

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์  
ต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2560  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF PSYCHOEDUCATION COMBINED WITH SOCIAL MEDIA  
PROGRAM ON SYMPTOM SEVERITY OF PERSONS  
WITH BIPOLAR DISORDER



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
โดย	นางสาวศิริมา สมदन
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญชัชชัย)  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล)  
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

ศิริมา สมตน : ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (THE EFFECT OF PSYCHOEDUCATION COMBINED WITH SOCIAL MEDIA PROGRAM ON SYMPTOM SEVERITY OF PERSONS WITH BIPOLAR DISORDER) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร. สุนิศา สุขตระกูล, 168 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน (Nonequivalent comparison-group design) วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จำนวน 40 คน กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์, 2) แบบประเมินความรุนแรงของอาการ Brief Bipolar Disorder Symptom Scale, 3) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และ 4) แบบสัมภาษณ์การจัดการกับอาการด้วยตนเอง เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 2 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

# # 5877313336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: BIPOLAR DISORDER / PSYCHOEDUCATION / INTERNET / SYMPTOM SEVERITY

SIRIMA SOMTON: THE EFFECT OF PSYCHOEDUCATION COMBINED WITH SOCIAL MEDIA PROGRAM ON SYMPTOM SEVERITY OF PERSONS WITH BIPOLAR DISORDER. ADVISOR: ASSOC. PROF. POL.CAPT. YUPIN AUNGSUROCH, Ph.D., CO-ADVISOR: SUNISA SUKTRAKUL, Ph.D., 168 pp.

This research is a quasi-experimental research design were used nonequivalent comparison-group design. The objectives were to compare symptom severity of patients with bipolar disorder before and after receiving the psychoeducation combined with social media program and compare symptom severity of patients with bipolar disorder after receiving the psychoeducation combined with social media program to patients who are received regular nursing care. The samples were 40 patients with bipolar disorder who were the out patients of Nakornratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital. The patients were matched pair with genders, depression level scores, and mania level scores, and also samples to experimental group, consisting of 20 subjects while the control group of 20 subjects. The research instruments comprised: 1) psychoeducation combined with social media program, 2) Brief Bipolar Disorder Symptom Scale, 3) Knowledge on Bipolar Disorder Test, and 4) Self-management Interview for Bipolar Disorder. All instruments had been validated the content from five experts. The validity Cronbach's alpha coefficient of instrument 2 was .85 respectively. T-test was used to analyze data.

The conclusions of this research are as follows:

1. Symptom severity of patients with bipolar disorder after receiving the psychoeducation combined with social media program was lower than before receiving the program at a .05 level of significance

2. Symptom severity of patients with bipolar disorder receiving the psychoeducation combined with social media program was lower than the patients who were received regular nursing care at a .05 level of significance

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2017

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Co-Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับความกรุณาอย่างสูงจากรองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และดร.สุนิศา สุขตระกูล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่เมตตา และประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ เสียสละเวลาอันมีค่า ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ตลอดจนช่วยตรวจสอบปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ด้วยความทุ่มเทเอาใจใส่ตลอดมา ทำให้ผู้วิจัยมีความเพียรพยายาม อุตสาหะ และตั้งใจทำวิทยานิพนธ์นี้ได้สำเร็จอย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตากรุณา และความเสียสละที่ท่านมอบให้โดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านทั้ง 2 เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โปธิสาร กรรมการภายนอก ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ กลุ่มงานการพยาบาล คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าเวชระเบียน เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่เวชระเบียน ที่ช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

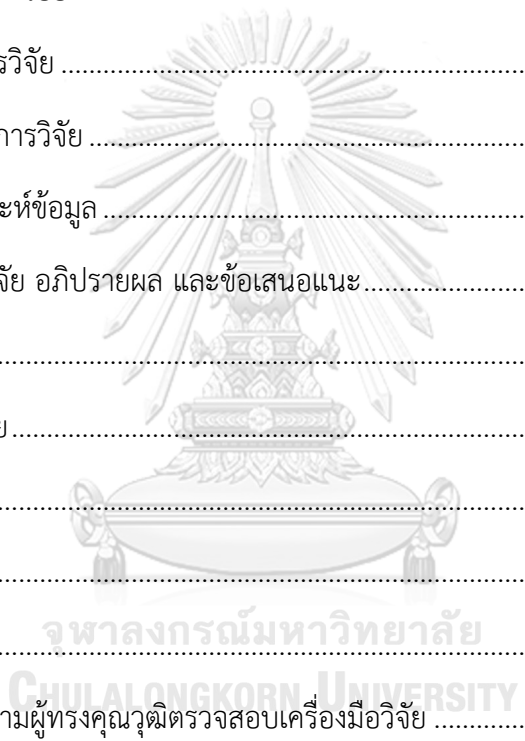
ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบพระคุณจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณามอบทุน"อุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต" เพื่อสนับสนุนการศึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	6
วัตถุประสงค์ .....	6
แนวคิดสมมติฐานการวิจัย .....	6
สมมติฐานการวิจัย .....	10
ขอบเขตการวิจัย .....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว.....	16
2. ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว.....	28
3. สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation).....	36
4. สื่อสังคมออนไลน์ .....	38
5. การพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์.....	43
6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48

7. กรอบแนวคิดการวิจัย .....	51
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	54
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง .....	55
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง .....	55
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง .....	60
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	61
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย .....	70
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	103
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	106
สรุปผลการวิจัย .....	110
อภิปรายผลการวิจัย .....	111
ข้อเสนอแนะ .....	123
รายการอ้างอิง .....	126
ภาคผนวก.....	140
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย .....	141
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง).....	143
ภาคผนวก ค ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และแบบแสดงความ ยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย .....	162
ภาคผนวก ง ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย .....	166
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	168





สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 การประยุกต์โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์..... 44

ตารางที่ 2 การจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) ในกลุ่มควบคุม.....  
และกลุ่มทดลอง แบ่งตาม เพศ คะแนนอาการซึมเศร้า และคะแนนอาการคลุ้มคลั่ง..... 56

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ..... 58

ตารางที่ 4 คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับ .....  
โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ..... 72

ตารางที่ 5 คะแนนการจัดการอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่ม  
ทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์.... 73

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสอง  
ขั้วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์  
(n =20) ..... 104

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสอง  
ขั้วกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับผู้ป่วยที่  
ได้รับการพยาบาลปกติ (n = 20) ..... 105

## สารบัญภาพ

ภาพที่ 1	ภาพตัวอย่างการตอบคำถามในใบงานที่ 1/1 ในโปรแกรม Facebook.....	82
ภาพที่ 2	ภาพตัวอย่างการตอบคำถามในใบงานที่ 2/1 ในโปรแกรม Facebook.....	86
ภาพที่ 3	ภาพตัวอย่างการตอบคำถามในใบงานที่ 3/1 ในโปรแกรม Facebook.....	91
ภาพที่ 4	ภาพตัวอย่างการตอบคำถามในใบงานที่ 4/1 ในโปรแกรม Facebook.....	94
ภาพที่ 5	ภาพตัวอย่างการตอบคำถามในใบงานที่ 5/1 ในโปรแกรม Facebook.....	98
ภาพที่ 6	แผนภูมิสรุปการดำเนินการวิจัย.....	101



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) เป็นโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ มีอาการเด่น 2 แบบ คือ อารมณ์คลุ้มคลั่ง (mania) สลับกับอารมณ์ซึมเศร้า (depression) ซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการเพียงลักษณะใดลักษณะหนึ่งหรือทั้งสองอาการรวมกันก็ได้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) ในช่วงระยะอารมณ์คลุ้มคลั่ง (mania) ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ดีผิดปกติ ครื้นเครง พูดมาก พูดเร็ว มีความคิดอยากทำอะไรหลายอย่าง เชื่อมมั่นในตัวเองสูง การตัดสินใจไม่เหมาะสม ขาดความยับยั้งชั่งใจ ในรายที่มีอาการรุนแรงจะพบมีอาการหลงผิดแบบมีความสามารถพิเศษเหนือคนอื่น (Grandiosity) จนถึงมีอาการหวาดระแวง (Paranoid) และนำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าว (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2548) ส่วนในช่วงที่มีอารมณ์ซึมเศร้า (depression) ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้าผิดปกติ รู้สึกเบื่อหน่ายสังคม สิ่งแวดล้อมรอบข้าง มองโลกในแง่ร้าย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า และมีความคิดทำร้ายตัวเอง หากรุนแรงอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคจิตเวชที่มีความสำคัญ เนื่องจากการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง มีการกำเริบของโรคได้บ่อยครั้ง มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลและก่อให้เกิดภาระของโรค (burden of diseases) (Morgan, Mitchell, & Jablensky, 2005) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่าโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความพิการ (disability-adjusted life years) สูงเป็นอันดับ 3 ในกลุ่มโรคจิตเวช และยังพบอีกว่า 1 ใน 5 ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมักฆ่าตัวตายสำเร็จ (Woods, 2000) ในต่างประเทศพบความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประมาณร้อยละ 2.4 ของประชากรทั่วโลก อายุที่เริ่มเป็นโรคอยู่ระหว่าง 20-50 ปี (Merikangas et al., 2011) ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขพบคนไทยมีปัญหาสุขภาพจิตประมาณ 10 ล้านคน เป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วถึง 1 ล้านคน ซึ่งมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคจิตเภท (สำนักงานนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) จากรายงานการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต และคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2559 พบว่า มีผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งสิ้น 32,502 คน จากผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 712,359 คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จะเห็นได้จากสถิติการมารับบริการของผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต ดังเช่นโรงพยาบาลศรีธัญญา พบผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ารับบริการมีปริมาณเพิ่มขึ้น ในระหว่างปี 2559-2560 ดังนี้ 8,838 ราย ถึง 9,029 ราย (โรงพยาบาล

ศรีธัญญา, 2560) สอดคล้องกับสถิติโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ที่เพิ่มขึ้นระหว่างปี 2559-2560 มีปริมาณเพิ่มขึ้นตามลำดับ ดังนี้ 5,054 ราย และ 5,578 ราย (สารสนเทศโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์, 2560)

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่มีอาการรุนแรงจนทำให้มีการกลับเป็นซ้ำบ่อยครั้งโดยพบว่าการกลับเป็นซ้ำถึงร้อยละ 69.6 (Morgan et al., 2005) และมีอาการกำเริบซ้ำทั้งภาวะคลุ้มคลั่ง และภาวะซึมเศร้าภายใน 2 ปี (Miklowitz, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าโรคจิตเวชอื่นๆ (Juurink et al., 2004) โดยพบความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยร้อยละ 25.6 - 42.0 (Slama et al., 2004) และร้อยละ 10 - 20 จะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (Pini et al., 2005) Lopez et al. (2001) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายพบว่า พฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เห็นได้ว่าอาการรุนแรงของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และยังพบว่าอาการที่รุนแรงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำในอนาคต และทำให้การพยากรณ์โรคไม่ตีสงเรื่อย ๆ (Cusin et al., 2000) หากไม่ได้รับการรักษาและการบำบัดที่ถูกต้อง จะส่งผลกระทบต่อตัวเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติได้

ความรุนแรงของอาการ (Symptom Severity) ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่มากเกินกว่าปกติซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งใน ภาวะซึมเศร้าและระยะคลุ้มคลั่ง ระดับความรุนแรงของอาการในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แบ่งเป็น 3 ระดับ (Dennehy et al., 2004) คือ น้อย ปานกลาง มาก (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) ในต่างประเทศพบความรุนแรงของอาการซึมเศร้าถึงร้อยละ 74 และความรุนแรงอาการคลุ้มคลั่งร้อยละ 50.9 (Merikangas et al., 2011) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sajatovic (2005) กล่าวว่า อาการแสดงในภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากกว่าระยะคลุ้มคลั่ง โดยทั้ง 2 การศึกษานี้ไม่ได้ระบุถึงระดับความรุนแรงของอาการที่ชัดเจน สำหรับในประเทศไทยพบการศึกษาของ กรรณิการ์ เลาประเสริฐสุข (2555) ที่ศึกษาความรุนแรงของอาการในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า ผู้ป่วยจะมีความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่งอยู่ในระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 5.28 และความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 3.52 ความรุนแรงของอาการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตัวของผู้ป่วย หากผู้ป่วยอยู่ในอาการคลุ้มคลั่งที่รุนแรง ผู้ป่วยจะมีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2556) และมักจะแสดงพฤติกรรมที่เกิดจากการยับยั้งชั่งใจไม่ได้ จนทำให้เกิดการทะเลาะวิวาท ก้าวร้าวและทำร้ายผู้อื่นจึงต้องนำส่งโรงพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ผู้ป่วยจะมีความคิดทำร้ายตัวเอง ซึ่งพบว่ามีรายงานการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสูงถึงร้อยละ 20-30 (Bellivier et al., 2011; Valtonen et al., 2005)

อาการกำเริบที่รุนแรงจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำบ่อยครั้งจนต้องกลับมารักษาตัวที่โรงพยาบาล (Lyon, O'Mahoney, Miller, Neme, Kabat, & Miller, 1997) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแล ดังจะเห็นได้จากการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลมีความลำบากในการรักษาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย มีความยากลำบากในการจัดการกับอาการ (Dore and Roman, 2001) รวมทั้งคู่สมรสมีความเครียด และขาดความพึงพอใจในกิจกรรมทางเพศ (Lam et al., 2005) และผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ ดังจะเห็นได้จากการประเมินภาระต้นทุนของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 1991 โดยคำนวณจากความชุกชิวชีวิตในประชากรร้อยละ 1.3 พบว่ามีมูลค่าถึง 45,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ (Wyatt & Henter, 1995) และจากการศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนการรักษาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศไทย พบว่าต้นทุนประสิทธิผลการรักษาผู้ป่วยให้ได้ผล 1 ราย ต้องมีต้นทุนถึงประมาณ 72,000 ถึง 82,000 บาทต่อปี (วัชชัย สืพพานาจ, สุวรรณมา เรืองกาญจนเศรษฐ์ และรณชัย คงสกนธ์, 2545) ด้วยเหตุผลนี้จึงจำเป็นต้องให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประกอบด้วย 4 ปัจจัยดังนี้ 1) ปัจจัยความร่วมมือในการรับประทานยา จากการศึกษาของ Sajatovic et al (2015) พบว่า การไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาส่งผลให้ความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้น และการให้ความรู้เรื่องยาเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามเกณฑ์การรักษาจะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิก คืออาการที่ดีขึ้น (Perlick, 2004) 2) ปัจจัยการจัดการตนเองและแบบแผนการดำเนินชีวิต จากการศึกษาของ Soehner, Kaplan, & Harvey, (2013) พบว่า ผู้ป่วยที่มีแบบแผนการนอนที่เปลี่ยนแปลงไปจนทำให้ไม่หลับส่งผลต่ออาการคลุ้มคลั่งและอาการซึมเศร้ากำเริบและรุนแรงขึ้น และการได้รับความรู้ทั่วไปเรื่องสุขภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การตรวจสอบการกำเริบของอาการ สุขลักษณะการนอน และการดูแลความสะอาดของร่างกาย ส่งผลให้ความรุนแรงของอาการลดลงได้ (Michalak et al., 2005) 3) ปัจจัยจากเหตุการณ์ในชีวิตด้านลบ จากการศึกษาของ Johnson et al. (2015) พบว่า เหตุการณ์ในชีวิตด้านลบเป็นปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการ และจากการศึกษาของ Miklowitz (2008) พบว่า การฝึกให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการแก้ไขปัญหา (Problem solving) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถปรับปรุงและพัฒนาความรับผิดชอบต่อหน้าที่ตนเองจะทำให้ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการลดลง และ 4) ปัจจัยทางด้านการแสดงออกทางอารมณ์ โดย Miklowitz (2008) พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงในครอบครัว (High emotional expression: High EE) มีอิทธิพลต่อการเกิดความรุนแรงของอาการ

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้จัดกระทำกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 3 ปัจจัย เนื่องจากปัจจัยที่ 4 ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงใน

ครอบครัว ต้องดำเนินการแก้ไขโดยมีครอบครัวเข้ามีส่วนร่วม และได้มีงานวิจัยของกรรณิการ์ เลา ประเสริฐสุข (2555) ที่ศึกษาการบำบัดที่เน้นครอบครัวมาแล้ว โดยเน้นการจัดการกับการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวที่สูง ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งการจัดการกับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจึงต้องเน้นการพัฒนาให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการของตนเอง จึงพัฒนาแนวทางดูแลช่วยเหลือในการจัดการกับ 3 ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นเป็นหลัก

แนวทางการรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นที่ยอมรับแล้วว่า ต้องใช้การรักษาด้วยยา กลุ่ม Mood Stabilizing ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial therapy) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีหลายประเภท เช่น จิตบำบัดปรับความคิดและพฤติกรรม จิตบำบัดเพื่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สุขภาพจิตศึกษา และการบำบัดที่เน้นครอบครัว และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการรักษาด้วยยามีประสิทธิภาพในการช่วยลดความรุนแรงของอาการและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ดี (Miklowitz, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Colom et al. (2003) ที่ได้ศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศสเปนพบว่าสามารถลดอาการคลุ้มคลั่งและซึมเศร้าไม่ให้ง่ายได้ ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการให้ความรู้ในเรื่องโรค อาการ อาการเตือนและตัวกระตุ้น แบบแผนการดำเนินชีวิต ทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในโรคที่เป็นอยู่ รับรู้อาการเตือนและสามารถจัดการกับอาการที่มีปัญหา มีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีแบบแผนการดำรงชีวิตที่เหมาะสม สามารถเผชิญปัญหาและเหตุการณ์เชิงลบในชีวิตได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดการกับความเครียดได้ด้วยตนเอง และสามารถดูแลตนเองป้องกันอาการกำเริบซ้ำได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ความรุนแรงของอาการลดน้อยลง ลดอาการกำเริบซ้ำที่ต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลได้ (Colom & Vieta, 2006) จึงเห็นได้ว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นวิธีบำบัดผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีความเหมาะสมกับปัญหาที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยได้ดี

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาคความรุนแรงของอาการต้องจัดกระทำกับปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการข้างต้น แต่ในปัจจุบันพบว่าในประเทศไทยมีเพียงการศึกษาของกรรณิการ์ เลาประเสริฐสุข (2555) ที่ศึกษาการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการ ซึ่งสามารถช่วยลดความรุนแรงของอาการในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ แต่ยังไม่มีการศึกษาที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพในการจัดการกับอาการของตนเองด้วยตัวผู้ป่วยเองที่ชัดเจน และนอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า การดูแลช่วยเหลือที่ผ่านมายังขาดเรื่องการติดตามและการกระตุ้นให้ใช้ทักษะต่างๆในสถานการณ์จริงอย่างต่อเนื่อง และขาดแหล่งข้อมูลความรู้ที่ช่วยในการสนับสนุน

ผู้ป่วยขณะเผชิญปัญหาเมื่ออยู่ที่บ้านจึงทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง เสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงของอาการที่มากขึ้น และเกิดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้

ในปัจจุบันสังคมเทคโนโลยีได้เข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันของมนุษย์เป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร เช่น การใช้โทรศัพท์ หรืออินเทอร์เน็ต สังคมเครือข่าย (Social Network) ที่สามารถติดต่อสื่อสารได้อย่างสะดวก รวดเร็ว เข้าถึงได้ง่าย สำหรับการเข้าถึงเทคโนโลยีการสื่อสารในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (2556) ได้สำรวจพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและโทรศัพท์มือถือของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ในปีพ.ศ.2552-2556 พบว่า ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.1 เป็นร้อยละ 28.9 มีผู้ใช้โทรศัพท์มือถือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.8 เป็นร้อยละ 73.3 ล่าสุดจากการสำรวจของ we are social ดิจิทัลเอเจนซีในสิงคโปร์ได้ทำการรวบรวมสถิติ และสำรวจพฤติกรรมผู้บริโภคเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตและ Social Media ปี 2017 พบว่า ในประเทศไทยมีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตถึง 67% จากจำนวนประชากรทั้งหมด (we are social, 2017) และ Facebook เป็นสื่อสังคมออนไลน์ที่คนไทยใช้มากที่สุดเป็นอันดับ 2 รองจาก You Tube (สำนักยุทธศาสตร์พัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์, 2560) และยังพบว่า ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีผู้ใช้ Face book มากเป็นอันดับ 4 ใน 10 จังหวัด ที่มีผู้ใช้ Facebook มากที่สุดในประเทศไทย (Globe and Thailand Facebook Population update, 2016) และ Facebook สามารถนำไปใช้ในการจัดการให้ความรู้ โดยการเสนอเนื้อหา บทความ สื่อมัลติมีเดียเกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการ ทำให้เกิดความน่าสนใจ เรียนรู้ได้ตลอดเวลา สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ผ่านการพูดคุย แสดงความคิดเห็น การสอบถาม การให้คำแนะนำและคำปรึกษา ได้โดยไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และการเรียนรู้สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา (ศรีศักดิ์ จามรมาน, 2554)

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลจิตเวชในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมารับบริการเป็นจำนวนมากคิดเป็นอันดับที่ 3 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด และยังพบว่ามีการกลับเป็นซ้ำภายใน 180 วัน เพิ่มขึ้นในปี 2559-2560 คิดเป็นร้อยละ 1.58 ถึง 2.78 (สารสนเทศโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์, 2560) และอาจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญของปัญหาจึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ เพื่อเป็นแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยไม่ให้มีอาการกำเริบรุนแรง ลดการกลับเป็นซ้ำและลดอัตราการนอนโรงพยาบาล โดยนำเอาแนวจิตสุขภาพจิตศึกษาของ Colom et al. (2003) ที่มีกลไกขั้นตอนในการบำบัด 3 ระดับ ดังนี้ ระดับที่ 1 เน้นให้ผู้ป่วยตระหนักในโรคที่เป็นอยู่ รับรู้อาการเตือนของโรค และร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ระดับที่ 2 เน้นให้ผู้ป่วยควบคุมความเครียด หลีกเลี่ยง

การใช้สารเสพติด มีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม และระดับที่ 3 เน้นให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาและโรคที่เป็นอยู่ และได้นำมาประยุกต์ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยนำหลักการเรียนรู้ทางสื่อสังคมออนไลน์ของ Jonassen (1995) ทั้ง 7 ข้อ ได้แก่ 1) การตื่นตัว 2) การสร้างสรรค์ 3) การร่วมกันเรียน 4) ความตั้งใจเรียน 5) การสนทนา 6) ร่วมกันคิดแก้ไขปัญหา และ 7) คิดอย่างรอบคอบ ใช้การกระตุ้นการเรียนรู้ผ่านช่องทางโปรแกรม Facebook เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ต่อเนื่องและนำทักษะไปใช้ได้จริงและสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลมากยิ่งขึ้น โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่มีศักยภาพในการเรียนรู้ สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้นำมาจัดกระทำกับปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง มีวิธีจัดการกับอาการเตือนและสิ่งกระตุ้นได้ มีทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียด และร่วมมือในการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาทำให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและอาการคลุ้มคลั่งลดน้อยลง

### คำถามการวิจัย

1. ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์น้อยลงหรือไม่
2. ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติหรือไม่

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์
2. เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ

### แนวคิดสมมติฐานการวิจัย

จากปัญหาที่พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความรุนแรงของอาการเพิ่มมากขึ้น เป็นสาเหตุให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองเพื่อจัดการปัจจัยดังกล่าวด้วยตัวเองประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ ความร่วมมือในการรับประทานยา การจัดการตนเองและแบบแผนการดำเนินชีวิต และการเผชิญเหตุการณ์ในชีวิตด้านลบ ซึ่งหาก



ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้รับการดูแลและช่วยเหลือให้สามารถจัดการกับปัจจัยที่เป็นปัญหาทั้ง 3 ปัจจัยนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการลดน้อยลง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิภาพในเรื่องความร่วมมือในการใช้ยา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และลดความรุนแรงของอาการ (Scott, Colom, & Vieta, 2007) เนื่องจากสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามแนวคิดของ Colom & vieta (2006) มีรูปแบบการบำบัดที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค สามารถจัดการกับอาการเตือนและสิ่งกระตุ้น มีความร่วมมือในการรับประทานยาสม่ำเสมอ มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม รวมไปถึงการมีทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียด โดยมีกลไกขั้นตอนในการบำบัด 3 ระดับ ดังนี้ ระดับแรก เน้นให้ผู้ป่วยตระหนักในโรคที่เป็นอยู่ รับรู้อาการเตือนของโรค และร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ระดับที่ 2 เน้นให้ผู้ป่วยควบคุมความเครียด หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด มีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม ระดับที่ 3 เน้นให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาและโรคที่เป็นอยู่ โดยเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้นและถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ความรุนแรงของอาการลดน้อยลง ลดอาการกำเริบซ้ำได้ (Colom et al. 2003)

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของ Colom et al. (2003) และได้้นำการใช้สื่อสังคมออนไลน์มาเป็นเครื่องมือในการกระตุ้นการนำความรู้และทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริงได้อย่างต่อเนื่อง โดยใช้หลักการเรียนรู้ทางสื่อสังคมออนไลน์ของ Jonassen (1995) มาประยุกต์ใช้ให้มีความสอดคล้องกับกิจกรรมโดยเน้นให้ผู้ป่วยมีการตื่นตัว มีความคิดสร้างสรรค์ มีการสนทนาร่วมกัน และมีการคิดแก้ไขปัญหาอย่างรอบคอบและตั้งใจเรียน กิจกรรมประกอบไปด้วยสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มจำนวน 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยภายหลังจบกิจกรรมแต่ละครั้งจะมีการกระตุ้นการนำความรู้และทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริงผ่านสื่อสังคมออนไลน์ โปรแกรม Facebook ด้วยใช้หลักการสร้างความตื่นตัวโดยการใช้สื่อกระตุ้น การโพสต์เนื้อหาความรู้ ข้อคำถาม และมอบหมายงานให้ทำเกี่ยวกับกิจกรรมนั้นๆ และผู้ป่วยต้องเข้ามาตอบหรือรายงานผลการปฏิบัติทุกวันภายใต้โพสต์นั้น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหารายบุคคลจะใช้กล่องข้อความเป็นช่องทางในการสนทนาแก้ไขปัญหาาร่วมกันอย่างรอบคอบ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้นำไปปฏิบัติได้จริงและต่อเนื่อง โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีรายละเอียดดังนี้

### **กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว**

กิจกรรมประกอบไปด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบเจอหน้า (Face to Face) โดยมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการแสดง การรักษา โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในเรื่องโรค รับรู้ถึงการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง เกิดการยอมรับการเจ็บป่วย และภายหลังจบกิจกรรมผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นความรู้โดยการเข้าไปดูคลิปวิดีโอ เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์โปรแกรม Facebook พร้อมทั้งทำใบงานที่ได้รับ

มอบหมาย และรายงานผลการปฏิบัติ เพื่อเป็นการกระตุ้นความรู้ความเข้าใจ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อโรคที่เจ็บป่วย ยอมรับการเจ็บป่วยมากขึ้น ซึ่งการยอมรับการเจ็บป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการร่วมมือการรับประทายยาต่อเนื่องตามเกณฑ์ ซึ่งสามารถจัดกระทำกับปัจจัยข้อที่ 1) ปัจจัยด้านความร่วมมือในการรับประทายยา ซึ่งการรับประทายยาต่อเนื่องสม่ำเสมอช่วยลดความรุนแรงอาการซึมเศร้าและอาการคลุ้มคลั่งได้ (Perlick, Rodenheck, Kaczynski, & Kozma. 2004)

### **กิจกรรมที่ 2 เพิ่มทักษะการจัดการอาการเตือนและสิ่งกระตุ้น**

กิจกรรมประกอบไปด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบเจอหน้า (Face to Face) เรื่องการรับรู้อาการเตือนและสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกำเริบ รวมทั้งวิธีสังเกตอาการเตือน และวิธีการจัดการกับอาการเตือนที่ถูกต้อง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการรับรู้ถึงอาการเตือนและสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกำเริบ และสามารถมีทักษะในการจัดการกับอาการเตือนได้ด้วยตนเอง และเพื่อเป็นการกระตุ้นความรู้และทักษะการนำไปใช้ในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ภายหลังจบกิจกรรมผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นความรู้ และการกระตุ้นทักษะผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์โปรแกรม Facebook ผู้ป่วยสามารถเข้าไปทบทวนความรู้ พร้อมทั้งจะต้องทำใบงานที่ได้รับมอบหมาย และรายงานผลการปฏิบัติ และร่วมกันพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์โปรแกรม Facebook ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะการสังเกตอาการเตือนและสามารถจัดการกับอาการเตือนได้อย่างมั่นใจ ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตและสามารถจัดการกับอาการเตือนเป็นการจัดกระทำกับปัจจัยข้อที่ 2) ปัจจัยด้านการจัดการกับตนเองและแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งการจัดการกับตนเองโดยการรับรู้รู้อาการเตือน สามารถจัดการกับอาการเตือนได้ด้วยตนเองสามารถช่วยลดอาการกำเริบที่รุนแรง (Lam and Wong, 2005)

### **กิจกรรมที่ 3 ความร่วมมือในการรับประทายยาและการรับประทายยาตามเกณฑ์**

กิจกรรมประกอบไปด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบเจอหน้า (Face to Face) เรื่องการรักษาด้วยยา ผลกระทบจากการขาดยา ค้นหาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทายยาไม่สม่ำเสมอ อาการข้างเคียง การจัดการอาการข้างเคียง และฝึกทักษะการจดยาตามเกณฑ์การรักษา ภายหลังจบกิจกรรมผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นความรู้ และการกระตุ้นทักษะผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ โปรแกรม Facebook โดยผู้ป่วยจะต้องทำใบงานที่ได้รับมอบหมาย โดยใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นช่องทางในการทบทวนความรู้ และรายงานผลการปฏิบัติการนำทักษะการจดยาไปปฏิบัติจริงเมื่ออยู่ที่บ้าน และสามารถจัดการอาการข้างเคียงจากยาเมื่อเกิดอาการขึ้นจริง และสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องเกิดการนำทักษะไปใช้จริง ซึ่งการรับประทายยาต่อเนื่องสม่ำเสมอช่วยลดความรุนแรงอาการซึมเศร้าและอาการคลุ้มคลั่งได้ (Perlick, Rodenheck, Kaczynski, & Kozma. 2004) ซึ่งเป็นการจัดกระทำกับปัจจัยข้อที่ 1. ปัจจัยด้านความร่วมมือในการรับประทายยา

#### กิจกรรมที่ 4 พัฒนาการจัดการแบบแผนการดำเนินชีวิต

ประกอบไปด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบเจอหน้า (Face to Face) เรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป แบบแผนการดำเนินชีวิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สุขลักษณะการนอน การดูแลตนเองทั่วไป จุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ และมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม และสม่ำเสมอ ภายหลังจบกิจกรรมผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นความรู้ และการกระตุ้นทักษะการนำไปใช้ในชีวิตรจริงผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์โปรแกรม Facebook โดยผู้ป่วยสามารถเข้าไปทบทวนความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองได้ตลอดเวลา รวมทั้งทำใบงานที่ได้รับมอบหมาย พร้อมทั้งรายงานผลการปฏิบัติในการนำทักษะไปใช้ในชีวิตรประจำวัน และสามารถขอรับคำปรึกษาจากผู้บำบัดผ่านกล่องข้อความได้ตลอดเวลา ซึ่งเป็นการส่งเสริมในผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง และนำทักษะไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม มีแบบแผนการนอนที่สม่ำเสมอ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า หากผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนที่เหมาะสม ส่งผลให้ ความรุนแรงของอาการลดน้อยลง (Michalak et al., 2005) ซึ่งเป็นการจัดการกับปัจจัยข้อที่ 2. ปัจจัยด้านการจัดการตนเองและแบบแผนการดำเนินชีวิต

#### กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียด

ประกอบไปด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบเจอหน้า (Face to Face) ในเรื่องการเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันและการจัดการความเครียด จุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับความเครียด มีทักษะในการแก้ไขปัญหาและจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ที่สร้างสรรค์ สามารถเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา ภายหลังจบกิจกรรมผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นความรู้โดยสามารถเข้าไปทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองตลอดเวลาผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์โปรแกรม Facebook และเพื่อเป็นการกระตุ้นการนำทักษะไปใช้ ผู้ป่วยจะต้องทำใบงานที่ได้รับมอบหมาย พร้อมทั้งรายงานผลการปฏิบัติการนำทักษะไปใช้ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาสามารถขอคำปรึกษาได้ตลอดเวลาผ่านทางกล่องข้อความ ซึ่งเป็นการติดตามการนำทักษะไปใช้อย่างใกล้ชิด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาได้ด้วยตนเอง และจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมในชีวิตประจำวันได้ เนื่องจากเหตุการณ์ในชีวิตด้านลบเป็นตัวกระตุ้นให้อาการซึมเศร้าและอาการคลุ้มคลั่งกำเริบ ซึ่งหากผู้ป่วยมีทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการกับความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตด้านลบได้จะสามารถช่วยลดความรุนแรงของอาการลงได้ (Miklowitz, 2008) ซึ่งเป็นการจัดการกระทำกับปัจจัยข้อที่3.ปัจจัยจากเหตุการณ์ในชีวิตด้านลบ

**กิจกรรมที่ 6 ทบทวนปัญหาและแก้ไขปัญหา** เป็นการดำเนินกิจกรรมเพื่อทบทวนความรู้ และทักษะต่างๆ ตลอดทั้งเป็นการทบทวนปัญหาและแนวทางแก้ไขที่เกิดขึ้นของสมาชิกในกลุ่ม

สรุปได้ว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ตามแนวคิดของ Colom et al. (2003) และหลักการเรียนรู้ทางสื่อสังคมออนไลน์ของ Jonassen (1995) ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ทั้ง 6 กิจกรรม จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง สามารถจัดการกระทำกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระดับความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่ง และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วลดน้อยลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

### สมมติฐานการวิจัย

1. ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์
2. ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์น้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 (F 31.0-31.9) ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิตสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 (F 31.0-31.9) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนครินทร์ อายุ 20-59 ปี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ศึกษา โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และ กลุ่มควบคุม 20

**ตัวแปรที่ศึกษา** คือ ความรุนแรงของอาการ

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ความรุนแรงของอาการ** หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ซึมเศร้าและอารมณ์คลุ้มคลั่งที่มากเกินไปจนปกติส่งผลกระทบต่อความคิด และพฤติกรรม โดยใช้แบบวัดความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Symptom Scale: BDSS) แบ่งระดับความรุนแรงของอาการเป็น 3 ระดับคือ

1. ระดับความรุนแรงน้อย (Mild level) หมายถึง ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ที่มากเกินไปจนสามารถสังเกตเห็นได้แต่ไม่ส่งผลกระทบต่อหน้าที่การทำงานในชีวิตประจำวัน

2. ระดับความรุนแรงปานกลาง (Moderate level) หมายถึง ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ที่มากเกินไปจนเริ่มมีความบกพร่องเกี่ยวกับการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน

3. ระดับความรุนแรงมาก (Severe level) หมายถึง ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ที่มากเกินไปจนติดปกติจนไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติสม่ำเสมอเหมือนในอดีตที่เคยปฏิบัติมา ซึ่งระยะคลุ้มคลั่งหรือซึมเศร้าที่รุนแรงเป็นข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

**ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว** หมายถึง บุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเวชในกลุ่มของโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งมีอาการแสดง คือมีอาการคลุ้มคลั่งอย่างน้อยหนึ่งครั้งหรือมากกว่าโดยอาจมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ คัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) ตามแนวทางการวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD - 10) ซึ่งเข้ารับการรักษานอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ และมีคุณสมบัติคือมีอาการซึมเศร้าและมีอาการคลุ้มคลั่งอยู่ในระดับปานกลาง

**โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาพร้อมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์** หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีรูปแบบเป็นการให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มประยุกต์ตามแนวคิดของ Colom et al. (2003) ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์โดยใช้หลักการเรียนรู้ทางสื่อสังคมออนไลน์ของ Jonassen (1995) มากระตุ้นการนำความรู้และทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริงและต่อเนื่อง โดยมีกลไกขั้นตอนในการบำบัด 3 ระดับ ดังนี้ ระดับแรก เน้นให้ผู้ป่วยตระหนักในโรคที่เป็นอยู่ รับรู้อาการเตือนของโรค และร่วมมือในการรับประทายาอย่างสม่ำเสมอ ระดับที่สองเน้นให้ผู้ป่วยควบคุมความเครียด หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด มีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม และระดับที่ 3 เน้นให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาในโรคที่เป็นอยู่ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยสามารถสังเกตอาการเตือน และจัดการอาการเตือนได้ถูกต้อง มีทักษะในการจัดการความเครียด และสามารถเผชิญปัญหาต่างๆกับโรคที่เป็นอยู่และปัญหาในชีวิตประจำวันได้ และร่วมมือในการรับประทายาต่อเนื่องตามเกณฑ์การรักษา กิจกรรมประกอบไปด้วยสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มจำนวน 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยภายหลังกิจกรรมแต่ละครั้งจะมีการกระตุ้นการให้ความรู้และการนำทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริงทางสื่อสังคมออนไลน์โปรแกรม

Facebook ด้วยการโพสต์เนื้อหาความรู้ ข้อคำถาม และมอบหมายงานให้ทำเกี่ยวกับกิจกรรมนั้นๆ และผู้ป่วยต้องเข้ามาตอบหรือรายงานผลการปฏิบัติทุกวันภายใต้โพสต์นั้น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหา รายบุคคลจะใช้กล่องข้อความเป็นช่องทางในการสนทนาตอบปัญหาและข้อซักถามหาแนวทางแก้ไข ปัญหาพร้อมกันอย่างรวดเร็ว และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้นำไปปฏิบัติได้จริงและต่อเนื่อง

**กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสอง** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในสัปดาห์ที่ 1 ใช้ระยะเวลา 60 นาที เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สร้างทัศนคติที่ดีต่อตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ การแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรม อธิบายประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ากลุ่มบำบัดให้ผู้ป่วยได้รับทราบเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการเข้ากลุ่ม โดยผู้บำบัดจะให้สมาชิกในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วย อาการแสดง จุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วและสร้างความตระหนักในการเจ็บป่วย ภายหลังจบกิจกรรม ผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นความรู้และทักษะการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์โปรแกรม Facebook โดยผู้ป่วยสามารถทบทวนความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองตามใบความรู้ในกิจกรรมที่ 1 ได้ตลอดเวลา รวมทั้งทำใบงานที่ได้รับมอบหมายให้ทำเป็นการบ้าน และต้องรายงานผลการปฏิบัติผ่านใบงานในโปรแกรม Facebook หากมีปัญหาและข้อสงสัยสามารถขอคำปรึกษากับผู้บำบัดได้ตลอดเวลาผ่านทางกล่องข้อความ

**กิจกรรมที่ 2 เพิ่มทักษะการจัดการอาการเตือนและสิ่งกระตุ้น** หมายถึงการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในสัปดาห์ที่ 2 ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการรับรู้และสังเกตอาการเตือนและสิ่งกระตุ้นและมีทักษะในการจัดการกับอาการเตือนได้ด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ภายหลังจบกิจกรรมผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นความรู้และทักษะการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์โปรแกรม Facebook โดยผู้ป่วยสามารถทบทวนความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองตามใบความรู้ในกิจกรรมที่ 2 ได้ทุกเวลารวมทั้งทำใบงานที่ได้รับมอบหมายให้ทำเป็นการบ้าน และต้องรายงานผลการปฏิบัติผ่านใบงานในโปรแกรม Facebook หากมีปัญหาและข้อสงสัยสามารถขอคำปรึกษากับผู้บำบัดได้ตลอดเวลาผ่านทางกล่องข้อความ

**กิจกรรมที่ 3 ความร่วมมือในการรับประทานยาและการรับประทานยาตามเกณฑ์** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในสัปดาห์ที่ 3 ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในเรื่องการรับประทานยาตามเกณฑ์ การจัดการด้วยตนเอง และเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา ภายหลังจบกิจกรรมผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นความรู้และทักษะการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์โปรแกรม Facebook โดยผู้ป่วยสามารถทบทวนความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองตามใบความรู้ในกิจกรรมที่ 3 ได้ทุกเวลารวมทั้ง

ทำใบงานที่ได้รับมอบหมายให้ทำเป็นการบ้าน และต้องรายงานผลการปฏิบัติผ่านใบงานในโปรแกรม Facebook หากมีปัญหาและข้อสงสัยสามารถขอคำปรึกษากับผู้บำบัดได้ตลอดเวลาผ่านทางกล่องข้อความ

**กิจกรรมที่ 4 พัฒนาการจัดการแบบแผนการดำเนินชีวิต** หมายถึงการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในสัปดาห์ที่ 4 ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยเป็นการให้ความรู้ในเรื่องแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น สุขลักษณะการนอน การออกกำลังกาย และกิจกรรมทางสังคม และการดูแลตนเองโดยทั่วไป เน้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในเรื่องการดูแลตนเองที่ถูกต้อง มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม และสม่ำเสมอ ภายหลังจบกิจกรรมผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นความรู้และทักษะการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ โปรแกรม Facebook โดยผู้ป่วยสามารถทบทวนความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองตามใบความรู้ในกิจกรรมที่ 4 ได้ทุกเวลารวมทั้งทำใบงานที่ได้รับมอบหมายให้ทำเป็นการบ้าน และต้องรายงานผลการปฏิบัติผ่านใบงานในโปรแกรม Facebook หากมีปัญหาและข้อสงสัยสามารถขอคำปรึกษากับผู้บำบัดได้ตลอดเวลาผ่านทางกล่องข้อความ

**กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียด** หมายถึงการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในสัปดาห์ที่ 5 ใช้ระยะเวลา 60 นาที ในการให้ความรู้เรื่องการเผชิญและการจัดการความเครียดรวมทั้งฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและการฝึกผ่อนคลายความเครียดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันและการเผชิญปัญหากับโรคที่เป็นอยู่มีแนวทางปฏิบัติได้ถูกต้องสามารถเผชิญปัญหาในชีวิตประจำได้ด้วยตนเองและสามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ภายหลังจบกิจกรรมผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นความรู้และทักษะการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์โปรแกรม Facebook โดยผู้ป่วยสามารถทบทวนความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองตามใบความรู้ในกิจกรรมที่ 5 ได้ทุกเวลารวมทั้งทำใบงานที่ได้รับมอบหมายให้ทำเป็นการบ้าน และต้องรายงานผลการปฏิบัติผ่านใบงานในโปรแกรม Facebook หากมีปัญหาและข้อสงสัยสามารถขอคำปรึกษากับผู้บำบัดได้ตลอดเวลาผ่านทางกล่องข้อความ

**กิจกรรมที่ 6 ทบทวนปัญหาและแก้ไขปัญหา** หมายถึง เป็นการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 ใช้ระยะเวลา 60 นาที เพื่อทบทวนความรู้สาระสำคัญและทักษะต่างๆในกิจกรรมที่ 1-5 ตลอดจนการเล่าประสบการณ์ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในระหว่างการนำทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวันและแนวทางแก้ไขที่เกิดขึ้นของสมาชิกในกลุ่ม

**การพยาบาลปกติ** หมายถึง การบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้รับจากโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ ได้แก่ การประเมินด้านร่างกายและจิตใจ สอบถามการเจ็บป่วย อาการที่เปลี่ยนแปลง และประเมินความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการให้คำแนะนำ

รายบุคคลหลังพบแพทย์ในเรื่องการรับประทานยาต่อเนื่อง อาการข้างเคียงที่เกิดจากยา การมาพบแพทย์ตามนัด และการเข้ารับบริการตามแหล่งบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชใกล้บ้าน

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีแบบแผนการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ความรุนแรงของอาการลดน้อยลง ลดการกลับเป็นซ้ำได้
2. ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วด้วยการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆในการติดตามและกระตุ้นการนำทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง สามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบำบัดผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ภายใต้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง





## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่อง “ ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ” ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปเนื้อหาและสาระสำคัญได้ดังนี้

#### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

- 1.1 ความหมายของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 1.2 ลักษณะอาการสำคัญทางคลินิก
- 1.3 การวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 1.4 ปัจจัยที่มีผลต่อโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 1.5 การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค
- 1.6 การบำบัดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 1.7 ผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 1.8 การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

#### 2. ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

- 2.1 ความหมายของความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 2.2 การแบ่งระดับความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 2.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 2.4 เครื่องมือประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 2.5 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

#### 3. การให้สุขภาพจิตศึกษา

- 3.1 ความหมายสุขภาพจิตศึกษา
- 3.2 เป้าหมายของการให้สุขภาพจิตศึกษา
- 3.3 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา
- 3.4 องค์ประกอบสุขภาพจิตศึกษา
- 3.5 ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม
- 3.6 คุณสมบัติของผู้นำกลุ่ม
- 3.7 ขนาดของกลุ่ม

#### 4. สื่อสังคมออนไลน์

4.1 ความหมายสื่อสังคมออนไลน์

4.2 ประเภทสื่อสังคมออนไลน์

4.3 Facebook

## 5 การพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์

### 6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

##### 1.1 ความหมายของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) เป็นความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มของความผิดปกติทางอารมณ์ โดยอารมณ์ที่ผิดปกติมีอยู่ 2 ชนิด คือ อารมณ์ซึมเศร้า (Depression) และ อารมณ์คลุ้มคลั่ง (Mania) มีผู้ให้ความหมายของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วไว้พอสรุปได้ดังนี้

Health Organization (1992) กล่าวว่า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่มีอารมณ์ผิดปกติเป็นอาการสำคัญ อารมณ์ที่ผิดปกติมีสองชนิด คือ อารมณ์ซึมเศร้า (Depression) และอารมณ์คลุ้มคลั่ง (Mania) อารมณ์ที่ผิดปกตินี้ หมายความว่า ผิดปกติจนผู้ป่วยควบคุมไม่ได้และรู้สึกทรมาน อารมณ์ที่ผิดปกติทำให้การคิดการพูด กิจกรรมทางสรีรวิทยาที่ต้องดำเนินไปอย่างอัตโนมัติทุกวัน (เช่น การนอน การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัย) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและหน้าที่การทำงานผิดปกติตามไปด้วย ความผิดปกติทางอารมณ์มักจะเริ่มมีอาการเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น

Miklowitz (2008) กล่าวว่า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คือ โรคทางจิตเวชที่มีลักษณะอาการแกว่งของอารมณ์อย่างรุนแรง จากสูงสุด (Manias) ถึงต่ำสุด (Depression)

มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวงษ์ (2542) กล่าวว่า Bipolar Disorder (BD) คือ โรคที่ผู้ป่วยมีการแสดงอาการคลุ้มคลั่ง (Manic symptoms) เช่น อารมณ์ครื้นเครง (Euphoric mood) ความคิดหรือการหลงผิดคิดว่าตนเป็นใหญ่ (Grandiose idea or delusion) การใช้จ่ายเงินทองฟุ่มเฟือย โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมักเคยมี Major Depressive Episode ก่อนที่จะมี Manic หรือ Hypomanic Episode

ธวัชชัย ลิฬหานาจ และสรยุทธ วาสิกานานนท์ (2549) กล่าวว่า Bipolar Disorder หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดหนึ่งผู้ป่วยจะต้องมีอาการของ Manic episode, Mixed episode หรือ Hypomanic episode สลับกับ Major depressive episode

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2556) ได้กล่าวถึงโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วว่าเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด โดยแสดงออกถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ (Depressive) อาจ

แสดงอาการซึมเศร้ามาก ร้องไห้มาก ปฏิเสธการสังคมกับผู้อื่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หดหู่ใจ อยากตาย หรืออาจมีอาการครั่นครัง คลุ้มคลั่ง เร็งร่ามากกว่าผิดปกติ (Mania) หัวเราะโดยไม่มีเหตุผล ตลอดเวลา หรืออาจมีอาการทั้งเศร้าและคลุ้มคลั่งมากในเวลาเดียวกันหรือในเวลาใกล้เคียงกันพยาธิสภาพทางอารมณ์นี้ส่งผลถึงพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว ทำให้มีพฤติกรรมแปลกๆ

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (2558) กล่าวว่า Bipolar Disorder เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีอาการของ Manic episode หรือ Hypomanic episode สลับกับ Major depressive episode

จากนิยามดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด อารมณ์ที่ผิดปกติมีสองชนิด คือ อารมณ์ซึมเศร้า (Depression) และอารมณ์คลุ้มคลั่ง (Mania) อารมณ์ที่ผิดปกติส่งผลให้การคิด พฤติกรรม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและหน้าที่การทำงานผิดปกติตามไปด้วย

## 1.2 ลักษณะอาการสำคัญทางคลินิก

ลักษณะอาการแสดงของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอาจแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้ (Stuart and Laraia, 2005)

### 1.2.1 ลักษณะทางคลินิกของอาการซึมเศร้า (Depression)

1.2.1.1 อาการด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะนอนไม่หลับ อาจหลับยาก หลับไม่สนิท มีอาการปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามตัว แน่นท้อง คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก อาหารไม่ย่อย ผู้หญิงอาจมีประจำเดือนไม่ปกติ ไม่มีแรงอ่อนเพลียตลอดเวลาแม้ไม่ได้ทำอะไร เบื่ออาหารน้ำหนักลด

1.2.1.2 อาการด้านความคิด ผู้ป่วยจะมีความคิดว่าตนเองไร้ค่าไม่ดีในทุกด้าน มองตนเองในด้านลบ รู้สึกผิดและตำหนิตัวเอง คิดซ้ำ ไม่มีสมาธิ กลัว และวิตกกังวล

1.2.1.3 อาการด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะซึมเศร้า รู้สึกใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวาไม่มีความสุข รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง อ้างว้างโดดเดี่ยว ไม่มีค่า หงุดหงิดง่าย มีอะไรมารบกวนไม่ได้

1.2.1.4 อาการด้านพฤติกรรมผู้ป่วยจะซึมเศร้าแยกตัวไม่สนใจสิ่งแวดล้อมหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ แม้กิจกรรมที่เคยชอบ มีการแสดงความต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น บางรายอาจกระสับกระส่ายควบคุมตัวเองได้น้อยลง เช่น มีการดื่มสุรามากขึ้น มีการใช้ยาเพิ่มขึ้น

### 1.2.2 ลักษณะทางคลินิกของอาการคลุ้มคลั่ง (Mania)

1.2.2.1 อาการด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะกระวนกระวายไม่มีสมาธิรู้สึกกระปรี้กระเปร่ามีความต้องการนอนน้อยลงรู้สึกว่าได้นอนเพียงเล็กน้อยก็เพียงพออาจมีภาวะขาดน้ำหรือน้ำหนักลด

1.2.2.2 อาการด้านความคิด ผู้ป่วยจะมีความคิดสร้างสรรค์มากมาย ความคิดพรุ้งฟู มั่นใจในตนเองมาก หลงผิดด้านเอกลักษณ์ของตนเอง เช่น คิดว่าตนเป็นผู้มีความสำคัญ หรือมีอำนาจวิเศษ อาจมีความคิดหลงผิดแบบอื่นร่วมด้วย

1.2.2.3 อาการด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะรู้สึกมีความสุขมากขึ้นเรืงสนุกสนาน ผิดปกติ หรือหงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว การควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ไม่ดี เช่น ขาดการยับยั้งชั่งใจ

1.2.2.4 อาการด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยจะมีการเคลื่อนไหว หรือกิจกรรมมาก ผิดปกติ พุดมาก ชอบโอ้อวด แต่งตัวแต่งหน้ามาก ผิดปกติ มีความต้องการทางเพศหรือยั่วชวนทางเพศ อาจมีกิจกรรมทางเพศมากขึ้นแม้กับคนไม่รู้จัก มีการดื่มสุรามากขึ้น มีการใช้ยาหรือสารบางอย่างเพิ่มขึ้น

### 1.3 การวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วแต่เดิมถูกจัดอยู่ในกลุ่มโรคทางอารมณ์ (mood disorder) ตามระบบ DSM-IV-TR ซึ่งมีการปรับปรุงเป็นระบบ DSM-5 bipolar disorders และ depressive disorders จัดเป็นคนละกลุ่มโรคและมีการปรับเกณฑ์การวินิจฉัยที่ชัดเจนขึ้น ซึ่งแบ่งความผิดปกติออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

#### 1. ระยะแมนี (Manic episode) มีเกณฑ์วินิจฉัยดังนี้

A. มีช่วงอารมณ์คึกคักแสดงความรู้สึกโดยไม่ยับยั้งชั่งใจหรืออารมณ์หงุดหงิดที่ ผิดปกติ และคงอยู่ตลอดเวลาชัดเจนอย่างน้อย 1 สัปดาห์ (หรือระยะน้อยกว่านี้ถ้าอยู่รักษาในโรงพยาบาล)

B. ในช่วงดังกล่าวมีอาการผิดปกติไปจากเดิมดังต่อไปนี้อย่างน้อย 3 อาการ หรือมากกว่า 4 อาการในแบบหงุดหงิดโกรธง่าย

1. ประเมินค่าตนเองว่าสำคัญ ผิดปกติ หรือมีความคิดว่าตนยิ่งใหญ่ (Grandiosity)
2. ความต้องการนอนน้อยลงกว่าธรรมดา เช่น นอน 3 ชั่วโมงก็รู้สึกเต็มอิ่มแล้ว
3. พุดคุยมากกว่าปกติหรือพุดแบบไม่ยอมหยุด
4. มีความคิดเปลี่ยนเรื่องเร็ว (Flight of idea) หรือผู้ป่วยรู้สึกว่าความคิด

แล่นเร็ว

5. วอกแวกง่าย (Distractibility) เช่น เปลี่ยนความสนใจไปอย่างรวดเร็วไปตามสิ่งเร้าภายนอกเพียงเล็กน้อย

6. มีกิจกรรมมาก ผิดปกติ เช่น การพบปะสังสรรค์ การทำงาน เรืองเพศ หรือมีพฤติกรรมพลุ่งพล่านกระวนกระวาย (Psychomotor agitation)

7. ร่วมกิจกรรมที่ทำให้เกิดความพึงพอใจมากเกินไปจนกระทั่งที่เสี่ยงกับการเกิดผลเสียตามมา แสดงถึงการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้เงินฟุ่มเฟือย ลงทุนทำธุรกิจอย่างขาดการพิจารณา หรือสำส่อนทางเพศ

C. อาการดังกล่าวรุนแรงจนทำให้การทำงานที่ด้านการงาน สังคม ความสัมพันธ์เสียไปหรือ จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือมีอาการทางจิตร่วมด้วย

D. อาการไม่ได้เป็นผลโดยตรงจากสารเสพติดหรือยาโรค หรือโรคทางกาย การแยกตามกลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

หมายเหตุ : หากอาการในระยะแมนีเต็มขึ้นเกิดระหว่างการรักษาด้วยยาต้านเศร้า หรือการบำบัดด้วยไฟฟ้า และยังคงมีอาการมากต่อเนื่องเกินกว่าที่จะอธิบายได้ว่าเป็นผลทางสรีรวิทยาของการรักษานั้น ให้นำว่าเป็นระยะแมนี ซึ่งพบในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 1 (bipolar I disorder) ได้

## 2. ภาวะไฮโปแมนี (Hypomanic episodes) มีเกณฑ์วินิจฉัยดังนี้

A. มีอารมณ์สนุกสนานรื่นเริงผิดปกติหรือมีอาการหงุดหงิดโกรธง่ายผิดปกติอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับกิจกรรมหรือมีพลังเร็วแรงเพิ่มขึ้น เป็นเกือบทั้งวันและเกือบทุกวัน นานอย่างน้อย 4 วัน

B. ในช่วงดังกล่าวมีอาการผิดปกติไปจากเดิมดังต่อไปนี้อย่างน้อย 3 อาการหรือมากกว่า 4 อาการในแบบหงุดหงิดโกรธง่าย

1. ประเมินค่าตนเองว่ามีความสำคัญผิดปกติหรือมีความคิดว่าตนยิ่งใหญ่ (Grandiosity)
2. ความต้องการนอนน้อยกว่าธรรมดา เช่น นอน 3 ชั่วโมงก็รู้สึกเต็มอิ่มแล้ว
3. พูดคุยมากกว่าปกติหรือพูดแบบไม่ยอมหยุด
4. มีความคิดเปลี่ยนเรื่องเร็ว (Flight of idea) หรือผู้ป่วยรู้สึกที่ความคิดแล่นเร็ว
5. วอกแวกง่าย (Distractibility) เช่น เปลี่ยนความสนใจไปอย่างรวดเร็วไปตามสิ่งเร้าภายนอกเพียงเล็กน้อย
6. มีกิจกรรมมากผิดปกติ เช่น การพบปะสังสรรค์ การทำงาน เรื่องเพศ หรือมีพฤติกรรมพลุ่งพล่านกระวนกระวาย (Psychomotor agitation)

7. ร่วมกิจกรรมที่ทำให้เกิดความพึงพอใจมากเกินไปจนกระทั่งที่เสี่ยงกับการเกิดผลเสียตามมา แสดงถึงการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้เงินฟุ่มเฟือย ลงทุนทำธุรกิจอย่างขาดการพิจารณา หรือสำส่อนทางเพศ

C. ระยะเวลาที่มีอาการมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ซึ่งมีใช้ลักษณะประจำของบุคคลนั้นขณะไม่มีอาการอย่างเห็นได้ชัด

D. ผู้อื่นสังเกตเห็นความผิดปกติด้านอารมณ์และการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ

E. อาการดังกล่าวไม่มีความรุนแรงเพียงพอที่จะทำให้เกิดความบกพร่องทางด้านกิจกรรมทางสังคม หรือหน้าที่การงาน ไม่ต้องอยู่โรงพยาบาล และไม่มีอาการโรคจิต

F. อาการไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย ยารักษาโรคหรือสารเสพติด

หมายเหตุ : หากอาการในระยะไฮโปแมนเนีย (Hypomanic episodes) เพิ่มขึ้นเกิดระหว่างการรักษาด้วยยาต้านเศร้าหรือการบำบัดด้วยไฟฟ้าและยังคงมีอาการมากอย่างต่อเนื่องเกินกว่าที่จะอธิบายได้ว่าเป็นผลทางสรีรวิทยาของการรักษานั้นก็ให้นับว่าเป็นระยะไฮโปแมนเนียได้ แต่หากมีเพียง 1-2 อาการ เช่น หงุดหงิด กังวล หรือกระสับกระส่ายหลังได้รับยาต้านเศร้า ถือว่ายังไม่เพียงพอที่จะวินิจฉัยว่าเข้ากับระยะไฮโปแมนเนีย และยังไม่บ่งถึงโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

### 3. ระยะซึมเศร้า (major depressive episode) มีเกณฑ์วินิจฉัยดังนี้

A. มีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 5 อาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมในช่วงไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ โดยต้องมีอาการดังข้อ 1 หรือข้อ 2 อย่างน้อย 1 ข้อ

1. มีอาการซึมเศร้าแทบทั้งวันทั้งที่ตนเองรู้สึกและบุคคลอื่นสังเกตเห็น
2. ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมปกติที่เคยทำทั้งหมด หรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมากแทบทั้งวัน เกือบทุกวันทั้งที่ตนเองรู้สึกและบุคคลอื่นสังเกตเห็น
3. น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้น โดยไม่ได้เป็นจากความตั้งใจควบคุมอาหาร หรือเพิ่มน้ำหนักขึ้น (เช่น เปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) เบื่ออาหารหรืออยากอาหารมากขึ้นทุกวัน
4. นอนไม่หลับหรือหลับมากกว่าปกติเกือบทุกวัน
5. Psychomotor agitation หรือ Retardation แทบทุกวัน
6. อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรงเกือบทุกวัน
7. รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดมากเกินไปจนควรเกือบทุกวัน
8. สมาธิอ่านลดลง หรือความสามารถในการคิดหรือตัดสินใจลดลงเกือบทุกวัน
9. คิดถึงเรื่องการตายซ้ำๆ คิดฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือมีแผนกระทำ

B. อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานหรือเสียหายที่การงาน ชีวิตในสังคม

C. อาการไม่ได้เป็นผลโดยตรงจากการใช้สารเสพติดและเงื่อนไขของยารักษาโรคอื่นๆ

หมายเหตุ : พิจารณาแยกออกจากปฏิกิริยาของความโศกเศร้าเสียใจต่อสูญเสียบุคคลหรือสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก (เช่น การเสียชีวิต มิตร วิกฤตการเงิน ภัยพิบัติ อาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือ พุพล

ภาพ) ซึ่งอาจมีความรู้สึกโศกเศร้าอย่างรุนแรงของการสูญเสีย การหมกมุ่นในเรื่องการสูญเสีย ที่เกิดขึ้น อาการนอนไม่หลับ รู้สึกเบื่ออาหาร คล้ายกับที่พบในระยะซึมเศร้าได้ ซึ่งต้องประกอบการวินิจฉัยจากประวัติแต่ละบุคคลและตามบริบททางวัฒนธรรมนั้น

### แยกตามกลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

Bipolar I disorder เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-5

- A. มีอาการเข้าได้กับ mania (mania episode) อย่างน้อย 1 ครั้ง
- B. อาการไม่ได้เกิดจาก Schizoaffective disorder หรือโรคจิตอื่นๆ

Bipolar II disorder เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-5

- A. มีอาการของระยะ hypomania อย่างน้อย 1 ครั้ง และมีอาการของ Major depressive episode อย่างน้อย 1 ครั้ง
- B. ไม่เคยมีอาการระยะ mania
- C. อาการไม่ได้เกิดจาก Schizoaffective disorder หรือโรคจิตอื่นๆ D.อาการของภาวะซึมเศร้า หรือการเปลี่ยนแปลงระหว่างระยะซึมเศร้ากับ hypomania

### เกณฑ์การวินิจฉัยตาม ICD-10 ของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามเกณฑ์(สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2009)

F31 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นลักษณะเฉพาะของโรคนี้คือมีระดับอารมณ์และพฤติกรรมสองสภาวะขึ้นไปมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนบางครั้งร่าเริงขยับว่องไว (hypomania หรือ mania) บางครั้งอารมณ์หดหู่เบื่อหน่ายเซื่องซึม (depression) การเป็นซ้ำ ของเฉพาะภาวะ hypomania หรือ mania เท่านั้น จึงจัดเป็นแบบสองขั้ว คือ ระยะช่วงแมนีและระยะช่วงซึมเศร้า มีรายละเอียดจำแนกย่อย ดังนี้

F31.0 โรคอารมณ์สองขั้วปัจจุบันเป็นภาวะ Hypomania

F31.1 โรคอารมณ์สองขั้วปัจจุบันเป็นภาวะแมนีโดยไม่มีอาการโรคจิต

F31.2 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วปัจจุบันเป็นภาวะแมนีและมีอาการโรคจิต

F31.3 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วปัจจุบันเป็นภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงหรือปานกลาง

F31.4 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วปัจจุบันเป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรงที่ไม่มีอาการโรคจิต

F31.5 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วปัจจุบันเป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรงและมีอาการโรคจิต

F31.6 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วปัจจุบันเป็นอารมณ์ปนกัน

F31.7 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วปัจจุบันเป็นปกติ เคยมีประวัติอดีตที่เชื่อได้ว่าเคยมี

F31.8 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วแบบอื่น

F31.9 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วไม่ระบุรายละเอียด

เกณฑ์การวินิจฉัยของระบบ DSM-5 มีการอธิบายรายละเอียดทั้งลักษณะอาการ และระยะเวลาที่เกิดอาการอย่างชัดเจนในแต่ละช่วงระยะป่วย (episode) ส่วนในเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบ ICD-10 เป็นการวินิจฉัยตามช่วงระยะป่วย (episode) ลงเป็นรหัสโรคตามอาการ

#### 1.4 ปัจจัยที่มีผลต่อโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สรุปได้ดังนี้

**1.4.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological Factor)** สาเหตุจากสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ของ Biogenic amines ในสมองนั้นพบว่าในระยะซึมเศร้ามี Norepinephrine function ต่ำ และระยะแมนีมี Norepinephrine function สูง นอกจากนี้ยังมีรายงานพบว่า มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเผาผลาญของสารชีวเคมี บางตัว เช่น 5-Hydroxyindoleacetic acid, Homovanillic acid, และ 3-Methoxy-4-Hydroxyphenylglycol (อรพรรณ ลีอบุญธวัชชัย, 2556; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558 ; นิรมล พัจจนสุนทร, 2554; Leonard, 2000)

**1.4.2 ปัจจัยทางพันธุศาสตร์ (Genetic Factor)** โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นความผิดปกติทางพันธุกรรม แต่ไม่ทราบอย่างแน่นอนว่าความผิดปกติที่ถูกถ่ายทอดคืออะไร ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จะมีบิดาหรือมารดาอย่างน้อยหนึ่งคนป่วยด้วยความผิดปกติทางอารมณ์ การศึกษาในฝาแฝดพบว่า อัตราการป่วยเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ในคู่แฝดจากไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic twin หรือ MZ) เป็น 2-4 เท่าของแฝดจากไข่คนละใบ (Dizygotic twin หรือ DZ) ยีนที่ทำให้เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อาจอยู่บนโครโมโซม 5, 11, 18 และ X (Hamet & Tremblay 2005; Mondimore, 2005; Boomsma, van Beijsterveldt & Hudziak, 2005; Kenneth et al, 2006)

**1.4.3 ปัจจัยด้านพื้นอารมณ์ (Temperament)** โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมักจะมีอารมณ์บางอย่างโดยเฉพาะ เช่น Cyclothymia หรือ Dysthymia เกือบความวิตกกังวล มีอาการ Neuroticism แบบเจ้าอารมณ์มาก นิสัยทางอารมณ์เหล่านี้จะถูกถ่ายทอดไปยังไปสู่ลูกหลานได้ พื้นฐานทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมทำให้ปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นเกิดความขัดแย้ง และความเครียดจะเป็นตัวกระตุ้นหนึ่งที่ทำให้ป่วยด้วยความผิดปกติทางอารมณ์ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549; Akiskal, 1994; Bagby & Ryder, 2000; Compas, Connor-Smith & Jaser, 2004)

**1.4.4 ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factor)** ปัจจัยทางจิตสังคมที่อธิบายสาเหตุของความผิดปกติทางอารมณ์ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีดังนี้

**1.4.4.1 เหตุการณ์ชีวิต (Life event)** ประสบการณ์ในชีวิตที่สะเทือนใจและเกิดอารมณ์เศร้าจนต้องได้รับการรักษา คือบุคคลที่มีความอ่อนแอทางอารมณ์ หรือมีพันธุกรรมที่อ่อนแอ จะทำให้เกิดโรคทางอารมณ์เกิดขึ้น เหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้สะเทือนใจจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้า ส่วนจะกระตุ้นให้เป็นอารมณ์คลุ้มคลั่ง หรือไม่ ยังไม่ทราบแน่นอน (Tennant, 2002; Paykel, 2003)



1.4.4.2 บุคลิกภาพก่อนการเกิดโรค (Premorbid personality) บุคลิกภาพชนิด Oral-dependent ย้ำคิดย้ำทำ ยึดติดกับบรรทัดฐานทางสังคม จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นอารมณ์เศร้า (Takata & Takaoka 2000; Hecht et al, 2005)

1.4.4.3 ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ในระยะ Oral sadistic ของพัฒนาการบุคลิกภาพ ทารกจะหลงรักตนเอง ที่เรียกว่า infantile narcissism ดังนั้นถ้ามีเหตุการณ์ที่ทำให้ทารกเกิดความผิดหวัง ทารกจะเกิดบาดแผลทางใจที่เรียกว่า infantile trauma และเกิดอารมณ์เศร้าเป็นครั้งแรกของชีวิต ผู้ป่วยอารมณ์คลุ้มคลั่ง มักจะจินตนาการว่าตนเอง เป็นคนเดียวกับคนที่เก่งมากๆ จินตนาการแบบนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกว่าตนเองมีอำนาจมีความสามารถทุกด้าน (Omnipotent) และตนเองมีความสามารถพิเศษ และยังใช้กลไกทางจิตชนิดปฏิเสธความจริง (Denial) อย่างมาก (สุชาติ พหลภาคย์, 2549)

**1.4.5 ปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive factors)** ทฤษฎีด้านการรู้คิด พบว่าความเศร้า เกิดจากการที่บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ คิดโทษตนเอง ทำร้ายตนเอง Back ได้ระบุถึงการคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าไว้ 3 ประการคือ ความคาดหวังด้านสิ่งแวดล้อมในทางลบ ความคาดหวังตนเองในทางลบ และความหวังอนาคตในทางลบ ความรู้สึกในทางลบของบุคคลจะมีผลในการทำลายพัฒนาการทางความคิดของบุคคล ทำลายความรู้สึกมีค่าของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองต่ำต้อยและเศร้ามาก (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556)

## 1.5 การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

ผู้ป่วยชายส่วนใหญ่จะมีอาการครั้งแรกเป็นแบบคลุ้มคลั่งส่วนผู้หญิงจะมีอาการครั้งแรกเป็นแบบซึมเศร้าส่วนใหญ่เริ่มเป็นขณะอายุ 15-24 ปี การเกิดครั้งแรกพบบ่อยว่าสัมพันธ์กับความกดดันในชีวิตของผู้ป่วยแต่ละครั้ง ระยะเวลาที่เป็นหากไม่ได้รับการรักษาโดยเฉื่อยนาน 4 เดือน ผู้ป่วยที่มาด้วยอารมณ์คลุ้มคลั่งครั้งแรกพบว่ามีโอกาสที่จะเป็นอีกร้อยละ 90 (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) โดยเพศหญิงจะมีอาการรุนแรงมากกว่าเพศชาย (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2546) Bipolar I disorder จะมีวงรอบของการเป็นเร็วในรอบปีใดปีหนึ่ง พบบ่อยในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย แต่ไม่เกี่ยวข้องกับรอบระดู บุคลิกภาพทุกชนิดมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว การพยากรณ์โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะดีกว่าโรคซึมเศร้า ในขณะที่ manic episode จะมีการพยากรณ์โรคดีกว่า major depressive episode ปัจจัยที่ทำให้การพยากรณ์โรคดีขึ้น เช่น การเป็น manic episode ในช่วงสั้น การเริ่มเป็นเมื่ออายุมาก การมีความคิดฆ่าตัวตายน้อย การไม่มีความผิดปกติทางจิตเวชอื่นร่วมด้วยหรือการไม่มีโรคร่างกายร่วมด้วย เป็นต้น ผู้ป่วยที่เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะเป็นครั้งเดียวในชีวิต คิดเป็นร้อยละ 7 เป็นมากกว่า 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 45 และเป็นเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 40 (ธวัชชัย ลิพหานาจ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549) ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยในสภาพหายจากโรค (Remission) ร้อยละ 25 และ มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ (Recurrent)

ร้อยละ 69.6 (Morgan, Mitchell & Jablensky, 2005) นอกจากนี้ยังพบว่าแม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ระหว่างการรักษาอย่างต่อเนื่องถึง ร้อยละ 73 มีโอกาสกลับเป็นซ้ำในเวลา 5 ปี อีกทั้งพบว่าสองในสามของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการกลับเป็นซ้ำมากกว่า 2 ครั้ง ขึ้นไป (Gitlin et al., 1995) โดยอาการรุนแรงที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้ง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำในอนาคตและทำให้การพยากรณ์โรคไม่ติลงเรื่อยๆ (Cusin et al., 2000)

### 1.6 ผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

เนื่องจากโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่รุนแรงผู้ป่วยเป็นซ้ำได้หลายครั้ง ตลอดชีวิต เป็นโรคที่พบอาการหลงเหลือและทุพพลภาพได้บ่อย ความสูญเสียและผลกระทบของโรคจึงมีได้ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และระบบเศรษฐกิจ

**1.6.1 ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย** ได้แก่ ไม่สามารถคุมตัวเองได้ บกพร่องในการทำหน้าที่ และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้ป่วยมีความผิดปกติของการพูดการคิด การกระทำ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ นอกจากนี้พบว่าถ้าอยู่ในระยะซึมเศร้าที่รุนแรงคือ ท้อแท้ มองโลกในแง่ร้าย มองว่าตนเองไร้ค่า จะนำไปสู่ความพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีความทุกข์ได้ (อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) ส่วนถ้าอยู่ในระยะคลุ้มคลั่งผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว เสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น (ธวัชชัย ลีพหนาจ, 2549)

**1.6.2 ผลกระทบต่อครอบครัว** ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมักพบว่ามีความบกพร่องในการทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเองในครอบครัว ที่กระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลรวมทั้งคู่สมรส และการดูแลครอบครัว โดยผู้ป่วยจะมีอัตราการหย่าร้างสูงเป็น 2-3 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะรู้สึกถึงภาระในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความเครียด เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 89 เกิดความเครียดและรู้สึกยากลำบากในการดูแลและจัดการกับอาการของผู้ป่วย (เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ, 2542)

**1.6.3 ผลกระทบต่อสังคม** เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีผลต่อความคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรงและการทำผิดกฎหมาย ซึ่งเป็นปัญหาทางสังคม การศึกษาในกลุ่มประชากรวัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ทำผิดกฎหมาย มีรายงานถึงอัตราการเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วของผู้ต้องขังในเรือนจำสูงเป็น 6 เท่าของประชากรทั่วไป (Quanbeck, Frye & Altshuler, 2003) ซึ่งจากการศึกษาโรคจิตเวชในผู้ต้องขังของไทยก็พบผู้ป่วยช่วงภาวะอาการคลุ้มคลั่ง ร้อยละ 1.4 (ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, 2545) นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยต้องขาดงาน ลางาน หรือตกงานได้ (Sajatovic, 2005) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประมาณร้อยละ 30-60 อาจไม่สามารถกลับสู่ปกติทางสังคมหรือการทำงานแม้อาการจะหมดไป (Charles, 2005)

**1.6.4 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ** จากการประเมินภาระต้นทุนของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศสหรัฐอเมริกา ของปีค.ศ. 1991 โดยคำนวณจากความชุกชีวิตในประชากรร้อยละ

1.3 มีมูลค่าถึง 45,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ โดยเป็นภาระต้นทุนโดยตรงทั้งรักษาพยาบาลและไม่ใช้ค่ารักษา 7,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ คิดเป็นร้อยละ 15.55 และมีภาระต้นทุนทางอ้อม 38,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ซึ่งในจำนวนนี้ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นต้นทุนจากการจากการสูญเสียรายได้จากการทำงาน (Wyatt & Henter, 1995) และจากการศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนการรักษาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศไทย พบว่าต้นทุนประสิทธิผล การรักษาผู้ป่วยให้ได้ผล 1 ราย ต้องมีต้นทุนถึงประมาณ 72,000 ถึง 82,000 บาทต่อปี (วัชชัย ลิฬหานาจ, สุวรรณ เรืองกาญจน เศรษฐ์ และธณชัย คงสกนธ์, 2545)

### 1.7 การบำบัดรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การบำบัดรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีหลายลักษณะซึ่งประกอบด้วย การบำบัดด้วยยา การบำบัดด้วยไฟฟ้าบำบัดทางจิตสังคมโดยมีรายละเอียด ดังนี้

**1.7.1 การบำบัดด้วยยา** มี 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะเฉียบพลัน ระยะต่อเนื่อง และระยะยาวหรือระยะอาการสงบ (วัชชัย ลิฬหานาจ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2545)

**1.7.1.1 ระยะเฉียบพลัน (Acute)** เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคและเข้าสู่การรักษา มักใช้เวลาประมาณ 2-10 สัปดาห์ ระยะนี้จะเน้นการปรับขนาดยาให้เหมาะสม คือตอบสนองต่อการรักษาสามารถบรรเทาโรค ซึ่งต้องคำนึงถึงความทนต่อการใช้ยาโดยไม่มีปัญหาผลข้างเคียงจากการใช้ยา ข้อมูลการรักษาในระยะเฉียบพลันมีดังนี้

1) ระยะ Manic episode การใช้ยาตัวเดียว กลุ่มยากงสภาพ อารมณ์ ได้แก่ Lithium กลุ่มยากันชัก ได้แก่ valproate, carbamazepine, lamotrigine, topiramate กลุ่มยาด้านโรคจิตกลุ่มยาใหม่ ได้แก่ riperidone, olanzapine, quetiapine, ziprasidone, aripiprazole

2) ระยะ Depressive episode การใช้ยาตัวเดียว กลุ่มยากงสภาพ ทางอารมณ์ ได้แก่ Lithium กลุ่มยากันชัก ได้แก่ valproate, lamotrigine, carbamazepine, gabapentin กลุ่มยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่ ได้แก่ olanzapine, quetiapine กลุ่มยากงสภาพอารมณ์ และกลุ่มยาด้านเศร้า ได้แก่ Lithium กับ SSRI เช่น Lithium + tricyclic, Lithium + Fluoxetine

**1.7.1.2 ระยะต่อเนื่อง (Continuation)** การสิ้นสุดการรักษาระยะเฉียบพลัน เป็นการเริ่มต้นการรักษาระยะต่อเนื่อง การมีอาการกำเริบ ทั้งมีอาการเพียงบางส่วนหรือมีอาการครบทั้งหมดเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญของการรักษาระยะนี้ ดังนั้นการรักษาระยะเฉียบพลันจึงยังคงรักษาในระดับเดิมที่ต่อไปเพื่อป้องกันการกำเริบ อาจใช้เวลา 3-5 เดือน ขึ้นอยู่กับการตอบสนองต่อการรักษา และสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยมีอาการหายเป็นปกติ ระยะนี้เน้นการป้องกันตอบสนองต่อการรักษาดีอาจมีการลดยา แต่หากยังคงมีอาการต้องพิจารณาเพิ่มยา

**1.7.1.3 ระยะยาว (Maintenance or Prophylaxis)** หรือ ระยะลดอาการสงบ

ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วส่วนใหญ่ต้องมีการรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิตเนื่องจากมีการเป็นกลับซ้ำให้อาการที่ป่วยหายระยะนี้วางแผนค่อยๆ ปรับลดยาที่รักษาอาการร่วมลง เมื่ออาการร่วมเหล่านั้นไม่มีแล้ว สิ่งที่ต้องพิจารณาในการรักษาระยะยาวมีหลายปัจจัย ทั้ง การดำเนินโรคว่ามีการป่วยด้วยระยะซึมเศร้าหรือคลุ้มคลั่งมากกว่ากัน ความรุนแรงของอาการป่วย การมีอาการโรคจิตร่วมด้วย จำนวนครั้งของการป่วยที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วย ความสามารถในการทนต่อยา (Tolerability) ในระยะยาวของผู้ป่วยส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา (Compliance) ในระยะยาว และความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยมีหลักการทั่วไปในการใช้ยา เพื่อสร้างให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องควรใช้ยาที่ผู้ป่วยสามารถทนต่อได้ ใช้ยาน้อยชนิดที่สุด รักษาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาโดยเร็วและเต็มที่

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่มีความซับซ้อนเรื้อรังการกลับเป็นซ้ำสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง การรักษาในปัจจุบันเปลี่ยนจากการเน้นที่การรักษาระยะเฉียบพลัน เป็นการรักษาระยะยาว หลักในการรักษาในระยะยาว นอกจากจะพิจารณาเลือกใช้ยาที่มีประสิทธิภาพแล้วยังต้องพิจารณาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการพยากรณ์โรค รวมถึงการใช้การรักษาทางจิตสังคมควบคู่ไปด้วย ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะพบผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการมากที่สุดในระยะยาวหรือระยะลดอาการสงบ (ธวัชชัย ลีพนานาจ และ สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2550)

**1.7.2 การบำบัดด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy; ECT)** มักทำในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่พยายามทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดประสาทหลอน (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2556) และยังสามารถใช้รักษาผู้ป่วยอารมณ์คลุ้มคลั่ง โดยเฉพาะรายที่มีอาการรุนแรง รักษายาก และมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อ Antimanic drugs (เบญจลักษณ์ มณีทอง, 2551)

**1.7.3 การรักษาด้วยจิตบำบัด (Psychotherapy)** การรักษาด้วยจิตบำบัดเป็นการใช้หลักการของสัมพันธภาพ ทั้งรายบุคคลและกลุ่ม ผู้บำบัดใช้การพูดคุยกับผู้ป่วย วิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การเข้าใจ การยอมรับปัญหา สาเหตุของปัญหา และมุ่งหาทางแก้ไข รวมทั้งการส่งเสริมการปรับตัวในทางที่ถูกต้องเหมาะสม (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2554) โดยใช้เทคนิคในการติดต่อสื่อสารที่ดี และสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่เหมาะสมตามสภาพปัญหาและความพร้อมของผู้ป่วย เช่น Milieu therapy, Behavior therapy, Group therapy และ Family Therapy เป็นต้น

## 1.8 การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีช่วงอารมณ์ 2 ช่วงคือ อารมณ์ซึมเศร้าและอารมณ์คลุ้มคลั่ง ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจึงประกอบด้วยพยาบาล 2 ระยะ ได้แก่

### 1.8.1 การพยาบาลในระยะซึมเศร้า (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2556)

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในระยะซึมเศร้า เน้นหลักการสำคัญดังนี้

1.8.1.1 การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยอารมณ์เศร้ามีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง ทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ จัดบุคลากรดูแลให้อยู่ในสายตา

1.8.1.2 การใช้เทคนิคการสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยรายบุคคล สร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

1.8.1.3 การสอนผู้ป่วย ใช้เทคนิคการสอนรูปแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัว ต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึง การสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

1.8.1.4 การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหาต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันและการดำเนินชีวิตในสังคม

1.8.1.5 การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟูทักษะการดำรงชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

1.8.1.6 การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย และครอบครัวเมื่อมีปัญหาภายหลังจำหน่าย

## 1.8.2 การพยาบาลในระยะคลุ้มคลั่ง (เพียร์ตี เปียมมงคล, 2556)

1.8.2.1 อาหารและน้ำผู้ป่วยไม่สามารถนั่งรับประทานได้นาน พยาบาลต้องช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามรับประทานอาหาร และกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเป็นระยะๆ เพื่อป้องกันการขาดน้ำ เน้นอาหารที่มีแคลอรีสูงเพื่อให้ผู้ป่วยได้อาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

1.8.2.2 จัดให้ผู้ป่วยได้พักเป็นระยะๆ เพื่อป้องกันการใช้พลังงานมากเกินไป

1.8.2.3 ดูแลด้านความสะอาดของร่างกายให้คำแนะนำกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการเป็นมาจนไม่สนใจที่จะดูแลความสะอาดของตนเองต้องคอยกระตุ้นเรื่องการขับถ่ายพยาบาลควรสังเกตและถามถึงการขับถ่ายของผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยอาจจะมีอาการข้างเคียงหรืออาการผิดปกติที่เกิดจากการได้รับยา lithium ได้

1.8.2.4 การนอนควรจัดให้ผู้ป่วยได้นอนหลับอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกายและให้ยานอนหลับตามแผนการรักษา หลีกเลี่ยงการรับประทานเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน

1.8.2.5 คอยสังเกตอาการข้างเคียงและอาการพิษที่เกิดจากการได้รับยา lithium เพื่อจะได้ให้ความช่วยเหลือได้ทันเวลา

1.8.2.6 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของการเจาะเลือดบ่อยๆ เพื่อระดับของยาที่เทียบในเลือดให้พอเหมาะกับผู้ป่วยเพื่อป้องกันอาการพิษของยาที่อาจเกิดขึ้น

1.8.2.7 หากผู้ป่วยมีความคิดว่าตนเองเก่ง หรือเหนือกว่าคนอื่น บางครั้งจะมีคำพูดชมคนอื่นต้องระวังการมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับผู้ป่วยคนอื่น พยาบาลต้องคำนึงว่าผู้ป่วยมีพลังกำลังมากต้องให้ผู้ผู้ป่วยได้ใช้กำลังที่มีอยู่ไปในทางที่เหมาะสม เช่นการออกกำลังกาย

## 2. ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

### 2.1 ความหมาย

Elizabeth (2003) กล่าวว่า ความรุนแรงของอาการ คือ ข้อบ่งชี้ของโรคหรือความผิดปกติ

Dennehy (2004) กล่าวว่า ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วคือการเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะซึมเศร้าและระยะคลุ้มคลั่ง

Moorhead, Johnson & Maas (2004) กล่าวว่า ความรุนแรงของอาการ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่ไม่พึงประสงค์ตามการรับรู้ ในทางกายภาพ อารมณ์ สังคม และหน้าที่ ของผู้ป่วย

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายของความรุนแรงไว้ว่า หนักมาก แรงแรงมาก เกินปกติ เช่น ดูอย่างรุนแรง คัดค้านอย่างรุนแรง ความคิดเห็นรุนแรง และให้ความหมายของอาการไว้ว่า ความเป็นอยู่ ความเป็นไป สภาพ เช่น อาการไข้

ดังนั้น ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่ไม่พึงประสงค์ทางด้านสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่มากเกินกว่าปกติ โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเมินได้จากระดับความมากขึ้นของอาการทั้งในระยะซึมเศร้าและระยะคลุ้มคลั่ง

### 2.2 การแบ่งระดับความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แบ่งระดับความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่งและซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ ขึ้นอยู่กับระดับความสามารถของการทำงานของผู้ป่วย คือ น้อย ปานกลาง มาก (สุชาติพหลภาคย์, 2542) ดังนี้

ระดับความรุนแรงน้อย (Mild level) เป็นระดับที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวสามารถสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย แต่ไม่มีการเสียหายของสถานะการทำงาน อย่างไรก็ตามผู้ป่วยใกล้คลุ้มคลั่ง (Hypomania) อาจปฏิเสธไม่ยอมรับว่ามีความผิดปกติในระดับนี้

ระดับความรุนแรงปานกลาง (Moderate level) เป็นระดับที่ผู้ป่วยเริ่มมีความบกพร่องเกี่ยวกับเรื่องการทำงาน มีปัญหาปรากฏชัดเจน เช่น ขาดงาน ไม่สามารถรับผิดชอบพื้นฐานทางสังคมบางอย่างได้

ระดับความรุนแรงมาก (Severe level) เป็นระดับที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ สม่่าเสมอเหมือนในอดีตที่เคยปฏิบัติได้ ระยะคลุ้มคลั่งหรือซึมเศร้ารุนแรงเป็นข้อบ่งชี้ว่า ผู้ป่วยควรต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล

### 2.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

โดยผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในชุมชนส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 50 จะมีความรุนแรงของอาการ (Symptom severity) หลงเหลืออยู่แม้จะได้รับการรักษาแล้ว (Gitlin et al., 1995; Harrow et al., 1990; Keck et al., 1998) ซึ่งมีปัจจัยที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการ (Brian, 2005) ดังนี้

#### 2.3.1 ปัจจัยด้านของครอบครัว

**2.3.1.1 ปัจจัยด้านการแสดงออกทางอารมณ์** การแสดงออกทางอารมณ์ที่มีการแสดงออกอย่างก้าวร้าว การวิพากษ์วิจารณ์และความไม่เป็นมิตรของสมาชิกในครอบครัว การแสดงออกเหล่านี้มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของอาการในโรคอารมณ์แปรปรวน (Miklowitz et al., 2000) การแสดงออกทางอารมณ์หากเกิดจากบิดามารดาจะรุนแรงกว่ามากกว่าคู่สามีภรรยา (Miklowitz, 2008) และในผู้ป่วยวัยรุ่นหากไม่ได้รับความอบอุ่นจากมารดาจะเป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ (Geller et al., 2002) สมาชิกในครอบครัวแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมอาจกระทำโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว เช่น ผ่านทางยีน หรือผ่านทางสภาพแวดล้อมการเลี้ยงดูที่ไม่ดี บิดามารดาที่เข้มงวด มักชอบกล่าวโทษและแสดงความโกรธต่อผู้ป่วย จากการทำ meta-analysis ถึงผลที่แสดงต่อกันภายในครอบครัวกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันอย่างรุนแรงมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70

**2.3.1.2 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม** ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่น้อยกว่าบุคคลปกติทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีอาการคลุ้มคลั่ง รุนแรง เนื่องจากบุคคลรอบข้างมักจะหวาดกลัวการแสดงออกอย่างคลุ้มคลั่ง ซึ่งก่อให้เกิดความหงุดหงิดและการเกลียดชังผู้ป่วย หากไม่มีการสนับสนุนการแสดงออกทางอารมณ์จะเป็นสาเหตุที่ทำให้ความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้น (Johnson et al., 2000)

#### 2.3.2 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

**2.3.2.1 ปัจจัยจากเหตุการณ์ชีวิตในด้านลบ** เหตุการณ์ชีวิตในด้านลบที่ไม่มีที่พึ่ง โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่ถูกกระตุ้นโดยตัวผู้ป่วยเองจะเพิ่มความเสี่ยงที่ในการกำเริบของโรคให้รุนแรงขึ้น และหายจากช่วงการเจ็บป่วยช้าลง เหตุการณ์รุนแรงในชีวิต เช่น สูญเสียสมาชิกในครอบครัว หรือ สูญเสียเพื่อนสนิทอย่างฉับพลัน ซึ่งเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต เป็นเหตุการณ์ที่สัมพันธ์กันระหว่างบุคคลจะมีอิทธิพลต่อความรุนแรงของอาการเป็นอย่างยิ่ง เหตุการณ์ชีวิตในด้านลบสิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญใน

การทำนายสาเหตุความเจ็บป่วยคือการเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย เช่น การแยกกันของคู่สมรส (Hammen, Ellicott & Gitlin, 1992)

**2.3.2.2 ความร่วมมือในการรับประทานยา** ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จะได้รับยาที่ทำให้อารมณ์คงที่ (Mood stabilizers) การมีความร่วมมือในการรักษาที่ไม่ดีเนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์ (Adverse reaction) เกิดขึ้นในช่วงครึ่งปีแรกของการรักษา ดังนั้นในช่วงครึ่งปีแรกของการรักษาจะมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำสูง มีความรุนแรงของการเกิดขึ้นได้ง่าย แต่หลังจากนั้นแล้วการรักษาด้วยยาจะให้ผลที่คล้ายคลึงกันทั้งการกลับเป็นซ้ำของโรคและการดีขึ้นของอาการ (Coryell et al., 1997) การให้ความรู้เรื่องยาจะทำให้ผู้ป่วยผูกติดกับยาที่ใช้ในการรักษา (Medication adherence) ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcome) ดีขึ้น สามารถลดการเกิดความรุนแรงของอาการ ลดจำนวนครั้งของการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล (Perlick, Rodenheck, Kaczynski, & Kozma. 2004)

**2.3.2.3 การจัดการตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน** ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ขาดความรู้และการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้องส่งผลต่อความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย เช่น ตรวจสอบการกำเริบของอาการ การดูแลสุขภาพทั่วไป สุขลักษณะการนอน และการดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย (Michalak et al., 2005) และหากผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการดำเนินโรคและปัจจัยกระตุ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจความผิดปกติทางอารมณ์ของตน สามารถดูแลตนเองได้ดีเพิ่มขึ้น ส่งผลให้สามารถควบคุมอาการคลุ้มคลั่งและซึมเศร้าได้ (Colom et al., 2003)

**2.3.2.4 ความยุ่งยากในการแก้ไขปัญหา** ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในด้านการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น มีปัญหาในการเข้าสังคมและมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นในเชิงลบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจและสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ป่วย (Michalak et al., 2005) การลดความรุนแรงของอาการจำเป็นต้องใช้การฝึกการแก้ปัญหา (Problem-solving training) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับปรุงพัฒนาความรับผิดชอบต่อน้ำที่ตนเอง เช่น สามารถกลับไปเรียน ทำงาน ทำงานบ้าน หรือแม้แต่การดูแลตนเองได้ (Miklowitz, 2008)

## 2.4 เครื่องมือประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

### 2.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงอาการคลุ้มคลั่ง

**2.4.1.1 Young Mania Rating Scale (YMRS)** เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดย Young et al. (1978) ออกแบบมาเพื่อวัดความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่ง ดูผลการเปลี่ยนแปลงต่อการรักษา และสามารถใช้ในการประเมินการกลับเป็นซ้ำ (Recurrent) ของโรค และข้อคำถามจะมีข้อที่เป็นอาการหลักของอาการในโรคนี้ รวมถึงข้อที่วัดความรุนแรงมากและรุนแรงน้อย



ของโรค ซึ่งแบบสอบถามนี้จะมีข้อความ 11 ข้อ ประกอบด้วย Elevated mood, Increased motor activity energy, Sexual interest, Sleep, Irritability, Speech (Rate and amount), Language-thought disorder, Content, Disruptive-aggressive behavior, Appearance and Insight. เป็นแบบวัดที่ผู้ประเมิน ผู้รักษาเป็นผู้ตอบตามข้อความ คะแนนรวมมีทั้งหมด 60 คะแนน โดยคะแนนเฉลี่ยของอาการที่เริ่มมีความผิดปกติจะอยู่ที่ 13 คะแนน 20-26 คะแนน จัดเป็นรุนแรงเล็กน้อย 26-38 คะแนนจัดเป็นรุนแรงปานกลาง คะแนนมากกว่า 38 คะแนนจัด เป็นรุนแรงมาก (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2548)

**2.4.1.2 Thai Young Mania Rating Scale (TMRS)** แบบวัดอาการคลุ้มคลั่ง ของ Young et al. (1978) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทยโดย รณชัย คงสกนธ์ และคณะ (2548) ใช้วัดความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่ง ประกอบด้วยข้อความ 11 ข้อ ได้แก่ 1) อารมณ์ครื้นเครง 2) การเพิ่มขึ้นของกิจกรรมการเคลื่อนไหว 3) ความสนใจทางเพศ 4) การนอนหลับ 5) ความหงุดหงิด 6) การพูด 7) ภาษาความผิดปกติของความคิด 8) เนื้อหาความคิด 9) พฤติกรรมก่อนความวุ่นวายก้าวร้าว 10) ลักษณะภายนอกการแต่งตัว 11) ความเข้าใจตนเอง แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อความ 11 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยผู้ประเมินจะต้องประเมินลักษณะอาการ และความรุนแรงของอาการตามข้อที่ระบุไว้ในแบบวัด แบบสอบถามYMRS จำนวน 11 ข้อ ผ่านการตรวจสอบ ผลความแม่นยำตรงจากการแปลและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ มีค่า item coefficient > 0.6 และมีค่าความเชื่อถือได้ ของค่า interrater Pearson's correlation = 0.87, Cronbach's alpha coefficient = 0.89 (รณชัย คงสกนธ์ และดาวชมพู พัฒนประภาพันธ์, 2548)

**2.4.1.3 Manic state Rating Scale** เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นที่ National Institute of Mental Health ในประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อใช้ในการประเมินผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง โดยสามารถใช้ต่อเนื่องในการติดตามผลการตอบสนองต่อการรักษา แนวทางของแบบประเมิน มีดังนี้คือ ผู้ป่วยจะถูกสังเกตพฤติกรรม 26 อย่าง แต่ละพฤติกรรมจะถูกประเมินในแง่ลบของความถี่และความรุนแรงด้วยคะแนนที่จัดไว้ คะแนนในแต่ละพฤติกรรมจะได้จากความสัมพันธ์ของความถี่และความรุนแรง (รัชชัย ลีพหานาจ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2549)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัด Thai Young Mania Rating Scale (TYMRS) เนื่องจากแบบวัดนี้การใช้ข้อความมีความกระชับสะดวกต่อการนำไปใช้และมีความเที่ยงของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

## 2.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการรุนแรงซึมเศร้า

**2.4.2.1 Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17)** แบบวัดนี้พัฒนาโดยศาสตราจารย์ Hamilton (1960) เป็นแบบวัดที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เชื่อถือได้ สามารถจำแนกผู้ที่มีอาการและไม่มีอาการได้ดี

รวมทั้งมีความไวในการวัดการเปลี่ยนแปลงอาการนอกจากนี้ยังมีจำนวนข้อไม่มากและใช้เวลาในการประเมินไม่มากนัก (Hamilton, 1960) มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) ได้พัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression เป็นภาษาไทย และได้รายงานทดสอบความเที่ยงและค่าความน่าเชื่อถือได้ของแบบวัดนี้ ว่าค่า Interrater reliability อยู่ในเกณฑ์ดี (Kappa เท่ากับ 0.87) (มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และจักรกฤษณ์ สุขยั้ง, 2539)

**2.4.2.2 Thai Depression Inventory** แบบวัดนี้ มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542) ได้ทำการพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย และได้มีการนำมาใช้เมื่อปี 2542 ใช้วัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตราประมาณค่าแบบเรียงลำดับ (Ordinal rating scale) มีข้อความ 20 ข้อ วัดอาการซึมเศร้า 6 ด้าน ได้แก่ 1) Anxiety 2) Suicide 3) Hypochondriasis 4) Lethargy 5) Social withdrawal 6) Psychomotor retardation

**2.4.2.3 Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)** สร้างมาจาก แนวคิดของ Stuart Montgomery และ Marie Asberg ในค.ศ. 1979 เป็นแบบประเมินที่มีความไวและเที่ยงตรงสูงต่อการเปลี่ยนแปลงของความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าและมีความน่าเชื่อถือเทียบเท่า HDRS จึงได้มีการนำแบบประเมินนี้มาใช้อย่างแพร่หลายในงานวิจัยโรคซึมเศร้าทางคลินิกระดับนานาชาติ (Montgomery & Asberg, 1979) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า MADRS ฉบับภาษาไทยได้ถูกพัฒนาขึ้นโดย รณชัย คงสกนธ์ และคณะ พบว่ามีค่าความถูกต้องในเนื้อหา 0.6-1.0 ซึ่งอยู่ในระดับดีถึงดีมาก และมีค่าความสอดคล้องภายใน 0.4-0.6 ซึ่งอยู่ในระดับดี และค่า Standardized Cronbach's alpha coefficient ของทั้งฉบับสูงถึง 0.8048 แสดงว่าโดยรวมแบบประเมินนี้สามารถนำมาใช้วัดภาวะซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี แบบวัดนี้ประกอบด้วย 10 ข้อ

คำถาม เป็นมาตราประมาณค่าแบบเรียงลำดับ ใช้วัดอาการซึมเศร้า 10 อาการ ดังนี้ 1) ความซึมเศร้าที่ปรากฏให้เห็น 2) ความซึมเศร้าที่รายงาน 3) ความตึงเครียดที่อยู่ภายใน 4) การนอนหลับที่ลดลง 5) ความอยากอาหารที่ลดลง 6) ปัญหาในการรวบรวมสมาธิ 7) ความอ่อนเปลี้ยเพลียแรง 8) การตอบสนองอารมณ์ที่ลดลง 9) ความคิดในด้านลบ 10) ความคิดฆ่าตัวตาย (รณชัย คงสกนธ์ และอวยชัยโรจนนรินทร์, 2546)

**2.4.2.4 Zung Self Rating Depression Scale (SDS)** สร้างโดย Zung (1965) เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้ามีทั้งหมด 20 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0-3 ตามระดับความรุนแรงของอาการ เดิมแบบประเมินนี้นิยมนำไปวัดซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ในระยะหลังแบบประเมินนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยมเนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ข้อดีของแบบประเมินนี้คือ สามารถวัดความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงสั้นๆ (พรพรรณ สุดใจ, 2552)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) เนื่องจากข้อคำถามมีจำนวนไม่มาก ค่อนข้างไวต่อระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และมีค่าความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับได้

### 2.4.3 เครื่องมือที่ใช้ประเมินความรุนแรงอาการคลุ้มคลั่งและอาการซึมเศร้า

2.5.3.1 Brief Bipolar Disorder Symptom Scale (BDSS) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ Dennehy et al, (2004) พัฒนามาจากแนวคิด Overall & Gorham(1962) และพัฒนาเป็นภาษาไทยโดยกรรณิการ์ เล่าประเสริฐสุข (2555) แบบประเมินได้ผ่านการตรวจสอบความแม่นยำตรงจากการแปล และตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ พบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือมีค่าเท่ากับ 1 และมีค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.89 (กรรณิการ์ เล่าประเสริฐสุข และคณะ, 2555) แบบประเมินความรุนแรงประกอบด้วยการประเมินความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่งและอาการซึมเศร้า มีทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ 1) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร 2) อารมณ์รุนแรง 3) มีความคิดเป็นใหญ่ 4) ร่าเริงผิดปกติ 5) การเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ 6) อารมณ์เศร้า 7) วิตกกังวล 8) หดหู่ 9) อารมณ์เรียบเฉย 10) เนื้อหาความคิดผิดปกติ โดยให้ค่าลำดับคะแนนเป็นระดับ คะแนน ดังนี้ 10 - 30 หมายถึง ความรุนแรงของอาการน้อย 31 - 51 หมายถึง ความรุนแรงของอาการปานกลาง 52 - 70 หมายถึง ความรุนแรงของอาการมาก (กรรณิการ์ เล่าประเสริฐสุข และคณะ, 2555)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัด Brief Bipolar Disorder Symptom Scale (BDSS) ใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากเป็นแบบวัดที่มีงานวิจัยในประเทศไทยได้นำเอาแบบประเมินดังกล่าวมาใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงเป็นที่ยอมรับและน่าเชื่อถือได้ เหมาะกับการประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในงานวิจัยนี้

## 2.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการรุนแรง

หลักการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการรุนแรง ไม่ว่าจะอยู่ในระยะซึมเศร้าหรือคลุ้มคลั่ง ใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) ดังนี้

2.5.1 การประเมินภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Affective) ด้านพฤติกรรม (Behavior) ด้านความคิด (Cognitive) และด้านสรีรวิทยา (Physiological) ซึ่งอารมณ์และด้านต่างๆ จะเกิดร่วมกันในลักษณะของกลุ่มอาการ และมีแนวทางในการประเมินดังนี้

2.5.1.1 ด้านอารมณ์ (Affective) ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ครั้นเครง สนุกสนาน มากกว่าปกติ มีอารมณ์ร่าเริงไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ คิดว่าตนเองยิ่งใหญ่ เป็นพระราชา อารมณ์สุข

ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยนี้จะไม่ยืนยาว ลักครู่จะเปลี่ยนเป็นหงุดหงิดเศร้าหมอง เมื่อถูกขัดใจ และถูกกระตุ้นให้เบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย จากสิ่งแวดล้อมรอบตัว

2.5.1.2 ด้านพฤติกรรม (Behavior) เนื่องจากผู้ป่วยมีความคิด ความรู้สึกและอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย และรวดเร็ว ดังนั้นพฤติกรรมจะไม่อยู่เฉย กระทำกิจกรรมต่างๆ มาก วุ่นวาย เช่น เดินไปเดินมา พุดรัว เร็ว เสียงดัง ใช้จ่ายเงินสิ้นเปลือง ชอบแต่งกายสีฉูดฉาด แต่งหน้าเข้มจัด ทำกิจกรรมต่างๆ ตลอดเวลา เจ้ากี้เจ้าการไม่ยอมนอน

2.5.1.3 ด้านความคิด (Cognitive) ผู้ป่วยมีมักมีความคิดฟุ้งซ่าน โลดแล่นอย่างรวดเร็ว ความคิดเปลี่ยนแปลงเร็วมาก หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นคนสำคัญและยิ่งใหญ่กว่าคนอื่น หมกมุ่นเรื่องเพศ หลงผิดคิดว่ามีคนปองร้าย

2.5.1.4 ด้านสรีรวิทยา (Physiological) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะไม่สนใจสภาพร่างกายของตนเอง ไม่อาบน้ำ ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่รับประทานอาหาร ไม่นอน มีสภาพร่างกายสกปรก อ่อนเพลีย ขาดอาหาร

**2.5.2 การวินิจฉัยทางการแพทย์** จากข้อมูลที่ได้ ประเมินได้ พยาบาลสามารถกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนการพยาบาล เช่น พฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น สูญเสียหน้าที่จากการทำงาน ขาดความสนใจในการดูแล สุขอนามัย ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ ไม่มีพลังกำลัง แยกตัวจากสังคม ล้มเหลวในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ความบกพร่องในความคิด ความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลง เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ

### 2.5.3 การวางแผนการพยาบาล

แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ การวางแผนระยะสั้นและการวางแผนระยะยาว

2.5.3.1 การวางแผนระยะสั้น มุ่งเน้นที่แผนการดูแล และกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องเร่งปฏิบัติในขณะที่ต้องอยู่โรงพยาบาล เช่น การป้องกันอันตราย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นทั้งภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัวของผู้ป่วย, การสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมการปรับตัว เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยระบายปัญหาและปรับตัวอย่างเหมาะสม, การส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีและพัฒนาคุณค่าในตนเอง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่มีพฤติกรรมเหมาะสมและเพิ่มคุณค่าให้ตนเอง, การดูแลช่วยเหลือด้านสรีรวิทยา เป็นการช่วยเหลือให้ได้นอนหลับพักผ่อน รับประทานอาหารได้เพียงพอ ป้องกันการขาดอาหาร อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

2.5.3.2 การวางแผนระยะยาว มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคตการปรับตัวในครอบครัวและสังคมเช่น การพัฒนาคุณค่าในตนเอง สนับสนุนความสามารถในการทำงาน การเผชิญปัญหา การปรับตัวในครอบครัวและสังคม เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ชีวิตของตนเอง การส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและคุณค่าแห่งตน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยหลุดถึงสิ่งที่จะสนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย และ

ความพึงพอใจของตน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพอนามัย ส่งเสริมการปรับตัวในการอยู่ร่วมกันในครอบครัวอย่างมีความสุข

#### 2.5.4 การปฏิบัติการพยาบาล

2.5.4.1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย ด้วยการให้ความยอมรับความเข้าใจ ไม่ตัดสิน และเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

2.5.4.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกคับข้องใจ ความไม่พอใจ ความคับข้องใจต่างๆ ออกมาและรับฟังผู้ป่วยอย่างสงบ เข้าใจ และให้การยอมรับในความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย

2.5.4.3 จัดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยให้มีสิ่งกระตุ้นความสนใจของผู้ป่วยน้อยที่สุด เช่น มีความเงียบสงบ ไม่มีเสียงดังรบกวน มีแสงสว่างพอสมควร ไม่จ้าเกินไป

2.5.4.4 จัดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยจากวัสดุ สิ่งของอันตรายที่ผู้ป่วยอาจนำมาเป็นอาวุธได้ เช่น วัสดุแหลมคม แก้ว กระจก ฝ้ายาวๆ เป็นต้น

2.5.4.5 เผื่อระวังการเกิดภาวะคลุ้มคลั่งของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด รวมทั้งสังเกตอาการเตือนต่างๆ ก่อนเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง หรือการทำร้ายตนเอง ที่ผู้ป่วยแสดงออกมาทางสีหน้าท่าทาง คำพูด

2.5.4.6 ให้การเสริมแรงทางบวกแก่ผู้ป่วย เช่นการให้กำลังใจ ให้คำชมเชย เป็นต้นเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมเหมาะสม

2.5.4.7 จัดให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมบำบัดต่างๆที่เหมาะสม เพื่อลดการปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆที่อาจเป็นอันตราย

2.5.4.8 เผื่อระวัง และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การทะเลาะวิวาท ทำร้ายร่างกายผู้อื่น

2.5.4.9 จำกัดพฤติกรรม (setting Limit) ของผู้ป่วยในกรณีที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นอย่างนุ่มนวล โดยระมัดระวังมิให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเป็นการลงโทษ หรือชู้บังคับ หรือลงโทษ

2.5.4.10 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียง การปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวทุกขั้นตอน พยาบาลต้องใช้เทคนิคและหลักการสื่อสารและสัมพันธภาพเป็นรายบุคคล โดยในระยะแรกจำเป็นต้องเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ การปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตามต้องพิจารณาถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แม้จะกำหนดแผนการพยาบาลไว้อย่างดีแล้ว พยาบาลต้องสังเกต ทบทวน และประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

## 2.5.5 การประเมินผล

เป็นการพิจารณาถึงความสำเร็จของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ดำเนินไปแล้ว ว่าบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใด โดยพิจารณาจากคำถามต่อไปนี้

- 2.5.5.1 ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากอาการต่างๆ ต่อไปนี้หรือไม่ เช่น อาการเหนื่อย หอบ อาการอ่อนเพลีย การขาดอาหาร น้ำดื่ม และการบำบัดด้วยยา
- 2.5.5.2 ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการกระทำของตนเอง จากการที่มีอาการ หลงผิด ประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง และซึมเศร้า
- 2.5.5.3 อาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย สับสน รวมทั้งอาการแยกตัว อาการ เศร้าลดน้อยลง
- 2.5.5.4 ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ นอนหลับพักผ่อนได้
- 2.5.5.5 อาการหว่ว หลงผิด ประสาทหลอนในผู้ป่วยลดลง
- 2.5.5.6 ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น
- 2.5.5.7 ผู้ป่วยและญาติมีสัมพันธภาพดีต่อกัน
- 2.5.5.8 ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ ไม่กลับเป็นซ้ำ
- 2.5.5.9 ครอบครัวผู้ป่วย หรือญาติผู้ดูแล ให้ความร่วมมือในการดูแล และติดตาม การรักษาของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

## 3. สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation)

### 3.1 ความหมาย

Anderson et al. (1980) ได้ให้ความหมายว่า สุขภาพจิตศึกษา เป็นรูปแบบการให้การ บริการด้านความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชหรือการเจ็บป่วยทางจิต มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย จิตเวช ญาติที่ต้องการการช่วยเหลือทางจิตใจ โดยให้ความรู้ความเข้าใจ และเพิ่มทักษะในการเผชิญ ปัญหา ขจัดความคิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ร่วมกับการปรับประคับประคองจิตใจร่วมด้วย

### 3.2 เป้าหมายการให้สุขภาพจิตศึกษา ประกอบด้วยดังนี้

- 3.1 เพื่อป้องกันอาการกำเริบและการกลับป่วยซ้ำ
- 3.2 เพื่อลดความรุนแรงของกลุ่มอาการ
- 3.3 เพื่อลดความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง
- 3.4 เพื่อให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ทางจิตสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- 3.5 เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา
- 3.6 เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดเนื่องจาก เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้

อาการทางจิตกำเริบ (Colom & vieta. 2006)

**3.3 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา** แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ (Williams, 1989; Anderson et al., 1980) พอสรุปได้ ดังนี้

3.3.1 สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (individual Psychoeducation) เป็นรูปแบบการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยโดยเฉพาะขณะที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา ได้ฝึกทักษะการดูแลตนเองได้

3.3.2 สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม (group Psycho education) เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือญาติเป็นรายกลุ่มทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาลโดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วย

3.3.3 สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายครอบครัว เป็นการเน้นให้ครอบครัวเกิดความเข้มแข็งในการสร้างสัมพันธภาพและร่วมกันแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสมร่วมทั้งให้ความร่วมมือกับผู้ป่วย

### 3.4 องค์ประกอบสุขภาพจิตศึกษา

เนื้อหาของ การให้สุขภาพจิตศึกษาได้มีผู้พัฒนา เป็นโปรแกรมทั้งแบบสั้นและแบบยาว โดยแต่ละ session จะมีโครงสร้างที่ชัดเจน โดยส่วนใหญ่จะมีเนื้อหาของแต่ละ session คล้ายๆกัน ดังนี้

3.4.1 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คืออะไร

3.4.2 อาการของโรคในแต่ละระยะ

3.4.3 การติดตามอาการ

3.4.4 ความร่วมมือในการรักษา

3.4.5 การรักษาด้วยยากกลุ่มต่างๆ

3.4.6 การสังเกตอาการเตือน

3.4.7 แบบแผนการชีวิต

3.4.8 การคลายความเครียดด้วยตนเอง ร่วมทั้งการพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย

### 3.5 ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม

ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้งควรใช้เวลาประมาณ 1-1.30 ชั่วโมง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) และจำนวนครั้งของการสอนโดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะสั้น (brief psychoeducation) และระยะยาว (long psychoeducation) โดยระยะสั้น (brief psychoeducation) มีจำนวน 6-9 ครั้ง ส่วนระยะยาว (long psychoeducation) มีจำนวน 20-22 ครั้ง (Basco and Rush, 2005)

**3.6 คุณสมบัติของผู้นำกลุ่ม** ผู้ที่ทำหน้าที่สอนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพต้องมีความรู้และทักษะเบื้องต้นในเรื่องเกี่ยวกับความรู้ที่สอนหลักและเทคนิควิธีการสอนและการใช้สื่อในการให้ความรู้ ผู้สอนควรฝึกการให้ความรู้ และกลยุทธ์ในการสอนที่เหมาะสมกับผู้เรียน ประกอบด้วยดังนี้

3.6.1 วิธีการให้ความรู้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ โดยทั่วไปใช้วิธีการสอนโดย การบรรยาย การสาธิตและฝึกปฏิบัติการ การอภิปรายรายบุคคล และการอภิปรายกลุ่ม

3.6.2 สื่อการสอน เป็นสิ่งสำคัญช่วยให้การเรียนรู้ของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้ต่อเนื่องผู้ป่วยได้มีการทบทวนและทำความเข้าใจเนื้อหาด้วยตนเองง่ายขึ้น ตัวอย่างสื่อการสอนได้แก่เอกสารแผ่นพับ หนังสือ คู่มือการปฏิบัติการด้วยตนเอง เอกสารประกอบการให้ความรู้ภาพพลิก

3.6.3 หลักการให้ความรู้ การสอนควรยึดหลักการดังนี้

3.6.3.1 สอนในสิ่งที่ผู้เรียนอยากรู้หรือให้ความสนใจ

3.6.3.2 เนื้อหาในการให้ความรู้ควรต่อเนื่องจากความรู้เดิมที่ผู้เรียนมีอยู่ ผู้สอนอาจทบทวนความรู้เดิมก่อน จากนั้นจึงเริ่มเพิ่มพูนความรู้ใหม่ ดังนั้นผู้สอนจึงต้องประเมินความรู้พื้นฐานของผู้เรียนด้วย

3.6.3.3 ปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้เรียน

3.6.3.4 ผู้เรียนและผู้สอนต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

3.6.3.5 มีการประเมินผลการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาการสอนที่เหมาะสม

3.6.3.6 การพัฒนาสมรรถนะของผู้สอนในการประเมินปัญหาและการประเมินผลในการจัดเตรียมโปรแกรมการให้ความรู้ การประเมินที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ข้อมูลที่แม่นยำและครบถ้วน ทำให้ผู้สอนจำแนกประเด็นปัญหาต่างๆ ได้

**3.7 ขนาดของกลุ่ม** จำนวนสมาชิกกลุ่มที่เหมาะสมไม่ควรมากหรือน้อยจนเกินไปโดยจำนวนสมาชิกที่เหมาะสม คือ 6-10 คน และหากสมาชิกมีมากเกินไปจะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กันไม่ทั่วถึง เกิดกลุ่มย่อยภายในกลุ่มได้ (Yalom. 1975)

## 4. สื่อสังคมออนไลน์

### 4.1 ความหมาย

ราชบัณฑิตยสถาน (2554) ได้บัญญัติ คำว่า “Social Media” ไว้ว่า “สื่อสังคม” หมายถึง สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นสื่อกลางที่ให้บุคคลทั่วไป มีส่วนร่วมสร้างและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ ผ่าน อินเทอร์เน็ตได้ สื่อเหล่านี้เป็นของบริษัท ต่างๆ ให้บริการผ่านเว็บไซต์ของตน เช่น เฟซบุ๊ก (Facebook) ไฮไฟฟ์ (Hi5) (อ่านว่า ไฮ-ไฟฟ์) ทวิตเตอร์ (Twitter) วิกิพีเดีย (Wikipedia) ฯลฯ



นาวิก นำเสียง (2554) ให้คำจำกัดความว่า เป็นที่ที่ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน โดยใช้สื่อต่างๆ เป็นตัวแทนในการสนทนา โดยได้มีการจัดแบ่งประเภทของสื่อสังคม ออนไลน์ ออกเป็นหลายประเภท เช่น ประเภท สื่อสิ่งพิมพ์ (Publish) ที่มี Wikipedia, Blogger เป็นต้น ประเภทสื่อแลกเปลี่ยน (Share) ที่มี YouTube Flickr Slide Share เป็นต้น ประเภทสื่อสนทนา (Discuss) ที่มี MSN Skype Google Talk เป็นต้น

แสงเดือน ผ่องพุ่ม (2556) ให้ความหมายของสื่อสังคมออนไลน์ว่าเป็นส่วนหนึ่งของเทคโนโลยีเว็บ 2.0 เป็นเครื่องมือที่ทำงานบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตและเครือข่ายโทรศัพท์เคลื่อนที่ที่อนุญาตให้แต่ละบุคคลเข้าถึง แลกเปลี่ยน สร้างเนื้อหา และสื่อสารกับบุคคลอื่นๆ รวมถึงการเข้าร่วมเครือข่ายออนไลน์ต่างๆ การสื่อสารเป็นแบบสองทาง

สรุป สื่อสังคมออนไลน์ หมายถึงเครื่องมือที่ทำงานบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในการปฏิบัติการทางสังคม (Social Tool) เพื่อใช้ติดต่อสื่อสารระหว่างกันบนเครือข่ายทางสังคม (Social Network) ผ่านทางเว็บไซต์และโปรแกรมประยุกต์บนสื่อที่มีการเชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ต โดยเน้นให้ผู้ใช้ทั้งที่เป็นผู้ส่งสารและผู้รับสารมีส่วนร่วม (Collaborative) อย่างสร้างสรรค์ ในการผลิตเนื้อหาขึ้นเอง (User-Generate Content: UGC) ในรูปของข้อมูล ภาพ และเสียง

## 4.2 ประเภทสื่อสังคมออนไลน์

ประเภทของสื่อสังคมออนไลน์แบ่งได้ดังนี้ (แสงเดือน ผ่องพุ่ม, 2556)

4.2.1 เครือข่ายสังคม (Social networking site) เป็นเว็บไซต์ที่บุคคลหรือหน่วยงานสามารถ สร้างข้อมูลและเปลี่ยนแปลงข้อมูล เผยแพร่ รูปภาพ ภาพเคลื่อนไหว โดยที่บุคคลอื่นสามารถ เข้ามาแสดงความเห็น หรือเผยแพร่ สนทนาโต้ตอบ ได้ ตัวอย่างได้แก่ Facebook Badoo Google+ Linkdin และ Orkut เป็นต้น

4.2.2 ไมโครบล็อก (Micro-blog) เป็น เว็บไซต์ที่ใช้เผยแพร่ข้อมูลหรือข้อความสั้น ในเรื่อง ที่สนใจเฉพาะด้าน รวมทั้งสามารถใช้เครื่องหมาย # (Hashtag) เพื่อเชื่อมต่อกับกลุ่มคนที่มีความสนใจในเรื่องเดียวกัน ได้ ตัวอย่างได้แก่ Twitter Blauk Weibo Tout และ Tumble เป็นต้น

4.2.3 เว็บไซต์ที่ให้บริการแบ่งปันสื่อออนไลน์ (Video and photo sharing website) เป็นเว็บไซต์ที่ให้ผู้ใช้งานสามารถฝากหรือนำสื่อข้อมูล รูปภาพ วิดีโอขึ้นเว็บไซต์เพื่อแบ่งปันกับผู้อื่น ตัวอย่างได้แก่ Flickr Vimero Youtube Instagram และ Pinterest เป็นต้น

4.2.4. บล็อกส่วนบุคคลและองค์กร (Personal and corporate blogs) เป็นเว็บไซต์ ที่ผู้เขียนบันทึกเรื่องราวต่างๆ เสมือนเป็นบันทึกไดอารีออนไลน์ สามารถเขียนในลักษณะไม่เป็นทางการ และแก้ไขได้บ่อย ตัวอย่างได้แก่ Blogger Wordpress Bloggang และ Exteen เป็นต้น

4.2.5 บล็อกที่มีสื่อสิ่งพิมพ์เป็นเจ้าของ เว็บไซต์ (Blogs hosted by media outlet) เป็นเว็บไซต์ที่ใช้ในการนำเสนอข่าวสารของสื่อสิ่งพิมพ์ มีความเป็นทางการน้อยกว่าสื่อสิ่งพิมพ์ แต่มีรูป

แบบและความเป็นทางการมากกว่าบล็อก ตัวอย่าง คือ theguardian.com เจ้าของคือหนังสือพิมพ์ The Guardian

4.2.6 วิกีและพื้นที่สาธารณะของกลุ่ม (Wikis and online collaborative space) เป็นเว็บไซต์สำหรับพื้นที่สาธารณะออนไลน์ เพื่อรวบรวมข้อมูลและเอกสาร ตัวอย่างได้แก่ Wikipedia Wikia เป็นต้น

4.2.7 กลุ่มหรือพื้นที่แสดงความคิดเห็น (Forums, discussion board and group) เป็นเว็บไซต์หรือกลุ่มจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ที่มีการแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ มีทั้งที่เป็นกลุ่มส่วนตัวและสาธารณะ ตัวอย่างได้แก่ Google groups Yahoo groups เป็นต้น

4.2.8 เกมออนไลน์ที่มีผู้เล่นหลายคน (Online multiplayer gaming platform) เป็นเว็บไซต์ที่นำเสนอในลักษณะการเล่นเกมนออนไลน์ ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ซึ่งสามารถเล่นทั้งคนเดียวและเล่นได้เป็นกลุ่ม ตัวอย่างได้แก่ Second life และ World of Warcraft เป็นต้น

4.2.9 ข้อความสั้น (Instant messaging) เป็นการส่งข้อความสั้นจากโทรศัพท์เคลื่อนที่

4.2.10 การแสดงตนว่าอยู่ ณ สถานที่ใด (Geo-spatial tagging) เป็นการแสดง ตำแหน่งที่อยู่พร้อมความเห็นและรูปภาพในสื่อสังคมออนไลน์ ตัวอย่างได้แก่ Facebook และ Foursquare เป็นต้น

### 4.3 Facebook

Facebook คือเว็บไซต์ที่ให้บริการเครือข่ายสังคมออนไลน์ผ่านอินเทอร์เน็ต หรือเรียกได้ว่าเป็น Social Network ถูกก่อตั้งโดย มาร์ก ซักเคอร์เบิร์ก เป็นบริการบนอินเทอร์เน็ตที่จะทำให้ผู้ใช้สามารถติดต่อสื่อสารและร่วมทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งหรือหลายๆ กิจกรรมกับผู้ใช้ Facebook คนอื่นๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นการตั้งประเด็นถามตอบในเรื่องที่สนใจ โพสต์รูปภาพ โพสต์คลิปวิดีโอ เขียนบทความหรือบล็อก แชทคุยกันแบบสดๆ เล่นเกมส์แบบเป็นกลุ่ม และยังสามารถทำกิจกรรมอื่นๆ ผ่านแอปพลิเคชันเสริม (Applications) ที่มีอยู่อย่างมากมาย

#### 4.3.1 ประโยชน์ Facebook กับการเรียนรู้ร่วมกัน

Facebook มีการแบ่งปันเรื่องราว ความรู้ แง่คิด ประสบการณ์ ทำให้เราเรียนรู้เรื่องราวชีวิตของผู้อื่น สามารถนำสิ่งที่ได้มาปรับใช้ได้ การเรียนรู้ร่วมกันผ่าน Facebook ทำได้โดยสร้างกลุ่มเพื่อการเรียนรู้เรื่องที่เราสนใจร่วมกัน และสามารถนำ Facebook ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน โดยใช้เป็นกิจกรรมหลัก หรือการเสริมบทเรียน โดยการสร้างเป็นกลุ่มเรียนแล้วนำเสนอสื่อการสอนในรูปแบบของเนื้อหา บทความ สื่อมัลติมีเดีย การนำเสนอผลงาน ผลงาน ฯลฯ ทำให้เกิดความน่าสนใจ เรียนรู้ได้ตลอดเวลา ครูและนักเรียนสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ผ่านการพูดคุย แสดงความคิดเห็น การสอบถาม การให้คำแนะนำและคำปรึกษา ได้โดยไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การเรียนรู้เกิดขึ้นตลอดเวลา ผู้ที่มีโอกาสเรียนรู้มากย่อมได้เปรียบ จะเห็นได้ว่า Facebook

สามารถสร้างประโยชน์โดยเป็นแหล่งเรียนรู้ได้อีกช่องทางหนึ่ง นอกจากนี้ Facebook มีซอฟต์แวร์ประยุกต์ใช้ หรือ แอปพลิเคชัน (Applications) เพื่อการศึกษาจำนวนมากที่จะช่วยอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สอนในการเตรียมเนื้อหาการสอนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ใหม่ๆ ยกตัวอย่างเช่น “ไฟล์ (Files)” สำหรับอัปโหลดเพิ่มข้อมูลให้กับผู้เรียน “เมกอะควิช (Make a Quiz)” สำหรับสร้างคำถามออนไลน์เพื่อทดสอบความรู้ของผู้เรียน “คาเลนเดอร์ (Calendar)” สำหรับสร้างปฏิทินแจ้งเตือนกำหนดการต่างๆ “คอร์ส (Course)” สำหรับจัดการเนื้อหาการเรียนการสอน นอกจากนี้ ยังมีแอปพลิเคชันที่จะช่วยอำนวยความสะดวกในการเรียนและแบ่งปันเรื่องราวที่เป็นประโยชน์ในการเรียนรู้สำหรับผู้เรียน ตัวอย่างเช่น “วีริต (weRead)” สำหรับจัดการรายชื่อหนังสือให้ผู้สนใจร่วมแสดงความคิดเห็น และ “คลาสโน้ตส์ (Class Notes)” สำหรับถ่ายภาพในขณะที่ครูผู้สอนเขียนเนื้อหาบนกระดาน หรือคัดลอกเนื้อหาที่เรียน แล้วนำไปโพสต์เพื่อแบ่งปันผู้อื่นได้ (ศรีศักดิ์ จามรมาน, 2554)

สรุปได้ว่า สื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) เป็นการสื่อสารที่นิยมกันมาก ในสังคมปัจจุบัน เนื่องจากเป็นสื่อที่ผู้ส่งสารสามารถแบ่งปันสารในรูปแบบต่าง ๆ ได้ต่อกันระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร โดยเฉพาะสื่อสังคมออนไลน์ประเภท Facebook เป็นสื่อที่มีนิยมใช้กันมาก สามารถติดต่อสื่อสาร สามารถแบ่งปันเรื่องราว ความรู้ แง่คิด ประสบการณ์ ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และเกิดการเรียนรู้ได้ทุกหนทุกแห่ง สามารถสะดวกเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในสังคมปัจจุบัน หากนำเอาศักยภาพและคุณประโยชน์ของสื่อสังคมประเภท Facebook มาใช้ในการศึกษาอย่างเป็นระบบแล้ว น่าจะเชื่อได้ว่าคงเกิดประโยชน์ของการสร้างการสื่อสารทางการศึกษาได้อย่างมีคุณค่าและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด และถือเป็นการสื่อสารข้อมูลที่เข้าถึงได้ง่ายในปัจจุบัน (สุรศักดิ์ ปาเฮ, 2554)

#### 4.4 หลักการเรียนรู้ทางสื่อสังคมออนไลน์

หลักการเรียนรู้ทางสื่อสังคมออนไลน์ ของ Jonassen (1995) ประกอบด้วย 7 หลักดังนี้

**4.4.1 การตื่นตัว (active)** รูปแบบจำลองของการเรียนรู้แบบตื่นตัว สนับสนุนการสร้างความรู้แบบอิสระ โดยสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่ถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้เรียนได้จริง และทำให้ผู้เรียนนำไปปฏิบัติได้ในโลกแห่งความเป็นจริง สิ่งแวดล้อมเหล่านี้จะสอนนักศึกษาให้เป็นผู้สร้างสรรค์ความรู้ที่ตื่นตัวเสมอ (active learner of knowledge)

**4.4.2 การสร้างสรรค์ (constructive)** ทฤษฎีการสร้างสรรค์เป็นประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่ง การเน้นสาระสำคัญในหลักการสร้างสรรค์ คือการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ตื่นตัวตลอดเวลา ผู้เรียนสามารถสร้างสรรค์ความคิดใหม่โดยใช้พื้นฐานความรู้ในอดีตหรือปัจจุบัน ความรู้ที่นำมาใช้ควรจะเข้ากันได้ในการสนทนาระหว่างนักศึกษากับอาจารย์ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับอาจารย์ทำให้มีการค้นหาประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมมือกันแก้ปัญหาทำให้เกิดการเรียนรู้ที่

ผู้เรียนสร้างสรรค์ความรู้ของตนเองขึ้นมา โดยการปรุงแต่งจากความรู้หรือประสบการณ์เก่าเพื่อสร้างความหมายและความเข้าใจให้เกิดขึ้น

**4.4.3 การร่วมมือกันเรียน (collaborative)** วิธีการสอนให้เกิดความร่วมมือในการเรียน โดยใช้ทฤษฎีที่ทำให้เกิดพฤติกรรมและการรู้คิดในการเรียนและทฤษฎีอื่น ๆ ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันการร่วมมือกันในการเรียนมีผลลัพธ์คล้ายกับทฤษฎีการเรียนรู้จากพฤติกรรมที่เน้นทฤษฎีการรู้คิด สนับสนุนให้ใช้วิธีการร่วมมือกันในการศึกษาหาความรู้ การเรียนรู้ทางสังคมนี้เกิดจากการทำงานที่มีวัตถุประสงค์เป้าหมายหลัก คือการร่วมมือกันเรียนเป็นกลุ่ม เน้นว่าความคิดที่คล้ายคลึงกัน คือการมีปฏิสัมพันธ์ในการเข้าสังคมซึ่งเป็นพื้นฐานของการพัฒนาการรู้คิดเป็นวิธีการเรียนรู้ความคิดที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากการเข้าสังคม

**4.4.4 ความตั้งใจเรียน (intentional)** นักทฤษฎีด้านการรู้คิดระบุว่าพื้นฐานของความตั้งใจเรียน คือนักศึกษาควรจะต้องแสดงให้เห็นถึงความตั้งใจในการควบคุมการเรียนรู้ของตนเองที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตั้งเป้าหมายการรู้คิดของตนเอง การเรียนรู้การใช้ทักษะและการมีวินัยในตนเอง การเรียนรู้ที่มีวินัยในตนเอง หมายถึง “การเรียนรู้ที่มีลักษณะต้นตัว มีเป้าหมาย มีวินัยในตนเอง มีแรงจูงใจ และรู้คิดในงานวิชาการของนักศึกษาแต่ละคน”

**4.4.5 การสนทนา (conversational)** การสนทนา การติดต่อสื่อสาร และกลุ่มผู้เรียนได้รับการสนับสนุนด้วยเครื่องมืออินเทอร์เน็ต เป็นเรื่องสำคัญที่นักศึกษาจะต้องเรียนรู้การใช้อีเมล รายชื่อผู้ให้บริการและ ห้องสนทนา (chat rooms) เพื่อให้ผู้เรียนจะสามารถติดต่อสื่อสารและร่วมมือกันทำงานเป็นกลุ่มบนอินเทอร์เน็ตได้ เครื่องมือการติดต่อสื่อสาร เช่น อีเมล รายชื่อผู้ให้บริการห้องสนทนา และกลุ่มข่าว (newsgroup) ทำให้ผู้เรียนบนเว็บมียานพาหนะแบบเสมือนจริงและแบบจริงมีการสนทนากันโดยตรง ได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ มีสถานที่สำหรับส่งข่าวสาร แลกเปลี่ยนผลประโยชน์มีกิจกรรมการร่วมมือกันในชั้นเรียน มีการตั้งคำถามและแลกเปลี่ยนที่อยู่ทางอีเมล

**4.4.6 การร่วมกันคิดแก้ไขปัญหา (contextualized)** การเรียนแบบร่วมกันคิดแก้ปัญหาเป็นกิจกรรม หรือเป้าหมายที่ทำให้การเรียนน่าสนใจ โดยจัดให้นักศึกษาอยู่ในบริบทและวัฒนธรรมของเรื่องที่จะเรียน การร่วมมือกันเรียนจะให้โอกาสแก่นักศึกษาในการพัฒนาการใช้เครื่องมือการรู้คิดที่จำเป็นในการเรียนและควบคุมการทำงานได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้สภาพแวดล้อมของการเรียนแบบร่วมมือกันทำให้นักศึกษามีโอกาสร่วมในกลุ่มการเรียนรู้ ยินยอมให้นักศึกษาศึกษาแสวงหาความรู้และทักษะจากผู้เชี่ยวชาญ รับเอาความเชื่อและพฤติกรรมของกลุ่มการเรียนรู้และการสอนยึดหลักทฤษฎีการเรียนรู้ที่สนับสนุนบรรยากาศการเรียนแบบร่วมมือกัน

**4.4.7 การคิดอย่างรอบคอบ (reflective)** ความสำคัญของผู้เรียนที่คิดอย่างละเอียดรอบคอบเกือบทุกทฤษฎีของการเรียนรู้จะมองคัมภีร์ประกอบของการคิดอย่างรอบคอบ แต่ทฤษฎีการเรียนรู้ที่สำคัญก็ไม่ได้กล่าวถึงการคิดอย่างรอบคอบว่ามีบทบาทสำคัญอย่างไรในกิจกรรมการรู้คิดใน

ทัศนะของนักทฤษฎีสรรสร้างสรรคกล่าวถึง ความจำเป็นในการคิดอย่างรอบคอบว่า กระบวนการเรียนจะ เกี่ยวข้องกับการใช้ความรู้ในการทำงานในความพยายามที่จะเรียนรู้ด้วยความเข้าใจ จะเห็นได้ว่าการ คิดอย่างรอบคอบเป็นความสามารถอย่างหนึ่ง “ที่ทำให้เกิดการรู้คิดในแผนงานที่จะทำ”

## 5. การพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์


จากปัญหาความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบว่าเป็นปัญหาที่ สำคัญและควรได้รับการรักษาและบำบัดให้ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดของ Colom et al. (2003) ที่มีระดับขั้นตอนการบำบัด 3 ระดับคือ ระดับที่ 1 เน้นให้ผู้ป่วยตระหนักในโรคที่เป็นอยู่ รับรู้อาการเตือนของโรค และร่วมมือใน การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ระดับที่ 2 เน้นให้ผู้ป่วยควบคุมความเครียด หลีกเลี่ยงการใช้สาร เสพติด มีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม มีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ได้ ระดับที่ 3 เน้นให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาและสามารถมีแนวปฏิบัติการดูแลตนเองได้อย่าง ถูกต้อง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง มีความร่วมมือในการ รับประทานยาต่อเนื่อง มีทักษะการสังเกตอาการเตือนและสามารถจัดการกับอาการเตือนและสิ่ง กระตุ้นได้ มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สม่ำเสมอ มีทักษะการเผชิญปัญหาและจัดการความเครียดได้ ด้วยตนเอง และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง มาประยุกต์ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้ทางสื่อสังคม ออนไลน์ของ Jonassen (1995) ทั้ง 7 ข้อดังนี้ 1) การตื่นตัว, 2) การสร้างสรรค์, 3) การร่วมมือกัน เรียน, 4) การสนทนา, 5) การตั้งใจเรียน, 6) การร่วมกันคิดแก้ไขปัญหา, และ 7) การคิดอย่างรอบคอบ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องให้มากที่สุดผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ โปรแกรม Facebook ซึ่งเป็นช่องทางที่สะดวกในการเข้าถึงความรู้ และเป็นช่องทางในการกระตุ้นความรู้และกระตุ้นทักษะ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง

ผู้วิจัยได้ศึกษาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดของ Colom et al. (2003) แล้วพบว่าในเนื้อหาบางกิจกรรมมีความซ้ำซ้อนกัน ดังนั้นเพื่อเป็นการลดความซ้ำซ้อนดังกล่าว ผู้วิจัย จึงปรับให้มีจำนวนครั้งของการดำเนินกิจกรรมลดลงโดยรวมกิจกรรมที่มีเนื้อหาคล้ายคลึงหรือซ้ำซ้อน กันเข้าด้วยกัน ให้เหลือการดำเนินกิจกรรมเพียงครั้งเดียว โดยมีเนื้อหาที่ครอบคลุมดังเดิม กิจกรรม ประกอบไปด้วยสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มจำนวน 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ 60 นาที ภายหลังจากกิจกรรมที่ 1-5 จะมีการกระตุ้นการให้ความรู้และการนำทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริง ผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์โปรแกรม Facebook โดยใช้แนวคิดหลักการเรียนรู้ทางสื่อสังคมออนไลน์ ของ Jonassen (1995) มาประยุกต์ให้มีความสอดคล้องกับกิจกรรมและบริบทของผู้ป่วย โดยมี รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 1 การประยุกต์โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์

กิจกรรมเดิมของ Colom et al. (2003)	แนวคิดการเรียนรู้ทางสื่อสังคมออนไลน์ Jonassen(1995)	กิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ที่ผู้วิจัยพัฒนา
<p>ระดับที่ 1 เน้นให้ผู้ป่วยตระหนักในโรคที่เป็นอยู่ รับรู้อาการเตือนของโรค และร่วมมือในการรับประทานยา</p> <p><b>กิจกรรมที่1</b> สร้างสัมพันธภาพและแนะนำโปรแกรม</p> <p><b>กิจกรรมที่2</b> ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว</p> <p><b>กิจกรรมที่3</b> สาเหตุการเกิดโรคและปัจจัยกระตุ้น</p> <p><b>กิจกรรมที่4</b> อาการคลุ้มคลั่ง และ hypomania</p> <p><b>กิจกรรมที่5</b> อาการซึมเศร้า และ Mix</p>	<p>Jonassen (1995) ซึ่งมีหลักสำคัญทางการเรียนรู้ 7 ข้อดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การตื่นตัว</li> <li>2) การสร้างสรรค์</li> <li>3) การร่วมมือกันเรียน</li> <li>4) การสนทนา</li> <li>5) การตั้งใจเรียน</li> <li>6) การร่วมกันคิดแก้ไขปัญหา</li> <li>7) การคิดอย่างรอบคอบ</li> </ol>	<p><b>กิจกรรมที่ 1</b> พัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพการบอกวัตถุประสงค์และให้ความรู้เรื่อง โรค อาการแสดง สาเหตุการเกิดโรค และการรักษา ผู้วิจัยได้รวบรวมเนื้อหา กิจกรรมที่ 1-2 , 4-6 และ11,12 เข้าไว้ด้วยกัน ในกิจกรรมเดียวเนื่องจากมีเนื้อหาที่ คล้ายคลึงกันโดยเน้นให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ในเรื่องโรคที่ เป็นอยู่ รับรู้ถึงอาการแสดง รวมไปถึงเข้าใจในเรื่องแบบแผนการรักษา</p> <p><b>การกระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์ โปรแกรม Facebook</b> เน้นให้ผู้ป่วยมีความตื่นตัว มีความคิดสร้างสรรค์ มีการสนทนา และร่วมกันคิดแก้ไขปัญหาย่างรอบคอบ ภายใต้การสร้างความตื่นตัวโดยการใช้สื่อ คลิปวิดีโอ ภาพการ์ตูนในการให้ความรู้ และกระตุ้นทักษะ การใช้คำถามในการกระตุ้นให้นำความรู้และทักษะใหม่มาปรับใช้ในชีวิตประจำวันอย่างสร้างสรรค์ ใช้การสนทนาภายในกลุ่มและรายบุคคลเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติ หากมีปัญหาและอุปสรรคมีการร่วมกันคิดวิเคราะห์และจัดการปัญหาอย่างรอบคอบ</p> <p><b>กิจกรรมที่ 2</b> เพิ่มทักษะการจัดการอาการเตือนและสิ่งกระตุ้น ประกอบไปด้วยการให้ความรู้ เรื่องอาการเตือน และสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ รวมทั้งวิธีสังเกตและ</p>

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

กิจกรรมเดิมของ Colom et al. (2003)	แนวคิดการเรียนรู้ทาง สื่อสังคมออนไลน์ Jonassen(1995)	กิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ที่ผู้วิจัยพัฒนา
<p><b>กิจกรรมที่6</b> การดำเนินโรคและผลลัพธ์ทาง</p> <p><b>กิจกรรมที่7</b> การรักษาด้วยยา Mood stabilizer</p> <p><b>กิจกรรมที่8</b> การรักษาด้วยยา Antimanic agents</p> <p><b>กิจกรรมที่9</b> การรักษาด้วยยา Antidepressants</p> <p><b>กิจกรรมที่10</b> ระดับยาในเลือด (Lithium, Carbamazepine, and Valproate)</p> <p><b>กิจกรรมที่11</b> การตั้งครรภ์และการถ่ายทอดทางพันธุกรรม</p> <p><b>กิจกรรมที่12</b> การรักษาด้วยยากับการหยุดยา</p> <p><b>กิจกรรมที่13</b> ความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับทางเลือกอื่นในการ</p>		<p>วิธีการจัดการกับอาการเตือนที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการกำเริบของอาการ ผู้วิจัยได้รวบรวมเนื้อหากิจกรรมที่ 3 และ14-17เข้าไว้ด้วยกันในกิจกรรมเดียวเนื่องจากมีเนื้อหาที่คล้ายคลึงกันโดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้อาการเตือนและสิ่งกระตุ้นสามารถจัดการกับอาการดังกล่าวได้เพื่อป้องกันการกำเริบของอาการ</p> <p><b>การกระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์ โปรแกรม Facebook</b> เน้นให้ผู้ป่วยมีความตื่นตัว มีความคิดสร้างสรรค์ มีการสนทนา และร่วมกันคิดแก้ไขปัญหาอย่างรอบคอบ ภายใต้การสร้างความคิดเห็นตัวโดยการใช้สื่อ คลิปวิดีโอ ภาพการ์ตูนในการให้ความรู้และกระตุ้นทักษะ การใช้คำถามในการกระตุ้นให้นำความรู้และทักษะใหม่มาปรับใช้ในชีวิตประจำวันอย่างสร้างสรรค์ ใช้การสนทนาภายในกลุ่มและรายบุคคลเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติ หากมีปัญหาและอุปสรรคมีการร่วมกันคิดวิเคราะห์และจัดการปัญหาอย่างรอบคอบ</p> <p><b>กิจกรรมที่ 3 ความร่วมมือในการรับประทานยาและการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา</b> ประกอบด้วยทำให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยา ผลกระทบจากการหยุดยา อาการข้างเคียง และการจัดการกับอาการข้างเคียง รวมไปถึงการฝึก</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

กิจกรรมเดิมของ Colom et al. (2003)	แนวคิดการเรียนรู้ทาง สื่อสังคมออนไลน์ Jonassen(1995)	กิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ที่ผู้วิจัยพัฒนา
<p>รักษา</p> <p><b>กิจกรรมที่14</b> ให้ ความรู้เกี่ยวกับ อันตรายจากการดื่ม แอลกอฮอล์และการ ใช้ยาอื่นร่วมด้วย</p> <p><b>กิจกรรมที่15</b> อาการ เดือนคลุ้มคลั่ง และ Hypomania</p> <p><b>กิจกรรมที่16</b> อาการ เดือนซึมเศร้า</p> <p><b>กิจกรรมที่ 17</b> การ ป้องกันกลับเป็นซ้ำ</p>	 <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p>ทักษะการจัดการ จัดยา ผู้วิจัยได้รวบรวมเนื้อหา กิจกรรมที่ 7-10และกิจกรรมที่12- 13 เข้า ไว้ด้วยกันในกิจกรรมเดียวเนื่องจากมีเนื้อหา ที่คล้ายคลึงกันโดยเน้นให้ผู้ป่วยร่วมมือใน การรักษาด้วยยา จัดยาเองได้ถูกต้อง รับประทานยาต่อเนื่องตามเกณฑ์การรักษา</p> <p><b>การกระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคม ออนไลน์ โปรแกรม Facebook</b> เน้นให้ ผู้ป่วยมีความตื่นตัว มีความคิดสร้างสรรค์ มี การสนทนา และร่วมกันคิดแก้ไขปัญหา อย่างรอบคอบ ภายใต้การสร้างความรู้ความตื่นตัว โดยการใช้สื่อคลิปวิดีโอ ภาพการ์ตูนในการ ให้ความรู้และกระตุ้นทักษะ การใช้คำถาม ในการกระตุ้นให้นำความรู้และทักษะใหม่มา ปรับใช้ในชีวิตประจำวันอย่างสร้างสรรค์ ใช้ การสนทนาภายในกลุ่มและรายบุคคลเพื่อ สนับสนุนการปฏิบัติ หากมีปัญหาและอุป สรรคมีการร่วมกันคิดวิเคราะห์และจัดการ ปัญหาอย่างรอบคอบ</p>
<p><b>ระดับที่ 2</b> เน้นให้ ผู้ป่วยควบคุม ความเครียด หลีกเลี่ยงการใช้สาร เสพติด มีรูปแบบการ ดำเนินชีวิตที่</p>	<p>Jonassen (1995) ซึ่งมี หลักสำคัญทางการ เรียนรู้ 7 ข้อดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การตื่นตัว</li> <li>2) การสร้างสรรค์</li> <li>3) การร่วมมือกันเรียน</li> </ol>	<p><b>กิจกรรมที่ 4 พัฒนาการจัดการแบบ แผนการดำเนินชีวิต</b> ประกอบด้วยทำให้ ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป แบบ แผนการดำเนินชีวิต การปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน สุขลักษณะการนอน การออก กำลังกาย กิจกรรมทางสังคม เน้นให้ผู้ป่วย</p>



ตารางที่1 (ต่อ)

กิจกรรมเดิมของ Colom et al. (2003)	แนวคิดการเรียนรู้ทาง สื่อสังคมออนไลน์ Jonassen(1995)	กิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ที่ผู้วิจัยพัฒนา
<p>เหมาะสม</p> <p><b>กิจกรรมที่18</b> แบบแผนการดำเนินชีวิตที่สม่ำเสมอ</p>	<p>4) การสนทนา 5) การตั้งใจเรียน</p> <p>6) การร่วมกันคิดแก้ไขปัญหา</p> <p>7) การคิดอย่างรอบคอบ</p>	<p>เกิดความตระหนักในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ถูกต้องตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม มีแนวทางในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง</p> <p><b>การกระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์ โปรแกรม Facebook</b> เน้นให้ผู้ป่วยมีความตื่นตัว มีความคิดสร้างสรรค์ มีการสนทนา และร่วมกันคิดแก้ไขปัญหาอย่างรอบคอบ ภายใต้การสร้างความคิดตื่นตัวโดยการใช้สื่อ คลิปวิดีโอ ภาพการ์ตูนในการให้ความรู้และกระตุ้นทักษะ การใช้คำถามในการกระตุ้นให้นำความรู้และทักษะใหม่มาปรับใช้ในชีวิตประจำวันอย่างสร้างสรรค์ ใช้การสนทนาภายในกลุ่มและรายบุคคลเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติ หากมีปัญหาและอุปสรรคมีการร่วมกันคิดวิเคราะห์และจัดการปัญหาอย่างรอบคอบ</p>
<p><b>ระดับที่ 3</b> เน้นให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาและโรคที่เป็นอยู่</p> <p><b>กิจกรรมที่19</b> เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด</p>	<p>Jonassen (1995) ซึ่งมีหลักสำคัญทางการเรียนรู้ 7 ข้อดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การตื่นตัว</li> <li>2) การสร้างสรรค์</li> <li>3) การร่วมมือกันเรียน</li> <li>4) การสนทนา</li> <li>5) การตั้งใจเรียน</li> </ol>	<p><b>กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียด</b> ประกอบไปด้วยการให้ความรู้และฝึกทักษะในการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียดเน้นให้ผู้ป่วยมีทักษะในการเผชิญปัญหากับโรคที่เป็นอยู่และปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน สามารถเลือกวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้</p>

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

กิจกรรมเดิมของ Colom et al. (2003)	แนวคิดการเรียนรู้ทาง สื่อสังคมออนไลน์ Jonassen(1995)	กิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ที่ผู้วิจัยพัฒนา
กิจกรรมที่ 20 การ เผชิญปัญหา	6) การร่วมกันคิดแก้ไข ปัญหา 7) การคิดอย่าง รอบคอบ	ด้วยตนเอง การกระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคม ออนไลน์ โปรแกรม Facebook เน้นให้ ผู้ป่วยมีความตื่นตัว มีความคิดสร้างสรรค์ มี การสนทนา และร่วมกันคิดแก้ไขปัญห อย่างรอบคอบ ภายใต้การสร้างความตื่นตัว โดยการใช้สื่อ คลิปวิดีโอ ภาพการ์ตูนในการ ให้ความรู้และกระตุ้นทักษะ การใช้คำถาม ในการกระตุ้นให้นำความรู้และทักษะใหม่มา ปรับใช้ใน ชีวิตประจำวันอย่างสร้างสรรค์ ใช้ การสนทนา ภายในกลุ่มและรายบุคคลเพื่อ สนับสนุนการปฏิบัติ หากมีปัญหาและอุป สรรคมีการร่วมกันคิดวิเคราะห์และจัดการ ปัญหาอย่างรอบคอบ
กิจกรรมที่ 21 สรุป		กิจกรรมที่ 6 สรุปและทบทวนการแก้ไข ปัญหา เป็นการดำเนินกิจกรรมเพื่อทบทวน ความรู้และทักษะต่างๆ ตลอดจนปัญหาและ แนวทางแก้ไข

## 6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กนกรัตน์ พิมพ์รุณ (2549)เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ศึกษาในผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามาธิบดีจำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่ามีความรู้ชีวิตต่ำสุดในด้านการถูกจำกัดบทบาทอัน

เนื่องจากปัญหาทางความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่งและอาการซึมเศร้า รองลงมาคือด้านสุขภาพทั่วไป และรับรู้ประสิทธิผลในการจัดการกับอาการด้วยตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

กรณีการ เล่าประเสริฐสุข (2555) ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 44 คน ผลการศึกษาพบว่า พบว่าการบำบัดที่เน้นครอบครัวสามารถลดความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่งและอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Perry et al. (1999) ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพื่อการรับรู้ถึงอาการเริ่มต้นของอาการกำเริบซ้ำ และการรักษาที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 69 ปี แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน ภายหลังจากให้สุขภาพจิตศึกษา 18 เดือน พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของอาการคลุ้มคลั่งที่มีระยะเวลาที่ยาวนาน การทำหน้าที และการประกอบอาชีพ

González-Ortega et al. (2016) ได้ศึกษาการทดลองการให้สุขภาพจิตศึกษาผ่านอินเทอร์เน็ตตอนไลน์ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศยุโรป ได้นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเป็นเครื่องมือในการดำเนินการโดยใช้อินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางในการให้ข้อมูล ทำการทดลองโดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน โปรแกรมประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบออนไลน์ทั้งหมด 9 Session สัปดาห์ละครั้ง ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น มีความร่วมมือในการใช้ยา และลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและคลุ้มคลั่ง ป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Depp et al. (2015) ได้ศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาผ่านทางโทรศัพท์สมาร์ตโฟนเพื่อศึกษาความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วศึกษาในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชในเมืองแซนดีเอโก ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 82 คน โปรแกรมประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษา 4 Session พบว่าสามารถลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Lauder et al. (2015) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินผลการเปรียบเทียบของสองโปรแกรมออนไลน์ (www.mood swings.net.au) รุ่นพื้นฐานที่เรียกว่า MoodSwings (MS) มีเนื้อหาที่ให้สุขภาพจิตศึกษา กับ MoodSwings พลัส (MS-Plus) ที่มีเนื้อหาการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการให้การบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) ร่วมด้วย ผลการศึกษาพบว่าทั้งสองกลุ่มสามารถลดอาการ เพิ่มการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน พัฒนาคุณภาพชีวิต และการรับประทานยาสม่ำเสมอ

Latalova et al. (2014) ได้พัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาผ่านทางอินเทอร์เน็ตในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โปรแกรมที่พัฒนา ชื่อว่า E-Program for Bipolar Affective Disorder (EPROBAD) ซึ่งประกอบไปด้วย 12 Module โดยทดลองใช้กับผู้ป่วย 20 คน ในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ใน Olomouc ในสาธารณรัฐเช็ก พบว่ามีประสิทธิภาพในเรื่องความร่วมมือในการ

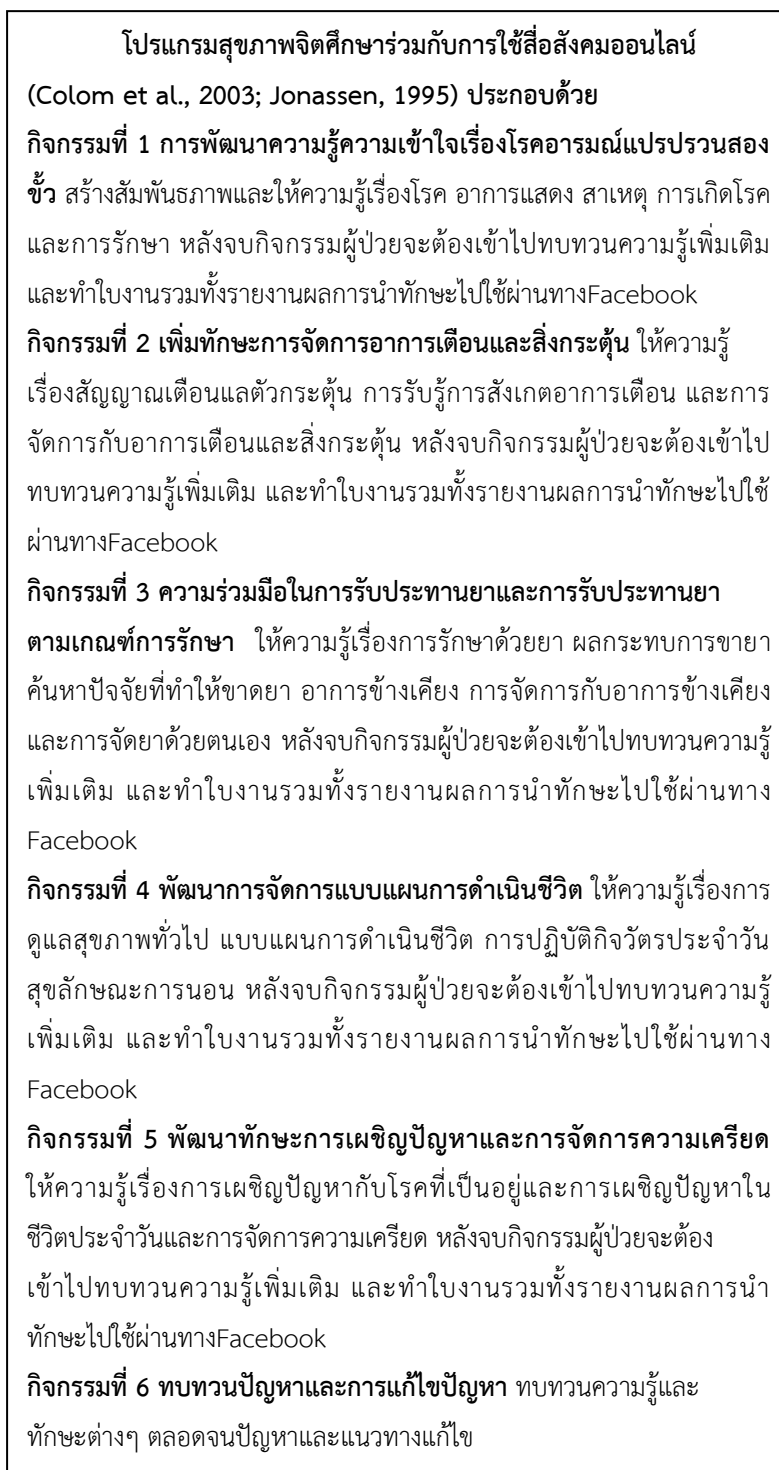
ใช้ยา การรับรู้ถึงอาการเตือน สามารถจัดการกับอาการเตือน มีทักษะในการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียด และทักษะการเข้าสังคม ส่งผลให้อาการกำเริบลดน้อยลง ลดจำนวนครั้งของ mood episode ลง เพิ่มระยะห่างของการเจ็บป่วยในแต่ละ episode ลงได้

Colom et al. (2003) ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศสเปน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 60 คน และกลุ่มควบคุม 60 คน หลังการทดลองได้มีการติดตามผลภายใน 2 ปี ผลการศึกษาพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาได้ผลดีต่อการกำเริบของอาการหรือการกลับป่วยซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Miklowitz et al. (2003) ได้ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวจะเป็นตัวทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรค และความรุนแรงของอาการศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับครอบครัวบำบัดร่วมกับยา ติดตามในระยะเวลา 2 ปี พบว่าการวิพากษ์วิจารณ์ของครอบครัวส่งผลต่ออาการคลุ้มคลั่ง และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

สรุปได้ว่า การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในครั้งนี้นำแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นการจัดการกระทำกับปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการส่งผลให้ความรุนแรงของอาการลดน้อยลง ดังแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัย

## 7. กรอบแนวคิดการวิจัย



ความรุนแรง  
ของอาการ  
(Dennehy et  
al., 2004)

### บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน (Nonequivalent comparison-group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และเพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้ (Burns & Grove, 1997)

O1	X	O2	กลุ่มทดลอง
O3		O4	กลุ่มควบคุม

O1 หมายถึง การประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์

O2 หมายถึง การประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์

O3 หมายถึง การประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วก่อนได้รับการพยาบาลปกติ

O4 หมายถึง การประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วหลังได้รับการพยาบาลปกติ

X หมายถึง การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์ ICD-10 (F 31.0-31.9) ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 (F 31.0-31.9) ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา

ราชชนรินทร์ ทั้งชายและหญิง อายุ 20-59 จำนวน 40 คน โดยพิจารณาจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) มีคะแนน 13 - 17 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง)
2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการคลุ้มคลั่งโดยใช้แบบวัดอาการคลุ้มคลั่ง Thai Mania Rating Scale: TMRS มีคะแนน 21 - 25 คะแนน (มีภาวะคลุ้มคลั่งในระดับปานกลาง)
3. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น
4. สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและสามารถใช้โปรแกรมFacebookได้

#### เกณฑ์ในการคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการคลุ้มคลั่งไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้
2. กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการแทรกซ้อนทางกาย

#### ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบกึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยควรมีกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยแต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 15 คน และหากเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลเกิดการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ (Normality) ซึ่งมีผลต่ออำนาจการทดสอบเพิ่มมากขึ้นและมีค่าความแปรปรวนลดลง (Glove, Burn & Gray, 2013) ดังนั้นค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด ดังนั้นงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง 40 คน เพื่อป้องกันการถอนตัวระหว่างการทดลอง (Drop out) กำหนดแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน เพื่อให้เหมาะสมและมีความเป็นไปได้สำหรับการทำวิจัยในครั้งนี้

#### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ ในวันที่ 27 มีนาคม 2561 และได้ขออนุญาตเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยได้ทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 30 คน และทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 5 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง โดยได้ทดลองใช้เครื่องมือที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนครินทร์

3. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ในช่วงวันที่ 27 มีนาคม 2561 ถึงวันที่ 3 เมษายน 2561 โดยพิจารณาตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก

4. ผู้วิจัยเข้าไปคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่แผนกเวชระเบียนโดยคัดกรองเบื้องต้นจากผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดและนัดมารับยาเดิมในแต่ละวัน โดยคัดกรองจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (F 31.0-31.9) และได้ทำการติดเครื่องหมายที่แฟ้มประวัติของผู้ป่วย เพื่อให้จุดนัดแจ้งผู้ป่วยว่าให้มาพบผู้วิจัยหลังพบแพทย์

5. ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินอาการคลุ้มคลั่งโดยใช้แบบวัดอาการคลุ้มคลั่ง Thai Mania Rating Scale: TMRS และแบบประเมินอาการซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) และในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการคลุ้มคลั่ง 21-25 คะแนน (มีภาวะคลุ้มคลั่งปานกลาง) และกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอาการซึมเศร้า 13 - 17 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง)

6. เมื่อได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยหากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะให้ลงชื่อในใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

7. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงจะมีอาการรุนแรงมากกว่าเพศชาย (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2546) และจับคู่ระดับอาการซึมเศร้าและคลุ้มคลั่ง เนื่องจากระดับอาการซึมเศร้าและคลุ้มคลั่งมีความรุนแรงของอาการแตกต่างกัน (Colom et al., 2003)

8. เมื่อคัดเลือกจากแบบประเมินอาการซึมเศร้าและคลุ้มคลั่งแล้วได้ทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามที่กล่าวไปแล้วข้างต้นจนครบ 20 คู่แล้ว ผู้วิจัยได้ทำการจับฉลากสุ่มแบบเทียม โดยจับฉลากชื่อของผู้ป่วยแต่ละคู่ ชื่อที่จับได้เป็นชื่อใครจะให้เข้ากลุ่มทดลอง ส่วนที่เหลือก็เข้ากลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 การจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แบ่งตาม เพศ คะแนนอาการซึมเศร้า และคะแนนอาการคลุ้มคลั่ง

คนที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	เพศ	ซึมเศร้า	คลุ้มคลั่ง	เพศ	ซึมเศร้า	คลุ้มคลั่ง
1	หญิง	ปานกลาง	เริ่มผิดปกติ	หญิง	ปานกลาง	เริ่มผิดปกติ
2	หญิง	น้อย	ปานกลาง	หญิง	น้อย	ปานกลาง
3	หญิง	น้อย	ปานกลาง	หญิง	น้อย	ปานกลาง
4	หญิง	น้อย	ปานกลาง	หญิง	น้อย	ปานกลาง
5	หญิง	น้อย	ปานกลาง	หญิง	น้อย	ปานกลาง
6	หญิง	ปานกลาง	เริ่มผิดปกติ	หญิง	ปานกลาง	เริ่มผิดปกติ
7	หญิง	ปานกลาง	เริ่มผิดปกติ	หญิง	ปานกลาง	เริ่มผิดปกติ
8	หญิง	ปานกลาง	เริ่มผิดปกติ	หญิง	ปานกลาง	เริ่มผิดปกติ
9	ชาย	ปานกลาง	เริ่มผิดปกติ	ชาย	ปานกลาง	เริ่มผิดปกติ
10	ชาย	น้อย	ปานกลาง	ชาย	น้อย	ปานกลาง
11	ชาย	ปานกลาง	เริ่มผิดปกติ	ชาย	ปานกลาง	เริ่มผิดปกติ
12	ชาย	ปานกลาง	เริ่มผิดปกติ	ชาย	ปานกลาง	เริ่มผิดปกติ
13	หญิง	น้อย	ปานกลาง	หญิง	น้อย	ปานกลาง
14	หญิง	น้อย	ปานกลาง	หญิง	น้อย	ปานกลาง
15	ชาย	น้อย	ปานกลาง	ชาย	น้อย	ปานกลาง
16	หญิง	น้อย	ปานกลาง	หญิง	น้อย	ปานกลาง
17	ชาย	น้อย	ปานกลาง	ชาย	น้อย	ปานกลาง
18	ชาย	น้อย	ปานกลาง	ชาย	น้อย	ปานกลาง
19	ชาย	น้อย	ปานกลาง	ชาย	น้อย	ปานกลาง
20	ชาย	น้อย	ปานกลาง	ชาย	น้อย	ปานกลาง

## ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		รวมทั้งหมด (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	9	45.0	9	45.0	18	45.0
หญิง	11	55.0	11	55.0	22	55.0
อายุ (ปี)						
20-29 ปี	8	40.0	9	45.0	17	42.5
30-39 ปี	6	30.0	8	40.0	14	25.0
ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป	6	30.0	3	15.0	9	22.5
Mean±SD	32.80±8.33		30.65±7.69		31.73±7.99	
Min-Max	20 - 46		20-46		20 - 46	
นับถือศาสนา						
พุทธ	19	95.0	19	95.0	38	95.0
คริสต์	1	5.0	1	5.0	2	5.0
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	3	15.0	0	0.0	3	7.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	20.0	2	10.0	6	15.0
อนุปริญญา/ปวส.	4	20.0	6	25.0	10	25.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	7	35.0	9	45.0	16	40.0
ปริญญาตรี	2	10.0	3	15.0	5	12.5

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		รวมทั้งหมด (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
งานบ้าน	2	10.0	2	10.0	4	10.0
ค้าขาย	4	20.0	4	20.0	8	20.0
เกษตรกรรม	3	15.0	0	0.0	3	7.5
รับจ้าง	0	0.0	3	15.0	3	7.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	15.0	2	10.0	5	12.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	35.0	9	45.0	16	40.0
อื่น (ธุรกิจส่วนตัว)	1	5.0	0	0.0	1	2.5
สถานภาพ						
โสด	12	60.0	17	85.0	29	72.5
คู่	7	35.0	3	15.0	10	25.0
หม้าย/หย่า/แยก	1	5.0	0	0.0	1	2.5
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย						
1 - 10 ปี	15	75.0	14	70.0	29	72.5
11 - 20 ปี	4	20.0	5	25.0	9	22.5
21 - 30 ปี	1	5.0	1	5.0	2	5.0
Mean±SD	7.50±5.53		9.25±7.41		8.38±6.51	
Min-Max	5.5 (1-25)		7.5 (1-30)		6.0 (1-30)	
จำนวนครั้งที่มีการรุนแรง						
1 - 2 ครั้ง	3	15.0	3	15.0	6	15.0
3 - 4 ครั้ง	8	40.0	6	30.0	14	35.0
ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป	9	45.0	11	55.0	20	50.0
Mean±SD	5.10±3.95		6.70±4.85		5.90±4.44	
Min-Max	3.0 (1-15)		5.0 (2-20)		4.5 (1-20)	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		รวมทั้งหมด (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่ได้รับการรักษา ในโรงพยาบาล						
1 – 2 ครั้ง	4	20.0	4	20.0	8	20.0
มากกว่า 2 ครั้ง	16	80.0	16	80.0	32	80.0
Mean±SD	5.25±4.42		6.80±5.33		6.03±4.90	
Min-Max	4.0 (1-20)		5.0 (1-20)		4.0 (1-20)	

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำโครงสร้างฉบับสมบูรณ์ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทุกชุดนำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ เพื่อผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย โดยผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวเอง ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งมีการชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการพยาบาล และการรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด และในระหว่างการดำเนินการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยจนครบตามระยะเวลาที่กำหนด สามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการพยาบาลและการรักษาเช่นกัน เน้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงข้อมูลทั้งหมดที่ผู้วิจัยได้รับจากการวิจัยจะถือเป็นความลับ การนำเสนอต่าง ๆ จะมีการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และกลุ่มตัวอย่างจะต้องรักษาความลับเช่นกัน ในส่วนของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาที่ใช้โปรแกรม Facebook สนับสนุนการกระตุ้นความรู้และทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวันนั้น ผู้วิจัยได้จัดตั้งเป็นกลุ่มแบบลับ คือเป็นกลุ่มที่ไม่มีใครรู้ว่าเราเป็นสมาชิกในกลุ่มนี้ ไม่มีใครเห็นกลุ่มนี้ได้ นอกจากจะถูกเชิญเข้าร่วมกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มเท่านั้นถึงจะเห็นโพสต์หรือ

ข้อความได้ เพราะฉะนั้นข้อความทั้งหมดจะเห็นได้เฉพาะสมาชิกในกลุ่มเท่านั้น บุคคลภายนอกจะไม่สามารถเห็นและเข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลต่างๆของกลุ่มตัวอย่างจะไม่เปิดเผยและจะเก็บเป็นความลับ และหากกลุ่มตัวอย่างมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยตลอดเวลา หลังจากนั้นผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างหากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ แบบประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และแบบสัมภาษณ์การจัดการกับอาการด้วยตนเอง
2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS)

#### รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้

##### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาจากแนวคิด Colom et al. (2003) ประยุกต์ร่วมกันกับแนวคิดการเรียนรู้ทางสื่อสังคมออนไลน์ของ Jonassen (1995) โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1.1.1 ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัยทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎี แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ร่วมด้วยทั้งในประเทศและต่างประเทศรวมทั้งเนื้อหาในประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยพบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของ Colom et al. (2003) เป็นการให้ความรู้เรื่องโรค อาการแสดง การรักษา และส่งเสริมทักษะการจัดการกับอาการเตือนและสิ่งกระตุ้น ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาให้สม่ำเสมอ มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม รวมไปถึงการมีทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียด ซึ่งความรู้และทักษะดังกล่าวสามารถจัดการกระทำกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการให้ลดลงได้ และเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง ผู้วิจัยพบว่าการนำเอาสื่อสังคมออนไลน์มาเป็นช่องทางในการกระตุ้นความรู้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวกมากขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจมากขึ้นและเป็นการกระตุ้นทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการลดน้อยลง จึงได้นำหลักการเรียนรู้ทางสื่อสังคมออนไลน์ของ Jonassen (1995) มาประยุกต์ใช้ร่วมกันในงานวิจัยครั้งนี้

1.1.2 ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยได้นำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาและจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบททั้งในด้านเนื้อหาความรู้และด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับการให้การพยาบาลในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีปัญหาในเรื่องอาการรุนแรง โดยได้บูรณาการองค์ความรู้ให้เข้ากับโครงสร้างของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดของ Colom et al. (2003) และการเรียนรู้ทางสื่อสังคมออนไลน์ของ Jonassen (1995) โดยกิจกรรมประกอบไปด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มจำนวน 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยภายหลังกิจกรรมที่ 1-5 จะมีการกระตุ้นการให้ความรู้และการนำทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริงทางสื่อสังคมออนไลน์โปรแกรม Facebook ด้วยการโพสต์เนื้อหาความรู้ ข้อคำถาม และมอบหมายงานให้ทำเกี่ยวกับกิจกรรมนั้นๆ และผู้ป่วยต้องเข้ามาตอบหรือรายงานผลการปฏิบัติภายใต้โพสต์นั้น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหารายบุคคลจะใช้กล่องข้อความเป็นช่องทางในการตอบปัญหาและข้อซักถามและกระตุ้นให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติได้จริงและต่อเนื่อง กิจกรรมมีรายละเอียดดังนี้

### **กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว**

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว **ระยะเวลา** 60 นาที

**เนื้อหาสาระ** ประกอบไปด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลผู้นำกลุ่มกับสมาชิก รวมไปถึงสมาชิกภายในกลุ่มด้วยกัน ประกอบไปด้วยการเริ่มต้นแนะนำตัว พูดคุยทักทายเรื่องทั่วไป ด้วยท่าที่เป็นมิตร และให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตัวรายบุคคลรวมทั้งให้สมาชิกกลุ่มได้รู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกัน หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ รูปแบบกิจกรรม ระยะเวลา สถานที่ รวมไปถึงประโยชน์ที่ได้รับหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม

การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นการให้ความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อาการแสดง สาเหตุการเกิดโรค และการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถรับรู้อาการแสดง ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองมากยิ่งขึ้น และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง เพื่อให้เกิดจุดร่วมเดียวกันและเกิดการยอมรับการเจ็บป่วยมากขึ้น นำไปสู่การเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเจ็บป่วย รับรู้อาการของโรค และเข้าใจแนวทางในการรักษา เพื่อให้เกิดความตระหนักในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และสามารถนำแนวทางการดูแลตนเองไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ หลังจากจบกิจกรรมผู้ป่วยจะต้องเข้าไปทบทวนความรู้เพิ่มเติม และทำใบงานที่ได้รับมอบหมาย พร้อมทั้งรายงานผลการปฏิบัติหรือนำทักษะไปใช้ทางสื่อสังคมออนไลน์ โปรแกรม Facebook

## กิจกรรมที่ 2 เพิ่มทักษะการจัดการอาการเตือนและสิ่งกระตุ้น

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระยะเวลา 60 นาที

**เนื้อหาสาระ** กิจกรรมประกอบไปด้วยการให้ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนและสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ รวมทั้งวิธีสังเกตอาการเตือน และวิธีจัดการกับอาการเตือนที่ถูกต้อง โดยเน้นให้ผู้ผู้ป่วยมีทักษะการสังเกตอาการเตือนโดยเกิดความเข้าใจจากการร่วมกันแชร์ประสบการณ์จากการเจ็บป่วยที่ผ่านมาของสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพได้ชัดขึ้นและฝึกการสังเกตอาการเตือนจากกรณีศึกษาของสมาชิกในกลุ่มและนำมาฝึกการสังเกตอาการเตือนของตนเอง และร่วมกันคิดวิเคราะห์เสนอแนะวิธีการจัดการกับอาการเตือนเหล่านั้น ร่วมกันค้นหาปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบพร้อมทั้งสามารถหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีอาการกำเริบได้ ซึ่งการรู้เท่าทันอาการเตือนจะทำให้สามารถจัดการกับอาการได้เร็วมากขึ้น ทำให้อาการไม่รุนแรง และป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ หลังจากจบกิจกรรมผู้ป่วยจะต้องเข้าไปทบทวนความรู้เพิ่มเติม และทำใบงานที่ได้รับมอบหมาย พร้อมทั้งรายงานผลการปฏิบัติการนำทักษะไปใช้ทางสื่อสังคมออนไลน์ โปรแกรม Facebook

## กิจกรรมที่ 3 ความร่วมมือในการรับประทานยาและการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระยะเวลา 60 นาที

**เนื้อหาสาระ** ประกอบด้วยการให้ความรู้ในเรื่องการรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงจากการจัดการกับอาการข้างเคียง รวมไปถึงค้นหาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยขาดยา และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และฝึกทักษะจัดยาด้วยตนเอง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการร่วมมือรับประทานยา ซึ่งให้เห็นถึงผลดีจากการรับประทานยา ผลเสียจากการขาดยา ซึ่งความรู้ความเข้าใจเรื่องยาเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยควรมีและควรเข้าใจให้มากยิ่งขึ้น การมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยาจะส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาให้ต่อเนื่อง รวมไปถึงการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยสามารถจัดยาด้วยตนเองให้ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา หากผู้ป่วยสามารถรับประทานยาต่อเนื่องตามเกณฑ์การรักษาจะส่งผลให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และอาการคลุ้มคลั่งลดน้อยลง หลังจากจบกิจกรรมผู้ป่วยจะต้องเข้าไปทบทวนความรู้เพิ่มเติม และทำใบงานที่ได้รับมอบหมาย พร้อมทั้งรายงานผลการปฏิบัติการนำทักษะไปใช้ทางสื่อสังคมออนไลน์ โปรแกรม Facebook

## กิจกรรมที่ 4 พัฒนาการจัดการแบบแผนการดำเนินชีวิต

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระยะเวลา 60 นาที

**เนื้อหาสาระ** กิจกรรมประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่แข็งแรงแบบแผนการดำรงชีวิตประจำวันที่สม่ำเสมอ และแบบแผนการนอนที่เหมาะสม โดยชี้ให้เห็นถึงผลดีจากการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สม่ำเสมอและผลเสียจากการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่สม่ำเสมอ รวมไปถึงแนวทางปฏิบัติการวางแผนการดำเนินชีวิตที่มีความสมดุล แบบแผนการนอนที่

เหมาะสมและปัจจัยที่มีผลต่อวงจรการนอนที่เปลี่ยนไป และมุ่งเน้นให้สมาชิกเกิดความตระหนัก และกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ซึ่งหากผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนที่เหมาะสม เกิดทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกายและใจที่ดี มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีความสมดุลส่งผลให้สุขภาพกายและใจแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันที่ดี ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบรุนแรงได้ หลังจากจบกิจกรรมผู้ป่วยจะต้องเข้าไปทบทวนความรู้เพิ่มเติม และทำใบงานที่ได้รับมอบหมาย พร้อมทั้งรายงานผลการปฏิบัติการนำทักษะไปใช้ทางสื่อสังคมออนไลน์ โปรแกรม Facebook

#### **กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียด**

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว **ระยะเวลา** 60 นาที

**เนื้อหาสาระ** กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญปัญหาและการจัดการกับความเครียด โดยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและแนวทางการแก้ไขปัญหารวมทั้งยกสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยมาเป็นตัวอย่างในผู้ป่วยได้ฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาและการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม โดยเน้นให้ผู้ป่วยเกิดการคิดวิเคราะห์วางแผนการแก้ปัญหาด้วยตนเอง เสริมสร้างความมั่นใจในศักยภาพของตัวผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการนำทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวัน พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางการจัดการความเครียดที่หลากหลายวิธี รวมทั้งการฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธี การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ การจินตนาการ หลังจากจบกิจกรรมผู้ป่วยจะต้องเข้าไปทบทวนความรู้เพิ่มเติม และทำใบงานที่ได้รับมอบหมาย พร้อมทั้งรายงานผลการปฏิบัติการนำทักษะไปใช้ทางสื่อสังคมออนไลน์ โปรแกรม Facebook

#### **กิจกรรมที่ 6 ทบทวนปัญหาและแก้ไขปัญหา**

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว **ระยะเวลา** 60 นาที

**เนื้อหาสาระ** เป็นการสรุปเนื้อหาสาระสำคัญทั้ง 5 กิจกรรมรวมไปถึงการทบทวนปัญหาและการแก้ไขปัญหา เป็นการทบทวนหลังจากนำเอาทักษะต่างๆจากการดำเนินกิจกรรม ครั้งที่ 1-5 ไปปฏิบัติใช้ในชีวิตประจำวัน มีการเปิดอภิปรายในกลุ่ม เน้นให้สมาชิกในกลุ่มได้นำเสนอปัญหาที่เกิดขึ้นและแนวทางแก้ไขปัญหาลงจากได้นำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยเน้นสิ่งที่สมาชิกในกลุ่มเรียนรู้จากการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมเริ่มตั้งแต่ ครั้งที่ 1-5 นอกจากนี้ยังเน้นให้สมาชิกในกลุ่มมีการบันทึกและสรุปปัญหา ตลอดจนวิธีการแก้ปัญหา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวภายหลังได้มีการยุติกลุ่ม

#### **การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมฯ**

**การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)** ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการ



พยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 คน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความตรงตามโครงสร้าง ความครอบคลุมทางเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของการดำเนินการกลุ่ม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในการดำเนินการกลุ่มแต่ละครั้ง หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์และครอบคลุมเนื้อหาของแต่ละกิจกรรม มีความถูกต้องของเนื้อหา ก่อนการนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องแก้ไขปรับปรุง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ในกิจกรรมที่ 1/1 เนื้อหาสั้น กระชับมากเกินไปจนทำให้รายละเอียดเนื้อหาไม่ครอบคลุมตามกับวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ปรับแก้เพิ่มเนื้อหาให้มีรายละเอียดเพิ่มมากขึ้นและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์

กิจกรรมที่ 5 ในใบงานที่ 5/1 กรณีศึกษาในใบงานควรปรับแก้เป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพื่อจะได้เป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้กับตัวผู้ป่วยมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การกระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์ควรจะสรุปสาระเนื้อหาสำคัญในใบกิจกรรมให้สั้นและกระชับ ให้เกิดความน่าสนใจในการทบทวนเนื้อหามากขึ้น

#### **การตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำไปใช้**

หลังจากที่ผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ โดยดำเนินการกิจกรรมครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โปรแกรมไปใช้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจ สามารถดำเนินการกิจกรรมได้ครบตามเวลาที่กำหนดและบรรลุวัตถุประสงค์ในการดำเนินการกิจกรรม ในเรื่องของปัญหาที่พบในการทดลองใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เช่น เรื่องของระยะเวลา และการนัดกลุ่มตัวอย่าง การแจ้งสถานที่จัดกิจกรรม ผู้วิจัยได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษานำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้การให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

**1.2 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว** พัฒนาขึ้นโดยบุญเยี่ยม คำชัย (2554) โดยมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.78 ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ มีข้อคำถามทางบวกจำนวน 29 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 1 ข้อ คือข้อ 26 มีเกณฑ์กำกับการทดลองดังนี้ คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยจะต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 หรือ 24 คะแนนขึ้นไป จึงจะแสดงว่ามีความรู้ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด แต่ถ้าคะแนนต่ำกว่า 24 คะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ขาดจนกว่าผู้ป่วยจะได้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ข้อความทางบวก ใช้ ได้ 1 คะแนน ไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน ข้อความทางลบ ใช้ ได้ 0 คะแนน ไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน

### การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

**การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)** ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 คน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 คน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ในการตรวจสอบจะมีระดับของการให้คะแนนความสอดคล้อง เป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1 หมายถึง ไม่สอดคล้อง 2 หมายถึง สอดคล้องน้อย 3 หมายถึง ค่อนข้าง สอดคล้อง และ 4 หมายถึง สอดคล้องมาก จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ระดับ คะแนน 3 และ 4 มาใช้ประกอบการคำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่าค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

แม้ว่าค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1 แต่ก็ยังคงพบข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขภายใต้การดูแล ของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อที่ 1 ปรับแก้คำจาก “มีอารมณ์เศร้า” เป็นคำว่า “มีอารมณ์เศร้าผิดปกติ”

ข้อที่ 5 “ผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่งมักจะนอนน้อยกว่าคนปกติ” ปรับแก้เป็น “ผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่งจะนอนน้อยกว่าคนปกติ

ข้อที่ 6 “ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงมักมีความคิดอยากตาย” ปรับแก้เป็น “ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงจะมีความคิดอยากตาย”

ข้อที่ 7 “ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วช่วงที่มีอาการซึมเศร้านักมีการแยกตัวไม่ชอบพบเจอผู้คน” ปรับแก้เป็น “ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วช่วงที่มีอาการซึมเศร้านักจะแยกตัวไม่ชอบพบเจอผู้คน”

ข้อที่ 9 “ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วช่วงที่มีอาการคลุ้มคลั่งมักจะมีพฤติกรรมที่มากกว่าปกติเช่นใช้จ่ายเงินฟุ่มเฟือยลงทุนทำกิจการโดยไม่รอบคอบ” ปรับแก้เป็น “ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วช่วงที่มีอาการคลุ้มคลั่งจะมีพฤติกรรมที่มากกว่าปกติเช่นใช้จ่ายเงินฟุ่มเฟือยลงทุนทำกิจการโดยไม่รอบคอบ”

ข้อที่ 10 “การนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้อาการของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกำเริบ” ปรับแก้เป็น “การนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกำเริบ”

ข้อที่ 11 “การนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้อาการของผู้ป่วยโรค อารมณ์แปรปรวนสองขั้วกำเริบ” ปรับแก้เป็น การนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกำเริบ

**การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)** หลังจากได้ปรับแก้ตามคำแนะนำผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรค อารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่ม ตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของ เครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992) ในการคำนวณพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) เท่ากับ .80

**1.3 แบบสัมภาษณ์การจัดการกับอาการด้วยตนเอง** สร้างมาจากแนวคิดของ Murphy & Moller (1993) พัฒนาเป็นภาษาไทยโดย วุฒินิ ช่างมิ่ง (2546) ประกอบด้วยคำถาม 38 ข้อ คำตอบ สำหรับแต่ละข้อถูกแบ่งออกเป็นสองส่วนคือ 1) ความถี่ของการใช้เทคนิคการจัดการอาการ (ทุกเดือน ทุกสัปดาห์, ทุกวัน และตลอดเวลา) และ 2) ผลของการจัดการอาการ (ได้ผล และไม่ได้ผล)

การแปลผลคะแนนรวมอยู่ในช่วงตั้งแต่ 0 ถึง 152 คะแนน คะแนนต่ำบ่งชี้ถึงการจัดการ ตนเองในระดับต่ำและผลลัพธ์ที่ไม่ดีและคะแนนสูงแสดงถึงการจัดการตนเองในระดับสูง

#### **การตรวจสอบคุณภาพแบบสัมภาษณ์การจัดการกับอาการด้วยตนเอง**

**การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)** ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การจัดการ กับอาการด้วยตนเองให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 คน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 คน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ในการตรวจสอบจะมีระดับของการให้คะแนนความสอดคล้อง เป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1 หมายถึง ไม่สอดคล้อง 2 หมายถึง สอดคล้องน้อย 3 หมายถึง ค่อนข้าง สอดคล้อง และ 4 หมายถึง สอดคล้องมาก จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ระดับ คะแนน 3 และ 4 มาใช้ประกอบการคำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่าค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.94 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

แม้ว่าค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.94 แต่มีข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อที่ 26 “เรื่องขัน/ตลก” ปรับแก้เป็น “เรื่องขำขัน/ตลก”

ข้อที่ 15 ไม่สนใจหรือใส่ใจกับความคิดที่มารบกวน ปรับแก้เป็น ไม่สนใจหรือไม่ใส่ใจกับความคิดที่มารบกวน

ตัวเลือก “ใช้ทุกอาทิตย์” ปรับแก้เป็น “ใช้ทุกสัปดาห์”

**การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)** หลังจากได้ปรับแก้ตามคำแนะนำผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบสัมภาษณ์การจัดการกับอาการด้วยตนเอง ไปทดลองใช้กับที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992) ในการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ การรับรู้ความสามารถการจัดการตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .81 และความถี่ของของการใช้กลยุทธ์ในการจัดการอาการด้วยตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .80

## 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

**2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาในการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่รุนแรง จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คะแนนอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) คะแนนอาการคลุ้มคลั่งโดยใช้แบบประเมิน Thai Mania Rating Scale

### การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)** ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบเนื้อหาที่ใช้พร้อมทั้งทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 คน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 คน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมกับภาษาที่ใช้

สำหรับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิ ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีรายละเอียดดังนี้

ข้อที่ 5 อาชีพ ปรับเพิ่มตัวเลือกเป็น ไม่ได้ประกอบอาชีพ

ข้อที่ 8 จำนวนครั้งที่รุนแรง ปรับแก้เป็น จำนวนครั้งที่มีอาการรุนแรง

**2.2 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS)** เป็นแบบประเมินที่ Dennehy et al, (2004) พัฒนามาจากแนวคิด Overall &

Gorham (1962) และพัฒนาเป็นภาษาไทยโดย กรรณิการ์ เลาประเสริฐสุข และคณะ (2555) ประกอบด้วย 10 ข้อ ได้แก่ 1) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร 2) อารมณ์รุนแรง 3) มีความคิดเป็นใหญ่ 4) ร่าเริงผิดปกติ 5) การเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ 6) อารมณ์เศร้า 7) วิตกกังวล 8) หดหู่ 9) อารมณ์เรียบเฉย และ 10) เนื้อหาความคิดผิดปกติ ในส่วนประกอบทั้ง 10 ข้อนั้น มีมาตรวัดโดยการประมาณค่า 7 ระดับดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่มี
- 2 หมายถึง น้อยมาก
- 3 หมายถึง น้อย
- 4 หมายถึง ปานกลาง
- 5 หมายถึง รุนแรงปานกลาง
- 6 หมายถึง รุนแรง
- 7 หมายถึง รุนแรงมาก

การคิดคะแนนทำโดยคิดคะแนนข้อคำถามทุกข้อ และนำมาวิเคราะห์คะแนน ซึ่งคะแนนรวมหมดเท่ากับ 70 คะแนน การแปลผล คะแนนความรุนแรงของอาการจะพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดจากการแบ่งคะแนนความรุนแรงของอาการ ออกเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก โดยใช้หลักการทางสถิติ คือ ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุด)/3 (ประคอง กรรณิสุต, 2542) ดังนี้โดยให้ค่าลำดับคะแนนเป็นระดับ คะแนน ดังนี้

- 10 - 30 หมายถึง ความรุนแรงของอาการน้อย
- 31 - 51 หมายถึง ความรุนแรงของอาการปานกลาง
- 52 - 70 หมายถึง ความรุนแรงของอาการมาก

#### การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินความรุนแรงของอาการ

**การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)** ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 คน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 คน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ในการตรวจสอบจะมีระดับของการให้คะแนนความสอดคล้อง เป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1 หมายถึง ไม่สอดคล้อง 2 หมายถึง สอดคล้องน้อย 3 หมายถึง ค่อนข้าง สอดคล้อง และ 4 หมายถึง สอดคล้องมาก จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ระดับ คะแนน 3 และ 4 มาใช้ประกอบการคำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่าค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

แม้ว่าค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1 แต่มีข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อคำถามที่ 1 ความไม่เป็นมิตร ถามว่าเมื่อเร็วๆนี้คุณเคยตีใครสักคนหรือไม่  
ปรับเปลี่ยนคำว่า “ตี” เป็น “ทำร้าย”

ข้อคำถามข้อ 1, 2, 4, 5, 6 ผู้วิจัยได้ปรับแก้เรื่องระยะเวลาที่มีอาการเนื่องจากไม่ได้ระบุเวลาที่แน่ชัดให้สอดคล้องกับเกณฑ์วินิจฉัย DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) รายละเอียดมีดังนี้

ข้อคำถามที่ 1 ความไม่เป็นมิตร “เมื่อไม่นานมานี้” ปรับแก้เป็น 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้คุณรู้สึกหงุดหงิดหรืออารมณ์เสียหรือไม่? ?

ข้อคำถามที่ 5 กังวล ปรับเพิ่มระยะเวลาในคำถาม เป็น 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้คุณรู้สึกกังวลอย่างมากหรือไม่?

ข้อคำถามที่ 6 เนื้อหาความคิดที่ผิดปกติ ปรับเพิ่มระยะเวลาในคำถาม เป็น 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้คุณเคยเห็นการพูดถึงคุณทางโทรศัพท์หรือหนังสือพิมพ์หรือไม่

#### การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

หลังจากได้ปรับแก้ตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992) ในการคำนวณพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .85

#### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนการทดลอง และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

##### 1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ทำศึกษาค้นคว้าจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา และพัฒนาทักษะการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มและได้ฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เพื่อให้เกิดความชำนาญและนำไปใช้จริง รวมทั้งมีประสบการณ์เป็นผู้นำกลุ่มบำบัดมาเป็นเวลา 4 ปี ทำให้ผู้วิจัยมีทักษะและมีความมั่นใจที่จะสามารถ

ดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ผู้วิจัยจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนครินทร์

1.4 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการในการดำเนินการวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน และให้กลุ่มตัวอย่าง เช่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.7 จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรเกินที่อาจจะมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เพศ คะแนนอาการซึมเศร้าและอาการคลุ้มคลั่ง โดยทำการจับฉลากสุ่มแบบเทียม โดยจับฉลากชื่อของผู้ป่วย ชื่อที่จับได้เป็นชื่อใครจะให้เข้ากลุ่มทดลอง ส่วนที่เหลือก็เข้ากลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

## 2. ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

### 2.1 กลุ่มทดลอง ผู้ศึกษาดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยทำการประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยทำการประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS) ประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และประเมินการจัดการกับอาการด้วยแบบสัมภาษณ์การจัดการกับอาการด้วยตนเอง

2.1.2 ภายหลังจากการประเมินความรุนแรงของอาการแล้ว ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 3 กลุ่มที่ 1 และ 2 ประกอบด้วย ผู้ป่วย 7 คน และกลุ่มที่ 3 ประกอบด้วย ผู้ป่วย 6 คน เริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ กิจกรรมละ 60 นาที จำนวน 6 กิจกรรม และติดตาม

กระตุ้นทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์โปรแกรม Facebook เป็นเวลาติดต่อกัน 6 สัปดาห์  
รายละเอียดดังตารางที่ 6

2.1.3 ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์  
ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้ตอบคำถามตามแบบประเมินความรู้เรื่อง  
โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกคนต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 หรือ 24  
คะแนนขึ้นไปจึงจะผ่านเกณฑ์ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง  
จะมีการให้ความรู้ให้ผู้ป่วยเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยตอบผิด พูดคุย ทำความเข้าใจร่วมกันเป็นรายบุคคล  
จากนั้นจึงทำการประเมินซ้ำจนกว่าจะมีคะแนนผ่านเกณฑ์ คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์  
แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองหลังการทดลอง มีคะแนนสูงสุด เท่ากับ 30 คะแนน คะแนนต่ำสุด  
เท่ากับ 26 คะแนน ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือ 24 คะแนนขึ้นไป และคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรค  
อารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังการทดลองเพิ่มขึ้นทุกคน รายละเอียดดังตารางที่ 4 และแบบสัมภาษณ์  
การจัดการอาการด้วยตนเองซึ่งหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนการจัดการตนเองสูงขึ้นทุกคนจึง  
เห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการอาการด้วยตนเองในระดับที่สูงขึ้น รายละเอียดดังตารางที่ 5

2.1.4 ผู้วิจัยได้ทำการประเมินหลังการทดลอง (Post-test) ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรม  
การให้สุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ 1 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมินความรุนแรง  
ของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS)

**ตารางที่ 4** คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับ  
โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์

คนที่	คะแนนความรู้		การแปลผล
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	
1	21	28	ผ่านเกณฑ์
2	23	28	ผ่านเกณฑ์
3	21	27	ผ่านเกณฑ์
4	23	27	ผ่านเกณฑ์
5	21	30	ผ่านเกณฑ์
6	12	26	ผ่านเกณฑ์
7	21	25	ผ่านเกณฑ์
8	17	30	ผ่านเกณฑ์
9	20	29	ผ่านเกณฑ์



ตารางที่ 4 (ต่อ)

คนที่	คะแนนความรู้		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	การแปลผล
10	21	29	ผ่านเกณฑ์
11	21	29	ผ่านเกณฑ์
12	23	27	ผ่านเกณฑ์
13	22	29	ผ่านเกณฑ์
14	20	25	ผ่านเกณฑ์
15	22	27	ผ่านเกณฑ์
16	22	28	ผ่านเกณฑ์
17	16	26	ผ่านเกณฑ์
18	19	28	ผ่านเกณฑ์
19	23	29	ผ่านเกณฑ์
20	22	28	ผ่านเกณฑ์

ตารางที่ 5 คะแนนการจัดการอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์

คนที่	การรับรู้ความสามารถจัดการตนเอง		ความถี่ของการใช้เทคนิค	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	19	77	31	66
2	31	57	32	45
3	29	68	24	40
4	23	63	23	53
5	19	41	16	40
6	23	53	19	39
7	26	51	23	44
8	30	69	33	58
9	26	40	16	36
10	32	49	37	60
11	27	57	30	67

## ตารางที่ 5 (ต่อ)

คนที่	การรับรู้ความสามารถการจัดการตนเอง		ความถี่ของการใช้เทคนิค	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
12	26	43	19	59
13	38	63	32	45
14	29	45	25	50
15	38	71	33	52
16	46	56	36	54
17	39	58	34	55
18	28	60	34	46
19	36	59	30	55
20	27	54	27	40

### 2.2 กลุ่มควบคุม ผู้ศึกษาดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale)

2.2.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการดูแลตามปกติได้แก่ ประเมินอาการทางด้านร่างกายด้านจิตใจ การให้คำแนะนำตามปัญหา และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

2.2.3 ผู้วิจัยนัดมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 7 เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอีกครั้ง (Post-test) และสำหรับกลุ่มควบคุมผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและการดูแลตนเอง พร้อมทั้งมอบคู่มือผู้ป่วยให้กับกลุ่มควบคุม

2.2.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### 3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยทำการประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนการทดลอง (Pre-test) ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยแบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale)

3.2 ผู้ศึกษาประเมินความรุนแรงของอาการผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังการทดลอง (Post-test) ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองสิ้นสุดการใช้โปรแกรมการสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ในสัปดาห์ที่ 7

3.3 ผู้ศึกษาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

**ตารางที่ 6** การดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ ห้องคลังใจ 1

ครั้งที่/ กิจกรรม	รูปแบบการ บำบัด	กลุ่มที่ (จำนวนคน)	วัน/เดือน/ปี	เวลา
<b>ครั้งที่ 1</b> กิจกรรมที่ 1 การ พัฒนาความรู้ความ เข้าใจเรื่องโรค อารมณ์แปรปรวน สองขั้ว	การให้ สุขภาพจิต ศึกษาใน รูปแบบกลุ่ม	กลุ่มที่ 1 (สมาชิก 7 คน)	พุธ 4 เมษายน 2561	10.00 -11.00 น.
		กลุ่มที่ 2 (สมาชิก 6 คน)	พุธ 4 เมษายน 2561	13.00 - 14.00 น.
		กลุ่มที่ 3 (สมาชิก 7 คน)	พฤหัสบดี 5 เมษายน 2561	10.00 -11.00 น.
	กระตุ้นความรู้ และทักษะทาง สื่อสังคม ออนไลน์	หลังจากเข้ากลุ่มการให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบ กลุ่ม ให้สมาชิกทั้งหมด 20 คน ไปทบทวนความรู้ทาง ทางสื่อสังคมออนไลน์โปรแกรม Facebook ระยะเวลา 1 สัปดาห์		
<b>ครั้งที่ 2</b> กิจกรรมที่ 2 เพิ่ม ทักษะการจัดการ อาการเดือนและสิ่ง กระตุ้น	การให้ สุขภาพจิต ศึกษาใน รูปแบบกลุ่ม	กลุ่มที่ 1 (สมาชิก 7 คน)	อังคาร 10 เมษายน 2561	10.00 -11.00 น.
		กลุ่มที่ 2 (สมาชิก 6 คน)	อังคาร 10 เมษายน 2561	13.00 - 14.00 น.
		กลุ่มที่ 3 (สมาชิก 7 คน)	พุธ 11 เมษายน 2561	10.00 -11.00 น.

## ตารางที่ 6 (ต่อ)

ครั้งที่/ กิจกรรม	รูปแบบการ บำบัด	กลุ่มที่ (จำนวนคน)	วัน/เดือน/ปี	เวลา
	กระตุ้นความรู้ และทักษะทาง สื่อสังคม ออนไลน์	หลังจากเข้ากลุ่มการให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบ กลุ่ม ให้สมาชิกทั้งหมด 20 คน ไปทบทวนความรู้ทาง ทางสื่อสังคมออนไลน์โปรแกรม Facebook ระยะเวลา 1 สัปดาห์		
<b>ครั้งที่ 3</b> กิจกรรมที่ 3 ความ ร่วมมือในการ รับประทานยาและ การรับประทานยา ตามเกณฑ์การรักษา	การให้ สุขภาพจิต ศึกษาใน รูปแบบกลุ่ม	กลุ่มที่ 1 (สมาชิก 7 คน)	พฤหัสบดี 19 เมษายน 2561	10.00 -11.00 น.
		กลุ่มที่ 2 (สมาชิก 6 คน)	พฤหัสบดี 19 เมษายน 2561	13.00 - 14.00 น.
		กลุ่มที่ 3 (สมาชิก 7 คน)	ศุกร์ 20 เมษายน 2561	10.00 -11.00 น.
	กระตุ้นความรู้ และทักษะทาง สื่อสังคม ออนไลน์	หลังจากเข้ากลุ่มการให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบ กลุ่ม ให้สมาชิกทั้งหมด 20 คน ไปทบทวนความรู้ทาง ทางสื่อสังคมออนไลน์โปรแกรม Facebook ระยะเวลา 1 สัปดาห์		
<b>ครั้งที่ 4</b> กิจกรรมที่ 4 พัฒนาการจัดการ แบบแผนการดำเนิน ชีวิต	การให้ สุขภาพจิต ศึกษาใน รูปแบบกลุ่ม	กลุ่มที่ 1 (สมาชิก 7 คน)	พฤหัสบดี 26 เมษายน 2561	10.00 -11.00 น.
		กลุ่มที่ 2 (สมาชิก 6 คน)	พฤหัสบดี 26 เมษายน 2561	13.00 - 14.00 น.
		กลุ่มที่ 3 (สมาชิก 7 คน)	ศุกร์ 27 เมษายน 2561	10.00 -11.00 น.

## ตารางที่ 6 (ต่อ)

ครั้งที่/ กิจกรรม	รูปแบบการ บำบัด	กลุ่มที่ (จำนวน คน)	วัน/เดือน/ปี	เวลา
	กระตุ้นความรู้ และทักษะทาง สื่อสังคม ออนไลน์	หลังจากเข้ากลุ่มการให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบ กลุ่ม ให้สมาชิกทั้งหมด 20 คน ไปทบทวนความรู้ทาง ทางสื่อสังคมออนไลน์โปรแกรม Facebook ระยะเวลา 1 สัปดาห์		
<b>ครั้งที่ 5</b> กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการ เผชิญปัญหาและ การจัดการ ความเครียด	การให้ สุขภาพจิต ศึกษาใน รูปแบบกลุ่ม	กลุ่มที่ 1 (สมาชิก 7 คน)	พฤหัสบดี 3 พฤษภาคม 2561	10.00 -11.00 น.
		กลุ่มที่ 2 (สมาชิก 6 คน)	พฤหัสบดี 3 พฤษภาคม 2561	13.00 - 14.00 น.
		กลุ่มที่ 3 (สมาชิก 7 คน)	ศุกร์ 4 พฤษภาคม 2561	10.00 -11.00 น.
	กระตุ้นความรู้ และทักษะทาง สื่อสังคม ออนไลน์	หลังจากเข้ากลุ่มการให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบ กลุ่ม ให้สมาชิกทั้งหมด 20 คน ไปทบทวนความรู้ทาง ทางสื่อสังคมออนไลน์โปรแกรม Facebook ระยะเวลา 1 สัปดาห์		
<b>ครั้งที่ 6</b> กิจกรรมที่ 6 ทบทวนปัญหาและ แก้ไขปัญหา	การให้ สุขภาพจิต ศึกษาใน รูปแบบกลุ่ม	กลุ่มที่ 1 (สมาชิก 7 คน)	พฤหัสบดี 10 พฤษภาคม 2561	10.00 -11.00 น.
		กลุ่มที่ 2 (สมาชิก 6 คน)	พฤหัสบดี 10 พฤษภาคม 2561	13.00 - 14.00 น.
		กลุ่มที่ 3 (สมาชิก 7 คน)	พฤหัสบดี 11 พฤษภาคม 2561	10.00 -11.00 น.

รายละเอียดกิจกรรมและการประเมินผลของโปรแกรมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบกลุ่ม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระยะเวลา 60 นาที

สถานที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีและเกิดความไว้วางใจระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกภายในกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ และขั้นตอนในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุการเกิดโรค อาการแสดง และการรักษาของตนเอง
4. เพื่อให้สมาชิกรับรู้อาการเจ็บป่วยของตนเอง เกิดการยอมรับการเจ็บป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1

1. สมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้นำกลุ่มและเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม เกิดความไว้วางใจ สามารถเปิดเผยตนเอง และยินยอมเล่าเรื่องราวและประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้
2. สมาชิกสามารถบอกถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับหลังเข้าร่วมกิจกรรมได้
3. สมาชิกสามารถบอกความหมายของโรค สาเหตุการเกิดโรค อาการแสดง และการรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้
4. สมาชิกสามารถบอกเล่าอาการเจ็บป่วยและยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองได้

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลผู้นำกลุ่มกับสมาชิกภายในกลุ่มร่วมไปถึงสมาชิกภายในกลุ่มด้วยกัน เป็นกิจกรรมแรกในการดำเนินกลุ่มเพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความคุ้นเคย ความไว้วางใจ สามารถเปิดเผยความรู้สึก เรื่องราวต่างๆร่วมกัน โดยประกอบไปด้วยการเริ่มต้นแนะนำตัว พูดคุยทักทายเรื่องทั่วไป ด้วยท่าที่เป็นมิตร และให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตัวรายบุคคลรวมทั้งให้สมาชิกกลุ่มได้รู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกัน หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ รูปแบบกิจกรรม ระยะเวลา สถานที่ รวมไปถึงประโยชน์ที่ได้รับ หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมห้รายละเอียดไปชี้แจงที่ 1

การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นการให้ความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อาการแสดง สาเหตุการเกิดโรค และการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถรับรู้อาการแสดง ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองมากยิ่งขึ้น และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

### สื่อ/อุปกรณ์

1. กระดาษป้ายชื่อ
2. ใบชี้แจงที่ 1
3. คลิปวิดีโอ เรื่อง “โรคไบโพลาร์”
4. ใบความรู้ที่ 1.1 เรื่อง “ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว”
5. ใบงานที่ 1/1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Pretest)
6. ใบงานที่ 1/2 เรื่อง “ประสบการณ์การเจ็บป่วยของฉัน”
7. ดินสอ/ปากกา/ปากกาเมจิก
8. ใบงานที่ 1/1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Post test)

### การประเมินผลทำให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบกลุ่ม

#### ผู้วิจัยได้ประเมินผลการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมแต่ละข้อ ดังนี้

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 1** สมาชิกในกลุ่มเกิดการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันโดยการประเมินจากการแนะนำตัว การพูดคุย ทักทาย ด้วยท่าที่เป็นมิตร พูดจาสุภาพ นุ่มนวล และสามารถจำชื่อเพื่อนในกลุ่มได้มากกว่า 1 คน สังเกตโดยการเรียกชื่อเพื่อนในกลุ่มได้ถูกต้อง และระหว่างการร่วมกิจกรรมในกลุ่มสมาชิกสามารถเปิดเผยเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเองให้เพื่อนในกลุ่มฟังได้ และสามารถพูดคุยให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการต่อสู้กับการเจ็บป่วยได้

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 2** สมาชิกสามารถบอกวัตถุประสงค์ของโปรแกรม ขั้นตอนวิธีการทำกลุ่ม ระยะเวลา สถานที่การเข้าร่วมกลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม โดยประเมินจากการ ให้สมาชิกทวนกลับวัตถุประสงค์ของโปรแกรม ขั้นตอนวิธีการทำกลุ่ม ระยะเวลา สถานที่การเข้าร่วมกลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมได้ถูกทุกข้อ

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 3** สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกความหมายของโรค สาเหตุ อาการแสดง และการรักษาได้ ซึ่งหลังจากที่ผู้ป่วยได้ดูคลิปวิดีโอ “เรื่องโรคไบโพลาร์” และหลังจากการได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเองภายในกลุ่ม สมาชิกได้สรุปถึงความหมาย สาเหตุ อาการแสดงและการรักษาได้ถูกต้อง ประเมินจากการตอบคำถามในใบงานและการตอบคำถามในกลุ่ม ดังตัวอย่างคำพูดสมาชิกบางราย ต่อไปนี้

“โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หรือเรียกสั้นๆว่าโรคไบโพลาร์ เป็นโรคอารมณ์ 2 ขั้วคือ ขั้วบวกกับขั้วลบ ขั้วบวกคือมีอาการหงุดหงิด บ้าคลั่ง มีอำนาจเป็นผู้วิเศษ ไม่กลัวใคร แบบนี้ผมเคย

เป็นครีบและขั้วลบบคือมีอารมณ์เศร้า ไม่อยากทำอะไร แยกตัว ร้องไห้ สาเหตุเกิดจากครอบครัวเป็นโรคนี เกิดจากน้ำในสมองหลังไม่เท่ากัน เกิดจากความเครียด เช่นอกหัก ส่วนการรักษา คือกินยา ฉีดยา พบแพทย์ตามนัด และการรักษาทำไฟฟ้า”

“โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คือโรค 2 อารมณ์ คืออารมณ์หงุดหงิดกับอารมณ์ซึมเศร้า ผมเคยเป็นทั้ง 2 อารมณ์ จะมีอาการหงุดหงิดง่าย อยากออกไปข้างนอก บ่นจิกยานรอบบ้าน ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย กล้าแสดงออก อารมณ์เศร้าจะแยกตัว นอนทั้งวัน ไม่อยากทำอะไรเลย ไม่อยากพูดกับใคร สาเหตุคือพันธุกรรม ยาเสพติด สารในสมองไม่เท่ากัน เครียด การรักษาโดยการกินยาสม่ำเสมอ การเข้ากลุ่ม การรักษาด้วยไฟฟ้าครับ”

“โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คือตามความเข้าใจหนูนะคะ คือโรคอารมณ์แปรปรวน 2 ขั้ว คืออารมณ์หงุดหงิดง่าย พุดมาก มีกิจกรรมทำมากมาย มีความมั่นใจในตัวเองสูง นอนน้อย ส่วนอารมณ์เศร้า จะเศร้า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ร้องไห้ง่าย โทษตนเอง ไร้ค่า เป็นหลายๆอาจจะฆ่าตัวตาย สาเหตุเกิดจากสารสื่อประสาทไม่เท่ากัน เกิดจากพันธุกรรม เกิดจากความเครียด การรักษาคือรักษาด้วยยา การฉีดยา การทำจิตบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้าคะ

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 4** สมาชิกสามารถบอกถึงอาการการเจ็บป่วยของตนเองได้ และเกิดการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้นประเมินได้จากการพูดคุย และการตอบคำถาม ภายในกลุ่มดังตัวอย่างคำพูดสมาชิกบางราย ต่อไปนี้

“ผมเป็นโรคไบโพล่าครับ คือมีอาการพูดเยอะ มั่นใจในตัวเองสูง ใครพูดไม่เข้าหู ก็จะไม่ท้อง่าย หงุดหงิดทะเลาะกับแม่บ่อยๆ ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย กลางคืนไม่นอน เคยมานอนโรงพยาบาล 4 ครั้งครับ

“หนูเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนแบบนี้แหละคะ เคยเป็นทั้งช่วงที่เศร้าและช่วงคลุ้มคลั่ง ช่วงคลุ้มคลั่งก็จะแต่งตัวเอง ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย พูดเยอะ หลงผิดว่าตนเองเป็นลูกในหลวง กลางคืนไม่นอน หงุดหงิดง่าย คลุ้มคลั่ง แต่ตอนนี้เป็นช่วงเศร้าจะมีอาการอยากจะนอนตลอดเวลา รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่อยากทำอะไร ทำอะไรก็ซ้ำๆ ไม่อยากเจอใคร”

“พี่ก็มีอาการแบบนี้คะ คือมีอาการหงุดหงิดง่าย มีแผนการจะทำอะไรมากมาย แต่ทำอะไรก็ไม่สำเร็จสักอย่าง อยากทำอะไรมากมาย มั่นใจในตัวเองสูง นอนไม่ค่อยหลับ อาการแบบนี้อยู่ในช่วงคลุ้มคลั่งคะ”

“ผมเป็นโรคไบโพล่ามานาน 5 ปีแล้วครับ มีทั้งช่วงเศร้า และช่วงแมนีย์ แต่ช่วงนี้ผมจะอยู่ในช่วงเศร้า คือมีอาการเศร้า มองอะไรก็จะร้องไห้ รู้สึกหดหู่ ไม่อยากทำอะไรเลย อยากอยู่คนเดียว แต่ไม่ถึงกับอยากฆ่าตัวตาย”

หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 1 พบว่า สมาชิกในกลุ่มสามารถเปิดเผยตนเอง มีความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจต่อพยาบาลและสมาชิกภายในกลุ่ม เกิดความร่วมมือในการเข้าร่วมกลุ่ม สนใจ



ซักถามและเสนอแนะความคิดเห็น และสามารถบอกถึงวัตถุประสงค์ของโปรแกรม ขั้นตอนวิธีการทำ กลุ่ม รูปแบบ ระยะเวลา สถานที่การเข้าร่วมกลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม และมีความเข้าใจเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมากขึ้น สามารถรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง รับรู้ อาการ บอกลี้ภัยเหตุ และการรักษาของตนเองได้

### **กระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์**

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว **ระยะเวลา** 1 สัปดาห์

#### **วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อกระตุ้นและทบทวนความรู้และทักษะเรื่องโรค อาการ สาเหตุการเกิดโรค อาการแสดง และการรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้อย่างต่อเนื่อง

2. เพื่อกระตุ้นการนำทักษะการสังเกตอาการแสดง การรับรู้อาการเจ็บป่วยไปใช้ในสำรวจตนเองในชีวิตประจำวัน

#### **วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

1. สมาชิกเข้าร่วมการกระตุ้นความรู้และทักษะทางโปรแกรม facebook เรื่องการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างต่อเนื่อง

2. สมาชิกสามารถนำทักษะการสังเกตอาการแสดง อารมณ์และพฤติกรรมของตนเองไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

#### **สาระสำคัญ**

การให้สุขภาพจิตศึกษาทางสื่อสังคมออนไลน์เป็นการให้ผู้ป่วยศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองทางโปรแกรม Facebook เป็นการทบทวนเนื้อหา กระตุ้นความรู้และทักษะเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น สามารถนำทักษะไปฝึกใช้ในสถานการณ์จริงสะดวกสบายในการเข้าถึงข้อมูลสามารถเรียนรู้ได้ตลอดเวลา โดยได้นำเอาเนื้อหาความรู้เรื่อง โรค สาเหตุ อาการ และการรักษา มาประยุกต์ทำเป็นสื่อการเรียนรู้ที่น่าสนใจ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดการตื่นตัว เป็นการกระตุ้นการเรียนรู้ และเพิ่มความสนใจในการเรียนที่ดี รวมทั้งให้สมาชิกช่วยกันเรียนรู้และสนทนาร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหาโดยมุ่งให้ผู้ป่วยมีความคิดสร้างสรรค์และคิดอย่างรอบคอบในการแก้ไขปัญหา

#### **สื่อ/อุปกรณ์**

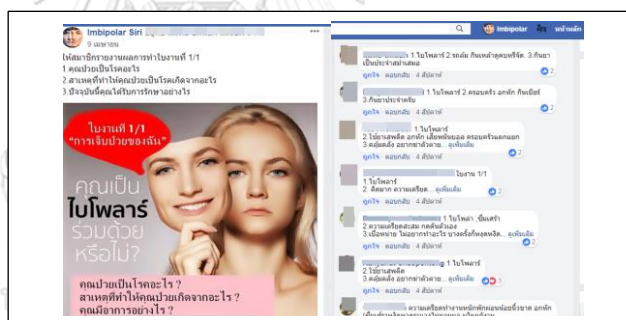
1. โปรแกรม Facebook
2. คลิปวิดีโอ เรื่อง“โรคไบโพลาร์”
3. ใบความรู้ที่ 1.1 เรื่อง “ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว”
4. ใบงานที่ 1/1 “การเจ็บป่วยของฉัน”
5. ใบงานที่ 1/2 “อารมณ์แบบนี้ที่ฉันเป็น”
6. สมุดการบ้าน กระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์

## การประเมินผลการกระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์

ผู้วิจัยได้ประเมินผลการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมแต่ละข้อ ดังนี้

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 1** สมาชิกให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการกระตุ้นความรู้และทักษะทางโปรแกรม facebook ประเมินจากการ กดไลค์ การเข้ามาทบทวนใบความรู้ที่ 1.1 , ใบความรู้ที่ 1.2 การแสดงความคิดเห็นและการรายงานผลการปฏิบัติในใบงานที่ 1/1 และ 1/2 ซึ่งสมาชิกได้ให้ความร่วมมือในการทบทวนและกระตุ้นความรู้ในกิจกรรมที่ 1 คิดเป็น 90 % ของสมาชิกทั้งหมด

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 2** สมาชิกสามารถนำทักษะการการสังเกตอาการแสดงอาการและพฤติกรรมของตนเองไปใช้ชีวิตประจำวันได้ โดยสมาชิกสามารถรับรู้อาการแสดงของตนเองว่าอยู่ในช่วงอารมณ์ไหน และยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง เข้าใจถึงสาเหตุ อาการ และการรักษาของตนได้ ประเมินได้จากการตอบคำถามในใบงานที่ 1/1 และ 1/2 ซึ่งสมาชิกในกลุ่มร้อยละ 85 ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามลงในใบงานที่ 1/1 และ 1/2 ถูกต้อง 100 % ตัวอย่างการแสดงความคิดเห็น และตอบคำถามในใบงาน



ภาพที่ 1 ภาพตัวอย่างการตอบคำถามในใบงานที่ 1/1 ในโปรแกรม Facebook

## กิจกรรมที่ 2 เพิ่มทักษะการจัดการอาการเตือนและสิ่งกระตุ้น

### การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระยะเวลา 60 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือน ปัจจัยเสี่ยงและสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจและเกิดทักษะในการจัดการกับอาการด้วยตนเอง

## วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

### หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2

1. สมาชิกสามารถบอกอาการเตือน ปัจจัยเสี่ยงและสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบได้
2. สมาชิกสามารถบอกวิธีการจัดการกับอาการเตือนได้ถูกต้อง

### สาระสำคัญ

การเพิ่มทักษะการจัดการอาการเตือนและสิ่งกระตุ้นเป็นการให้ความรู้ในเรื่องการสังเกตอาการเตือน ปัจจัยเสี่ยงและสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ และการจัดการกับอาการเตือน โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกิดทักษะการสังเกตอาการเตือนก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้ด้วยตนเองพร้อมทั้งให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการจัดการกับอาการเตือนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบได้ สามารถนำทักษะดังกล่าวไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง ซึ่งการรู้เท่าทันอาการเตือนจะทำให้สามารถจัดการกับอาการได้เร็วมากขึ้น ทำให้อาการไม่รุนแรง และป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้

### สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 2.1 เรื่อง “อาการเตือนและสิ่งกระตุ้น”
2. ใบความรู้ที่ 2.2 เรื่อง “การจัดการกับอาการเตือน”
3. ใบงานที่ 2/1 “การสังเกตอาการเตือน”
4. ใบงานที่ 2/2 “การจัดการกับอาการเตือน”
5. ดินสอ/ปากกา/ปากกาเมจิก

### การประเมินผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

#### ผู้วิจัยได้ประเมินผลการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมแต่ละข้อ ดังนี้

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 1** สมาชิกมีความเข้าใจและรู้จักว่า “อาการเตือน” คืออะไร และสามารถบอกถึงอาการเตือนที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ โดยหลังจากสมาชิกได้สมาชิกได้ร่วมกันอภิปรายใบความรู้ที่ 2.1 สมาชิกสามารถบอกถึงอาการเตือนของตนเองได้ ประเมินจากการตอบคำถามในใบงานที่ 2/1 จากการแสดงความคิดเห็น ซึ่งอาการเตือนของสมาชิกในกลุ่มแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน เช่น ปวดศีรษะ ไม่อยากเจอใคร นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย พุดมาก เบื่อหน่าย เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกบางราย ต่อไปนี้

“อาการเตือน” ตามความเข้าใจในะครับ คือสัญญาณเตือนก่อนที่จะมีอาการเกิดขึ้นจริง ซึ่งจากการสังเกตอาการที่ผ่านมาจะ ส่วนมากจะมีอาการนอนน้อย ปวดศีรษะ หลังจากนั้นประมาณ 1 สัปดาห์ อาการก็จะกำเริบรุนแรง บางครั้งก็ได้นอนโรงพยาบาล

“อาการเตือน” คืออาการที่เตือนเราก่อนที่จะมีอาการกำเริบครับ อาการเตือนของผมจะเป็นพุดมาก หงุดหงิดง่ายครับ เป็นประมาณ 1-2 วัน อาการก็จะรุนแรงมากขึ้น

“อาการเตือน” ของผมคือ อาการที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมีอาการกำเริบครับ อาการเตือนที่เกิดขึ้นกับตัวผมจะมีอาการ นอนไม่หลับ อยากทำอะไรหลายๆอย่าง ขยันมากกว่าปกติ จะเป็นประมาณ 2-5 วันอาการก็จะกำเริบมากขึ้น

“อาการเตือน” คือ สัญญาณเตือนก่อนที่จะมีอาการกำเริบค่ะ อาการเตือนของหนูนะคะจะเป็นหลักมาก ไม่อยากทำอะไร ไม่อยากเจอใคร เป็นประมาณ 1-2 วันอาการก็จะกำเริบค่ะ

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 2** สมาชิกสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการเตือนของตนเองได้ หลังจากที่สมาชิกได้ร่วมกันอภิปรายใบความรู้ที่ 2.2 สมาชิกสามารถจัดการกับอาการเตือนที่เกิดขึ้นได้ตนเอง ประเมินจากการตอบคำถามในใบงานที่ 2/2 และจากการตอบคำถาม การแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกบางราย ต่อไปนี้

วิธีการจัดการกับอาการเตือนของผมรับประทานยาให้สม่ำเสมอ ไม่ขาดยา ถ้านอนไม่หลับก็รับประทานยานอนหลับที่หมอให้มา ถ้าเครียดก็หาวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น ฟังเพลง ปรึกษาเพื่อน ปรึกษาพ่อแม่ ออกกำลังกาย ถ้าไม่ดีขึ้นก็ไปหมอ

วิธีการจัดการกับอาการเตือนก็หนูนะคะ สังเกตตนเองก็ว่าทานยาครบหรือไม่ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีอาการกำเริบ และรีบบอกพ่อกับแม่ หากอาการไม่ดีขึ้นให้พ่อกับแม่รีบพาไปพบแพทย์

วิธีการจัดการกับอาการเตือนของผม ปวดศีรษะก็จะรับประทานยาแก้ปวด นอนพักผ่อนให้เพียงพอ นอนฟังเพลง หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น ถ้าไม่ดีขึ้นก็ไปพบแพทย์ค่ะ

วิธีการจัดการกับอาการเตือน คือ ถ้าหากหงุดหงิดง่ายจะพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะกระตุ้นออกกำลังกาย รู้สึกเบื่อ ก็หาเพื่อนคุย ดูหนังซีรี่ส์ที่ตัวเองชอบค่ะ

หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 2 พบว่าสมาชิกทุกคนสามารถบอกถึงอาการเตือนของตนเองได้ และบอกได้ว่าปัจจัยที่กระตุ้นให้อาการกำเริบคืออะไร พร้อมทั้งบอกถึงแนวทางการจัดการกับอาการเตือนได้อย่างถูกต้อง

### **กระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์**

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระยะเวลา 1 สัปดาห์

#### **วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อให้สมาชิกสามารถเข้าถึงความรู้เรื่องอาการเตือน ปัจจัยเสี่ยง สิ่งกระตุ้น การสังเกตอาการเตือน และการจัดการกับอาการได้อย่างต่อเนื่อง

2. เพื่อกระตุ้นความรู้ในเรื่องอาการเตือน ปัจจัยเสี่ยง สิ่งกระตุ้น และสามารถนำทักษะการสังเกตอาการเตือนและจัดการกับอาการไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

#### **วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

1. สมาชิกเข้าร่วมการกระตุ้นความรู้และทักษะทางโปรแกรม facebook เรื่องเพิ่มทักษะการจัดการอาการเตือนและสิ่งกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง

2. สมาชิกสามารถสังเกตอาการเตือนและเลือกนำเอาวิธีการจัดการกับอาการไปใช้ใน ชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับบริบทของตนเอง

### สาระสำคัญ

การกระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์ในเรื่องอาการเตือน และการจัดการกับ อาการเป็นการทบทวนเนื้อหาความรู้และกระตุ้นการนำทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวัน หลังจากจบการ ให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งเนื้อหาความรู้ประกอบไปด้วย การสังเกตอาการเตือน ปัจจัยเสี่ยงและ สิ่งกระตุ้นและการจัดการกับอาการเตือน โดยทำเป็นสื่อการเรียนที่น่าสนใจ ผ่านโปรแกรม Facebook ซึ่งทำให้ผู้ปวยเกิดการตื่นตัว เป็นการกระตุ้นการเรียนรู้ รวมทั้งให้สมาชิกช่วยกันเรียนรู้ และสนทนาร่วมกันผ่านกล่องข้อความ ซึ่งจะทำให้ผู้ปวยจะมีความมั่นใจในการเผชิญกับอาการที่ เกิดขึ้นสามารถจัดการกับอาการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และหลีกเลี่ยงสิ่งที่กระตุ้นให้อาการกำเริบ ได้ ส่งผลให้มีความรุนแรงของอาการลดน้อยลงและลดการกลับเป็นซ้ำได้

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

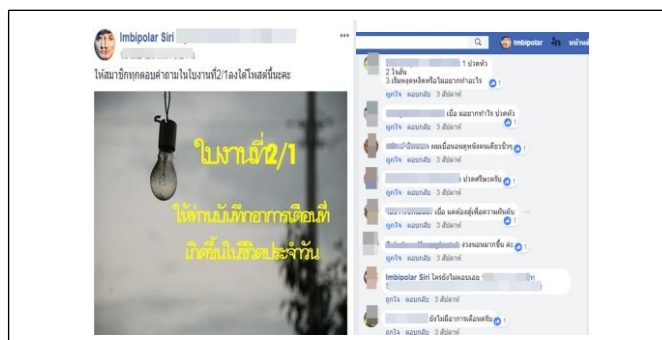
1. โปรแกรม Facebook
2. ใบความรู้ที่ 2.1 เรื่อง “อาการเตือนและสิ่งกระตุ้น”
3. ใบความรู้ที่ 2.2 เรื่อง “การจัดการกับอาการเตือน”
4. ใบงานที่ 2/1 “การสังเกตและการจัดการกับอาการเตือน”
5. สมุดการบ้าน กระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์

### การประเมินผลกระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์

ผู้วิจัยได้ประเมินผลการดำเนินงานกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมแต่ละข้อ ดังนี้

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 1** สมาชิกให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการกระตุ้น ความรู้และทักษะทางโปรแกรม facebook ประเมินจากการกดไลค์ การเข้ามาทบทวนใบความรู้ที่ 2.1 , ใบความรู้ที่ 2.2 การแสดงความคิดเห็นและการรายงานผลการปฏิบัติในใบงานที่ 2/1 และ 2/2 ซึ่งสมาชิกได้ให้ความร่วมมือในการทบทวนและกระตุ้นความรู้ในกิจกรรมที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 90 ของ สมาชิกทั้งหมด

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 2** หลังจากที่ได้กระตุ้นและทบทวนความรู้ในกิจกรรมที่ 2 สมาชิกสามารถสังเกตอาการเตือนและเลือกนำเอาวิธีการจัดการกับอาการไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ อย่างถูกต้องเหมาะสมกับบริบทของตนเอง โดยประเมินจากการตอบคำถามในใบงานที่ 2/1 และ2/2 ซึ่งสมาชิกในกลุ่มร้อยละ 90 ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามลงในใบงานที่ 2/1 และ2/2 ถูกต้อง 100 %



ภาพที่ 2 ภาพตัวอย่างการตอบคำถามในใบงานที่ 2/1 ในโปรแกรม Facebook

### กิจกรรมที่ 3 ความร่วมมือในการรับประทานยาและการรับประทานยาตามเกณฑ์

#### การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระยะเวลา 60 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้สมาชิกตระหนักและร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่องตามเกณฑ์การรักษา เกิดทักษะการจัดการจิตยาด้วยตนเองได้ถูกต้อง

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

#### หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3

1. สมาชิกบอกกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้
2. สมาชิกบอกอาการข้างเคียงของยาที่ตนรับประทานได้ถูกต้อง
3. สมาชิกบอกวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาจิตเวชได้ถูกต้อง
4. สมาชิกบอกปัญหาความกังวลใจเกี่ยวกับการรับประทานยาและวิธีการแก้ไขนั้นได้
5. สมาชิกมีทักษะการจัดการจิตยาถูกต้อง ครบถ้วน ตามเกณฑ์การรักษา

#### สาระสำคัญ

ความร่วมมือในการรับประทานยาและการรับประทานยาตามเกณฑ์เป็นการให้ความรู้ในเรื่องการรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงจากยา การจัดการกับอาการข้างเคียง รวมไปถึงค้นหาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยขาดยา และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และฝึกทักษะจัดการจิตยาด้วยตนเอง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการร่วมมือรับประทานยา ซึ่งให้เห็นถึงผลดีจากการรับประทานยา ผลเสียจากการขาดยา ซึ่งความรู้ความเข้าใจเรื่องยาเป็นสิ่งที่สำคัญที่ผู้ป่วยควรมีและควรเข้าใจให้มากยิ่งขึ้น การมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยาจะส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาให้ต่อเนื่อง รวมไปถึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการจิตยาด้วยตนเองให้ถูกต้องตามเกณฑ์

การรักษา หากผู้ป่วยสามารถรับประทานยาต่อเนื่องตามเกณฑ์การรักษาจะส่งผลให้ความรุนแรงของอาการซีมีเศร่า และอาการคลื่นคลั่งลดน้อยลง

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 3.1 เรื่อง “การรักษาด้วยยา”
2. ใบความรู้ที่ 3.2 เรื่อง “อาการข้างเคียงจากยา”
3. ใบงานที่ 3/1 เรื่อง “ความร่วมมือในการรับประทานยา”
4. ใบงานที่ 3/2 เรื่องอาการข้างเคียง/การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา
5. ใบงานที่ 3/3 เรื่อง “การฝึกจัดยา
6. กล่องยา
7. ยาประจำตัวของผู้ป่วย
8. ดินสอ/ปากกา/ปากกาเมจิก

### การประเมินการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

ผู้วิจัยได้ประเมินผลการดำเนินงานกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมแต่ละข้อ ดังนี้

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 1** สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องยาที่ใช้รักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และสามารถบอกกลุ่มยาที่รักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ ซึ่งหลังจากสมาชิกได้ร่วมกันอภิปรายใบความรู้ที่ 3.1 สมาชิกสามารถบอกกลุ่มยาที่รักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ ประเมินจากการตอบคำถามภายในกลุ่ม โดยคำตอบที่สมาชิกตอบ คือกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้แก่ ยาควบคุมอารมณ์ ยาต้านเศร่า และยาแก้โรคจิต

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 2** สมาชิกสามารถบอกอาการข้างเคียงของยาที่ตนรับประทานยาได้ จากการที่สมาชิกได้ร่วมกันอภิปรายใบความรู้ที่ 3.2 สมาชิกสามารถบอกอาการข้างเคียงจากยาควบคุมอารมณ์ที่ตนได้รับประทานได้ถูกต้อง ประเมินจากการตอบคำถามภายในกลุ่ม ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกบางราย ต่อไปนี้

ยาควบคุมอารมณ์คลื่นคลั่งที่ผมกิน คือ ยาลิเทียม เม็ดสีเหลืองเขียว อาการข้างเคียง คือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ผมร่วง

ยายาควบคุมอารมณ์เศร่าที่หนูกิน คือ ยาฟลูรีออค อาการข้างเคียง คือ ง่วงซึม ปากแห้ง กระจายน้ำมาก

ยายาควบคุมอารมณ์คลื่นคลั่งที่ผมกิน คือ ยาเดีปพากิน อาการข้างเคียง คือ น้ำหนักเพิ่ม หิวบ่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน

ยาควบคุมอารมณ์เศร่าที่ผมกินคือ ยาลิเทียม อาการข้างเคียงคือ ท้องเสีย ตื่นน้ำมาก น้ำหนักเพิ่ม ลั่น

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 3** สมาชิกสามารถบอกวิธีดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาจิตเวชได้ถูกต้อง โดยประเมินจากการตอบคำถามในใบงานที่ 2/3 และจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกดังต่อไปนี้

ผมเคยเกิดอาการข้างเคียงจากยาคือมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง ล้าสน วิธีจัดการกับอาการคือไปพบแพทย์ครับ แพทย์ปรับยาให้ อาการดีขึ้น แต่ยังมีอาการง่วงเยอะเป็นส่วนใหญ่ กลางวันจะพยายามไม่นอน จะช่วยแม่ชายของ หรือไม่ก็ทำงานบ้าน คุยกับเพื่อน เล่นเกมส์ครับ

อาการข้างเคียงที่ดิฉันมีตอนนี้คือ น้ำหนักเพิ่มขึ้นค่ะ และก็คอแห้ง หิวน้ำบ่อย วิธีการจัดการกับอาการคือ พยายามออกกำลังกาย ไม่กินตามใจปาก ควบคุมอาหาร คอแห้งค่อยๆจิบน้ำ หากไม่ดีขึ้นก็จะปรึกษาแพทย์ค่ะ

อาการข้างเคียงของผมคือ ง่วงเยอะ น้ำหนักตัวเพิ่ม วิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงคือ ออกกำลังกาย รับประทานอาหารพวกผัก ผลไม้ กินแล้วจะไม่นอน หากง่วงนอนจะหาอะไรทำ เช่น ดูโทรทัศน์ ปลูกต้นไม้ ฟังเพลงครับ

อาการข้างเคียงคือ มือลั่น การจัดการอาการข้างเคียงคือพบแพทย์ แพทย์ให้ยาแก้มือลั่นมา รู้สึกดีขึ้น แพทย์แนะนำว่ามันเป็นอาการข้างเคียงช่วงแรกๆ หากร่างกายปรับตัวได้แล้วมันจะดีขึ้น ไม่ต้องกังวลค่ะ

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 4** สมาชิกสามารถบอกเล่าถึงความกังวลใจหรือสาเหตุที่ไม่อยากรับประทานยาได้พร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้น จากการอภิปรายร่วมกันและจากการตอบคำถามในใบงานที่ 3/1 พบว่าสมาชิกมีความกังวลใจหรือสาเหตุที่ไม่อยากรับประทานยาคือ กินแล้วก็ไม่หายสักที , มีอาการข้างเคียงทำงานไม่ได้ , คิดว่าตนเองหายดีแล้ว , ลืมรับประทานยา เป็นต้นแต่ส่วนใหญ่จะพบว่าสาเหตุที่หยุดยาเอง คือคิดว่าตนเองหายดีแล้ว ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกดังต่อไปนี้

“สาเหตุที่ดิฉันขาดยา คือ ตอนนั้นอาการดีมากแล้ว ทำงานได้ เหมือนคนปกติ รับประทานยากินนานแล้ว ประมาณ 6 ปี แพทย์ก็ลดยาให้ ก็เลยคิดว่าหายแล้ว จึงไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด ยาหมดก็เลยหยุดยาเอง ก็อยู่ได้ประมาณ 1 เดือน อาการก็กำเริบจนต้องได้ Admit ค่ะ วิธีการแก้ไข คือตอนนี้มีความเข้าใจเรื่องโรคไบโพล่ามากขึ้น เข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยามากขึ้น โรคนี้เป็นเหมือนโรคประจำตัวของเรา ถ้าเราหยุดกินยา อาการก็จะกำเริบ เพราะฉะนั้นดิฉันจะกินยาต่อเนื่อง จะไม่หยุดยาเอง เพราะถ้าหยุดยาเองอาการจะกำเริบ ดิฉันไม่ยอมมานอนโรงพยาบาลค่ะ”

“ความกังวลใจที่ไม่อยากทานยาต่อคือยามันทำให้ง่วงทำงานไม่ได้ค่ะ จึงเคยลดยาเอง และเคยขาดยามานานประมาณ 1 สัปดาห์ อาการก็กำเริบค่ะ วิธีแก้ไขคือปรึกษาแพทย์เรื่องอาการง่วงนอน แพทย์ได้ปรับยาให้ใหม่ ก็ง่วงลดน้อยลง”



“ผมไม่เคยขาดยา แต่จะเป็นแบบลืมทานยา ทานยาไม่ตรงเวลา เช่น ยาเช้า แต่ผมตื่นเกือบเที่ยง คือกินยาเที่ยงกับเช้าพร้อมกัน บางครั้งนอนหลับก่อนกินยาก่อนนอนด้วยครับวิธีการแก้ไขปัญหาของผมคือ ตั้งนาฬิกาปลุกในการกินยา ให้แม่คอยเตือนและคอยกำกับในการกินยาครับ”

“ผมเคยขาดยาเพราะคิดว่าตนเองหายดีแล้วครับ จึงไม่รับประทานยาต่อครับ วิธีการแก้ไขคือทำความเข้าใจเรื่องการรับประทานยาใหม่ ตอนนี้เข้าใจแล้วครับว่าต้องรับประทานยาต่อเนื่อง”

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 5** จากใบงานที่3/2 คือฝึกให้สมาชิกในกลุ่มฝึกทักษะการจดยาด้วยตนเอง สมาชิกทั้งหมดสามารถจดยาได้ถูกต้องตามแผนการรักษา และได้แจกกล่องยาเพื่อให้ง่ายต่อการจดยาลง่ายต่อการรับประทานยา และสามารถบอกวิธีการปฏิบัติในการจดยาได้ถูกต้องดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก

“ขั้นตอนแรกในการจัดยานะครับ ผมต้องดูก่อนว่าซองยาเป็นชื่อของใคร ยาอะไร กินกี่เม็ด เวลาในการรับประทานยา และก็จัดลงในกล่องยาครับ”

“วิธีจดยาที่ถูกต้องนะคะ คือต้องอ่านชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ขนาด และก็เวลา พร้อมทั้งคำแนะนำ”

หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 3 พบว่าสมาชิกในกลุ่มสามารถบอกถึงความสำคัญในการรับประทานยา ผลดีจากการรับประทานยาต่อเนื่อง และผลเสียจากการขาดยา รวมไปถึงสามารถค้นหาปัญหาหรือสาเหตุจากการขาดยาและสามารถหาแนวทางแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง เกิดความตระหนักในการรับประทานยามากขึ้นรวมถึงสามารถบอกถึงผลข้างเคียงของยาทุกตัวที่ตนเองรับประทาน และสามารถบอกวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้เหมาะสม

### **กระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์**

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระยะเวลา 1 สัปดาห์

### **วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อให้สมาชิกสามารถเข้าถึงข้อมูลเรื่องการรักษาด้วยยา อาการข้างเคียง การจัดการอาการข้างเคียงได้อย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อกระตุ้นความรู้และทักษะเรื่องการรักษาด้วยยา อาการข้างเคียง การจัดการกับอาการข้างเคียง การรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา และการจดยาด้วยตนเอง สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์ได้จริง

### **วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

1. สมาชิกเข้าร่วมการกระตุ้นความรู้และทักษะทางโปรแกรม facebook เรื่องความร่วมมือในการรับประทานยาและการรับประทานยาตามเกณฑ์อย่างต่อเนื่อง
2. สมาชิกสามารถจดยาด้วยตนเองและรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาได้ถูกต้องและต่อเนื่อง
3. สมาชิกสามารถนำเอาวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

## สาระสำคัญ

การกระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์เรื่องความร่วมมือในการรับประทานยา และการรับประทานยาตามเกณฑ์เป็นการกระตุ้นความรู้ความเข้าใจให้ผู้ป่วยได้ศึกษาและทบทวน ความรู้ด้วยตนเอง ผ่านทางโปรแกรม Facebook อย่างต่อเนื่อง หลังจากการเรียนรู้สุขภาพจิตศึกษา แบบกลุ่ม ซึ่งเนื้อหาความรู้ประกอบไปด้วย เรื่อง การรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงจากยา การจัดการ กับอาการข้างเคียง รวมไปถึงการฝึกทักษะการจัดการด้วยตนเอง โดยนำความรู้ดังกล่าวมาประยุกต์เป็น สื่อที่น่าสนใจ ให้เรียนรู้ทาง Facebook เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวกมากขึ้น โดย มุ่งเน้นกระตุ้นให้ผู้ปวยนำเอาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาไปใช้ในชีวิตประจำวันและ สามารถจัดการด้วยตนเองได้ถูกต้อง ครบถ้วน

## สื่อการสอน/อุปกรณ์

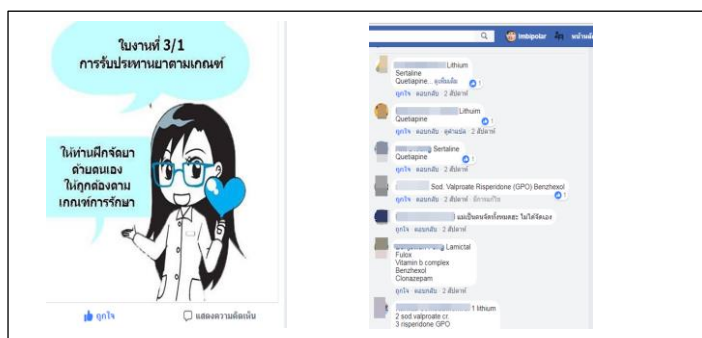
1. โปรแกรม Facebook
2. ใบความรู้ที่ 3.1 เรื่อง “การรักษาด้วยยา”
3. ใบความรู้ที่ 3.2 เรื่อง “อาการข้างเคียง/การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา”
4. ใบงานที่ 3/1 เรื่อง “การรับประทานยาตามเกณฑ์”
5. สมุดการบ้าน กระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์
6. กล่องยา
7. ยาประจำตัวของผู้ป่วย

## การประเมินผล กระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์

ผู้วิจัยได้ประเมินผลการดำเนินงานกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมแต่ละข้อ ดังนี้

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 1** สมาชิกให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการกระตุ้น ความรู้และทักษะทางโปรแกรม facebook ประเมินจากการกดไลค์ การเข้ามาทบทวนใบความรู้ที่ 3.1 , ใบความรู้ที่ 3.2 การแสดงความคิดเห็นและการรายงานผลการปฏิบัติในใบงานที่ 3/1ซึ่งสมาชิก ได้ให้ความร่วมมือในการทบทวนและกระตุ้นความรู้ในกิจกรรมที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 95 ของสมาชิก ทั้งหมด

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 2** หลังจากที่ได้กระตุ้นและทบทวนความรู้ในกิจกรรมที่ 3 สมาชิก โดยประเมินจากการตอบคำถามในใบงานที่ 3/1 สามารถจัดการด้วยตนเองและรับประทานยา ตามเกณฑ์การรักษาได้ถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งสมาชิกในกลุ่มร้อยละ 90 ให้ความร่วมมือในการตอบ คำถามลงในใบงานที่ 3/1 ถูกต้อง 100 % ดังตัวอย่างการตอบคำถามในใบงาน



ภาพที่ 3 ภาพตัวอย่างการตอบคำถามในใบงานที่ 3/1 ในโปรแกรม Facebook

#### กิจกรรมที่ 4 พัฒนาการจัดการแบบแผนการดำเนินชีวิต

##### การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระยะเวลา 90 นาที

##### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแนวทางการดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สม่ำเสมอ แบบแผนการนอนที่เหมาะสม

##### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

##### หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4

สมาชิกสามารถบอกวิธีการดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สม่ำเสมอ และแบบแผนการนอนที่ถูกต้องเหมาะสม

##### สาระสำคัญ

การพัฒนาระบบการจัดการแบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นการพัฒนาให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่แข็งแรง แบบแผนการดำรงชีวิตประจำวันที่เหมาะสม และแบบแผนการนอนที่เหมาะสม โดยชี้ให้เห็นถึงผลดีจากการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมและผลเสียจากการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม รวมไปถึงแนวทางปฏิบัติการวางแผนการดำเนินชีวิตที่มีความสมดุล แบบแผนการนอนที่เหมาะสมและปัจจัยที่มีผลต่อวงจรการนอนที่เปลี่ยนแปลง และมุ่งเน้นให้สมาชิกเกิดความตระหนัก และกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตัวอย่างใด ซึ่งหากผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนที่เหมาะสม เกิดทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกายและใจที่ดี มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีความสมดุลส่งผลให้สุขภาพกายและใจแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันที่ดี ช่วยป้องกันไม่ให้มีอาการกำเริบรุนแรงได้

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. วีดีโอ เรื่อง “บัญญัติ 10 ประการ”
2. คลิปวีดีโอ เรื่อง “นาฬิกาชีวิต”
3. ใบความรู้ที่ 4.1 เรื่อง “การดูแลสุขภาพทั่วไป”
4. ใบความรู้ที่ 4.2 เรื่อง “การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสุขลักษณะการนอน”
5. ใบงานที่4/1 เรื่อง “การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน”
6. ใบงานที่4/2 เรื่อง “แบบแผนการนอน”
7. ดินสอ/ปากกา/ปากกาเมจิก

### การประเมินผลทำให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

ผู้วิจัยได้ประเมินผลการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมแต่ละข้อ ดังนี้

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม** สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกวิธีการดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม และแบบแผนการนอนที่ถูกต้องเหมาะสม หลังจากที่สมาชิกได้ศึกษาใบความรู้ที่ 4.1 และ 4.2 และร่วมกันอภิปรายภายในกลุ่มในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในแต่ละวันของสมาชิก สมาชิกมีความเข้าใจมากขึ้นถึงความสำคัญในการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ และการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ โดยประเมินจากการตอบคำถาม การแสดงความคิดเห็น และการตอบคำถามในใบงานที่ 4/1 และ 4/2 ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ดังต่อไปนี้

“การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงจะทำให้สุขภาพใจเราแข็งแรงไปด้วย และการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม คงที่ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอก็จะทำให้ป้องกันการกำเริบของโรคได้ครับ เพราะผมเคยนอนดึก ตื่นเช้า วงจรการนอนผมไม่คงที่ ทำให้ผมเกิดอาการกำเริบได้ครับ”

“ดิฉันเคยได้ยินเรื่องนาฬิกาชีวิตมา วันนี้เพิ่งจะเข้าใจมากขึ้นว่ามันคืออะไร ถ้าหากเราทำตามนาฬิกาชีวิต ร่างกายของเราก็จะไม่เจ็บป่วย สุขภาพร่างกายแข็งแรง สุขภาพจิตก็จะแจ่มใส และการปฏิบัติตามสุขบัญญัติ 10 ประการทุกคนควรจะปฏิบัติกัน เพราะเป็นเรื่องพื้นฐานที่ทุกคนควรปฏิบัติ ต่อไปนี้จะพยายามวางแผนการดำเนินชีวิตให้เป็นไปตามนาฬิกาชีวิต ถ้าทำได้แบบแผนการนอนของเราก็จะคงที่ ร่างกายแข็งแรง สุขภาพใจดี อาการของโรคก็จะดีเรื่อยๆค่ะ”

“ผมจะปฏิบัติตามสุขบัญญัติ 10 ประการ และจะนอนให้เป็นเวลา ตื่นเป็นเวลา ให้สม่ำเสมอ นอนหลับให้เพียงพอ ออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รับประทานยาสม่ำเสมอ พบแพทย์ตามนัด เพื่อจะได้มีอากาศที่ดีขึ้นครับ”

“แบบแผนการดำเนินชีวิตของดิฉัน คือ พักผ่อนให้เพียงพอ 8 ชั่วโมง นอน 21.00 ตื่น 6 โมงเช้า ออกกำลังกายตอนเช้า ปอดจะได้สดชื่น รับประทานอาหารเช้า 8.00 น.ทุกวัน หลังจากนั้นก็ช่วย

แม่ทำงานบ้าน ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง รับประทานอาหารเย็น 19.00 น. ดูละคร 20.00 น. กินยาก่อนนอน แล้วยกนอนค่ะ”

หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 สมาชิกมีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สม่ำเสมอ เข้าใจถึงผลกระทบจากการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลง การนอนไม่หลับ และการพักผ่อนไม่เพียงพอ และสามารถบอกถึงการวางแผนการดำเนินชีวิตที่สม่ำเสมอ รวมไปถึงการมีแบบแผนการนอนที่เหมาะสมเพื่อป้องกันอาการกำเริบได้

### **กระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์**

#### **วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อให้สมาชิกสามารถเข้าถึงความรู้เรื่องแบบแผนการดำเนินชีวิตได้อย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อกระตุ้นความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สม่ำเสมอ และแบบแผนการนอนที่เหมาะสม

#### **วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

1. สมาชิกเข้าร่วมการกระตุ้นความรู้และทักษะทางโปรแกรม facebook เรื่องพัฒนาการจัดการแบบแผนการดำเนินชีวิตได้อย่างต่อเนื่อง
2. สมาชิกสามารถนำเอาทักษะการดูแลตนเองให้สุขภาพดี สามารถปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สม่ำเสมอ และมีแบบแผนการนอนที่เหมาะสม ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

#### **สาระสำคัญ**

การให้ความรู้ทางสื่อสังคมออนไลน์เรื่องการพัฒนาการจัดการแบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นการกระตุ้นความรู้และทักษะการนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้ด้วยตนเองผ่านโปรแกรม Facebook หลังจากจบการเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา โดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองและมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องโดยเนื้อหาประกอบด้วยเรื่อง การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแบบแผนการนอนที่เหมาะสม โดยถ่ายทอดความรู้เป็นภาพ คลิปวิดีโอ โดยเน้นสื่อที่มีสีสันสดใส เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ และใช้วิธีการพูดคุยทางกล่องข้อความกระตุ้นทักษะและติดตามการนำความรู้และทักษะที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน

#### **สื่อการสอน/อุปกรณ์**

1. โปรแกรม Facebook
2. วิดีโอ เรื่อง “บัญญัติ 10 ประการ” และ เรื่อง “นาฬิกาชีวิต”
3. ใบความรู้ที่ 4.1 เรื่อง “การดูแลสุขภาพทั่วไป”
4. ใบความรู้ที่ 4.2 เรื่อง “การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสุขลักษณะการนอน”
5. ใบความรู้ที่ 4/1 เรื่อง “ตารางกิจวัตรประจำวันและแบบแผนการนอน”
6. สมุดการบ้าน กระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์

## การประเมินผลกระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์

ผู้วิจัยได้ประเมินผลการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมแต่ละข้อ ดังนี้

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 1** สมาชิกให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการกระตุ้นความรู้และทักษะทางโปรแกรม facebook ประเมินจากการกดไลค์ การเข้ามาทบทวนใบความรู้ที่ 4.1 , ใบความรู้ที่ 4.2 การแสดงความคิดเห็นและการรายงานผลการปฏิบัติในใบงานที่ 4/1ซึ่งสมาชิกได้ให้ความร่วมมือในการทบทวนและกระตุ้นความรู้ในกิจกรรมที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 85 ของสมาชิกทั้งหมด

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 2** หลังจากที่ได้กระตุ้นและทบทวนความรู้ในกิจกรรมที่ 4 สมาชิก โดยประเมินจากการตอบคำถามในใบงานที่ 4/1 สมาชิกสามารถนำเอาทักษะการวางแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม การมีแบบแผนการนอนเหมาะสมนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งสมาชิกในกลุ่มร้อยละ 85 ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามลงในใบงานที่ 3/1 ถูกต้อง 100 % ดังตัวอย่างการตอบคำถามในใบงาน ดังนี้



ภาพที่ 4 ภาพตัวอย่างการตอบคำถามในใบงานที่ 4/1 ในโปรแกรม Facebook

## กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียด

### การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแนวทางการเผชิญปัญหาและการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

2. เพื่อให้สมาชิกเกิดทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความคิด

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

#### หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5

1. สมาชิกสามารถบอกถึงแนวทางการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้

2. สมาชิกสามารถบอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้

## สาระสำคัญ

การให้ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหาและการจัดการกับความเครียด เป็นการให้ความรู้เรื่อง ทักษะการเผชิญปัญหา และการจัดการความเครียด โดยเน้นให้ผู้ช่วยเข้าใจถึง เหตุการณ์เชิงลบ กระบวนการคิด การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม รวมไปถึงฝึกทักษะการจัดการ ความเครียด รู้จักวิธีการคลายเครียดในรูปแบบที่หลากหลายและฝึกให้ผู้ช่วยได้ฝึกปฏิบัติ ทำให้ผู้ช่วย มีการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม สามารถปรับตัวอยู่กับผู้อื่นในสังคมได้

## สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. รูปภาพใบหน้าคนเครียด
2. คลิปวิดีโอ เรื่อง “ความเครียด”
3. ใบความรู้ที่ 5.1 เรื่อง “การเผชิญปัญหา”
4. ใบความรู้ที่ 5.2 เรื่อง “ความเครียดและการจัดการกับความเครียด”
5. ใบความรู้ที่ 5.2.1 เรื่อง “การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ”
6. ใบความรู้ที่ 5.2.2 เรื่อง “การฝึกการหายใจ”
7. ใบความรู้ที่ 5.2.3 เรื่อง “การจินตนาการ”
8. ใบงานที่ 5/1 เรื่อง “ทักษะการเผชิญปัญหา”
9. ดินสอ/ปากกา/ปากกาเมจิก

## การประเมินผลทำให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

ผู้วิจัยได้ประเมินผลการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมแต่ละข้อ ดังนี้

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 1** สมาชิกสามารถบอกถึงแนวทางการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งหลังจากที่สมาชิกได้ศึกษาใบความรู้ที่ 5.1 และร่วมกันวิเคราะห์ตัวอย่างปัญหา ของเพื่อนร่วมกันและฝึกทักษะการเผชิญปัญหา พบว่าสมาชิกสามารถบอกถึงแนวทางการจัดการกับ ปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม ประเมินจากใบงานที่ 5/1 สมาชิกสามารถมีแนวทางการเผชิญ ปัญหาได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเอง ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ดังต่อไปนี้

“ปัญหาของหนูคือ เครียดเรื่องไม่มีงานทำ สาเหตุของปัญหาคือ ตัวเองกินยาแล้วรู้สึกว่ามัน ่วงมาก ไม่มีสมาธิในการทำงาน กำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหา คือ 1.มองในทางบวกถือว่าได้ พักผ่อน ช่วยแม่ทำงานบ้าน ดูแลตนเองให้ดีขึ้นกว่านี้ 2.ปรึกษาแพทย์ปรับยาให้ใหม่ ให้ช่วงช่วงเย็น กลางวันทำงานได้ 3.ลองไปสมัครงานใหม่ หางานที่พอจะทำได้ ตัดสินใจเลือก ข้อ 1. คือหยุดพักก่อน ดูแลตนเองให้ดีขึ้น หากอาการดีขึ้น ถึงเริ่มทำงานใหม่ เพราะถ้าเรายังอยากทำงาน พอทำงานไปแล้ว มันจะเครียดมากขึ้นส่งผลให้อาการกำเริบขึ้นได้ค่ะ”

“ปัญหาของผม คือ ไปทำงานสาย สาเหตุคือ ตื่นสาย กำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหาคือ 1.ตั้งนาฬิกาปลุก 2.เลื่อนเวลานอนให้เร็วขึ้น ไม่กินกาแฟ 3.บอกพ่อกับแม่ปลุก ตัดลินใจเลือกข้อที่ 2 เนื่องจากข้อ1 เคยทำแล้วแต่ก็เลื่อนเวลาไปเรื่อยๆ ก็สายอยู่ดี ข้อ 3 ถ้าหากพ่อแม่ลืมปลุกก็จะสายอยู่ดี ข้อ 2 เป็นการแก้ไขปัญหที่ต้นเหตุ คือนอนดึก”

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 2** สมาชิกสามารถบอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ หลังจากที่ได้ศึกษาไปความรู้ที่ 5.2 และร่วมกันฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด ทุกคนรู้สึกสบาย ผ่อนคลายมากขึ้น และบอกถึงแนวทางในการจัดการความเครียดด้วยตนเองได้ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“รู้สึกสบาย และผ่อนคลายมากเลยคะ ไม่เคยทำมาก่อน กลับบ้านไปที่จะไปฝึกทำที่บ้านคะ”

“รู้สึกดีกลับ สบายตัว สบายใจเลยครับ จะนำไปทำที่บ้านคุณะครับ”

“รู้สึกผ่อนคลายคลายกล้ามเนื้อมากเลยครับ เพราะรู้สึกเกร็งที่ต้นคอ ทำแล้วรู้สึกสบายมากเลยครับ กลับบ้านผมจะไปฝึกทำกับแม่ครับ”

“รู้สึกสบายจนจะหลับเลยคะ รู้สึกสบายใจ มีสติมากขึ้น รู้สึกสงบ จิตใจไม่วุ่นวาย จะนำไปฝึกทำที่บ้านต่อคะ”

หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 สมาชิกมีความรู้และมีทักษะในการเผชิญปัญหาและการจัดการกับความเครียดได้ด้วยตนเองประเมินจากการพูดคุย การแสดงความคิดเห็น จากการตอบคำถามในใบงานที่ 5/1 และจากการฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด สมาชิกทุกคนมีความตั้งใจฝึกและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยสมาชิกบอกถึงแนวทางแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเองและมีแนวทางในการนำเอาทักษะการผ่อนคลายความเครียดไปฝึกใช้ในชีวิตประจำวันได้ นอกจากการผ่อนคลายความเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สมาชิกยังมีแนวทางในการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีอื่นๆที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองได้

### การกระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระยะเวลา 1 สัปดาห์

#### **วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อให้สมาชิกสามารถเข้าถึงข้อมูลเรื่องทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียดได้อย่างต่อเนื่อง

2. เพื่อกระตุ้นความรู้และทักษะในการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียดให้สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง

#### **วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

1. สมาชิกเข้าร่วมการกระตุ้นความรู้และทักษะทางโปรแกรม facebook เรื่องพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียด



2. สมาชิกสามารถนำเอาทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียดไปใช้ใน ชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง

### สาระสำคัญ

การกระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์เรื่องการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา และการจัดการความเครียดเป็นการกระตุ้นความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยได้ศึกษาทบทวนความรู้อย่างต่อเนื่อง ผ่านโปรแกรม Face book หลังจากการเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา โดยเนื้อหาความรู้ประกอบไปด้วย การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา ทักษะการจัดการความเครียด และการฝึกผ่อนคลายความเครียด โดย นำเอาเนื้อหาความรู้ไปสร้างเป็นสื่อที่น่าสนใจโดยใช้ภาพ และคลิปวิดีโอ มาเป็นสื่อเพื่อให้ผู้ป่วยเกิด ความสนใจในการเรียนรู้ โดยมีการติดตามกระตุ้นทักษะและพูดคุยทางกล่องข้อความรายบุคคลและ รายกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการเผชิญปัญหาด้วยตนเองและมั่นใจในการเลือกวิธีการ จัดการและผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

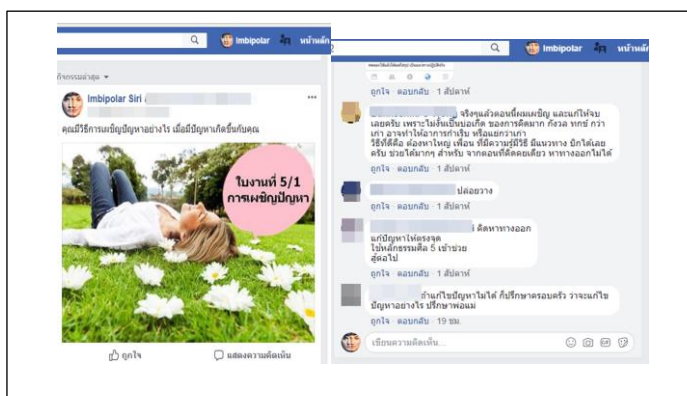
1. โปรแกรม Facebook
2. คลิปวิดีโอ เรื่อง “ความเครียด”
3. ใบความรู้ที่ 5.1 เรื่อง “การเผชิญปัญหา”
4. ใบความรู้ที่ 5.2 เรื่อง “ความเครียดและการจัดการกับความเครียด”
5. ใบความรู้ที่ 5.2.1 เรื่อง “การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ”
6. ใบความรู้ที่ 5.2.2 เรื่อง “การฝึกการหายใจ”
7. ใบความรู้ที่ 5.2.3 เรื่อง “การจินตนาการ”
8. ใบงานที่ 5/1 เรื่อง “ทักษะการเผชิญปัญหา”
9. ใบงานที่ 5/2 เรื่อง “การจัดการกับความเครียด”
- 10 สมุดการบ้าน กระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์

### การประเมินผลการกระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์

ผู้วิจัยได้ประเมินผลการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมแต่ละข้อ ดังนี้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 1 สมาชิกให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการกระตุ้น ความรู้และทักษะทางโปรแกรม facebook ประเมินจากการกดไลค์ การเข้ามาทบทวนใบความรู้ที่ 5.1 , ใบความรู้ที่ 5.2 การแสดงความคิดเห็นและการรายงานผลการปฏิบัติในใบงานที่ 5/1 และใบ งานที่ 5/2 ซึ่งสมาชิกได้ให้ความร่วมมือในการทบทวนและกระตุ้นความรู้ในกิจกรรมที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 80 ของสมาชิกทั้งหมด

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 2** หลังจากที่ได้กระตุ้นและทบทวนความรู้ในกิจกรรมที่ 4 สมาชิก โดยประเมินจากการตอบคำถามในใบงานที่ 5/1 และใบงานที่ 5/2 สมาชิกสามารถสามารถนำเอาทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียดไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองซึ่งสมาชิกในกลุ่มร้อยละ 80 ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามลงในใบงานที่ 5/1 และใบงานที่ 5/2 ถูกต้อง 100 % ดังตัวอย่างการตอบคำถามในใบงาน ดังนี้



ภาพที่ 5 ภาพตัวอย่างการตอบคำถามในใบงานที่ 5/1 ในโปรแกรม Facebook

#### กิจกรรมที่ 6 ทบทวนปัญหาและแก้ไขปัญหา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระยะเวลา 90 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อทบทวนปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาหลังจากนำสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรม ครั้งที่ 1-5 ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

##### หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6

สมาชิกสามารถบอกถึงปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหาหลังจากนำสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินการครั้งที่ 1-5 ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้

#### สาระสำคัญ

ทบทวนปัญหาและการแก้ไขปัญหา เป็นการสรุปสาระสำคัญทั้ง 5 กิจกรรมและทบทวนปัญหาหลังจากนำสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินการ ครั้งที่ 1-5 ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน มีการเปิดอภิปรายในกลุ่ม เน้นให้สมาชิกในกลุ่มได้นำเสนอปัญหาที่เกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไขปัญหาหลังจากได้นำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยเน้นสิ่งที่สมาชิกในกลุ่มเรียนรู้จากการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมซึ่งเริ่ม

ตั้งแต่ ครั้งที่ 1-5 นอกจากนี้ยังเน้นให้สมาชิกในกลุ่มมีการบันทึกและสรุปปัญหา ตลอดจนวิธีการแก้ปัญหา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวภายหลังได้มีการยุติกลุ่ม

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. สมุดการบ้าน กระดาษความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์
2. ดินสอ/ปากกา

### การประเมินผล

ผู้วิจัยได้ประเมินผลการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมแต่ละข้อ ดังนี้

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม** กิจกรรมที่ 6 ได้มีการสรุปสาระสำคัญทั้ง 5 กิจกรรมรวมไปถึง การทบทวนปัญหาและการแก้ไขปัญหา หลังจากนำสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรม ครั้งที่ 1-5 ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน พบว่าสมาชิกเกิดปัญหาต่างๆในการนำทักษะไปใช้ โดยสมาชิกได้เล่าถึง ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนในระหว่างการนำทักษะต่างๆที่ได้ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และสามารถ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การแก้ไขปัญหานั้นร่วมกัน โดยประเมินจากการพูดคุย แสดงความคิดเห็น และการตอบคำถาม ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นกับสมาชิกส่วนใหญ่คือ ปัญหาอาการข้างเคียงจากยา คือ ง่วง เยอะ น้ำหนักตัวเพิ่ม และปัญหาในการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้อาการกำเริบ คือ กาแฟ คือเป็นคนติด กาแฟ เลิกไม่ได้ เป็นต้น ตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ดังต่อไปนี้

“ปัญหาที่พบก็จะเป็นอาการข้างเคียงจากยาค่ะ คือ ง่วง เยอะ กลางวันนั่งง่วงนอนตลอดเลยคะ ดูโทรทัศน์ก็ง่วง บางครั้งนอนจนปวดศีรษะ ปรึกษากับคุณพยาบาลแล้วก็ใช้วิธีการคือหางานที่ตนเองชอบทำ ทำแล้วมีความสุข คือ ปักครอสติลล์คะ บางครั้งก็ฟังเพลงจังหวะเร็วๆ และก็เดินไปกับเพลง หาระยะอะไรเปรี้ยวๆ กินระหว่างวัน ก็ได้ผลดีขึ้นคะ”

“ปัญหาของผมคือ คอแห้ง ดื่มน้ำเยอะ กลางคืนตื่นมาปัสสาวะบ่อยมาก ทำให้รบกวนการนอนที่ต่อเนื่อง ปรึกษากับคุณพยาบาลผมเปลี่ยนเป็นจิบน้ำน้อยๆ พอถึงช่วงจะนอนก็จะพยายามดื่มน้ำน้อยๆ ปัสสาวะก่อนนอน ก็รู้สึกว่ปัสสาวะลดน้อยลงครับ”

“ปัญหาของดิฉันคือ ติดกาแฟ กลางวันดื่มกาแฟมาก พอกลางคืนนอนไม่หลับ หลับตึกวิธีการแก้ไขปัญหาคือพยายามลดลงจากดื่มวันละ 3 ถ้วย ลดลงเป็น 2-1 ถ้วย ก็ดีขึ้นคะ”

“ปัญหาที่พบคือกินเยอะคะหิวทุกอย่าง กินเยอะ น้ำหนักเพิ่ม วิธีการแก้ไข คือ กินอาหารให้เป็นเวลา ไม่กินจุกินจิก ลดขนมหวาน น้ำอัดลม ช่วงนี้ก็จะพยายามอยู่คะ”

หลังจากนั้นผู้วิจัยเปิดอภิปรายกลุ่มถึงปัญหาที่พบ พร้อมเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็น จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาเพิ่มเติม พบว่าสมาชิกกลุ่มเกิดความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น มีแนวทางการแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย และมีความมั่นใจมากขึ้นในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยมีรายละเอียดต่อไปนี้

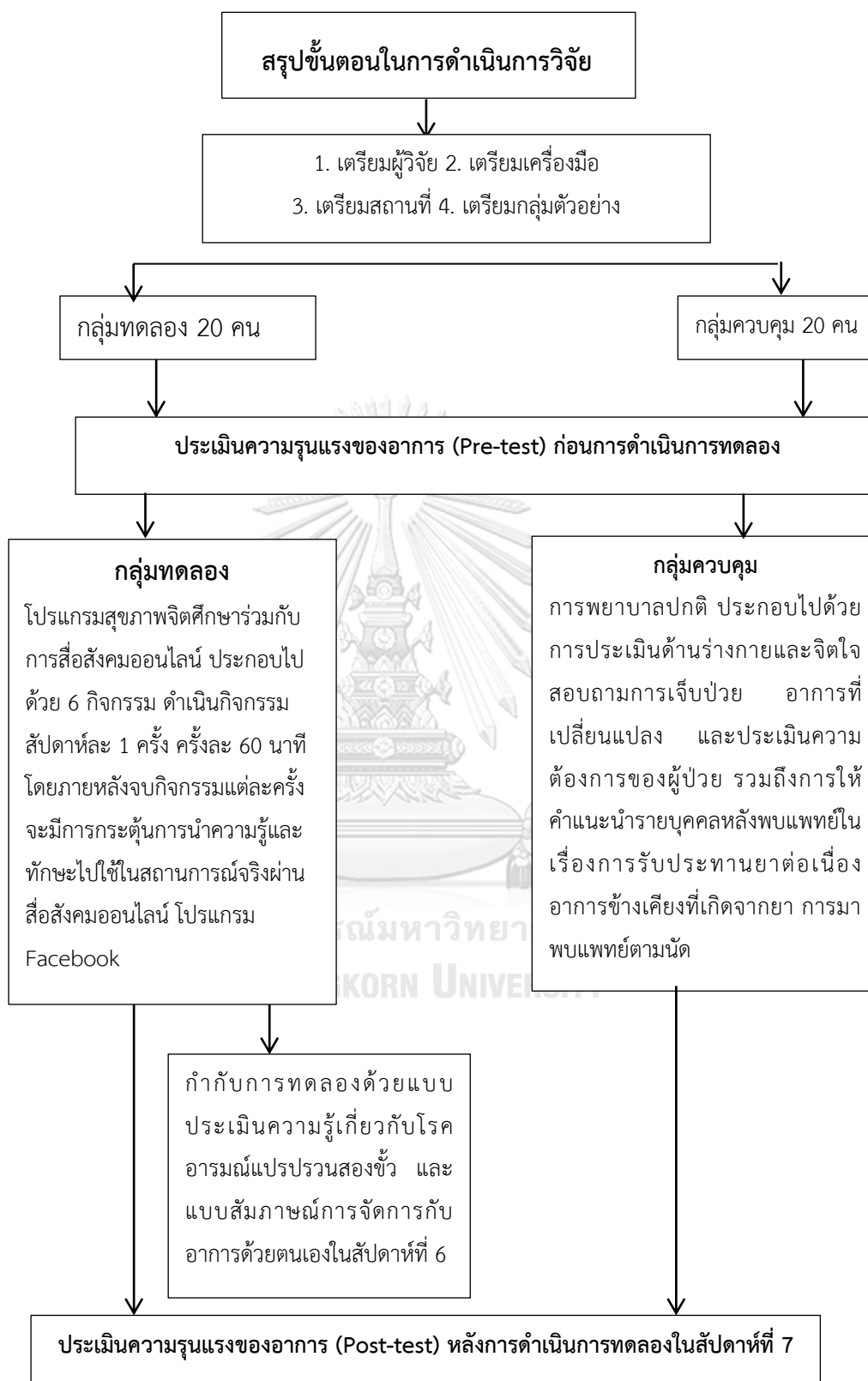
1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงจำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาพที่ 6 แผนภูมิสรุปการดำเนินการวิจัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยเปรียบเทียบความรุนแรงในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ทั้งชายและหญิง อายุ 20-59 ปี โดยพิจารณาจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Matched-pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องเพศ คะแนนของภาวะซึมเศร้า และคะแนนภาวะคลุ้ม ถูกสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีการวัดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ใช้รูปแบบเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน (Nonequivalent comparison-group design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ

**ตอนที่ 1** เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (n = 20)

ความรุนแรงของอาการ	$\bar{X}$	SD	ระดับ	T	df	p-value
ก่อนทดลอง	33.25	2.17	ปานกลาง	12.66	19	.000
หลังทดลอง	22.10	4.22	น้อย			

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ (n = 20)

คะแนนความรุนแรงของอาการ	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	33.65	1.69	38	0.649	.520
กลุ่มทดลอง	33.25	2.17	38		
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	32.85	1.98	38	10.320	.000
กลุ่มทดลอง	22.10	4.22	38		

จากตารางที่ 7 พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มการพยาบาลปกติมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการ เท่ากับ 33.65 ส่วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการ เท่ากับ 33.25 ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ภายหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์น้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) ใช้รูปแบบเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน (Nonequivalent comparison-group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์
2. เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์
2. ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์น้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 (F 31.0-31.9) ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิตสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 (F 31.0-31.9) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์ อายุ 20-59 ปี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ศึกษา โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

### 1. เครื่องมือทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดของ Colom et al. (2003) ร่วมกับหลักการเรียนรู้ทางสื่อสังคมออนไลน์ของ Jonassen (1995) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โปรแกรมนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิต จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 คน และได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์และครอบคลุมเนื้อหาของแต่ละกิจกรรม มีความถูกต้องและชัดเจนของเนื้อหาก่อนการนำไปใช้จริง และได้ผ่านการทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 5 คน ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง ที่โรงพยาบาลนครราชสีมาราชชนครินทร์ โดยทดลองจนครบทั้ง 6 กิจกรรม แล้วนำมาปรับปรุงในเรื่องของระยะเวลา และการนัดกลุ่มตัวอย่าง การแจ้งสถานที่จัดกิจกรรม โดยแก้ไขปรับปรุงโดยได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

กิจกรรมที่ 2 เพิ่มทักษะการจัดการอาการเตือนและสิ่งกระตุ้น

กิจกรรมที่ 3 ความร่วมมือในการรับประทานยาและการรับประทานยาตามเกณฑ์

กิจกรรมที่ 4 พัฒนาการจัดการแบบแผนการดำเนินชีวิต

กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียด

กิจกรรมที่ 6 ทบทวนปัญหาและแก้ไขปัญหา

1.2 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยบุญเยี่ยม คำชัย (2554) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ มีข้อคำถามทางบวกจำนวน 29 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 1 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือผู้ป่วยจะต้องมีคะแนนตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไปหรือร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยพบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 1 โดยพบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ .80

1.3 แบบสัมภาษณ์การจัดการกับอาการด้วยตนเอง สร้างมาจากแนวคิดของ Murphy & Moller (1993) พัฒนาเป็นภาษาไทยโดย วุฒินิ ช่างมิ่ง (2546) ประกอบด้วยคำถาม 38 ข้อ คำตอบ แต่ละข้อถูกแบ่งออกเป็นสองส่วนคือ 1) ความถี่ของการใช้เทคนิคการจัดการ

อาการ (ทุกเดือน, ทุกสัปดาห์, ทุกวัน และตลอดเวลา) และ2) ผลของการจัดการอาการ (ได้ผล และไม่ได้ผล) ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยพบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 0.94 โดยพบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) การรับรู้ความสามารถการจัดการตนเอง เท่ากับ .81 และความถี่ของการใช้กลยุทธ์ในการจัดการอาการด้วยตนเอง เท่ากับ .80

**2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS)

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่รุนแรง จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลคะแนนอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) คะแนนอาการคลุ้มคลั่งโดยใช้แบบประเมิน Thai Mania Rating Scale

2.2 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS) เป็นแบบประเมินที่ Dennehy et al. (2004) พัฒนามาจากแนวคิด Overall & Gorham (1962) และพัฒนาเป็นภาษาไทยโดย กรรณิการ์ เลาประเสริฐสุข (2555) ด้วยวิธี Back translation ประกอบด้วย 10 ข้อ ได้แก่ 1) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร 2) อารมณ์รุนแรง 3) มีความคิดเป็นใหญ่ 4) ว่างใจผิดปกติ 5) การเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ 6) อารมณ์เศร้า 7) วิดกกังวล 8) หดหู่ 9) อารมณ์เรียบเฉย 10) เนื้อหาความคิดผิดปกติ ในส่วนประกอบทั้ง 10 ข้อนั้น มีมาตรวัดโดยการประมาณค่า 7 ระดับ ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยพบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 1 โดยพบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ .85

### ขั้นตอนในการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการวิจัย ระยะดำเนินการวิจัย และระยะเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยมีรายละเอียดต่อไปนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้ศึกษา โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและฝึกประสบการณ์ในการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคุณสมบัติเหมือนกลุ่มทดลอง แต่ไม่ใช่กลุ่มทดลอง จำนวน 5 คน เพื่อทดลองการใช้โปรแกรม

สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและนำมาปรับใช้กับกลุ่มทดลองจริง

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยพร้อมทั้งเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

1.3 ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.4 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมทั้งดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ ให้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความรุนแรงของอาการ รวมถึงประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและแบบสัมภาษณ์การจัดการอาการด้วยตนเองก่อนการทดลอง

2.2 ในการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ เพศ คะแนนอาการ ซึมเศร้าหรือคลุ้มคลั่ง จับฉลากรายชื่อกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โดย กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลปกติจากพยาบาลวิชาชีพ 2 ครั้ง ในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ กลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ติดต่อกันทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

2.3 การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันทีภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 โดยใช้แบบวัดความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และแบบสัมภาษณ์การจัดการอาการด้วยตนเอง

## 3. ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้ศึกษาประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยให้ตอบคำถามตามแบบประเมินความรุนแรงของอาการทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1

3.2 ผู้ศึกษาประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดการใช้โปรแกรมการสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (Post- test) ในสัปดาห์ที่ 7

3.3 ผู้ศึกษาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $t=12.66$ )

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 คือ ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์

2. คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับกลุ่มการพยาบาลปกติไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 10.32$ )

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือ ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีผลทำให้ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วลดลงได้

## อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้คือ

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1** ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า เนื่องจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นโปรแกรมที่มีรูปแบบการบำบัดด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับการนำเอาสื่อสังคมออนไลน์มาเป็นช่องทางในการติดตามกระตุ้นการนำความรู้และการนำทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวันผ่านทางโปรแกรม Facebook ซึ่งเป็นโปรแกรมที่เน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่อง โรค อาการ สาเหตุ การรักษา การสังเกตอาการและการจัดการกับอาการเตือน ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประชนยาต่อเนื่องตามเกณฑ์การรักษา การมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม รวมทั้งฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการกับความเครียดได้ด้วยตนเอง ผ่านกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้ เน้นให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน จากประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง ให้ผู้ป่วยได้ถ่ายทอดความรู้สึก พุดคุยถึงปัญหา เล่าถึงอาการเจ็บป่วย ความซับซ้อนใจในการเจ็บป่วยของตนเอง ให้ผู้ป่วยได้รู้สึกที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่นั้นยังมีอีกหลายคนที่เป็นเหมือนตนเอง พุดคุยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วดังนี้

“ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วคนที่ 1 “ผมเคยมีอาการ 2 แบบ อาการแรกเคยมีอาการ ซึมเศร้า คือมีอาการไม่ยอมเจอใคร รู้สึกไร้ค่า เบื่อหน่ายท้อแท้ นอนทั้งวัน และก็อาการคลุ้มคลั่งคือมีอาการหงุดหงิดง่าย ทะเลาะกับคนอื่นบ่อยครั้ง มีความคิดว่าตนเองเป็นไอ้โง่โง่โต้ง”

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วคนที่ 2 “เป็นเหมือนผมเลย เคยคิดว่าตนเองเป็น นายกรัฐมนตรี ผมนึกว่าผมเป็นรุนแรงมากกว่าคนอื่นนะเนี่ย”

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วคนที่ 3 “รู้สึกว่ารับประทานยาแล้วมันทำรู้สึกซ้าๆ จำอะไรไม่ค่อยได้ และช่วงนอนตลอดเวลาเลยคะจนไม่อยากรับประทานยาต่อแล้ว”

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วคนที่ 4 “เราก็คเคยเป็นแบบนี้ละ แต่เราปรึกษาหมอ หมอปรับยาให้ ตอนนีดีขึ้นแล้ว อย่าหยุดยานะ ถ้าหยุดยาแล้วอาการมันจะกำเริบ ต้องนอนโรงพยาบาลกว่าจะได้ออกก็นาน ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง อาการแบบนี้มันเป็นอาการข้างเคียงจากยา แก่ใจได้”

สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีพลังและความหวังในการที่จะเผชิญกับโรคนี้ได้ด้วยตนเอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับการเจ็บป่วยมากขึ้น เกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง สนใจในการรักษาและร่วมมือในการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา สามารถเผชิญกับปัญหา และจัดการกับความเครียดได้ อีกทั้งได้มีการกระตุ้นความรู้ทางสื่อสังคมออนไลน์ โดยให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนความรู้ได้ตลอดเวลาทางโปรแกรม Facebook เน้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้ด้วยตนเองตามความพร้อมและความสะดวกของแต่ละบุคคล โดยมีผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาคอยให้คำแนะนำ เมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหา ระหว่างการนำทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวัน สามารถขอคำปรึกษาได้ตลอดเวลา และได้มอบหมายใบงานให้ผู้ป่วยทำเป็นการบ้านเพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจมากยิ่งขึ้น โดยมีสื่อความรู้ในโปรแกรม Facebook ที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ศึกษา ทบทวนความรู้เพิ่มเติม ซึ่งเป็นสื่อที่น่าสนใจ เข้าถึงได้ง่าย สะดวกในการติดต่อสื่อสารทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง เกิดความมั่นใจในการนำทักษะไปใช้ โดยได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในโปรแกรม Facebook โดยการคอมเมนต์เสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ พูดคุยให้กำลังใจ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ดูแลให้คำปรึกษาร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว และสามารถมีแนวทางในการดูแลตนเอง สามารถจัดการกับสิ่งที่กระตุ้นให้อาการกำเริบรุนแรงได้ ดังเช่น สามารถเผชิญปัญหา จัดการกับความเครียดได้ ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง และมีแบบแผนการนอนที่เหมาะสม ซึ่งความเครียด การขาดยา และการพักผ่อนไม่เพียงพอ สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุที่สำคัญในการกระตุ้นให้อาการกำเริบรุนแรงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Latalova et al. (2014) ได้ศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบการให้ความรู้ทางสื่อสังคมออนไลน์ โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ด้วยตนเองพบว่าสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพในเรื่องความร่วมมือในการใช้ยา การรับรู้ถึงอาการเตือน สามารถจัดการกับอาการเตือน มีทักษะในการเผชิญปัญหา การจัดการความเครียด และทักษะการเข้าสังคม ส่งผลให้อาการกำเริบลดน้อยลง ลดจำนวนครั้งของ mood episode ลง เพิ่มระยะห่างของการเจ็บป่วยในแต่ละ episode ลงได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Colom et al. (2003) ที่ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศสเปน หลัง

การทดลองได้มีการติดตามผลภายใน 2 ปี ผลการศึกษาพบว่าทำให้สุขภาพจิตศึกษาได้ผลดีต่อการกำเริบของอาการหรือการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากเหตุผลดังกล่าวหลังจากที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้เข้าร่วมโปรแกรมนี้แล้วทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สามารถจัดการอาการเตือนและสิ่งกระตุ้น ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาและการรับประทานยาตามเกณฑ์ มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดี และมีทักษะในการเผชิญปัญหาและการมีวิธีการจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวันได้ รวมทั้งได้รับการกระตุ้นความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่องทางสื่อสังคมออนไลน์ โปรแกรม Facebook เพื่อเป็นการทบทวนความรู้และเป็นการกระตุ้นและติดตามผลการนำทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการนำทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริง เมื่อมีปัญหาสามารถปรึกษาได้ผ่านช่องกล่องข้อความ โปรแกรม Facebook ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความตื่นตัวในการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น สามารถนำเอาความรู้และทักษะดังกล่าวไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง เกิดผลจริง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เกิดคุณค่าในตัวเอง และเกิดการพัฒนาทักษะต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและอาการคลุ้มคลั่งลดน้อยลง

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2** ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาที่พบดังต่อไปนี้

จากการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยที่พบสามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่เป็นกระบวนการให้ความรู้และฝึกทักษะในเรื่องที่เกี่ยวกับการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการ ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมนี้นั้นมีทั้งหมด 6 กิจกรรม ทั้ง 6 กิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กิจกรรมที่ 2 เพิ่มทักษะการจัดการอาการเตือนและสิ่งกระตุ้น กิจกรรมที่ 3 ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาและการรับประทานยาตามเกณฑ์ กิจกรรมที่ 4 พัฒนาการจัดการแบบแผนการดำเนินชีวิต กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียด และ



กิจกรรมที่ 6 ทบทวนปัญหาและแก้ไขปัญหา ซึ่งทั้ง 6 กิจกรรมนี้สามารถจัดกระทำกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการได้ และนอกจากที่จะเป็นการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และเกิดทักษะต่างๆเพื่อที่จะนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อเป็นการติดตามการนำทักษะไปใช้อย่างต่อเนื่องผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์โดยมีรูปแบบที่เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความรู้ในเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมหลังจากที่ได้เข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแบบเจอหน้า (face-to-face) โดยจะเน้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้ด้วยตนเอง (self-directed learning) สามารถเข้าไปทบทวนความรู้ได้ตลอดเวลา ตามความพร้อมและความสนใจของผู้ป่วย โดยมีผู้บำบัดเป็นผู้กระตุ้นความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้อย่างแท้จริง ซึ่งการรับรู้และการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพของผู้เรียนจะต้องมีความพร้อม และความสนใจในการเรียนรู้ ซึ่งจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและยาวนาน (Knowles,1975) นอกจากนั้นแล้วผู้บำบัดได้ใช้หลักการเรียนรู้ทางสื่อสังคมออนไลน์ของ Jonassen (1995) โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ตื่นตัว (active) ตลอดเวลาโดยใช้สื่อที่น่าสนใจ ใช้คำถามในแต่ละกิจกรรมกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการตื่นตัว กระตุ้นให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนในกลุ่มโดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น พูดคุยให้กำลังใจ และร่วมกัน (collaborative) หาแนวทางแก้ไข (contextualized) อย่างสร้างสรรค์ (constructive) ผ่านทางการสนทนา (conversational) ทางคอมเมนต์และการพูดคุยสนทนาผ่านกล่องข้อความโดยมีผู้วิจัยคอยให้คำปรึกษาร่วมด้วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความตั้งใจในการเรียน (intentional) ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพยาวนาน และส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถนำเอาทักษะที่ได้ในเรื่อง การสังเกตอาการ การจัดการกับอาการเตือน การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา การจัดการรับประทานต่อเนื่อง การนอนที่เหมาะสม การเผชิญปัญหา และการจัดการกับความเครียด ไปปรับใช้ในชีวิตได้จริงและได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ไม่หยุดกินยาตามแพทย์สั่ง ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น (Clinical outcome) ดีขึ้น ความรุนแรงของอาการลดน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Smith et. al (2011) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาผ่านทางอินเทอร์เน็ต ที่ใช้ชื่อว่า 'Beating Bipolar' เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษา 8 เรื่อง ในระยะเวลา 4 เดือน ประกอบด้วย การบำบัดแบบเจอหน้าในครั้งแรก (face-to-face) และติดตามการให้ความรู้ผ่านทางออนไลน์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดการกำเริบของอาการและการกลับเป็นซ้ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งอรุณ ไทวันนัง (2559) ที่ได้นำเอาอินเทอร์เน็ตมาใช้ในการร่วมกับการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสุราพบว่าสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากเหตุผลดังกล่าวสนับสนุนได้ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความรุนแรงของอาการลดน้อย รายละเอียดแต่ละกิจกรรมมีดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประกอบไปด้วยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเองเพื่อสร้างความไว้วางใจ ความคุ้นเคย พูดคุย ทักทายด้วยท่าที่เป็นมิตรร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อาการแสดง สาเหตุ การเกิดโรค และการรักษา กิจกรรมนี้ได้พัฒนาให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค สามารถรับรู้ อาการแสดง มีทักษะในการสังเกตอาการ ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองมากยิ่งขึ้น และเกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง ซึ่งการยอมรับการเจ็บป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการร่วมมือในการรักษาและการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (medication adherence) (Latalova, 2012) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Berk et al. (2010) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วย และมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยา ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ การให้ความรู้เรื่องโรคอาการแสดง สาเหตุ การรักษา จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พร้อมทั้งสามารถประเมินและสังเกตอาการของตนเองได้เร็ว และมีแนวทางในการดูแลตนเองให้ถูกต้อง และเกิดความตระหนักในการเจ็บป่วยของตนเอง ส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษาและเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งสามารถจัดกระทำกับปัจจัยข้อที่ 1 คือปัจจัยด้านความร่วมมือในการรับประทานยา โดยการรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอช่วยลดความรุนแรงอาการ ซึมเศร้าและอาการคลุ้มคลั่งได้ (Perlick, Rodenheck, Kaczynski, & Kozma. 2004)

ภายหลังจากการได้รับความรู้แบบเจอหน้า (Face to Face) ผู้ป่วยสามารถทบทวนความรู้เพิ่มเติมที่บ้านได้ทางสื่อสังคมออนไลน์โปรแกรม Facebook โดยการเรียนรู้ด้วยตนเองทุกเวลารวมทั้งได้รับการกระตุ้นการนำทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวัน ในระหว่างการนำทักษะไปปฏิบัติใช้ ผู้วิจัยจะติดตามผลการปฏิบัติ และให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ หากมีปัญหาสามารถปรึกษาผู้วิจัยผ่านทางช่องทางกล่องข้อความรายบุคคลได้ และในระหว่างนั้นผู้ป่วยจะได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรคในการนำทักษะไปใช้รวมกันกับเพื่อนในกลุ่มและเสนอแนะแนวทางแก้ไขร่วมกัน ซึ่งการกระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ตลอดเวลา เกิดความเข้าใจและนำไปปฏิบัติจริง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการนำทักษะไปใช้ สามารถสังเกตอาการ รับรู้ถึงอาการแสดงและพฤติกรรมของตนเองได้ และเมื่อผู้ป่วยเข้าใจเรื่องโรคมมากขึ้น รับรู้อาการของตนเอง เข้าใจการรักษาที่ถูกต้องก็ส่งผลให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อโรคที่ตนเองเจ็บป่วย ให้ความร่วมมือรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา และมีแนวทางในการดูแลตนเองหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะกระตุ้นให้อาการกำเริบ ส่งผลให้อาการซึมเศร้าและอาการคลุ้มคลั่งลดน้อยลงได้

**กิจกรรมที่ 2** การเพิ่มทักษะการจัดการอาการเตือนและสิ่งกระตุ้นเป็นการให้ความรู้ในเรื่องการสังเกตอาการเตือน ปัจจัยเสี่ยงและสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ รวมทั้งแนวทางการจัดการกับ

อาการเตือน โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้มีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองและจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนภายในกลุ่ม โดยให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์การเกิดอาการกำเริบรุนแรงที่เคยเกิดขึ้นกับตนเองและร่วมกันคิดวิเคราะห์จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์จริงของผู้ป่วย ในการสังเกตอาการเตือนว่าอาการเตือนที่เกิดขึ้นนั้นคืออะไร มีอาการอย่างไร จะเกิดขึ้นได้ในช่วงเวลาไหน แล้วอะไรเป็นสิ่งที่กระตุ้นในการเกิดอาการกำเริบ หลังจากนั้นได้ร่วมกันหาวิธีการจัดการกับอาการเตือนที่เกิดขึ้น ซึ่งการฝึกให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองและเพื่อนผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการจดจำได้ดีขึ้นและมีความเข้าใจมากขึ้น มองเห็นภาพได้ชัดเจน เกิดเป็นทักษะที่สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการเตือนได้ทันท่วงที และหลีกเลี่ยงอาการเตือนไม่ให้อาการกำเริบ มีแนวทางในการจัดการกับอาการเตือนได้ ส่งผลให้อาการไม่กำเริบรุนแรง ความรุนแรงของอาการลดน้อยลง ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ โดยไม่ถูกรบกวนจากการเกิดอาการของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Sierra et al. (2007) ที่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตและการจัดการกับอาการเตือน และกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเตือน จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับอาการเตือนได้ด้วยตนเอง ทำให้ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดการเกิดอาการซึมเศร้าและคลุ้มคลั่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Perry et al. (1999) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการสอนการประเมินอาการเริ่มแรกของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยพบว่ามีประสิทธิภาพในการลดอาการกำเริบและลดการกำเริบของอาการคลุ้มคลั่งในระยะยาว และเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งการเพิ่มทักษะการจัดการอาการเตือนและสิ่งกระตุ้น เป็นการจัดการกระทำกับปัจจัยข้อที่ 2 คือปัจจัยด้านการจัดการกับตนเองและแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งการจัดการกับตนเองโดยการรับรู้อาการเตือนสามารถจัดการกับอาการเตือนได้ด้วยตนเอง สามารถช่วยลดอาการกำเริบได้ (Lam and Wong, 2005)

นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้รับความรู้แบบกลุ่มแล้วผู้ป่วยยังได้รับการกระตุ้นความรู้ทางสื่อสังคมออนไลน์โปรแกรม Facebook เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้กระตุ้นความรู้ที่ต่อเนื่องและเกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น โดยผู้ป่วยสามารถทบทวนความรู้เพิ่มเติมในเรื่องอาการเตือนและการจัดการกับอาการเตือนได้ทุกช่วงเวลา พร้อมทั้งได้กระตุ้นการนำทักษะการสังเกตอาการเตือน และการจัดการกับอาการเตือนนำไปปฏิบัติใช้ในชีวิตประจำวัน พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยรายงานผลการปฏิบัติทาง Facebook ในการกระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์พบว่าผู้ป่วยให้ความสนใจและร่วมมือในการทบทวนความรู้เพิ่มเติม และในขณะที่ผู้ป่วยนำทักษะการสังเกตอาการเตือน ผู้ป่วยได้ประสบปัญหาในเรื่องการจัดการกับอาการเตือน ผู้ป่วยสามารถได้รับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากเพื่อนในกลุ่มและได้รับการให้คำปรึกษาจากผู้วิจัยได้ทางกล่องข้อความและทางคอมเมนต์ในโปรแกรม Facebook ปัญหาที่ผู้ป่วยขอคำปรึกษา ตัวอย่างเช่น “ผมมีปัญหาเรื่องอารมณ์หงุดหงิดครับ คือช่วงนี้ผมทะเลาะ

กับแม่บ่อย แม่ชอบบ่น บ่นเรื่องผมนอนตื่นสายครับ แต่ไม่ใช่แค่กับแม่คนเดียวครับ ผมรู้สึก หงุดหงิดง่าย ไม่มีอะไรมากระตุ้นก็หงุดหงิด ผมก็รับประทานยาสม่ำเสมอครับ แต่ไม่ดีขึ้น” ผู้วิจัย ให้ผู้ป่วยได้เข้าไปพบทวนการจัดการกับอาการเดือนอีกครั้ง และให้สำรวจตัวเองว่ามีสิ่งกระตุ้นทำให้อาการกำเริบหรือไม่ พบว่าผู้ป่วยนอนดึก เล่นเกมส์ นอน 03.00 น. พักผ่อนไม่เพียงพอส่งผลให้ ทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิดง่าย ผู้ป่วยได้เลือกการจัดการกับอาการเดือนโดยการปรับเปลี่ยนเวลาในการนอนให้เร็วมากขึ้น และได้รับคำแนะนำจากเพื่อนในกลุ่มในการควบคุมอารมณ์โดย วิธีหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้น และหาอะไรทำที่ ทำให้เราอารมณ์ดีมากขึ้น เช่น ฟังเพลง ดูหนัง เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยก็นำไปปรับใช้ พบว่า อารมณ์หงุดหงิดลดน้อยลง หากหงุดหงิดผู้ป่วยจะใช้วิธีการฟังเพลงในห้อง ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยสามารถนำทักษะการจัดการกับอาการเดือนไปใช้ได้จริง เกิดผลที่มีประสิทธิภาพ ได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนและผู้วิจัยอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้เกิดความมั่นใจ เกิดกำลังใจในการนำทักษะไปใช้ต่อเนื่อง และเกิดผลที่ยาวนาน ส่งผลให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการเดือนได้ด้วยตนเองทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า และคลุ้มคลั่งลดน้อยลง

**กิจกรรมที่ 3** ความร่วมมือในการรับประทานยาและการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นกิจกรรมที่ประกอบไปด้วยการให้ผู้ป่วยได้มีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และกลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์การรับประทานยา การขาดยา อาการข้างเคียงจากการรับประทานยา บอกเล่าถึงถึงปัญหา ความกังวลใจ และความรู้สึกเกี่ยวกับการรับประทานยา พร้อมทั้งช่วยกันค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน พร้อมทั้งเชื่อมโยง ผลกระทบจากการขาดยาชี้ให้เห็นถึงผลเสียในการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และผลดีในการรับประทานยาต่อเนื่อง สร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญในการรับประทานยา ให้คำชมเชยผู้ป่วยที่รับประทานยาสม่ำเสมอ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง รู้สึกมีกำลังใจในการรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา เกิดทัศนคติที่ต่อการรับประทานยา และเกิดความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น จากการดำเนินกิจกรรมในการวิจัยนี้พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยขาดยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง คือ อาการข้างเคียง จากยา ความไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียง มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์และการทำงาน เช่น มีอาการมือสั่น ง่วง คอแห้ง ตึมน้ำบ่อย คิดช้า หน้าเป็นสิ่ว น้ำหนักเพิ่ม เป็นต้น และอีกสาเหตุที่พบคือ คิดว่าตนเองหายแล้ว อาการดีขึ้นแล้ว ไม่จำเป็นต้องกินยาจึงหยุดยาเอง ซึ่งทั้งสองสาเหตุชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Berk et al. (2010) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการผูกติดการใช้ยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยขาดการผูกติดกับยาที่ใช้รักษา คือการขาดความรู้ อาการรุนแรง การไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และผลกระทบจากอาการข้างเคียงจากยา เป็นต้น

ซึ่งกิจกรรมนี้ผู้วิจัยได้ฝึกให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนในกลุ่ม และการเสนอแนะแนวทางการจัดการร่วมกัน และฝึกให้ผู้ป่วยนำไปปรับใช้ในสถานการณ์ของตนเองจากการทำใบงาน รวมทั้งยังฝึกทักษะการจัดการด้วยตนเอง เพื่อเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วย ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำได้ ทำให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตัวเอง และสามารถจัดการรับประทานเองได้อย่างถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ สามารถเผชิญกับอาการข้างเคียงจากยาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานต่อเนื่อง ไม่ขาดยา ส่งผลให้ความรุนแรงของอาการลดน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับการศึกษาของ Perlick et al (2004) ซึ่งพบว่า การให้ความรู้เรื่องยาจะทำให้ผู้ป่วยผูกติดกับยาที่ใช้ในการรักษา (Medication adherence) ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcome) ดีขึ้น สามารถลดจำนวนครั้งของการเกิด ความรุนแรงของอาการ ลดจำนวนครั้งของการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลได้ กิจกรรมนี้จึงเป็นการจัดกระทำกับปัจจัยข้อที่ 1 คือปัจจัยด้านความร่วมมือในการรับประทานยา

เมื่อผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเรื่องการรักษาด้วยยา สามารถเผชิญกับอาการข้างเคียงจากยา และเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นความรู้และทักษะเพิ่มเติมทางสื่อสังคมออนไลน์โปรแกรม Facebook โดยให้ผู้ป่วยนำทักษะการจัดการ และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาไปปฏิบัติใช้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ป่วยสามารถทบทวนเนื้อหาความรู้เพิ่มเติมในโปรแกรม Facebook ทุกเวลาควบคู่กับการฝึกทักษะ พร้อมทั้งขอความช่วยเหลือจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลาเมื่อเกิดปัญหา ซึ่งระหว่างการนำทักษะไปปฏิบัติพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา ตัวอย่างคำพูดที่ผู้ป่วยขอคำปรึกษาดังนี้ “คุณพยาบาลคะ ดิฉันขอ คำปรึกษาหน่อยค่ะ พอดีรับประทานยาแล้วรู้สึกง่วงนอนมากเลยตอนกลางวัน หาอะไรทำก็ไม่ดีขึ้น ก็ ง่วงเหมือนเดิมค่ะ” ผู้วิจัยจึงกระตุ้นให้ผู้ป่วยในกลุ่มที่เคยมีปัญหาเหมือนกัน ช่วยแสดงความคิดเห็น และแนะนำวิธีจัดการกับอาการดังกล่าว โดยผู้ป่วยในกลุ่มได้ให้คำแนะนำหลายวิธี ผู้ป่วยสามารถเลือกแนวทางการจัดการกับอาการที่เหมาะสมกับบริบทได้ด้วยตนเอง และสามารถจัดการกับอาการได้ผลดี เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เกิดความคิดสร้างสรรค์ เกิดการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง เป็นการส่งเสริมศักยภาพในตนเองในการเผชิญกับอาการข้างเคียงจากยา สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดกำลังใจ เกิดทัศนคติที่ดีในการ รับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องตามเกณฑ์การรักษา ส่งผลให้ความรุนแรงของ อาการของโรคลดน้อยลง ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

**กิจกรรมที่ 4** พัฒนาการจัดการแบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการดูแลตนเอง และเห็นความสำคัญของการจัดการแบบแผนการดำเนินชีวิตรวมทั้งแบบแผนการนอนที่เหมาะสม โดยกิจกรรมนี้จะพัฒนาความรู้ผู้ป่วยในเรื่องหลักการดูแลสุขภาพทั่วไปตามหลัก บัญญัติ 10 ประการ ที่ควรปฏิบัติ การมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมตามนาฬิกา

ชีวิตและการพักผ่อนที่เพียงพอ มีวงจรการนอนที่สม่ำเสมอ โดยชี้ให้เห็นผลดีของการมีสุขภาพกายที่แข็งแรงเชื่อมโยงไปยังสุขภาพใจที่ดี ชี้ให้เห็นผลกระทบต่อการใช้ป่วยของตนเองหากมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตและแบบแผนการนอนของตนเองในแต่ละวัน และร่วมกันวิเคราะห์ถึงความเหมาะสม ช่วยกันหาแนวทางแก้ไข และวิธีการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมการนอนหลับที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและเห็นถึงความสำคัญในการดูแลตนเองและมีแนวทางในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สามารถวางแผนปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม และมีแบบแผนการนอนหลับที่เพียงพอ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจะมีแบบแผนการนอนที่เหมาะสมสม่ำเสมอ สุขภาพร่างกายและจิตใจดี มีวงจรการดำเนินชีวิตที่ส่งผลดีต่ออาการเจ็บป่วย ทำให้ความรุนแรงของอาการลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Frank et al. (2007) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการทำหน้าที่ทางสังคมซึ่งประกอบไปด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลการสื่อสารในสังคม ความสม่ำเสมอของแบบแผนดำเนินชีวิต และวงจรการหลับคืน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัด มีความสม่ำเสมอของแบบแผนการดำเนินชีวิต และมีวงจรการนอนหลับที่สม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปกติโดยไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำนานกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด ซึ่งการที่ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพทั่วไปของตนเองได้ มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดี มีการนอนหลับที่สม่ำเสมอ สามารถจัดการกับปัจจัยข้อที่ 2 คือปัจจัยด้านการจัดการตนเองและแบบแผนการดำเนินชีวิตได้

เมื่อผู้ป่วยจะได้รับความรู้แบบกลุ่มแล้วนั้น ผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์ในการเพิ่มทักษะการนำไปใช้ในชีวิตจริง ร่วมกับการกระตุ้นความรู้ต่อเนื่อง ซึ่งการกระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์นี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น เป็นการกระตุ้นความรู้และเกิดการเรียนรู้ตลอดเวลา ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นทักษะในการดูแลสุขภาพทั่วไป การวางแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม และการมีแบบแผนการนอนที่สม่ำเสมอ โดยมีใบงานให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ จากการรายงานผลการปฏิบัติพบว่าผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพทั่วไปได้อย่างถูกต้อง มีแนวทางการวางแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมไม่ส่งผลต่อการเกิดอาการของโรค มีวงจรการนอนที่สม่ำเสมอมากขึ้น มีทักษะการส่งเสริมการนอนที่ดี และสามารถจัดการกับปัญหาอนไม่หลับได้ ในระหว่างที่ผู้ป่วยนำทักษะไปใช้ ผู้วิจัยได้ติดตามสอบถามอย่างใกล้ชิด เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ รู้สึกไม่โดดเดี่ยว รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการนำทักษะการดูแลสุขภาพของตนเอง การวางแผนการดำเนินชีวิต และแบบแผนการนอนที่สม่ำเสมอ ไปใช้ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สุขภาพจิตดี มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมทุกวัน และมีแบบแผนการนอนหลับที่มีประสิทธิภาพ พักผ่อนเพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลให้ต่อความรุนแรงของอาการได้ ทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความรุนแรงของอาการลดน้อยลง

**กิจกรรมที่ 5** พัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียด เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการเผชิญกับปัญหาและสามารถจัดการกับความเครียดได้โดยให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา ปรับเปลี่ยนมุมมองความคิด มองปัญหาให้เป็นบวก โดยให้ผู้ป่วยยกตัวอย่างปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวัน และช่วยกันวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยให้ผู้ป่วยมองและเข้าใจว่าอะไรคือปัญหา สาเหตุของปัญหาคืออะไร และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ทางเลือกชี้ให้เห็นถึงข้อดีและข้อเสียในแต่ละทางเลือก และให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะเลือกทางไหน รวมถึงการฝึกให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับความเครียด โดยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ว่าความเครียดสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน และความเครียดสามารถที่จะจัดการได้ หากมีแนวทางการจัดการที่ดี และมีประสิทธิภาพ โดยการให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจริง ในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ และการจินตนา นอกจากนี้ยังให้ผู้ป่วยได้เสนอแนวทางการจัดการกับความเครียดที่มีความหลากหลาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Michalak et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับความรู้เรื่องการเผชิญความเครียดจะสามารถจัดการตนเองให้มีความเครียดลดลงได้ ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่งให้ดีขึ้น (Miklowitz, 2008) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Miklowitz (2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพการรักษาด้วยจิตบำบัดในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งกล่าวว่า การฝึกการแก้ปัญหา และการเผชิญปัญหา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับปรุงพัฒนาความรับผิดชอบต่อหน้าที่ตนเอง เช่น สามารถเรียนหนังสือ ทำงาน เข้าร่วมสังคม และสามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการทั้งอาการซึมเศร้าและอาการคลุ้มคลั่งให้ดีขึ้น

ภายหลังการให้ความรู้แบบกลุ่มแล้วเพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการนำทักษะไปใช้ ผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์ โปรแกรม Facebook โดยผู้ป่วยสามารถศึกษาเพิ่มเติมความรู้ในเรื่องการเผชิญปัญหาและการจัดการกับความเครียดได้ตลอดเวลา และฝึกการนำทักษะไปปฏิบัติใช้ในสถานการณ์จริง โดยผู้วิจัยจะติดตามผลการปฏิบัติเป็นระยะๆ และให้คำแนะนำให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด หลังจากที่ผู้ป่วยนำทักษะไปใช้พบว่าผู้ป่วยเกิดปัญหาในการปฏิบัติ และได้ขอคำปรึกษาในการแก้ไขปัญหาผ่านทางกล่องข้อความ โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้คำปรึกษา และให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กับเพื่อนในกลุ่ม และหาแนวทางแก้ไขร่วมกันทางกล่องข้อความ ตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยมีปัญหา “คุณพยาบาลมีเรื่องปรึกษาอะ คือพี่มีปัญหาเรื่องว่าเพื่อนยืมเงินไปหลายเดือนแล้ว ไม่ได้เงินคืน แล้วตอนนี้ตนเองจำเป็นต้องใช้ ทวงหลายครั้งแล้วแต่ไม่ได้คืน ทวงบ่อยก็เกรงใจเพื่อน เพื่อนก็เป็นเพื่อนสนิท กลัวทะเลาะกับเพื่อน รู้สึกเครียด จะทำยังไงดี ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยไปทบทวนเพิ่มเติมเรื่องการเผชิญปัญหา แล้วชี้แนะให้ผู้ป่วยคิดวิเคราะห์และทบทวนปัญหาที่แท้จริงว่าคืออะไร สาเหตุของปัญหาคืออะไร ทางเลือกในการแก้ปัญหา ซึ่งผู้ป่วยบอกว่าคิดไม่ออก จึงขออนุญาตผู้ป่วยในการนำปัญหาดังกล่าวไปเสนอในกลุ่มสนทนาและให้เพื่อนร่วมกันเสนอ

แนวทางในการแก้ไขปัญหา เมื่อภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากเพื่อนและจากผู้วิจัยผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ซึ่งจากการติดตาม การรายงานผลการปฏิบัติและการส่งใบงานพบว่าผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันได้และสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้อาการของโรคไม่กำเริบ ความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่ง และอาการซึมเศร้าลดน้อยลง

**กิจกรรมที่ 6** เป็นการดำเนินกิจกรรมเพื่อทบทวนความรู้และทักษะต่างๆ ตลอดจนปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นของสมาชิกกลุ่มตั้งแต่เริ่มดำเนินกิจกรรม ครั้งที่ 1-5 หลังผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติ โดยเน้นสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้จากการเข้าร่วมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว การเพิ่มทักษะการจัดการอาการเตือนและสิ่งกระตุ้น ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาและการรับประทานยาตามเกณฑ์ พัฒนาการจัดการแบบแผนการดำเนินชีวิต และการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียด ทั้งนี้เป็นการช่วยย้ำเตือนความรู้และทักษะต่างๆที่ได้รับ อีกทั้งยังเป็นการติดตามและประเมินผลถึงการนำทักษะไปปฏิบัติของผู้ป่วยในแต่ละกิจกรรม ว่าประสบปัญหาและมีแนวทางในการแก้ปัญหาที่ถูกต้องอย่างไร

สำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลปกติ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการไม่แตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาที่พบอาจไม่ได้หมายถึงว่าการให้การพยาบาลปกตินั้นไม่มีประสิทธิภาพ แต่อภิปรายได้ว่าเนื่องจากผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วซึ่งได้รับการบริการจากพยาบาลวิชาชีพที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาครินทร์นั้นเป็นการให้การพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินคัดกรองด้านร่างกายและจิตใจก่อนพบแพทย์ รวมถึงการให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย และภายหลังจากการพบแพทย์ผู้ป่วยจะได้รับการให้ความรู้รายบุคคลเกี่ยวกับการรับประทานยา อาการข้างเคียงจากยา การรับประทานยาต่อเนื่อง การรักษาต่อเนื่อง และการมาพบแพทย์ตามนัดโดยพยาบาล พร้อมทั้งได้แผ่นพับความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังได้รับการบำบัดทางจิตใจตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายโดยนักจิตวิทยาและนักสังคม จึงเห็นได้ว่าการพยาบาลตามปกติมีรูปแบบที่ไม่ใช่การบำบัดทางจิตสังคมที่ชัดเจน เป็นเพียงการได้รับคำปรึกษารายบุคคลเฉพาะกลุ่มโรคและกลุ่มอาการตามสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล ไม่ใช่การบำบัดทางจิตสังคมที่มีรูปแบบโครงสร้างที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ซึ่งการศึกษาของ Johnson & Meyer (2004) พบว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายได้ เนื่องจากผู้ป่วยทนต่ออาการข้างเคียงจากยา ทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา (Non-adherent) สอดคล้องกับการศึกษาของ Reinares et al. (2014) ที่พบว่าการบำบัดทางจิตสังคมร่วมกับการรับประทานยาต่อเนื่องส่งผลให้มีประสิทธิภาพในด้านอาการทางคลินิกดีขึ้น ป้องกันการ



กำเริบของอาการ ส่วนกลุ่มทดลองนั้นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ร่วมกับการรักษาด้วยยา เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบกลุ่มในเรื่อง ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว การจัดการอาการเตือนและสิ่งกระตุ้น ความร่วมมือในการรับประทานยาและการรับประทานยาตามเกณฑ์ การจัดการแบบแผนการดำเนินชีวิต และการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียด พร้อมทั้งมีการนัดหมายให้ร่วมกิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ ติดต่อกันนานถึง 6 สัปดาห์ และมีการกระตุ้นความรู้และทักษะทางหลังจากการเข้าบำบัดแบบเจอหน้า (Face to Face) โดยให้ผู้ป่วยได้กลับไปศึกษาทบทวนความรู้เพิ่มเติมในขณะที่ผู้ป่วยอยู่บ้าน โดยสามารถเข้าถึงความรู้ได้สะดวก ผ่านช่องทาง Facebook และสามารถพูดคุยขอคำปรึกษากับผู้วิจัยได้ผ่านช่องทางกล่องข้อความได้ทุกเวลา ซึ่งเป็นการติดตามกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการนำทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้อาการกำเริบ และสามารถจัดการกับปัจจัยที่จะทำให้มีอาการรุนแรงได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับการพยาบาลเป็นรายบุคคล ทำให้ขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กับบุคคลที่เคยมีประสบการณ์คล้ายกัน ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลแบบกลุ่มทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ที่คล้ายกัน มีความรู้สึกเหมือนกัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่โดดเดี่ยว มีกำลังใจมองเห็นคุณค่าในตัวเอง นำคำแนะนำของเพื่อนไปปรับใช้และแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Soares et. al. (1997) ที่กล่าวว่า การให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นการช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจซึ่งกันและกัน และสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้โดยได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มเป็นหลัก และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์สามารถลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ โดยการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการควบคุมตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เพศ คณะของอาการซึมเศร้า คณะอาการคลุ้มคลั่ง ดังนั้นผลการวิจัยที่พบจึงสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม ของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างแท้จริง ดังนั้นสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์จะได้รับการพัฒนาความรู้และฝึกทักษะในการเผชิญกับการเจ็บป่วยของตนเองรวมทั้งฝึกทักษะในการจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการ โดยการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อาการแสดง สาเหตุ การรักษา การสังเกตอาการเตือน การจัดการกับอาการเตือนที่เกิดขึ้น แบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม ความร่วมมือในการรับประทานยา การเผชิญปัญหาและ

การจัดการความเครียดได้ด้วยตนเอง รวมทั้งได้รับการกระตุ้นความรู้และการนำทักษะในเรื่องดังกล่าว ผ่านช่องทาง Facebook ไปฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้อย่างต่อเนื่อง เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ และต่อเนื่องยาวนาน ผู้ป่วยจึงมีความรู้ความเข้าใจในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมากขึ้น ยอมรับ การเจ็บป่วย มีทัศนคติต่อโรคและการรักษาที่ดี มีแนวทางดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง สามารถสังเกต อาการเตือนได้ทัน่วงทีสามารถจัดการกับอาการเตือนได้เร็ว หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ ได้ มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดี นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม จัดการกับความเครียดได้ด้วยตนเอง รับประทานยาสม่ำเสมอ จัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับสิ่งกระตุ้นและปัจจัยที่ส่งผลให้อาการของโรครุนแรงได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมี อาการทุเลา อาการซึมเศร้าและอาการคลุ้มคลั่งมีความรุนแรงลดน้อยลงได้ สามารถดำรงชีวิตในสังคม ได้อย่างมีความสุข

ด้วยเหตุนี้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์จึงมีส่วนช่วยการลด ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ คณะแผนกสุขภาพจิตศึกษาของอาการ ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคม ออนไลน์จึงน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

## ข้อเสนอแนะ

จากผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อความรุนแรงของ อาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะในด้านต่างๆ ดังนี้

### 1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

#### 1.1 ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1.1 การนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ไปใช้พยาบาล ต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรค อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว รวมทั้งมีทักษะในการประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมของการดำเนิน กิจกรรมกลุ่ม รวมทั้งควรมีทักษะในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ โปรแกรม Face book ในการ ติดต่อสื่อสารให้มีความชำนาญ เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

1.1.2 โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการศึกษาครั้ง นี้ เป็นกระบวนการบำบัดที่ช่วยเพิ่มทักษะความรู้เรื่องโรค การจัดการกับอาการเตือน การส่งเสริม ความร่วมมือในการรับประทานยา การมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม ทักษะการแก้ไขปัญหา และการจัดการกับความเครียด ที่ส่งผลให้ความรุนแรงของอาการลดลง ดังนั้นจึงควรมีการติดตาม

ระยะยาว เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำของโรคต่อไป

1.1.3 โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์เนื่องจากเป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในแผนกผู้ป่วยนอก มีการดำเนินกิจกรรมกลุ่มหลายครั้ง ทำให้ผู้ป่วยต้องเดินทางไปกลับเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจพบปัญหา เช่น การเดินทางที่มีระยะไกล มีข้อจำกัดในด้านเวลา อีกทั้งยังเป็นภาระญาติในการนำส่ง ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลที่จะนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มไปใช้จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับนัดหมายโดยคำนึงถึงการตกลงใจ หรือความพร้อมของผู้ป่วยในกลุ่มเป็นหลัก ทั้งนี้เพื่อป้องกันการไม่มาตามนัดของผู้ป่วยในเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

## 1.2. ด้านการศึกษา

1.2.1 เนื่องจากการให้สุขภาพจิตศึกษาถือเป็นการบำบัดทางจิตรูปแบบหนึ่ง ดังนั้นจึงควรมีการสร้างหลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลจิตเวชในการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการอบรมเพื่อฝึกทักษะต่างๆ จากผู้เชี่ยวชาญในการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม และนำความรู้รวมทั้งทักษะที่ได้รับการพัฒนา ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นความเชี่ยวชาญ

## 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ในการศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์พบว่าผู้ป่วยบางรายได้นำญาติมามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่มทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจกันเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากขึ้นดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรพัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตที่มีการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากบุคคลในครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญที่คอยให้การสนับสนุนช่วยเหลือดูแล และฟื้นฟู แก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2.2 ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม เช่นติดตาม 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน หลังการทดลองเพื่อเป็นการติดตามผลระยะยาว และประเมินความคงอยู่ผลของโปรแกรมฯ

2.3 ควรศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน และส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น และติดตามกระตุ้นความรู้ทางอินเทอร์เน็ตเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการนำทักษะที่ได้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันและลดการกำเริบของโรคได้

2.4 เนื่องจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้รับความสนใจจากผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วม

กิจกรรมเนื่องจากไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาลได้ แต่สามารถทำกิจกรรมผ่านทาง Facebook ที่บ้านได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรพัฒนาการให้สุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ในรูปแบบที่สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองที่บ้าน เพื่อลดการเดินทางในการเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาล เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลมากยิ่งขึ้น

2.5 จากผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อสังเกตเกี่ยวกับคะแนนความรุนแรงของอาการในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นเพราะการดำเนินโปรแกรมนี้ใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาและการใช้สื่อเทคโนโลยี ซึ่งระดับการศึกษามีผลต่อการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย

2.6 กิจกรรมที่ 5 เรื่องการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียด ควรที่จะเพิ่มระยะเวลาในการทำกิจกรรมให้มากขึ้นเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้ระยะเวลาในการฝึกทักษะเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะที่มีความชำนาญมากยิ่งขึ้น



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กนกรัตน์ พิมพ์รุณ. (2549). *คุณภาพชีวิตและการจัดการกับอาการตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรรณิการ์ เลาประเสริฐสุข. (2555). *ผลโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ. (2559). *รายงานข้อมูลผู้มารับบริการในสถานพยาบาลประจำปี พ.ศ. 2559*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ. (2542). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2542). *การพยาบาลชีวิตที่เป็นสุข*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 13(ม.ค.-มิ.ย.): 1-13.
- ชรินทร์ ลีมนธิกุล. (2552). *จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรคและเพศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 17(2): 08-10.
- ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. (2545). *ความผิดปกติทางจิตเวชของผู้ต้องขัง: การศึกษาในเรือนจำเขตกรุงเทพมหานครและเรือนจำกลางบางขวาง*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 10(2): 77-88.
- ธวัชชัย ลิฬหานาจ, สุวรรณณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ และธรรณชัย คงสกนธ์. (2545). *ลิเทียมเปรียบเทียบกับลิเทียมเปรียบเทียบกับ carbamazepine ในการรักษา bipolar disorder : การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 47(2): 97-110.
- ธวัชชัย ลิฬหานาจ และสรยุทธ วาสิกานนท์. (2549). *ตำราโรคไบโพลาร์*. กรุงเทพฯ: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- นิรมล พัจจนสุนทร. (2554). *จิตเวชศาสตร์ทั่วไป*. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2545). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นาวิก นำเสียง. (2554). *เรื่องจริงเกี่ยวกับ สื่อสังคมออนไลน์*. สืบค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2561, จาก <http://www.mediamonitor.in.th/.../233-2011-09-13-03-37-13.html>
- เบญจลักษณ์ มณีทอง. (2551). *จิตเวชศาสตร์ในโรงพยาบาลทั่วไป เล่มที่ 1*. เชียงใหม่: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ประคอง กรรณสูต. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สุทธาการพิมพ์
- พรพรรณ สุดใจ. (2552). *ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้า และการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, และ อัจฉรา จรัสสิงห์. (2546). ความสุขของโรคจิตเวชในประเทศไทยการสำรวจระดับชาติ ปี 2546. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12(3): 117-188.
- พิเชษ อุดมรัตน์. (2547). *การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของ ปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2556). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธรรมสารจำกัด.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์ และ จักรกฤษณ์ สุขยง. (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(4): 235-246
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์สุคนิชย์. (2542). แบบประเมินวัดความรุนแรงของระดับภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง. *วารสารแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย*, 20(1): 211-219.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์สุคนิชย์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ปิยอนเอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์สุคนิชย์. (2552). *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ปิยอนเอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

- รณชัย คงสกนธ์ และดาวชมพู พัฒนประภาพันธ์. (2548). การทดสอบความแม่นยำและความเชื่อถือได้ของแบบวัด YMRS ฉบับภาษาไทย. *Journal of the Medical Association of Thailand* , 88(11), 1598-1604.
- รณชัย คงสกนธ์ และอวยชัย โรจนนรินทร์กิจ. (2546). การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 48(4): 211-219.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่น.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2554). *สื่อสังคม-เครือข่ายสังคม*. สืบค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2561, จาก <http://www.royin.go.th/th/knowledge/detail.php?ID=4357>
- รุ่งอรุณ วันทาโน. (2560). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2560). *รายงานสถิติประจำปี 2560*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วยุณี ช่างมิ่ง. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีศักดิ์ จามรมาน. (2554). การใช้เฟซบุ๊กเป็นศูนย์แห่งการเรียนรู้ในสถานศึกษา. สืบค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2561, จาก <http://www.dmaonline.in.th>
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2549). *จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สารสนเทศโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์. (2560). *รายงานสถิติประจำปี 2560*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานนิเทศกองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2558). *สถิติการบริการของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2558*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2556). *สำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักยุทธศาสตร์พัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์. (2560). *รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2560 Thailand Internet User Profile 2017*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). *ความผิดปกติด้านอารมณ์*. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.

- สุชาติ พลภาคย์. (2549). *ตำราโรคไบโพลาร์*. กรุงเทพฯ: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- สุรศักดิ์ ปาเฮ. (2553). *สื่อและเทคโนโลยีเพื่อการศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. แพระ: แพระไทย  
 อุตสาหการพิมพ์
- แสงเดือน ฝ่องพุ่ม. (2556). *สื่อสังคมออนไลน์: แนวทางการนำมาประยุกต์ใช้*. สืบค้นเมื่อ  
 2 กรกฎาคม 2561, จาก [http://library.senate.go.th/document/  
 Ext6685/6685991\\_0004.pdf](http://library.senate.go.th/document/Ext6685/6685991_0004.pdf)
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับ  
 โรควิตกกังวล*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ธนาพรสการพิมพ์.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ:  
 สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

#### ภาษาอังกฤษ

- Adamac, C. (1996). *How to live with mentally ill person*. New York: John Wiley & Sons.
- Akiskal, H.S. (1994). Dysthymic and cyclothymic depressions: therapeutic considerations. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 55Supplent: 46-52.
- Akiskal, H.S., Bourgeois, M.L., Angst, J., Post, R., Moller, H.-J., & Hirschfeld, R. (2000). Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 59: S5-S30.
- Akiskal, H. S., Hantouche, E.-G., Allilaire, J.-F., Sechter, D., Bourgeois, M. L., Azorin, J.-M., et al. (2003). Validating antidepressant-associated hypomania (bipolar III): a systematic comparison with spontaneous hypomania (bipolar II). *Journal of Affective Disorders*, 73(1): 65-74.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*.<sup>4th</sup> ed. Text rev. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *schizophr bull*, 6(3): 490-505.



- Association, A. P. (2002). *Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision)*: American Psychiatric Publishing.
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Publishing.
- Bagby, R., & Ryder, A. (2000). Personality and the affective disorders: Past efforts, current models, and future directions. *current psychiatry reports*, 2(6): 465-472.
- Basco MR, Rush AJ. (1996). Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder. New York: Guilford Press.
- Bellivier, F., Yon, L., Luquiens, A., Azorin, J. M., Bertsch, J., Gerard, S., . . . Lukasiewicz, M. (2011). Suicidal attempts in bipolar disorder: Results from an observational study (EMBLEM). *Bipolar Disorder*, 13(4), 377-386.
- Berk, L., Hallam, K. T., Colom, F., Vieta, E., Hasty, M., Macneil, C., & Berk, M. (2010). Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder. *human psychopharmacology*, 25(1): 1-16.
- Boomsma, D. I., van Beijsterveldt, C. E., & Hudziak, J. J. (2005). Genetic and environmental influences on anxious/depression during childhood: A study from the Netherlands Twin Register. *Genes, Brain and Behavior*, 4: 466-481.
- Brian Koehler. (2005). *Sociocultural Factors and Contemporary Psychodynamic Speculations in Bipolar Disorder*, Available from [http://www.ispsus.org/koehler/sociocultural\\_factors.htm](http://www.ispsus.org/koehler/sociocultural_factors.htm). [1/August/2011]
- Bruner, J. (1966) . *Toward a theory of instruction*. Cambridge: Harvard University Press: 87-117.
- Burns, M. R., & Grove, S. K. (1997). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & Utilization (3<sup>rd</sup> ed )*. Philadelphia: W.B.aunders.
- Busco, M. R., Rush, A. J. (2005). *Cognitive - behavioral therapy for bipolar disorder. 2<sup>nd</sup> ed*. New York: Guildford press: 87-117.
- Cassidy, F., Ahearn, E., Murry, E., Forest, K., & Carroll, B. J. (2000). Diagnostic depressive symptoms of the mixed bipolar episode. *Psychological Medicine*, 30: 403-411.
- Charles, L. B. (2005). Bipolar Disorder and Work Loss. *the American journal of*

*managed care* , 11: S91- S94.

- Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., . . . Corominas, J. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60:402-407.
- Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Aran, A.M., Torrent, C., Goikolea, J.M. and Gasto C.(2003). Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: Beyond compliance enhancement. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(9): 1101-1105.
- Colom, F., Lam, D. (2005). Psycho education: improving outcome in Bipolar Disorder. *Psychiatry*, 20 (5-6): 359-364.
- Colom, F., Vieta, E. (2006). *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. India: Macmillan.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J., & Jaser, S. S. (2004). Temperament, Stress Reactivity, and Coping: Implications for Depression in Childhood and Adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(1): 21-31.
- coryell W., Winokur G., Solomon D., Sheat T., Leon A., & Keller M. (1997). Lithium and recurrence in a long-term follow-up of bipolar affective disorder. *Psychological Medicine*, 27: 281-289.
- Cusin, C., Serretti, A., Lattuada, E., Mandelli, L., & Smeraldi, E. (2000). Impact of clinical variables on illness time course in mood disorders. *Psychiatry research*, 97(2) : 217-227
- Davis, L. (1992). Instrument review: Gtting the most from your panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5(3): 104-107.
- Dennehy, E. B., Suppes, T., Crismon, M. L., Toprac, M., Carmody, T. J., & Rush, A. J. (2004). Development of the Brief Bipolar Disorder Symptom Scale for patients with bipolar disorder. *psychiatry research*, 127(1-2): 137-145.
- Depp, C. A., Ceglowski, J., Wang, V. C., Yaghouti, F., Mausbach, B. T., Thompson, W. K., & Granholm, E. L. (2015). Augmenting psychoeducation with a mobile intervention for bipolar disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorder*, 174: 23-30.

- Dore, G., & Romans, S. E. (2001). Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *Journal of Affective Disorders*, 67(1-3), 147-158.
- Elizabeth, A. Martin. (2003). *Oxford Dictionary of Nursing*: Maget House Books Ltd.
- Frye, M.A., Altshuler, L.L., McElroy, S.L., Suppes, T., Keck, P.E., Denicoff, K., et al. (2003). Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(5): 883-889.
- eMarketer. Worldwide Smartphone Usage to Grow in 2014. (2014).  
<http://www.emarketer.com/Article/Worldwide-Smartphone-Usage-Grow-25-2014/1010920>. Accessed 17 Aug 2014.
- Frank, E., Swartz, H. A., & Boland, E. (2007). Interpersonal and social rhythm therapy: an intervention addressing rhythm dysregulation in bipolar disorder. *Dialogues Clinical Neuroscience*, 9(3): 325-332.
- Frye, M.A., Altshuler, L.L., McElroy, S.L., Suppes, T., Keck, P.E., Denicoff, K., et al. (2003). Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(5): 883-889.
- Geller, B., Zimmerman, B., Williams, M., Delbello, M., Frazier, J., & Beringer, L. (2002). Phenomenology of Prepubertal and Early Adolescent Bipolar Disorder: Examples of Elated Mood, Grandiose Behaviors, Decreased Need for Sleep, Racing Thoughts and Hypersexuality. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12: 3-9.
- Gitlin, M. J., Swendsen, J., Heller, T. L., & Hammen, C. (1995). Relapse and impairment in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(11): 1635-1640.
- González-Ortega, I., Ugarte, A., Ruiz de Azúa, S., Núñez, N., Zubia, M., Ponce, S., . . . González-Pinto, A. (2016). Online psycho-education to the treatment of bipolar disorder: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16(1): 452.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*: Elsevier Health Sciences.

- Hamet, P., & Tremblay, J. (2005). Genetics and genomics of depression. *Metabolism*, 54(5, Supplement): 10-15.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal Neurology Neurosurgery Psychiatry*, 23: 56-62.
- Hammen, C., Ellicott, A., & Gitlin, M. (1992). Stressors and sociotropy/autonomy: A longitudinal study of their relationship to the course of bipolar disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 16(4): 409-418.
- Harrow, M. et al. (1990). Outcome in manic disorders: A naturalistic follow-up study. *Archives of General Psychiatry*, 4: 665-671.
- Hecht, H., Genzwürker, S., Helle, M., & van Calker, D. (2005). Social functioning and personality of subjects at familial risk for affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 84(1): 33-42.
- Instituto Nacional de Estadística. *Survey on equipment and use of information and communication technologies (ICT) in Households - Press Release 2013*. (2013). [http://www.ine.es/en/prensa/np864\\_en.pdf](http://www.ine.es/en/prensa/np864_en.pdf). Accessed 3 Jun 2017.
- Johnson, S. L., Meyer, B., Winett, C., & Small, J. (2000). Social support and self-esteem predict changes in bipolar depression but not mania. *Journal of affective disorders*, 58(1): 79-86.
- Johnson, S. L., Cuellar, A. K., Ruggero, C., Winett-Pertman, C., Goodnick, P., White, R., & Miller, I. (2008). Life events as predictors of mania and depression in bipolar I disorder. *Journal Abnormal Psychology*, 117(2), 268-277.
- Johnson, S.L., Leahy, R.L. (2004). *Psychosocial treatment of Bipolar disorder*. New York : Guilford.
- Johnson, S. L. (2005). Life events in bipolar disorder: towards more specific models. *Clinical Psychology Review*, 25(8), 1008-1027.
- Jonassen, D. H. (1995 ). Supporting communities with technology: A vision for integrating techonlogy with learning in schools. *Educational Technology*, 35(2): 60-63.
- Judd, L.L., Akiskal, H.S., Schettler, P. J., Coryell, W., Maser, J., Rice, J. A., et al. (2003). The comparative clinical phenotype and long term longitudinal episode course of bipolar I and II: a clinical spectrum or distinct disorders?. *Journal of*

*Affective Disorders*, 73(1-2): 19-32

- Juurlink, D. N., Herrmann, N., Szalai, J. P., Kopp, A., & Redelmeier, D. A. (2004). Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Archives of Internal Medicine*, 164(11): 1179-1184.
- Keck, P.E., McElroy S.L., Strakowski, S.M., West, S.A., Sax, K.W., Hawkins, J.M., Bourne, M.L., & Haqqard, P. (1998). 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *American Journal psychiatry*, 155: 646-652.
- Kenneth, K.S., Gardner, C.O., & Prescott, C.A. (2006). Toward a Comprehensive Developmental Model for Major Depression in Men. *American Journal psychiatry*, 163(1): 115-124
- Knowles, M. S. (1975). *Self-directed learning*. New York: Association Press.
- Lam, D., & Wong, G. (2005). Prodromes, coping strategies and psychological interventions in bipolar disorders. *Clinical Psychology Review*, 25(8): 1028- 1042.
- Latalova, K. (2012). Insight in bipolar disorder. *Psychiatr Quarterly*, 83(3): 293-310.
- Latalova, K., Prasko, J., Kamaradova, D., Jelenova, D., Ociskova, M., & Sedlackova, Z. (2014). Internet psychoeducation for bipolar affective disorder: basis for preparation and first experiences. *Psychiatr Quarterly*, 85(2): 241-255
- Lauder, S., Chester, A., Castle, D., Dodd, S., Berk, L., & Klein, B. (2013). Development of an online intervention for bipolar disorder. *Psychology Health Medicine*, 18.
- Lauder, S., Chester, A., Castle, D., Dodd, S., Gliddon, E., & Berk, L. (2015). A randomized head to head trial of MoodSwings.net.au: an Internet based self-help program for bipolar disorder. *Journal Affective Disorder*, 171.
- Leonard, B.E. (2000.). Evidence for a biochemical lesion in depression. *Journal Clinical Psychiatry*, 61(Suppl6): 12-17.
- Lopez, P., Mosquera, F., de Leon, J., Gutierrez, M., Ezcurra, J., Ramirez, F., & Gonzalez-Pinto, A. (2001). Suicide attempts in bipolar patients. *Journal Clinical Psychiatry*, 62(12): 963-966.
- Lloyd, T. (2005). Incidence of bipolar affective disorder in three UK cities. *The British Journal of Psychiatry*, 186: 126-131.

- Lyons, J. S., O'Mahoney, M. T., Miller, S. I., Neme, J., Kabat, J., & Miller, F. (1997). Predicting readmission to the psychiatric hospital in a managed care environment: Implications for quality indicator. *American Journal of Psychiatry*, 154: 337-348.
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., . . . Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3): 241-251.
- Michalak, E. E., Yatham, L. N., Wan, D. D., & Lam, R. W. (2005). Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact?. *Journal Psychiatry*, 50(2): 95-100.
- Miklowitz, D.J., Simoneau, T.L., George, E.L., Richards, J.A., Kalbag, A., Sachs-Ericsson, N., & Suddath, R. (2000). Family-Focused Treatment of Bipolar Disorder: 1-Year Effects of a Psychoeducational Program in Conjunction with Pharmacotherapy. *Biological Psychiatry*, 48: 582-592.
- Miklowitz, D.J., Gorge, E.L., Richards, J.A., Simoneau, T.L., Suddath,R.L. (2003). A randomizedstudy of family - fosed psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60: 904-912.
- Miklowitz, D. J. (2008). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. *Amarican Journal Psychiatry*, 165(11): 1408-1419.
- Miklowitz, D.J. (2008). *Bipolar Disorder, Second Edition: A Family-Focused Treatment Approach*. New York: The Guilford Press.
- Mondimore, F. M. (2005). Unipolar depression/bipolar depression: Connections and controversies. *International Review of Psychiatry*, 17(1): 39-47.
- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal Psychiatry*, 134: 382-389.
- Montgomery, S.A., & Cassano, G.B. (1996). *Management of bipolar disorder*. London: Martin Dunitz.
- Moorhead, S., Johnson M. & Maas, M. (2004). *Nursing Outcomes Classification (NOC) (3<sup>ed</sup>.)*. Philadelphia: Mosby.

- Morgan, V. A., Mitchell, P. B., & Jablensky, A. V. (2005). The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Bipolar Disorder*, 7(4): 326-337.
- Mueser, K.T., Webb, C., Pfeiffer, M., Gladis, M., & Levinson, D. F. (1996). Family burden of schizophrenia and bipolar disorder: perceptions of relatives and professionals. *Psychiatry Services*, 47(5): 507-511.
- Muller-Oerlinghausen, B., Berghofer, A., & Bauer, M. (2002). Bipolar disorder. *The Lancet*, 359(9302): 241-247.
- Murphy, M., & Moller, M. (1993). Relapse management in neurobiological disorders: The Moller-Murphy symptom management assessment tool. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7: 226-235.
- Oquendo, M. A., Galfalvy, H., Russo, S., Ellis, S. P., Grunebaum, M. F., Burke, A., & Mann, J. J. (2004). Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *American Journal Psychiatry*, 161(8): 1433-1441
- Overall J.E., & Gorham D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating scale. *Psychological Reports*. 10: 799-812.
- Palmier-Claus JE, Rogers A, Ainsworth J, Machin M, Barrowclough C, Laverty L, et al. (2013). Integrating mobile-phone based assessment for psychosis into people's everyday lives and clinical care: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2013: 13:34.
- Parson, R. (1997). An Investigation into Instruction Available on the World Wide Web. (On-line) Available <http://www.osie.on.ca/~rparson/outld.html> [December 17]
- Paykel, E.S. (2003). Life events and affective disorders. *acta psychiatrica scandinavica*, 108: 61-66.
- Perlick, D.A., Rosenheck, R.A., Kaczynski, R., & Kozma. (2004). medication non-adherence in bipolar disorder a patient-centered review of research findings. *Clinical approaches in bipolar disorder*, 3: 56-64.
- Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., & Limb, K. (1999). Randomised

- controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ : British Medical Journal*, 318(7177): 149–153.
- Perugi, G., Micheli, C., Akiskal, H. S., Madaro, D., Socci, C., Quilici, C., et al. (2000). Polarity of the first episode, clinical characteristics, and course of manic depressive illness: A systematic retrospective investigation of 320 bipolar I patients. *Comprehensive Psychiatry*, 41(1): 13-18.
- Pini, S., de Queiroz, V., Pagnin, D., Pezawas, L., Angst, J., Cassano, G. B., & Wittchen, H. U. (2005). Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *European Neuropsychopharmacol*, 15(4): 425-434.
- Polit, D., & Beck. (2004). *Nursing research: Generating and Assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Poole, R., Simpson, S. A., & Smith, D. J. (2012). Internet-based psychoeducation for bipolar disorder: a qualitative analysis of feasibility, acceptability and impact. *BMC Psychiatry*, 12: 139.
- Quanbeck, C., Frye, M., & Altshuler, L. (2003). Mania and the law in California: understanding the criminalization of the mentally ill. *American Journal Psychiatry*, 160(7): 1245-12450.
- Sajatovic, M. (2005). Bipolar disorder: disease burden. *American Journal Managed Care*, 11(3Suppl): S80-84
- Sajatovic, M., Levin, J. B., Sams, J., Cassidy, K. A., Akagi, K., Aebi, M. E., . . . Tatsuoka, C. (2015). Symptom severity, self-reported adherence, and electronic pill monitoring in poorly adherent patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 17(6): 653-661.
- Scott, J., Colom, F., & Vieta, E. (2007). A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders. *International Journal of Neuropsychopharmacol*, 10(1): 123-129.
- Sierra, P., Livianos, L., Arques, S., Castello, J., & Rojo, L. (2007). Prodromal symptoms to relapse in bipolar disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(5): 385-391.



- Slama, F., Bellivier, F., Henry, C., Rouseva, A., Etain, B., Rouillon, F., & Leboyer, M. (2004). Bipolar patients with suicidal behavior: toward the identification of a clinical subgroup. *Journal Clinical Psychiatry*, 65(8): 1035-1039.
- Smith, D. J., Griffiths, E., Poole, R., di Florio, A., Barnes, E., Kelly, M. J., . . . Simpson, S. (2011). Beating Bipolar: exploratory trial of a novel Internet-based psychoeducational treatment for bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 13(5-6): 571-577.
- Soares, J.J.F., Stintzing, C.P., Jackson, C., Skolding, B. (1997). Psychoeducation for patients with bipolar disorder. An exploratory study. *Nordic Journal Psychiatry*, 51: 439-446.
- Soehner, A. M., Kaplan, K. A., & Harvey, A. G. (2013). Insomnia comorbid to severe psychiatric illness. *Sleep Medicine Clinics*, 8(3): 361-371.
- Stuart, G.W. and Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Missouri: Mosby.
- Takata, T., & Takaoka, K. (2000). Bipolar II disorder and its premorbid personality. *Psychopathology*, 33(2): 86-93.
- Tennant, C. (2002). Life events, stress and depression: a review of recent findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(2): 173-182.
- THOTHZOCIAL. *Globe and Thailand facebook Population update 2016*. Retrieved from <https://thothzocial.com/facebook-population-2016/>
- We Are Social. *Digital in 2017 Global overview*. Retrieved from <https://www.slideshare.net/wearesocialsg/digital-in-2017-global-overview>
- Williams, C.A. (1989). Patient education for people with schizophrenia. *Perspectives In Psychiatric Care*, 25: 14-21.
- Woods, S. W. (2000). The economic burden of bipolar disease. *Journal Clinical Psychiatry*, 61(13) : 38-41.
- World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorder : clinical descriptions and diagnostic guidelines. *World Health Organization*.
- Wyatt, R.J., & Henter, I. (1995). An economic evaluation of manic-depressive illness-1991. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30(5): 213-219.

Yalom. (1975). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. 4<sup>th</sup> ed. New

York: Basic Books. Yamashita (1996)

Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E., & Meyer, D. A. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Birth Journal Psychiatry*, 133: 429-435.

Zung WA. Self-rating Depression Scale. (1965). *General Psychiatry*, 12: 63-70.







ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์ วิญญู ชะนะกุล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2. ดร. สุดาพร สติยทุทธการ	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ดร. วิภาวี เผ่ากันทรการ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ เจ้าพระยา
4. นางอุ๋นจิตร คุณารักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ เจ้าพระยา
5. นางอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์



### แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องช่องสี่เหลี่ยมหน้าข้อความและเติมข้อความลงในช่องว่าง  
(...)ที่เว้นไว้ให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. เพศ  ชาย  หญิง

2. อายุ .....ปี

3. นับถือศาสนา

พุทธ  คริสต์  อิสลาม

อื่นๆ (ระบุ).....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

8. จำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล.....ครั้ง

เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น

คะแนนอาการ

ซึมเศร้า .....คะแนน

คลุ้มคลั่ง.....คะแนน



**แบบประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว**

**คำชี้แจง** โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว	ใช่	ไม่ใช่
1.	โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ โดยมีความร้ายแรง มีความคิด และการแสดงอารมณ์ที่มากผิดปกติอย่างน้อยหนึ่งครั้งหรือมากกว่า อาจมีอาการเศร้าผิดปกติร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้		
2.	ด้านอาการซึมเศร้า มีอาการเด่น คือ เศร้า เปื่อหน่ายท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า สิ้นหวัง และมีความคิดอยากตาย		
30.			



### แบบประเมินความรุนแรงของอาการ Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS

**คำชี้แจง** โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับท่านเพียงข้อเดียว

1. **ความไม่เป็นมิตร** : มีความเกลียดชัง ความรู้สึกรังเกียจอย่างมาก ความก้าวร้าว การคุกคาม การโต้เถียง การมีอารมณ์เกรี้ยวกราดการทำลายข้าวของ การต่อสู้ และการแสดงออกอื่นๆ ที่แสดงทัศนคติหรือการกระทำที่ไม่เป็นมิตร ไม่รวมความไม่เป็นมิตรเนื่องจากการปกป้องตนเองของระบบประสาท ความวิตกกังวล หรืออาการทางกายอื่นๆ ไม่รวมเหตุการณ์ที่เป็นการแสดงความโกรธหรือการป้องกันตนเองที่เหมาะสม

#### คำถาม

- คุณเข้าใกล้คนอื่นได้ดีเพียงใด (ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และอื่นๆ) ?
- 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ คุณรู้สึกหงุดหงิดหรืออารมณ์เสียบ้างหรือไม่ (คุณแสดงออกอย่างไร? คุณเก็บความรู้สึกไว้กับตัวเองหรือไม่?)
- เป็น 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้คุณรู้สึกหงุดหงิดเสียจนคุณตะโกนใส่คนอื่นหรือเริ่มต่อสู้หรือโต้เถียงหรือไม่? (คุณเคยพบว่าตัวเองตะโกนใส่คนที่คุณไม่รู้จักหรือไม่?)
- คุณเคยทำร้ายใครสักคนหรือไม่?

\_\_\_\_\_ ไม่ได้ประเมิน

\_\_\_\_\_ 1 ไม่มี

\_\_\_\_\_ 2 น้อยมาก: หงุดหงิดหรืออารมณ์เสีย แต่ไม่แสดงออก

\_\_\_\_\_ 3 น้อย: ชอบโต้เถียงหรือประชดประชัน

\_\_\_\_\_ 4 ปานกลาง: แสดงอารมณ์โกรธอย่างเปิดเผยในหลายๆ โอกาสหรือตะโกนใส่คนอื่นอย่างแรง

\_\_\_\_\_ 5 รุนแรงปานกลาง: เคยขู่ เหวี่ยงหรือขว้างปาสิ่งของ

\_\_\_\_\_ 6 รุนแรง: เคยทำร้ายผู้อื่นแต่ไม่น่าจะเป็นอันตราย เช่น ตบหน้าหรือผลัก หรือทำลายข้าวของ เช่น ล้มเฟอร์นิเจอร์ ทำหน้าต่างแตก

\_\_\_\_\_ 7 รุนแรงมาก: เคยทำร้ายผู้อื่นจนอาจเกิดอันตรายได้หรือเกิดอันตรายขึ้นจริง เช่น ทำร้ายโดยใช้ค้อนหรืออาวุธ

•  
•  
•



### แบบวัดอาการคลุ้มคลั่ง Thai Young Mania Rating Scale

#### คำชี้แจง

1. โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับท่านเพียงข้อเดียว
2. ตัวเลือกที่ให้เป็นเพียงแนวทาง ถ้าจำเป็นอาจจะให้คะแนนโดยไม่ต้องใช้ตัวเลือก
3. สามารถให้คะแนนระหว่างตัวเลือกได้ (1 หรือ ½ คะแนน) ในกรณีที่ระดับความรุนแรงไม่ได้เป็นไปตามตัวเลือกที่ให้ไว้

#### 1. อารมณ์ครื้นเครง

- .....0. ไม่มี
- .....1. เพิ่มขึ้นเล็กน้อย หรืออาจเพิ่มขึ้นจากการซักถาม
- .....2. อารมณ์ครื้นเครงอย่างชัดเจนโดยความรู้สึกของผู้ป่วย, มองโลกในแง่ดี, มั่นใจตัวเอง, ร่าเริง, อารมณ์เหมาะสมกับเนื้อหาเรื่องราว
- .....3. อารมณ์ครื้นเครงมาก, ไม่เหมาะสมกับเนื้อหาเรื่องราว, มีอารมณ์ขันตลอดเวลา
- .....4. สนุกสนานครื้นเครง, หัวเราะอย่างไม่เหมาะสม, ร้องเพลงขึ้นมาไม่สมเหตุสมผล
- .
- .
- .
- .

#### 11. ความเข้าใจตนเอง

- .....0. มีความเข้าใจตนเอง, ยอมรับว่ามีความเจ็บป่วย, ต้องการการรักษา
- .....1. สงสัยว่าตนเองอาจจะเจ็บป่วย
- .....2. ยอมรับว่ามีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงม, แต่ปฏิเสธความเจ็บป่วย
- .....3. ยอมรับว่าอาจมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง, แต่ปฏิเสธความเจ็บป่วย
- .....4. ปฏิเสธการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน

### แบบประเมินอาการซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression-Thai

**คำชี้แจง** โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ลงหน้าคะแนนที่ตรงกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับท่านเพียงข้อเดียว

1. อารมณ์ซึมเศร้า (เศร้าใจ สิ้นหวัง หมดหนทาง ไร้ค่า)
  - .....0 = ไม่มี
  - .....1 = จะบอกภาวะความรู้สึกนี้ต่อเมื่อถูกถามเท่านั้น
  - .....2 = สื่อความรู้สึกนี้ออกมาเอง
  - .....3 = สื่อความรู้สึกนี้โดยภาษากาย ได้แก่ แสดงออกทางสีหน้า น้ำเสียงท่าทางจะร้องไห้
  - .....4 = บอกภาวะความรู้สึกนี้อย่างชัดเจน ทั้งจากการบอกเล่าและภาษากาย
  
2. ความรู้สึกว่าตนเองผิด
  - .....0 = ไม่มี
  - .....1 = ตีตนเองผิด รู้สึกตนเองทำให้ผู้อื่นเสียใจ
  - .....2 = คิดว่าตนเองผิด หรือครุ่นคิดถึงความผิดพลาดหรือก่อกรรมทำบาปในอดีต
  - .....3 = คิดว่าความเจ็บป่วยในปัจจุบันเป็นการถูกลงโทษ มีอาการหลงผิดว่าตนเองมีความผิดบาป
  - .....4 = ได้ยินเสียงกล่าวโทษ ประณาม และ/หรือเห็นภาพหลอนที่ข่มขู่คุกคาม
  
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
  
17. การหยั่งเห็นถึงความผิดปกติกว้างของตนเอง
  - .....0 = ตระหนักว่าตนเองเจ็บป่วย ซึมเศร้า
  - .....1 = ตระหนักว่าตนเองเจ็บป่วย แต่โยงสาเหตุจาก ทานอาหารที่ไม่มีคุณค่า ดินฟ้าอากาศ ทำงานหนัก ดิดเชื้อไวรัส
  - .....2 = ปฏิเสธการเจ็บป่วยโดยสิ้น

# โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว



จัดทำโดย

นางสาวศิริมา สมตน

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์

อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกุล

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

### แนวคิดและหลักการ

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคจิตเวชที่มีความสำคัญ เนื่องจากการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและมีอาการกำเริบที่รุนแรง ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำในอนาคตและทำให้การพยากรณ์โรคไม่ติลงเรื่อยๆ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง และยังเป็นภาระแก่ผู้ดูแล ความรุนแรงของอาการจึงเป็นปัญหาที่สำคัญที่ควรได้รับการแก้ไข

จากการศึกษาพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิภาพในเรื่องความร่วมมือในการใช้ยา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และลดความรุนแรงของอาการ (Scott et al., 2007) เนื่องจากรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามแนวคิดของ Colom & vieta (2006) มีรูปแบบการบำบัดที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค สามารถจัดการกับอาการเตือน และสิ่งกระตุ้นมีความร่วมมือในการรับประทานยา สม่าเสมอ มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม รวมถึงการมีทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียด โดยมีกลไกขั้นตอนในการบำบัด 3 ระดับ ดังนี้ ระดับแรก เน้นให้ผู้ป่วยตระหนักในโรคที่เป็นอยู่ รับรู้อาการเตือนของโรค และร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ระดับที่สองเน้นให้ผู้ป่วยควบคุมความเครียด หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด มีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม มีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ ระดับที่ 3 เน้นให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาและโรคที่เป็นอยู่ โดยเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดีขึ้นและถูกต้อง เหมาะสม ส่งผลให้ความรุนแรงของอาการลดน้อยลง ลดอาการกำเริบซ้ำได้ (Colom et al. 2003)

ปัจจุบันในประเทศไทยได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นจำนวนมากพบว่ายังขาดเรื่องการติดตามในการกระตุ้นใช้ทักษะในสถานการณ์จริงอย่างต่อเนื่อง ขาดแหล่งข้อมูลความรู้ที่ช่วยในการสนับสนุนผู้ป่วยขณะอยู่บ้านจึงทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลความรู้ไม่ต่อเนื่อง ขาดการติดตามซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นความรู้อย่างต่อเนื่องจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น สามารถนำทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้อาการของโรคมีความรุนแรงน้อยลงและลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยลงได้

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นช่องทางเพื่อใช้ในการกระตุ้น ฝึกทักษะ และการประยุกต์ใช้ทักษะในสถานการณ์จริง เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ต่อเนื่องและนำทักษะไปใช้ได้จริงและสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลมากยิ่งขึ้น โดยนำเอาแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มของ Colom et al. (2003) มาประยุกต์ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยนำแนวคิดหลักการเรียนรู้ทางสื่อสังคมออนไลน์ของ Jonassen(1995) มาประยุกต์ใช้ให้มีความสอดคล้องกับกิจกรรมโดยเน้นให้ผู้ป่วยมีการตื่นตัวมี

ความคิดสร้างสรรค์ มีการสนทนาร่วมกันและมีการคิดแก้ไขปัญหาอย่างรอบคอบในการกระตุ้นความรู้ และนำทักษะไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง ประกอบไปด้วยทั้งหมด 6 กิจกรรม แบ่งเป็นขั้นตอนที่ 1 การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม 5 กิจกรรม ดำเนินการให้สุขภาพจิตศึกษาสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม กิจกรรมละ 60 นาที และการกระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์ โดยภายหลังจบการให้สุขภาพจิตศึกษาแต่ละเรื่องจะมีการกระตุ้นการให้ความรู้และการนำทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริง ทางสื่อสังคมออนไลน์โปรแกรม Facebook ด้วยการโพสต์เนื้อหาความรู้ ข้อคำถาม และมอบหมายงานให้ทำเกี่ยวกับกิจกรรมนั้นๆและผู้ป่วยต้องเข้ามาตอบหรือรายงานผลการปฏิบัติภายใต้โพสต์นั้น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหารายบุคคลจะใช้กล่องข้อความเป็นช่องทางในการตอบปัญหาและข้อซักถาม และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้นำไปปฏิบัติได้จริงและต่อเนื่อง และสุดท้ายกิจกรรมที่ 6 เป็นการสรุปเนื้อหา และทบทวนความรู้และทักษะต่างๆทั้ง 5 กิจกรรม ตลอดจนการแก้ไขปัญหาและแนวทางแก้ไข โดยมีรายละเอียดเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมมีดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

กิจกรรมที่ 2 เพิ่มทักษะการจัดการอาการเตือนและสิ่ง

กิจกรรมที่ 3 ความร่วมมือในการรับประทานยาและการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา

กิจกรรมที่ 4 พัฒนาการจัดการแบบแผนการดำเนินชีวิต

กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการกับความเครียด

กิจกรรมที่ 6 ทบทวนปัญหาและแก้ไขปัญหา

**แผนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์  
ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว**

กิจกรรมที่ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

**การให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบกลุ่ม**

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระยะเวลา 60 นาที

สถานที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีและเกิดความไว้วางใจระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกภายในกลุ่ม

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

**หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1**

1. สมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้นำกลุ่มและเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม เกิดความไว้วางใจ สามารถเปิดเผยตนเอง และยินยอมเล่าเรื่องราวและประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

**สาระสำคัญ**

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลผู้นำกลุ่มกับสมาชิกภายในกลุ่มร่วมไปถึงสมาชิกภายในกลุ่มด้วยกัน เป็นกิจกรรมแรกในการดำเนินกลุ่มเพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความคุ้นเคย ความไว้วางใจ สามารถเปิดเผยความรู้สึก เรื่องราวต่างๆร่วมกัน โดยประกอบไปด้วยการเริ่มต้นแนะนำตัว พูดคุยทักทายเรื่องทั่วไป ด้วยท่าที่เป็นมิตร และให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตัวรายบุคคลรวมทั้งให้สมาชิกกลุ่มได้รู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกัน หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ รูปแบบกิจกรรม ระยะเวลา สถานที่ รวมไปถึงประโยชน์ที่ได้รับ หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมดังรายละเอียดใบชี้แจงที่ 1

การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อาการแสดง สาเหตุการเกิดโรค และการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถรับรู้อาการแสดง ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองมากยิ่งขึ้น และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

**สื่อ/อุปกรณ์**

1. กระดาษแข็งทำป้ายชื่อ



## 2. ใบชี้แจงที่ 1

.  
.
   
.

### การประเมินผล

1. ประเมินจากการสังเกตความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

.  
.
   
.

### กระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระยะเวลา 1 สัปดาห์

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อกระตุ้นและทบทวนความรู้และทักษะเรื่องโรค อากาาร สาเหตุการเกิดโรค อากาารแสดง และการรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้อย่างต่อเนื่อง

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกเข้าร่วมการกระตุ้นความรู้และทักษะทางโปรแกรม facebook เรื่องการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างต่อเนื่อง

### สาระสำคัญ

การให้สุขภาพจิตศึกษาทางสื่อสังคมออนไลน์เป็นการให้ผู้ป่วยศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองทางโปรแกรม Facebook เป็นการทบทวนเนื้อหา กระตุ้นความรู้และทักษะเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความ.....

### การประเมินผล

จากใบงานที่ได้รับมอบหมายให้ไปทำที่บ้าน จากการพูดคุยสนทนาทางกล่องข้อความ และจากการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และการตอบคำถามผ่านทาง Facebook.....

ใบความรู้ที่ 1.1  
 ความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว  
 (Bipolar disorder)



**โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คืออะไร ?**

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หรือโรคไบโพลาร์ (Bipolar disorder) เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้จะมีลักษณะอาการที่เปลี่ยนแปลงไปมา ระหว่างอารมณ์ซึมเศร้า (major depressive episode) สลับกับช่วงที่อารมณ์ดีมากกว่าปกติ (mania หรือ hypomania) โดยอาการในแต่ละช่วงอาจเป็นอยู่นานเป็นสัปดาห์ หรือหลาย ๆ เดือนก็ได้

**อาการแสดงอย่างไร?**

กลางกรณีมหาวิทยาลัย

**ระยะซึมเศร้า**

ระยะซึมเศร้าผู้ป่วยจะมีอาการไม่ร่าเริงหรือสนุกสนานเมื่อเทียบกับแต่ก่อน เศร้า แยกตัว เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร ไม่มีเรี่ยวแรง กินไม่ได้ นอนไม่หลับ มีอาการปวดในตำแหน่งต่างๆ/และหรือทั่วตัวที่ไม่ทราบสาเหตุ รู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่า เป็นภาระคนอื่น มองโลกในแง่ร้าย โกรธ หงุดหงิดง่าย ขาดสมาธิ หลงลืมง่าย ที่สำคัญที่สุดคือ “การคิดฆ่าตัวตาย” หรือ “ทำร้ายตนเอง” โดยอาการดังกล่าวจะเป็นต่อเนื่องมากกว่า 2 สัปดาห์

**ระยะคลุ้มคลั่ง**

ระยะคลุ้มคลั่ง มักจะเริ่มต้นจากความรู้สึกว่ามี “พลังเยอะ คิดสร้างสรรค์ หลากหลาย เข้าสังคมง่ายเกินไป” ซึ่งพออาการเริ่มหนักขึ้นมักจะมี “อารมณ์ดีเพิ่มขึ้น” ซึ่งมักจะมี “ความมั่นใจในตนเองเกินจริง” และ “หงุดหงิด โวยวายง่าย” ซึ่งคนที่มีอาการอารมณ์ดีเกินไปมักจะ “กระตือรือร้นมากเกินไป พูดมาก เบี่ยงเบนความสนใจง่าย และนอนลดลง” ซึ่งผู้ที่มีอาการมัก “ไม่

ค่อยรู้ตัว” ว่ากำลังมีอาการผิดปกติ และรู้สึกสนุกกับทุกสิ่งรอบตัวมากขึ้นกว่าปกติ จนอาการเริ่มมีผลต่อ “การตัดสินใจที่เริ่มผิดพลาด” มีความเสี่ยงสูงทางพฤติกรรมเช่น “เที่ยวกลางคืน มีเพศสัมพันธ์ เยอะ (ความรู้สึกทางเพศสูง)” ในกรณีที่อาการหนักมากจะมีอาการทางจิตได้เช่น หูแว่ว ประสาทหลอนได้

#### ตารางแสดงการเปรียบเทียบอาการป่วยในแต่ละช่วงให้เห็นความแตกต่างดังนี้

อาการในระยะซึมเศร้า	อาการในระยะคลุ้มคลั่ง
มีอาการซึมเศร้า หรือเบื่อหน่าย ความสนใจหรือความเพลินใจในสิ่งต่างๆ ลดลงอย่างมาก	มีอาการครึกครื้น แสดงออกอย่างเต็มที่ หรือ อารมณ์หงุดหงิดมากเกินปกติ
รู้สึกตนเองไร้ค่า เป็นภาระ หรือรู้สึกผิด	รู้สึกว่าตนเองเก่ง หรือมีความสำคัญมาก
นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติ	ต้องการนอนลดลง
เชื่องช้า หรือกระวนกระวาย	ความคิดพรั่งพรู เล่นเร็ว
อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง	มีพลัง มีกิจกรรม โครงการต่างๆ มากมาย
สมาธิลดลง ลังเลใจ	วอกแวก สนใจไปทุกสิ่งทุกอย่าง
คิดอยากตาย	หุนหันพลันแล่น ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย
เบื่ออาหาร ผอมลง	พูดมาก หรือพูดไม่หยุด
ยังตระหนักว่าตนเองผิดปกติไปจากเดิม (บางราย)	ไม่ตระหนักว่าตนเองผิดปกติไปจากเดิม
	

#### สาเหตุเกิดจากอะไร?

1. ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนต่าง ๆ ในร่างกาย , การนอนหลับที่ผิดปกติ, ความผิดปกติของการทำงานในส่วนต่าง ๆ ของสมองที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์

2. ปัจจัยทางจิตสังคม เช่น การไม่สามารถปรับตัวเข้ากับความเครียด หรือปัญหาต่าง ๆ ภายในชีวิตได้ ก็สามารถกระตุ้นให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ขึ้นมาได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม ปัจจัยทางสังคมไม่ใช่สาเหตุของโรค แต่อาจเป็นตัวกระตุ้นให้โรคแสดงอาการได้

3. ปัจจัยทางพันธุศาสตร์ ขณะนี้ เรายังไม่ทราบรูปแบบของการถ่ายทอดผ่านยีนที่ชัดเจนของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วแต่จากการศึกษาพบ ว่าสามารถพบโรคนี้ได้บ่อยขึ้นในครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็น bipolar มากกว่าในประชากรทั่วไป

### วิธีการรักษาอย่างไร?

ปัจจุบันการรักษาโรคอารมณ์สองขั้ว การรักษาที่ได้ผลจะต้องร่วมกันหลายปัจจัยเช่น มีความรู้เรื่องโรคนี้เพื่อช่วยให้เข้าใจและจัดการตนเองได้, การรักษาอาการที่เกิดจากสารเสพติด (ถ้ามีร่วมด้วย), การให้ยารักษาโรคนี้, การทำจิตบำบัด (พูดคุยอย่างมีขั้นตอนกับนักบำบัด แพทย์ เพื่อน และกลุ่มบำบัด), กำลังใจจากคนใกล้ชิดและจากครอบครัว โรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ คือหายกลับเป็นคนเดิมได้ “แต่ไม่หายขาด” วันดีคืนดีผู้ป่วยจะกลับมามีอาการอีก ในผู้ป่วยบางรายที่เป็นมาหลายครั้งเป็นค่อนข้างถี่หรือเป็นแต่ครั้งรุนแรงมาก แพทย์อาจพิจารณาให้ยารักษาโรคต่อไปเรื่อยๆเพื่อป้องกันไม่ให้อาการกลับมาใหม่

ใบงานที่ 1/1 (Pre-post test)

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรค  
อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ข้อ	ความรู้โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว	ใช่	ไม่ใช่
1.	โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคเดี่ยวดีเดี่ยวร้ายคือมีอาการซึมเศร้า ร้องไห้ฟูมฟายสัปดาห์กลับมามีอาการดี สนุกสนานเหมือนเดิม		
2.	โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่มีความผิดปกติของอารมณ์มีอาการ ซึมเศร้าสลับกับอาการคลุ้มคลั่งมีเพียงอาการหนึ่งหรือทั้งสองอาการ รวมกันก็ได้		
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

คะแนน =

HULALONGKORN UNIVERSITY

## ใบงานที่ 1/2

### “ประสบการณ์การเจ็บป่วยของฉัน”

คำชี้แจง ให้สมาชิกกลุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 5คน ให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเองและร่วมกันตอบคำถามในใบงาน และส่งตัวแทนกลุ่มมานำเสนอ



#### คำถาม

1. โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วคืออะไร

.....

.....

.....

## สมุดการบ้าน

กระตุ้นความรู้และทักษะทางสื่อสังคมออนไลน์



จัดทำโดย

นางสาวศิริมา สมตน

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์

อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกุล

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบงานที่ 1/1 (Facebook)

“การเจ็บป่วยของฉัน”



คำถาม

1. ท่านป่วยเป็นโรคอะไร

.....

.....

.....

.....

.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY





## แบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

### (Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างในการวิจัย.....

**ข้าพเจ้า** ซึ่งได้ลงนามแนบท้ายหนังสือฉบับนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย  
**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อความรุนแรง  
ของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาวศิริมา สมตน

**สถานที่ติดต่อผู้วิจัย** โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 212 ถนนแจ้งสนิท ตำบลในเมือง อำเภอเมือง  
จังหวัดอุบลราชธานี 34000 เบอร์โทรติดต่อ 085-0275273 E-mail namfon.siri24@gmail.com

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมในการทำวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายอย่างชัดเจนจาก  
ผู้วิจัยชื่อ นางสาวศิริมา สมตน ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดี  
ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้าได้ซักถามทำความเข้าใจ  
เกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าวและมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากการเข้าร่วมใน  
การวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลซึ่งการถอนตัวจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผล  
ต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับต่อไป

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย โดยผู้วิจัยรับรองว่า  
จะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้า  
ต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และได้อ่านข้อความข้างต้น  
แล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้ว  
ในเอกสารข้อมูลข้างต้น จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ .....

ผู้เข้าร่วมวิจัย

ลงชื่อ .....

พยาน

ลงชื่อ .....

(นางสาวศิริมา สมตน)

ผู้วิจัย

## ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Patient/ Participant Inform Sheet )

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาวศิริมา สมตน

**สถานที่ติดต่อผู้วิจัย** โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 212 ถนนแจ้งสนิท ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000 เบอร์โทรติดต่อ 085-0275273 E-mail namfon.siri24@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไร รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย

2. โครงการวิจัยนี้ศึกษา ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์

3.2 เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ

4. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นโปรแกรมที่ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 6 สัปดาห์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 20 ราย และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ จำนวน 20 ราย

5. รายละเอียดของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย ประชากรตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่มารับการบริการแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้

5.1 มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

5.2 มีคะแนนอาการซึมเศร้าและคลุ้มคลั่งอยู่ในระดับปานกลาง

5.3 สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและ

การมองเห็น

#### 5.4 สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและสามารถใช้โปรแกรม Facebook ได้

6. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

7. การเข้าร่วมเป็นประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นความสมัครใจ และปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการพยาบาลที่ได้รับอยู่

8. การใช้เวชระเบียนได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและจากตัวผู้ป่วยเอง

9. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการที่ช่วยลดอาการ ทางจิตของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางจิตประเภทอื่นๆ

10. โปรแกรม Facebook ผู้วิจัยได้ตั้งเป็นกลุ่มลับ คือเป็นกลุ่มที่ไม่มีผู้ใดสามารถเห็นหรือเข้าถึงข้อมูลได้นอกจากสมาชิกในกลุ่มเท่านั้นที่สามารถเห็นกลุ่มนี้หรือข้อความ และโพสต์ต่างๆในกลุ่มได้ เพราะฉะนั้นข้อความต่างๆ หรือข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะได้ ข้อมูลจะเป็นความลับ

11. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

12. ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้นในการเข้าร่วมการวิจัย และจะได้รับเป็นค่าตอบแทนเป็นค่าเดินทางและอาหารกลางวันในระหว่างการเข้าร่วมวิจัย

13. ข้อมูลใดๆที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยจะเก็บเป็นความลับ จะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้นเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย

หากผู้วิจัยไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฝ่ายวิจัยคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารอานันทมหิตลชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เลขที่ 1873 ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2616-9115-6

ภาคผนวก ง  
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
 โดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์  
 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

เอกสารรับรองเลขที่ 001/2561 รหัสโครงการ : 01-032561

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อความรุนแรงของ  
 อาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางสาวศิริมา สมตน

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. หนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย
4. แบบการเก็บรวบรวมข้อมูล/โปรแกรมหรือกิจกรรม

วันที่รับรอง : 27 มีนาคม 2561

วันที่หมดอายุ : 27 มีนาคม 2562

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยจากคณะกรรมการจริยธรรม  
 วิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

(นางอัญชลี สิริเทพทวี)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

(นางสุวรรณมี ป็องเลซ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

FAR-17-01-170160

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวศิริมา สมตน เกิดวันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2532 ที่อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2554 เข้ารับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สังกัดกรมสุขภาพจิต ปี 2556 และปี 2558 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หลักสูตรนอกเวลาราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 212 ถ.แจ้งสนิท ต.ในเมือง อ. เมือง จ. อุบลราชธานี 34000 E-mail: namfon.siri24@gmail.com

