

นิพนธ์ต้นฉบับ

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลกลางวัน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์*, ธีระ ลีลานันทกิจ*, 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 เลือกงานวิจัยและบทความวิชาการทุกประเภทที่ทำการศึกษาในมนุษย์ 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 เมื่อร่วมกับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชมีพหุสุขภาพทางจิตลดลง ลดการกลับเข้ามารักษาแบบผู้ป่วยใน และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข

คำสำคัญ : การบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกลางวัน

ORIGINAL ARTICLE

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

Norrawee Phoomchan*, Teera Leelanuntakit*,
Krittana 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

กลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาล⁵ และครอบครัว 'ไม่รู้สึกรับภาระในการดูแลผู้ป่วย' จึงเป็นอีกทางเลือกในการรักษาให้กับตัวผู้ป่วยเอง

สำหรับประเทศไทยได้เปิดบริการโรงพยาบาลกลางวันสำหรับผู้ป่วยจิตเวชแห่งแรกเมื่อปี พ.ศ.2504⁶ ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยา แต่ไม่ได้รับความนิยม ต่อมานายแพทย์ชุตติย์ 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 มีแต่งานวิจัยเชิงทดลองและเชิงวิเคราะห์ เช่น การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติที่มาใช้บริการใน โรงพยาบาลกลางวัน⁷ การศึกษาผลของกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่มา

รับบริการในโรงพยาบาลกลางวัน¹⁰ การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการทบทวนงานวิจัยต่างประเทศและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ สังเคราะห์เปรียบเทียบความเหมือนหรือความต่างกับโรงพยาบาลกลางวันในประเทศไทย เพื่อเป็นแนวทางและนำมาใช้ประโยชน์ในการบำบัดรักษาฟื้นฟูแบบองค์รวมด้วยโรงพยาบาลกลางวันสำหรับผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

วัสดุและวิธีการ

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) และการวิเคราะห์ห่อภิณ (meta-analysis)
4. คำสืบค้น 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 ซึ่งมีความเป็นอิสระต่อกันในการคัดเลือกบทความ เมื่อบทความไหนมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันจะนำบทความนั้นมาหาข้อสรุปในการสังเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญต่อไป โดยเอกสารอ้างอิงของบทความนี้ได้ถูกจัดการโดยใช้โปรแกรม EndNote X9

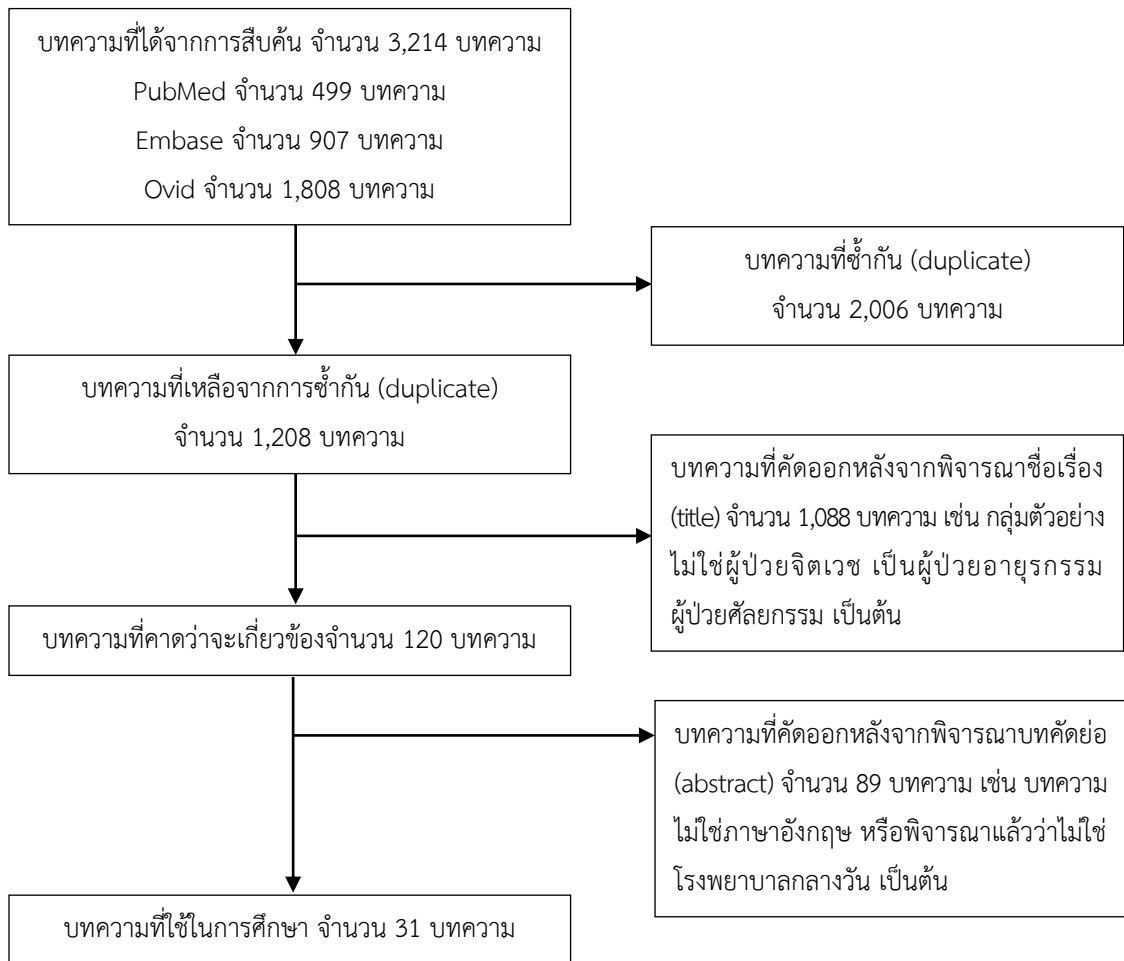
ผล

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) การเห็นคุณค่าของตนเองและการหยั่งรู้ตนเอง 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 - ดำเนินการในประตูปะตู	- การวิจัยเชิงทดลอง 2 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง 65 คน แบ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบ โรงพยาบาล ที่ได้รับ การรักษารักษาแบบ โรงพยาบาล กลางวัน 19 คน และกลุ่มควบคุม 46 คน	กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน มีแนวโน้มลดการกลับมารักษาผู้ป่วยใน เมื่อติดตามการรักษา หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล 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 - ไม่ระบุระยะเวลาการที่กิจกรรม - ดำเนินการในประตูปะตู	- การวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเภท 28 คน	1) ขนาดของยาที่ได้รับการรักษาเมื่อเทียบกันยา chlorpromazine ลดลงจาก $877.3 \pm 1,204.1$ มิลลิกรัม เหลือ 442.0 ± 602.7 มิลลิกรัม เมื่อผ่านไป 3 ปี 2) การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ในด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ($p = 0.001$) และด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น ($p = 0.003$) 3) ทักษะทางสังคมของผู้ป่วยดีขึ้น ในด้านการแสดงออก ($p = 0.002$) และด้านสื่อสาร ($p = 0.001$) 4) ทักษะการทำงานของผู้ป่วยดีขึ้น ในด้านความคิดริเริ่มในกลุ่ม ($p = 0.023$) และด้านความร่วมมือในการทำงาน ($p = 0.005$)
Motlová et al, 2008 ¹³	- สุขภาพจิตศึกษา - ระยะเวลาของกิจกรรม 6 สัปดาห์ - ดำเนินการในประตูปะตู	- 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 - ไม่ระบุระยะเวลาการที่กิจกรรม - ดำเนินการในประตูปะตู	- 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 - ดำเนินการในประตูปะตู	- การวิจัยเชิงทดลอง 2 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเภท 120 คน แบ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบ โรงพยาบาลกลางวัน 60 คน และกลุ่มควบคุม 60 คน	1) กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบ โรงพยาบาลกลางวัน มีการทำหน้าที่ด้านสังคมได้ดีกว่า 2) การรักษาแบบ โรงพยาบาลกลางวันเมื่อร่วมกับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช และมีการสนับสนุนของครอบครัว 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 - ดำเนินการในประเภศผู้ป่วย	- การวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเภท 39 คน	1) ผู้ป่วยมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) สูงขึ้น 2) ผู้ป่วยมีค่าคะแนน neurocognitive functions สูงขึ้น 3) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตน้อยลง 4) การรับรู้ความสามารถของตนเอง neurocognitive functions และอาการทางจิต มีผลต่อพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพ 5) ปัจจัยที่ช่วยให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง คือ การกระทำเพื่อผลสำเร็จ การได้เห็นประสิทธิภาพของผู้เฝ้าและเรียนรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ การใช้คำพูดจูงใจหรือให้กำลังใจ และสภาวะทางร่างกายและอารมณ์เมื่อเผชิญกับความเครียด
Bankovska Mollova et al, 2012 ¹⁷	- 1) สุขภาพจิตศึกษาแบบครบวงจร 2) การพัฒนาวิถีชีวิต 3) การฝึกทักษะทางสังคม และ 4) ศิลปะบำบัด - ระยะเวลาของกิจกรรม 6 สัปดาห์ - ดำเนินการในประเภทเสกเกีย	- การวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเภท 211 คน	1) คะแนน PANSS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2) คะแนนคุณภาพชีวิตทางสังคมสูงขึ้นในด้านพฤติกรรมที่มีกับคนแปลกหน้า ด้านการสื่อสาร ด้านกิจกรรมในการดำเนินชีวิต และด้านการเข้าสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 3) อัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10
Arsova et al, 2014 ¹⁸	- 1) จัดสังคมบำบัดรายบุคคล และ 2) จัดสังคมบำบัดแบบกลุ่ม - ระยะเวลาของกิจกรรม 6 เดือน - ดำเนินการในประเภทสมาธิบำบัด	- การวิจัยเชิงทดลอง 2 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเภท 120 คน แบ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน 60 คน และกลุ่มควบคุม 60 คน	ระดับการดูแลตนเองในกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน ส่วนใหญ่มีปัญหาการดูแลตนเองอยู่ในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 56.67) ส่วนกลุ่มควบคุมมีปัญหาการดูแลตนเองอยู่ในระดับต้นซัด (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 28.0) ($p < 0.001$) 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 Barsova, 2016 ²⁰	- 1) จัดสังคมบำบัดรายบุคคล และ 2) จัดสังคมบำบัดแบบกลุ่ม - ระยะเวลาของกิจกรรม 6 เดือน - ดำเนินการในประเทศไทยโดย	- การวิจัยเชิงทดลอง 2 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเภท 120 คน แบ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน 60 คน และกลุ่มควบคุม 60 คน	ระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความสัมพันธ์ทางสังคมในกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)
Blazišnovič 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) จัดบำบัดแบบกลุ่ม 2) จัดบำบัดรายบุคคล 3) นันทนาการ และ 3) กลุ่มบำบัดอื่น ๆ - ระยะเวลากิจกรรม 4 วัน / สัปดาห์ แต่ไม่ไ้ระบุระยะเวลาทั้งหมดของกิจกรรม - ดำเนินการในประเภทเคาเดา	- การวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุนี่มีอาการซึมเศร้า 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 - ดำเนินการในประเภทหัตถ์	- การวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม - ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ 188 คน ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV	1) ผู้ป่วยหลังจากการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลางวัน มีคะแนน 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 ($p < 0.001$)
Camuto et al, 2008 ²⁵	- 1) จัดบำบัดแบบกลุ่ม 2) ศิลปะบำบัด 3) กลุ่มบำบัดทางสังคม 4) การบำบัดรายบุคคล และ 5) การดูแลจิตใจของญาติ - ไม่ระบุระยะเวลาการท่กิจกรรม - ดำเนินการในประเภทสวิตเซอร์แลนด์	- การวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม - ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ 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 ($p < 0.001$)
Camuto et al, 2009 ²⁶	- 1) จัดบำบัดแบบกลุ่ม 2) ศิลปะบำบัด 3) การฝึกทักษะทางสังคม 4) การบำบัดรายบุคคล และ 5) การดูแลจิตใจของญาติ - ไม่ระบุระยะเวลาการท่กิจกรรม - ดำเนินการในประเภทสวิตเซอร์แลนด์	- การวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม - ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ 62 คน ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10	1) ความอ่อนไหวทางอารมณ์ของผู้ป่วยส่งผลต่อการรักษาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการประเมินด้วย GDS ($p = 0.004$) 2) การเปิดรับประสบการณ์และการประเมินเป็นครั้งสำคัญในการทำความเข้าใจของการรักษาด้วยกลุ่มจิตบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุนี่มีอาการซึมเศร้า

ตารางที่ 2 การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ในโรงพยาบาลกลางวัน (ต่อ)

การศึกษา	กิจกรรมในโรงพยาบาลกลางวัน	รูปแบบงานวิจัยกลุ่มตัวอย่าง	ผลลัพธ์
Zeeck et al, 2015 ²⁷	- 1) จัดบำบัดแบบกลุ่ม 2) จัดบำบัดรายบุคคล 3) คนเสริมบำบัด 4) ศิลปะบำบัด 5) นันทนาการ และ 6) การดูแลญาติของผู้ป่วย - ไม่ระบุระยะเวลาการทำกิจกรรม - ดำเนินการในประเศเยอรมนี	- การวิจัยเชิงทดลอง 2 กลุ่ม - ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1,104 คน แบ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาล กลางวัน 604 คน และกลุ่มควบคุม 500 คน	1) คะแนน QIDS-C ของกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาล กลางวัน ไม่แตกต่างกับกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) คะแนน Social and Occupational Functioning (SOFAS) ของกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน เพิ่มขึ้น หลังจากจำหน่ายและจากการติดตามหลังจำหน่าย 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 3) คะแนน The SF-12 health survey ของกลุ่มที่ได้รับการ รักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน เพิ่มขึ้นหลังจำหน่ายและ จากการติดตามหลังจำหน่าย 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < 0.001$)
Zeeck et al, 2016 ²⁸	- 1) จัดบำบัดแบบกลุ่ม 2) จัดบำบัดรายบุคคล 3) ศิลปะบำบัด 4) body therapy และ 5) การดูแลญาติของผู้ป่วย - ระยะเวลาของกิจกรรม 10 สัปดาห์ - ดำเนินการในประเศเยอรมนี	- การวิจัยเชิงวิเคราะห์ - ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 500 คน แบ่งเป็น กลุ่ม ที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน 250 คน และกลุ่มควบคุม 250 คน	1) การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทำนายอาการของโรค ตั้งแต่จำหน่ายจากการรักษาไปจนถึงการติดตามผู้ป่วย 3 เดือน หลังการจำหน่าย 2) พบ 3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงที่ดัชนีเสี่ยงเล็กน้อย ของโรค คือ การวินิจฉัยโรคใน Axis I การวินิจฉัยโรคใน Axis II และแรงจูงใจที่ต่ำ
Camardese et al, 2018 ²⁹	- สุขภาพจิตศึกษาและการฟื้นฟูทางจิตใจ - ระยะเวลาของกิจกรรม 30 ครั้ง - ดำเนินการในประเศอิตาลี	- การวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม - ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว 32 คน	1) คะแนน HDRS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$) 2) ความสามารถในการปรับตัวทางจิตใจและการรับรู้ ตนเองของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น ๆ ในโรงพยาบาลกลางวัน

การศึกษา	กิจกรรมในโรงพยาบาลกลางวัน	รูปแบบงานวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง	ผลลัพธ์
Husted and Ventler 2000 ³⁰	- การพัฒนาเจตคติ ทักษะ และพฤติกรรมในด้าน 1) การดูแล สุขภาพ 2) การรับประทานยา 3) การทำงาน 4) การตัดสินใจ 5) การผ่อนคลายความเครียด และ 6) การจัดการรายรับรายจ่าย - ระยะเวลาของกิจกรรม 3 ชั่วโมง / วัน ทั้งหมด 3 วัน / สัปดาห์ - ดำเนินการในประเทศไทยหรืออเมริกา	- การวิจัยเชิงวิเคราะห์ - ผู้ป่วยจิตเวชหรือ 40 คน แบ่งเป็นผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 27 คน และผู้ป่วยที่ไม่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 13 คน	1) จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยที่เข้า รับการรักษาครบโปรแกรม 67 วัน (เฉลี่ย 2.48 วัน) 2) จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยที่ไม่ เข้ารับการรักษาครบโปรแกรม 10.008 วัน (เฉลี่ย 74.0 วัน) 3) ร้อยละของการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ครบโปรแกรม คือ ร้อยละ 5.3 4) ร้อยละของการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยที่ไม่เข้ารับการรักษา ครบโปรแกรม คือ ร้อยละ 46.4 5) จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$)
Becker et al, 2001 ³¹	- การฝึกงานแบบมีผู้ช่วยเหลือดูแลร่วมกันเข้าร่วมรักษาใน โรงพยาบาลกลางวัน - ระยะเวลาของกิจกรรม 8 วัน - 6 เดือน - ดำเนินการในประเทศไทยหรืออเมริกา	- การวิจัยเชิงวิเคราะห์ - ผู้ป่วยจิตเวช 114 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ การฝึกงานแบบมีผู้ช่วยเหลือดูแลร่วมกับ กิจกรรมของ โรงพยาบาลกลางวัน 73 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการกิจกรรมของโรงพยาบาล กลางวัน เพียงอย่างเดียว 41 คน	อัตราการได้รับการจ้างงาน ชั่วโมงของการทำงาน และ จำนวนสัปดาห์ของการทำงานของผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกงานแบบมี ผู้ช่วยเหลือดูแลร่วมกับกิจกรรมของโรงพยาบาลกลางวัน สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)
Lariviere et al, 2010 ³²	- 1) กลุ่มจิตบำบัด 2) กิจกรรมบำบัดแบบกลุ่ม และ 3) การบำบัด รักษาจิตใจแบบบุคคล - ระยะเวลาของกิจกรรม 8 สัปดาห์ในผู้ใหญ่ และ 13 สัปดาห์ ในผู้สูงอายุ - ดำเนินการในประเทศไทย	- การวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเวช 60 คน คือ ผู้ป่วยโรคจิต 20 คน ผู้ป่วยโรคอารมณ์และวิตกกังวล 20 คน และผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพ ชนิด cluster B 20 คน	1) คะแนนการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม มี การพัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) 2) คะแนนการเห็นคุณค่าของตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์ และวิตกกังวล และผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 3) เมื่อติดตาม 6 เดือนหลังการจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยโรค อารมณ์และวิตกกังวล มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในเรื่องของ การมีส่วนร่วมทางสังคม ความพึงพอใจ ในการมีส่วนร่วม ทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.02$) และการเห็น คุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$)

ตารางที่ 3 การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น ๆ ในโรงพยาบาลกลางวัน (ต่อ)

การศึกษา	กิจกรรมในโรงพยาบาลกลางวัน	รูปแบบงานวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง	ผลลัพธ์
Aguado and Segurado 2010 ³³	- ไม่แสดงรายละเอียดของกิจกรรม - ระยะเวลาของกิจกรรม 6 เดือน - ดำเนินการในประเทศสเปน	- การวิจัยเชิงพรรณนา - ผู้ป่วยจิตเวช 60 คน ประกอบด้วยกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต และกลุ่มผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติ	1) พบการพัฒนาของกิจวัตรประจำวัน การปรับตัวทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 2) ผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติ ไม่เหมาะสมกับการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน
Priebe et al, 2011 ³⁴	- ไม่แสดงรายละเอียดของกิจกรรม - ไม่ระบุระยะเวลาการทำกิจกรรม - ดำเนินการในประเทศอังกฤษ	- การวิจัยเชิงทดลอง 2 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเวช 880 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน 426 คน และกลุ่มควบคุม 454 คน	1) คะแนน Grownigen Social Disability Schedule (GSDS) ของ 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.001$) 2) ผู้ป่วยเพศหญิงมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ในประเด็น social disability หลังจากได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน
Curral et al, 2012 ³⁵	- ไม่แสดงรายละเอียดของกิจกรรม - ไม่ระบุระยะเวลาการทำกิจกรรม - ดำเนินการในประเทศโปรตุเกส	- การวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเวช 168 คน	1) คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลางวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2) พบประสิทธิภาพเชิงจิตลดลงหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลางวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 3) ผู้ป่วยมีการพัฒนาในด้านารดูแลตนเอง และความสามารถในการแก้ไขปัญหา
Vázquez Bourgon et al, 2016 ³⁶	- ไม่แสดงรายละเอียดของกิจกรรม - ไม่ระบุระยะเวลาการทำกิจกรรม - ดำเนินการในประเทศสเปน	- การวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเวช 331 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว และผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว	1) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อจำหน่ายมีอาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.007$) 2) ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีคะแนนอาการทางจิตที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)
Agarwal et al, 2017 ³⁷	- กิจกรรมให้บริการซึ่งกำหนดเป็นตารางอย่างแน่นอน แต่ไม่ได้แสดงรายละเอียด - ไม่ระบุระยะเวลาการทำกิจกรรม - ดำเนินการในประเทศอินเดีย	- การวิจัยเชิงวิเคราะห์ - ผู้ป่วยจิตเวช 69 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท 49 คน ผู้ป่วยโรคผิดปกติทางอารมณ์ 4 คน และผู้ป่วยโรคอื่น ๆ 9 คน	1) ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องประมาณร้อยละ 50 2) ไม่พบความแตกต่างของอัตราการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยโรคผิดปกติทางอารมณ์ 3) ผู้ป่วยที่มารับการรักษายังคงต่อเนื่อง 35 ราย พบว่าร้อยละ 50 สามารถทำงานได้ เนื่องจากพฤติกรรมทางสังคมและพฤติกรรมของการทำงาน ได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างชัดเจน

ตารางที่ 3 การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น ๆ ในโรงพยาบาลกลางวัน (ต่อ)

การศึกษา	กิจกรรมในโรงพยาบาลกลางวัน	รูปแบบงานวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง	ผลลัพธ์
Lieberman et al. 2017 ³⁸	- การบำบัดรักษาในระยะสั้น 2 รูปแบบ คือ 1) เน้น cognitive behavioral therapy และ 2) เน้นจิตบำบัดแบบ interpersonal และ existential โดยทั้ง 2 การบำบัดเน้น 1) กลุ่มบำบัด 2) จิตบำบัดรายบุคคล และ 3) ครอบคลุมบำบัด - ระยะเวลาของกิจกรรม 6 ชั่วโมง สัปดาห์ ทั้งหมด 5 วัน/สัปดาห์ - ดำเนินการในประเทศไทย	- การวิจัยเชิงทดลอง 2 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเวช 1,257 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบเน้น cognitive-behavioral therapy 306 คน และกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบเน้นจิตบำบัดแบบ interpersonal และ existential 951 คน	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 ³⁹	- 1) พฤติกรรมบำบัด 2) สติบำบัด 3) การจัดกิจกรรม 4) จิตบำบัด และ 5) การป้องกันกำเริบเป็นซ้ำ - ระยะเวลาของกิจกรรม 3 สัปดาห์ - ดำเนินการในประเทศแคนาดา	- การวิจัยเชิงทดลอง 1 กลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเวช 196 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคจิตกึ่งหวาด และผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติ	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	รูปแบบงานวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง	ผลลัพธ์
Savard et al, 2019 ⁴⁰	- 1) การบำบัดรายบุคคล 2) กลุ่มเสริมแรงจิตใจ 3) จัดบำบัด - กลุ่มแนว psychodynamic ที่เน้นปัญหาสัมพันธภาพ 4) พฤติกรรมบำบัดวินัยวิธี และ 5) สัตถบำบัด - ระยะเวลาของกิจกรรม 7 ชั่วโมง / สัปดาห์ รวม 6 สัปดาห์ - ดำเนินการในประเทศแคนาดา	- การวิจัยเชิงวิเคราะห์ - ผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติ 260 คน	1) โรคที่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุดคือ โรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดกึ่ง ร้อยละ 68.2 2) คะแนน Outcome Questionnaire-45.2 (OQ-45.2) ความทุกข์จากอาการเจ็บป่วย สัมพันธ์กับผู้อื่น และบทบาทการทำงานที่ในสังคม เมื่อสิ้นสุดการรักษามีการพัฒนาที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 3) ในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 18 – 24 ปี พบว่าประสบความสำเร็จในการพัฒนาทักษะแบบบทบาทการทำหน้าที่ทางสังคมเมื่อสิ้นสุดการรักษามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) 4) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มึนเมา พบว่าประสบความสำเร็จในการพัฒนาทักษะแบบรวม OQ-45.2 และความทุกข์จากอาการเจ็บป่วยเมื่อสิ้นสุดการรักษามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05, 0.01$)
Lieberman et al, 2020 ⁴¹	- การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) - ระยะเวลาของกิจกรรม 5 ชั่วโมง / วัน จำนวน 5 วัน / สัปดาห์ - ดำเนินการในประเทศสหรัฐอเมริกา	- การวิจัยเชิงวิเคราะห์ - ผู้ป่วยจิตเวช 1,394 คน ประกอบด้วยโรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท และโรคอื่น ๆ โดยรักษาครบตามโปรแกรม 767 คน	1) ผู้ป่วยประมาณ 2 ใน 3 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า 2) ร้อยละ 40 มีโรคร่วมการใช้สารเสพติด 3) มีผู้ป่วยต้องกลับเข้าไปรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 6.2 4) คะแนน BASIS-24 มีความสัมพันธ์ในทางลบกับ 1) ผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือได้รับเบี้ยยังชีพผู้พิการ 2) ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรายได้ต่ำสุด 3) ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในหลายครั้ง 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 โรงพยาบาลกลางวันที่มีวัตถุประสงค์ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชซึ่งมีอาการเทียบพถนนั้นพบว่ามืประสิทธิภพในการรักษาเทียบเท่ากับการรักษาแบบผู้ป่วยใน นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยบุคลิกภาพผิคปกติชนิกถำถึงมือาการชิมเสรำน้อยลง ลดการฆ่าตัวตายและการทำร้ายตนเอง มีการทำหน้าท่ทางสังคมและสัมพันธ์ภพกับผู้อื่นดีขึ้น เป็นอีกทงเลือกหน้ในการรักษานอกจกการรักษแบบผู้ป่วยใน⁴⁸

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

สรุป

การศึกษากการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลกลางวัน พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกิจกรรมโรงพยาบาลกลางวันในต่างประเทศกับโรงพยาบาลกลางวันในประเทศไทยที่สถาบัน

จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน คือ จัดบำบัดแบบกลุ่มหรือรายบุคคล นันทนาการ การฝึกทักษะทางสังคม และสุขภาพจิตศึกษา เมื่อรวมกับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช 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. Verginia: 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.
- ชูติชัย ปานปรีชา. โรงพยาบาลกลางวัน. ใน: สู่พัฒนาเดชาดิวงษ์ ณ อุรุยา, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรไทย; 2520.
- นรวิทย์ พุ่มจันทร์. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ: กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่มารับการรักษาใน โรงพยาบาลกลางวันสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548; 13(3): 146-56
- กาญจนา เหมะรัต, อำพัน จารุพัฒนางกูร, พัชรา ศิลปะบรรเลง. ผลของกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความวิตกกังวลในมิติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท. 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, Kluiter 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.