป็นเครื่องมือทางจิตวิทยาที่มีความสำคัญ เนื่องจากการบำบัดทางจิตวิทยาช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเข้าใจและยอมรับปัญหาของตนเอง สามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แนวความคิด วิธีการปรับตัว หรือแก้ปัญหาและโครงสร้างทางบุคลิกภาพบางประการที่บกพร่องให้มีประสิทธิภาพเหมาะสมยิ่งขึ้น รวมทั้งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และการใช้ศักยภาพด้านเชาวน์ปัญญาได้อย่างเต็มความสามารถ¹

ผู้รับบริการที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability) (F70 - F79) เป็นกลุ่มผู้รับบริการหลักของกลุ่มงานจิตวิทยาสำหรับผู้รับบริการในกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาที่แพทย์ส่งมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมักมีปัญหายุติกรรมค่อนข้างหลากหลาย ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสมาธิ การแยกตัว ก้าวร้าว

การควบคุมอารมณ์ การทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นหรืออาจพบพฤติกรรมแบบออทิสติก เช่น การกระตุ้นตนเอง นอกจากนี้สามารถพบกลุ่มพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับด้านจิตเวชอีกด้วยในบางราย²⁻³ โดยทั่วไปเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา มักมีความบกพร่องในความสามารถในการปรับตัว การแก้ปัญหา และการเข้าสังคมที่มีสาเหตุมาจากโรคที่เป็น⁴⁻⁵ ยิ่งเด็กกลุ่มนี้มีอาการของโรคอยู่ในระดับรุนแรงมากขึ้นเท่าไรก็จะส่งผลให้ความสามารถในการเรียนรู้ที่จะปรับตัว ปรับเปลี่ยนและแก้ไขปัญหา มีน้อยลงอันจะส่งผลให้มีปัญหาพฤติกรรมมีระดับความรุนแรงที่ซับซ้อนขึ้น⁶⁻¹³ ดังนั้นหากเด็กกลุ่มนี้ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อย่างทันที่ ได้รับการส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านพฤติกรรมเพื่อดำเนินการวิเคราะห์วางแผน และบำบัดทางจิตวิทยาโดยใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือการประเมินพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้เด็กได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อที่จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว และบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสม¹⁴⁻²⁰

การบำบัดทางจิตวิทยาด้วยเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรมที่เชื่อมโยงกับมิติด้านจิตใจ รูปแบบการบำบัดดังกล่าวเน้นการวิเคราะห์ และหาแนวทางในการแก้ไขพฤติกรรมเดิมที่เป็นปัญหาของผู้รับบริการควบคู่กับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่ดีเพิ่มขึ้นอีกด้วย กลุ่มงานจิตวิทยานำการบำบัดทาง

จิตวิทยาด้วยเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้บำบัดกลุ่มผู้รับบริการหลักของสถาบันราชานุกูล ได้แก่ กลุ่มผู้บกพร่องทางสติปัญญาที่มีปัญหาพฤติกรรมโดยหลักการสำคัญของการบำบัดทางจิตวิทยาใน โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบไปด้วยวัตถุประสงค์สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ เพื่อสร้างพฤติกรรมใหม่ เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับการดำรงชีวิตประจำวัน และเพื่อทำให้พฤติกรรมที่ดีที่มีอยู่เดิมเกิดขึ้นและต่อเนื่อง²¹ สำหรับกระบวนการหลักที่มีความสำคัญใน โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ การประเมินพฤติกรรมเพื่อใช้ในการตรวจสอบฐานพฤติกรรมเดิม (baseline data) และวัดผลลัพธ์ของพฤติกรรมภายหลังการบำบัด กระบวนการประเมินมีจุดประสงค์เพื่อชี้วางแผนการบำบัดในภาพรวมซึ่งโดยมากใช้วิธีการบันทึกความก้าวหน้าทางพฤติกรรม ทั้งก่อนและหลังการบำบัด²² ความก้าวหน้าของผู้รับบริการที่มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นให้เหมาะสมกับบริบทในการทำงานของกลุ่มงานจิตวิทยา และสอดคล้องกับพฤติกรรมของกลุ่มผู้รับบริการที่แพทย์ส่งมารับการบำบัดทางจิตวิทยา

การพัฒนา และปรับปรุงแบบประเมินปัญหาพฤติกรรม สำหรับใช้ใน โปรแกรมบำบัดทางจิตวิทยา กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูล ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องผ่านกระบวนการงานคุณภาพ (HA) ตามวงล้อการพัฒนา PDCA และระเบียบวิธีการวิจัยตั้งแต่ ปี 2555 จนถึงปัจจุบัน จาก

การทบทวนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มารับบริการใน โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มงานจิตวิทยา พบว่าปัญหาพฤติกรรมของผู้รับบริการในกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาที่แพทย์ส่งมารับการบำบัดทางจิตวิทยามีความหลากหลายมากขึ้นทำให้ประเด็นที่ใช้ประเมินในแบบประเมินชุดเดิม หรือชุดที่พัฒนาขึ้นในปี 2555 และ 2560 อาจไม่เพียงพอ และไม่ครอบคลุมกับการประเมินปัญหาพฤติกรรมของผู้รับบริการในขณะนั้น ดังนั้นในปี 2562 กลุ่มงานจิตวิทยาจึงได้นำข้อมูลมาทบทวนซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญในการส่งผู้ป่วยเข้ารับบำบัดใน โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพบว่า อาการสำคัญหรือปัญหาของพฤติกรรมนำส่งนั้นมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมคิดเป็นร้อยละ 42 ของผู้ป่วยที่แพทย์ส่งเข้ารับบริการทั้งหมด ปัญหาพฤติกรรมนำส่งดังกล่าว ได้แก่ ผู้รับบริการในกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาที่มีกลุ่มโรคทางด้าน สังคม อารมณ์ และจิตเวชเกี่ยวข้องด้วยเช่น ซึมเศร้า ปัญหาการปรับตัวพฤติกรรม โทหก หรือคือต่อต้าน เป็นต้น ประกอบกับในปี 2562 กลุ่มงานจิตวิทยาได้เพิ่มบริการการบำบัดทางจิตวิทยาเพื่อรองรับกลุ่มผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชดังกล่าว ประกอบด้วย โปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่ม (group psychotherapy program) โปรแกรมการบำบัดโดยถาดทราย (sand tray therapy program) และ โปรแกรมการบำบัด โดยการแสดงออก (expressive/creative arts therapy program) จึงทำให้แบบประเมินพฤติกรรมฉบับที่พัฒนาขึ้นในปี 2560 นั้น ไม่ครอบคลุมกับปัญหาพฤติกรรมของ

ผู้รับบริการและการบำบัดที่มีเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงแบบ ประเมินปัญหาพฤติกรรมที่ใช้ในโปรแกรมการ บำบัดทางจิตวิทยา กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูล ให้เป็นปัจจุบัน ทันสมัย และสอดคล้องกับปัญหา อารมณ์สำคัญของผู้ป่วยและการบำบัดทางจิตวิทยา ที่มีเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์และวิธีการ

งานวิจัยเรื่อง “การปรับปรุงและพัฒนา แบบประเมินปัญหาพฤติกรรม กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูล” เป็นงานวิจัยในรูปแบบวิจัยและ พัฒนา (research and development: R&D) ซึ่งดำเนินการ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 - กันยายน 2563 ในกลุ่มงาน จิตวิทยา สถาบันราชานุกูล งานวิจัยผ่านกระบวนการ รับรองจากคณะกรรมการวิจัยในคนสถาบันราชานุกูล วันที่ 17 ธันวาคม 2562 รหัสโครงการ RI 015/2562 กระบวนการดำเนินงานวิจัยมีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การปรับปรุงรายการประเมิน ในแบบประเมินปัญหาพฤติกรรม

การพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมในงานวิจัยครั้งนี้ได้ต่อยอดการพัฒนาจากแบบ ประเมินที่ได้จากงานวิจัยในปี 2560 ซึ่งมีกระบวนการ พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังกรอบแนวคิดการพัฒนาดัง แสดงในภาพที่ 1 สำหรับการปรับปรุงแบบประเมิน ในครั้งนี้ประกอบไปด้วย การจัดกลุ่มรายการ ประเมินใหม่ การปรับเพิ่ม และลดข้อประเมิน รวมทั้งเกณฑ์การประเมินใหม่ กระบวนการแรกที่ใช้ในการปรับแบบประเมิน คือ การประชุมทีมผู้

แบบประเมินพฤติกรรมฉบับปี 2560 เพื่อทบทวน ข้อจำกัด และโอกาสพัฒนา รวมทั้งรวบรวมข้อมูล เบื้องต้นเพื่อให้การปรับปรุงตอบโจทย์การนำไปใช้ ในบริการที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน กลุ่มผู้รับบริการที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มากที่สุด ข้อมูลที่นำมาใช้พิจารณาประกอบการ ปรับปรุงแบบประเมินฉบับใหม่มาจากหลายแหล่ง ได้แก่ 1) การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) การวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรมย้อนหลังของผู้รับบริการกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาที่ถูกส่งมา รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3) การสังเกต พฤติกรรมผู้ป่วยที่มารับบริการในโปรแกรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรม กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูล และ 4) การประชุมเพื่อถอดบทเรียน (focus group) นักจิตวิทยาคลินิกที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูล ภายหลังการรวบรวมข้อมูลจาก แหล่งข้อมูลต่าง ๆ คณะผู้วิจัยได้ยกร่างข้อและ เกณฑ์การประเมินปัญหาพฤติกรรมจำแนกตาม ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ แบบประเมินปัญหา พฤติกรรมสำหรับเด็กบกพร่องทางสติปัญญา ในช่วงอายุ 3 - 5 ปี, 6 - 11 ปี, 12 - 18 ปี และ 18 ปีขึ้นไป แบบประเมินแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ ส่วนที่ 2 คำชี้แจงในการประเมิน ส่วนที่ 3 รายการประเมินพฤติกรรม ของทั้ง 4 ชุดรวมกันจำนวน 26 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มพฤติกรรม จากเดิมแบบประเมินชุดเดิมมี 7 กลุ่มพฤติกรรม เพื่อความกระชับขึ้น กลุ่มพฤติกรรม ของแบบประเมินชุดที่ปรับปรุงใหม่ ได้แก่ กลุ่ม พฤติกรรมด้านสมาธิและความสนใจ กลุ่มพฤติกรรม

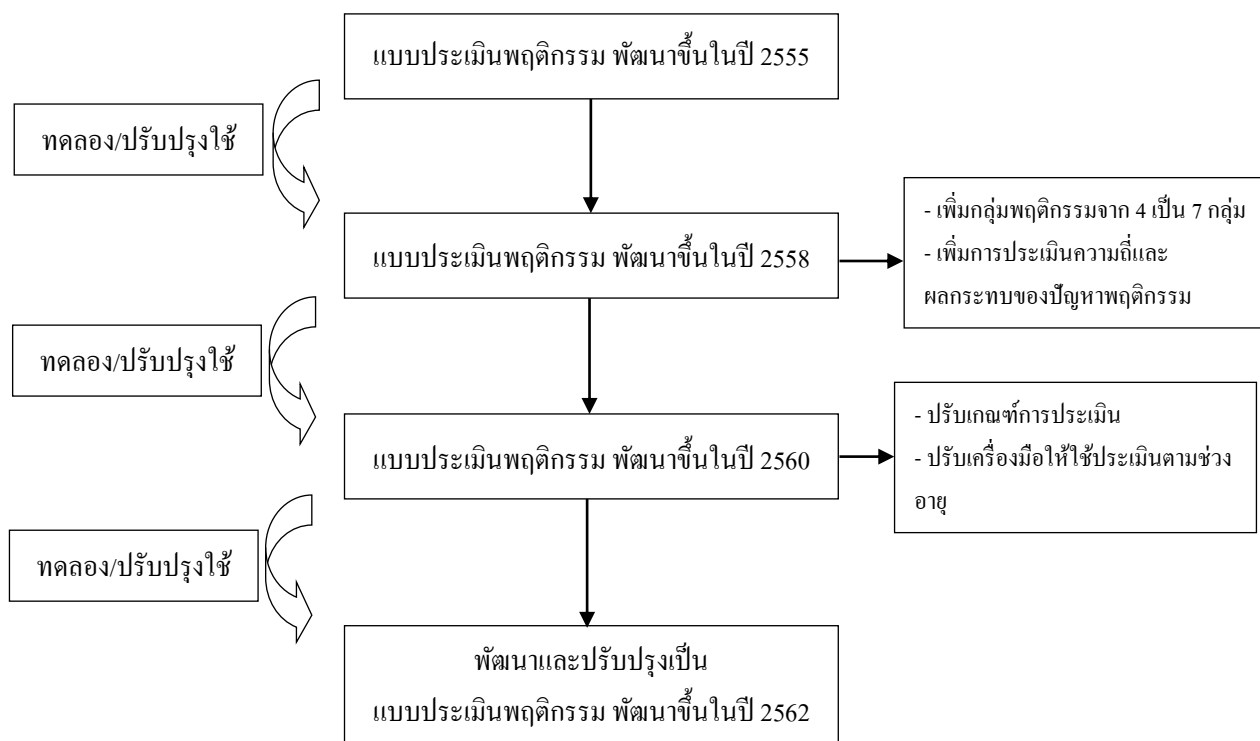
ด้านกระตุนตนเอง กลุ่มพฤติกรรมด้านพฤติกรรมก้าวร้าว และกลุ่มพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับรายการประเมินในส่วนที่ 3 นั้นให้ผู้ประเมินเลือกประเมินพฤติกรรมที่ตรงกับระดับความรุนแรงของพฤติกรรมหัวข้อนั้น โดยพิจารณาเกณฑ์การผ่านประเมินแต่ละระดับดังนี้ 0 คะแนน ในกรณีของเด็กไม่สามารถแสดงพฤติกรรมตามที่กำหนดไว้ในเกณฑ์การผ่านประเมินด้านนั้นเลย 1 คะแนน ในกรณีของเด็กแสดงพฤติกรรมตามที่กำหนดไว้ในเกณฑ์การผ่านประเมิน ด้านนั้นน้อยมากหรือแสดงพฤติกรรมหลังจากได้รับการช่วยเหลือหรือคำแนะนำอย่างมาก ให้ 2 คะแนน ในกรณีที่เด็กมีพฤติกรรมตามข้อนั้นเป็นบางครั้ง หรือเด็กต้องได้รับการชี้แนะจากผู้ใหญ่ก่อนจึงจะปรากฏพฤติกรรมนั้น และให้ 3 คะแนน ในกรณีที่เด็กแสดงพฤติกรรมในข้อประเมินนั้น ๆ เองโดยผู้ใหญ่ไม่ต้องช่วยเหลือ

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเชื่อมั่นในการสังเกตระหว่างผู้ประเมิน

ภายหลังการยกร่างแบบประเมินพฤติกรรมฉบับปรับปรุงจากข้อมูลพื้นฐานจากแหล่งต่าง ๆ แล้ว คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพร่างแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมที่ปรับปรุงใหม่ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ที่ทำงานอยู่ในสายงานและมีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ หรือเด็กบกพร่องทางสติปัญญา ประเมินข้อคำถามตามเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยใช้สถิติที่เกี่ยวข้องกับการ

พัฒนาเครื่องมือ ได้แก่ การตรวจสอบความตรงของแบบประเมิน (validity) ในรูปแบบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ซึ่งข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญจะนำมาใช้เป็นข้อมูล เพื่อหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) ในแต่ละข้อคำถาม โดยพิจารณาปรับปรุงข้อคำถามโดยใช้ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญหรือตัดข้อคำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ออก จากนั้นได้นำแบบประเมินที่ผ่านขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหาไปทดลองเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อหาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้สังเกต

การหาค่าความเชื่อถือได้ (reliability) ของแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมในงานวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (interrater reliability; IRR-Testing) โดยให้ผู้ประเมิน 2 คน ใช้แบบประเมินฉบับเดียวกันในการประเมินเด็กคนเดียวกันจากนั้นพิจารณาข้อประเมินที่ประเมินได้แตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการที่มารับบริการในสถาบันราชานุกูลที่แพทย์ได้ส่งเข้ารับการรักษาทางจิตวิทยาในโปรแกรมต่าง ๆ ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โปรแกรมการบำบัดโดยการแสดงออก (expressive/creative arts therapy program) โปรแกรมการบำบัดด้วยถาดทราย (sand tray therapy program) และ โปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่ม (group psychotherapy program) กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูล จำนวน 36 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ดังนี้ 1) ผู้รับบริการ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ที่ได้รับการวินิจฉัยหลักภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (intellectual disability; F70 - F79) จำนวน 12 คน 2) ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (intellectual disability; F70 - F79) ที่มีกลุ่มโรคทางสมาธิร่วมด้วย (ADHD) จำนวน 12 คน และ 3) ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยออทิสซึม (autistic spectrum disorder; F84.0 - F84.9) ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา จำนวน 12 คน โดยในแต่ละกลุ่มโรคแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ 3 - 5 ปี จำนวน 4 คน ช่วงอายุ 6 - 11 ปี จำนวน 4 คน และช่วงอายุ 12 - 18 ปี จำนวน 4 คน สำหรับ

รายละเอียดเรื่องเกณฑ์การคัดเข้า และการคัดออกมีดังรายละเอียดดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการที่แพทย์ส่งเข้ามารับบริการบำบัดทางจิตวิทยา กับกลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูล ในโปรแกรมการบำบัดทางจิตวิทยา ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โปรแกรมการบำบัดโดยการแสดงออก (expressive/creative arts therapy program) โปรแกรมการบำบัดด้วยถาดทราย (sand tray therapy program) หรือ โปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่ม (group

psychotherapy program)

2) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัย ดังนี้ 1) ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (intellectual disability; F70 - F79) 2) ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (intellectual disability; F70 - F79) ที่มีกลุ่มโรคทางสมาธิร่วมด้วย (ADHD) และ 3) ออทิสซึม (autistic spectrum disorder; F84.0 - F84.9) ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (ค่า IQ < 70)

3) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการที่มีช่วงอายุตั้งแต่ 3 - 18 ปี

4) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการที่มาพร้อมกับบิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครองโดยบิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครองควรเป็นผู้ใกล้ชิดที่อาศัยอยู่กับกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 6 เดือนจนสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างได้เป็นอย่างดี

5) ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างยินดีให้บุตร หลานของตนเข้าร่วมการวิจัย และมีความยินดีที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุตรหลานตน

เกณฑ์การคัดออก

1) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนของโรคลมชัก (Epilepsy) ระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย เป็นเหตุให้พฤติกรรมที่เกิดขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่คงเส้นคงวาและไม่ได้เกิดขึ้นจากเงื่อนไขที่มาจากปัญหาพฤติกรรม

2) ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธที่จะให้บุตรหลานเข้าร่วมโครงการวิจัยในภายหลัง

ภายหลังจากที่ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

แล้วเป็นขั้นตอนของการหาค่าความเชื่อมั่นงานวิจัยครั้งนี้ใช้การหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (interrater reliability; IRR-Testing) ผู้ที่อยู่ในกระบวนการทดสอบความเชื่อมั่นครั้งนี้เป็นผู้ประเมินที่อยู่ในวิชาชีพนักจิตวิทยาคลินิก ซึ่งมีประสบการณ์ในการใช้แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมฉบับเดิมที่พัฒนาขึ้นในปี 2560 และได้ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อฝึกใช้รายการและเกณฑ์ในการประเมินปัญหาพฤติกรรมฉบับที่ปรับปรุงในการวิจัยครั้งนี้ขั้นตอนในการประเมินทำโดยผู้ประเมินจำนวน 2 ราย สังเกตและให้คะแนนตามเกณฑ์ การประเมินในแบบประเมินพฤติกรรมซึ่งเป็นการวัดพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างคนเดียวกัน ในครั้งเดียวกัน จากนั้นทำการสรุปผลการประเมินในภาพรวมโดยนำผลการประเมินที่มีความแตกต่างในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันของผู้ประเมินจำนวน 2 คน ไปหาค่าความคลาดเคลื่อนของการประเมิน (error coefficient %) และค่าความเชื่อถือได้ หรือ reliability coefficient (%) จากนั้นสรุปผลเพื่อปรับแก้แบบประเมินและวัดซ้ำจนกระทั่งค่าความเชื่อถือได้มีค่าเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80

ผล

ส่วนที่ 1 ผลการทดสอบความตรง

แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมฉบับปรับปรุงในงานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านกระบวนการทดสอบความตรงของเครื่องมือโดยการหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (index

of item-objective congruence: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน สำหรับเกณฑ์ในการประเมินเครื่องมือของผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้ การให้คะแนนที่ระดับ “1” ในกรณีที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ารายการประเมินสอดคล้องกับจุดประสงค์ในการประเมิน การให้คะแนนที่ระดับ “0” ในกรณีที่ผู้เชี่ยวชาญไม่แน่ใจว่ารายการประเมินจะวัดในสิ่งที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการวัดนั้น และการให้คะแนนที่ระดับ “-1” ในกรณีที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ารายการประเมินไม่สอดคล้องกับจุดประสงค์ในการประเมิน จากนั้นคณะผู้วิจัยสรุปเพื่อหาค่าเฉลี่ยความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ในแต่ละข้อในแบบประเมิน ซึ่งรายละเอียดผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญดังแสดงในตารางที่ 1 ดังอธิบายได้ดังนี้

1. ค่า IOC ของแบบประเมินปัญหาพฤติกรรม ในข้อที่ได้คะแนนเท่ากับ 1 จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1.4 - 1.6, 2.1 - 2.2, 3.2 - 3.4, 4.7 และ 5.2 ข้อดังกล่าวผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นตรงกันว่ารายการประเมินพฤติกรรมในข้อนั้นเป็นสอดคล้องกับพฤติกรรมที่ต้องการวัด

2. ค่า IOC ของแบบประเมินปัญหาพฤติกรรม ในข้อที่ได้คะแนน 0.4 และ 0.7 จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1.1, 3.1, 4.3 - 4.6, 5.1, 5.3 - 5.7 ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นตรงกันว่ารายการประเมินพฤติกรรมในข้อเหล่านั้นเป็นตัวแทนในการวัดพฤติกรรมได้ตรงตามวัตถุประสงค์ แต่ควรได้รับการปรับปรุงรายละเอียดของข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ

3. ค่า IOC ของแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมในข้อที่มีค่าเท่ากับ 0 จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1.2, 1.3, 4.1, 4.2 ซึ่งผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ปรับแก้เกณฑ์การประเมินใหม่ในข้อ 1.2 และ 1.3 หลังการปรับแก้จึงสามารถนำไปใช้ได้ ส่วนรายการประเมินในข้อที่ 4.1 แนะนำให้ตัดเนื่องจากมีความซ้ำซ้อนกับรายการประเมินในชุดเดียวกัน และข้อ 4.2 ให้นำไปรวมกับรายการประเมินที่มีนัยการประเมินกลุ่มเดียวกันทำให้หลังจากการพัฒนาแล้วได้กลุ่มรายการพฤติกรรมลดจาก 5 กลุ่ม เหลือ 4 กลุ่มพฤติกรรม และมีการปรับลดรายการประเมินจาก 26 เหลือ 25 ข้อ

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาความเชื่อถือได้ (reliability)

การหาค่าความเชื่อถือได้ (reliability) ของแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมฉบับปัจจุบันด้วยการหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (interrater reliability; IRR-Testing) กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับบริการในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันราชานุกูล ที่แพทย์ส่งเข้ามาบำบัดทางจิตวิทยาด้วยเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำนวน 36 ราย เป็นเพศชาย 29 คน เพศหญิง 7 คน ที่ได้รับการวินิจฉัย 1) ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability; F70 - F79) 2) ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability; F70 - F79) ที่มีกลุ่มโรคทางสมาธิร่วมด้วย (ADHD symptoms) และ 3) ออทิสซึม (Autistic Spectrum Disorder; F84.0 - F84.9) อายุระหว่าง 3 - 18 ปี ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 1 ผลการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของแบบประเมิน (validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ

ข้อที่	รายการประเมิน	ระดับ คะแนน
ข้อที่ 1 ด้านพฤติกรรมสมาธิและความสนใจ		
ข้อที่ 1.1	สนใจกิจกรรมที่ทำอยู่ได้น้อย และวอกแวกง่าย	0.4
ข้อที่ 1.2	นั่งยุกยิก หรือบิดไปมาขณะทำกิจกรรม	0
ข้อที่ 1.3	เหม่อลอยขณะทำกิจกรรม	0
ข้อที่ 1.4	ไม่สามารถรอคอยเพื่อฟังคำสั่ง	1
ข้อที่ 1.5	แย่งของจากมือผู้อื่นก่อนได้รับอนุญาต	1
ข้อที่ 1.6	หุนหันพูดโพล่งคำตอบก่อน พุดมาก หรือพูดแทรกในขณะที่เรียนหรือทำกิจกรรมอยู่	1
ข้อที่ 2 ด้านพฤติกรรมกระตุ้นตนเอง		
ข้อที่ 2.1	มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ เพื่อกระตุ้นตนเอง เช่น หมุนหรือโยกตัว กระเทียมเท้า สะบัดมือ เล่นมือ ออกเสียงคังซ้ำ ๆ จ้องมองแสงไฟ	1
ข้อที่ 2.2	ส่งเสียงไม่เป็นภาษา	1
ข้อที่ 3 ด้านพฤติกรรมก้าวร้าว		
ข้อที่ 3.1	ทำร้ายตนเองทั้ง โดยตั้งใจ เช่น ตี โขกศีรษะ กัด ข่วน ดึงผม หยิก เป็นต้น	0.4
ข้อที่ 3.2	ทำร้ายผู้อื่น เช่น เตะ ตี กัด ข่วน หยิก ดึงผม เป็นต้น	1
ข้อที่ 3.3	ขว้างปา บิด หรือทำลายสิ่งของของตนเองหรือผู้อื่นเมื่อถูกขัดใจหรือรู้สึกไม่พอใจ	1
ข้อที่ 3.4	ส่งเสียงรบกวน มีพฤติกรรมถดถอยเมื่อถูกขัดใจหรือไม่พอใจ เช่น ร้องไห้ กรีดร้อง ตะโกน พุดจาหายบาย ลงไปนอนดิ้นกับพื้น	1
ข้อที่ 4 ด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวกับอารมณ์/จิตใจ		
ข้อที่ 4.1	ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นเมื่อคับข้องใจ	0
ข้อที่ 4.2	ส่งเสียงรบกวน มีพฤติกรรมถดถอยเมื่อถูกขัดใจหรือไม่พอใจ เช่น ร้องไห้ กรีดร้อง ตะโกน ลงไปนอนดิ้นกับพื้น	0
ข้อที่ 4.3	เข้าใจภาษาหรือคำสั่ง แต่ขัดขึ้น ต่อด้านที่จะปฏิบัติตามคำสั่ง รวมถึงคือ และไม่เชื่อฟังที่ผู้ใหญ่บอก	0.7
ข้อที่ 4.4	ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรที่เคยทำอยู่เป็นประจำ	0.4
ข้อที่ 4.5	ใจร้อน และไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้	0.7
ข้อที่ 4.6	กังวลล่วงหน้าในสิ่งที่ยังมาไม่ถึง ซึ่งความกังวลมีมากกว่าปกติ เช่น กลัวการแยกจาก รู้สึกไม่มั่นคงทางจิตใจ	0.7

ตารางที่ 1 ผลการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของแบบประเมิน (validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ (ต่อ)

ข้อที่	รายการประเมิน	ระดับ
		คะแนน
ข้อที่ 4.7	กลัวสถานการณ์ สิ่งของ บุคคล การกระทำ หรือบางสิ่งบางอย่างอย่างมากจนเกินเหตุ ทั้งที่สิ่งนั้นไม่มีความน่ากลัว เช่น กลัวตะเกียบ กลัวทีวี ฯลฯ	1
ข้อที่ 5 ด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวกับจิตเวช		
ข้อที่ 5.1	ปฏิเสธการไปโรงเรียน	0.7
ข้อที่ 5.2	ภาวะไม่พูดสื่อสารในบางสถานการณ์	1
ข้อที่ 5.3	คือต่อต้าน	0.7
ข้อที่ 5.4	โกหก/หนีออกจากบ้าน	0.4
ข้อที่ 5.5	ซึมเศร้า	0.4
ข้อที่ 5.6	มีพฤติกรรมแปลกๆ เช่น ชอบรื้อตู้เย็น ฯลฯ	0.7
ข้อที่ 5.7	พูดคนเดียว/หูแว่ว/ก้าวร้าว โวยวายเมื่อถูกขัดใจ	0.7

ตารางที่ 2 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวินิจฉัยและเพศ

วินิจฉัย	เพศ		รวม (คน)
	ชาย (คน)	หญิง (คน)	
ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (intellectual disability; F70 - F79)	12	0	12
ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (intellectual disability; F70 - F79) ที่มีกลุ่มโรคทางสมาธิร่วมด้วย (ADHD)	10	2	12
ออทิซึม (autistic spectrum disorder; F84.0 - F84.9) ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (ค่า IQ < 70)	7	5	12
รวม	29	7	36

ตารางที่ 3 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวินิจฉัยและอายุ

วินิจฉัย	อายุ			รวม (คน)
	3 - 5 ปี (คน)	6 - 11 ปี (คน)	12 - 18 ปี (คน)	
ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (intellectual disability; F70 - F79)	4	4	4	12
ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (intellectual disability; F70 - F79) ที่มีกลุ่มโรคทางสมาธิร่วมด้วย (ADHD)	4	4	4	12
ออทิซึม (autistic spectrum disorder; F84.0 - F84.9) ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (ค่า IQ < 70)	4	4	4	12
รวม	12	12	12	36

ตารางที่ 4 แสดงการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน

ลำดับที่ ของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนเกณฑ์ที่ไม่ตรงกัน / เกณฑ์ทั้งหมด	จำนวนความคลาด เคลื่อนที่พบ	จำนวนเกณฑ์ที่ประเมิน ทั้งหมด
1	0/3	0	3
2	0/3	0	3
3	0/2	0	2
4	1/3	1	3
5	0/6	0	6
6	0/3	0	3
7	0/3	0	3
8	0/4	0	4
9	0/3	0	3
10	0/2	0	2
11	0/3	0	3
12	1/4	1	4
13	0/3	0	3

ตารางที่ 4 แสดงการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน (ต่อ)

ลำดับที่ ของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนเกณฑ์ที่ไม่ตรงกัน / เกณฑ์ทั้งหมด	จำนวนความคลาด เคลื่อนที่พบ	จำนวนเกณฑ์ที่ประเมิน ทั้งหมด
14	0/2	0	2
15	0/1	0	1
16	0/2	0	2
17	0/1	0	1
18	1/9	1	9
19	0/4	0	4
20	3/3	3	3
21	1/3	1	3
22	1/3	1	3
23	1/4	1	4
24	0/1	0	1
25	0/0	0	2
26	0/2	0	2
27	0/3	0	3
28	0/3	0	3
29	1/3	1	3
30	1/2	1	2
31	0/2	0	2
32	1/4	1	4
33	0/2	0	2
34	0/2	0	2
35	0/2	0	2
36	0/2	0	2

$$\text{Error Coefficient (\%)} = \frac{\text{ความคลาดเคลื่อนรวม} \times 100}{\text{จำนวนเกณฑ์ที่ประเมินทั้งหมด}} = 13.04\%$$

$$\text{Reliability Coefficient (\%)} = 100 - \text{ค่าความคลาดเคลื่อนค่าความเชื่อถือได้} = 86.96\%$$

จากการวิเคราะห์จำนวนเกณฑ์ที่ไม่ตรงกันต่อเกณฑ์ทั้งหมดซึ่งประเมินโดยผู้ประเมิน 2 คนกับกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน โดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกันพบว่าค่าความเชื่อถือได้ หรือ Reliability Coefficient (%) ของแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมชุดนี้เท่ากับร้อยละ 86.96 ซึ่งระดับที่ยอมรับได้คือค่าความเชื่อมั่นจากการหาด้วยวิธี Reliability Coefficient (%) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4 แสดงการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน

อภิปราย

การศึกษาครั้งนี้ได้นำรูปแบบวิจัยและพัฒนามาใช้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงและพัฒนาต่อยอดงานวิจัยเดิมที่เคยพัฒนาในปี 2560²⁴ ผลที่ได้จากการปรับปรุงครั้งนี้ คือ แบบประเมินพฤติกรรมที่ใช้ประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กบกพร่องทางสติปัญญาใน 4 กลุ่มพฤติกรรม ได้แก่ ด้านสมาธิและความสนใจ ด้านกระตุ้นตนเอง ด้านพฤติกรรมก้าวร้าว และด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านกระบวนการต่าง ๆ ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งเอกสารและงานวิจัย ประสิทธิภาพเชิงคลินิกของผู้ปฏิบัติงานด้านจิตวิทยา และข้อมูลย้อนหลังจากการใช้แบบประเมินพฤติกรรมชุดเดิมในปี 2560 การตรวจสอบความตรงโดยใช้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และการหาค่าความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ตามประเด็น ดังนี้

1. กระบวนการสร้างและพัฒนาเครื่องมือ

แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมในงานวิจัยนี้ได้ถูกสร้างบนพื้นฐานของข้อมูลที่รวบรวมมาจากปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริงของเด็กบกพร่องทางสติปัญญาโดยอาศัยการสังเกตพฤติกรรมจากผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานกับเด็กกลุ่มนี้โดยตรงและการมีส่วนร่วมในการออกแบบเครื่องมือภายหลัง จากที่ได้นำแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมฉบับเดิม คือ ฉบับที่พัฒนาในปี 2560 ไปใช้จนตกผลึกหลักการในการพัฒนาแบบประเมินครั้งนี้ สอดคล้องกับแนวคิดในการวัดและประเมินด้านพฤติกรรมนั้นคือ 1) ควรเริ่มต้นจากการกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการประเมินให้ชัดเจน 2) มีความสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการวัด 3) เครื่องมือที่สร้างขึ้นควรมีมาตรฐานการตรวจคะแนนโดยควรระบุแนวทางในการใช้เครื่องมือและเกณฑ์ในการให้คะแนนอย่างชัดเจน และ 4) การตรวจสอบความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่นเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือวัด²⁵ อย่างไรก็ตามในการนำแบบประเมินพฤติกรรมที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้สังเกตและประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กบกพร่องทางสติปัญญาในบริบทของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควรนำไปใช้ร่วมกับวิธีการสังเกตพฤติกรรมในรูปแบบอื่นเพื่อให้เข้าใจสาเหตุของการเกิดปัญหาพฤติกรรม และปัจจัยที่ทำให้ปัญหาพฤติกรรมนั้นยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยรูปแบบการสังเกตพฤติกรรมที่ควรนำมาใช้ควบคู่กับการใช้แบบประเมินพฤติกรรมที่สำคัญคือ การวิเคราะห์พฤติกรรมโดยใช้ทฤษฎี ABA

(Applied Behavior Analysis) ซึ่งมีหลักการที่สำคัญคือ ตัวกระตุ้นที่เป็นสาเหตุจะส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรม และมีปัจจัยบางอย่างที่จะทำให้ปัญหาพฤติกรรมเพิ่มหรือลดในเวลาต่อมา^{7,19,22} ซึ่งผลจากการนำทั้งแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมที่ได้จากการพัฒนาครั้งนี้ไปใช้ร่วมกับการวิเคราะห์พฤติกรรมแนวกคิด ABA จะทำให้ผู้บำบัดวิเคราะห์พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กบกพร่องทางสติปัญญาได้อย่างตรงเป้าหมายและครบถ้วนทุกประเด็นที่เกี่ยวข้องอันจะส่งผลต่อการวางแผนและตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. ผลการประเมินคุณภาพเครื่องมือ

ในภาพรวมผลการประเมินคุณภาพแบบประเมินปัญหาพฤติกรรม ชุดที่ปรับปรุงใหม่ในงานวิจัยครั้งนี้ในมุมมองของผู้เชี่ยวชาญพบว่า เครื่องมือนี้มีประโยชน์ในการนำไปใช้วางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้รับบริการในเด็กกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาที่มีปัญหาพฤติกรรมสืบเนื่องจากการปรับปรุงเครื่องมือในครั้งนี้เป็นการต่อ ยอดมาจากเครื่องมือเดิมที่ผ่านกระบวนการวิจัยมาแล้วในปี 2560²³ ซึ่งฐานของเครื่องมือชุดเดิมนี้ได้ผ่านกระบวนการพัฒนาส่วนหนึ่งจากการ ทบทวนวรรณกรรมและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับ ปัญหาพฤติกรรมของเด็กบกพร่องทางสติปัญญา มาแล้ว ต่อมาในการปรับปรุงเครื่องมือครั้งนี้ใน ขั้นตอนการพัฒนาเพื่อปรับปรุงทางทีมผู้วิจัยได้ ทำการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ได้แบบประเมิน ที่ครอบคลุมปัญหาพฤติกรรมของเด็กบกพร่องทาง สติปัญญาที่แพทย์ส่งมารับบริการ ในปัจจุบัน

จึงทำให้โครงสร้างในภาพรวมของเครื่องมือมีความเหมาะสม หัวข้อการประเมินมีความ สอดคล้องกับปัญหาพฤติกรรมจากผู้รับบริการที่มา จากสภาพบริบทจริงในสถาบันราชานุกูล และ รายการประเมินค่อนข้างครบถ้วน สำหรับรายการ ประเมินผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นตรงกันว่ารายการ ประเมินพฤติกรรมในข้อนั้น มีความสอดคล้องกับ พฤติกรรมที่ต้องการวัดมีดังนี้ 1) การประเมิน ปัญหาพฤติกรรมในด้าน “สมาธิและความสนใจ” ของเด็กบกพร่องทางสติปัญญา ซึ่งประกอบด้วย หัวข้อการประเมินย่อยที่วัดปัญหาพฤติกรรม ดังนี้ “ข้อ 1.4 ไม่สามารถรอคอยเพื่อฟังคำสั่ง”, “ข้อ 1.5 แย่งของจากมือผู้อื่นก่อนได้รับอนุญาต” และ “ข้อ 1.6 หุนหันพุด โป่ง หรือพุดแทรกในขณะที่ทำ กิจกรรมอยู่” 2) การประเมินปัญหาพฤติกรรมใน ด้าน “กระตุ้นตนเอง” ของเด็กบกพร่องทาง สติปัญญา ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อการประเมินย่อย ที่วัดปัญหาพฤติกรรม ดังนี้ “ข้อ 2.1 พฤติกรรมซ้ำ ๆ เพื่อกระตุ้นตนเอง” และ “ข้อ 2.2 ส่งเสียงดังซ้ำ ๆ เพื่อกระตุ้นตนเอง” 3) การประเมินปัญหาพฤติกรรม ในด้าน “ก้าวร้าว” ของเด็กบกพร่องทางสติปัญญา ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อการประเมินย่อยที่วัดปัญหา พฤติกรรม ดังนี้ “ข้อ 3.2 ทำร้ายผู้อื่น”, “ข้อ 3.3 ขว้างปา บิด หรือทำลายสิ่งของของตนเองหรือ ผู้อื่นเมื่อถูกขัดใจหรือรู้สึกไม่พอใจ” และ “ข้อ 3.4 พฤติกรรมถดถอยเมื่อถูกขัดใจหรือไม่พอใจ เช่น ร้องไห้ กรีดร้อง ตะโกน พุดจาหายบาย ลงไปนอนดินกับพื้น” 4) การประเมินปัญหาพฤติกรรม ในด้าน “สุขภาพจิตและจิตเวช” ของเด็กบกพร่อง

ทางสถิติปัญหา ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อการประเมินย่อยที่วัดปัญหาพฤติกรรม ดังนี้ “ข้อ 4.7 กลัวสถานการณ์ สิ่งของ บุคคล การกระทำ หรือบางสิ่งบางอย่างอย่างมากจนเกินเหตุ” และ “ข้อ 5.2 ไม่พูดในบางสถานการณ์”

อย่างไรก็ตามผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นกับรายการประเมินอีกกลุ่มว่า รายการประเมินพฤติกรรมในข้อเหล่านั้นเป็นตัวแทนในการวัดพฤติกรรมได้ตรงตามวัตถุประสงค์ แต่ควรได้รับการปรับปรุงรายละเอียดของข้อคำถามตามข้อเสนอแนะในข้อที่ 1.1, 3.1, 4.3 - 4.6, 5.1, 5.3 - 5.7 ทั้งนี้เนื่องจากข้อประเมินในกลุ่มนี้มีเนื้อหาในการประเมินที่ตรงกับวัตถุประสงค์แล้ว แต่ควรได้รับการปรับปรุงรายละเอียดของเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินให้สามารถลงรายละเอียดได้อย่างครบถ้วน ดังนี้ 1) เกณฑ์ในการประเมินความสนใจและสมาธิในการทำกิจกรรมของเด็กบกพร่องทางสติปัญญาที่ควรจำแนกตามช่วงวัย ซึ่งสอดคล้องกับเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านสมาธิและความสนใจของเด็กในแต่ละช่วงวัยนั้นจะมีความแตกต่างกัน²⁵⁻²⁷ 2) การปรับคำที่ใช้ให้สอดคล้องกับการประเมินมากยิ่งขึ้นในการประเมินข้อ 3.1 ที่เกี่ยวกับการประเมินการทำร้ายตนเองของเด็กบกพร่องทางสติปัญญา 3) การปรับคำที่ใช้และการรวมกับกลุ่มปัญหาพฤติกรรมด้านก้าวร้าวในข้อ 4.3 - 4.7 เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าสื่อถึงพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่า และ 4) ควรปรับเกณฑ์ในการประเมินในข้อ 5.1 ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมปฏิเสธการไปโรงเรียนของเด็กบกพร่อง

ทางสติปัญญา และข้อ 5.3 พฤติกรรมคือต่อต้านให้เหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่แนะนำให้ระบุเกณฑ์การประเมินให้ชัดเจน เช่น การนับปัญหาพฤติกรรมเป็นจำนวนที่เกิดขึ้นต่อเดือน หรือต่อสัปดาห์ เป็นต้น

สำหรับกลุ่มพฤติกรรมด้านอารมณ์และจิตใจที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ในการปรับปรุงแบบประเมินครั้งนี้เนื่องจากข้อคำถามค่อนข้างซ้อนทับรายการประเมินในกลุ่มพฤติกรรมด้านก้าวร้าวจึงทำให้มีการตัดรายการประเมินข้อที่ 4.1 ออกและนำไปรวมกับกลุ่มพฤติกรรมด้านก้าวร้าว นอกจากนี้ยังให้มีการรวมกลุ่มพฤติกรรมด้านอารมณ์และจิตใจเข้ากับกลุ่มพฤติกรรมด้านจิตเวชเป็นกลุ่มพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเนื่องจากเป็นการประเมินในมิติด้านจิตใจเหมือนกัน นอกจากนี้ทำให้รายการประเมินในแบบประเมินพฤติกรรมชุดใหม่นี้มีรายการประเมินที่ครอบคลุมปัญหาพฤติกรรมของผู้บกพร่องทางสติปัญญาในมิติต่างๆ รวมทั้งมิติปัญหาพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพจิต และจิตเวชด้วย

สำหรับข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในขั้นตอนการหาความเชื่อมั่นของแบบประเมิน 36 ราย เมื่อจำแนกเป็นช่วงอายุต่าง ๆ แล้วทำให้มีกลุ่มตัวอย่างในแต่ละช่วงอายุจำนวนน้อยลง และการใช้สถิติในงานวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติระดับพื้นฐานและไม่มีความซับซ้อน ดังนั้นในการขยายผลแบบประเมินพฤติกรรมชุดนี้ในอนาคตควรเลือกใช้สถิติที่ซับซ้อนขึ้น ได้แก่ การหา internal consistency หรือ test retest reliability

เป็นต้น นอกจากนี้ในการพัฒนาครั้งต่อไปควรศึกษาเปรียบเทียบผลของการนำเครื่องมือไปใช้กับเครื่องช่ายนอกรวมสุขภาพจิตเพื่อต่อยอดการพัฒนาแบบประเมินให้สมบูรณ์มากขึ้น

สรุป

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กบกพร่องทางสติปัญญาฉบับปรับปรุงใหม่พบว่า ความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ส่วนบางรายการของแบบประเมินชุดนี้ ภายหลังจากการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก็มีค่าความตรงด้านเนื้อหาอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ในการนำมาประเมินปัญหาพฤติกรรม ส่วนความเชื่อมั่น และความเที่ยงจากการวัดซ้ำของแบบประเมินพฤติกรรมมีค่าอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูงและยอมรับได้ ดังนั้นแบบประเมินที่ได้จากการพัฒนาในการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้ประเมิน และติดตามผลปัญหาพฤติกรรมของเด็กบกพร่องทางสติปัญญาได้

เอกสารอ้างอิง

- Office of Sanatoriums and Healing Arts. Department of Health Service Support. Standards of Healing Practice in Clinical Psychology. 3rd ed. Bangkok: Art Chlorphite Company; 2014.
- Taanila A, Ebeling H, Heikura U, Järvelin M. Behavioural problems of 8-year-old children with and without intellectual disability. *J Pediatr Neurol* 2003; 1: 15–24.
- American Psychiatric Association. Diagnostic Statistical Manual, 4th ed. Washington, DC: American psychiatric publishing; 2000.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Washington, DC: American psychiatric publishing; 2013.
- Piyasil V. Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. Bangkok: Beyond Publishing; 2002.
- Vipulakorn P. 50th Anniversary book of Rajanakul. Bangkok: Rajanakul Institute; 2010.
- Umpaipat A. Behavioural Modification Guideline. 3rd ed. Bangkok: Ladprao Publishing; 2005.
- Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA Preschool forms and Profiles. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry; 2000.
- Patel DR, Greydanus DE, Merrick J. Introduction to intellectual and developmental disabilities. In: Rubin IL, Merrick J, Greydanus DE, et al. editors. Rubin and Crocker 3rd Edition: Health care for people with intellectual and developmental disabilities across the lifespan. Dordrecht: Springer; 2016.
- Schalock RL, Borthwick-Duffy SA, Bradely VJ. Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports. 11th ed. Washington, DC: AAIDD; 2009.
- Srivongpanit N, Intellectual Disability. In: Developmental texts and children's behavior. Bangkok: Holistic Publishing; 2008.
- Srivastava AK, Schwartz CE. Intellectual disability and autism spectrum disorders: causal genes and molecular mechanisms. *Neurosci Biobehav Rev* 2014; 46: 161-74.
- Lloyd BP, Kennedy CH. Assessment and treatment of challenging behaviors for individuals with intellectual disability: a research review. *JARID* 2014; 27: 187-99.

14. Marielle CD, Russell JN, Stewart EE, Bruce JT, Hans MK. Assessing Emotional and Behavioral Problems in Children with Intellectual Disability: Revisiting the Factor Structure of the Developmental Behavior Checklist. *J Autism Dev* 2002;32.
15. Reichow B, Servili C, Yasamy MT, Barbui C, Saxena S. Non-specialist psychosocial interventions for children and adolescents with intellectual disability or lower-functioning autism spectrum disorders: a systematic review. *PLOS Med* 2013; 10(12): e1001572
16. Alan E. Behavior Modification in Applied Settings. 6th ed. Illinois: Waveland Press, Inc; 2001.
17. Miltenberger RG. Behavior Modification Principle and Procedures. 3rd ed. U.S.A.: Thomson Wadsworth; 2004
18. Raymond G. Behavior Modification: Principles and Procedures. United States: Wadsworth; 2012.
19. Chuta PS, Siriphiboonphol A, Tawilo P. Guidebook for training in intensive behavioural modification curriculum (For psychologists target). Bangkok: Rajanukul Institute, Department of mental health; 2006.
20. Schacter D. Psychology. 2nd ed. US: Worth Publishers; 2011.
21. Kalish H. Learning: Principles and applications. New York: McGraw-Hill; 1981.
22. Chutha P. Development of Behaviour in Children with Delayed Development. Bangkok: Ladprao Publishing; 2006.
23. Chaninyuthwong V, Chutha P, Siriphiboonphol A. Developing the Evaluation of Behavior Problems, Psychological Service, Rajanukul Institute. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2017; 62(4).
24. สุวิมล ว่องวานิช. การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
25. Karen Y. How to Increase Self-Control in Children – And Why It’s So Important for Their Success. [online]. Available from: www.heysigmund.com/how-to-increase-self-control-in-children/ [2017 Jun 5].
26. Sudi KG. The Development of Self-Control in Young Children. [online]. Available from: www.lej.cuchicago.edu/research-in-education/the-development-of-self-control-in-young-children/ [2017 Jun 5].
27. Tao T, Wang L, Fan C, Gao W. Development of self-control in children aged 3 to 9 years: Perspective from a dual-systems model. *Scientific Reports* 2014; 4(1): 7272.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลกลางวัน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

นรวิรุ้ พุ่มจันทร์*, ธีระ ลีลำนันทกิจ*, กฤตณัย แก้วยศ**, พนมพร พุ่มจันทร์***

*จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

**นักวิชาการสาธารณสุข สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วันรับบทความ : 8 สิงหาคม 2564

วันแก้ไขบทความ : 25 กันยายน 2564

วันตอบรับบทความ : 27 กันยายน 2564

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทบทวนและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลกลางวันสำหรับผู้ป่วยจิตเวช

วัสดุและวิธีการ : การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ สืบค้นจากฐานข้อมูล PubMed, Embase และ Ovid สืบค้นผลงานวิชาการที่มีการตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ.2000 - 2020 เลือกรงานวิจัยและบทความวิชาการทุกประเภทที่ทำการศึกษาในมนุษย์ และมีการตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ

ผล : ได้บทความที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 31 บทความ จาก 3,214 บทความ เป็นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลกลางวัน แบ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 12 บทความ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ จำนวน 7 บทความ และผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ ซึ่งมีหลายกลุ่มโรค ไม่ได้วินิจฉัยเจาะจงเป็นโรคจิตเภทหรือโรคผิดปกติทางอารมณ์ จำนวน 12 บทความ โดยกิจกรรมการบำบัดรักษาส่วนใหญ่ คือ 1) การรักษาด้วยยาจิตเวช 2) จิตบำบัดรายบุคคล 3) จิตบำบัดแบบกลุ่ม 4) นันทนาการ 5) กิจกรรมบำบัด 6) การฝึกทักษะทางสังคม 7) สุขภาพจิตศึกษา และ 8) ศิลปะบำบัด

สรุป : กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลกลางวัน ส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน คือ จิตบำบัดแบบกลุ่มหรือรายบุคคล นันทนาการ การฝึกทักษะทางสังคม และสุขภาพจิตศึกษา เมื่อรวมกับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชมีพหุสุขภาพทางจิตลดลง ลดการกลับเข้ามารักษาแบบผู้ป่วยใน และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข

คำสำคัญ : การบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกลางวัน

DAY HOSPITAL IN THE TREATMENT AND REHABILITATION OF PSYCHIATRIC PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW

Norrawee Phoomchan*, Teera Leelanuntakit*,
Krittanaï Kaewyot**, Panomporn Phoomchan***

*Psychiatrist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

**Public Health Technical Officer, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

***Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Kasetsart University

Received: August 8, 2020

Revised: September 25, 2021

Accepted: September 27, 2021

Abstract

Objectives: This study aimed to review and analyze evidence of Day hospital in the treatment and rehabilitation with activities of psychiatric patients.

Material and Methods: This was a systematic review that searched and selected all studies conducted in human in the English language published between 2000 and 2020 from PubMed, Embase and Ovid.

Results: Of the 3,214 studies found, 31 met the inclusion criteria; they consist of 12 articles on the use of Day hospital for the treatment and rehabilitation for schizophrenia, 7 for mood disorders and 12 for any psychiatric disorder. Most therapeutic activities reported were 1) psychotropic medications, 2) individual psychotherapy, 3) group psychotherapy, 4) recreation, 5) occupational therapy, 6) social skills training, 7) psychoeducation and 8) art therapy.

Conclusion: Most treatment and rehabilitation activities of psychiatric patients incorporated for Day hospital were similar group or individual psychotherapy, recreation, social skills training and psychoeducation that combined with psychotropic medications. These activities within the Day hospital setting were shown to reduce psychopathology, reduced a hospital readmission, and enable people with psychiatric disorders to live happily.

Key words: treatment and rehabilitation, psychiatric patients, Day hospital

บทนำ

การรักษาและฟื้นฟูด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงพยาบาลกลางวันสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเป็นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยทางจิตใจและสังคมให้มีการกลับคืนสู่สภาวะ (recovery)¹ โดยผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้เหมือนปกติในด้านการดำเนินชีวิต การเรียน การทำงาน การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยวิธีการในรูปแบบนี้จำเป็นต้องใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช เป็นการเสริมผลของการรักษาซึ่งกันและกัน โดยยาทางจิตเวชควบคุมให้อาการสงบและลดการกลับเป็นซ้ำของโรค (relapse)² การบำบัดรักษาและฟื้นฟูด้วยรูปแบบโรงพยาบาลกลางวัน ซึ่งดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวมที่ให้บริการเฉพาะเวลากลางวัน โดยบุคลากรสหวิชาชีพทำงานเป็นทีม เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาด้วยยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (medical adherence) แก้ไขภาวะทุกข์ใจอย่างมากมายของผู้ป่วย มีการใช้กิจกรรมในรูปแบบต่าง ๆ ฟื้นฟูผู้ป่วยให้อยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างเป็นปกติ³ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชด้วยโรงพยาบาลกลางวัน พบว่า การบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง เศรษฐฐานะไม่ดี มีอาการทางจิตแบบเฉียบพลัน และสมัครใจมารับการรักษา ซึ่งประสิทธิภาพของการรักษาไม่แตกต่างกับการรักษาแบบผู้ป่วยใน⁴ แต่ในประเด็นค่าใช้จ่ายนั้นมีความประหยัดกว่าการรักษาแบบผู้ป่วยในถึงร้อยละ 205 ผู้ป่วยมีการพัฒนาการปรับตัวทางสังคม ลดการ

กลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาล⁶ และครอบครัว 'ไม่รู้สึกรับภาระในการดูแลผู้ป่วย' จึงเป็นอีกทางเลือกในการรักษาให้กับตัวผู้ป่วยเอง

สำหรับประเทศไทยได้เปิดบริการโรงพยาบาลกลางวันสำหรับผู้ป่วยจิตเวชแห่งแรกเมื่อปี พ.ศ.2504⁸ ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยา แต่ไม่ได้รับความนิยม ต่อมานายแพทย์ชูทิศย์ ปานปรีชา ได้ประยุกต์และดัดแปลงรูปแบบของโรงพยาบาลกลางวันในต่างประเทศ โดยปรับให้เข้ากับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของคนในสังคมไทย ซึ่งมีการดำเนินการต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2518 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งมีเพียงแห่งเดียวในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กิจกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยประกอบด้วย จิตบำบัดแบบกลุ่ม (group psychotherapy) กิจกรรมบำบัด (occupational therapy) กลุ่มนันทนาการ (recreational therapy) กลุ่มให้ความรู้ (group education) กิจกรรมฝึกความรับผิดชอบและฝึกการทำงาน กลุ่มชุมชนบำบัด (group therapeutic community) กิจกรรมออกนอกสถานที่ (community trip) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นภาษาไทย ยังไม่มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูด้วยโรงพยาบาลกลางวันสำหรับผู้ป่วยจิตเวช มีแต่งงานวิจัยเชิงทดลองและเชิงวิเคราะห์ เช่น การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติที่มารับบริการใน โรงพยาบาลกลางวัน⁹ การศึกษาผลของกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่มา

รับบริการในโรงพยาบาลกลางวัน¹⁰ การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการทบทวนงานวิจัยต่างประเทศและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ สังเคราะห์เปรียบเทียบความเหมือนหรือความต่างกับโรงพยาบาลกลางวันในประเทศไทย เพื่อเป็นแนวทางและนำมาใช้ประโยชน์ในการบำบัดรักษาฟื้นฟูแบบองค์รวมด้วยโรงพยาบาลกลางวันสำหรับผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อศึกษารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลกลางวัน มีเกณฑ์การคัดเลือกผลงานวิชาการ ดังต่อไปนี้

1. ผลงานวิชาการที่มีการตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี ค.ศ.2000 - ค.ศ.2020
2. สืบค้นจากฐานข้อมูล PubMed, Embase และ Ovid
3. ประเภทของผลงานวิชาการ คือ บทความวิจัย (original article) และรายงานนำเสนอในที่ประชุมวิชาการ (proceedings) ทั้งนี้ไม่รวมงานที่เป็นบทความฟื้นฟูวิชาการ (review article) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) และการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis)
4. คำที่สืบค้น คือ day hospital, partial hospitalization, day care, day treatment, day program, milieu therapy, schizophrenia, schizophrenic, major depressive disorder, bipolar disorder และ psychiatric

patient

ขั้นตอนการสืบค้นข้อมูล ได้แก่ screening, eligibility, inclusion in review โดยชื่อเรื่อง (title) และบทคัดย่อ (abstract) ของบทความที่นำมาใช้ในการทบทวนครั้งนี้ ได้ถูกคัดเลือกจากผู้วิจัย 2 คน ซึ่งมีความเป็นอิสระต่อกันในการคัดเลือกบทความเมื่อบทความไหนมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันจะนำบทความนั้นมาหาข้อสรุปในการสังเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญต่อไป โดยเอกสารอ้างอิงของบทความนี้ได้ถูกจัดการโดยใช้โปรแกรม EndNote X9

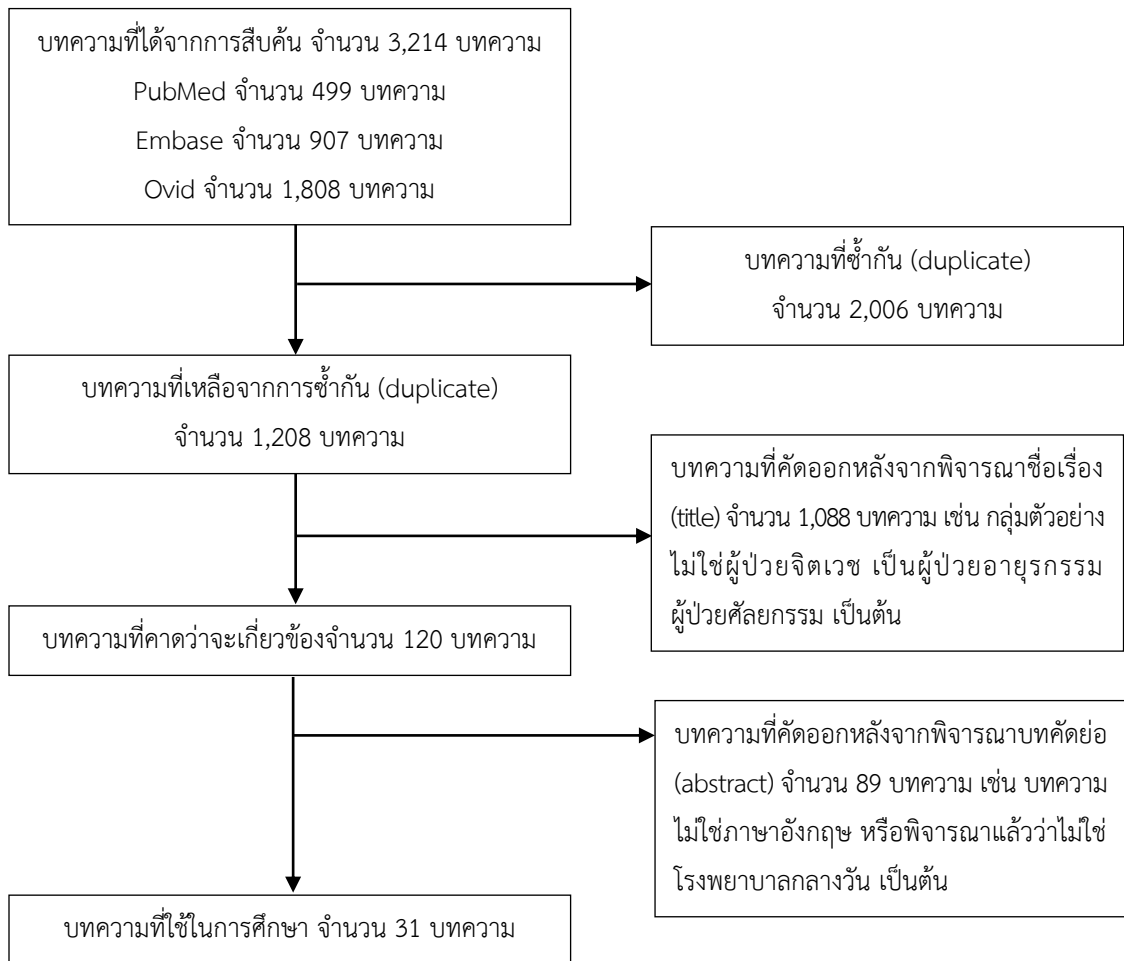
ผล

บทความที่ถูกเลือก (study selection)

จากการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลทางการแพทย์ จำนวน 3 ฐานข้อมูล คือ PubMed, Embase และ Ovid ตั้งแต่ปี ค.ศ.2000 - ค.ศ.2020 ได้บทความทั้งสิ้นจำนวน 3,214 บทความ บทความที่เหลือจากการซ้ำกัน (duplicate) จำนวน 1,208 บทความ หลังจากทำการคัดเลือกจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อแล้ว เหลือบทความที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องจำนวน 120 บทความ โดยในจำนวนนี้เป็นบทความที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 31 บทความ ดังแสดงในภาพที่ 1

การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลกลางวัน

ผลการวิเคราะห์บทความจำนวน 31 บทความที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟู



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการคัดเลือกบทความ (Prisma flow diagram)

ในโรงพยาบาลกลางวัน ดังแสดงในตารางที่ 1, 2 และ 3 แบ่งเป็นการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ และผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับผู้ป่วยโรคอื่น ผู้ป่วยวิตกกังวล ผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติ หรือมีการกล่าวรวมของโรคทางจิตเวชหลายโรคใน 1 บทความ โดยบทความทั้งหมด 31

บทความ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาจิตเวชโดยจิตแพทย์ผู้รักษาตามการวินิจฉัย และบุคลากรผู้ให้การรักษาประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ และนักกิจกรรมบำบัด

จากตารางที่ 1 แสดงการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทใน

โรงพยาบาลกลางวัน จำนวน 12 บทความ แบ่งเป็นการวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม จำนวน 4 บทความ การวิจัยเชิงทดลอง 2 กลุ่ม จำนวน 7 บทความ และการวิจัยเชิงพรรณนา 1 บทความ โดยรูปแบบการรักษาและฟื้นฟูส่วนใหญ่ คือ 1) นันทนาการ 2) กิจกรรมบำบัด 3) การฝึกทักษะทางสังคม 4) สุขภาพจิตศึกษา 5) จิตบำบัดรายบุคคล 6) จิตบำบัดแบบกลุ่ม และ 7) ศิลปะบำบัด ระยะเวลาที่ใช้บำบัดอยู่ระหว่างมากกว่า 1 จนถึง 6 เดือน ผลลัพธ์ส่วนใหญ่ที่วิเคราะห์ประกอบด้วย 1) พยาธิสภาพทางจิต ประเมินด้วย Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) 2) คุณภาพชีวิต ประเมินโดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตต่าง ๆ 3) ทักษะทางสังคมและการทำหน้าที่ในสังคม 4) การจ้างงาน 5) Neurocognitive Functions 6) การเห็นคุณค่าของตนเองและการหยิ่งรู้ตนเอง 7) ระดับความพิการ 8) การดูแลตนเอง และ 9) การคืนสู่สภาวะ ซึ่งผลลัพธ์มีค่าหรือคะแนนที่ดีขึ้นหลังจากได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟู

จากตารางที่ 2 แสดงการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ในโรงพยาบาลกลางวัน จำนวน 7 บทความ แบ่งเป็นการวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม จำนวน 5 บทความ การวิจัยเชิงทดลอง 2 กลุ่ม จำนวน 1 บทความ และการวิจัยเชิงวิเคราะห์ 1 บทความ โดยรูปแบบการรักษาและฟื้นฟูส่วนใหญ่ คือ 1) นันทนาการ 2) การฝึกทักษะทางสังคม 3) สุขภาพจิตศึกษา 4) จิตบำบัดรายบุคคล 5) จิตบำบัดแบบกลุ่ม 6) ศิลปะบำบัด และ 7) การดูแลครอบครัว ระยะเวลาที่ใช้บำบัดอยู่

ระหว่าง 1 - 10 สัปดาห์ ผลลัพธ์ส่วนใหญ่ที่วิเคราะห์ประกอบด้วย 1) ภาวะซึมเศร้า ประเมินด้วย Beck Depression Inventory Score (BDI), Hamilton Depression Rating Scale Score (HDRS), Geriatric Depression Scale (GDS), Quick Inventory of Depressive Symptoms (QIDS-C) 2) ความวิตกกังวล ประเมินด้วย Hamilton Anxiety Rating Scale Score (HARS), Zung Self-Rating Scale for Anxiety (Z-SAS), Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) 3) การปรับตัวทักษะทางสังคม 4) คุณภาพชีวิต และ 5) บุคลิกภาพ ซึ่งผลลัพธ์มีคะแนนที่ดีขึ้นหลังจากได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ยกเว้นคะแนน QIDS-C ซึ่งไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม

และจากตารางที่ 3 แสดงการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับผู้ป่วยโรคอื่น ผู้ป่วยวิตกกังวล ผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติ หรือมีการกล่าวรวมของโรคทางจิตเวชหลายโรคใน 1 บทความ จำนวน 12 บทความ แบ่งเป็นการวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม จำนวน 4 บทความ การวิจัยเชิงวิเคราะห์ 5 บทความ และการวิจัยเชิงพรรณนา 1 บทความ โดยรูปแบบการรักษาและฟื้นฟูส่วนใหญ่ จะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งจะมี 5 บทความ ที่ไม่แสดงรายละเอียดของกิจกรรม ระยะเวลาบำบัดอยู่ระหว่าง 1 สัปดาห์ - 6 เดือน ผลลัพธ์ส่วนใหญ่ที่วิเคราะห์ก็คล้ายคลึงกับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยอารมณ์ผิดปกติเช่นกัน

ตารางที่ 1 การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลกลางวัน

การศึกษา	กิจกรรมในโรงพยาบาลกลางวัน	รูปแบบงานวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง	ผลลัพธ์
Yoshimaru et al. 2002 ¹¹	- 1) นันทนาการ 2) กิจกรรมบำบัด และ 3) การฝึกทักษะทางสังคม - ระยะเวลาของกิจกรรม 4 เดือน - ดำเนินการในประตูลูโปน	- การวิจัยเชิงทดลอง 2 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง 65 คน แบ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบ โรงพยาบาล กลางวัน 19 คน และกลุ่มควบคุม 46 คน	กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน มีแนวโน้มลดการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยใน เมื่อติดตามการรักษาหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 ปี (OR = 0.52; 95%CI = 0.12, 2.35)
Inadomi et al. 2005 ¹²	- 1) นันทนาการ 2) การเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน 3) จัดอาสา 4) การฝึกทักษะทางสังคม 5) กิจกรรมบำบัด และ 6) จัดบำบัด - ไม่ระบุระยะเวลาการทำกิจกรรม - ดำเนินการในประตูลูโปน	- การวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเภท 28 คน	1) ขนาดของยาที่ได้รับการรักษาเมื่อเทียบกันยา chlorpromazine ลดลงจาก 877.3 ± 1,204.1 มิลลิกรัม เหลือ 442.0 ± 602.7 มิลลิกรัม เมื่อผ่านไป 3 ปี 2) การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นในด้านการใช้ชีวิตประจำวัน (p = 0.001) และด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น (p = 0.003) 3) ทักษะทางสังคมของผู้ป่วยดีขึ้นในด้านการแสดงออก (p = 0.002) และด้านสื่อสาร (p = 0.001) 4) ทักษะการทำงานของผู้ป่วยดีขึ้นในด้านการคิดริเริ่มในกลุ่ม (p = 0.023) และด้านความร่วมมือในการทำงาน (p = 0.005)
Motlová et al. 2008 ¹³	- สุขภาพจิตศึกษา - ระยะเวลาของกิจกรรม 6 สัปดาห์ - ดำเนินการในประตูลูโปน	- การวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเภท 71 คน	1) ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพทางจิต (psychopathology) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
Miyaji et al. 2008 ¹⁴	- 1) จัดบำบัดแบบกลุ่ม 2) กิจกรรมบำบัด 3) การฝึกทักษะทางสังคม 4) การฝึกอาชีพ 5) การจ้างงาน 6) นันทนาการและ 7) กีฬา - ไม่ระบุระยะเวลาการทำกิจกรรม - ดำเนินการในประตูลูโปน	- การวิจัยเชิงทดลอง 2 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ 188 คน และกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมครบ 212 คน	ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมการรักษามีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในแตกต่างกัน (p = 0.002)
Arsova Hadzi-Angelkowska et al. 2010 ¹⁵	- 1) จัดบำบัดแบบบุคคล 2) จัดบำบัดแบบกลุ่ม และ 3) การฝึกทักษะทางสังคม - ระยะเวลาของกิจกรรมมากกว่า 1 เดือน - ดำเนินการในประตูลูโปน	- การวิจัยเชิงทดลอง 2 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเภท 120 คน แบ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน 60 คน และกลุ่มควบคุม 60 คน	1) กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน มีการทำหน้าที่ด้านส่วนตัวและสังคมได้ดีกว่า 2) การรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันเมื่อร่วมกับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช และมีกิจกรรมสนับสนุนของครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคมได้ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ตารางที่ 1 การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลกลางวัน (ต่อ)

การศึกษา	กิจกรรมในโรงพยาบาลกลางวัน	รูปแบบงานวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง	ผลลัพธ์
Morimoto et al., 2012 ¹⁶	- 1) นันทนาการ 2) กิจกรรมบำบัด และ 3) การฝึกทักษะทางสังคม - ระยะเวลาของกิจกรรมมากกว่า 1 เดือน - ดำเนินการไปประเศสัปดาห์	- การวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเภท 39 คน	1) ผู้ป่วยมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) สูงขึ้น 2) ผู้ป่วยมีคะแนน neurocognitive functions สูงขึ้น 3) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตน้อยลง 4) การรับรู้ความสามารถของตนเอง neurocognitive functions และอาการทางจิต มีผลต่อพฤติกรรมสัมพันธ์ในสภาพ 5) ปัจจัยที่ช่วยให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง คือ การกระทำเพื่อผลสำเร็จ การได้เห็นประสิทธิภาพของผู้ขึ้น และเรียนรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จ ได้ การใช้ยาถูกต้องใจหรือให้กำลังใจ และสภาวะทางร่างกาย และอารมณ์เมื่อเผชิญกับความเครียด
Bankovska Motilova et al., 2012 ¹⁷	- 1) สุขภาพจิตศึกษาแบบครอบครัว 2) การพัฒนาวิถีชีวิต 3) การฝึกทักษะทางสังคม และ 4) ศิลปะบำบัด - ระยะเวลาของกิจกรรม 6 สัปดาห์ - ดำเนินการไปประเศสัปดาห์	- การวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเภท 211 คน	1) คะแนน PANSS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2) คะแนนคุณภาพชีวิตทางสังคมสูงขึ้น ในด้านพฤติกรรมที่มีกับคนแปลกหน้า ด้านการสื่อสาร ด้านกิจกรรมในการดำเนินชีวิต และด้านการเข้าใจผู้อื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 3) อัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10
Arsova et al., 2014 ¹⁸	- 1) จัดสังคมบำบัดรายบุคคล และ 2) จัดสังคมบำบัดแบบกลุ่ม - ระยะเวลาของกิจกรรม 6 เดือน - ดำเนินการไปประเศสัปดาห์ได้เน็ช	- การวิจัยเชิงทดลอง 2 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเภท 120 คน แบ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน 60 คน และกลุ่มควบคุม 60 คน	ระดับการดูแลตนเองในกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน ส่วนใหญ่มีปัญหาการดูแลตนเองอยู่ในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 56.67) ส่วนกลุ่มควบคุมมีปัญหากลุ่มดูแลตนเองอยู่ในระดับต้นซัด (ร้อยละ 33.33)

ตารางที่ 1 การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลกลางวัน (ต่อ)

การศึกษา	กิจกรรมในโรงพยาบาลกลางวัน	รูปแบบงานวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง	ผลลัพธ์
Kao & Huang, 2014 ¹⁹	- 1) การติดตามดูแลการรับประทานยา 2) การฝึกทักษะทางสังคม 3) กิจกรรมบำบัด และ 4) การจ้างงานผู้ป่วย - ไม่ระบุระยะเวลาการทำกิจกรรม - ดำเนินการในประเทจีน (ไต้หวัน)	- การวิจัยเชิงทดลอง 2 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเภท 70 คน แบ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน 45 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน	1) ร้อยละการจ้างงานของกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน (ร้อยละ 68.9) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 28.0) ($p < 0.001$) 2) อาการทางบวก (positive symptoms) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) 3) คุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังนี้ ด้านสุขภาพจิต ($p < 0.05$) ด้านการทำหน้าที่ ($p < 0.01$) ด้านการใช้ชีวิตในครอบครัว ($p < 0.05$) ด้านการใช้ชีวิตในสังคม ($p < 0.01$) ด้านการทำงานของจิตใจ ($p < 0.05$) และด้านการดำเนินชีวิตให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ($p < 0.001$)
Arsova & Kopacheva Basova, 2016 ²⁰	- 1) จัดสังคมบำบัดรายบุคคล และ 2) จัดสังคมบำบัดแบบกลุ่ม - ระยะเวลาของกิจกรรม 6 เดือน - ดำเนินการในประเทศมาซิโดเนีย	- การวิจัยเชิงทดลอง 2 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเภท 120 คน แบ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน 60 คน และกลุ่มควบคุม 60 คน	ระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความสัมพันธ์ทางสังคมในกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)
Blažinović et al., 2019 ²¹	- 1) การฝึกทักษะทางสังคม 2) สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม 3) การจ้างงานผู้ป่วย 4) ดนตรีบำบัด 5) จิตบำบัด และ 6) ภาพยนตร์บำบัด - ไม่ระบุระยะเวลาการทำกิจกรรม - ดำเนินการในประเทศโครเอเชีย	- การวิจัยเชิงทดลอง 2 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเภท 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน	ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งของการรักษาแบบผู้ป่วยในของกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน (2.23 ครั้ง) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (5.93 ครั้ง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)
Murata et al., 2020 ²²	- recovery day program - ไม่ระบุระยะเวลาการทำกิจกรรม - ดำเนินการในประเทศแคนาดา	- การวิจัยเชิงพรรณนา - ผู้ป่วยจิตเภท 29 คน	1) ผู้ป่วยได้รับจากจ้างงานแบบได้ค่าจ้าง ร้อยละ 47 2) ผู้ป่วยได้รับจากจ้างงานแบบ ไม่ได้ค่าจ้าง ร้อยละ 42 3) คะแนน The illness management and recovery scale เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4) คะแนนการบรรเทาปัญหาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ในโรงพยาบาลกลางวัน

การศึกษา	กิจกรรมในโรงพยาบาลกลางวัน	รูปแบบงานวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง	ผลลัพธ์
Conn et al., 2000 ²³	- 1) จิตบำบัดแบบกลุ่ม 2) จิตบำบัดรายบุคคล 3) มันทนาการ และ 3) กลุ่มบำบัดอื่น ๆ - ระยะเวลากิจกรรม 4 วัน / สัปดาห์ แต่ไม่ได้รับระยะเวลาทั้งหมดของกิจกรรม - ดำเนินการในประเภทเดคาตา	- การวิจัยทดลอง 1 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเวชอายุที่มีอาการซึมเศร้า 477 คน	1) คะแนน HDRS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2) คะแนน GDS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 3) อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)
Mazza et al., 2004 ²⁴	- การรักษาที่มุ่งเน้นในเรื่อง 1) ผลกระทบจากอาการเจ็บป่วย 2) ให้กำลังใจและกำลังใจ 3) การมีเครือข่ายทางสังคม 4) เพิ่มความสามารถในการทำงาน และ 5) การดูแลสภาพจิตใจในครอบครัว - ระยะเวลาของกิจกรรม 3 สัปดาห์ - ดำเนินการในประเภชอิตาลี	- การวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม - ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ 88 คน ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV	1) ผู้ป่วยหลังจากการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลางวันมีคะแนน BDI ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2) การประเมินผู้ป่วยมีผ่านไป 6 เดือน หลังการจำหน่ายพบว่าคะแนน HDRS, BDI, HARS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนน Z-SAS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ Social Adaptation Self-Evaluation Scale Score (SASS) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)
Camitto et al., 2008 ²⁵	- 1) จิตบำบัดแบบกลุ่ม 2) ศิลปะบำบัด 3) กลุ่มบำบัดทางสังคม 4) การบำบัดรายบุคคล และ 5) การดูแลจิตใจของญาติ - ไม่ระบุระยะเวลาการที่กิจกรรม - ดำเนินการในประเภชวิตเซอร์แลนด์	- การวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม - ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุ 122 คน ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10	1) คะแนน GDS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2) คะแนน Short Form 12 Mental Health Component Summary (SF-12 MCS) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)
Camitto et al., 2009 ²⁶	- 1) จิตบำบัดแบบกลุ่ม 2) ศิลปะบำบัด 3) การฝึกทักษะทางสังคม 4) การบำบัดรายบุคคล และ 5) การดูแลจิตใจของญาติ - ไม่ระบุระยะเวลาการที่กิจกรรม - ดำเนินการในประเภชวิตเซอร์แลนด์	- การวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม - ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุ 62 คน ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10	1) ความอ่อนไหวทางอารมณ์ของผู้ป่วยส่งผลต่อการรักษาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการประเมินด้วย GDS ($p = 0.004$) 2) การที่รับรู้ประสบการณ์และการประเมินตนเองเป็นสิ่งสำคัญในการทำความเข้าใจของกรรักษาด้วยกลุ่มจิตบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า

ตารางที่ 2 การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ในโรงพยาบาลกลางวัน (ต่อ)

การศึกษา	กิจกรรมในโรงพยาบาลกลางวัน	รูปแบบงานวิจัยกลุ่มตัวอย่าง	ผลลัพธ์
Zeeck et al., 2015 ²⁷	<ul style="list-style-type: none"> - 1) จิตบำบัดแบบกลุ่ม 2) จิตบำบัดรายบุคคล 3) คนตรีบำบัด 4) ศิลปะบำบัด 5) นันทนาการ และ 6) การดูแลญาติของผู้ป่วย - ระยะเวลาของการทำกิจกรรม - ดำเนินการในประเทศออสเตรีย 	<ul style="list-style-type: none"> - การวิจัยเชิงทดลอง 2 กลุ่ม - ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1,104 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาล 604 คน และกลุ่มควบคุม 500 คน 	<ul style="list-style-type: none"> 1) คะแนน QIDS-C ของกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน ไม่แตกต่างกับกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) คะแนน Social and Occupational Functioning (SOFAS) ของกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน เพิ่มขึ้นหลังจากจำหน่ายและจากการติดตามหลังจำหน่าย 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 3) คะแนน The SF-12 health survey ของกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน เพิ่มขึ้นหลังจากจำหน่ายและจากการติดตามหลังจำหน่าย 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)
Zeeck et al., 2016 ²⁸	<ul style="list-style-type: none"> - 1) จิตบำบัดแบบกลุ่ม 2) จิตบำบัดรายบุคคล 3) ศิลปะบำบัด 4) body therapy และ 5) การดูแลญาติของผู้ป่วย - ระยะเวลาของกิจกรรม 10 สัปดาห์ - ดำเนินการในประเทศออสเตรีย 	<ul style="list-style-type: none"> - การวิจัยเชิงวิเคราะห์ - ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 500 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน 250 คน และกลุ่มควบคุม 250 คน 	<ul style="list-style-type: none"> 1) การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทำนายอาการของโรคตั้งแต่จำหน่ายจากการรักษาไปจนถึงการติดตามผู้ป่วย 3 เดือน หลังการจำหน่าย 2) พบ 3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเพียงเล็กน้อยของโรค คือ การวินิจฉัยโรคใน Axis I การวินิจฉัยโรคใน Axis II และแรงจูงใจที่ต่ำ
Camardese et al., 2018 ²⁹	<ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพจิตศึกษาและการฟื้นฟูทางจิตใจ - ระยะเวลาของกิจกรรม 30 ครั้ง - ดำเนินการในประเทศอิตาลี 	<ul style="list-style-type: none"> - การวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม - ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว 33 คน 	<ul style="list-style-type: none"> 1) คะแนน HDRS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$) 2) ความสามารถในการปรับตัวทางจิตใจและการหวั่นไหวตนเองของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น ๆ ในโรงพยาบาลกลางวัน

การศึกษา	กิจกรรมในโรงพยาบาลกลางวัน	รูปแบบงานวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง	ผลลัพธ์
Husted and Wentler, 2000 ³⁰	- การพัฒนาเจตคติ ทักษะ และพฤติกรรมในด้าน 1) การดูแลสุขอนามัย 2) การรับประทานอาหาร 3) การทำงาน 4) การตัดสินใจ 5) การผ่อนคลายความเครียด และ 6) การจัดการรายรับรายจ่าย - ระยะเวลาของกิจกรรม 3 ชั่วโมง / วัน ทั้งหมด 3 วัน / สัปดาห์ - ดำเนินการในประเทศสหรัฐอเมริกา	- การวิจัยเชิงวิเคราะห์ - ผู้ป่วยจิตเวชหรือรัง 40 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกไปรวม 27 คน และผู้ป่วยที่ไม่เข้ารับการรักษาในคลินิกไปรวม 13 คน	1) จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาครบโปรแกรมคือ 67 วัน (เฉลี่ย 2.48 วัน) 2) จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยที่ไม่เข้ารับการรักษาครบโปรแกรมคือ 1,008 วัน (เฉลี่ย 74.0 วัน) 3) ร้อยละของการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาครบโปรแกรมคือ ร้อยละ 5.3 4) ร้อยละของการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยที่ไม่เข้ารับการรักษาครบโปรแกรมคือ ร้อยละ 46.4 5) จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$)
Becker et al., 2001 ³¹	- การฝึกงานแบบมีผู้ช่วยเหลือดูแลร่วมกับเข้าร่วมรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน - ระยะเวลาของกิจกรรม 8 วัน - 6 เดือน - ดำเนินการในประเทศสหรัฐอเมริกา	- การวิจัยเชิงวิเคราะห์ - ผู้ป่วยจิตเวช 114 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ทำงานเต็มเวลามีผู้ช่วยเหลือดูแลร่วมกับกิจกรรมของโรงพยาบาลกลางวัน 73 คน และผู้ป่วยที่ได้รับกิจกรรมของโรงพยาบาลกลางวัน เพียงอย่างเดียว 41 คน	อัตราการได้รับการจ้างงาน ชั่วโมงรวมของการทำงาน และจำนวนสัปดาห์ของการทำงานของผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกงานแบบมีผู้ช่วยเหลือดูแลร่วมกับกิจกรรมของโรงพยาบาลกลางวัน สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)
Lamiviere et al., 2010 ³²	- 1) กลุ่มจิตบำบัด 2) กิจกรรมบำบัดแบบกลุ่ม และ 3) การบำบัดรักษายาจิตเวชแบบรายบุคคล - ระยะเวลาของกิจกรรม 8 สัปดาห์ในผู้ใหญ่ และ 13 สัปดาห์ในผู้สูงอายุ - ดำเนินการในประเทศแคนาดา	- การวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเวช 60 คน คือ ผู้ป่วยโรคจิต 20 คน ผู้ป่วยโรคอารมณ์และวิตกกังวล และผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพชนิด cluster B 20 คน	1) คะแนนการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม มีการพัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) 2) คะแนนการเห็นคุณค่าของตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์และวิตกกังวล และผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 3) เมื่อติดตาม 6 เดือนหลังการจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์และวิตกกังวล มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในเรื่องของการมีส่วนร่วมทางสังคม ความพึงพอใจ ในการมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.02$) และการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$)

ตารางที่ 3 การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น ๆ ในโรงพยาบาลกลางวัน (ต่อ)

การศึกษา	กิจกรรมในโรงพยาบาลกลางวัน	รูปแบบงานวิจัยกลุ่มตัวอย่าง	ผลลัพธ์
Aguado and Segurado 2010 ³³	- ไม่แสดงรายละเอียดของกิจกรรม - ระยะเวลาของกิจกรรม 6 เดือน - ดำเนินการในประเภทสเปิน	- การวิจัยเชิงพรรณนา - ผู้ป่วยจิตเวช 60 คน ประกอบด้วยกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต และกลุ่มผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติ	1) พบการพัฒนาของกิจวัตรประจำวัน การปรับตัวทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 2) ผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติ ไม่เหมาะสมกับการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน
Priebe et al, 2011 ³⁴	- ไม่แสดงรายละเอียดของกิจกรรม - ไม่ระบุระยะเวลาการทำกิจกรรม - ดำเนินการในประเภทอังกฤษ	- การวิจัยเชิงทดลอง 2 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเวช 880 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน 426 คน และกลุ่มควบคุม 454 คน	1) คะแนน Greenberg Social Disability Schedule (GSDS) ของ 2 กลุ่มในเพศหญิง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.001$) 2) ผู้ป่วยเพศหญิงมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ในประเด็น social disability หลังจากได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน
Curral et al, 2012 ³⁵	- ไม่แสดงรายละเอียดของกิจกรรม - ไม่ระบุระยะเวลาการทำกิจกรรม - ดำเนินการในประเภทโปรตุเกส	- การวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเวช 168 คน	1) คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลางวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2) พบวิธีสภาพทางจิตลดลงหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลางวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 3) ผู้ป่วยมีการพัฒนาในด้านกรดแลคติก และความสามารถในการแก้ไขปัญหา
Vázquez Bourgon et al, 2016 ³⁶	- ไม่แสดงรายละเอียดของกิจกรรม - ไม่ระบุระยะเวลาการทำกิจกรรม - ดำเนินการในประเภทสเปิน	- การวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเวช 331 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว และผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติ	1) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอำนาจมีผลการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.007$) 2) ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีคะแนนอาการทางจิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)
Agarwal et al, 2017 ³⁷	- กิจกรรมให้บริการซึ่งกำหนดเป็นตารางอย่างแน่นอน แต่ไม่ได้แสดงรายละเอียด - ไม่ระบุระยะเวลาการทำกิจกรรม - ดำเนินการในประเภทอินเดีย	- การวิจัยเชิงวิเคราะห์ - ผู้ป่วยจิตเวช 69 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเวช 49 คน ผู้ป่วยโรคจิตเภททางอารมณ์ 4 คน และผู้ป่วยโรคอื่น ๆ 9 คน	1) ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องประมาณร้อยละ 50 2) ไม่พบความแตกต่างของอัตราการขาดการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยโรคจิตเภททางอารมณ์ 3) ผู้ป่วยที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง 35 ราย พบว่าร้อยละ 50 สามารถทำงานได้ เนื่องจากพฤติกรรมทางสังคมและพฤติกรรมของการทำงาน ได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างชัดเจน

ตารางที่ 3 การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น ๆ ในโรงพยาบาลกลางวัน (ต่อ)

การศึกษา	กิจกรรมในโรงพยาบาลกลางวัน	รูปแบบงานวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง	ผลลัพธ์
Lieberman et al., 2017 ⁸⁸	<ul style="list-style-type: none"> - การบำบัดรักษาระยะสั้น 2 รูปแบบ คือ 1) เน้น cognitive behavioral therapy และ 2) เน้นจิตบำบัดแบบ interpersonal และ existential โดยทั้ง 2 การบำบัดเน้น 1) กลุ่มบำบัด 2) จิตบำบัดรายบุคคล และ 3) ครอบครัวยุติบำบัด - ระยะเวลาของกิจกรรม 6 ชั่วโมง สัปดาห์ ทั้งหมด 5 วัน/สัปดาห์ - ดำเนินการในประเทศสหรัฐอเมริกา 	<ul style="list-style-type: none"> - การวิจัยเชิงทดลอง 2 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเวช 1,257 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบเน้น cognitive-behavioral therapy 306 คน และกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบเน้นจิตบำบัดแบบ interpersonal และ existential 951 คน 	<ol style="list-style-type: none"> 1) ระยะเวลาที่ใช้บำบัดทั้ง 2 รูปแบบ เป็นการรักษาระยะสั้น ค่าเฉลี่ยของเวลาที่ใช้ในการบำบัดคือ 5.3 ± 3.0 วัน 2) อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบเน้น cognitive-behavioral therapy ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 3) cognitive function ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบเน้น cognitive-behavioral therapy ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 4) อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบเน้นจิตบำบัดแบบ interpersonal และ existential ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 5) cognitive function ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบเน้นจิตบำบัดแบบ interpersonal และ existential ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 6) ไม่พบความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงของอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และ cognitive function ในการรักษา ระหว่างผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม
Taube-Schiff et al., 2018 ⁸⁹	<ul style="list-style-type: none"> - 1) พฤติกรรมบำบัด 2) สติบำบัด 3) การจัดกิจกรรม 4) จิตบำบัด และ 5) การป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำ - ระยะเวลาของกิจกรรม 3 สัปดาห์ - ดำเนินการในประเทศแคนาดา 	<ul style="list-style-type: none"> - การวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเวช 196 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคจิตกึ่งหวาด และผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติ 	<ol style="list-style-type: none"> 1) คะแนน Behavior and Symptom Identification Scale-24 (BASIS-24), GAD-7, Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) และ World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) 2) คะแนน Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q-SF) และ Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ตารางที่ 3 การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น ๆ ในโรงพยาบาลกลางวัน (ต่อ)

การศึกษา	กิจกรรมในโรงพยาบาลกลางวัน	รูปแบบงานวิจัยกลุ่มตัวอย่าง	ผลลัพธ์
Savard et al., 2019 ⁴⁰	- 1) การบำบัดรายบุคคล 2) กลุ่มเสริมแรงใจ 3) จัดบำบัด กลุ่มแนว psychodynamic ที่เน้นปัญหาสัมพันธภาพ 4) พฤติกรรมบำบัดวิถีชีวิต และ 5) ศิลปะบำบัด - ระยะเวลาของกิจกรรม 7 ชั่วโมง / สัปดาห์ รวม 6 สัปดาห์ - ดำเนินการในประเภทเต้านวด	- การวิจัยเชิงวิเคราะห์ - ผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติ 260 คน	1) โรคที่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุดคือ โรคบุคลิกภาพ ผิดปกติชนิดกึ่ง ร้อยละ 68.2 2) คะแนน Outcome Questionnaire-45.2 (OQ-45.2) ความ ทุกข์จากอาการเจ็บป่วย สัมพันธภาพกับผู้อื่น และบทบาท การทำงานที่ในสังคม เมื่อสิ้นสุดการรักษามีการพัฒนาที่ดี ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 3) ในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 18 – 24 ปี พบว่าประสบความสำเร็จใน การพัฒนาทักษะและบทบาทการทำงานที่ทางสังคมเมื่อ สิ้นสุดการรักษอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) 4) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีงานทำ พบว่าประสบความสำเร็จในการ พัฒนาทักษะและรวม OQ-45.2 และความทุกข์จากอาการ เจ็บป่วยเมื่อสิ้นสุดการรักษอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <$ 0.05, 0.01)
Lieberman et al., 2020 ⁴¹	- การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) - ระยะเวลาของกิจกรรม 5 ชั่วโมง / วัน จำนวน 5 วัน / สัปดาห์ - ดำเนินการในประเภทสหรัฐอเมริกา	- การวิจัยเชิงวิเคราะห์ - ผู้ป่วยจิตเวช 1,394 คน ประกอบด้วย โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า โรคจิต กึ่งตัว โรคเครียดภายหลังอันตราย โรค จิตเภท และโรคอื่น ๆ โดยรักษาครบตาม โปรแกรม 767 คน	1) ผู้ป่วยประมาณ 2 ใน 3 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า 2) ร้อยละ 40 มีโรคร่วมการใช้สารเสพติด 3) มีผู้ป่วยต้องกลับไปรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 6.2 4) คะแนน BASIS-24 มีความสัมพันธ์ในทางลบกับ 1) ผู้ป่วย ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือได้รับยังชีพผู้พิการ 2) ผู้ป่วยที่ อยู่ในเขตรายได้ต่ำสุด 3) ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในหลาย ครั้ง และ 4) ขาดการรักษา

โดยเพิ่มเติมคือ 1) การกลับเป็นซ้ำ 2) การมีส่วนร่วมทางสังคม 3) การประเมินความวิตกกังวลด้วย Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-24) และ 4) พลังใจ ซึ่งผลลัพธ์มีค่าหรือคะแนนที่ดีขึ้นหลังจากได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ยกเว้นคะแนน neurocognition ซึ่งไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม

อภิปราย

จากการศึกษาทั้ง 31 บทความ ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลกลางวัน แบ่งเป็นการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท 12 บทความ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ 7 บทความ และผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น ๆ 12 บทความ พบว่าผู้ป่วยได้รับประทานยาจิตเวชเพื่อควบคุมอาการ และได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงพยาบาลกลางวัน ซึ่งสามารถช่วยลดการเข้ารับรักษาแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยจิตเภท และลดความเสี่ยงของการไม่ได้รับจ้างงาน⁴² กิจกรรมที่ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยควรมุ่งแก้ไขอาการเจ็บป่วยโดยให้มีการรับรู้ตามความเป็นจริง⁴³ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอร่วมกับการดูแลบำบัดรักษาครอบครัวของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการสงบ ลดการป่วยซ้ำ⁴⁴ ลดการกลับเข้ามารักษาแบบผู้ป่วยในเป็นการลดภาระของครอบครัว⁴⁵ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ได้ประโยชน์จากการบำบัดรักษาและฟื้นฟูแบบโรงพยาบาลกลางวัน เพราะยังคงสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนในสังคม ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

และได้รับการพัฒนาทักษะทางสังคม⁴⁶ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเมื่อใช้ร่วมกับการบำบัดรักษาด้วยยาจิตเวชในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีประสิทธิผลในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน⁴⁷ โรงพยาบาลกลางวันที่มีวัตถุประสงค์ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชซึ่งมีอาการเฉียบพลันนั้นพบว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาเทียบเท่ากับการรักษาแบบผู้ป่วยใน นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งมีอาการซึมเศร้า น้อยลง ลดการฆ่าตัวตายและการทำร้ายตนเอง มีการทำหน้าที่ทางสังคมและสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นดีขึ้น เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษานอกจากการรักษาแบบผู้ป่วยใน⁴⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลกลางวันของต่างประเทศ มีความคล้ายคลึงกับโรงพยาบาลกลางวันที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา แต่กิจกรรมที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มธรรมศึกษา โดยพระภิกษุสงฆ์ให้ความรู้ในหลักพุทธศาสนา การให้ขวัญ กำลังใจ และหลักยึดเหนี่ยวจิตใจแก่ผู้ป่วย รวมทั้งมีการสร้างเครือข่ายการดำเนินงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

สรุป

การศึกษากการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลกลางวัน พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกิจกรรมโรงพยาบาลกลางวันในต่างประเทศกับโรงพยาบาลกลางวันในประเทศไทยที่สถาบัน

จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน คือ จัดบำบัดแบบกลุ่มหรือรายบุคคล นันทนาการ การฝึกทักษะทางสังคม และสุขภาพจิตศึกษา เมื่อร่วมกับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชมีพยาธิสภาพทางจิตลดลง ลดการกลับเข้ามารักษาแบบผู้ป่วยใน และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข หากสถานพยาบาลในประเทศไทยมีโรงพยาบาลกลางวัน เพื่อเป็นทางเลือกแก่ผู้ป่วยจิตเวชในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูตามกลุ่มโรค วัช บริบททางสังคม และวัฒนธรรม จะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Kopelowicz A, Liberman RP, Silverstein SM. Psychiatric rehabilitation. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9 ed. Philadelphia: Wolter Kluwer; 2009.
- Fernando SJ, Owen JA, Levenson JS. Psychopharmacology. In: Hales RE, Yudofsky SC, Roberts LW, editors. Textbook of psychiatry. 6 ed. Virginia: The American psychiatric publishing; 2014.
- Hoge MA, Davidson L, Hill WL, Turner VA, Ameli R. The promise of partial hospitalization. Hosp Community Psychiatry 1992; 43: 345-54.
- Sledge WH, Tebes J, Rakfeldt J, Davidson L, Lyons L, Druss B. Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, Part I: Clinical outcomes. Am J Psychiatry 1996; 153(8): 1065-73.
- Sledge WH, Tebes J, Wolff N, Helminiak TW. Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, Part II: Service utilization and costs. Am J Psychiatry 1996; 153(8): 1074-83.
- Horvitz-Lennon M, Normand SL, Gaccione P, Frank RG. Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: a systematic review of the published literature (1957-1997). Am J Psychiatry 2001; 158(5): 676-85.
- Schene A. The effectiveness of psychiatric partial hospitalization and day care. Curr Opin Psychiatry 2004; 17(4): 303-9.
- ชูทิพย์ ปานปรีชา. โรงพยาบาลกลางวัน. ใน: สุพัฒนา เดชาดิวงษ์ ณ อุรุทธยา, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรไทย; 2520.
- นรวิทย์ พุ่มจันทร์. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ: กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548; 13(3): 146-56
- กาญจนา เหมะรัต, อำพันธ์ จารุทัศนางกูร, พัชรา ศิลปะบรรเลง. ผลของกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา 2552; 3(1): 12-21.
- Yoshimasu K, Kiyohara C, Ohkuma K. Efficacy of day care treatment against readmission in patients with schizophrenia: A comparison between out-patients with and without day care treatment. Psychiatry Clin Neurosci 2002; 56(4): 397-401.
- Inadomi H, Tanaka G, Watanabe S, Nagatomi Y, Mitarai K, Ohsawa R, et al. Efficacy of 3-year psychiatric daycare treatment in patients with schizophrenia. Psychiatry Clin Neurosci 2005; 59(3): 246-52.

13. Motlová L, Dragomirecká E, Čermák J, Ungermanová M, Nechutná R, Panochova A, et al. Day treatment program for schizophrenia based on psychoeducation: The 6-week follow-up focused on psychopathology and quality of life. *Psychiatrie* 2008; 11(SUPPL. 3): 26-9.
14. Miyaji S, Yamamoto K, Morita N, Tsubouchi Y, Hoshino S, Yamamoto H, et al. The relationship between patient characteristics and psychiatric day care outcomes in schizophrenic patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62(3): 293-300.
15. Arsova Hadzi-Angelkovska S, Pejaska-Gerazova V, Novotni A, Isjanovski V. Personal and social functioning in patients with schizophrenia. *Prilozi* 2010; 31(2): 209-21.
16. Morimoto T, Matsuyama K, Ichihara-Takeda S, Murakami R, Ikeda N. Influence of self-efficacy on the interpersonal behavior of schizophrenia patients undergoing rehabilitation in psychiatric day-care services. *Psychiatry Clin Neurosci* 2012; 66(3): 203-9.
17. Bankovska Motlova L, Dragomirecka E, Holub D, Cermak J, Blabolova A. Day-treatment program for psychotic disorders: One-year outcomes. *Eur Psychiatry* 2012; 27: 1.
18. Arsova S, Bajraktarov S, Barbov I, Hadzihamza K. Patients with schizophrenia and self-care. *Open Access Maced J Med Sci* 2014; 2(2): 289-92.
19. Kao C, Huang H. A comparison of the quality of life of patients with schizophrenia in daycare and homecare settings. *J Nurs Res* 2014; 22(2): 126-35.
20. Arsova S, Kopacheva Barsova G. Patients with schizophrenia and social contacts. *Open Access Maced J Med Sci* 2016; 4(3): 388-91.
21. BlažinoviĆ I, OrloviĆ I, KarloviĆ D, Peitl V. Comparison of clinical and sociodemographic characteristics of patients with schizophrenia treated stationary and at day hospital. *Arch Psychiatr Res* 2019; 55(2): 127-38.
22. Murata L, Jones J, Baines A, Robertson C, Daley K. Effectiveness and satisfaction with a schizophrenia recovery day program. *Schizophr Bull* 2020; 46: S228.
23. Conn DK, Clarke D, Van Reekum R. Depression in Holocaust survivors: Profile and treatment outcome in a geriatric day hospital program. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15(4): 331-7.
24. Mazza M, Barbarino E, Capitani S, Sarchiapone M, De Risio S. Day hospital treatment for mood disorder. *Psychiatr Serv* 2004; 55(4): 436-8.
25. Canuto A, Meiler-Mititelu C, Herrmann FR, Delaloye C, Giannakopoulos P, Weber K. Longitudinal assessment of psychotherapeutic day hospital treatment for elderly patients with depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23(9): 949-56.
26. Canuto A, Giannakopoulos P, Meiler-Mititelu C, Delaloye C, Herrmann FR, Weber K. Personality traits influence clinical outcome in day hospital-treated elderly depressed patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009; 17(4): 335-43.
27. Zeeck A, von Wietersheim J, Weiß H, Eduard Scheidt C, Völker A, Helesic A, et al. Symptom course in inpatient and day clinic treatment of depression: Results from the INDDEP-Study. *J Affect Disord* 2015; 187: 35-44.
28. Zeeck A, Von Wietersheim J, Weiss H, Scheidt CE, Völker A, Helesic A, et al. Prognostic and prescriptive predictors of improvement in a naturalistic study on inpatient and day hospital treatment of depression. *J Affect Disord* 2016; 197: 205-14.

29. Camardese G, Vasale M, D'Alessandris L, Mazza M, Serrani R, Travagliati F, et al. A mixed program of psychoeducational and psychological rehabilitation for patients with bipolar disorder in a Day hospital setting. *J Nerv Ment Dis* 2018; 206(4): 290-5.
30. Husted J, Wentler SA. The effectiveness of day treatment with persistently mentally ill in rural areas. *Disabil Rehabil* 2000; 22(9): 423-6.
31. Becker DR, Bond GR, McCarthy D, Thompson D, Xie H, McHugo GJ, et al. Converting day treatment centers to supported employment programs in Rhode Island. *Psychiatr Serv* 2001; 52(3): 351-7.
32. Lariviere N, Desrosiers J, Tousignant M, Boyer R. Who Benefits the Most from Psychiatric Day Hospitals? A Comparison of Three Clinical Groups. *J Psychiatr Pract* 2010; 16(2): 93-102.
33. Aguado J, Segurado OM. Psychopharmacological influence in effectiveness of psychotherapeutic programs in a psychiatric day hospital population. *Eur Neuropsychopharmacol* 2010; 20: S497.
34. Priebe S, McCabe R, Schützwohl M, Kiejna A, Nawka P, Raboch J, et al. Patient characteristics predicting better treatment outcomes in day hospitals compared with inpatient wards. *Psychiatr Serv* 2011; 62(3): 278-84.
35. Curral MR, Maia D, Lopes R, Fonseca S, Ferreira P, Rodrigues S, et al. Multidisciplinary assessment of patients in Day Hospital (DH) of psychiatry department at the hospitalar center of São João. *Eur Psychiatry* 2012; 27: 1.
36. Vázquez Bourgon J, Hoyuela Zatón F, Gómez-Ruiz E, Cortazar Lopez E, Agüeros Perez B, Cuetara Caso J, et al. Partial psychiatric hospitalization and differences in clinical outcome. *Eur Psychiatry* 2016; 33: S195.
37. Agarwal AK, Rai S, Upreti MC, Srivastava AK, Sheeba. Day care as an innovative approach in psychiatry: Analysis of Lucknow experience. *Indian J Psychol Med* 2015; 57(2): 162-4.
38. Lieberman P, Villalba R, Farris S. Outcomes of acute partial hospital treatment: comparison of two programs and a waiting list control. *J Psychiatr Pract* 2017; 23(6): 401-8.
39. Taube-Schiff M, Mehak A, Ferreira N, Kalim A, Ungar T, Mills J. Treatment with in an adult mental health day program: examining psychosocial outcomes. *J Nerv Ment Dis* 2018; 206(7): 562-6.
40. Savard C, Chretien M, Gamache D, Maranda J, Villeneuve E. Effectiveness of a 6-week day Hospital treatment for personality disorders: data from a naturalistic study. *J Psychiatr Pract* 2019; 25(3): 199-205.
41. Lieberman P, Gentes E, Russell S. Predictors of outcome of acute partial hospitalization: an exploratory study. *J Nerv Ment Dis* 2020; 208(3): 194-200.
42. Shek E, Stein A, Shansis F, Marshall M, Croether R, Tyrer P. Day hospital vs outpatient care for people with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009; 35(6): 1057-58.
43. Scott JE, Dixon LB. Psychological interventions for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995; 21: 621-30.
44. Dick P, Cameron L, Cohen D, Barlow M, Ince A. Day and full-time psychiatric treatment: a controlled comparison. *Br J Psychiatry* 1985; 147: 246-50.
45. Dixon LB, Stewart B, Burland J, Delahanty J, Luchsted A, Hoffman M. Pilot study of the effectiveness of the family-to-family education program. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 965-7.

46. Wiersma D, Kluiters H, Nienhuis FJ, Ruphan M, Giel R. Costs and benefits of hospital and day treatment with community care of affective and schizophrenic disorders. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 52-9.
47. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 402-7.
48. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999; 156(10): 1563-69.