

ผลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการ
ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

นางสาวกรรณิการ์ เลาประเสริฐสุข

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2555

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 Graduate School.

THE EFFECT OF FAMILY-FOCUSED TREATMENT PROGRAM ON SYMPTOM
SEVERITY OF BIPOLAR DISORDER PATIENTS

Miss Kannika Laoprasertsook

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2012

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่อ
ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์
แปรปรวนสองขั้ว

โดย

นางสาวกรรณิการ์ เลาประเสริฐสุข

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์. ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

อาจารย์.ดร. รัชนิกร เกิดโชค

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์. ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ดร.รัชนิกร เกิดโชค)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

กรณีการ เลาประเสริฐสุข : ผลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (THE EFFECT OF FAMILY-FOCUSED TREATMENT PROGRAM ON SYMPTOM SEVERITY OF BIPOLAR DISORDER PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ.ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม : อ.ดร.รัชนิกร เกิดโชค, 166 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองโดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว และ 2) ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 44 คน ได้รับการจับคู่ตามเพศ คะแนนภาวะซึมเศร้าและภาวะคลุ้มคลั่ง และ การใช้ยาทางจิต แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว 2) แบบประเมินความรุนแรงของอาการ 3) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 4) แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ 5) แบบประเมินอาการซึมเศร้า และ 6) แบบประเมินอาการคลุ้มคลั่ง เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 3 และ 4 มีค่าความเที่ยงคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ .89 และ .91 ตามลำดับ และเครื่องมือชุดที่ 2, 5 และ 6 มีค่าความเที่ยงอัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89, .88 และ .89 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือสถิติทดสอบที่

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความรุนแรงของอาการในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (\bar{X} =22.63 และ29.13 ตามลำดับ, $t = 5.96, p < 0.01$)

2. ความรุนแรงของอาการในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (\bar{X} =22.63 และ28.09 ตามลำดับ, $t = 3.53, p < 0.01$)

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา..... 2555.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....

5377552536: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: BIPOLAR DISORDER PATIENTS / FAMILY-FOCUSED TREATMENT SYMPTOM SEVERITY

KANNIKA LAOPRASERTSOOK: THE EFFECT OF FAMILY-FOCUSED TREATMENT PROGRAM ON SYMPTOM SEVERITY OF BIPOLAR DISORDER PATIENTS. ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIS, Ph.D., CO-ADVISOR: RATCHANEEKORN KERTCHOK, Ph.D. APN., 166 pp.

The purposes of this quasi-experimental research using pretest-posttest randomized control group design were to compare: 1) symptom severity of patients with bipolar disorder before and after received family-focused treatment, and 2) symptom severity of patients with bipolar disorder between the experimental group who received family-focused treatment and the control group who received regular nursing care. A sample of 44 patients with bipolar disorder who met the inclusion criteria were purposively recruited from out-patient department, Sakaeo Rajnakarindra Psychiatric Hospital. They were matched-pair by gender, depression and mania scores, and psychotropic drugs, and then randomly assigned into either the experimental or the control group, 22 subjects in each group. Research instruments consisted of: 1) the Family-Focused Treatment Program, 2) Brief Bipolar Disorder Symptom Scale, 3) Knowledge on Bipolar disorder test, 4) Expressed Emotion Scale, 5) Montgomer Asberg Depression Rating Scale and 6) Thai Mania Rating Scale. All instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 3rd and 4th instruments was reported by KR-20 as of .89 and .91, and the reliability of the 2nd, 5th and 6th instruments was reported by Chronbach Alpha as of .89, .88 and .89 respectively. The t-test was used in data analysis. Major findings were as follows:

1. Symptom severity of the experimental group after received family-focused treatment program was significantly lower than that before (\bar{X} =22.63, 29.13 respectively, $t=5.96, p< .01$).

2. Symptom severity of the experimental group received family-focused treatment program was significantly lower than those who received the regular nursing care (\bar{X} =22.63, 28.09 respectively, $t=3.53, p< .01$).

Field of Study : Mental Health and Psychiatric Nursing ..Student’s Signature.....

Academic Year : 2012.....Advisor’s Signature.....

Co-advisor’s Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความรู้จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอ.ดร.รัชนิกร เกิดโชค อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้สร้างแรงบันดาลใจ คอยชี้แนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ ส่งเสริม และให้กำลังใจ ให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น และตั้งใจทำงานวิจัยอย่างเต็มความสามารถ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และเป็นเกียรติอันสูงส่งที่ได้รับการประสิทธิประสาทวิชาความรู้จากอาจารย์ตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชุศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่ง เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ช่วยประสิทธิ์ ประสาทสรรพวิชาความรู้ ประสบการณ์และให้คำแนะนำต่างๆตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนกรินทร์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พยาบาลประจำการ เจ้าหน้าที่ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนกรินทร์ พยาบาลประจำการและเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐประเทศ พยาบาลประจำการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองมะนาวทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัย ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้เครื่องมือ และรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือกับผู้วิจัยอย่างเต็มที่ในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่กรุณามอบทุน “90 ปี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย” กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช เพื่อสนับสนุนวิทยานิพนธ์

ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวของผู้วิจัย และเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่าน ที่คอยเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยอย่างต่อเนื่องตลอดมา

ท้ายที่สุดนี้ คุณค่า และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอให้เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนทุกท่านต่อไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	11
ขอบเขตการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว.....	16
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการ.....	25
การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว.....	33
การบำบัดที่เน้นครอบครัว Family-Focused Treatment (FFT).....	35
โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว.....	37
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	49
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	50
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	55
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	69
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	94

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	95
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	101
รายการอ้างอิง.....	117
ภาคผนวก.....	127
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ.....	128
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	130
ภาคผนวก ค การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ แบบวัดความรุนแรงของอาการ.....	153
ภาคผนวก ง หนังสือรับรองการพิจารณาต่างๆ.....	155
ภาคผนวก จ ข้อมูลและใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่าง.....	159
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	166

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การประยุกต์โปรแกรมการศึกษาของ Miklowitz มาเป็น โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น	40
2	การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched paired) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่	53
3	คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว	71
4	คะแนนเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว	72
5	การดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว	74
6	จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	96
7	ผลการเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว .	99
8	ผลการเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	100

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) เป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorder) โดยระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) DSM-IV-TR (2000, p. 345) ได้ให้ความหมายของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วว่า หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด คือ มีความร่าเริง ความคิดและการแสดง อารมณ์ที่มากผิดปกติอย่างน้อยหนึ่งครั้งหรือมากกว่า โดยอาจมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ เป็นโรคที่มีความสำคัญมากเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังมีการกำเริบของโรคได้บ่อย ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ต่อญาติ และต่อสังคมมาก (ชัชชัย ลิพหานาจ และสรยุทธ วาติกานานนท์, 2549) ดังจะเห็นได้จากการที่องค์การอนามัยโลกจัดว่าโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อให้เกิดความพิการ (Disability-adjusted life years) สูงเป็นอันดับ 6 จากโรคทั้งหมด และ สูงเป็นอันดับ 3 ในกลุ่มของโรคทางจิตเวช รองลงมาจากโรคซึมเศร้าและการเสพแอลกอฮอล์ (Woods, 2000) ทั้งนี้ Morgan, Mitchell & Jablensky (2005) ซึ่งให้เห็นว่า การที่โรคก่อให้เกิดภาวะโรคในลำดับต้นๆ อาจเนื่องจากเป็นโรคที่มีอาการรุนแรง เช่น พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่ จะเคยมีความคิดฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 78.6

นอกจากความรุนแรงของอาการแล้วโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วนับเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากรายงานอุบัติการณ์ หรือ การตรวจพบผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วรายใหม่ต่อปี จากการศึกษาในประเทศอังกฤษ โดยในเพศชายจะพบโรคนี้ในอัตรา 2.6-5.1 ต่อประชากรแสนราย ส่วนในผู้หญิงจะพบในอัตรา 3.1-6.0 ต่อประชากรแสนราย (Lloyd et al., 2005) นอกจากนี้การสำรวจในประชากรทั่วไปของทวีปยุโรปจะพบความชุกชั่วชีวิต (Lifetime prevalence) ของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสูงถึงร้อยละ 1.5-2 (Pini et al., 2005) สำหรับในประเทศไทย พบว่ามีอัตราความชุก (Prevalence) ของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ร้อยละ 0.38 และ 0.49 ในเพศชายและเพศหญิงตามลำดับ และมีอัตราอุบัติการณ์ (Incidence) ของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ร้อยละ 0.06 และ 0.09 ในเพศชายและเพศหญิงตามลำดับ (คณะทำงานโครงการพัฒนาเครื่องชี้วัดภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, 2547) นอกจากนี้ จะพบว่าเป็นโรคที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากมีจำนวนผู้ป่วยโรคอารมณ์

แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวนมากขึ้น อาทิเช่น จำนวนผู้ป่วยของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระอริยวงศราชูระหว่างปี 2548-2551 เพิ่มขึ้นคือ 7,442, 8,094, 8,552 และ 8,642 ราย ตามลำดับ (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระอริยวงศราชู, 2552) ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีธัญญา ระหว่างปี 2548-2551 ก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยมีจำนวน 4,274, 4,455, 5,633 และ 6,682 ราย ตามลำดับ (งานเวชสถิติ ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2551) นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชเฉพาะทางซึ่งตั้งอยู่ในเขตภูมิภาค ก็พบว่ามีจำนวนมากขึ้นตามลำดับเช่นกัน โดยระหว่างปี 2548-2551 เพิ่มขึ้นคือ 555, 526, 608 และ 764 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ในปี 2553 พบว่ามีผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จำนวน 937 ราย คิดเป็นอันดับที่ 5 ของผู้ป่วยจิตเวชนอกทั้งหมด (โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์, 2553)

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จะมีลักษณะอาการเด่น 2 ลักษณะ ลักษณะอารมณ์แบบที่หนึ่ง คือ ลักษณะอารมณ์ซึมเศร้า (Depressive) ซึ่งผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้ามาก หดหู่สะเทือนใจ ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล รู้สึกเบื่อหน่ายสังคม สิ่งแวดล้อมล้อมตัวรอบตัว ท้อแท้ ซึมเฉย มีพฤติกรรมเก็บตัวอยู่คนเดียว สมาธิสั้นลง เหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดเชิงซ้ำและไม่แน่นอน ไข่มั่นใจในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนืดตนเอง (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) โดยผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักจะมีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วยสูงถึง ร้อยละ 35-50 และมีการฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 20 (Sajatovic, 2005) และ ลักษณะอารมณ์แบบที่สอง คือ มีอารมณ์คลุ้มคลั่ง (Mania) ซึ่งผู้ป่วยจะมีอารมณ์ ครื้นเครง ร่าเริงมากกว่าปกติ แสดงออกในลักษณะอารมณ์ดีเสมือนมีความสุขมากเกินปกติ หัวเราะร่าเริงโดยไม่มีเหตุผล มักมีความคิดหลงตนเองในทางเป็นใหญ่เป็นโต (Grandeur idea delusion) แสดงพฤติกรรมมากกว่าปกติ ทั้งการพูดการคิด และการกระทำ พุดจาสับสน เปลี่ยนเรื่องบ่อย หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) และมักจะแสดงพฤติกรรมที่เกิดจากการยับยั้งชั่งใจไม่ได้ เช่น ดื่มสุรามากๆ เล่นการพนัน เปลื้องผ้าในที่สาธารณะ แต่งตัวด้วยสีฉูดฉาดที่บุคคลทั่วไปไม่นิยม หรือ อาจมีความคิดหมกมุ่นกับเรื่องศาสนา ปรัชญา การเมือง การเงิน ทางเพศ รวมทั้งมีความคิดหลงผิดว่าจะถูกทำร้าย (Delusion of persecutory) นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจจะมีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีปัญหาทางการเรียน เสพยาเสพติดและมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม (Montgomery & Cassano, 1996) ซึ่งผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เหล่านี้พบได้มากในชุมชน อย่างไรก็ตามของ Kohn et al. (2004) ได้ศึกษารายงานระบาดวิทยาของโรคจิตเวชในชุมชนกลับพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่ไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัย และรักษาถึง ร้อยละ 48.9 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะทำให้มีความรุนแรงของอาการมากขึ้น

ความรุนแรงของอาการ (Severity symptom) ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่ไม่พึงประสงค์ทางด้านสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่มากกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีอาการมากน้อยแตกต่างกันไปตามการรับรู้ในทางกายภาพ อารมณ์ สังคม และหน้าที่ (Moorhead, Johnson & Maas, 2004) ทั้งนี้ Dennehy (2004) กล่าวว่า ความรุนแรงของอาการ ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะซึมเศร้าและระยะคลุ้มคลั่ง ระดับความรุนแรงของอาการในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แบ่งเป็นระดับ 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง มาก (สุชาติ พหลภักย์, 2542) จากการศึกษาของ Sajatovic (2005) กล่าวว่า อาการแสดงในระยะซึมเศร้า มักจะมีความรุนแรงมากกว่าอาการแสดงในระยะคลุ้มคลั่ง โดยผู้ป่วยจะยังมีอาการเหล่านี้หลงเหลืออยู่แม้จะได้รับการรักษาแล้วก็ตาม (Gitlin et al., 1995; Harrow et al., 1990; Keck et al., 1998) ส่งผลให้มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ (Recurrent) สูงถึงร้อยละ 69.6 (Morgan, Mitchell & Jablensky, 2005) นอกจากนี้พบว่าแม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ระหว่างการรักษาอย่างต่อเนื่องถึง ร้อยละ 73 มีโอกาสกลับเป็นซ้ำในเวลา 5 ปี อีกทั้งพบว่าสองในสามของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการกลับเป็นซ้ำมากกว่า 2 ครั้ง ขึ้นไป (Gitlin et al., 1995) โดยอาการรุนแรงที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้ง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำในอนาคต และทำให้การพยากรณ์โรคไม่ดีลงเรื่อยๆ (Cusin et al., 2000) ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องหาวิธีการจัดการเพื่อลดอาการกำเริบรุนแรงในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ทั้งนี้เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และภาวะโรคที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามียุทธศาสตร์ต่างๆ ที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยเฉพาะปัจจัยสำคัญ 3 ประการ ได้แก่

- 1) ปัจจัยด้านการขาดความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ทักษะในการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรับประทานยา ของผู้ป่วยและครอบครัว ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Michalak et al. (2005) เรื่องการจัดการตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผลการศึกษาพบว่า การได้รับความรู้ทั่วไปเรื่องสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดการกับผลข้างเคียงของยา การตรวจสอบการกำเริบของอาการ สุขลักษณะ การนอน และการดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย และส่งผลต่อความรุนแรงของอาการ นอกจากนี้การศึกษาของ Coryell (1997) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีความร่วมมือในการรักษาไม่ดีอันเนื่องมาจากอาการไม่พึงประสงค์ของยาที่ใช้ในการรักษา (Adverse reaction) จะมีโอกาสเกิดความรุนแรงของอาการได้ง่าย และมีการกลับเป็นซ้ำสูง นอกจากนี้พบว่าภาวะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเกิดมาจากการที่ครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและขาดข้อมูลที่จำเป็น

ในการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลต่อความรุนแรงของอาการ (Adamec, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ Perlick (2004) ซึ่งพบว่า การให้ความรู้เรื่องยา เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ตามเกณฑ์การรักษา (Medication adherence) จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcome) ที่ดีขึ้น และส่งผลให้จำนวนครั้งของการเกิดความรุนแรงของอาการลดลง และช่วยลดจำนวนครั้งของการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลได้

2) ปัจจัยด้านการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว โดย Miklowitz (2008) พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูง (High emotional expression : High EE) เช่น การแสดงอารมณ์ก้าวร้าว การวิพากษ์วิจารณ์ และการแสดงความเป็นมิตรของสมาชิกในครอบครัว จะมีอิทธิพลต่อการเกิดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Butzlaff & Hooley (1998) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันอย่างรุนแรง (High EE) มีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 และหากผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้น (Johnson et al., 2000)

3) ปัจจัยด้านการขาดทักษะการแก้ไขปัญหา ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะมีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านต่างๆ เช่น การปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น มีปัญหาในการเข้าสังคม และ ปัญหาการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ และสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ป่วย นำไปสู่การเกิดอาการที่รุนแรงขึ้น (Michalak et al., 2005) ทั้งนี้ Miklowitz (2008) พบว่า การฝึกให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการแก้ไขปัญหา (Problem-solving training) จะทำให้ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการลดลง เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับปรุงและพัฒนาความรับผิดชอบต่อน้ำที่ตนเอง เช่น สามารถกลับไปเรียน ทำงาน ทำงานบ้าน หรือ แม้แต่การดูแลตนเองได้ดีขึ้น

จะเห็นได้ว่าความรุนแรงของอาการเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วย โดยพบว่า ร้อยละ 74 ของผู้ป่วยในระยะซึมเศร้า และ ร้อยละ 50.9 ของผู้ป่วยในระยะคลุ้มคลั่ง มีการสูญเสียการทำหน้าที่ในระดับที่รุนแรง (Science daily, 2011) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประเทศไทย จากการศึกษาของ โสครดา สุรเทวนิมิตร (2553) พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการทำหน้าที่อยู่ในระดับบกพร่อง คิดเป็นร้อยละ 60.61 และพบว่าอาการซึมเศร้าและอาการคลุ้มคลั่ง มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (นันทนา สุขสมนรินทร, 2552) โดยผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ซึ่งอยู่ในภาวะคลุ้มคลั่งอาจมีการตัดสินใจผิดพลาดและมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมจากภาวะอารมณ์ จนเป็นผลเสียต่อตัวผู้ป่วย เช่น ใช้จ่าย

ฟุ่มเฟือย ลงทุนโดยไม่คิดรอบครอบ ทะเลาะวิวาท หรือมีพฤติกรรมสับสนทางเพศ อีกทั้งยังพบ อัตราการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ร้อยละ 60 (Frye et al., 2003) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อ ครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแล ดังจะเห็นได้จากการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแล ร้อยละ 89 เกิดความเครียดและ รู้สึกยากลำบากในการดูแลและจัดการกับอาการของผู้ป่วย (เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ, 2542) ผลกระทบ ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ทำให้ผู้ป่วยต้องขาดงาน ลางาน หรือตกงานได้ อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยโรค อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประมาณร้อยละ 30-60 ไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติในสังคมหรือการทำงานได้ แม้ว่าจะได้รับการรักษาจนอาการหมดไปแล้ว (Charles, 2005; Sajatovic, 2005) นำไปสู่ ผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ ดังจะเห็นได้จากการประเมินภาระต้นทุนของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 1991 โดยคำนวณจากความชุกชั่วชีวิตใน ประชากรร้อยละ 1.3 พบว่ามีมูลค่าถึง 45,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ (Wyatt & Henter, 1995) และ จากการศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนการรักษาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศไทย พบว่าต้นทุนประสิทธิผล การรักษาผู้ป่วยให้ได้ผล 1 ราย ต้องมีต้นทุนถึงประมาณ 72,000 ถึง 82,000 บาทต่อปี (ชัชชัย ลิพหานาจ, สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์ และธณชัย คงสกนธ์, 2545) ด้วย เหตุผลนี้จึงจำเป็นต้องมีให้การช่วยเหลือเพื่อลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ปัจจุบันการรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วใช้วิธีการหลายวิธี จำแนกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ คือ การรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม โดยการรักษาด้วยยาเป็นการเน้นการรักษาทางกาย ซึ่งจะได้รับยาที่ทำให้อารมณ์คงที่ (Mood stabilizers) เพื่อควบคุมพฤติกรรม ลดอาการวุ่นวาย ก้าวร้าว ป้องกันการฆ่าตัวตาย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2552) ส่วนการบำบัด ทางจิตสังคมใช้รูปแบบต่างๆ เช่น การบำบัดทางความคิด (Cognitive Therapy: CT) ซึ่งเป็นการ บำบัดแบบมุ่งเน้นการแก้ไขความคิดที่คลาดเคลื่อนของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เกี่ยวกับ โรคและการเจ็บป่วย หรือ สัมพันธภาพบำบัด (Interpersonal and Social Rhythm: IPSRT) ซึ่งเป็นการ บำบัดผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้าใจตนเองดี แต่มีการดำเนินชีวิตประจำวันไม่ เหมาะสม (ชัชชัย ลิพหานาจ และสรยุทธ วาสิกันานนท์, 2549)

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่มีความซับซ้อนเรื้อรังและสามารถกลับมาเป็นซ้ำ ได้ตลอดช่วงชีวิต ถึงแม้ว่าในปัจจุบันผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะได้รับการรักษาหลัก ด้วยยา และมีการพัฒนายาที่ใช้อย่างต่อเนื่องแล้วก็ตาม แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการ รักษาด้วยยาแล้วจะยังคงมีอาการที่รุนแรงหลงเหลืออยู่และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 69 (Morgan, Mitchell & Jablensky, 2005) อีกทั้งมีผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในชุมชน จำนวนมากที่อาการป่วยไม่สามารถหายเป็นปกติจากการรักษาด้วยการใช้ยาเพียงอย่างเดียว สาเหตุ อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยทนต่อยาที่รับประทานได้ไม่ดี และ เคยเกิดอาการข้างเคียงของยา เป็นต้น ทำ

ให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เพราะฉะนั้นการรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นการรักษาระยะยาว จึงต้องเลือกยาที่มีประสิทธิภาพรวมถึงควรใช้การรักษาทางจิตสังคมควบคู่ไปด้วย (ชัชชัย ลิพหานาจ และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2549) ดังนั้นการรักษาทางจิตสังคมจึงถูกพัฒนาขึ้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

Miklowitz et al. (2000) เสนอว่าการบำบัดรักษาด้วยยาจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นจนสามารถลดความรุนแรงของอาการลงได้นั้นจำเป็นต้องใช้การบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วย จึงได้พัฒนารูปแบบการบำบัดที่เน้นครอบครัว (Family-focused treatment : FFT) ขึ้น เพื่อใช้แก้ไขปัญหาความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยมีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาอีกหลายเรื่องที่น่าสนับสนุนว่าการบำบัดที่เน้นครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีอาการดีขึ้น (Colom et al., 2003; Miklowitz et al., 2003; Miklowitz et al., 2008) หลักการสำคัญที่ใช้ในการบำบัดตามแนวคิด FFT คือ 1) การยอมรับการเจ็บป่วยซึ่งหมายถึงรวมถึงโอกาสของการกลับเป็นซ้ำของโรคในอนาคต 2) บทบาทของยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องยาวนาน 3) การให้ครอบครัวและญาติ เข้าใจอาการของโรค 4) ปัจจัยต่างๆ ที่กระตุ้นการกลับเป็นซ้ำ และ 5) ความสำคัญและบทบาทของครอบครัวต่อการหายจากอาการเจ็บป่วย (Miklowitz, 2008) โดยเป้าหมายการบำบัด เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวและลดปฏิสัมพันธ์เชิงลบระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว ด้วยเหตุผลนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้เล็งเห็นความสำคัญในการนำโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว มาใช้เพื่อลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศไทย ซึ่งจากการวิเคราะห์องค์ประกอบของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวนี้ พบว่าสามารถแก้ไขปัจจัยที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในชุมชน ทั้ง 3 ปัจจัยที่กล่าวข้างต้น นั่นคือโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและครอบครัวเกิดการยอมรับการเจ็บป่วย ทราบถึงโรคและปัจจัยต่างๆ ที่กระตุ้นการกลับเป็นซ้ำ มีความรู้เรื่องยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องยาวนาน ช่วยให้ญาติ ครอบครัว เข้าใจและแยกแยะระหว่างอาการเจ็บป่วย กับลักษณะนิสัยเดิมของผู้ป่วย เน้นความสำคัญและบทบาทของครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการ พัฒนาการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น และเกิดปฏิสัมพันธ์ทางบวกระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว ซึ่งจะลดภาวะเครียดทางจิตสังคมของผู้ป่วย โดยโปรแกรมนี้ใช้เทคนิคที่มีประสิทธิภาพหลายอย่างผสมกัน ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) การสื่อสาร (Communication) การแก้ปัญหา (Problem-solving) และการฝึกวิธีการจัดการกับปัญหา (Coping strategies) ซึ่งการจัดการดูแลตามที่กล่าวมานี้สามารถลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Miklowitz

et al., 2000)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาของ บุญเยี่ยม คำชัย (2554) ซึ่งศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยในโปรแกรมดังกล่าวเป็นการจัดกระทำที่เน้นการให้ความรู้และพัฒนาทักษะของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว จึงยังไม่พบการศึกษาซึ่งมีการนำรูปแบบการบำบัดที่เน้นครอบครัวมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างชัดเจน ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวขึ้น เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศไทย และนำมาใช้ในการบำบัดเพื่อลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใช้ในการศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีแนวทางในการดูแลตนเองทั้งทางด้าน ร่างกาย และจิตสังคม รวมถึงเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว และฝึกการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง อันจะนำไปสู่การลดความรุนแรงของอาการลงได้ และส่งผลในการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยสูญเสียการทำหน้าที่ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำตามมา

คำถามการวิจัย

ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) เป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorder) ซึ่งก่อให้เกิดภาวะโรคในลำดับต้นๆ โดยผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในชุมชนส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 50 จะมีความรุนแรงของอาการ (Symptom severity) หลงเหลืออยู่แม้จะได้รับการรักษาแล้ว (Gitlin et al., 1995; Harrow et al., 1990; Keck et al., 1998) ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพหายจากโรค (Remission) ร้อยละ 25 และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ (Recurrent) ร้อยละ 69.6

(Morgan, Mitchell & Jablensky, 2005) ซึ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในชุมชน มี 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ขาดทักษะในการดูแลตนเอง และขาดความร่วมมือในการรับประธาณยา (Michalak et al., 2005; Coryell, 1997; Perlick, 2004) 2) การแสดงออกทางอารมณ์สูงของสมาชิกในครอบครัว (Miklowitz, 2010; Butzlaff and Hooley, 1998; Johnson et al. 2000) และ 3) การที่ผู้ป่วยขาดทักษะการแก้ไขปัญหา (Michalak et al., 2005; Miklowitz, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางในการลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า การบำบัดที่เน้นครอบครัว เป็นโปรแกรมการบำบัดที่มีประสิทธิภาพซึ่งสามารถจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการ ทั้ง 3 ปัจจัยดังที่กล่าวข้างต้นได้ ทั้งนี้เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและครอบครัว เกิดการยอมรับการเจ็บป่วย ทราบถึงโรคและปัจจัยต่างๆ ที่กระตุ้นการกลับเป็นซ้ำ มีความรู้เรื่องยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องยาวนาน ช่วยให้ญาติ ครอบครัว เข้าใจและแยกแยะระหว่างอาการเจ็บป่วยกับลักษณะนิสัยเดิมของผู้ป่วย เน้นความสำคัญและบทบาทของครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการ พัฒนาการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ดีขึ้น และเกิดปฏิสัมพันธ์ทางบวกระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว ซึ่งจะลดภาวะเครียดทางจิตสังคมของผู้ป่วย นอกจากนี้การใช้เทคนิคการบำบัดแบบผสมผสาน 3 เทคนิค ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) การสื่อสาร (Communication) การแก้ปัญหา (Problem-solving) และการฝึกวิธีการจัดการกับปัญหา (Coping strategies) ซึ่งการจัดการดูแลตามที่กล่าวมานี้สามารถลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วลงได้ (Miklowitz, 2008)

โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว เป็นการบำบัดที่ช่วยแก้ไขความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังการศึกษาของ Miklowitz et al. (2000) ซึ่งได้ใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว (Family-focused treatment: FFT) แบบกลุ่ม เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของ FFT ในการรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 101 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับ FFT 21 ครั้ง (N=30) เป็นระยะเวลา 9 เดือน และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับ psychoeducation แก่ครอบครัว 2 ครั้ง (N=71) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับ FFT มีอาการซึมเศร้าลดลงอย่างชัดเจนและลดลงกว่ากลุ่มควบคุม แต่อาการคลุ้มคลั่งพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อติดตามระยะยาว พบว่ากลุ่ม FFT มีการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่า และมีระยะเวลาก่อนที่จะกลับเป็นซ้ำยาวนานกว่า ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำการบำบัดที่เน้นครอบครัว (Family-focused treatment) ตามแนวคิดของ Miklowitz et al. (2000) มาพัฒนาเป็นแนวทางในการช่วยลดความรุนแรงของอาการสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศไทย การ

ปรับปรุงโปรแกรมคือ ตัดเนื้อหาการตั้งครรภ์และการถ่ายทอดทางพันธุกรรมออกเนื่องจากเป็นเนื้อหาที่มีความเกี่ยวข้องน้อยกับกลุ่มตัวอย่าง และปรับปรุงเนื้อหาให้มีความกระชับขึ้น ซึ่งเนื้อหาของกิจกรรมมีความซับซ้อนมากขึ้นไปอาจส่งผลให้ผู้ป่วยสับสน และจัดกลุ่มเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกันไว้รวมกัน ลดเวลาในโปรแกรมลงจาก 9 เดือน 21 กิจกรรม เหลือเพียง 6 สัปดาห์ 6 กิจกรรม และปรับการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งเพิ่มขึ้นจาก 50 นาที เป็น 90 นาที โดยเนื้อหายังครอบคลุมทั้ง 3 ขั้นตอน

ดังนั้นในโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใหม่นี้ เนื้อหาในโปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม จำแนกเป็นขั้นตอนหลักๆ 3 ขั้นตอน คือ 1) การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) 2) การพัฒนาทักษะการสื่อสาร (Communication) และ 3) การแก้ปัญหา (Problem-solving) แบ่งการดำเนินกิจกรรมกลุ่มออกเป็น 4 กลุ่มๆ ละ 10-12 คน (ประกอบด้วย 5-6 ครอบครัวๆ ละ 2 คน คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก) จำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยคาดว่าแต่ละกิจกรรมจะสามารถลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ **ขั้นตอนที่ 1 ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว**

ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว และให้ความรู้เรื่องโรค อาการ อาการเตือน ปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเอง ในกิจกรรมนี้ประกอบไปด้วย การให้ความรู้เรื่องโรค อาการ อาการเตือน ปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเอง เพราะฉะนั้นในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยตามความเป็นจริง เกิดการยอมรับการเจ็บป่วย เกิดความตระหนัก และกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร เป็นการเพิ่มความสามารถ และ สมรรถนะในการจัดการตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจในทางเลือกที่จะจัดการกับตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดี ผู้วิจัยอธิบายให้ครอบครัวเข้าใจอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ครอบครัว มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สอดคล้องกับ Yamashita (1996) ที่เชื่อว่าโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว (Psychoeducation programs) จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และทำให้ครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษา ส่งผลต่อการลดความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่ง และ ซึมเศร้าได้ (Colom et al., 2003)

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยา การสังเกตและจัดการกับผลข้างเคียงของการใช้ยา และ การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา (Coryell, 1997) ในกิจกรรมนี้ประกอบไปด้วยการดำเนินการให้ความรู้เรื่องยา (Perlick, 2004) แนวทางการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ฝึกทักษะการจัดการด้วยตนเองโดยมีครอบครัวดูแลช่วยเหลือ และอธิบายความสัมพันธ์

ระหว่างการรับประทานยาต่อความรุนแรงของอาการ ซึ่งให้เห็นถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการจัดการกับปัญหาต่างๆ เมื่อเกิดจากผลข้างเคียงจากยาผู้ป่วยจะเกิดความรู้ความเข้าใจและมีสมรรถนะในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษา ส่งผลต่อการลดความรุนแรงของอาการอาการคลื่นคลั่ง และซึมเศร้าได้ (Miklowitz, 2008)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาทักษะการสื่อสารในครอบครัว

ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 ประเมินการแสดงอารมณ์ในครอบครัว ฝึกทักษะการแก้ไขปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ฝึกการสื่อสารที่ชัดเจน และการขอให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจ ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการสื่อสารที่เหมาะสม และฝึกครอบครัว และผู้ป่วยให้ใช้การสื่อสารอย่างเปิดเผยทั้งในฐานะผู้พูด และผู้ฟัง การสื่อสารที่ลดการกล่าวโทษ ต่ำหนิติเตียน ฝึกสังเกตสีหน้า ท่าทาง ใช้การแสดงบทบาทสมมติและการแสดงย้อนกลับ ฝึกการแก้ไขปัญหาในครอบครัวโดยสอนการลดความขัดแย้งและมอบหมายการบ้าน การชักชวนในเชิงบวกให้สมาชิกในครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจ นำเสนอการแก้ปัญหาด้วยการใช้ structured role-playing โดยผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันฝึก พร้อมทั้งอธิบายวิธีการทำการบ้านให้ชัดเจน กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัวได้ฝึกการสื่อสารที่ชัดเจนและฝึกการลดความขัดแย้งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการลดความรุนแรงของอาการคลื่นคลั่ง และซึมเศร้าได้ (Kim & Miklowitz, 2004)

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการฟังการพูดคุยแลกเปลี่ยนเชิงบวกและพัฒนาการยอมรับผู้อื่น ในกิจกรรมนี้ประกอบไปด้วยการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการแสดงอารมณ์ในครอบครัว ส่งเสริมและฝึกการตอบสนองเชิงบวก ฝึกด้วยการใช้ structured role-playing โดยผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันฝึก ให้ครอบครัวกลับไปไตร่ตรองแนวทางการแก้ปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์เป็นการบ้าน แล้วนำกลับมาเสนอในการพบกับผู้วิจัยในครั้งต่อไป มีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มฝึกการพูดคุยแลกเปลี่ยนในเชิงบวก ลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันอย่างรุนแรง (High EE) (Miklowitz, 2008) ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ฝึกการสื่อสารในเชิงบวก ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ส่งผลต่อการลดความรุนแรงของอาการคลื่นคลั่ง และซึมเศร้าได้ (Kim & Miklowitz, 2004)

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาทักษะการจัดการความเครียดและการแก้ไข้ปัญหา

ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 ฝึกเทคนิคการจัดการความเครียด และใช้อารมณ์ขันให้เป็นประโยชน์ ในกิจกรรมนี้ได้ฝึกวิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เช่น ฝึกการผ่อนคลายความเครียดที่ถูกต้อง รวมถึงการฝึกให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดทักษะในการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และมีแนวทางในการจัดการความเครียด ซึ่งการจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพนี้จะส่งผลต่อการลดความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่ง และซึมเศร้าได้ (Miklowitz, 2008)

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาทักษะการค้นหาคำปรึกษาและการหาแนวทางแก้ไข้ปัญหา สรุปกิจกรรมในภาพรวมและยุติการทำกลุ่ม ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับการแก้ไข้ปัญหา สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันค้นหาคำปรึกษาและวิธีการจัดการที่เกิดขึ้นและฝึกทักษะการหาแนวทางแก้ไข้ปัญหา ช่วยให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ด้วยตนเอง สอนและฝึกทักษะให้ครอบครัวและผู้ป่วยเผชิญหน้าด้วยเหตุผล กิจกรรมนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดทักษะในการแก้ไข้ปัญหาได้ รวมทั้งเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา ส่งผลต่อการลดความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่ง และอาการซึมเศร้าได้ (Miklowitz, 2008)

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว ตามแนวคิดของ Miklowitz (2000) ทั้ง 6 กิจกรรม จะช่วยลดระดับความรุนแรงของอาการ ทั้งอาการคลุ้มคลั่ง และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว
2. ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ทั้งชายและหญิง อายุ 19-59 ปี

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์เป็นฉบับย่อ ตามแนวคิดของ Miklowitz et al. (2000) ซึ่งได้ปรับเนื้อหาให้มีความกระชับและลดระยะเวลาของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวลง แต่ยังคงครอบคลุมขั้นตอนและหลักการทุกข้อ

ตัวแปรตาม คือ ระดับความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หมายถึง บุคคลที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มของความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด และส่งผลให้การคิด พฤติกรรม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและหน้าที่การทำงานผิดปกติตามไปด้วย อารมณ์ที่ผิดปกติมีสองชนิด คือ อารมณ์ซึมเศร้า (Depression) และอารมณ์คลุ้มคลั่ง (Mania) ดังนี้ อารมณ์ซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความสิ้นหวัง เบื่อหน่าย มีความตึงเครียดที่อยู่ภายใน การนอนหลับลดลง ความอยากอาหารลดลง มีปัญหาในการรวบรวมสมาธิ อ่อนเปลี้ยเพลียแรง การตอบสนองทางอารมณ์ที่ลดลง มีความคิดในด้านลบ มีความคิดฆ่าตัวตาย อารมณ์คลุ้มคลั่ง หมายถึง ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีอารมณ์คลุ้มคลั่ง มีการเพิ่มขึ้นของการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหว ความสนใจทางเพศเพิ่มขึ้น การนอนหลับลดลง หงุดหงิด พุดเร็วขึ้น มีความผิดปกติของความคิดทั้งทางด้านภาษาและเนื้อหาของความคิด พฤติกรรมก้าวร้าว การแต่งตัวผิดปกติ ขาดความเข้าใจในตนเอง ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้คัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ตามแนวทางการวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) F.30 ซึ่งเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่ไม่พึงประสงค์ทางด้านสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่มากขึ้นกว่าปกติ เกิดขึ้นได้ทั้งระยะซึมเศร้าและระยะคลุ้มคลั่ง ประเมินได้จากระดับความมากขึ้นของอาการ โดยใช้แบบวัดความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS) แบ่งระดับความรุนแรงของอาการเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง มาก ดังนี้

ระดับความรุนแรงน้อย (Mild level) เป็นระดับที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวสามารถสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย แต่ไม่มีการเสียหายของสถานะการทำงาน

ระดับความรุนแรงปานกลาง (Moderate level) เป็นระดับที่ผู้ป่วยเริ่มมีความบกพร่องเกี่ยวกับเรื่องการทำงาน เช่น ขาดงาน ไม่สามารถรับผิดชอบพื้นฐานทางสังคมบางอย่างได้

ระดับความรุนแรงมาก (Severe level) เป็นระดับที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติสม่ำเสมอเหมือนในอดีตที่เคยปฏิบัติได้ ระยะคลุ้มคลั่งหรือซึมเศร้ารุนแรงเป็นข้อบ่งชี้ว่า ผู้ป่วยควรต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล

โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวและลดปฏิสัมพันธ์เชิงลบระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว ซึ่งจะลดภาวะเครียดทางจิตสังคมของผู้ป่วย ด้วยการพัฒนาการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น โดยผสมผสานจากแนวความคิดบำบัด 3 แนวคิด ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) การพัฒนาทักษะการสื่อสาร (Communication) และ การพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา (Problem-solving) ซึ่งการจัดการดูแลตามที่กล่าวมานี้สามารถลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วลงได้ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม เป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 4 กลุ่มๆ ละ 10-12 คน (ประกอบด้วย 5-6 ครอบครัวๆ ละ 2 คน คือผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก) จำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว และให้ความรู้เรื่องโรคอาการ อารมณ์เหวี่ยง บังคับกระตุ้น และการดูแลตนเอง หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 โดยใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการพบผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อพยาบาลและสมาชิกในกลุ่ม เกิดความไว้วางใจ และยอมเปิดเผยข้อมูล และได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยตามความเป็นจริง การจัดการกับอาการ เกิดการยอมรับการเจ็บป่วย เกิดความตระหนัก และกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร เพิ่มความสามารถ สมรรถนะในการจัดการตนเอง เกิดความมั่นใจทางเลือกที่จะจัดการกับตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดี

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยา การสังเกตและจัดการกับผลข้างเคียงของการใช้ยา และการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 โดยใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการให้ความรู้เรื่องยา แนวทางการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย สามารถจัดการกับปัญหาจากการใช้รักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้ความเข้าใจและช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษา และเน้นย้ำการมาตรวจตามนัด

กิจกรรมที่ 3 ประเมินการแสดงอารมณ์ในครอบครัว ฝึกทักษะการแก้ไข ปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ฝึกการสื่อสารที่ชัดเจน และการขอให้ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจ หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3 โดยใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการฝึกครอบครัวและผู้ป่วยให้สามารถใช้การสื่อสารอย่างเปิดเผยทั้งในฐานะผู้พูด และผู้ฟัง โดยฝึกผู้ป่วยและครอบครัวให้ฟัง ลดการกล่าวโทษ ตำหนิติเตียน ฝึกสังเกตสีหน้า ท่าทาง ใช้การ แสดงบทบาทสมมติและการฝึกซ้อมแสดงย้อนกลับ ฝึกการแก้ไขของครอบครัวโดยสอนการลด ความขัดแย้งและมอบหมายการบ้าน การชักชวนในเชิงบวกให้สมาชิกในครอบครัวปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจ

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการฟังการพูดคุยแลกเปลี่ยนเชิงบวกและพัฒนาการยอมรับ ผู้อื่น หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4 โดยใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการฝึกการ พูดคุยแลกเปลี่ยนในเชิงบวก ลดการแสดงออกต่อกันอย่างรุนแรง ฝึกการสื่อสาร ทำให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

กิจกรรมที่ 5 ฝึกเทคนิคการจัดการความเครียด และใช้อารมณ์ขันให้เป็นประโยชน์ หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 5 โดยใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการฝึกวิธีการ เฝ้าระวังความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ฝึกการผ่อนคลายความเครียดที่ถูกต้อง ทำให้ครอบครัวมีทักษะ ในการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และมีแนวทางในการจัดการความเครียดได้ด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาทักษะการค้นหาปัญหาและการหาแนวทางแก้ไขปัญหา สรุป กิจกรรมในภาพรวมและยุติการทำกลุ่ม หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 6 โดยใช้ ระยะเวลา 90 นาที ในการฝึกการค้นหาปัญหาและวิธีการจัดการที่เกิดขึ้นและฝึกทักษะการหาแนว ทางแก้ไขปัญหา ช่วยให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ด้วยตนเอง สอนและฝึกทักษะให้ครอบครัวและผู้ป่วยเผชิญหน้าด้วยเหตุผล ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดทักษะในการแก้ไขปัญหานั้นได้ รวมทั้งเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีความพร้อม ที่จะเผชิญปัญหา

การดูแลตามปกติ หมายถึง การบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้รับ จากโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ได้แก่ การนัดหมายมาตรวจและรับยาตามแพทย์นัด การประเมินด้านร่างกายและจิตใจ สอบถามการเจ็บป่วย อาการสำคัญ โรคแทรกซ้อน ประเมิน ความต้องการของผู้ป่วยรวมถึงการให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย และนัดติดตามอาการ 1 เดือน หรือ 2 เดือน และหากผู้ป่วยอาการคงที่สามารถรับยาได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีการนัดมาพบแพทย์ทุก 6 เดือนเพื่อติดตามอาการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
2. ได้รูปแบบการบำบัดที่สามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบำบัดผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ภายใต้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิจัย วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้สืบค้นจากฐานข้อมูลของ ThaiLis-Thai Library Integrated System, Chulalinet, CINAHL Plus with Full Text, Springer Link, ScienceDirect และ PubMed แต่ละงานวิจัยคัดเลือกตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 ถึง 2010 สำหรับผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ก่อนปี ค.ศ. 2000 นั้นเป็นผลงานที่ได้รับการยอมรับและน่าเชื่อถือกันมาจนถึงปัจจุบัน จึงถูกนำมาอ้างอิงในการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

- 1.1 ความหมายของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 1.3 การจำแนกชนิดของความผิดปกติทางอารมณ์
- 1.4 การวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV-TR
- 1.5 การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค
- 1.6 การบำบัดรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 1.7 ผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2. แนวคิดเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

- 2.1 ความหมายความรุนแรงของอาการ
- 2.2 การแบ่งระดับความรุนแรงของอาการ โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 2.3 ลักษณะอาการแสดงที่สำคัญทางคลินิกของ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 2.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 2.5 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรุนแรง ของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

3. การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

4. การบำบัดที่เน้นครอบครัว Family-Focused Treatment (FFT)

- 4.1 ความหมายของครอบครัว
- 4.2 องค์ประกอบของ Family-Focused Treatment (FFT)
- 4.3 เป้าหมายการบำบัดของ Family-Focused Treatment (FFT)
- 4.4 หลักคิดของ Family-Focused Treatment (FFT)
- 4.5 หลักการสำคัญที่ใช้ในการบำบัดของ Family-Focused Treatment (FFT)
- 4.6 ทักษะพื้นฐานของ Family-Focused Treatment (FFT)
5. โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1.ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

1.1 ความหมายของโรคอารมณ์สองขั้ว

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

World Health Organization (1992) กล่าวว่า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่มีอารมณ์ผิดปกติเป็นอาการสำคัญ อารมณ์ที่ผิดปกติมีสองชนิด คือ อารมณ์ซึมเศร้า (Depression) และอารมณ์คลุ้มคลั่ง (Mania) อารมณ์ที่ผิดปกตินี้ หมายความว่า ผิดปกติจนผู้ป่วยควบคุมไม่ได้และรู้สึกรบกวน อารมณ์ที่ผิดปกติทำให้ การคิดการพูด กิจกรรมทางสรีรวิทยาที่ต้องดำเนินไปอย่างอัตโนมัติทุกวัน (เช่น การนอน การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัย) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและหน้าที่การทำงานผิดปกติตามไปด้วย ความผิดปกติทางอารมณ์มักจะเริ่มมีอาการเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น

Miklowitz (2008) กล่าวว่า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คือ โรคทางจิตเวช ที่มีลักษณะอาการแกว่งของอารมณ์อย่างรุนแรง จากสูงสุด (Manias) ถึงต่ำสุด (Depression)

มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช (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 ลีพหานาจ และสรยุทธ วาสิกันานนท์ (2549) กล่าวว่า Bipolar Disorder หมายถึง

ความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดหนึ่งผู้ป่วยจะต้องมีอาการของ Manic episode, Mixed episode หรือ Hypomanic episode สลับกับ Major depressive episode

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2552) กล่าวว่า Bipolar Disorder เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีอาการของ Manic episode หรือ Hypomanic episode สลับกับ Major depressive episode

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2554) ได้กล่าวถึงโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ว่าเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด โดยแสดงออกถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ (Depressive) อาจแสดงอาการซึมเศร้ามาก ร้องไห้มาก ปฏิเสธการสังคมกับผู้อื่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หดหู่ใจ อยากตาย หรืออาจมีอาการครั่นครั่น เริงร่ามากกว่าผิดปกติ (Mania) หัวเราะโดยไม่มีเหตุผลตลอดเวลา หรืออาจมีอาการทั้งเศร้าและคลุ้มคลั่งมากในเวลาเดียวกันหรือในเวลาใกล้เคียงกัน พยาธิสภาพทางอารมณ์นี้ส่งผลถึงพฤติกรรมที่เคลื่อนไหว ทำให้มีพฤติกรรมแปลกๆ

จากนิยามดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด อารมณ์ที่ผิดปกติมีสองชนิด คือ อารมณ์ซึมเศร้า (Depression) และ อารมณ์คลุ้มคลั่ง (Mania) อารมณ์ที่ผิดปกติส่งผลให้การคิด พฤติกรรม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และหน้าที่การทำงานผิดปกติตามไปด้วย

1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สรุปได้ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological Factor)

สาเหตุจากสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ของ Biogenic amines ในสมองนั้น พบว่าในระยะซึมเศร้ามี Norepinephrine function ต่ำ และระยะแมนีมี Norepinephrine function สูง นอกจากนี้ยังมีรายงานพบว่า มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเผาผลาญของสารชีวเคมีบางตัว เช่น 5-Hydroxyindoeacetic acid, Homovanillic acid, และ 3-Methoxy-4-Hydroxyphenylglycol (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552 ; นิรมล พัจจนสุนทร, 2554; Leonard, 2000)

1.2.2 ปัจจัยทางพันธุศาสตร์ (Genetic Factor)

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นความผิดปกติทางพันธุกรรม แต่ไม่ทราบอย่างแน่นอนว่าความผิดปกติที่ถูกถ่ายทอดคืออะไร ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จะมีบิดาหรือมารดาอย่างน้อยหนึ่งคนป่วยด้วยความผิดปกติทางอารมณ์ การศึกษาในฝาแฝดพบว่า อัตราการป่วยเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ในกลุ่มแฝดจากไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic twin หรือ MZ) เป็น 2-4 เท่าของแฝดจากไข่คนละใบ (Dizygotic twin หรือ DZ) จีนที่ทำให้เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อาจอยู่บนโครโมโซม 5,11,18 และ X (Hamet & Tremblay 2005; Mondimore, 2005; Boomsma, van Beijsterveldt & Hudziak, 2005; Kenneth et al, 2006)

1.2.3 ปัจจัยด้านพื้นอารมณ์ (Temperament)

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มักจะมีอารมณ์บางอย่างโดยเฉพาะ เช่น Cyclothymia หรือ Dysthymia กระทบความวิตกกังวล มีอาการ Neuroticism แบบเจ้าอารมณ์มาก นิสัยทางอารมณ์เหล่านี้จะถูกถ่ายทอดไปยังไปสู่ลูกหลานได้ พื้นฐานทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมทำให้ปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นเกิดความขัดแย้ง และความเครียดจะเป็นตัวกระตุ้นหนึ่งที่ทำให้ป่วยด้วยความผิดปกติทางอารมณ์ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549; Akiskal, 1994; Bagby & Ryder, 2000; Compas, Connor-Smith & Jaser, 2004)

1.2.4 ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factor)

ปัจจัยทางจิตสังคมที่อธิบายสาเหตุของความผิดปกติทางอารมณ์ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีดังนี้

1.2.4.1 เหตุการณ์ชีวิต (Life event) ประสบการณ์ในชีวิตที่สะเทือนใจ และเกิดอารมณ์เศร้าจนต้องได้รับการรักษา คือบุคคลที่มีความอ่อนแอทางอารมณ์ หรือมีพันธุกรรมที่อ่อนแอจะทำให้เกิดโรคทางอารมณ์เกิดขึ้น เหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้สะเทือนใจจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้า ส่วนจะกระตุ้นให้เป็นอารมณ์คลุ้มคลั่ง หรือไม่ ยังไม่ทราบแน่นอน (Tennant, 2002; Paykel, 2003)

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

1.2.4.3 ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ในระยะ Oralsadistic ของพัฒนาการบุคลิกภาพ ทารกจะหลงรักตนเอง ที่เรียกว่า infantile narcissism ดังนั้นถ้ามีเหตุการณ์ที่ทำให้ทารกเกิดความผิดหวัง ทารกจะเกิดบาดแผลทางใจที่เรียกว่า infantile trauma และเกิดอารมณ์เศร้าเป็นครั้งแรกของชีวิต ผู้ป่วยอารมณ์คลุ้มคลั่ง มักจะจินตนาการว่าตนเองเป็นคนเดียวกับคนที่เก่งมากๆ จินตนาการแบบนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณมีความสามารถทุกด้าน (Omnipotent) และตนเองมีความสามารถพิเศษ และยังใช้กลไกทางจิตชนิดปฏิเสธความจริง (Denial) อย่างมาก (สุชาติ พหลภักษ์, 2542)

1.2.5 ปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive factors) ทฤษฎีด้านการรู้คิด พบว่าความเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ คิดโทษตนเอง ทำร้ายตนเอง เบค (Beck) ได้ระบุถึงการคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าไว้ 3 ประการคือ ความคาดหวังด้านสิ่งแวดล้อมในทางลบ ความคาดหวังตนเองในทางลบ และความหวังอนาคตในทางลบ ความรู้สึกในทางลบของบุคคลจะมีผลในการทำลายพัฒนาการทางความคิดของบุคคล ทำลายความรู้สึกมีค่าของตนเอง ทำให้เกิด

ความรู้สึกว่าตนเองต่ำต้อยและเศร้ามาก (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554)

1.3 การจำแนกชนิดของความผิดปกติทางอารมณ์

ปัจจุบันมีการจำแนกโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่ใช้ยู่มี 2 ระบบ คือ การจำแนกโรคตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM) และการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD) (สุชาติ พหลภากย์, 2542; APA, 2000)

1.4 การวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV-TR

การวินิจฉัยที่นิยมใช้กันในวงการจิตเวชไทย คือ ระบบ DSM ซึ่งปัจจุบันเป็นฉบับปรับปรุงใหม่ฉบับที่ 4 (Diagnostic Statistical Manual of Mental disorders-IV-TR; DSM-IV-TR) (APA, 2000)

Major depressive episode มีเกณฑ์วินิจฉัยดังนี้

A. มีอาการดังต่อไปนี้ 5 ข้อ โดยอย่างน้อยต้องมีข้อ 1 หรือ ข้อ 2 หนึ่งข้อ

1. มีอาการซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน
2. ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงแทบทุกวัน
3. น้ำหนักลดลง โดยไม่ได้เป็นจากการคุมอาหารหรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ หรือมีการเบื่ออาหาร หรือเจริญอาหารแทบทุกวัน
4. นอนไม่หลับ หรือหลับมากกว่าปกติไปแทบทุกวัน
5. Psychomotor agitation หรือ Retardation แทบทุกวัน
6. อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรง
7. รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิด
8. สมาธิอ่านลดลง หรือลังเลใจ
9. คิดถึงเรื่องการตาย โดยมีได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตาย มีแผนการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

B. อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์หรือกิจกรรมด้านสังคมการประกอบอาชีพด้านการงานหรือด้านอื่นๆที่สำคัญบกพร่องลง

Manic episode มีเกณฑ์วินิจฉัยดังนี้

A. มีช่วงอารมณ์ตึกคัก แสดงความรู้สึกโดยไม่มียั้ง หรืออารมณ์หงุดหงิดที่ผิดปกติ และคงอยู่ตลอดอย่างชัดเจนนานอย่างน้อย 1 สัปดาห์ (หากต้องอยู่ในโรงพยาบาลจะเป็นเพียงไม่กี่วันก็ได้)

B. มีอาการดังต่อไปนี้อยู่ตลอดอย่างน้อย 3 อาการ (มากกว่า 4 อาการเป็นอาการหงุดหงิด)

1. มี Self-esteem เพิ่มขึ้นมาก หรือมีความคิดว่าตนยิ่งใหญ่ (Grandiosity)
2. ความต้องการนอนน้อยลง (เช่น ได้นอนเพียงสามชั่วโมงก็รู้สึกเพียงพอแล้ว)

3. พุดคุยมากกว่าปกติ หรือต้องการพูดอย่างไม่หยุด
4. Fight of idea หรือผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณคิดแล่นเร็ว
5. วอกแวก (Distractibility) ได้แก่ ถูกดึงความสนใจได้โดยง่าย แม้สิ่งเร้าภายนอกจะไม่สำคัญหรือไม่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่สนใจอยู่ในขณะนั้น
6. มีกิจกรรมซึ่งมีจุดหมายเพิ่มมากขึ้นหรือมี Psychomotor agitation
7. ไปยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมที่ทำให้เพลิดเพลินมากเกินไปจนเกินไปแต่มีโอกาสสูงก่อให้เกิดความยุ่งยากติดตามมา

C. อาการรุนแรงจนทำให้มีความบกพร่องอย่างมากในการประกอบอาชีพด้านการงาน หรือกิจกรรมทางสังคมตามปกติ หรือสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น หรือทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาล เพื่อป้องกันอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือมีอาการ โรคจิต

1.5 การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

ผู้ป่วยชายส่วนใหญ่จะมีอาการครั้งแรกเป็นแบบคลุ้มคลั่ง ส่วนผู้หญิงจะมีอาการครั้งแรกเป็นแบบซึมเศร้า ส่วนใหญ่เริ่มเป็นขณะอายุ 15-24 ปี การเกิดครั้งแรกพบบ่งชี้ว่าสัมพันธ์กับความกดดันในชีวิตของผู้ป่วยแต่ละครั้ง ระยะเวลาที่เป็นหากไม่ได้รับการรักษาโดยเฉลี่ยนาน 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 การไม่มีความผิดปกติทางจิตเวชอื่นร่วมด้วยหรือการไม่มีโรคทางกายร่วมด้วย เป็นต้น ผู้ป่วยที่เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะเป็นครั้งเดียวในชีวิต คิดเป็นร้อยละ 7 เป็นมากกว่า 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 45 และเป็นเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 40 (วัชชัย ลิฬหานาจ และสรยุทธ วาลิกานนท์, 2549) ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยในสภาพหายจากโรค (Remission) ร้อยละ 25 และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ (Recurrent) ร้อยละ 69.6 (Morgan, Mitchell & Jablensky, 2005) นอกจากนี้ยังพบว่าแม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ระหว่างการรักษาอย่างต่อเนื่องถึง ร้อยละ 73 มีโอกาสกลับเป็นซ้ำในเวลา 5 ปี อีกทั้งพบว่าสองในสามของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการกลับเป็นซ้ำมากกว่า 2 ครั้ง ขึ้นไป (Gitlin et al., 1995) โดยอาการรุนแรงที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้ง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำในอนาคตและทำให้การพยากรณ์โรคไม่ดีขึ้นเรื่อยๆ (Cusin et al., 2000)

1.6 การบำบัดรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การบำบัดรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีหลายลักษณะซึ่งประกอบด้วย การบำบัดด้วยยา การบำบัดด้วยไฟฟ้า และการบำบัดทางจิตสังคม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.6.1 การบำบัดด้วยยา มี 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะเฉียบพลัน ระยะต่อเนื่อง และระยะยาวหรือระยะอาการสงบ (วิชชัย ลิพนานาจ และสรยุทธ วาสิกันานนท์, 2550)

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

1) ระยะ Manic episode การใช้ยาตัวเดียว กลุ่มยากงสภาพอารมณ์ได้แก่ Lithium กลุ่มยากันชักได้แก่ valproate, carbamazepine, lamotrigine, topiramate กลุ่มยาด้านโรคจิตกลุ่มยาใหม่ได้แก่ riperidone, olanzapine, quetiapine, ziprasidone, aripiprazole

2) ระยะ Depressive episode การใช้ยาตัวเดียว กลุ่มยากงสภาพทางอารมณ์ได้แก่ Lithium กลุ่มยากันชักได้แก่ valproate, lamotrigine, carbamazepine, gabapentin กลุ่มยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่ได้แก่ olanzapine, quetiapine กลุ่มยากงสภาพอารมณ์และกลุ่มยาด้านเศร้าได้แก่ Lithium กับ SSRI เช่น Lithium + tricyclic, Lithium + Fluoxetine

1.6.1.2 ระยะต่อเนื่อง (Continuation) การสิ้นสุดการรักษาระยะเฉียบพลันเป็นการเริ่มต้นการรักษาระยะต่อเนื่อง การมีอาการกำเริบ ทั้งมีอาการเพียงบางส่วนหรือมีอาการครบทั้งหมดเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญของการรักษาระยะนี้ ดังนั้นการรักษาระยะเฉียบพลันจึงยังต้องคงยาในระดับเต็มต่อไปเพื่อป้องกันการกำเริบ อาจใช้เวลา 3-5 เดือน ขึ้นอยู่กับการตอบสนองต่อการรักษา และสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยมีอาการหายเป็นปกติ ระยะนี้เน้นการป้องกันตอบสนองต่อการรักษา คืออาจมีการลดยา แต่หากยังคงมีอาการต้องพิจารณาเพิ่มยา

1.6.1.3 ระยะยาว (Maintenance or Prophylaxis) หรือ ระยะลดอาการสงบ ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วส่วนใหญ่ต้องมีการรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิตเนื่องจากการเป็นกลับซ้ำให้อาการที่ผู้ป่วยหายระยะนี้วางแผนค่อนข้างๆ ปรับลดยาที่รักษาอาการร่วมลง เมื่ออาการร่วมเหล่านั้นไม่มีแล้ว สิ่งที่ควรพิจารณาในการรักษาระยะยาวมีหลายปัจจัยทั้ง การดำเนินโรคว่ามีการป่วยด้วยระยะซึมเศร้าหรือคลุ้มคลั่งมากกว่ากัน ความรุนแรงของอาการป่วย การมีอาการโรคจิตร่วมด้วย จำนวนครั้งของการป่วยที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วย ความสามารถในการทนต่อยา (Tolerability) ในระยะยาวของผู้ป่วยส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา (Compliance) ในระยะยาว และความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยมีหลักการทั่วไปในการใช้ยา เพื่อสร้างให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่าง

ต่อเนื่องควรรักษาที่ผู้ป่วยสามารถทนต่อยาได้ ใช้นาน้อยชนิดที่สุด รักษาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาโดยเร็วและเต็มที่

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่มีความซับซ้อนเรื้อรังการกลับเป็นซ้ำสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง การรักษาในปัจจุบันเปลี่ยนจากการเน้นที่การรักษาระยะเฉียบพลัน เป็นการรักษาระยะยาว หลักในการรักษาในระยะยาวนอกจากจะพิจารณาเลือกยาที่มีประสิทธิภาพแล้วยังต้องพิจารณาถึงปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการพยากรณ์โรครวมถึงการใช้การรักษาทางจิตสังคมควบคู่ไปด้วย ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะพบผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการมากที่สุดในระยะยาวหรือระยะลดอาการสงบ (ธวัชชัย ลีพนานาจ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2550)

1.6.2 การบำบัดด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy; ECT) มักทำในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่พยายามทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดประสาทหลอน (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2554) และยังสามารถใช้รักษาผู้ป่วยอารมณ์คลุ้มคลั่ง โดยเฉพาะรายที่มีอาการรุนแรง รักษายาก และมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อ Anti manic drugs (เบญจลักษณ์ มณีทอง, 2551)

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

1.7 ผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

เนื่องจากโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่รุนแรง ผู้ป่วยเป็นซ้ำได้หลายครั้งตลอดชีวิต อีกทั้งเป็นโรคที่พบอาการหลงเหลือ และทุพพลภาพได้บ่อย ความสูญเสียและผลกระทบจากโรคนี้อาจมีได้ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และระบบเศรษฐกิจ

1.7.1 ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงเป็น 2-3 เท่าของประชากรทั่วไป ประมาณร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย และประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยเคยพยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต การฆ่าตัวตายเป็นที่พบบ่อยในขณะที่ยังอยู่ในช่วงภาวะซึมเศร้า หรือ Mixed episode (Muller-Oerlinghausen, Berghofer & Bauer, 2002) ในช่วงภาวะคลุ้มคลั่ง ผู้ป่วยอาจมีการตัดสินใจและพฤติกรรมไม่เหมาะสมจากภาวะอารมณ์จนเป็นผลเสียต่อตัวผู้ป่วย เช่น การใช้ยาฆ่าฟันเพื่อลงโทษ

โดยไม่คิดรอบคอบ ทะเลาะวิวาท หรือมีพฤติกรรมล่าส่อนทางเพศ ยังพบอัตราการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ร้อยละ 60 (Frye et al, 2003)

1.7.2 ผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มักพบว่ามี ความพิการทางจิตสังคม (Psychosocial morbidity) ที่กระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลรวมทั้งคู่สมรส และการดูแลครอบครัว โดยผู้ป่วยจะมีอัตราการหย่าร้างสูงเป็น 2-3 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะรู้สึกถึงภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท แม้นุ้บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะเห็นว่าภาระในการดูแลไม่แตกต่างกัน (Mueser et al, 1996) ส่งผลกระทบต่อครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลจากการศึกษาพบว่าผู้ดูแล ร้อยละ 89 เกิดความเครียดและรู้สึกยากลำบากในการดูแลและจัดการกับอาการของผู้ป่วย (เครีอวัลย์ ทรัพย์เจริญ, 2542)

1.7.3 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) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประมาณร้อยละ 30-60 อาจไม่สามารถกลับไปปฏิบัติทางสังคมหรือการทำงานแม้อาการจะหมดไป (Charles, 2005)

1.7.4 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ จากการประเมินภาระต้นทุนของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศสหรัฐอเมริกา ของปีค.ศ. 1991 โดยคำนวณจากความชุกชั่วชีวิตในประชากรร้อยละ 1.3 มีมูลค่าถึง 45,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ โดยเป็นภาระต้นทุนโดยตรงทั้งรักษาพยาบาลและไม่ใช้ค่ารักษา 7,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ คิดเป็นร้อยละ 15.55 และมีภาระต้นทุนทางอ้อม 38,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ซึ่งในจำนวนนี้ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นต้นทุนจากการจากการสูญเสียรายได้จากการทำงาน (Wyatt & Henter, 1995) และจากการศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนการรักษาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศไทย พบว่าต้นทุนประสิทธิผลการรักษาผู้ป่วยให้ได้ผล 1 ราย ต้องมีต้นทุนถึงประมาณ 72,000 ถึง 82,000 บาทต่อปี (ชวิชัย ลิขิตานาจ, สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์ และธรรณชัย คงสกันธ์, 2545)

2. แนวคิดเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการ

2.1 ความหมายความรุนแรงของอาการ

Elizabeth (2003) กล่าวว่า ความรุนแรงของอาการ คือ ข้อบ่งชี้ของโรคหรือความผิดปกติ

Dennehy (2004) กล่าวว่า ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะซึมเศร้าและระยะคลุ้มคลั่ง

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

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

ดังนั้น ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่ไม่พึงประสงค์ทางด้านสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่มากเกินกว่าปกติ โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเมินได้จากระดับความมากขึ้นของอาการทั้งในระยะซึมเศร้าและระยะคลุ้มคลั่ง

2.2 การแบ่งระดับความรุนแรงของอาการโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แบ่งระดับความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่งและซึมเศร้า ออกเป็น 3 ระดับ ขึ้นอยู่กับระดับความสามารถของการทำงานของผู้ป่วย คือ น้อย ปานกลาง มาก (สุชาติ พหลภคย์, 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 ลักษณะอาการแสดงที่สำคัญทางคลินิกของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) เป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorder) ในระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSM-IV-TR ได้ให้ความหมายของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วว่า หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด คือ มีความร่าเริง ความคิดและการแสดงอารมณ์ที่มากผิดปกติอย่างน้อยหนึ่งครั้งหรือมากกว่า โดยอาจมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ โดยมีอาการแสดง ดังนี้

2.3.1 Major depressive episode

ผู้ป่วย Major depressive episode จะมีอาการสำคัญ คือ เศร้า ไม่สนใจไปยดี (Loss of interest) ไม่ร่าเริงไม่รู้สึกสนุกสนาน (Lose of pleasure) รู้สึกสิ้นหวัง (Hopelessness) รู้สึกไร้ค่า (Worthlessness) มีอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ทำงานเสร็จยาก (Difficult to finishing tasks) ขาดแรงจูงใจที่จะเริ่มงานใหม่ๆ การเรียนและการงานถูกระทบกระเทือน การทำกิจวัตรประจำวัน ผิดปกติ เช่น การนอนหลับผิดปกติ ตื่นนอนแต่เช้ามีด ตื่นบ่อย ไม่อยากอาหาร น้ำหนักตัวลด หรือ บางรายกลับอยากอาหาร ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ระบุผิดปกติ ความต้องการทางเพศลดลง อาการผิดปกติทางความคิด เช่น ไม่มีสมาธิ (ธวัชชัย ลีพพานาจ และสรยุทธ วาสิกันานนท์, 2549)

2.3.2 Manic episode

ผู้ป่วยอารมณ์คลุ้มคลั่ง จะมีอารมณ์ร่าเริง (Elevate) เบิกบานใจ (Expansive) หรือ หงุดหงิด (Irritable) เป็นอาการสำคัญ มักจะแสดงพฤติกรรมที่เกิดจากการยับยั้งชั่งใจไม่ได้ เช่น ดื่มสุรามากๆ เล่นการพนัน เปลื้องผ้าในที่สาธารณะ แต่งตัวด้วยสีฉูดฉาดที่บุคคลทั่วไปไม่นิยม บางรายอาจจะถดถอยวัยอย่างมากถึงกับเล่นปัสสาวะและอุจจาระของตนเอง มักจะมีความคิดหมกมุ่นกับเรื่องศาสนา ปรัชญา การเมือง ทางเพศ หรือมีความคิดว่าจะถูกทำร้าย (Persecutory) การหมกมุ่นในเรื่องใดเรื่องหนึ่งมากๆจะนำไปสู่อาการหลงผิดในเรื่องนั้นๆ ผู้ป่วยอาจจะมีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีปัญหาทางการเรียน เศรษฐกิจ มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม (Montgomery & Cassano, 1996)

2.3.3 Hypomanic episode

ภาวะ Hypomania เป็นอารมณ์คลุ้มคลั่ง ที่ความรุนแรงไม่ถึงขั้นเสียหายมากนัก (Disruptive) และไม่มีอาการของโรคจิต ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกมีความสุขมากผิดปกติ บางคนอาจจะปฏิเสธความจริง อาจมีอาการหงุดหงิด Hypomania จะไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่มากนัก ยกเว้นในรายที่มีอาการหงุดหงิดมากๆ เป็นเวลานานอาจกระทบหน้าที่การทำงานและหน้าที่ทางสังคมได้ (Akiskal, 2003)

2.3.4 Mixed episode

ภาวะ Mixed episode อาจเรียกว่า Mixed mania หรือ Dysphoric mania ผู้ป่วยจะมี

อาการ Dysphorically excited moods คือมีทั้งอาการอารมณ์คลุ้มคลั่ง และอารมณ์เศร้าเต็มรูปแบบ อยู่ใน Episode เดียวกัน ผู้ป่วยจะมีอาการหงุดหงิด โกรธ ตื่นตระหนก พุดเร็วมาก กระวนกระวาย มีความคิดฆ่าตัวตาย นอนไม่หลับ คิดว่าตนเองมีความสำคัญ มีความต้องการทางเพศมาก อาจมีอาการ สับสน อาการหลงผิดชนิดหวาดระแวง (Cassidy, 2000)

2.3.5 Bipolar I disorder

Bipolar I disorder เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่ผู้ป่วยเคยป่วยด้วย Manic episode หรือ Mixed episode มักจะเป็นในช่วงวัยรุ่นถึงอายุ 40 ปี Episode แรกของ Bipolar I disorder อาจกลายเป็น Manic, Mixed หรือ Depressive episode ที่พบมาคือเริ่มป่วยด้วยอาการ ซึมเศร้า เชื่องช้า หรือนอนนานมากๆ นอนนานเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน จากนั้นจะกลายเป็น Manic episode อาการคลุ้มคลั่ง ชนิดที่มีอาการคล้ายโรคจิตเภทร่วมด้วย (Perugi et al., 2000)

2.3.6 Bipolar II disorder

Bipolar II disorder เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่ผู้ป่วยทั้ง Major depressive episode และ Hypomanic episode ผู้ป่วยจะป่วยทั้งสองชนิดเป็นแล้วเป็นอีก และเป็น Major depressive episode ป่วยกว่า Hypomanic episode เมื่อเทียบกับ Bipolar I disorder ลักษณะความเป็นสองขั้ว (Bipolarity) อ่อนกว่า ความชุกของ bipolar II disorder มีมากกว่า Bipolar I disorder การดำเนินโรคไม่เสถียร ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใน Bipolar II disorder จะมีลักษณะ Depressive mixed state คือ มีความคิดเร็วมากจนควบคุมไม่ได้ มีแรงขับ ความวุ่นวายในเรื่องเพศ เพิ่มขึ้น (Akiskal et al., 2000; Judd et al., 2003)

2.3.7 Cyclothymic disorder

เป็น Bipolar disorder ที่มีความรุนแรงน้อย มักจะค่อยๆเป็นก่อนอายุ 21 ปี ตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR cyclothymic disorder จะเป็นการป่วยด้วยอารมณ์ซึมเศร้าแบบ Subsyndromal และการป่วยด้วย Hypomania โดยการป่วยแต่ละอย่างจะเป็นวงล้อแบบสั้นๆ การดำเนินโรคอาจเป็นต่อเนื่องหรือเป็นแบบ Episode ความเครียดไม่รุนแรงก็สามารถทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (Lability) และอาจเปลี่ยนแปลงได้อย่างสุดขีด อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงใน Cyclothymia มีสภาพเป็น Endoreaction หมายความว่าอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงเกิดจากชีวภาพในร่างกายมีปฏิกิริยามากเกินไป (Endogenous over reactivity) ทำให้เกิดพฤติกรรมรักเร็วเลิกเร็ว อารมณ์ที่สลับไปมาทำให้ชีวิตของผู้ป่วยสับสนอลหม่าน (Chaos) ขัดแย้งกับบุคคลอื่น สำสอนทางเพศ ชีวิตสมรสล้มเหลว ผลการเรียนและการทำงานมักจะไม่มีเสมอ

ต้นเสมอปลาย มักจะหิบบโหยง ผู้ป่วยอาจจะเก่งในหลายๆเรื่อง แต่ก็ไม่มีเรื่องใดนำไปสู่ความสำเร็จ รังกาย เบื่อง่าย ย้ายถิ่นฐานบ่อย ย้ายที่ทำงานบ่อย ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 50 จะมีการเสพยาเสพติด (Signoretta et al., 2005)

2.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

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

2.4.1 ปัจจัยด้านของครอบครัว

2.4.1.1 ปัจจัยด้านการแสดงออกทางอารมณ์

การแสดงออกทางอารมณ์ที่มีการแสดงออกอย่างก้าวร้าว การวิพากษ์วิจารณ์และความไม่เป็นมิตรของสมาชิกในครอบครัว การแสดงออกเหล่านี้มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของอาการในโรคอารมณ์แปรปรวน (Miklowitz, 2000) การแสดงออกทางอารมณ์หากเกิดจากบิดามารดาจะรุนแรงกว่ามากกว่าคู่สามีภรรยา (Miklowitz, 2008) และในผู้ป่วยวัยรุ่นหากไม่ได้รับความอบอุ่นจากมารดาจะเป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ (Geller et al., 2002) สมาชิกในครอบครัวแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมอาจกระทำโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว เช่น ผ่านทางยีน หรือผ่านทางสภาพแวดล้อมการเลี้ยงดูที่ไม่ดี บิดามารดาที่เข้มงวด มักชอบกล่าวโทษ และแสดงความโกรธต่อผู้ป่วย จากการทำ meta-analysis ถึงผลที่แสดงต่อกันภายในครอบครัวกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันอย่างรุนแรงมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 ในขณะที่ผู้ป่วยที่อาศัยในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันไม่รุนแรง (Low EE) มีการกลับเป็นซ้ำเพียงร้อยละ 31 (Butzlaff & Hooley, 1998)

2.4.1.2 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

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

2.4.2 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

2.4.2.1 ปัจจัยจากเหตุการณ์ชีวิตในด้านลบ

เหตุการณ์ชีวิตในด้านลบที่ไม่มีที่พึ่ง โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่ถูกกระตุ้นโดยตัวผู้ป่วยเองจะเพิ่มความเสี่ยงที่ในการกำเริบของโรคให้รุนแรงขึ้น และหายจากช่วงการเจ็บป่วยช้าลง เหตุการณ์รุนแรงในชีวิต เช่น สูญเสียสมาชิกในครอบครัว หรือสูญเสียเพื่อนสนิทอย่างฉับพลัน ซึ่งเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต เป็นเหตุการณ์ที่สัมพันธ์กันระหว่างบุคคล จะมีอิทธิพลต่อความรุนแรงของอาการเป็นอย่างยิ่ง เหตุการณ์ชีวิตในด้านลบสิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญในการทำงานสาเหตุความเจ็บป่วยคือการเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย เช่น การแยกกันของคู่สมรส (Hammen, Ellicott & Gitlin, 1992)

2.4.2.2 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ

บุคคลที่ไม่รู้จักการปรับตัว จะให้เกิดอาการรุนแรงของโรคมมากขึ้น ลักษณะของบุคลิกภาพที่มีความต้องการมากเกินไปในการไว้วางใจและความไวต่อความรู้สึก เหตุการณ์สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลจะเป็นตัวทำนายความรุนแรงของอาการได้ (Solomon et al., 1996)

2.4.2.3 ความร่วมมือในการรับประทานยา

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จะได้รับยาที่ทำให้อารมณ์คงที่ (Mood stabilizers) การมีความร่วมมือในการรักษาที่ไม่ดีเนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์ (Adverse reaction) เกิดขึ้นในช่วงครึ่งปีแรกของการรักษา ดังนั้นในช่วงครึ่งปีแรกของการรักษาจะมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำสูง มีความรุนแรงของการเกิดขึ้นได้ง่าย แต่หลังจากนั้นแล้วการรักษาด้วยยาจะให้ผลที่คล้ายคลึงกันทั้งการกลับเป็นซ้ำของโรคและการดีขึ้นของอาการ (Coryell, 1997) การให้ความรู้เรื่องยาจะทำให้ผู้ป่วยผูกติดกับยาที่ใช้ในการรักษา (Medication adherence) ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcome) ดีขึ้น สามารถลดการเกิดความรุนแรงของอาการ ลดจำนวนครั้งของการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล (Perlick, 2004)

2.4.2.4 การจัดการตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ขาดความรู้และการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย เช่น การจัดการกับผลข้างเคียงของยา การตรวจสอบการกำเริบของอาการ การดูแลสุขภาพทั่วไป การมีกิจกรรมในยามว่าง สุขลักษณะการนอน และการดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย (Michalak et al., 2005) และหากผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการดำเนินโรคและปัจจัยกระตุ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจความผิดปกติทางอารมณ์ของตน และสามารถดูแลตนเองได้ดีเพิ่มขึ้น ส่งผลให้สามารถควบคุมอาการคลุ้มคลั่ง และซึมเศร้าได้ (Colom et al., 2003)

2.4.2.5 ความยุ่งยากในการแก้ไขปัญหา

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

2.5 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การประเมินการเปลี่ยนแปลงของอาการและการตอบสนองต่อการรักษา มีการใช้เครื่องมือวัดประเมินแบบต่างๆ ที่นำมาใช้ในโรคนี้นี้ เนื่องจากลักษณะของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีสองกลุ่มอาการ คือ อาการคลุ้มคลั่ง และอาการซึมเศร้า จึงมีกลุ่มเครื่องมือในการวัดอาการเป็น 2 กลุ่มอาการ ดังนี้

2.5.1 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการคลุ้มคลั่ง

1) Young Mania Rating Scale (YMRS) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดย Young และคณะ ในปี ค.ศ. 1978 ออกแบบมาเพื่อวัดความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่ง คูผลการเปลี่ยนแปลงต่อการรักษา และสามารถใช้ในการประเมินการกลับเป็นซ้ำ (Recurrent) ของโรค และข้อคำถามจะมีข้อที่เป็นอาการหลักของอาการในโรคนี้นี้ รวมถึงข้อที่วัดความรุนแรงมากและรุนแรงน้อยของโรค ซึ่งแบบสอบถามนี้จะมีข้อคำถาม 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/ผู้รักษาเป็นผู้ตอบตามข้อคำถาม คะแนนรวมมีทั้งหมด 60 คะแนน โดยคะแนนเฉลี่ยของอาการที่เริ่มมีความผิดปกติจะอยู่ที่ 13 คะแนน 20-26 คะแนน จัดเป็นรุนแรงเล็กน้อย 26-38 คะแนน จัดเป็นรุนแรงปานกลาง คะแนนมากกว่า 38 คะแนนจัด เป็นรุนแรงมาก (Kongsakon & Bhatanaprabhabhan, 2005)

2) Thai Young Mania Rating Scale (TMRS) แบบวัดอาการคลุ้มคลั่งของ Young และคณะ (1978) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทยโดย รณชัย คงสกนธ์ และคณะ (2548) ใช้วัดความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่ง ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 คำถาม ได้แก่ 1) อารมณ์ครื้นเครง 2) การเพิ่มขึ้นของกิจกรรมการเคลื่อนไหว 3) ความสนใจทางเพศ 4) การนอนหลับ 5) ความหงุดหงิด 6) การพูด 7) ภาษาความผิดปกติของความคิด 8) เนื้อหาความคิด 9) พฤติกรรม

ก่อนความวุ่นวายก้าวร้าว 10) ลักษณะภายนอกการแต่งตัว 11) ความเข้าใจตนเอง แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 คำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยผู้ประเมินจะต้องประเมินลักษณะอาการ และความรุนแรงของอาการตามข้อที่ระบุไว้ในแบบวัด แบบสอบถาม YMRS จำนวน 11 ข้อ ผ่านการตรวจสอบ ผลความแม่นยำจากการแปลและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ มีค่า item coefficient > 0.6 และมีค่าความเชื่อถือได้ ของค่า interrater Pearson's correlation = 0.87, Cronbach's alpha coefficient = 0.89 (รณชัย คงสกนธ์ และดาวชมพู พัฒนประภาพันธุ์, 2548)

3) Manic state Rating Scale เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นที่ National Institute of Mental Health ในประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อใช้ในการประเมินผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง โดยสามารถใช้ต่อเนื่องในการติดตามผลการตอบสนองต่อการรักษา แนวทางของแบบประเมินมีดังนี้คือ ผู้ป่วยจะถูกสังเกตพฤติกรรม 26 อย่าง แต่ละพฤติกรรมจะถูกประเมินในแง่ลบของความถี่และความรุนแรงด้วยคะแนนที่จัดไว้ คะแนนในแต่ละพฤติกรรมจะได้จากความสัมพันธ์ของความถี่และความรุนแรง (ธวัชชัย ลิพหานาจ และสรยุทธ วาสิกันานนท์, 2549)

4) Mood Disorders Questionnaire นอกจากแบบประเมินที่ผู้ทำการรักษาเป็นผู้ประเมินนั้น เครื่องมือ Self-report ที่ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินตนเองนั้นจะมีการแนะนำให้ใช้ในทางคลินิกด้วย ตัวอย่างเช่น Mood Disorders Questionnaire หรือ Bipolar Spectrum Diagnostic Scale เป็นต้น (ธวัชชัย ลิพหานาจ และสรยุทธ วาสิกันานนท์, 2549)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัด Thai Young Mania Rating Scale (TYMRS) เนื่องจากแบบวัดนี้การใช้ข้อคำถามมีความกระชับสะดวกต่อการนำไปใช้ และมีความเที่ยงของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับเมื่อนำไปใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2.5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้า

1) Hamiton Rating Scale for Depression (HRSD-17) แบบวัดนี้ได้รับการพัฒนาโดย ศาสตราจารย์ Hamiton จิตแพทย์ชาวอังกฤษ และรายงานในปี ค.ศ. 1960 เป็นแบบวัดที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และติดตามผลการรักษาเนื่องจากมีความแม่นยำ เชื่อถือได้ สามารถจำแนกผู้ที่มีอาการและไม่มีอาการได้ดี รวมทั้งมีความไวในการวัดการเปลี่ยนแปลงอาการนอกจากนี้ยังมีจำนวนข้อไม่มากและใช้เวลาในการประเมินไม่มากนัก (Hamilton, 1960) มาโนช หล่อตระกูล และคณะ ได้พัฒนาแบบวัด Hamiton Rating Scale for Depression เป็นภาษาไทย และได้รายงานทดสอบความเที่ยงและค่าความน่าเชื่อถือได้ของแบบวัดนี้ ว่าค่า Interrater reliability อยู่ในเกณฑ์ดี (Kappa เท่ากับ 0.87) (มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุขนิษฐ์ และจักรกฤษณ์ สุขยั้ง, 2539)

2) Thai Depression Inventory แบบวัดนี้ มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขณิชย์ (2542) ได้ทำการพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย และได้มีการนำมาใช้เมื่อปี 2542 ใช้วัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรฐานค่าแบบเรียงลำดับ (Ordinal rating scale) มีข้อคำถาม 20 ข้อ วัดอาการซึมเศร้า 6 ด้าน ได้แก่ 1) Anxiety 2) Suicide 3) Hypochondriasis 4) Lethargy 5) Social withdrawal 6) Psychomotor retardation

3) Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างมาจากแนวคิดของ 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 coefficient alpha ของทั้งฉบับสูงถึง 0.8048 แสดงว่าโดยรวมแบบประเมินนี้สามารถนำมาใช้วัดภาวะซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี แบบวัดนี้ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม เป็นมาตรฐานค่าแบบเรียงลำดับ 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 และอวยชัย โรจนนิรันทิจ, 2546)

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

5) Center of Epidemiological Study Depression Scale (CES-D) สร้างโดย Radloff โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ Beck, Raskin, Zung และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression scale ซึ่งประกอบด้วยอาการอารมณ์เศร้า 4 กลุ่ม จุดประสงค์เพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ข้อดีของแบบวัดนี้คือ สะดวกต่อการนำไปใช้ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย สะดวกต่อการแปลผล ข้อจำกัด คือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้า

ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อนหรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตหรือเป็นการเจ็บป่วยอย่างอื่น (พรพรรณ สูดใจ, 2552)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัด Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) เนื่องจากข้อคำถามมีจำนวนไม่มาก ค่อนข้างไวต่อระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และมีค่าความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับได้

3. การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

หลักการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ไม่ว่าจะอยู่ในระยะซึมเศร้าหรือคลุ้มคลั่ง แต่เดิมจะมุ่งประเด็นไปที่เรื่องสุขอนามัยและความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้รอบข้างโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน (อรพรรณ ลือบุญวิชชัย, 2554) ดังนี้

3.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Affective) ด้านพฤติกรรม (Behavior) ด้านความคิด (Cognitive) และด้านสรีรวิทยา (Physiological)

3.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

จากข้อมูลประเมินได้ พยาบาลสามารถกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาที่เกิด เพื่อวางแผนการพยาบาล เช่น พฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น สูญเสียหน้าที่จากการทำงาน ขาดความสนใจในการดูแลสุขอนามัย ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ ไม่มีพลังกำลัง แยกตัวจากสังคม ล้มเหลวในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ความบกพร่องในความคิด ความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลง เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ

3.3 การวางแผนการพยาบาล

แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ การวางแผนระยะสั้นและการวางแผนระยะยาว

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

3.3.2 การวางแผนระยะยาว มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เน้นการดำรงชีวิต

ที่เหมาะสมในอนาคต การปรับตัวในครอบครัวและสังคม เช่น การพัฒนาคุณค่าในตนเอง สนับสนุนความสามารถในการทำงาน การเผชิญปัญหา การปรับตัวในครอบครัวและสังคม เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ชีวิตของตนเอง การส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและคุณค่าแห่งตน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่สนับสนุนการบรรลุเป้าหมายและความพึงพอใจของตน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพอนามัย ส่งเสริมการปรับตัวในการอยู่ร่วมกันในครอบครัวอย่างมีความสุข

3.4 การปฏิบัติการพยาบาล มุ่งเน้นการใช้ทักษะทางการพยาบาลจิตเวชอย่างเหมาะสม ดังนี้

3.4.1 การดูแลความปลอดภัย เน้นการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และสะดวกสบาย ให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานที่ที่ปลอดภัย ทั้งตัวผู้ป่วยเองและบุคคลรอบตัว

3.4.2 ใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพเพื่อบำบัด โดยเน้นเทคนิคการยอมรับ ความเข้าใจ การเคารพในศักดิ์ศรีของบุคคล กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

3.4.3 ใช้กระบวนการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อพัฒนาศักยภาพสัมพันธภาพ การปรับตัวอย่างเหมาะสม การเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันและการดำรงชีวิตในสังคม

3.4.4 ใช้เทคนิคการสอนรูปแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

3.4.5 พัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและการฟื้นฟูทักษะการดำรงชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

3.4.6 การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย และครอบครัวเมื่อมีปัญหาภายหลังจำหน่าย

การปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวทุกขั้นตอน พยาบาลต้องใช้เทคนิคและหลักการสื่อสารและสัมพันธภาพเป็นรายบุคคล โดยในระยะแรกจำเป็นต้องเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ การปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตามต้องพิจารณาถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แม้จะกำหนดแผนการพยาบาลไว้อย่างดีแล้ว พยาบาลต้องสังเกต ทบทวน และประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

3.5 การประเมินผล

เป็นการพิจารณาถึงความสำเร็จของการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ดำเนินไปแล้วว่าบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใด

4. การบำบัดที่เน้นครอบครัว Family-Focused Treatment (FFT)

4.1 ความหมายของครอบครัว

ครอบครัวมีความหมายสำหรับแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของครอบครัวไว้ดังนี้

The United States Bureau of the Census (1998) แห่งสหรัฐอเมริกาได้ให้คำนิยามว่า ครอบครัว (family) เป็น “กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันโดยการเกิด การแต่งงานหรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม และอาศัยอยู่ร่วมกัน ลักษณะครัวเรือนที่นอกเหนือไปจากนี้ถือว่าเป็นไม่ใช่ครอบครัว (Poverny & Finch, 1988 อ้างใน อูมาพร ตรังคสมบัติ 2544)

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย (2553) กล่าวว่า ครอบครัว คือ กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด หรือบุคคลที่อยู่รวมในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ เช่น บิดา มารดา พี่น้อง สามิ ภรรยา บุตร มีกรอบของวัฒนธรรม ประเพณีเดียวกัน เป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด และเป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญยิ่ง สถาบันหนึ่งของบุคคล มีความผูกพันกันอย่างแนบแน่น และใกล้ชิดกัน มีความรักซึ่งกันและกัน

คณะอนุกรรมการด้านครอบครัวในคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กกส.) ได้ให้คำนิยามว่า ครอบครัวเป็น “กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต และบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นช้อยกเว้นบางประการจากที่กล่าวมา”

(คณะอนุกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2537; อ้างใน อูมาพร ตรังคสมบัติ 2544)

จากความหมายของครอบครัว สรุปได้ว่า ครอบครัวคือ หน่วยพื้นฐานของสังคมที่เล็กที่สุดที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน มีความผูกพันกันอย่างแนบแน่น และใกล้ชิดกัน มีความรักซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือทางสายโลหิตหรือบุคคลที่อยู่รวมในครัวเรือนเดียวกัน

4.2 องค์ประกอบของ Family-Focused Treatment (FFT)

การทำจิตบำบัดในรูปแบบของ FFT ที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย Goldstein and Miklowitz (1994) ถือเป็นบำบัดเกี่ยวกับครอบครัวที่มีการศึกษามากที่สุด เป็นจิตบำบัดรายบุคคลแบบผู้ป่วยนอกที่มีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมใช้ระยะเวลา 9 เดือน จำนวน 21 ครั้ง ประกอบด้วย 5 ส่วน (Modules) คือ 1) การประเมินครอบครัวเพื่อให้ทราบถึงระดับของการแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed emotion) 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประกอบด้วย อาการนำ อาการเตือน แนวทางการรักษา วิธีการ และทักษะในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย และการมี

ส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลรักษาผู้ป่วย 3) การสร้างเสริมการสื่อสาร (Communication-enhancing training) ทั้งในฐานะผู้พูด และผู้ฟัง โดยฝึกผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวให้ฟัง ลดการกล่าวโทษ ตำนานคติเดียน ฝึกสังเกตสีหน้า ท่าทาง ฝึกการพูดคุยแลกเปลี่ยน ในเชิงบวก พัฒนา การยอมรับผู้อื่นอย่างที่เขาเป็น 4) การฝึกการแก้ปัญหา (Problem-solving training) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับปรุงพัฒนาความรับผิดชอบต่อหน้าที่ตนเอง เช่น สามารถกลับไปเรียน ทำงาน ทำงานบ้าน หรือแม้แต่การดูแลตนเอง 5) สิ้นสุดการรักษา (Termination) (Miklowitz, 2008)

4.3 เป้าหมายการบำบัดของ Family-Focused Treatment (FFT)

เป้าหมายการบำบัด เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวและลดปฏิสัมพันธ์เชิงลบระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว ซึ่งจะลดภาวะเครียดทางจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวช่วยกันแก้ไขปัญหาที่เป็นของสมาชิกคนใดคนหนึ่งหรือช่วยกันแก้ไขปัญหาของครอบครัวโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่แล้ว เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวพัฒนาทักษะที่ดีในการแก้ไขปัญหา (สุชาติ พหลภคย์, 2542) โดยพัฒนาการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น ด้วยการใช้นวัตกรรมหลายๆอย่างผสมกัน ได้แก่ การสื่อสาร (Communication) การแก้ปัญหา (Problem-solving) และการฝึกวิธีการจัดการกับปัญหา (Coping strategies) การให้ psychoeducation และการซักซ้อม การปฏิบัติเมื่อเกิดการกลับเป็นซ้ำ (Relapse rehearsal) (Miklowitz, 2008)

4.4 หลักคิดของ Family-Focused Treatment (FFT)

หลักคิดที่เป็นแกนสำคัญของ FFT ในการรักษาโรคอารมณ์แปรปรวน คือการลดการแสดงออกต่อกันอย่างรุนแรง (High EE) ซึ่งประกอบด้วย การวิพากษ์วิจารณ์ ความไม่เป็นมิตร และเจตคติที่ไม่ดี ของสมาชิกในครอบครัวลง โดยจากการศึกษาวิเคราะห์ แบบ Meta-analysis ของ Butzlaff & Hooley (1998) ถึงผลที่แสดงต่อกันภายในครอบครัวกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันอย่างรุนแรงมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 ในขณะที่ผู้ป่วยที่อาศัยในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันไม่รุนแรง (Low EE) มีการกลับเป็นซ้ำเพียงร้อยละ 31 ซึ่งเห็นได้ว่า FFT เป็นตัวอย่างของการทำจิตบำบัดตามแนวคิด Psychological model ซึ่งมีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์จากผลการศึกษาที่สนับสนุนว่า การที่สมาชิกครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน (Interaction) ด้วยการแสดงอารมณ์ต่อกันในด้านลบ (Negative affective style) และการแสดงออกต่อกันอย่างรุนแรง (High EE) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของอาการที่เพิ่มขึ้น และความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำ (Miklowitz, 2008)

4.5 หลักการสำคัญที่ใช้ในการบำบัดตามแนวคิด Family-Focused Treatment (FFT)

ในการทำ FFT ประเด็นที่จะต้องถูกนำมาพูดคุย คือ 1) การยอมรับการเจ็บป่วยซึ่งหมายรวมถึงโอกาสของการกลับเป็นซ้ำของโรคในอนาคต 2) บทบาทของยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องยาวนาน 3) การให้ญาติ ครอบครัว เข้าใจอาการของโรค 4) ปัจจัยต่างๆที่กระตุ้นการกลับเป็นซ้ำ 5) ความสำคัญและบทบาทของครอบครัวต่อการหายจากอาการเจ็บป่วย กระบวนการเหล่านี้เกิดขึ้นจากการซักถาม เพื่อที่ญาติและครอบครัวจะได้แยกแยะและย้อนนึกถึงความแตกต่างของผู้ป่วยในสภาวะก่อนป่วยและหลังป่วย ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวได้เห็นถึงความยากลำบากของผู้ป่วยในการต้องเผชิญและต่อสู้กับความเจ็บป่วยด้วย ดังนั้นหากผู้ป่วยสามารถพัฒนาและปรับเปลี่ยนตนเองให้กลับมาสู่ภาวะเดิม (เช่น การไปทำงาน เรียนหนังสือ ทำงานบ้าน เป็นต้น) ครอบครัวจึงควรชื่นชมศักยภาพของผู้ป่วยอย่างแท้จริง (Miklowitz, 2008)

4.6 ทักษะพื้นฐานของ Family-Focused Treatment (FFT)

การสื่อสารเป็นทักษะพื้นฐานที่สำคัญของ FFT ประกอบด้วย การตั้งใจฟัง การตอบสนองเชิงบวก และการชักชวนในเชิงบวก เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจ ผู้บำบัดจะเป็นผู้นำเสนอการแก้ปัญหาด้วยการใช้ structured role-playing โดยให้สมาชิกในครอบครัว 2 คน นั่งเผชิญหน้ากัน สบตา ทบทวนประโยคของแต่ละฝ่ายถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนถูกต้อง แลกเปลี่ยนคำพูดเชิงบวก ซึ่งผลจากการรักษาด้วย FFT พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสามารถแสดงความคิดเห็น พูดคุยมากขึ้น มั่นใจ และภูมิใจในตนเองมากขึ้น การบำบัดด้วย FFT นี้ผู้ป่วยและครอบครัวจะเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา โดยผู้บำบัดอาจนำปัญหาที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์ มองหาสาเหตุความน่าจะเป็นอื่น โดยการมองต่างมุมจากเดิมที่ครอบครัวและญาติเคยมองไว้ แล้วเลือกแนวทางการแก้ปัญหาอื่นๆ เพิ่มเติม ในบางครั้งผู้บำบัดอาจจะให้ครอบครัวกลับไปไตร่ตรองแนวทางการแก้ปัญหาเป็นการบ้านแล้วนำกลับมาเสนอในการพบกับผู้บำบัดในครั้งต่อไป (Miklowitz, 2008)

5. โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว

ความรุนแรงของอาการเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อการทำงานหน้าที่ของผู้ป่วยโดยพบว่า ร้อยละ 74 ของผู้ป่วยในระยะซึมเศร้า และร้อยละ 50.9 ของผู้ป่วยในระยะคลุ้มคลั่ง มีการสูญเสียการทำงานหน้าที่ในระดับที่รุนแรง (Science daily, 2011) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประเทศไทยจากการศึกษาของ โสธดา สุรเทวนิมิตร์ (2553) พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการทำหน้าที่อยู่ในระดับบกพร่อง คิดเป็นร้อยละ 60.61 นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแล ดังจะเห็น

ได้จากการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 89 เกิดความเครียดและรู้สึกยากลำบากในการดูแลและจัดการกับอาการของผู้ป่วย (เครีอวัลย์ ทรัพย์เจริญ, 2542) ผลกระทบที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ทำให้ผู้ป่วยต้องขาดงาน ลางาน หรือตกงานได้ อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประมาณร้อยละ 30-60 ไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติในสังคมหรือการทำงานได้ แม้ว่าจะได้รับการรักษาจนอาการหมดไปแล้ว (Charles, 2005; Sajatovic, 2005) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 3 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านการขาดความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ทักษะในการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรับประทานยา ของผู้ป่วยและครอบครัว (Miklowitz, 2008) 2) ปัจจัยด้านการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว (Butzlaff & Hooley, 1998) และ 3) ปัจจัยด้านการขาดทักษะการแก้ไขปัญหา (Miklowitz, 2008) ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะนำรูปแบบการบำบัดที่เน้นครอบครัว ประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) การสื่อสาร (Communication) และการแก้ปัญหา (Problem-solving) ซึ่งการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเนื้อหาการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดของ Miklowitz et.al. (2000)

ซึ่งตามการศึกษาเดิมของ Miklowitz et al. (2000) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย 21 กิจกรรม ครั้งละ 50 นาที (จัดกิจกรรม ทุกสัปดาห์ๆละครั้ง จำนวน 12 กิจกรรม, ต่อมาจัดทุก 2 สัปดาห์จำนวน 6 กิจกรรม และจัดกิจกรรมเดือนละครั้ง จำนวน 3 กิจกรรม) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมติดต่อกัน 9 เดือน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

เริ่มกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษา 7-10 กิจกรรม ประกอบด้วย 21 หัวข้อ ดังนี้ 1) แนะนำการบำบัดที่เน้นครอบครัว 2) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 3) สาเหตุการเกิดโรคและปัจจัยกระตุ้น 4) อาการคลุ้มคลั่ง และ hypomania 5) อาการ ซึมเศร้า และ Mix episode 6) การดำเนินโรคและผลลัพธ์ทางคลินิก 7) การรักษาด้วยยา Mood stabilizer 8) การรักษาด้วยยา Antimanic agents 9) การรักษาด้วยยา Antidepressants 10) ระดับยาในเลือด (Lithium, Carbamazepine, and Valproate) 11) การตั้งครรภ์และการถ่ายทอดทางพันธุกรรม 12) การรักษาด้วยยากับทางเลือกอื่นในการรักษา 13) ความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการหยุดยา 14) ให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยาอื่นร่วมด้วย 15) อาการเตือนคลุ้มคลั่ง และ Hypomania 16) อาการเตือนซึมเศร้า และ mix episode 17) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 18) แบบแผนการใช้ชีวิตประจำวัน 19) เทคนิคคลายเครียด 20) เทคนิคในการแก้ปัญหา 21) สรุป

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาทักษะการสื่อสารในครอบครัว

เริ่มดำเนินการที่กิจกรรมครั้งที่ 8 ต่อเนื่องไป 7-10 กิจกรรม เป็นการจำลองพฤติกรรมและฝึกซ้อมการสื่อสารที่ชัดเจนและถูกต้อง ในการสื่อสารเชิงบวกและเชิงลบ ฝึกการเป็นผู้พูดและผู้ฟัง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจของสมาชิกในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา

ดำเนินการในช่วง 4-5 กิจกรรมสุดท้าย เป็นการรวบรวมปัญหาที่ครอบครัวสนใจที่จะแก้ไข เริ่มด้วยการค้นหาปัญหา รวบรวมความคิดของสมาชิกในครอบครัวในการแก้ไขปัญหา ประเมินข้อดีข้อเสียในการแก้ไขปัญหา ขอมรับการแก้ไขปัญหานั้นที่เลือก พัฒนาและวางแผนการแก้ไขปัญหา และทบทวนปัญหาเริ่มปัญหาเริ่มต้น หัวข้อของปัญหานั้นต้องไม่กระทบกระเทือนรุนแรงกับอารมณ์ของทุกคนในครอบครัว

จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและแนวคิดของ Miklowitz et al. (2000) ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว โดยใช้รูปแบบ Family Focused Treatment (FFT) ใช้เป็นแนวคิดหลักแต่ได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหา กิจกรรมในแต่ละขั้นตอน การปรับปรุงโปรแกรมคือ ตัดเนื้อหาการตั้งครรภ์และการถ่ายทอดทางพันธุกรรมออกเนื่องจากเป็นเนื้อหาที่มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง และปรับปรุงเนื้อหาให้มีความกระชับขึ้น ซึ่งเนื้อหาของกิจกรรมมีความซับซ้อนมากขึ้นไปอาจส่งผลให้ผู้ป่วยสับสน และจัดกลุ่มเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกันไว้รวมกัน ลดเวลาในโปรแกรมลงจาก 9 เดือน 21 กิจกรรม เหลือเพียง 6 สัปดาห์ 6 กิจกรรม และปรับการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งเพิ่มขึ้นจาก 50 นาทีเป็น 90 นาที โดยเนื้อหายังครอบคลุมทั้ง 3 ขั้นตอน ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประยุกต์โปรแกรมการศึกษาของ Miklowitz มาเป็น โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ขั้นตอน	กิจกรรมเดิมของ Miklowitz	กิจกรรมในโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
ขั้นตอนที่ 1 ให้ สุขภาพจิต ศึกษาเรื่องโรค อารมณ์ แปรปรวนสอง ขั้ว	จำนวน 7-10 กิจกรรม ประกอบด้วย 21 หัวข้อ ดังนี้ 1) แนะนำการบำบัดที่เน้น ครอบครัว 2) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 3) สาเหตุการเกิดโรคและปัจจัย กระตุ้น 4) อาการคลุ้มคลั่ง และ hypomania 5) อาการ ซึมเศร้า และ Mix episode 6) การดำเนิน โรคและผลลัพธ์ ทางคลินิก 7) การรักษาด้วยยา Mood stabilizer 8) การรักษาด้วยยา Antimanic agents 9) การรักษาด้วยยา Antidepressants 10) รับประทานลิเทียม (Lithium, Carbamazepine, and Valproate) 11) การตั้งครรภ์และการ ถ่ายทอดทางพันธุกรรม 12) การรักษาด้วยยากับ ทางเลือกอื่นในการรักษา	จำนวน 2 กิจกรรม คือกิจกรรมที่ 1 และ กิจกรรมที่ 2 ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และครอบครัว และให้ความรู้เรื่องโรค อาการ อาการเตือน ปัจจัยกระตุ้น และการ ดูแลตนเอง ผู้วิจัยได้รวบรวมเนื้อหาการให้ สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปของ โรคเข้าไว้ด้วยกันเป็นกิจกรรมเดียว (หัวข้อ ที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 15, 16, 17 และ 18) และ เพิ่มการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง ด้านต่างๆ และการวางแผนการใช้ชีวิต เพื่อให้เกิดความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และ ตัดเนื้อหาการตั้งครรภ์และการถ่ายทอดทาง พันธุกรรมออก(หัวข้อที่ 11) เนื่องจากเป็น เนื้อหาที่มีความเกี่ยวข้องน้อยกว่ากับกลุ่ม ตัวอย่าง ซึ่งเนื้อหาของกิจกรรมมีความ ซับซ้อนมากเกินไปอาจส่งผลให้ผู้ป่วย สับสน และปรับเปลี่ยน เทคนิคคลาย เครียด (หัวข้อที่ 19) และเทคนิคในการ แก้ปัญหา (หัวข้อที่ 20) ไปไว้ในขั้นตอนที่ 3 เพื่อความกระชับและต่อเนื่องในการ ดำเนินกิจกรรม สรุปคือเพื่อให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวตระหนักรู้และยอมรับความ เจ็บป่วย สามารถควบคุมความรุนแรงของ อาการทั้งอาการซึมเศร้าและอาการคลุ้ม คลั่งได้

ขั้นตอน	กิจกรรมเดิมของ Miklowitz	กิจกรรมในโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
	<p>13) ความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการหยุดยา</p> <p>14) ให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยาอื่นร่วมด้วย</p> <p>15) อาการเตือนคลุ้มคลั่ง และ Hypomania</p> <p>16) อาการเตือนซึมเศร้า และ mix episode</p> <p>17) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ</p> <p>18) แบบแผนการใช้ชีวิตประจำวัน</p> <p>19) เทคนิคคลายเครียด</p> <p>20) เทคนิคในการแก้ปัญหา</p> <p>21) สรุปรูป</p>	<p>กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยา การสังเกตและจัดการกับผลข้างเคียง และการส่งเสริมความร่วมมือ ในการรักษา</p> <p>ผู้วิจัยได้รวบรวมเนื้อหาการรักษาด้วยยาทั้งหมดรวมกัน (หัวข้อที่ 7, 8, 9, 10, 12 และ 14) โดยให้ความรู้ในเรื่องของยาหลักที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบบทบาทของยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องยาวนาน และสามารถใช้งานได้ อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ส่งผลเกิดให้เข้าใจในการรักษา และสามารถควบคุม ความรุนแรงของอาการทั้งอาการซึมเศร้า และอาการคลุ้มคลั่ง</p>
<p>ขั้นตอนที่ 2</p> <p>พัฒนาทักษะ</p> <p>การสื่อสารใน</p> <p>ครอบครัว</p>	<p>จำนวน 7-10 กิจกรรม คือ</p> <p>เป็นการจำลองพฤติกรรมและฝึกซ้อมการสื่อสารที่ชัดเจน และถูกต้อง ในการสื่อสารเชิงบวกและเชิงลบ ฝึกการเป็นผู้พูด และ ผู้ฟัง และ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจของสมาชิกในครอบครัว</p>	<p>จำนวน 2 กิจกรรม คือกิจกรรมที่ 3 และกิจกรรมที่ 4 ดังนี้</p> <p>กิจกรรมที่ 3 ประเมินการแสดงอารมณ์ในครอบครัว ฝึกทักษะการแก้ไขปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ฝึกการสื่อสารที่ชัดเจน และการขอให้ปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจ</p> <p>ผู้วิจัยได้รวบรวมทักษะ การสื่อสาร เพื่อให้เกิดความกระชับในกิจกรรมนี้เน้น การสื่อสารที่ชัดเจน และการปรับ พฤติกรรมการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว และลดการแสดงออกทาง</p>

ขั้นตอน	กิจกรรมเดิมของ Miklowitz	กิจกรรมในโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
		<p>อารมณ์ของครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้อาการคลุ้มคลั่งลดลง</p> <p>กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการฟังการพูดคุย แลกเปลี่ยนเชิงบวกและพัฒนาการยอมรับผู้อื่น</p> <p>ผู้วิจัยได้รวบรวมทักษะการสื่อสาร เพื่อให้เกิดความกระชับในกิจกรรมนี้เน้นการฝึกทักษะการสื่อสารในเชิงบวก เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว ส่งเสริมให้ครอบครัว เห็นความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย และลดจากความรุนแรงของอาการ โดยเฉพาะอาการคลุ้มคลั่ง</p>
<p>ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาทักษะ การแก้ไข ปัญหา</p>	<p>จำนวน 4-5 กิจกรรม คือ</p> <p>เป็นการรวบรวมปัญหาที่ครอบครัวสนใจที่จะแก้ไข เริ่มด้วยการค้นหาปัญหา รวบรวมความคิดของสมาชิกในครอบครัวในการแก้ไขปัญหา ประเมินข้อดีข้อเสียในการแก้ไขปัญหา ยอมรับการแก้ไขปัญหาที่เลือก พัฒนาและวางแผนการแก้ไขปัญหา และทบทวนปัญหาเริ่มปัญหา เริ่มต้น หัวข้อของปัญหานั้น ต้องไม่กระทบกระเทือน</p>	<p>จำนวน 2 กิจกรรม คือกิจกรรมที่ 5 และกิจกรรมที่ 6 ดังนี้</p> <p>กิจกรรมที่ 5 ฝึกเทคนิคการจัดการความเครียด ใช้อารมณ์ขันให้เป็นประโยชน์</p> <p>ได้นำการให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการความเครียดและการสร้างกำลังใจให้กับครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถรู้เท่าทันความเครียดของตนเองและจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ลดความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่งและซึมเศร้าได้</p>

ขั้นตอน	กิจกรรมเดิมของ Miklowitz	กิจกรรมในโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
	รุนแรงกับอารมณ์ของทุกคน ในครอบครัว	กิจกรรมที่ 6 พัฒนาทักษะการค้นหาปัญหา และการหาแนวทางแก้ไขปัญหา สรุป กิจกรรมในภาพรวมและยุติการทำกลุ่ม ผู้วิจัยได้ให้ความรู้และรวบรวมทักษะ การแก้ไขปัญหามาให้ผู้ป่วยและญาติสามารถ จัดการกับปัญหาได้ ซึ่งรวมถึงสามารถ จัดการกับความรุนแรงของอาการได้ทั้ง อาการคลุ้มคลั่งและอาการซึมเศร้า
ระยะ ดำเนินการ ทั้งหมด	9 เดือน 21 ครั้ง	6 สัปดาห์ 6 ครั้ง
ระยะห่างใน การทำแต่ละ กิจกรรม	- จัดกิจกรรม ทุกสัปดาห์ๆ ละ ครั้ง จำนวน 12 กิจกรรม - ต่อมาจัดทุก 2 สัปดาห์จำนวน 6 กิจกรรม - และจัดกิจกรรมเดือนละครั้ง จำนวน 3 กิจกรรม	สัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์
ระยะเวลาแต่ ละกิจกรรม	ครั้งละ 50 นาที	ครั้งละ 90 นาที

ดังนั้นในโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใหม่นี้ เนื้อหาในโปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม
จำแนกเป็นขั้นตอนหลักๆ 3 ขั้นตอน คือ 1) การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) 2) การ
พัฒนาทักษะการสื่อสาร (Communication) และ 3) การแก้ปัญหา (Problem-solving) แบ่งการ
ดำเนินกิจกรรมกลุ่มออกเป็น 4 กลุ่มๆ ละ 10-12 คน (ประกอบด้วย 5-6 ครอบครัวๆ ละ 2 คน คือ
ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก) จำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยเน้นให้
ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระ มี
รายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่1 ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว และให้ความรู้เรื่องโรค อาการ อาการเตือน ปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเอง ในกิจกรรมนี้ประกอบไปด้วย ให้ความรู้เรื่องโรค อาการ อาการเตือน ปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเอง ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยตามความเป็นจริง เกิดการยอมรับการเจ็บป่วย เกิดความตระหนัก และกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร เพิ่มความสามารถ สมรรถนะในการจัดการตนเอง เกิดความมั่นใจทางเลือกที่จะจัดการกับตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดี อธิบายให้ครอบครัว เข้าใจอาการเจ็บป่วย ของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ครอบครัว มีความพร้อม ในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สอดคล้องกับ Yamashita (1996) ที่เชื่อว่าโปรแกรม ให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว (psychoeducation programs) จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลของผู้ป่วยได้ และทำให้ครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษา ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่งและซึมเศร้าให้ดีขึ้น (Colom et al., 2003)

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยา การสังเกตและจัดการกับผลข้างเคียง การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา (Coryell, 1997) ในกิจกรรมนี้ประกอบไปด้วย ดำเนินการให้ ความรู้เรื่องยา (Perlick, 2004) แนวทางการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ฝึกทักษะ การจัดการด้วยตนเองโดยมีครอบครัวดูแลช่วยเหลือ และอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการ รับประทานยาต่อความรุนแรงของอาการ ซึ่งให้เห็นถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ใน กิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการจัดการกับปัญหาต่างๆ เมื่อเกิดจากผลข้างเคียงจากยาผู้ป่วยจะเกิดความรู้ความเข้าใจ และช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการ รักษา ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการทั้งอาการคลุ้มคลั่งและอาการซึมเศร้าให้ดีขึ้น (Miklowitz, 2008)

ขั้นตอนที่2 พัฒนาทักษะการสื่อสารในครอบครัว

กิจกรรมที่ 3 ประเมินการแสดงอารมณ์ในครอบครัว ฝึกทักษะการแก้ไขปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม และการขอให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจ ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วย และครอบครัวจะได้รับการสื่อสารที่เหมาะสม และฝึกครอบครัวและผู้ป่วยใช้การสื่อสาร อย่างเปิดเผยทั้งในฐานะผู้พูด และผู้ฟัง โดยฝึกผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวให้ฟัง ลดการกล่าวโทษ คำหึงหยาบคาย ฝึกสังเกตสีหน้า ท่าทาง ใช้การแสดงบทบาทสมมติและการฝึกซ้อมแสดงย้อนกลับ ฝึกการแก้ไขของครอบครัวโดยสอนการลดความขัดแย้งและมอบหมายการบ้าน การชักชวนในเชิง

บวกให้สมาชิกในครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจ นำเสนอการแก้ปัญหาด้วยการใช้ structured role-playing โดยผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันฝึก พร้อมทั้งอธิบายวิธีการทำการบ้านให้ชัดเจน กิจกรรมนี้ เพื่อให้ครอบครัวได้ฝึกการสื่อสารที่ชัดเจนและฝึกการลดความขัดแย้งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่งและซึมเศร้าให้ดีขึ้น (Kim & Miklowitz, 2004)

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการฟังการพูดคุยแลกเปลี่ยนเชิงบวกและพัฒนาการยอมรับผู้อื่น ในกิจกรรมนี้ประกอบไปด้วยการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการแสดงอารมณ์ในครอบครัว ส่งเสริมและฝึกการตอบสนองเชิงบวก ฝึกด้วยการใช้ structured role-playing โดยผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันฝึก ให้ครอบครัวกลับไปไตร่ตรองแนวทางการแก้ปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์เป็นการบ้านแล้วนำกลับมาเสนอในการพบกับผู้วิจัยในครั้งต่อไป มีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มฝึกการพูดคุยแลกเปลี่ยนในเชิงบวก ลดการแสดงออกต่อกันอย่างรุนแรง (High EE) (Miklowitz, 2008) ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ฝึกการสื่อสารในเชิงบวก ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่ง และซึมเศร้าให้ดีขึ้น (Kim & Miklowitz, 2004)

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาทักษะการจัดการความเครียดและการแก้ไข้ปัญหา

กิจกรรมที่ 5 ฝึกเทคนิคการจัดการความเครียด ใช้อารมณ์ขันให้เป็นประโยชน์ ฝึกวิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ฝึกการผ่อนคลายความเครียดที่ถูกต้อง ในกิจกรรมนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวลดความเครียด ทำให้ครอบครัวมีทักษะในการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และมีแนวทางในการจัดการความเครียด ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่งและซึมเศร้าให้ดีขึ้น (Miklowitz, 2008)

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาทักษะการค้นหาปัญหาและการหาแนวทางแก้ไข้ปัญหา สรุปกิจกรรมในภาพรวมและยุติการทำกลุ่ม ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับการแก้ไข้ปัญหา สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันค้นหาปัญหาและวิธีการจัดการที่เกิดขึ้นและฝึกทักษะการหาแนวทางแก้ไข้ปัญหา ช่วยให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ด้วยตนเอง สอนและฝึกทักษะให้ครอบครัวและผู้ป่วยเผชิญหน้าด้วยเหตุผล กิจกรรมนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดทักษะในการแก้ไข้ปัญหาได้ รวมทั้งเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการทั้งอาการคลุ้มคลั่งและอาการซึมเศร้าให้ดีขึ้น (Miklowitz, 2008)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดที่เห็นครอบครัวในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

Miklowitz et al. (2000) ทำการศึกษาแบบสุ่มเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของ Family Focused Treatment (FFT) ในการรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 101 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับ FFT 21 ครั้ง (N=30) เป็นระยะเวลา 9 เดือน และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับ psychoeducation แก่ครอบครัว 2 ครั้ง (N=71) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับ FFT มีการดีขึ้นอย่างชัดเจนของอาการซึมเศร้าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่อาการคลุ้มคลั่ง ไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้กลุ่ม FFT ยังมีการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าและมีระยะเวลาก่อนที่จะกลับเป็นซ้ำยาวนานกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับ FFT ที่มีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วชัดเจนคือ ผู้ป่วยที่ครอบครัวมีลักษณะการแสดงอารมณ์ต่อกันอย่างรุนแรง (High EE) เมื่อติดตามผลการรักษาต่อไปจนครบ 2 ปี พบว่ากลุ่มที่ได้รับ FFT มีการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 35 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 54 และ กลุ่มที่ได้รับ FFT มีระยะเวลาเป็นปกติ 74 สัปดาห์ นานกว่า กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาเป็นปกติ 53 สัปดาห์ นอกจากนี้กลุ่มที่ได้รับ FFT มีการผูกติดกับการกินยา (Medication adherence) ในระยะเวลา 2 ปีดีกว่ากลุ่มควบคุม

Rea et al. (2003) ทำการศึกษาผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง 53 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มที่ได้รับ Family Focused Treatment (FFT) 21 ครั้ง แบ่งเป็นเวลา 9 เดือน (N=28) กับกลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยการประคับประคอง (Individual support) และการฝึกการแก้ปัญหา (Problem solving) เมื่อครบ 9 เดือน ได้ติดตามผลหลังการบำบัดต่อไป 15 เดือน หลังสิ้นสุดการศึกษาพบว่า ใน 1 ปีแรกอัตราการกลับเป็นซ้ำ ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันคือ กลุ่มที่ได้รับ FFT ร้อยละ 46 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 52 แต่ในปีที่ 2 นั้นมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนคือ กลุ่มที่ได้รับ FFT ร้อยละ 28 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 60 นอกจากนี้กลุ่มที่ได้รับ FFT มีการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน

Morris, Miklowitz, & Waxmonsky (2007) ได้ทำการศึกษาเป็นรายบุคคล พบว่าระดับการแสดงต่อกันภายในครอบครัวที่รุนแรงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ และการรักษาด้วย FFT ซึ่งประกอบไปด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษา ฝึกทักษะการสื่อสาร และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา กระบวนการเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ช่วยลดความรุนแรงของอาการและลดการกลับเป็นซ้ำได้

Miklowitz et al. (2008) ทำการศึกษาแบบสุ่มเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของ Family Focused Treatment (FFT) ในการรักษาผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน

58 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับ FFT 21 ครั้ง (N=30) เป็นระยะเวลา 9 เดือน และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับ Enhanced care 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (N=28) ผลการศึกษาพบว่า จากการติดตามในระยะเวลา 2 ปี ผลการศึกษาไม่แตกต่างกันในเรื่องของการฟื้นตัวของโรค แต่สิ่งที่แตกต่างกันคือ FFT ช่วยให้อาการของภาวะซึมเศร้าดีขึ้นเร็วกว่า Enhanced care

6.2 การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

Butzlaff & Hooley (1998) จากการทำ Meta-analysis ถึงผลที่แสดงต่อกันภายในครอบครัวกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันอย่างรุนแรงมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 ในขณะที่ผู้ป่วยที่อาศัยในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันไม่รุนแรง (Low EE) มีการกลับเป็นซ้ำเพียงร้อยละ 31

Colom et al. (2003) ทำการศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วของประเทศสเปน กลุ่มตัวอย่าง 120 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (N=60) และกลุ่มควบคุม (N=60) หลังการทดลองได้ติดตามผลในระยะเวลา 2 ปี พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาสามารถควบคุมอาการคลุ้มคลั่ง และอาการซึมเศร้าไม่ให้กำเริบ และส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา

Kim & Miklowitz (2004) ได้ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวจะเป็นตัวทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรค และความรุนแรงของอาการศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มที่ได้รับ กลุ่มที่ 1 ได้รับ Family-Focused Psychoeducational Treatment (FFT) หรือ Integrated Family and Individual Treatment (IFIT) และกลุ่มที่ 2 ได้รับ Crisis Management (CM) (N=125) ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับครอบครัวบำบัดร่วมกับยา ติดตามในระยะเวลา 2 ปี พบว่า การวิพากษ์วิจารณ์ของครอบครัวส่งผลต่ออาการคลุ้มคลั่ง และซึมเศร้า และในกลุ่มที่ได้รับ CM จะมีความรุนแรงของอารมณ์คลุ้มคลั่ง มากกว่ากลุ่มที่ได้รับ FFT

Michalak et al. (2005) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศแคนาดา โดยการนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มมาทำการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง 57 คน ดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 8 ครั้งๆ 1 สัปดาห์ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นเนื่องจากการทดลองครั้งนี้ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ดี เช่น การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การตรวจสอบอาการกำเริบ การดูแลสุขภาพทั่วไป

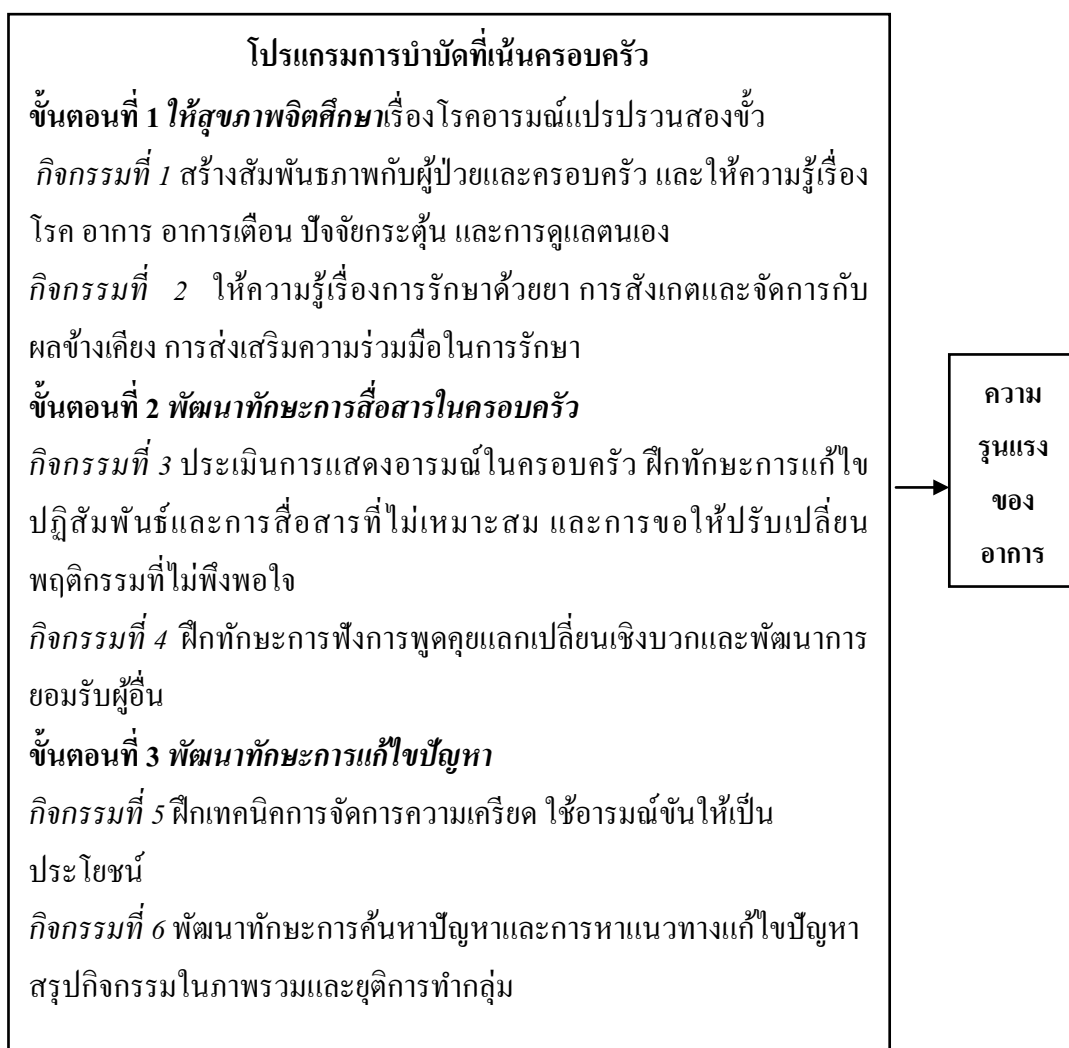
นันทนา สุขสมนินันดร (2552) ศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามาริบัติและโรงพยาบาลศรีธัญญา มีการประเมินผลโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโรค 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF-THAI) ที่สุวัฒน์ มหัตนินันดรกุล และคณะ (2540) ได้พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย และผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มตัวอย่าง 140 คน มีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีจำนวน 3 คน ระดับปานกลางจำนวน 95 คน และระดับสูงจำนวน 42 คน อีกทั้งยังพบว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุญเยี่ยม คำชัย (2554) ศึกษาการให้สุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ในกลุ่มตัวอย่าง 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 18 คน และกลุ่มทดลอง 18 คน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ ครั้งที่ 1 การพัฒนาการจัดการกับตนเอง เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ครั้งที่ 2 การสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของโรค ครั้งที่ 3 การส่งเสริมความร่วมมือในการรับปรึกษา ครั้งที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการความยุ่งยากในชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น ครั้งที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด ครั้งที่ 6 การทบทวนปัญหาและการแก้ไข ผลการศึกษาพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โศรดา สุรเทวมิตร (2553) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มแสดงอาการ ระยะเวลาการนอนหลับ ความพร้อมในการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคมต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ศึกษาในผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 132 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการทำหน้าที่อยู่ในระดับบกพร่อง คิดเป็นร้อยละ 60.61 โดยเพศหญิงและเพศชายไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าอายุที่เริ่มแสดงอาการ ระยะเวลาการนอนหลับ ความพร้อมในการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

สรุปได้ว่า การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในครั้งนี้นำมาแสดงให้เห็นประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวสามารถส่งผลต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังแสดงในกรอบแนวคิด

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The pretest-posttest control group design) (Polit & Beck, 2004) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว 2) เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้ (Burns & Grove, 1997)

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

O₁ หมายถึง การประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดการบำบัดที่เน้นครอบครัว

O₂ หมายถึง การประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดการบำบัดที่เน้นครอบครัว

X หมายถึง การทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว

O₃ หมายถึง การประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ หมายถึง การประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสอง

เข้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ทั้งชายและหญิง อายุ 19-59 ปี โดยได้จากการสุ่มแบบเจาะจง พิจารณาจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

Inclusion Criteria ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

1. เป็นผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคว่า เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
2. มีอายุระหว่าง 19-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง อยู่ระหว่างการใช้ยาหรือไม่ใช้ยาที่ทำให้อารมณ์คงที่ (Mood stabilizer) / ยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotic drug) และไม่มีภาวะปัญญาอ่อนร่วมด้วย
3. ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการประเมินอาการซึมเศร้า โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomer Asberg Depression Rating Scale: MADRS) มีคะแนนต่ำกว่า 34 คะแนน ซึ่งมีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง และประเมินอาการคลุ้มคลั่ง โดยใช้แบบวัดอาการคลุ้มคลั่ง (Thai Mania Rating Scale: TMRS) มีคะแนนต่ำกว่า 26 คะแนน หรือมีอาการรุนแรงอยู่ในระดับกลางถึงมาก
4. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น
5. ไม่เคยได้รับการบำบัดที่เน้นครอบครัว
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

Inclusion Criteria ของครอบครัว

1. บุคคลซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก คือ ผู้ที่มีสายสัมพันธ์กัน โดยสายเลือด หรือผู้ที่อยู่ร่วมในครอบครัวเดียวกันของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ครอบครัวละ 1 คน
2. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

Exclusion criteria

1. กลุ่มตัวอย่างมีอาการคลุ้มคลั่งมากที่สุด มีอาการรุนแรงจนไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งต้องได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดจากจิตแพทย์

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) โดยใช้โปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) (Polit & Beck, 2004) โดยนำค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลองการศึกษาของ Miklowitz et al. (2000) เรื่อง Family-Focused Treatment of Bipolar Disorder: 1-Year Effects of a Psychoeducational Program in Conjunction with Pharmacotherapy มาร่วมในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 80.93% มีโอกาสเกิดความคาดเคลื่อนชนิดที่สอง เป็น 19.17% ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มอย่างน้อย 21 คน แต่เนื่องจากผู้วิจัยป้องกันการ drop out ของสมาชิกในกลุ่ม ในการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมดเป็นจำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน กลุ่มควบคุม 24 คน (มีผู้ดูแลหลักกลุ่มทดลอง 24 คน และผู้ดูแลหลักกลุ่มควบคุม 24 คน) พบว่าระหว่างดำเนินการวิจัยได้มีการ drop out ของกลุ่มทดลอง 2 ราย เนื่องจาก รายที่ 1 ผู้ดูแลหลักไม่สะดวกเข้าร่วมกิจกรรมเนื่องจากประกอบอาชีพราชการจึงไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง รายที่ 2 ผู้ป่วยต้องไปทำงานกับญาติที่จังหวัดภูเก็ต สรุปในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเหลือทั้งหมดจำนวน 44 คน เป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน (มีผู้ดูแลหลักกลุ่มทดลอง 22 คน และผู้ดูแลหลักกลุ่มควบคุม 22 คน)

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยประสานงานโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ เพื่อขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งได้รับการอนุมัติในวันที่ 2 มกราคม 2556 (ดังเอกสารภาคผนวก ง) และขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ซึ่งได้รับอนุญาตในการเก็บข้อมูลในวันเดียวกัน

2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อขอผู้ช่วยผู้วิจัยและอนุญาตในการทดลองใช้เครื่องมือและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

- 2.1 ทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 30 คน และทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักจำนวน 3 ครอบครัว โดยได้ทดลองใช้เครื่องมือ ระหว่างวันที่ 2-7 มกราคม 2556

- 2.2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเข้าร่วมปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกส่วนคัดกรองผู้ป่วย เมื่อพบผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จึงได้ดำเนินการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่ามีการวิจัยเรื่องการบำบัดที่เน้นครอบครัวในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

หากผู้ป่วยมีความสนใจในการเข้าร่วมวิจัย จึงขออนุญาตผู้ป่วยในการเข้าถึงเวชระเบียนเพื่อศึกษาที่ผู้ป่วยใช้และประวัติการเจ็บป่วย พร้อมทั้งประเมินระดับคะแนนซึมเศร้าและคลุ้มคลั่ง และประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างระหว่างวันที่ 8-14 มกราคม 2556

2. หากพบคุณสมบัติตามที่กำหนดผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจและอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบท่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีอาการรุนแรงมากกว่าเพศชาย (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2546) อาการอาการซึมเศร้า/อาการคลุ้มคลั่ง (Colom et al., 2003) โดยจับคู่ตามระดับอาการซึมเศร้า/คลุ้มคลั่ง และ การใช้ยาหรือไม่ใช้ยาอารมณ์คงที่ (Mood stabilizers) /ยาต้านอาการทางจิต(Antipsychotic drug) เนื่องจากยาส่งผลต่อการลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและคลุ้มคลั่ง (Miklowitz, 2003) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched paired) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

ร.ด. - น.ช.	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	เพศ	ภาวะซึมเศร้า/คลุ้มคลั่ง	ระดับอาการ	Mood stabilizers or Antipsychotic drug	เพศ	ภาวะซึมเศร้า/คลุ้มคลั่ง	ระดับอาการ	Mood stabilizers or Antipsychotic drug
1	ชาย	ซึมเศร้า	ต่ำ	ใช่	ชาย	ซึมเศร้า	ต่ำ	ใช่
2	ชาย	ซึมเศร้า	ปานกลาง	ใช่	ชาย	ซึมเศร้า	ปานกลาง	ใช่
3	ชาย	คลุ้มคลั่ง	น้อย	ใช่	ชาย	คลุ้มคลั่ง	น้อย	ใช่
4	ชาย	คลุ้มคลั่ง	ปานกลางถึงมาก	ใช่	ชาย	คลุ้มคลั่ง	ปานกลางถึงมาก	ใช่
5	หญิง	ซึมเศร้า	ต่ำ	ใช่	หญิง	ซึมเศร้า	ต่ำ	ใช่
6	หญิง	ซึมเศร้า	ต่ำ	ใช่	หญิง	ซึมเศร้า	ต่ำ	ใช่

ร.บ. -	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	เพศ	ภาวะซึมเศร้า/คลุ้มคลั่ง	ระดับอาการ	Mood stabilizers or Antipsychotic drug	เพศ	ภาวะซึมเศร้า/คลุ้มคลั่ง	ระดับอาการ	Mood stabilizers or Antipsychotic drug
7	หญิง	ซึมเศร้า	ปานกลาง	ใช่	หญิง	ซึมเศร้า	ปานกลาง	ใช่
8	หญิง	ซึมเศร้า	ปานกลาง	ใช่	หญิง	ซึมเศร้า	ปานกลาง	ใช่
9	หญิง	ซึมเศร้า	ปานกลาง	ใช่	หญิง	ซึมเศร้า	ปานกลาง	ใช่
10	หญิง	ซึมเศร้า	ปานกลาง	ใช่	หญิง	ซึมเศร้า	ปานกลาง	ใช่
11	หญิง	คลุ้มคลั่ง	น้อย	ใช่	หญิง	คลุ้มคลั่ง	น้อย	ใช่
12	หญิง	คลุ้มคลั่ง	น้อย	ใช่	หญิง	คลุ้มคลั่ง	น้อย	ใช่
13	หญิง	คลุ้มคลั่ง	น้อย	ใช่	หญิง	คลุ้มคลั่ง	น้อย	ใช่
14	หญิง	คลุ้มคลั่ง	น้อย	ใช่	หญิง	คลุ้มคลั่ง	น้อย	ใช่
15	หญิง	คลุ้มคลั่ง	น้อย	ใช่	หญิง	คลุ้มคลั่ง	น้อย	ใช่
16	หญิง	คลุ้มคลั่ง	น้อย	ใช่	หญิง	คลุ้มคลั่ง	น้อย	ใช่
17	หญิง	คลุ้มคลั่ง	น้อย	ใช่	หญิง	คลุ้มคลั่ง	น้อย	ใช่
18	หญิง	คลุ้มคลั่ง	ปานกลางถึงมาก	ใช่	หญิง	คลุ้มคลั่ง	ปานกลางถึงมาก	ใช่
19	หญิง	คลุ้มคลั่ง	ปานกลางถึงมาก	ใช่	หญิง	คลุ้มคลั่ง	ปานกลางถึงมาก	ใช่
20	หญิง	คลุ้มคลั่ง	ปานกลางถึงมาก	ใช่	หญิง	คลุ้มคลั่ง	ปานกลางถึงมาก	ใช่
21	หญิง	คลุ้มคลั่ง	ปานกลางถึงมาก	ใช่	หญิง	คลุ้มคลั่ง	ปานกลางถึงมาก	ใช่
22	หญิง	คลุ้มคลั่ง	ปานกลางถึงมาก	ใช่	หญิง	คลุ้มคลั่ง	ปานกลางถึงมาก	ใช่

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นเพศชาย จำนวน 4 คน เพศหญิงจำนวน 17 คนเท่ากัน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีระดับคะแนนซึมเศร้าและคะแนนคลุ้มคลั่งที่เท่าเทียมกันคือ คะแนนซึมเศร้าระดับต่ำ (0-17 คะแนน) จำนวน 6 คน ในระดับปานกลาง (18-34 คะแนน) จำนวน 10 คน คะแนนคลุ้มคลั่งในช่วงที่มีอาการคลุ้มคลั่งน้อย (14-20 คะแนน) จำนวน 16 คน ในช่วงที่มีอาการคลุ้มคลั่งปานกลางถึงมาก (21-25 คะแนน) จำนวน 12 คน และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะได้รับการรักษาด้วยยาที่ทำให้อารมณ์คงที่ (Mood stabilizers)/ยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotic drug) ที่มีอยู่ในโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน

4. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการจับฉลาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกลุ่มตัวอย่างที่มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัย สามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทั้งนี้ก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำโครงร่างฉบับสมบูรณ์ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทุกชุดนำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์เพื่อผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและแบบวัดความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS)
3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบวัดความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เนื่องจากปัจจัยด้านขาดความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์

แปรปรวนสองขั้ว ทักษะในการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการ (Michalak et al., 2005) และชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์การแสดงออกทางอารมณ์ เนื่องจากปัจจัยด้านการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว การแสดงออกอย่างก้าวร้าว การวิพากษ์วิจารณ์และความไม่เป็นมิตรของสมาชิกในครอบครัว การแสดงออกเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการเกิดความรุนแรงของอาการ (Miklowitz, 2008)

4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วนได้แก่

ชุดที่ 1 แบบประเมินแบบประเมินอาการซึมเศร้า (Montgomer Asberg Depression Rating Scale: MADRS) และ ชุดที่ 2 ประเมินอาการคลุ้มคลั่ง โดยใช้แบบวัดอาการคลุ้มคลั่ง (Thai Mania Rating Scale: TMRS) โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดที่เน้นครอบครัวของ Miklowitz et al. (2000) โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบของการบำบัดที่เน้นครอบครัวของ Miklowitz et al. (2000) และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมการลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

1.2 สร้างโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า และทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพร้อมกับสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยใช้แนวคิดของ Miklowitz et al. (2000) ในการสร้างรูปแบบเกี่ยวกับการบำบัดที่เน้นครอบครัว หลังจากนั้นจึงกำหนด โครงสร้างของกิจกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบรายกลุ่ม ประกอบไปด้วย 6 กิจกรรม ระยะเวลาในการทำกิจกรรมครั้งละ 90 นาที โดยดำเนินกิจกรรมละ 1 กิจกรรมต่อสัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่1 ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

กิจกรรมที่1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว และให้ความรู้เรื่องโรค อาการ อาการเตือน ปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเอง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ดูแลหลัก

ระยะเวลา 90 นาที

เนื้อหาสาระ

ในกิจกรรมนี้ประกอบไปด้วย ให้ความรู้เรื่องโรค อาการ อาการเตือน ปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเอง ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยตามความเป็นจริง เกิดการยอมรับการเจ็บป่วย เกิดความตระหนัก และกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร เพิ่มความสามารถ สมรรถนะในการจัดการตนเอง เกิดความมั่นใจทางเลือกที่จะจัดการกับตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดี อธิบายให้ ครอบครัว เข้าใจอาการเจ็บป่วย ของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ครอบครัว มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สอดคล้องกับ Yamashita (1996) ที่เชื่อว่าโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว (Psychoeducation programs) จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลของผู้ป่วยได้ และทำให้ครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษา ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการทั้งอาการคลุ้มคลั่งและซึมเศร้าดีขึ้น (Colom et al., 2003)

กิจกรรมที่2 ให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยา การสังเกตและจัดการกับผลข้างเคียง การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ดูแลหลัก

ระยะเวลา 90 นาที

เนื้อหาสาระ

ในกิจกรรมนี้ประกอบไปด้วย ดำเนินการให้ความรู้เรื่องยา (Perlick, 2004) แนวทางการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ฝึกทักษะการจัดการด้วยตนเองโดยมีครอบครัวดูแลช่วยเหลือ และอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานยาต่อความรุนแรงของอาการ ซึ่งให้เห็นถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการจัดการกับปัญหาต่างๆ เมื่อเกิดจากผลข้างเคียงจากยาผู้ป่วยจะเกิดความรู้ความเข้าใจและช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษา ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการทั้งอาการคลุ้มคลั่งและซึมเศร้าดีขึ้น (Miklowitz, 2008)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาทักษะการสื่อสารในครอบครัว

กิจกรรมที่ 3 ประเมินการแสดงอารมณ์ในครอบครัว ฝึกทักษะการแก้ไขปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ฝึกการสื่อสารที่ชัดเจน และการขอให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ดูแลหลัก

ระยะเวลา 90 นาที

เนื้อหาสาระ

ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับรู้เกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม และฝึกครอบครัวและผู้ป่วยใช้การสื่อสารอย่างเปิดเผยทั้งในฐานะผู้พูด และผู้ฟัง โดยฝึกผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวให้ฟัง ลดการกล่าวโทษ คำหึงหยาบคาย ฝึกสังเกตสีหน้า ท่าทาง ใช้การแสดงบทบาทสมมติและการฝึกซ้อมแสดงย้อนกลับ ฝึกการแก้ไขของครอบครัวโดยสอนการลดความขัดแย้งและมอบหมายการบ้าน การชักชวนในเชิงบวกให้สมาชิกในครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจ นำเสนอการแก้ปัญหาด้วยการใช้ structured role-playing โดยผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันฝึก พร้อมทั้งอธิบายวิธีการทำการบ้านให้ชัดเจน กิจกรรมนี้ เพื่อให้ครอบครัวได้ฝึกการสื่อสารที่ชัดเจนและฝึกการลดความขัดแย้งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการทั้งอาการคลุ้มคลั่งและซึมเศร้าดีขึ้น (Kim & Miklowitz, 2004)

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการฟังการพูดคุยแลกเปลี่ยนเชิงบวกและพัฒนาการยอมรับผู้อื่น

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ดูแลหลัก

ระยะเวลา 90 นาที

เนื้อหาสาระ

ในกิจกรรมนี้ประกอบไปด้วยการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการแสดงอารมณ์ในครอบครัว ส่งเสริมและฝึกการตอบสนองเชิงบวก ฝึกด้วยการใช้ structured role-playing โดยผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันฝึก ให้ครอบครัวกลับไปไตร่ตรองแนวทางการแก้ปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์เป็นการบ้านแล้วนำกลับมาเสนอในการพบกับผู้วิจัยในครั้งต่อไป มีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มฝึกการพูดคุยแลกเปลี่ยนในเชิงบวก ลดการแสดงออกต่อกันอย่างรุนแรง (High EE) (Miklowitz, 2008) ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ฝึกการสื่อสารในเชิงบวก ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการทั้งอาการคลุ้มคลั่งและซึมเศร้าดีขึ้น (Kim & Miklowitz, 2004)

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาทักษะการจัดการความเครียดและการแก้ไข้ปัญหา

กิจกรรมที่ 5 ฝึกเทคนิคการจัดการความเครียด ใช้อารมณ์ขันให้เป็นประโยชน์ ใช้อารมณ์ขันให้เป็นประโยชน์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ดูแลหลัก

ระยะเวลา 90 นาที

เนื้อหาสาระ

วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ฝึกการผ่อนคลายความเครียดที่ถูกต้อง ในกิจกรรมนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวลดความเครียด ทำให้ครอบครัวมีทักษะในการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และมีแนวทางในการจัดการความเครียด ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการทั้งอาการคลุ้มคลั่งและซึมเศร้าดีขึ้น (Miklowitz, 2008)

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาทักษะการค้นหาปัญหาและการหาแนวทางแก้ไข้ปัญหา สรุปกิจกรรมในภาพรวมและยุติการทำกลุ่ม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ดูแลหลัก

ระยะเวลา 90 นาที

เนื้อหาสาระ

ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับการแก้ไข้ปัญหา สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันค้นหาปัญหาและวิธีการจัดการที่เกิดขึ้นและฝึกทักษะการหาแนวทางแก้ไข้ปัญหา ช่วยให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ด้วยตนเอง สอนและฝึกทักษะให้ครอบครัวและผู้ป่วยเผชิญหน้าด้วยเหตุผล กิจกรรมนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดทักษะในการแก้ไข้ปัญหาได้ รวมทั้งเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการทั้งอาการซึมเศร้าและอาการคลุ้มคลั่งให้ดีขึ้น (Miklowitz, 2008)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแผนการทำกลุ่มการบำบัดที่เน้นครอบครัวที่สร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไข้เนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบของเนื้อหา กิจกรรม ความตรงเชิงโครงสร้างในแต่ละกิจกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ โดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไข้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่

ปรึกษา เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์และครอบคลุมเนื้อหาของกิจกรรม มีความถูกต้องของเนื้อหา ก่อนการนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องแก้ไขปรับปรุง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว และให้ความรู้เรื่องโรค อาการ อาการเตือน ปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเอง ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะเพื่อให้ผู้วิจัยหาแนวทางในการปรับปรุงโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) กิจกรรม ใบบงานและใบบความรู้ แนวทางการปรับปรุงดังนี้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 4 สมาชิกในกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ควรเพิ่มกิจกรรมเริ่มต้นด้วยพยาบาลเกริ่นนำปัจจัยที่สำคัญเกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของอาการ

ใบบความรู้ที่ 1.1 ให้ตัดการบรรยายอาการออกให้เหลือเพียงตารางเปรียบเทียบอาการ

ใบบความรู้ที่ 1.2 ความเพิ่มการสังเกตอาการเตือนเมื่อเริ่มมีอาการหงุดหงิดหรือความโกรธ เช่น มือสั่น หน้าแดง ใจสั่น พุดเสียงดังเป็นต้น และการสังเกตอาการเตือนของอาการซึมเศร้า

2) การปรับภาษาให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย โดยมีการปรับปรุงดังนี้

“การบำบัดทางจิตสังคม” ให้ปรับเปลี่ยนเป็น “การบำบัดรักษาทางจิตสังคม”

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องยากกับผู้ป่วยและครอบครัว เรื่องการรักษาด้วยยา การสังเกตและจัดการกับผลข้างเคียง การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะเพื่อให้ผู้วิจัยหาแนวทางในการปรับปรุงโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) กิจกรรม ใบบงานและใบบความรู้ แนวทางการปรับปรุงดังนี้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 3 สมาชิกในกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ ควรเพิ่มกิจกรรมเริ่มต้นด้วยพยาบาลเกริ่นนำปัจจัยที่สำคัญเกี่ยวกับความสำคัญของการรักษาด้วยยา

ใบบความรู้ที่ 2.1 ให้ตัดการแบ่งภาวะเป็นพิษของยาลิเทียม 3 ระดับออก ให้ปรับเปลี่ยนเป็น ระดับยาไม่ควรเกิน 1.5 mEq/L

2) การปรับภาษาให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย แนวทางการปรับปรุงดังนี้

“ยารักษาโรคจิตจะคืบหน้าได้หรือไม่” ให้ปรับเปลี่ยนเป็น “ผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาโรคจิตสามารถคืบหน้าได้หรือไม่”

กิจกรรมที่ 3 ประเมินการแสดงอารมณ์ในครอบครัว ฝึกทักษะการแก้ไขปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ฝึกการสื่อสารที่ชัดเจน และการขอให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจ ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะเพื่อให้ผู้วิจัยหาแนวทางในการปรับปรุงโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) กิจกรรม ใบบงานและใบบความรู้ แนวทางการปรับปรุงดังนี้

ขั้นสรุปของกิจกรรมนี้ เพิ่มเติม โดยเน้นย้ำให้ผู้ป่วยและครอบครัวนำไปปฏิบัติ ใบบงานที่ 3.2 เพิ่มสถานการณ์จำลองเป็น ผู้ป่วยไม่รับประทานยา, ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์, ครอบครัวแสดงอารมณ์ที่ไม่ดีต่อคุณ และครอบครัวใช้คำพูดที่ทำให้คุณรู้สึกแย่

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการฟังการพูดคุยแลกเปลี่ยนเชิงบวกและพัฒนาการยอมรับผู้อื่น ในส่วนนี้ไม่มีข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน

กิจกรรมที่ 5 ฝึกเทคนิคการจัดการความเครียด ใช้อารมณ์ขันให้เป็นประโยชน์ ใช้อารมณ์ขันให้เป็นประโยชน์

1) การปรับภาษาให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย แนวทางการปรับปรุงดังนี้

“คุณเครียดแล้วหรือยัง” ให้ปรับเปลี่ยนเป็น “สัญญาณเตือนของความเครียด”

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาทักษะการค้นหาปัญหาและการหาแนวทางแก้ไขปัญหา สรุปกิจกรรมในภาพรวมและยุติการทำกลุ่ม ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะเพื่อให้ผู้วิจัยหาแนวทางในการปรับปรุงโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) กิจกรรม ใบบงานและใบบความรู้ แนวทางการปรับปรุงดังนี้

ขั้นสรุปของกิจกรรมนี้ เพิ่มเติม บทบาทของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนนำไปปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวนครั้งที่ป่วยรุนแรง จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คะแนนอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินแบบประเมินอาการซึมเศร้า(Montgomer Asberg Depression Rating Scale: MADRS) และคะแนนอาการคลุ้มคลั่งโดยใช้แบบประเมินอาการแมนีย์ (Young Mania Rating Scale: YMRS)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามที่คุณทรงคุณวุฒิแนะนำภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้จริง

สำหรับการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้เพิ่มประเด็นในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และผู้วิจัยได้ดำเนินการเพิ่มข้อมูลตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

ข้อที่ 7 สถานภาพสมรส ถ้าคิดว่า หมายถึง กับ หย่า/ร้าง/แยก ไม่มีความแตกต่างกันอาจรวมไว้ในกลุ่มเดียวกัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS) เป็นแนวคิดมาจาก Overall & Gorham (1962) ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือคือ Dr. John E Overall ดังจดหมายการขออนุญาตของผู้วิจัยและการอนุญาตให้นำมาใช้ (ภาคผนวก ก) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับอนุญาตฉบับภาษาอังกฤษมาพัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back translation ซึ่งเป็นเทคนิคการแปลเครื่องมือ ดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนที่ 1 แปลเครื่องมือจากภาษาอังกฤษ(ต้นฉบับ) เป็นภาษาไทย คนที่ 2 แปลจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ(ฉบับแปลย้อนกลับ) คนที่ 3 แปลจากภาษาอังกฤษของคนี 2 เป็นภาษาไทยอีกครั้งหนึ่ง แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจากโรงพยาบาล मनารมย์ตรวจสอบความคงที่ของความหมาย (Consistency of meaning) ของแบบสอบถามที่แปลจากภาษาไทยมาเป็นภาษาอังกฤษ (ฉบับแปลย้อนกลับ) สามารถสื่อความหมายได้คงเดิมกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ มีการปรับข้อความให้สอดคล้องและตรงกับต้นฉบับมากที่สุด ประกอบด้วย 10 ข้อ ได้แก่ 1) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร 2) อารมณ์รุนแรง 3) มีความคิดเป็นใหญ่ 4) ไร้เรขาคณิต 5) การเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ 6) อารมณ์เศร้า 7) วิดกกังวล 8) หดหู่ 9) อารมณ์เรียบเฉย 10) เนื้อหาความคิดผิดปกติ

ในส่วนประกอบทั้ง 10 ข้อนั้น มีมาตรวัดโดยการประมาณค่า 7 ระดับ โดยผู้วิจัยทำการประเมินผู้ป่วย ดังนี้

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| 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 กรรมสูตร, 2542) ดังนี้

โดยให้ค่าลำดับคะแนนเป็นระดับคะแนนดังนี้

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

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่แปลมาไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็น ระดับ 1 - 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้สูตร ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ พบว่า แบบประเมินความรุนแรงของอาการมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVD) เท่ากับ 1 ดังนั้นแบบประเมินความรุนแรงของอาการในครั้งนี้มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์

ผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ปรับแก้ภาษาให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น ดังนี้

ข้อที่ 3 ภาวะหลงผิด ปรับเปลี่ยนเป็น ความคิดและหลงผิดในทางเป็นใหญ่เป็นโต

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) จากการคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่า แบบประเมินความรุนแรงของอาการมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 (ดังภาคผนวก ค)

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบประเมินความรู้เรื่อง โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พัฒนาขึ้น โดยบุญเยี่ยม คำชัย (2554) ผู้วิจัยนำมาพัฒนาปรับปรุงให้เหมาะสมกับเนื้อหาที่ให้สุขภาพจิตศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ มีข้อคำถามทางบวกจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อที่ 11, 13, 16, 26 และ 28 และข้อคำถามทางลบจำนวน 25 ข้อ ประกอบไปด้วย ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29 และ 30 คำถามเป็นแบบเลือกตอบ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความทางบวก ใช่ ได้ 1 คะแนน ไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน

ข้อความทางลบ ใช่ ได้ 0 คะแนน ไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน

เกณฑ์กำกับการทดลอง คะแนนความรู้เกี่ยวกับ โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยจะต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 หรือ 24 คะแนนขึ้นไป จึงจะแสดงว่ามีความรู้ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด แต่ถ้าคะแนนต่ำกว่า 24 คะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จะร่วมกันประเมินและให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ขาดจนกว่าผู้ป่วยจะได้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับ

กลุ่มตัวอย่าง แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา

จากการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ พบว่าแบบประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .86 ดังนั้นแบบประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในครั้งนี้มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์

ผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ปรับแก้ภาษาให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น ดังนี้

ข้อ 2 ปรับข้อคำถามจาก “ด้านอาการซึมเศร้า มีอาการเด่น คือ เศร้า เมื่อทำอะไร รู้สึกไร้ค่า สิ้นหวังและมีความคิดอยากตาย” เป็น “ด้านอาการซึมเศร้า มีอาการเด่น คือ เศร้ามาก เมื่อหน่ายตำหนิตนเอง ท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า สิ้นหวังและมีความคิดอยากตาย”

ข้อ 3 ปรับข้อคำถามจาก “ด้านอาการคลุ้มคลั่ง มีอาการเด่น คือ มีอารมณ์ร้ายแรงสนุกสนาน ผิดปกติ พุดมาก หงุดหงิดง่าย และมีกิจกรรมมากมาย” เป็น “ด้านอาการคลุ้มคลั่ง มีอาการเด่น คือ มีอารมณ์ร้ายแรงสนุกสนาน ผิดปกติ พุดมาก หงุดหงิดง่าย มีกิจกรรมมากมาย และมักมีความคิดหลงตนเอง”

ข้อ 7 ปรับข้อคำถามจาก “ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วช่วงที่มีอาการซึมเศร้านักมีการแยกตัว ไม่อยากพบเจอผู้คน” เป็น “ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วช่วงที่มีอาการซึมเศร้านักมีพฤติกรรมเก็บตัวอยู่คนเดียว ไม่อยากเจอผู้คน”

ข้อ 9 ปรับข้อคำถามจาก “ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วช่วงที่มีอาการคลุ้มคลั่ง มักจะวุ่นวายและเจ้ากี้เจ้าการให้คนอื่นทำอย่างที่คุณต้องการ” เป็น “ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วช่วงที่มีอาการคลุ้มคลั่ง มีพฤติกรรมวุ่นวายและเจ้ากี้เจ้าการให้คนอื่นทำอย่างที่คุณต้องการ”

ข้อ 15 ปรับข้อคำถามจาก “ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด เช่น เหล้า มักมีความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคสูง” เป็น “ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการใช้สารเสพติด เช่น เหล้า ยาบ้า มักมีความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคสูง”

ข้อ 17 ปรับข้อคำถามจาก “การรักษาด้วยยามีความสำคัญ คือ ช่วยให้อาการทางจิตสงบ” เป็น “การรักษาด้วยยามีความสำคัญ คือ ช่วยให้อาการโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสงบ”

ข้อ 18 ปรับข้อคำถามจาก “ผู้ป่วยบางรายเมื่อรับประทานยาอาการโรครุนแรงอาจพบอาการข้างเคียงจากยา เช่น ง่วงนอน เหนื่อย มีอึดอัด” เป็น “ผู้ป่วยบางรายเมื่อรับประทานยารักษาอาการทางจิตอาจพบอาการข้างเคียงจากยา เช่น ง่วงนอน เหนื่อย มีอึดอัด”

ข้อ 22 ปรับข้อคำถามจาก “สิ่งแวดล้อมทำให้เกิดความเครียด หรือได้รับความกดดัน

ทางด้านจิตใจและสังคม เช่น ผิดหวังเรื่องการเรียน ความรัก มีปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัว” เป็น “สิ่งแวดล้อมทำให้เกิดความเครียดหรือความกดดันทางด้านจิตใจและสังคม เช่น ผิดหวังเรื่องการเรียน ความรัก มีปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัว”

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร KR-20 ของ กูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) จากการคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่า แบบประเมินความรุนแรงของอาการมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 และ

หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว ผู้วิจัยทำการประเมินความรู้ของผู้ป่วยทันที พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว มีคะแนนความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือ ดีมาก (ดังตารางที่ 3)

ชุดที่ 2 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ พัฒนาจากแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของ Vaughn and Left (1976) ได้พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดย ขนิษฐา สุขทอง (2555) ซึ่งผู้วิจัยนำมาพัฒนาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการบำบัดในครั้งนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ ใน 4 ลักษณะๆ ละ 10 ข้อ มีข้อคำถามทางบวกจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อที่ 1, 2, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 32 34, 35, 37 และ 40 และข้อคำถามทางลบจำนวน 20 ข้อ ประกอบไปด้วย ข้อที่ 3, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 29, 31, 33, 36, 38 และ 39 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ตามความเป็นจริง เกณฑ์กำกับการทดลอง การคิดคะแนน โดยนำคะแนนทุกข้อที่ได้จากการประเมินมารวมกัน และมีการแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนน 0 - 8 หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์ระดับต่ำ

คะแนน 9 - 40 หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา

จากการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ พบว่าแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .93 ดังนั้นแบบประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์

แปรปรวนสองขั้วในครั้งนี้มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์

ผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ปรับแก้ภาษาให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น ดังนี้

ปรับหัวข้อคำถามจาก “คำถาม” เป็น “คำถามเกี่ยวกับผู้ดูแล”

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) จากการคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่า แบบประเมินความรุนแรงของอาการมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .91

โดยการวิจัยครั้งนี้มีเกณฑ์ว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว ต้องมีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ลดลงต่ำกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว

หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว ผู้วิจัยทำการประเมินความรู้ของผู้ป่วยทันที พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว มีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ลดลง (ดังตารางที่ 4)

4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วนได้แก่

ชุดที่ 1 แบบประเมินอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale: MADRS) สร้างมาจากแนวคิดของ Montgomery and Asberg (1979) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย โดย รณชัย คงสกนธ์ และคณะ (Kongsakon et al., 2003) ประกอบด้วย 10 ด้านได้แก่ 1) ความซึมเศร้าที่ปรากฏให้เห็น 2) ความซึมเศร้าที่รายงาน 3) ความตรึงเครียดที่อยู่ภายใน 4) การนอนหลับที่ลดลง 5) ความอยากอาหารลดลง 6) ปัญหาในการรวบรวมสมาธิ 7) ความอ่อนเปลี้ยเพลียแรง 8) การตอบสนองทางอารมณ์ที่ลดลง 9) ความคิดในด้านลบ 10) ความคิดฆ่าตัวตาย ในส่วนประกอบทั้ง 10 ด้านนั้น มีมาตรวัดโดยการประมาณค่า 6 ระดับ โดยให้ค่าลำดับคะแนนเป็น 0, 2, 4, 6 หรือระหว่างค่าคะแนนนั้นก็ ได้ ได้แก่ 1, 3, 5 คิดคะแนน โดยรวมคะแนนทุกข้อคำถาม หลังจากนั้นนำคะแนนมารวมกันแล้ววิเคราะห์ค่าคะแนนซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนนสามารถแปลผลคะแนนโดย คะแนนที่สูง หมายถึง มีอาการซึมเศร้ามาก และ คะแนนที่ต่ำ หมายถึง มีอาการซึมเศร้า น้อย แบ่งระดับคะแนนดังนี้

0-17 หมายถึง อาการซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ

18-34 หมายถึง อาการซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง

35-60 หมายถึง อาการซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง

เครื่องมือนี้พัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back translation 2 รอบ โดย นักภาษาศาสตร์ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช 5 คน พบว่า มีความครบถ้วนของเนื้อหา และเหมาะสมกับคนไทย และถูกนำไปใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการซึมเศร้าจำนวน 70 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .80 และก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .82

ชุดที่ 2 แบบวัดอาการคลุ้มคลั่ง (Thai Mania Rating Scale: TMRS) สร้างมาจากแนวคิดของ Young et al. (1978) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทยโดย รณชัย คงสกนธ์ และคณะ (Kongsakon & Bhatanaprabhabhan, 2005) ใช้วัดความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่ง ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อคำถาม ได้แก่ 1) อารมณ์ครื้นเครง 2) การเพิ่มขึ้นของกิจกรรมการเคลื่อนไหว 3) ความสนใจทางเพศ 4) การนอนหลับ 5) ความหงุดหงิด 6) การพูด 7) ภาษาคอมพิคตติของความคิด 8) เนื้อหาความคิด 9) พฤติกรรมก่อความวุ่นวายก้าวร้าว 10) ลักษณะภายนอกการแต่งตัว 11) ความเข้าใจตนเอง ซึ่งหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ .89 มีการคิดคะแนนทุกข้อคำถาม หลังจากนั้นนำคะแนนมารวมกันแล้ววิเคราะห์ค่าคะแนน ซึ่งคะแนนรวมมีทั้งหมด 60 คะแนน แปรผลคะแนนโดย คะแนนที่สูง หมายถึง มีอาการคลุ้มคลั่ง มาก และคะแนนที่ต่ำ หมายถึง มีอาการคลุ้มคลั่ง น้อย มีมาตรประมาณค่า 5 ระดับแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

ต่ำกว่า 13 หมายถึง เริ่มมีความผิดปกติ

14-20 หมายถึง อาการคลุ้มคลั่ง มีเล็กน้อย

21-26 หมายถึง อาการคลุ้มคลั่ง ปานกลางถึงมาก

26-37 หมายถึง อาการคลุ้มคลั่ง มาก

38 -60 หมายถึง อาการคลุ้มคลั่ง มากที่สุด

เครื่องมือนี้พัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back translation 2 รอบ โดย นักภาษาศาสตร์ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช 5 คน พบว่ามีความครบถ้วนของเนื้อหา และเหมาะสมกับคนไทย และถูกนำไปใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการคลุ้มคลั่ง จำนวน 76 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .89 และก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะ

เช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .82

สำหรับเครื่องมือทั้งสองชุดนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเครื่องมือ (Content Validity) เนื่องจาก เป็นแบบวัดที่ได้มาตรฐาน ถูกนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนันทนา สุขสมนินันทร ดังกล่าวไว้ข้างต้น

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการวิจัย ระยะดำเนินการวิจัย และระยะเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

ระยะเตรียมการวิจัย

1. ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ ในเรื่องการบำบัดที่เน้นครอบครัวในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ทำศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัย ร่วมกับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง และพัฒนาทักษะการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มและทักษะการทำกลุ่มครอบครัวบำบัดโดยฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในหอผู้ป่วย และผู้ป่วยโรงพยาบาลกลางวันของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยฝึกกับ ดร.วิภาวี เผ่ากัณฑ์ราทร ผู้เชี่ยวชาญผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อให้เกิดความชำนาญและนำไปใช้จริง ระยะเวลาในการฝึก 48 ชั่วโมง

2. เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3. ยื่นโครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

4. จัดทำแผนการทดลอง เตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตทำการวิจัย โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา สถานที่

5. เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน โดยผู้วิจัยพิจารณาเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม โดยการเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มไม่ได้ทำให้เสียงานประจำ

6. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 48 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (ดังตารางที่ 4) หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตาม โปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ดังตารางที่ 5)

ระยะดำเนินการวิจัย

กลุ่มทดลอง ผู้ศึกษาดำเนินการกับกลุ่มทดลองดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS)

2. ภายหลังจากการประเมินความรุนแรงของอาการแล้ว ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 4 กลุ่ม แต่ละกลุ่มประกอบด้วยผู้ป่วย 5-6 คน และ ผู้ดูแลหลัก 5-6 คน รวมเป็นกลุ่มละ 10-12 คน เริ่มดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สระแก้วราชนครินทร์ ครั้งละ 90 นาที จนครบ 6 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 6 สัปดาห์

3. ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้ตอบคำถามตามแบบประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และแบบประเมินสัมพันธภาพการแสดงออกทางอารมณ์ (ดังตารางที่ 3 และ 4)

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว (n=22)

คนที่	คะแนนความรู้	ร้อยละ	การแปลผล
1	25	83.33	ดีมาก
2	24	80	ดีมาก
3	25	83.33	ดีมาก
4	28	93.33	ดีมาก
5	25	83.33	ดีมาก
6	30	100	ดีมาก
7	30	100	ดีมาก
8	28	93.33	ดีมาก
9	24	80	ดีมาก
10	25	83.33	ดีมาก
11	29	96.67	ดีมาก
12	29	96.67	ดีมาก
13	27	90	ดีมาก
14	28	93.33	ดีมาก
15	29	96.67	ดีมาก
16	30	100	ดีมาก
17	29	96.67	ดีมาก
18	30	100	ดีมาก
19	28	93.33	ดีมาก
20	29	96.67	ดีมาก
21	27	90	ดีมาก
22	28	93.33	ดีมาก

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 30 คิดเป็นร้อยละ 100 และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 24 คิดเป็นร้อยละ 80 ซึ่งจัดว่าหลังการใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80 ขึ้นไป

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว (n=22)

คนที่	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลต่างของคะแนนการ แสดงออกทางอารมณ์	การแปลผล
1	14	6	8	ลดลง
2	21	10	11	ลดลง
3	11	7	4	ลดลง
4	11	5	6	ลดลง
5	17	11	6	ลดลง
6	23	14	9	ลดลง
7	22	16	6	ลดลง
8	12	7	5	ลดลง
9	23	19	4	ลดลง
10	16	10	6	ลดลง
11	16	14	2	ลดลง
12	19	15	4	ลดลง
13	21	11	10	ลดลง
14	19	13	6	ลดลง
15	17	10	7	ลดลง
16	11	6	5	ลดลง
17	16	11	5	ลดลง
18	17	9	8	ลดลง
19	18	15	3	ลดลง
20	20	16	4	ลดลง
21	20	12	8	ลดลง
22	19	9	10	ลดลง
\bar{X}	17.41	11.18	6.23	ลดลง

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.41 และหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.18 และมีคะแนนเฉลี่ยผลต่างการแสดงออกทางอารมณ์เท่ากับ 6.23 คะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ในกลุ่มทดลองทั้งหมด 22 คน หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ลดลง

4. เมื่อครบกำหนดการทดลอง คือ ในสัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยทำการประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS) (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมขอบคุณ

5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

กลุ่มควบคุม ผู้ศึกษาคำเนื่การกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS)

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการดูแลตามปกติ ได้แก่ ประเมินอาการทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ การให้คำแนะนำตามปัญหา และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

3. ผู้วิจัยนัดมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 7 เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอีกครั้ง (Post-test) และสำหรับกลุ่มควบคุมผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและการดูแลตนเอง พร้อมทั้งมอบคู่มือผู้ป่วยให้กับกลุ่มควบคุม

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ในการดำเนินการวินัยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดที่เน้นครอบครัว ดังนี้

1. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติระหว่างสัปดาห์ที่ 1-6 ได้แก่ ประเมินอาการทางด้านร่างกายด้านจิตใจ การให้คำแนะนำตามปัญหา และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

2. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางที่เน้นครอบครัว ตามวัน เวลา สถานที่

แต่เนื่องจากในขั้นตอนการทำกิจกรรม 6 กิจกรรม พบอุปสรรคในเรื่องของสถานที่ เนื่องจากผู้วิจัยได้กำหนดให้จัดกิจกรรมที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ แต่สถานที่ไม่สะดวกต่อการเดินทางมาทำกิจกรรมเพราะระยะทางไกลจากบ้านมาก แนวทางการแก้ไข มีดังนี้

1. ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมกลุ่มควบคุมที่มีสถานที่บ้านใกล้เคียงกันไว้กลุ่มเดียวกัน และจัดดำเนินกิจกรรมในสถานที่ใกล้บ้าน โดยแบ่งเป็น 3 สถานที่ คือ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ โรงพยาบาลอรัญประเทศ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองมะนาว
2. จากการจัดกลุ่มผู้ป่วยพบว่า มี 5 ครอบครัวอยู่ในเขต อ.วัฒนานคร จึงจัดดำเนินกิจกรรมที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ มีอยู่ 11 ครอบครัวที่อยู่ในเขต อ. อรัญประเทศ จึงจัดดำเนินกิจกรรมที่โรงพยาบาลอรัญประเทศ และมี 6 ครอบครัวอยู่ในเขต ต.ท่าเกวียนและเขต ต.หนองแวง จึงจัดดำเนินกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองมะนาว
3. จากนั้นดำเนินการออกหนังสือขอใช้สถานที่กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เพื่อขอใช้โรงพยาบาลอรัญประเทศ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองมะนาว
4. ดำเนินการนัดกลุ่มตัวอย่างตามวัน เวลา และสถานที่ (ตารางที่ 5)
5. ผู้วิจัยแจ้งเตือนกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้าโดยโทรศัพท์แจ้งล่วงหน้า 1 วัน หากผู้ที่ไม่สามารถติดต่อได้ ประสานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลช่วยในการติดตามแจ้งข่าวสาร และหลังจากทำกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ผ่านไปเป็นเวลา 2 วัน ผู้วิจัยจะโทรเตือนและเน้นย้ำให้ผู้ป่วยทำการบ้านตามที่มอบหมายไว้

ตารางที่ 5 การดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ครั้งที่	สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว และให้ความรู้เรื่องโรค อากาโรอาการเตือน	กลุ่มที่	วันที่	เวลา	สถานที่
ครั้งที่ 1	สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว และให้ความรู้เรื่องโรค อากาโรอาการเตือน	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	วันที่ 15 มกราคม 56	เวลา 9.00-11.00 น.	สถานที่ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์
		กลุ่มที่ 2 (12 คน)	วันที่ 15 มกราคม 56	เวลา 13.00-15.00 น.	สถานที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองมะนาว
	อาการเตือน ปัจจัยกระตุ้น และการดูแล	กลุ่มที่ 3 (12 คน)	วันที่ 16 มกราคม 56	เวลา 9.00-11.00	สถานที่ ห้องประชุม 2 โรงพยาบาลอรัญประเทศ

ตนเอง	กลุ่มที่ 4 (10 คน)	วันที่ 16 มกราคม 56	เวลา 13.00-15.00 น.	สถานที่ ห้องประชุม 2 โรงพยาบาล อรัญประเทศ
ครั้งที่ 2 ให้ ความรู้ เรื่อง การรักษาด้วย ยา การสังเกต และจัดการกับ ผลข้างเคียง	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	วันที่ 22 มกราคม 56	เวลา 9.00-11.00	สถานที่ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล จิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
	กลุ่มที่ 2 (12 คน)	วันที่ 22 มกราคม 56	เวลา 13.00-15.00 น.	สถานที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านคลองมะนาว
	กลุ่มที่ 3 (12 คน)	วันที่ 23 มกราคม 56	เวลา 9.00-11.00	สถานที่ ห้องประชุม 2 โรงพยาบาล อรัญประเทศ
	กลุ่มที่ 4 (10 คน)	วันที่ 23 มกราคม 56	เวลา 13.00-15.00 น.	สถานที่ ห้องประชุม 2 โรงพยาบาล อรัญประเทศ
ครั้งที่ 3 ประเมินการ แสดงอารมณ์ ในครอบครัว ฝึกทักษะการ แก้ปัญหา - สัมพันธและ การสื่อสารที่ ไม่เหมาะสม และการขอให้ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่ไม่ พึงพอใจ	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	วันที่ 29 มกราคม 56	เวลา 9.00-11.00	สถานที่ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล จิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
	กลุ่มที่ 2 (12 คน)	วันที่ 29 มกราคม 56	เวลา 13.00-15.00 น.	สถานที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านคลองมะนาว
	กลุ่มที่ 3 (12 คน)	วันที่ 30 มกราคม 56	เวลา 9.00-11.00	สถานที่ ห้องประชุม 2 โรงพยาบาล อรัญประเทศ
	กลุ่มที่ 4 (10 คน)	วันที่ 30 มกราคม 56	เวลา 13.00-15.00 น.	สถานที่ ห้องประชุม 2 โรงพยาบาล อรัญประเทศ

ครั้งที่ 4 ฝึกทักษะการ ฟังการพูดคุย แลกเปลี่ยนเชิง บวก และ พัฒนาการ ยอมรับผู้อื่น	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 56	เวลา 9.00-11.00	สถานที่ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล จิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
	กลุ่มที่ 2 (12 คน)	วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 56	เวลา 13.00-15.00 น.	สถานที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านคลองมะนาว
	กลุ่มที่ 3 (12 คน)	วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 56	เวลา 9.00-11.00	สถานที่ ห้องประชุม 2 โรงพยาบาล อรัญประเทศ
	กลุ่มที่ 4 (10 คน)	วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 56	เวลา 13.00-15.00 น.	สถานที่ ห้องประชุม 2 โรงพยาบาล อรัญประเทศ
ครั้งที่ 5 ฝึกเทคนิคการ จัดการความ เครียด และใช้ อารมณ์ขันให้ เป็นประโยชน์	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 56	เวลา 9.00-11.00	สถานที่ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล จิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
	กลุ่มที่ 2 (12 คน)	วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 56	เวลา 13.00-15.00 น.	สถานที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านคลองมะนาว
	กลุ่มที่ 3 (12 คน)	วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 56	เวลา 9.00-11.00	สถานที่ ห้องประชุม 2 โรงพยาบาล อรัญประเทศ
	กลุ่มที่ 4 (10 คน)	วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 56	เวลา 13.00-15.00 น.	สถานที่ ห้องประชุม 2 โรงพยาบาล อรัญประเทศ
ครั้งที่ 6 พัฒนา ทักษะการ ค้นหาปัญหา และการหาแนว ทางแก้ไข	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 56	เวลา 9.00-11.00	สถานที่ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล จิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
	กลุ่มที่ 2 (12 คน)	วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 56	เวลา 13.00-15.00 น.	สถานที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านคลองมะนาว

ปัญหา สรุปล กิจกรรมใน ภาพรวมและยุดิ การทำกลุ่ม	กลุ่มที่ 3 (12 คน)	วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 56	เวลา 9.00-11.00	สถานที่ ห้องประชุม 2 โรงพยาบาล อรัญประเทศ
	กลุ่มที่ 4 (10 คน)	วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 56	เวลา 13.00-15.00 น.	สถานที่ ห้องประชุม 2 โรงพยาบาล อรัญประเทศ

ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้ง มีรายละเอียดโดยสรุปดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว และให้ความรู้เรื่องโรค อากา
อาการเตือน ปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเองในกิจกรรมนี้ประกอบไปด้วย การให้ความรู้เรื่องโรค
อาการเตือน ปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเอง ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้
เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยตามความเป็นจริง เกิดการยอมรับการเจ็บป่วย เกิดความตระหนัก
และกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร เป็นการเพิ่มความสามารถและ สมรรถนะใน
การจัดการตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจในทางเลือกที่จะจัดการกับตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่
ดี ผู้วิจัยอธิบายให้ครอบครัวเข้าใจอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้
ครอบครัว มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ผู้วิจัยขอสรุปผลการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมแต่ละข้อ ดังนี้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 1 สมาชิกในกลุ่มสามารถ เปิดเผยข้อมูล เกิดความ
ไว้วางใจ ต่อพยาบาลและให้ความร่วมมือในการเข้ากลุ่มการสร้างสัมพันธภาพ พบว่าผู้ป่วยพูดคุย
อย่างเป็นมิตร พูดด้วยความรู้สึกที่จริงใจ ทักทายอย่างอบอุ่น เช่น สวัสดี ใช้คำพูดสุภาพ อ่อนโยน
นุ่มนวล แสดงความเป็นมิตร ทำทีที่เป็นมิตร ยิ้มแย้ม แววตา แสดงความเป็นมิตร สมาชิกในกลุ่ม
สามารถปฏิบัติตามข้อตกลงเบื้องต้นได้ สมาชิกรู้จักกันทุกคนและเกิดความคุ้นเคยกันในกลุ่ม กล้า
เปิดเผยข้อมูลส่วนตัว และเล่าถึงปัญหาต่างๆของตนกับสมาชิกในกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มเต็มใจที่จะมี
ส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนประเมินจากทำทิสนใจในกิจกรรม และบอกว่าเข้าร่วม
กิจกรรมด้วยความเต็มใจ เข้าใจวัตถุประสงค์ของโปรแกรมว่าช่วยให้สามารถลดอาการรุนแรงของ
โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 2 สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกวัตถุประสงค์ของโปรแกรม
ฯ ขั้นตอนวิธีการทำกลุ่ม ระยะเวลา สถานที่การเข้าร่วมกลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้า
ร่วมกิจกรรม สมาชิกสามารถทวนกลับวัตถุประสงค์ของโปรแกรมฯ ขั้นตอนวิธีการทำกลุ่ม
ระยะเวลา สถานที่การเข้าร่วมกลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกข้อ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 3 สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกความหมายของโรค อาการ อากาเรื่อน ปัจจัยกระตุ้น โดยผู้ป่วยเล่าถึงอาการของตน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการที่สำคัญ ได้แก่ หงุดหงิดมาก พุดมาก ร่าเรึงผดปกติ จากการประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจากใบงานและการตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้เดิมเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังตัวอย่างคำพูดสมาชิกบางราย ต่อไปนี้

“โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คือ หงุดหงิดง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลงบ่อย ใช้เงินเก่ง ช่วงที่อาการซึมเศร้า คือ เบื่อหน่าย รู้สึกตนเองไร้ค่า นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง คิดอยากตาย ช่วงที่มีอาการคลุ้มคลั่ง คือ อารมณ์หงุดหงิดมากเกินปกติ พุดมาก หรือพุดไม่หยุด สาเหตุที่ตนเองป่วยมาจากผดหวังเรื่องความรัก ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการรุนแรง คือ ความเครียด”

“โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คือ มีอาการเบื่อหน่ายคนอื่นที่เขาทำไม่ถูกใจ หงุดหงิดง่าย อาการซึมเศร้า คือ เบื่อหน่าย รู้สึกตนเองไร้ค่า นอนไม่หลับเบื่ออาหาร คิดอยากตาย ช่วงที่มีอาการคลุ้มคลั่ง คือ อารมณ์หงุดหงิดมากเกินปกติ มีพลัง มีกิจกรรม วอกแวก สนใจไปทุกสิ่งทุกอย่าง โครงการต่างๆ มากมาย พุดมาก หรือพุดไม่หยุด สาเหตุที่ตนเองป่วยมาจากความเครียด ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการรุนแรง คือ นอนไม่หลับ”

“โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คือ คนที่หงุดหงิดง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลงบ่อย ใช้เงินเก่งมีอาการซึมเศร้า คือ เบื่อหน่าย รู้สึกตนเองไร้ค่า เป็นภาระ นอนไม่หลับเบื่ออาหาร คิดอยากตาย ช่วงที่มีอาการคลุ้มคลั่ง คือ อารมณ์หงุดหงิดมากเกินปกติ มีพลัง มีกิจกรรม วอกแวก สนใจไปทุกสิ่งทุกอย่าง โครงการต่างๆ มากมาย พุดมาก หรือพุดไม่หยุด สาเหตุที่ตนเองป่วยมาจากความเครียดในครอบครัว ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการรุนแรง คือ นอนไม่หลับ คิดมาก”

“โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คือ คนอารมณ์ไม่ปกติ เคยมีอาการซึมเศร้า คือ เบื่อหน่าย รู้สึกตนเองไร้ค่า ความสนใจหรือความเพลินใจในสิ่งต่างๆ ลดลงอย่างมาก เป็นภาระ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร สมาธิลดลง คิดอยากตาย ช่วงที่มีอาการคลุ้มคลั่ง คือ อารมณ์หงุดหงิดมากเกินปกติ มีพลัง มีกิจกรรม โครงการต่างๆ มากมาย พุดมาก หรือพุดไม่หยุด สาเหตุที่ตนเองป่วยมาจากสมองได้รับกระทบกระเทือน ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการรุนแรง คือ เครียดคิดมาก”

“โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คือ คนป่วยทางด้านอารมณ์แปรปรวน คือเวลาเศร้า จะคิดมาก มีหูแว่ว หงุดหงิด บางครั้งก็ร่าเรึงอย่างมาก มีอาการซึมเศร้า คือ เบื่อหน่าย รู้สึกตนเองไร้ค่า เป็นภาระ นอนไม่หลับเบื่ออาหาร ผอมลง คิดอยากตาย ช่วงที่มีอาการคลุ้มคลั่ง คือ อารมณ์หงุดหงิดมากเกินปกติ ต้องการนอนลดลง มีพลัง มีกิจกรรม วอกแวก สนใจไปทุกสิ่งทุกอย่าง โครงการต่างๆ มากมาย พุดมาก หรือพุดไม่หยุด สาเหตุที่ตนเองป่วยมาจากความเครียด ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการรุนแรง คือ นอนไม่หลับ”

ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับความรู้พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวทำแบบประเมินความรู้ เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์ทุกคน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 4 สมาชิกในกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการจัดการกับอารมณ์ ได้แก่ ไม่นอนดึก ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ฟังเพลง ดูละคร รับประทานยาตามแพทย์สั่ง จากการประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ จากใบงานและการตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้เดิมเรื่องการจัดการ ดังตัวอย่างคำพูดสมาชิกบางราย ต่อไปนี้

“การจัดการอารมณ์กลุ่มครั้งที่เคยปฏิบัติ คือ ฟังเพลง ดูหนัง การจัดการอาการซึมเศร้าที่เคยปฏิบัติ คือ อยู่คนเดียว ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลจัดการกับอาการผู้ป่วยคือ ช่วยให้ออกกำลังกาย”

“การจัดการอารมณ์กลุ่มครั้งที่เคยปฏิบัติ คือ ฟังเพลง ร้องคาราโอเกะ การจัดการอาการซึมเศร้าที่เคยปฏิบัติ คือ ทำงานประจำให้ลืมเรื่องเศร้าๆ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลจัดการกับอาการผู้ป่วยคือ ช่วยให้ออกกำลังกาย ไม่เคยขัดใจ”

“การจัดการอารมณ์กลุ่มครั้งที่เคยปฏิบัติ คือ กินยาแล้วนอน การจัดการอาการซึมเศร้าที่เคยปฏิบัติ คือ ดูทีวี ฟังเพลง ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลจัดการกับอาการผู้ป่วยคือ ช่วยทำงานบ้าน”

“การจัดการอารมณ์กลุ่มครั้งที่เคยปฏิบัติ คือ อาบน้ำ การจัดการอาการซึมเศร้าที่เคยปฏิบัติ คือ นอน ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลจัดการกับอาการผู้ป่วยคือ พูดให้เลิกคิดมาก”

“การจัดการอารมณ์กลุ่มครั้งที่เคยปฏิบัติ คือ กินยา หนีไปไม่ยอมเจอคนที่ไม่ชอบ การจัดการอาการซึมเศร้าที่เคยปฏิบัติ คือ เข้าวัด ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลจัดการกับอาการผู้ป่วยคือ ช่วยพูดให้เราใจเย็นลง”

ประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ได้รับความรู้พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวทำแบบประเมินความรู้ เรื่องการดูแลตนเองอย่างถูกวิธีและการจัดการกับอาการที่ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์ทุกคน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 5 สมาชิกในกลุ่มเข้าใจการบันทึกตารางอารมณ์ และสามารถบันทึกสมุดบันทึกอารมณ์ได้ถูกต้อง พบว่าการทำสมุดบันทึกอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับอารมณ์ได้ และฝึกการบันทึกสมุดบันทึกอารมณ์ได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 6 เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สรุปลักษณะและเน้นย้ำการทำกรบ้าน ดังตัวอย่างคำพูดสมาชิกบางราย ต่อไปนี้

“เป็นกิจกรรมที่ดีได้มาพบเพื่อนๆที่ป่วยเหมือนกัน”

“ได้ความรู้ และสนุกด้วย ได้เจอเพื่อนเยอะ คราวหน้าจะมาอีก”

“ป่าเพิ่งรู้ว่า โรคที่ถูกเป็นมันทำให้ใช้เงินเปลืองคิดว่ามันเกร มาฟังวันนี้ก็ได้ความรู้เยอะมาก”

“จะกลับไปทำเป็นการบ้านทุกวัน”

“จะช่วยเตือนให้ลูกทำการบ้าน เพราะเค้าจี้เกียจ”

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องยากกับผู้ป่วยและครอบครัว เรื่องการรักษาด้วยยา การสังเกตและจัดการกับผลข้างเคียง ในกิจกรรมนี้ประกอบไปด้วยการดำเนินการให้ความรู้เรื่องยา แนวทางการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ฝึกทักษะการจัดการด้วยตนเอง โดยมีครอบครัวดูแลช่วยเหลือ และอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานยาต่อความรุนแรงของอาการ ซึ่งให้เห็นถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการจัดการกับปัญหาต่างๆ เมื่อเกิดจากผลข้างเคียงจากยาผู้ป่วยจะเกิดความรู้ความเข้าใจและมีสมรรถนะในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษา

ผู้วิจัยขอสรุปผลการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมแต่ละข้อ ดังนี้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 1 สมาชิกในกลุ่มเกิดความตระหนักและสามารถจัดการกับอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ ทบทวนการบ้าน จากกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยกลับไปสำรวจอารมณ์ของตนเองพร้อมบันทึกลงสมุดบันทึกอารมณ์ของตนเองวันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 1 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยทุกคนสามารถบันทึกสมุดบันทึกอารมณ์ได้ถูกต้องและครบทุกวัน ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอารมณ์ตนเองและมีวิธีการจัดการที่เหมาะสมประเมินจากตัวอย่างประโยคที่ผู้ป่วยเขียนในใบงานการบ้านและตั้งตัวอย่างคำพูดสมาชิกบางราย ต่อไปนี้

“บันทึกอารมณ์ได้ 9 คะแนน คือ มีอารมณ์ดีกว่าปกติ ระดับปานกลาง สาเหตุมาจากนอนไม่หลับ เพราะเครียดเรื่องทำแหวนหาย คลายเครียดโดยการเล่าระบายให้สามีฟัง”

“บันทึกอารมณ์ได้ 8 คะแนน คือ มีอารมณ์ดีกว่าปกติ ระดับปานกลาง สาเหตุมาจากหงุดหงิดเรื่องเพื่อนบ้านทำเสียงดัง วิธีจัดการโดยการอยู่ในบ้านหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า”

“บันทึกอารมณ์ได้ 3 คะแนน คือ มีอารมณ์เศร้ากว่าปกติ ระดับปานกลาง สาเหตุมาจากกังวลเรื่องตงงาน คลายเครียดโดยการไปเดินตลาดนัด”

“บันทึกอารมณ์ได้ 4 คะแนน คือ มีอารมณ์เศร้ากว่าปกติ ระดับปานกลาง สาเหตุมาจากแม่จู้จี้บ่น คลายเครียดโดยการร้องคาราโอเกะ”

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 2 สมาชิกในกลุ่มบอกถึงความสำคัญของการรับประทานยา ประโยชน์ของยา วิธีการรับประทานยาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ป่วยเล่าถึงการรับประทานยาของตน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง แต่มีผู้ป่วยบางรายลืมรับประทานยา และส่วนใหญ่ไม่ทราบการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเทียม จากการประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจากใบงานและการตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้เดิมเรื่องยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังตัวอย่างคำพูดสมาชิกบางราย ต่อไปนี้

“ยาช่วยให้ควบคุมอารมณ์หงุดหงิดได้ ไม่ฟุ้งซ่าน บังคับที่ทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง จากทำธุระจนลืม วิธีที่ช่วยให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องคือคูนาฬิกา หากขากยาจะทำให้ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ”

“ยาจิตเวช ช่วยควบคุมอารมณ์ของเราให้ปกติ บังคับที่ทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่องคือลืม วิธีที่ช่วยให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องคือกินก่อนนอน ถ้าได้ยาเทียมต้องดื่มน้ำมากๆ หากขากยาจะทำให้นอนไม่หลับ”

“ยาช่วยให้หายจากอาการซึมเศร้า วิธีที่ช่วยให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องคือตั้งเวลาปลุกไว้ หากขากยาจะทำให้อารมณ์แปรปรวน”

“ยาช่วยรักษาอาการป่วยทางจิต บังคับที่ทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่องคือคิดว่าตนหายแล้ว วิธีที่ช่วยให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องคือห้ามลืม หากขากยาจะทำให้อาการกำเริบ”

“ยาจิตเวช ช่วยควบคุมอารมณ์ของเราให้ปกติ ลดอาการหูแว่ว นอนไม่หลับ ตัวแข็ง บังคับที่ทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่องคือมีลูก วิธีที่ช่วยให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องคือกินก่อนนอน ถ้าได้ยาเทียมต้องดื่มน้ำมากๆ หากขากยาจะทำให้นอนไม่หลับ อาการกำเริบ”

ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับความรู้พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวทำแบบประเมินความรู้ เรื่องยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์ทุกคน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 3 สมาชิกในกลุ่มมีความรู้ในการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้ โดยผู้ป่วยเล่าถึงการจัดการกับอาการข้างเคียงของตน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยมีอาการมือสั่น ตัวแข็ง หิวบ่อย และง่วงซึม และส่วนใหญ่ไม่ทราบการจัดการกับอาการข้างเคียง จากการประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจากใบงานและการตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้เดิมเรื่องยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังตัวอย่างคำพูดสมาชิก ต่อไปนี้

“เคยมีอาการ คือ ง่วงซึม วิธีการจัดการ คือ ไปคุยกับเพื่อนๆ”

“เคยมีอาการ คือ มีน้้ำหน้ามือ โดยเฉพาะเวลาลุกเร็วๆ วิธีการจัดการ คือ ทรงตัวให้อยู่ก่อนลุกขึ้น”

“เคยมีอาการ คือ ตัวแข็ง คอแข็ง กลืนน้ำลายลำบาก วิธีการจัดการ คือ ไปหาหมอ”

“เคยมีอาการ คือ ง่วงซึม วิธีการจัดการ คือ นอน”

“เคยมีอาการ คือ หิวบ่อย กินเก่ง น้ำหนักขึ้น วิธีการจัดการ คือ ตักข้าวน้อยๆ”

ประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวชได้รับความรู้พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวทำแบบประเมินความรู้ เรื่องการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวชอย่างถูกวิธี กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์ทุกคน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 4 สมาชิกในกลุ่มสามารถจัดได้ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง และผู้ป่วยเกิดความตระหนักเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จากการประเมินการจดจำเองของผู้ป่วย โดยให้ครอบครัวช่วยตรวจสอบความถูกต้อง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จดจำได้อย่างถูกต้อง มีบางรายที่จดจำผิดแต่ครอบครัวสามารถตรวจสอบพบและแก้ไขให้ได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 5 เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สรุปกิจกรรมและเน้นย้ำการทำกรบ้าน ดังตัวอย่างคำพูดสมาชิก ต่อไปนี้

“สนุกได้ความรู้เรื่องยา และจะเอากล่องจดยาไปทำที่บ้าน”

“ดี ชอบ อยากมาทำกิจกรรมทุกวันเลย”

“ป่าเพิ่งรู้ว่าโรคที่ลูกเป็นมันทำให้ใช้เงินเปลืองคิดว่ามันเกร มาฟังวันนี้ก็ได้ความรู้เยอะมาก”

“เพิ่งรู้ว่าอาการข้างเคียงจากยา กับอาการแพ้ยากัน”

“ยาทำให้หิวบ่อย กินเก่งขึ้น จะพยายามเลือกทานอาหารที่ให้พลังงานไม่สูง”

“กินยาแล้วอ้วงมาก ก็รีบสักครึ่ง ถึงหนึ่งชั่วโมง”

“กลับบ้านจะลองสังเกตอาการข้างเคียงตามที่คุณพยาบาลบอก และบันทึกลงในสมุดบันทึกอาการ”

กิจกรรมที่ 3 ประเมินการแสดงอารมณ์ในครอบครัว ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหสัมพันธ์และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม และการขอให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจ ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับรู้เกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม และฝึกครอบครัวและผู้ป่วยให้ใช้การสื่อสารอย่างเปิดเผยทั้งในฐานะผู้พูด และผู้ฟัง การสื่อสารที่ลดการกล่าวโทษ ดำหนดิเตียน ฝึกสังเกตสีหน้า ท่าทางใช้การแสดงบทบาทสมมติและการแสดงย้อนกลับ ฝึกการแก้ไขปัญหใน

ครอบครัวโดยสอนการลดความขัดแย้งและมอบหมายการบ้าน การชักชวนในเชิงบวกให้สมาชิกในครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจ นำเสนอการแก้ปัญหาด้วยการใช้ structured role-playing โดยผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันฝึก กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัวได้ฝึกการสื่อสารที่ชัดเจนและฝึกการลดความขัดแย้งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยขอสรุปผลการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมแต่ละข้อ ดังนี้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 1 สมาชิกในกลุ่มตระหนักถึงการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้ ทบทวนการบ้าน จากกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยกลับไปสำรวจอาการข้างเคียงจากยาของตนเองพร้อมบันทึกลงสมุดบันทึกอารมณ์ของตนเองวันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 1 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยทุกคนสามารถบันทึกสมุดบันทึกอารมณ์ได้ถูกต้องและครบทุกวัน ทำให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงอาการข้างเคียงจากยาตนเองและมีวิธีการจัดการที่เหมาะสม ประเมินจากตัวอย่างประโยคที่ผู้ป่วยเขียนในใบงานการบ้านและดังตัวอย่างคำพูดสมาชิกบางรายต่อไปนี้

“บันทึกอารมณ์ได้ 6 คะแนน คือ มีอารมณ์ดีกว่าปกติ ระดับน้อย สาเหตุมาจากนอนไม่หลับ เพราะเครียดเรื่องทำแหวนหาย คลายเครียดโดยการไปหาร่างทรง รับประทานยาครบทุกมื้อ ไม่มีอาการข้างเคียงจากยา”

“บันทึกอารมณ์ได้ 8 คะแนน คือ มีอารมณ์ดีกว่าปกติ ระดับปานกลาง สาเหตุมาจากโกรธที่สามีชอบดื่มเหล้าแล้วอาละวาด วิธีจัดการ โดยการหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า รับประทานยาครบทุกมื้อ ไม่มีอาการข้างเคียงจากยา”

“บันทึกอารมณ์ได้ 2 คะแนน คือ มีอารมณ์เศร้ากว่าปกติ ระดับปานกลาง สาเหตุมาจากกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว คลายเครียดโดยการปลูกต้นไม้ รับประทานยาครบทุกมื้อ มีอาการข้างเคียงจากยาก็คือ ปากแห้ง จัดการ โดยดื่มน้ำมากๆ หรืออมน้ำแข็ง”

“บันทึกอารมณ์ได้ 1 คะแนน คือ มีอารมณ์เศร้ากว่าปกติ ระดับปานกลาง สาเหตุมาจากลูกทะเลาะกันในบ้าน คลายเครียดโดยการปลูกต้นไม้ ลืมทานยา 1 วันเนื่องจากไปเฝ้าลูกป่วยที่โรงพยาบาล”

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 2 สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพได้ โดยผู้ป่วยเล่าการสื่อสารของตน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพูดไม่ไพเราะ ไม่อยากฟังผู้อื่นพูด จากการประเมินการฝึกทักษะการแก้ไขปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม และการขอให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจ เริ่มจากให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร รวมถึงปัญหาในการสื่อสารกับผู้อื่น พบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีปัญหาในการ

ติดต่อสื่อสารที่สำคัญได้แก่ การไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อมีเรื่องไม่เข้าใจกับผู้อื่นหรือเรื่องทะเลาะเบาะแว้ง ทำให้ใช้คำพูดรุนแรงหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว ดังตัวอย่างคำพูดสมาชิกบางราย ต่อไปนี้

“ทะเลาะกับแฟน ผมโมโหไล่เค้าออกจากบ้าน แล้วก็เอาของในบ้านปาใส่เค้า”

“คนข้างบ้านชอบทำเสียงดัง เลยออกไปด่าเขาเลย”

บางคนมีปัญหาไม่กล้าสื่อสารบอกความต้องการ ไม่กล้าปรึกษา หรือไม่กล้าขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เนื่องจากรู้สึกว่าคุณอื่นไม่เข้าใจ และรังเกียจตน ดังตัวอย่างคำพูดสมาชิกบางราย ต่อไปนี้

“ตั้งแต่ป่วยมา ไม่กล้าพูดกับเพื่อนบ้านเลยซักครั้ง กลัวเค้าว่าเราบ้า”

“มีเรื่องอะไรก็ไม่ค่อยบอกใคร แม่ไม่เข้าใจ บอกไปก็คิดว่าเราโกหก”

จากการให้ความรู้เรื่องการสื่อสาร พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องความสำคัญ และประโยชน์ของการสื่อสาร แนวทางการติดต่อสื่อสารและการแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดสมาชิกบางราย ต่อไปนี้

“จะไปขอโทษ คนที่เราทำผิดต่อเค้าไว้ละ”

“ผมระแวงคนอื่น ทำให้ผมไม่กล้ามองหน้าสบตาใครเลยครับ ผมจะลองพูดกับเพื่อนบ้านดู”

ฝึกทักษะการสื่อสาร โดยให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมติฝึกทักษะการสื่อสาร พบว่าผู้ป่วยทุกคนให้ความร่วมมือ ทุกคนสามารถแสดงบทบาทสมมติได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่าง

1. เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยแสดง คือ แม่ไม่อนุญาตให้คุณไปเที่ยวนอกบ้านในวันหยุด ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถแสดงบทบาททักษะการสื่อสารได้เหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดสมาชิกบางราย ต่อไปนี้

ผู้ป่วย: “แม่ผมขอไปเที่ยวงานวัดเด้อ”

แม่: “บ่ นอนอยู่บ้านนี้หละบ่เสียเงิน”

ผู้ป่วย: “ครับแม่ นอนฟังเพลงอยู่บ้านก็ได้”

2. เหตุการณ์ที่ผู้ดูแลหลักแสดง คือ ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถแสดงบทบาททักษะการสื่อสารได้เหมาะสม โดย

แม่: “ไปโกรธใครมา”

ผู้ป่วย: “โกรธเพื่อนมัน ไม่ยอมให้ยืมซีดีเพลง”

แม่: “ช่างเค้าเถอะ เดียวเราเก็บเงินไปซื้อเองก็ได้ หรือ ไม่งั้นก็ฟังเอฟเอ็มเอา”

ผู้ป่วย: “ครับ”

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 4 สมาชิกในกลุ่มสามารถแสดงการขอให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจได้ ดังตัวอย่างคำพูดสมาชิกบางราย ต่อไปนี้

1. เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยแสดง คือ ขอร้องให้ช่วยคุณปลูกต้นไม้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถแสดงบทบาททักษะการสื่อสารได้เหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดสมาชิกบางราย ต่อไปนี้

ผู้ป่วย: “ช่วยฉันยกกระถางต้นไม้หน่อย จะเอามาเปลี่ยนดิน”

สามี: “ได้จ้ะ”

ผู้ป่วย: “ขอบคุณจ้ะ”

2. เหตุการณ์ที่ผู้ดูแลหลักแสดง คือ ขอร้องให้ช่วยปิดหรือเบาเสียงวิทยุ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถแสดงบทบาททักษะการสื่อสารได้เหมาะสมดัง ตัวอย่างคำพูดสมาชิกบางราย ต่อไปนี้

แม่: “ลูกเอ๊ย เบาเสียงเพลงหน่อย”

ผู้ป่วย: “ฟังคังๆมันค่อยสนุกนะแม่”

แม่: “มันเสียงคังเกิน รบกวนเพื่อนบ้านนะลูก”

ผู้ป่วย: “จ้ะ เบาลงก็ได้”

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 5 เพื่อให้ผู้ป่วยมีการสื่อสารที่ดี และมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สรุปลักษณะและเน้นย้ำการทำการบ้าน ดังตัวอย่างคำพูดสมาชิกบางราย ต่อไปนี้

“ต่อไปจะพูดดีกับพ่อแม่ค่ะ”

“ต่อไปจะเข้าใจลูกมากขึ้น พูดกับลูกดีดี”

“จิตใจที่วันนี้แม่คุยด้วยดี ไม่ทะเลาะกัน อยากให้แม่เข้าใจเราอย่างนี้ทุกวัน”

“จะเอากลับไปทำเป็นการบ้าน”

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการฟังการพูดคุยแลกเปลี่ยนเชิงบวก และพัฒนาการยอมรับผู้อื่นในกิจกรรมนี้ประกอบไปด้วยการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการแสดงอารมณ์ในครอบครัว ส่งเสริมและฝึกการตอบสนองเชิงบวก ฝึกด้วยการใช้ structured role-playing โดยผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันฝึก ให้ครอบครัวกลับไปไตร่ตรองแนวทางการแก้ปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์เป็นการบ้านแล้วนำกลับมาเสนอในการพบกับผู้วิจัยในครั้งต่อไป มีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มฝึกการพูดคุยแลกเปลี่ยนในเชิงบวก ลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันอย่างรุนแรง

ผู้วิจัยขอสรุปผลการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมแต่ละข้อ ดังนี้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 1 สมาชิกในกลุ่มสามารถแสดงการขอให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจได้ ทบทวนการบ้าน จากกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยกลับไปฝึกสื่อสารเรื่องราวที่ขอร้องกับครอบครัว ของตนเองพร้อมบันทึกลงสมุดบันทึกอารมณ์ของตนเองวันละ 1 ครั้งเป็นเวลา

1 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยทุกคนสามารถบันทึกสมุดบันทึกอารมณ์ได้ถูกต้องและครบทุกวัน ทำให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงการนำการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพไปใช้ จากตัวอย่างประโยคที่ผู้ป่วยเขียนในใบงานการบ้านและดึงตัวอย่างคำพูดสมาชิกบางราย ต่อไปนี้

“บันทึกอารมณ์ได้ 7 คะแนน คือ มีอารมณ์ดีกว่าปกติ ระดับน้อย สาเหตุมาจากคิดมากเรื่องลูกป่วย คลายเครียดโดยการพาออกไปหาหมอ เรื่องราวที่ฝึกขอร้องกับครอบครัว เช่น ขอให้สามีย่ำทำอะไรมากๆ เข้า อยากให้ทำอะไรร้อยอย่างคล่องแคล่ว ตัวอย่างคำพูดเช่น พี่ปรับแต่งตัวหน่อยนะจะรีบพาออกไปหาหมอ”

“บันทึกอารมณ์ได้ 6 คะแนน คือ มีอารมณ์ดีกว่าปกติ ระดับน้อย สาเหตุมาจากโกรธที่สามีไม่พาไปบ้านแม่ วิถีจัดการโดยการไปเอง เรื่องราวที่ฝึกขอร้องกับครอบครัว เช่น ขอให้สามี เลิกเหล้า ตัวอย่างคำพูดเช่น กินเหล้าหน่อยๆ หน่อยนะ เสียหายเงิน เก็บเงินไว้ส่งลูกเรียนดีกว่า”

“บันทึกอารมณ์ได้ 2 คะแนน คือ มีอารมณ์เสื่กว่าปกติ ระดับปานกลาง สาเหตุมาจากกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว คลายเครียดโดยการหางานรับจ้างทำความสะอาด เรื่องราวที่ฝึกขอร้องกับครอบครัว เช่น อยากให้ลูกตั้งใจเรียนไม่เกเร ตัวอย่างคำพูดเช่น ลูกตั้งใจเรียนนะ”

“บันทึกอารมณ์ได้ 2 คะแนน คือ มีอารมณ์เสื่กว่าปกติ ระดับปานกลาง สาเหตุมาจากลูกบ่นว่า คลายเครียดโดยกินยาแล้วนอนหลับ เรื่องราวที่ฝึกขอร้องกับครอบครัว เช่น ไม่อยากให้ลูกทะเลาะกัน ตัวอย่างคำพูดเช่น อย่าเถียงกันเลย แม่ขอร้อง”

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 2 สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกการสร้างสัมพันธภาพได้

สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกบอกการสร้างสัมพันธภาพที่ดีได้ถูกต้องทุกข้อดึงตัวอย่างคำพูดสมาชิกบางราย ต่อไปนี้

“พูดจาไม่หยาบคาย”

“พูดแต่เรื่องดี”

“ยิ้ม ทักทายเพื่อนบ้านอย่างจริงใจ”

ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ เริ่มจากให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพ รวมถึงปัญหาในการสื่อสารกับผู้อื่น พบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพ ได้แก่ การพูดมาก ไม่ค่อยฟังผู้อื่น พูดไม่ตรงกับความรู้สึก ดึงตัวอย่างคำพูดสมาชิกบางราย ต่อไปนี้

“ไม่มีใครเข้าใจ ไม่ค่อยมีใครอยากฟังที่เราพูด”

“เมื่อบ้านไม่ได้อยากอยู่บ้าน ไม่อยากเจอใคร”

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 3 สมาชิกในกลุ่มสามารถแสดงการฟังที่ดีได้ โดยรับฟังคู่สนทนาจนจบเรื่องแล้วจึงค่อยซักถามหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ไม่พูดแทรก ไม่พูดนอกประเด็น และตั้งใจรับฟังเป็นอย่างดี

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 4 สมาชิกในกลุ่มสามารถแสดงการพูดคุยแลกเปลี่ยนเชิงบวกได้ ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ โดยให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมติฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ พบว่าผู้ป่วยทุกคนให้ความร่วมมือ ทุกคนสามารถแสดงบทบาทสมมติได้อย่างเหมาะสม ตัวอย่างเช่น

1. เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยแสดง คือ แม่ทำอาหารเข้าให้คุณรับประทานทุกเช้าก่อนไปทำงาน ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแสดงบทบาททักษะการสื่อสารได้เหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดสมาชิกบางราย ต่อไปนี้

ผู้ป่วย: “แม่ทำกับข้าวอร่อยจัง”

แม่: “กินเยอะๆนะลูก จะได้มีแรงทำงาน”

ผู้ป่วย: “ครับแม่”

2. เหตุการณ์ที่ครอบครัวแสดง คือ ลูกช่วยคุณทำงานบ้าน ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแสดงบทบาททักษะการสื่อสารได้เหมาะสม โดย

แม่: “กวาดบ้านช่วยแม่หน่อย”

ผู้ป่วย: “เดี๋ยว”

แม่: “กวาดบ้านช่วยแม่หน่อย เดี่ยวแม่จะรีบไปทำกับข้าวให้กิน จะได้รีบกินยาไง”

ผู้ป่วย: “ครับ”

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 5 เพื่อให้ผู้ป่วยมีการฝึกการฟังพูดคุยเชิงบวก และดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สรุปลักษณะและเน้นย้ำการทำการบ้าน ตัวดังตัวอย่างคำพูดสมาชิก ต่อไปนี้

“ต่อไปจะไม่บ่นลูก”

“ต่อไปพูดกับภรรยาดี เรื่องที่ไม่ชอบก็จะไม่เอามาพูด”

“ฝึกพูดวันนี้แล้วสบายใจดี”

กิจกรรมที่ 5 ฝึกเทคนิคการจัดการความเครียด ใช้อารมณ์ขันให้เป็นประโยชน์ ในกิจกรรมนี้ได้ฝึกวิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เช่น ฝึกการผ่อนคลายความเครียดที่ถูกต้อง รวมถึงการฝึกให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดทักษะในการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และมีแนวทางในการจัดการความเครียด

ผู้วิจัยขอสรุปผลการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมแต่ละข้อ ดังนี้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 1 สมาชิกในกลุ่มตระหนักในการ พุดคุยแลกเปลี่ยนเชิงบวกได้ ทบทวนการบ้าน จากกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยกลับไปฝึกการสร้างสัมพันธ์ภาพ เรื่องราวที่ชื่นชอบแล้วนำมาคุยกับครอบครัว พร้อมบันทึกลงสมุดบันทึกอารมณ์ของตนเองวันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 1 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยทุกคนสามารถบันทึกสมุดบันทึกอารมณ์ได้ถูกต้องและครบทุกวัน ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการนำการสร้างสัมพันธ์ภาพ ไปใช้ จากตัวอย่างประโยคที่ผู้ป่วยเขียนในใบงานการบ้านและคำพูดของผู้ป่วย บางราย เช่น

“บันทึกอารมณ์ได้ 8 คะแนน คือ มีอารมณ์ดีกว่าปกติ ระดับปานกลาง สาเหตุมาจากคิดมากเรื่องทะเลาะกับสามี คลายเครียดโดยการไปหาเพื่อนคุย เรื่องราวที่ชื่นชอบนำฝึกพุดคุยกับครอบครัว เช่น เรื่องละครหลังข่าว ตัวอย่างคำพูดเช่น วันนี้ดูละครเรื่องนี้กันไหม สนุกดีนะ นางเอกสวยด้วย”

“บันทึกอารมณ์ได้ 6 คะแนน คือ มีอารมณ์ดีกว่าปกติ ระดับน้อย สาเหตุมาจากโกรธที่น้องสาวว่าเราบ้า วิถีจัดการโดยสวดมนต์ เรื่องราวที่ชื่นชอบนำฝึกพุดคุยกับครอบครัว เช่น เรื่องร้องเพลง ตัวอย่างคำพูดเช่น วันนี้มาร้องคาราโอเกะกันไหม”

“บันทึกอารมณ์ได้ 4 คะแนน คือ มีอารมณ์เศร้ากว่าปกติ ระดับน้อย สาเหตุมาจากกังวลเรื่องภรรยาไม่เข้าใจเรื่องทำงาน คลายเครียดโดยการเล่นกับลูก เรื่องราวที่ชื่นชอบนำฝึกพุดคุยกับครอบครัว เช่น เรื่องฟุตบอล ตัวอย่างคำพูดเช่น ลูกไปเตะบอลกับพ่อไหม”

“บันทึกอารมณ์ได้ 4 คะแนน คือ มีอารมณ์เศร้ากว่าปกติ ระดับน้อย สาเหตุมาจากเป็นหนี้ คลายเครียดโดยดูทีวี เรื่องราวที่ชื่นชอบนำฝึกพุดคุยกับครอบครัว เช่น เรื่องต้นไม้ ตัวอย่างคำพูดเช่น ต้นไม้เขียวออกดอกแล้วสวยไหม สงสัยจะมีโชค”

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 2 บอกถึงสาเหตุอาการของความเครียด และจัดการกับความเครียดได้ จากการให้ผู้ป่วยและครอบครัวทำใบงานความเครียดของตนเอง พบว่าผู้ป่วยสามารถเล่าถึงประสบการณ์ความเครียดของแต่ละคนได้ ซึ่งให้รายละเอียดของเรื่องที่เล่ามาน้อยแตกต่างกันไป สามารถสรุปสาเหตุของความเครียดที่สำคัญของผู้ป่วยในกลุ่ม คือ การทะเลาะวิวาทกับ (พ่อแม่ เพื่อน ญาติพี่น้อง บุตรหลาน คู่สมรส) ถูกวิพากษ์วิจารณ์ การอยู่กับคนน่าเบื่อ ขำร้าย หรือได้ยินเรื่องไม่ดี มีปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพ และกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียด คือ อยู่เงียบๆคนเดียว หลีกเลี้ยงสถานการณ์ ออกกำลังกาย ทำงานบ้าน เดินรำ/ร้องเพลง/ฟังเพลง พุดคุยกับคนสนิท ดูทีวี

จากการให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง พบว่าส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย และปานกลาง มีเพียงผู้ป่วย 5 คน ที่มีความเครียดอยู่ในระดับมาก ทำให้

ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงอาการแสดงของภาวะเครียดและผลกระทบของความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองมากขึ้น ประเมินจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย เช่น

“ผมมีอาการต่างๆเหล่านี้เกือบทั้งหมดเลย ไม่เคยได้สำรวจตัวเอง ว่าเราก็กี๊เครียดมาก”

“บางทีเราเครียด แต่ไม่รู้ตัวว่าเครียด ทำแบบประเมินแบบนี้ก็ตีเหมือนกัน จะได้ว่าเรากี๊เครียดมากน้อยเท่าไร”

ประเมินความรู้ความเครียดได้รับความรู้พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวทำแบบประเมินความรู้เรื่องรู้แล้วเลิกเครียด กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์ทุกคน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 3 สมาชิกในกลุ่มสามารถฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดอย่างง่ายด้วยตนเองได้ สมาชิกในกลุ่มสามารถฝึกสมาธิและการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียดได้ถูกต้อง โดยประเมินจากการฝึกซ้อมแสดงย้อนกลับ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 4 ใช้อารมณ์ขันให้เป็นประโยชน์ สมาชิกในกลุ่มสามารถทำหัวเราะบำบัดได้ถูกต้อง โดยประเมินจากการฝึกซ้อมแสดงย้อนกลับ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 5 เพื่อให้ผู้ป่วยมีการฝึกการจัดการความเครียด และดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ระบุกิจกรรมและเน้นย้ำการทำการบ้าน ตัวดังตัวอย่างคำพูดสมาชิก ต่อไปนี้

“ดีจังเลยคะ พี่รู้สึก โล่งสบาย ฝึกก็ไม่ยาก ไว้พี่ไปทำที่บ้านต่อ”

“ถ้าหัวเราะที่บ้านคนเดียวเค้าคงว่าเราบ้า แต่ถ้าเราผ่อนคลายก็ช่างคนอื่นจะว่าอะไร”

“รู้สึกผ่อนคลายดีครับ ทั้งร่างกายและสมอง”

“ไม่รู้เลยว่าหัวเราะมันก็ทำให้เราคลายเครียดได้ด้วยตัวเอง”

“วันนี้หายเครียดแล้ว”

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาทักษะการค้นหาปัญหาและการหาแนวทางแก้ไขปัญหา ระบุกิจกรรมในภาพรวมและยุติการทำกลุ่ม ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาลงสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันค้นหาปัญหาและวิธีการจัดการที่เกิดขึ้นและฝึกทักษะการหาแนวทางแก้ไขปัญหา ช่วยให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ด้วยตนเอง สอนและฝึกทักษะให้ครอบครัวและผู้ป่วยเผชิญหน้าด้วยเหตุผล กิจกรรมนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดทักษะในการแก้ไขปัญหาก็ รวมทั้งเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา

ผู้วิจัยขอสรุปผลการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมแต่ละข้อ ดังนี้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 1 สมาชิกในกลุ่มสามารถปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลาย ความเครียดและการใช้อารมณ์ขันได้ จากกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยกลับไปฝึกการผ่อนคลายความเครียด พร้อมบันทึกผลสมุดบันทึกอารมณ์ของตนเองวันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 1 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยทุกคนสามารถบันทึกสมุดบันทึกอารมณ์ได้ถูกต้องและครบทุกวัน ทำให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงการนำเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดไปใช้ จากตัวอย่างประโยคที่ผู้ป่วยเขียนในใบงานการบ้านและคำพูดของผู้ป่วย เช่น

“บันทึกอารมณ์ได้ 6 คะแนน คือ มีอารมณ์ดีกว่าปกติ ระดับปานน้อย ความเครียดมีสาเหตุมาจากคิดมากเรื่องลูกจะย้ายโรงเรียน คลายเครียดโดยการไปหาเพื่อนคุย นำเทคนิคฝึกผ่อนคลายความเครียดแล้วทำให้โล่ง สบายใจขึ้น”

“บันทึกอารมณ์ได้ 6 คะแนน คือ มีอารมณ์ดีกว่าปกติ ระดับน้อย ความเครียดมีสาเหตุมาจากโกรธที่เพื่อนบ้านเปิดเพลงเสียงดัง บริหารจัดการโดยปิดบ้านไม่ออกไปนอกบ้านหลีกเลี่ยงไม่รับรู้นำเทคนิคฝึกผ่อนคลายความเครียดแล้วทำให้สนุกดี”

“บันทึกอารมณ์ได้ 2 คะแนน คือ มีอารมณ์เศร้ากว่าปกติ ระดับปานกลาง ความเครียดมีสาเหตุมาจากกังวลเรื่องลูกติดคุก คลายเครียดโดยการทำงาน ไม่ต้องคิดอะไร กินยานอนหลับ นำเทคนิคฝึกผ่อนคลายความเครียดแล้วทำให้สบายใจ”

“บันทึกอารมณ์ได้ 4 คะแนน คือ มีอารมณ์เศร้ากว่าปกติ ระดับน้อย ความเครียดมีสาเหตุมาจากไม่ชอบแม่สามี คลายเครียดโดยไปเดินเที่ยวตลาดนัด นำเทคนิคฝึกผ่อนคลายความเครียดแล้วทำให้ลืมเรื่องทุกข์ใจ”

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 2 บอกถึงปัญหาที่ต้องการแก้ไข หาทางเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาได้ เริ่มจากให้ผู้ป่วยเล่าถึงปัญหาในชีวิตประจำวัน รวมทั้งวิธีการจัดการกับปัญหาที่ผู้ป่วยใช้ พบว่าผู้ป่วยส่วนมากมีปัญหาเรื่องการเงิน เนื่องจาก การไม่มีรายได้ การไม่มีงานทำ รายได้น้อยกว่ารายจ่าย การเป็นหนี้ในระบบ บางส่วนมีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ปัญหาครอบครัว ปัญหาจากสังคมไม่ยอมรับมองว่าเจ็บป่วยทางจิต คือรู้สึกรู้สึกว่าตนเองใช้ชีวิตเรื่อยเปื่อย ปล่อยเวลาให้ผ่านไปในแต่ละวัน โดยไม่ได้ทำประโยชน์อะไร จากการให้ความรู้ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจถึงแนวทางในการจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวันอย่างเป็นลำดับมากขึ้น ประเมินจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย เช่น

“ก่อนอื่นต้องตั้งสติให้ดี จัดลำดับความสำคัญของปัญหา”

“หาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา”

“จะนำวิธีที่เพื่อนๆบอกไปปรับแก้ไขปัญหาของตัวเองบ้าง”

พัฒนาทักษะการค้นหาปัญหาและการหาแนวทางแก้ไขปัญหา ให้ผู้ป่วยศึกษาวิดีโอการ แสดงออกต่อกันในครอบครัว แล้วร่วมกันหาแนวทางการแก้ไข ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถค้นหา ปัญหาและวางแผนการแก้ปัญหาได้ดี ประเมินจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย เช่น

“ถ้าฉันเป็นแม่ฉันจะถามลูกก่อนจะไม่ค่าลูกก่อนสอบถามความจริง”

“ถ้าฉันเป็นแม่ฉันจะมีเวลาให้กับลูกมากกว่านี้”

“ถ้าผมเป็นแม่ผมจะพยายามกลับมากินข้าวเย็นกับลูกทุกวัน”

“ถ้าป้าเป็นแม่ป้าจะพาถูกไปเที่ยว ในวันหยุด”

“ถ้าฉันเป็นเด็ฯฉันตั้งใจเรียน ไม่ตีกับเพื่อน เพราะแม่เหนื่อยที่ต้องไปทำงานหาเงิน”

“ถ้าฉันเป็นเด็ฯฉันพูดกับแม่ตามตรงให้แม่มีเวลาให้”

“ถ้าผมเป็นเด็ฯผมจะไปออกกำลังกายคลายเครียด”

ฝึกทักษะการแก้ปัญหาเป็นลำดับ โดยผู้ช่วยช่วยกันเลือกสถานการณ์ที่เป็นปัญหาใน ชีวิตประจำวันของกลุ่ม ใ้จับบทบาทสมมติในการฝึกปฏิบัติตามวิธีการที่ได้เรียนรู้ไป ผู้ที่เป็น อาสาสมัครสามารถแสดงบทบาทสมมติในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ตัวอย่างสถานการณ์ที่ กลุ่มเลือกมาแสดง ได้แก่ สถานการณ์ความเครียดจากทะเลาะกับเพื่อนบ้าน และวางแผนแก้ปัญหา โดย หาสาเหตุของปัญหา คือสุนัขของเพื่อนบ้านชอบเข้ามาอุจจาระในบ้านของเรา และชอบเปิด เพลงเสียงดังรบกวนเรา หาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาโดย วางแผนการทำรั้วใหม่ให้หนาแน่น ไม่ให้สุนัขเข้าไปได้ และหากทำเสียงดังให้พูดบอกกับเพื่อนบ้านดีดี เช่น “เธอช่วยเบาเสียงหน่อยจ๊ะ เราต้องการพักผ่อน” เป็นต้น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมข้อที่ 3 สมาชิกในกลุ่มสามารถสรุปบทเรียนที่ได้จากการเข้า ร่วมโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว ตัวตั้งตัวอย่างคำพูดสมาชิก ต่อไปนี้

“เป็นการทำกลุ่มบำบัดที่สนุกดี ได้ความรู้”

“อยากให้โรงพยาบาลมีกิจกรรมแบบนี้อีกจัง จะ ได้ช่วยเพื่อนๆคนอื่น”

“ได้ความรู้และทำให้ครอบครัวอบอุ่นขึ้น”

“อยากให้มีกิจกรรมแบบนี้บ่อยๆ ได้มาพูดคุยกับเพื่อนๆทำให้สบายใจมีความสุข”

ผู้วิจัยประเมินความรู้และการแสดงออกทางอารมณ์ในกลุ่มทดลองหลังให้โปรแกรมบำบัด ที่เน้นครอบครัวครั้งที่ 6 เสร็จสิ้นแล้ว ซึ่งการประเมินพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์ แปรปรวนสองชั่วหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 30 คิดเป็น ร้อยละ 100 และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 24 คิดเป็นร้อยละ 80 ซึ่งจัดว่าหลังการใช้โปรแกรมการบำบัด ที่เน้นครอบครัว กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80 ขึ้นไปคะแนน

เฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.33 และหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.29 และมีคะแนนเฉลี่ยผลต่างการแสดงออกทางอารมณ์เท่ากับ 6.05 คะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ในกลุ่มทดลองทั้งหมด 21 คน หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ลดลง ดังนั้นจึงถือว่าผู้ป่วยได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการวิจัยอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ

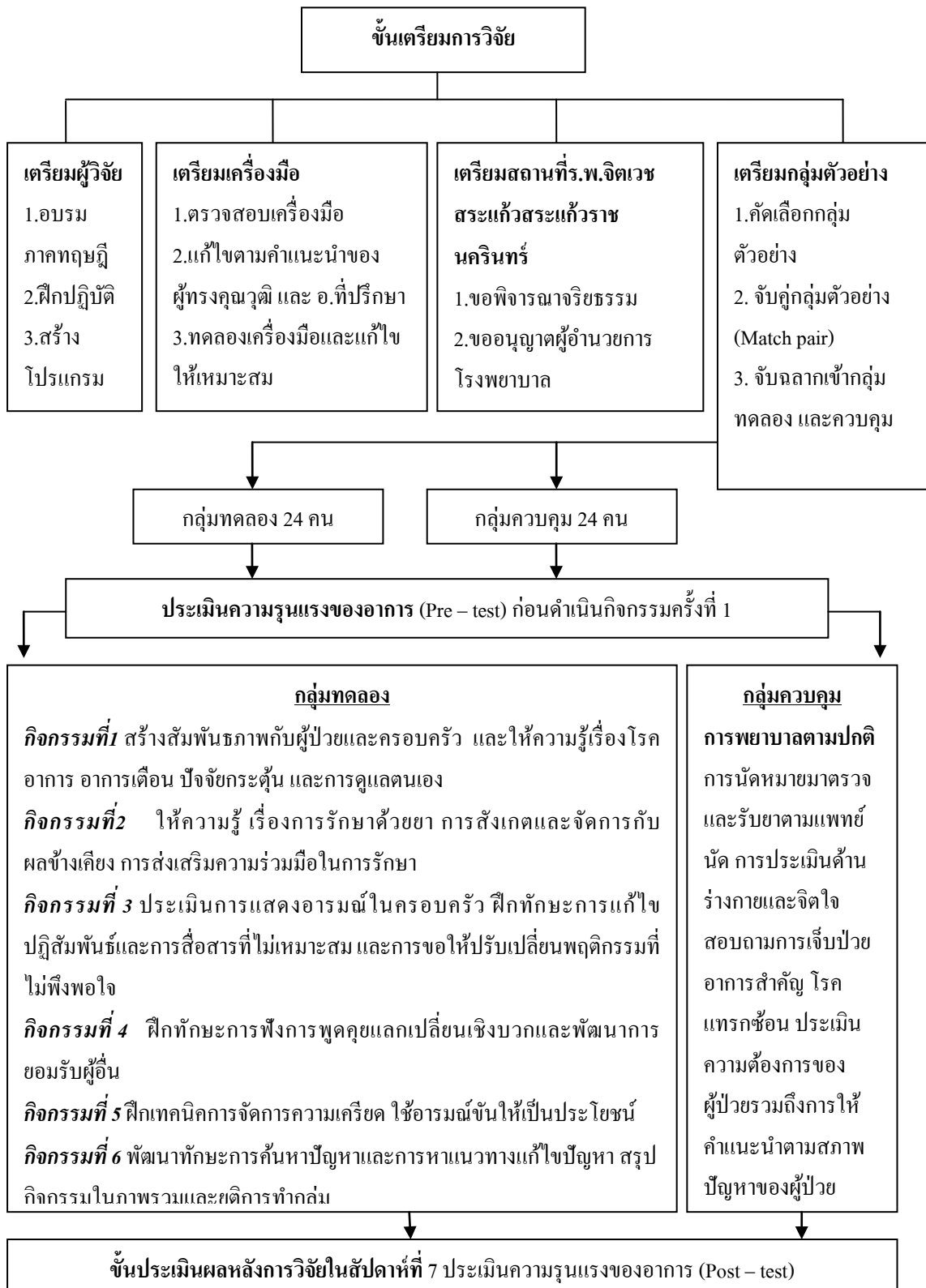
ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนการดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS)

2. หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง (Post test) โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินความรุนแรงของอาการโดยใช้เครื่องมือชุดเดิม (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS) และสำหรับกลุ่มควบคุมผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและการดูแลตนเอง พร้อมทั้งมอบคู่มือผู้ป่วยให้กับกลุ่มควบคุม

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย



4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงจำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)
3. เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)
4. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่อ ความรุนแรงในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยเปรียบเทียบความรุนแรงในผู้ป่วยโรค อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสอง ขั้วตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับ บริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ทั้งชายและหญิง อายุ 19-59 ปี โดยได้จากการสุ่มแบบเจาะจง พิจารณาจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้ จำนวน 44 คน ซึ่ง ถูกจับคู่ (Matched-pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องเพศ คะแนนของภาวะซึมเศร้า และ คะแนนภาวะคลุ้มคลั่ง การใช้ยาหรือไม่ใช้ยาอารมณ์คงที่ (Mood stabilizers) /ยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotic drug) ถูกสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน โดยมีการวัดอาการ ทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียด ตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ทั้ง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มที่ ได้รับ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวจำนวน 22 คน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติจำนวน 22 คน มีข้อมูลส่วนบุคคลดังตารางที่ 6

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=22)		กลุ่มทดลอง (n=22)		รวม (n=44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	4	18.2	4	18.2	8	18.2
หญิง	18	81.8	18	81.8	36	81.8
อายุ						
21 - 30 ปี	4	18.2	4	18.2	8	18.2
31 - 40 ปี	3	13.6	5	22.7	8	18.2
41 - 50 ปี	6	27.3	6	27.3	12	27.3
51 - 60 ปี	9	40.9	7	31.8	16	36.3
สถานภาพ						
โสด	2	9.1	-	-	2	4.5
คู่	14	63.6	15	68.2	29	65.9
หม้าย/หย่า	6	27.3	7	31.8	13	29.5
ร้าง/แยก						
ศาสนา						
พุทธ	21	95.5	22	100	43	97.7
คริสต์	1	4.5	-	-	1	2.3
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	9	40.9	12	54.5	21	47.7
มัธยมศึกษา	8	36.4	4	18.2	12	27.3
ตอนต้น						

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=22)		กลุ่มทดลอง (n=22)		รวม (n=44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษา						
ตอนปลาย	5	22.7	6	27.3	11	25
อาชีพ						
งานบ้าน	6	27.3	11	50	17	38.6
รับจ้าง	7	31.8	3	13.6	10	22.7
ค้าขาย	2	9.1	3	13.6	5	11.4
เกษตรกรรม	7	31.8	5	22.7	12	27.3
รายได้						
เพียงพอ	8	36.4	9	40.9	17	38.6
ไม่เพียงพอ	14	63.6	13	59.1	27	61.4
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วย โรคอารมณ์แปรปรวน สองขั้ว						
1 - 10 ปี	18	81.8	17	77.3	35	79.5
11 - 20 ปี	3	13.6	5	22.7	8	18.2
21 - 30 ปี	1	4.5	-	-	1	2.3
จำนวนครั้งที่ป่วยรุนแรง						
1-2 ครั้ง	10	45.5	7	31.8	17	38.6
3-4 ครั้ง	7	31.8	13	59.1	20	45.5
มากกว่า 5 ครั้ง	5	22.7	2	9.1	7	15.9
จำนวนครั้งที่นอน โรงพยาบาล						
1-2 ครั้ง	14	63.6	10	45.5	24	54.5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=22)		กลุ่มทดลอง (n=22)		รวม (n=44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3-4 ครั้ง	6	27.3	10	45.5	16	36.4
มากกว่า 5 ครั้ง	2	9.1	2	9.1	4	9.1

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.8 มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.9 มีสถานภาพคู่ร้อยละ 63.6 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.5 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 40.9 อาชีพเกษตรกรกรรมและรับจ้าง ร้อยละ 31.8 รายได้ไม่พอใช้ ร้อยละ 63.6 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอยู่ในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 81.8 จำนวนครั้งที่เจ็บป่วยรุนแรง 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 45.5 จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 63.6

ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เช่นกัน คิดเป็น ร้อยละ 81.8 มีอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.8 สถานภาพคู่ร้อยละ 68.2 นับถือศาสนาพุทธทุกคน ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 54.5 อาชีพงานบ้าน ร้อยละ 50 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 59.1 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอยู่ในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 77.3 จำนวนครั้งที่ป่วยรุนแรง 3 - 4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 59.1 จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล 1-2 ครั้ง และ 3-4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 45.5

โดยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 81.8 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51 - 60 ปี ร้อยละ 36.3 สถานภาพคู่ ร้อยละ 65.9 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.7 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 47.7 อาชีพงานบ้าน ร้อยละ 38.6 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 61.4 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอยู่ในช่วง 1- 10 ปี ร้อยละ 79.5 จำนวนครั้งที่เจ็บป่วยรุนแรง 3- 4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 45.5 จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล 1 -2 ครั้ง ร้อยละ 54.5

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว (n1 = n2 = 22)

ความรุนแรงของ อาการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{D}	SD _d	df	t
กลุ่มควบคุม							
ก่อนทดลอง	28.68	3.94	น้อย	0.59	0.28	21	.63
หลังทดลอง	28.09	3.66	น้อย				
กลุ่มทดลอง							
ก่อนทดลอง	29.13	3.88	น้อย	6.5	2.36	21	5.96**
หลังทดลอง	22.63	6.24	น้อย				

** p < 0.01

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการ โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเท่ากับ 28.68 และหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการ โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเท่ากับ 28.09 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทางสถิติแล้ว พบว่า ในกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการ โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนการทดลองแตกต่างกันกับคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการ โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง (\bar{X} =22.63 และ29.13 ตามลำดับ, t = 5.96, p < 0.01)

สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งระบุว่า ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มที่ได้รับ
โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน
สองขั้วระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n1 = n2 = 22)

ความรุนแรงของอาการ	\bar{X}	S.D.	Mean Difference	df	t
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	29.13	3.88			
กลุ่มควบคุม	28.68	3.94	0.45	42	0.38
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	22.63	6.24			
กลุ่มควบคุม	28.09	3.66	-5.46	42	3.53**

** p < 0.01

จากตารางที่ 8 พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เท่ากับ 29.13 ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เท่ากับ 26.68 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทางสถิติแล้ว พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวในกลุ่มทดลองแตกต่างกันกับคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (\bar{X} =22.63 และ28.09 ตามลำดับ, t = 3.53, p < 0.01)

ผลการศึกษาสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ซึ่งระบุว่า ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งอาจสรุปได้ว่าการบำบัดที่เน้นครอบครัวทำให้ความรุนแรงของอาการลดลงได้มากกว่าการดูแลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) ผลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว ตัวแปรตาม คือ ระดับความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว
2. ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ทั้งชายและหญิง อายุ 19-59 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ

ชุดที่ 1 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ชุดที่ 2 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มของ Miklowitz et al. (2000) ในการสร้างรูปแบบ เกี่ยวกับการบำบัดที่เน้นครอบครัว หลังจากนั้นจึงกำหนดโครงสร้างของกิจกรรมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบรายกลุ่ม ประกอบไปด้วย 6 กิจกรรมระยะเวลาในการทำกิจกรรมครั้งละ 90 นาที โดยดำเนินกิจกรรมละ 1 กิจกรรมต่อสัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว และให้ความรู้เรื่องโรค อาการอาการเตือน ปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเอง

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยา การสังเกตและจัดการกับผลข้างเคียง การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

กิจกรรมที่ 3 ประเมินการแสดงอารมณ์ในครอบครัว ฝึกทักษะการแก้ไขปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ฝึกการสื่อสารที่ชัดเจน และการขอให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจ

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการฟังการพูดคุยแลกเปลี่ยนเชิงบวกและพัฒนาการยอมรับผู้อื่น

กิจกรรมที่ 5 ฝึกเทคนิคการจัดการความเครียด ใช้อารมณ์ขันให้เป็นประโยชน์

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาทักษะการค้นหาคำปรึกษาและการหาแนวทางแก้ไขปัญหา สรุปกิจกรรมในภาพรวมและยุติการทำกลุ่ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวนครั้งที่ป่วยรุนแรง จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คะแนนอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินแบบประเมินอาการซึมเศร้า(Montgomer Asberg Depression Rating Scale: MADRS) และคะแนนอาการคลุ้มคลั่งโดยใช้แบบประเมินอาการแมเนีย (Young Mania Rating Scale: YMRS)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS) เป็นแนวคิดมาจาก Overall & Gorham (1962) ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือคือ Dr. John E Overall ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับอนุญาตฉบับภาษาอังกฤษมาพัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back translation ประกอบด้วย 10 ข้อ ได้แก่ 1) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร 2) อารมณ์รุนแรง 3) มีความคิดเป็นใหญ่ 4) ราเริงผิปกติ 5) การเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ 6) อารมณ์เศร้า 7) วิตกกังวล 8) หลง 9) อารมณ์เรี่ยเฉย 10) เนื้อหาความคิดผิปกติ

เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นซึ่งผ่านความเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษา ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.86

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ

ชุดที่ 1 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ วัดทักษะความรู้ตามเนื้อหากิจกรรมในโปรแกรม

เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นซึ่งผ่านความเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษา ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .86 และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำ

เครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์ รอสซาร์คสัน จากการคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่า แบบประเมินความรุนแรงของอาการมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

ชุดที่ 2 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ตามความเป็นจริงครอบคลุมการแสดงออกทางอารมณ์ใน 4 ลักษณะๆ ละ 10 ข้อ รวม 40 ข้อ

เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นซึ่งผ่านความเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษา ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .93 และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์ รอสซาร์คสัน จากการคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่า แบบประเมินความรุนแรงของอาการมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการวิจัย ระยะดำเนินการวิจัย และระยะเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

ระยะเตรียมการวิจัย

1. ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ ในเรื่องการบำบัดที่เน้นครอบครัวในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
2. เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. ยื่นโครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
4. จัดทำแผนการทดลอง เตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง
5. เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน
6. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 48 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเช่น ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตาม โปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดโดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการ พยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดที่เน้นครอบครัว

1. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติระหว่างสัปดาห์ที่ 1-6 ได้แก่ ประเมินอาการ ทางด้านร่างกายด้านจิตใจ การให้คำแนะนำตามปัญหา และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับ บ้าน

2. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนิน โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางที่เน้นครอบครัว ตามวัน เวลา สถานที่ ที่กำหนดไว้

3. ระหว่างเก็บข้อมูล ในกลุ่มทดลองได้มีการ drop out ของสมาชิกในกลุ่ม 2 ราย จึงทำให้ กลุ่มทดลองลดลงจาก 24 ราย เป็น 22 ราย

ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนการดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วย โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินความรุนแรง ของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS)

2. หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง (Post-test) โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินความ รุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS) และสำหรับกลุ่มควบคุมผู้วิจัย ได้ให้ความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและการดูแลตนเอง พร้อมทั้งมอบคู่มือผู้ป่วยให้กับ กลุ่มควบคุม

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยมีรายละเอียด ต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)

3. เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

4. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 5.96$) และ ($t = 0.63$) ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 คือ ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว

2. คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 3.53$) โดยคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือ ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า การใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว มีผลทำให้ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วลดลง

อภิปรายผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า โดยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 81.8 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51 - 60 ปี ร้อยละ 36.3 สถานภาพคู่ ร้อยละ 65.9 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.7 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 47.7 อาชีพงานบ้าน ร้อยละ 38.6 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 61.4 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอยู่ในช่วง 1- 10 ปี ร้อยละ 79.5 จำนวนครั้งที่เจ็บป่วยรุนแรง 3- 4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 45.5 จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล 1 -2 ครั้ง ร้อยละ 54.5

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา สุขสมนิรันดร (2553) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในโรงพยาบาลรามาริบัติและโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 140 คน พบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ เพศหญิงจำนวน 75 คน และเพศชายจำนวน 65 คน และการศึกษาของพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ (2546) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในเพศหญิงจะมีอาการรุนแรงมากกว่าเพศชาย และอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Pimi et. al. (2005) ศึกษาในประกลุ่มประเทศยุโรป 10 ประเทศ พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเกิดได้ทุกช่วงอายุวัยแต่วัยที่พบสูงสุดคือ 55-57 ปี ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานมากกว่า 2 ปี ซึ่งเฉลี่ยอยู่ที่ 7 ปี สะท้อนให้เห็นถึงการเจ็บป่วยที่มีลักษณะเรื้อรังและยาวนาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Morgan, Mitchell & Jablensky (2005) ที่กล่าวว่าโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการดำเนินโรคเรื้อรัง โดยส่วนใหญ่ว่างงาน คือ ทำงานบ้านอยู่ที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Charles (2005) พบว่าโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องขาดงาน ลางาน หรือตกงานได้ และ Sajatovic (2005) ศึกษาพบว่าประมาณร้อยละ 30-60 อาจไม่สามารถกลับสู่ปกติทางสังคมหรือการทำงานแม้อาการจะหมดไป ส่วนข้อมูลจำนวนครั้งที่ป่วยรุนแรงและจำนวนครั้งที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการเจ็บป่วยซ้ำและเสี่ยงต่อการกำเริบสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Gitlin et al. (1995) พบผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดการกลับเป็นซ้ำในเวลา 5 ปี ถึง แม้จะอยู่ระหว่างการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 73 และสองในสามของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการกลับเป็นซ้ำมากกว่า 2 ครั้ง ขึ้นไป

ตอนที่ 2 ผลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบว่า ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ กล่าวคือ ข้อที่ 1 ความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว และข้อที่ 2 ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาที่พบดังต่อไปนี้

1. จากการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดย คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว ผลการศึกษาที่พบชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ผลการวิจัยที่พบสามารถอภิปรายได้ว่า การดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม ในโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สามารถจัดกระทำกับ 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านขาดความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ทักษะในการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยและครอบครัว จากการศึกษาของ Michalak et al. (2005) เรื่องการจัดการตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้รับความรู้เรื่องสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดการกับผลข้างเคียงของยา การตรวจสอบการกำเริบของอาการ สุขลักษณะการนอน และการดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย และการศึกษาของ Coryell (1997) พบว่าการมีความร่วมมือในการรักษาที่ไม่ดีเนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์ (Adverse reaction) จะมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำสูง มีความรุนแรงของการเกิดขึ้นได้ง่าย และสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะในครอบครัว มาจากการที่ครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและขาดข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย (Adamec, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ Perlick (2004) ซึ่งพบว่าทำให้ความรู้เรื่องยาจะทำให้ผู้ป่วยผูก

ติดกับยาที่ใช้ในการรักษา (Medication adherence) ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcome) ดีขึ้น สามารถลดจำนวนครั้งของการเกิดความรุนแรงของอาการ ลดจำนวนครั้งของการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลได้ 2) ปัจจัยด้านการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว การแสดงออกอย่างก้าวร้าว การวิพากษ์วิจารณ์และความไม่เป็นมิตรของสมาชิกในครอบครัว การแสดงออกเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการเกิดความรุนแรงของอาการ (Miklowitz, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Butzlaff & Hooley (1998) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันอย่างรุนแรงมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 และหากผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้น (Johnson et al., 2000)

3) ปัจจัยการขาดทักษะการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันในด้านการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น มีปัญหาในการเข้าสังคมและมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นในเชิงลบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจและสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ป่วย การลดความรุนแรงของอาการจำเป็นต้องใช้การฝึกการแก้ปัญหา (Problem-solving training) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับปรุงพัฒนาความรับผิดชอบต่อหน้าที่ตนเอง เช่น สามารถกลับไปเรียน ทำงาน ทำงานบ้าน หรือแม้แต่การดูแลตนเองได้ (Miklowitz, 2008) โดยผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองจะได้รับการจัดการกับปัจจัยแต่ละด้าน ดังนี้

1) ปัจจัยด้านขาดความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ทักษะในการดูแลตนเองและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยและครอบครัว ดำเนินในกิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2 ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและการจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น และทำให้ครอบครัวเข้าใจกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและรู้วิธีการจัดการเบื้องต้นได้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เป็นกิจกรรม สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว และให้ความรู้เรื่องโรค อาการ อาการเตือน ปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเอง ในกิจกรรมนี้ประกอบไปด้วย ให้ความรู้เรื่องโรค อาการ อาการเตือน ปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเอง ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยตามความเป็นจริง เกิดการยอมรับการเจ็บป่วย เกิดความตระหนัก และกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร เพิ่มความสามารถ สมรรถนะในการจัดการตนเอง เกิดความมั่นใจทางเลือกที่จะจัดการกับตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดี อธิบายให้ครอบครัว เข้าใจอาการเจ็บป่วย ของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ครอบครัว มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สอดคล้องกับ Yamashita (1996) ที่เชื่อว่าโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว (psychoeducation programs) จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลของผู้ป่วยได้ และทำให้ครอบครัวให้ความร่วมมือใน

การรักษา ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการทั้งอาการซึมเศร้าและอาการคลุ้มคลั่งให้ดีขึ้น (Colom et al., 2003)

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้ เรื่องการรักษาด้วยยา การสังเกตและจัดการกับผลข้างเคียง การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ในกิจกรรมนี้ประกอบไปด้วย ดำเนินการให้ความรู้เรื่องยา แนวทางการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ฝึกทักษะการจัดการจัดยาด้วยตนเอง โดยมีครอบครัวดูแลช่วยเหลือ และอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานยาต่อความรุนแรงของอาการ ซึ่งให้เห็นถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการจัดการกับปัญหาต่างๆ เมื่อเกิดจากผลข้างเคียงจากยาผู้ป่วยจะเกิดความรู้ความเข้าใจและช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Perlick (2004) ซึ่งพบว่า การให้ความรู้เรื่องยาจะทำให้ผู้ป่วยผูกติดกับยาที่ใช้ในการรักษา (Medication adherence) ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcome) ดีขึ้น สามารถลดจำนวนครั้งของการเกิดความรุนแรงของอาการ ลดจำนวนครั้งของการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลได้ และการศึกษาของ Coryell (1997) พบว่าการมีความร่วมมือในการรักษาที่ไม่ดีเนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์ (Adverse reaction) จะมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำสูง มีความรุนแรงของการเกิดขึ้นได้ง่าย การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการทั้งอาการซึมเศร้าและอาการคลุ้มคลั่งให้ดีขึ้น (Miklowitz, 2008)

2) ปัจจัยด้านการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว การแสดงออกอย่างก้าวร้าว การวิพากษ์วิจารณ์และความเป็นมิตรของสมาชิกในครอบครัว ดำเนินในกิจกรรมที่ 3 และ กิจกรรมที่ 4 ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 ฝึกทักษะการแก้ไขปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม และการขอให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจ ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับรู้เกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม และฝึกครอบครัวและผู้ป่วย ใช้การสื่อสารอย่างเปิดเผยทั้งในฐานะผู้พูด และผู้ฟัง โดยฝึกผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวให้ฟัง ลดการกล่าวโทษ ตำนานิตีเยิน ฝึกสังเกตสีหน้าท่าทาง ใช้การแสดงบทบาทสมมติและการฝึกซ้อมแสดงย้อนกลับ ฝึกการแก้ไขของครอบครัวโดยสอนการลดความขัดแย้งและมอบหมายการบ้าน การชักชวนในเชิงบวกให้สมาชิกในครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจ นำเสนอการแก้ปัญหาด้วยการใช้ structured role-playing โดยผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันฝึก พร้อมทั้งอธิบายวิธีการทำการบ้านให้ชัดเจน กิจกรรมนี้ เพื่อให้ครอบครัวได้ฝึกการสื่อสารที่ชัดเจนและฝึกการลดความขัดแย้งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการ

สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการทั้งอาการซึมเศร้าและอาการคลุ้มคลั่งให้ดีขึ้น (Kim & Miklowitz, 2004)

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการฟังการพูดคุยแลกเปลี่ยนเชิงบวกและพัฒนาการยอมรับผู้อื่น ในกิจกรรมนี้ประกอบไปด้วยการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการแสดงอารมณ์ในครอบครัว ส่งเสริมและฝึกการตอบสนองเชิงบวก ฝึกด้วยการใช้ structured role-playing โดยผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันฝึก ให้ครอบครัวกลับไปไตร่ตรองแนวทางการแก้ปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์เป็นการบ้านแล้วนำกลับมาเสนอในการพบกับผู้วิจัยในครั้งต่อไป มีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มฝึกการพูดคุยแลกเปลี่ยนในเชิงบวก ลดการแสดงออกต่อกันอย่างรุนแรง (High EE) (Miklowitz, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Butzlaff & Hooley (1998) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันอย่างรุนแรงมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ฝึกการสื่อสารในเชิงบวก ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการทั้งอาการซึมเศร้าและอาการคลุ้มคลั่งให้ดีขึ้น (Kim & Miklowitz, 2004)

3) ปัจจัยการขาดทักษะการแก้ไขปัญหาและการจัดการความเครียด ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันในด้านการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น มีปัญหาในการเข้าสังคมและมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นในเชิงลบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ และสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ป่วย ดำเนินในกิจกรรมที่ 5 และ กิจกรรมที่ 6 ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถมีแนวทางในการเลือกการจัดการกับปัญหาอย่างถูกวิธี และสามารถจัดการกับความเครียดได้ด้วยตนเอง ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 ฝึกเทคนิคการจัดการความเครียด ใช้อารมณ์ขันให้เป็นประโยชน์ วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ฝึกการผ่อนคลายความเครียดที่ถูกต้อง เนื่องจากความเครียดเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้าและอาการคลุ้มคลั่งกำเริบได้ ในกิจกรรมนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวลดความเครียด ทำให้ครอบครัวมีทักษะในการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และมีแนวทางในการจัดการความเครียด สามารถเลือกใช้วิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองและมีความเครียดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Michalak et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับความรู้เรื่องการเผชิญความเครียดจะสามารถจัดการตนเองให้มีความเครียดลดลงได้ ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่งให้ดีขึ้น (Miklowitz, 2008)

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาทักษะการค้นหาปัญหาและการหาแนวทางแก้ไขปัญหา ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหา สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกัน

ค้นหาปัญหาและวิธีการจัดการที่เกิดขึ้นและฝึกทักษะการหาแนวทางแก้ไขปัญหา ช่วยให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ด้วยตนเอง สอนและฝึกทักษะให้ครอบครัวและผู้ป่วยเผชิญหน้าด้วยเหตุผล กิจกรรมนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดทักษะในการแก้ไขปัญหาได้ รวมทั้งเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหาสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Miklowitz (2008) ซึ่งแนะนำว่า การฝึกการแก้ปัญหา มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับปรุงพัฒนาความรับผิดชอบต่อน้ำที่ตนเอง เช่น สามารถกลับไปเรียน ทำงาน ทำงานบ้าน หรือแม้แต่การดูแลตนเองได้ ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการทั้งอาการซึมเศร้าและอาการคลุ้มคลั่ง ให้ดีขึ้น

สำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการเท่าเดิม ซึ่งการศึกษาที่พบอาจไม่ได้หมายถึงว่าการให้การดูแลตามปกตินั้นไม่มีประสิทธิภาพ แต่อาจอธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้รับการบริการได้แก่ การประเมินด้านร่างกายและจิตใจตามแพทย์นัด สอบถามการเจ็บป่วย อาการสำคัญ โรคแทรกซ้อน ประเมินความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย และรับยาตามอาการ ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่ส่งผลต่อการรักษาต่ออาการทางกาย ซึ่งไม่ใช่การบำบัดทางจิตสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Miklowitz et al. (2000) เสนอว่าการบำบัดรักษาด้วยยาจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นจนสามารถลดความรุนแรงของอาการลงได้นั้นจำเป็นต้องใช้การบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วย และผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะได้รับนัดติดตามอาการ 1 เดือน หรือ 2 เดือน และหากผู้ป่วยอาการคงที่สามารถรับยาได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีนัดพบแพทย์ทุก 6 เดือนเพื่อติดตามอาการ เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนทำให้ขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการลดความรุนแรงของอาการ ในขณะที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว จะได้รับการนัดหมายให้ร่วมกิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ ติดต่อกันนานถึง 6 สัปดาห์ จึงได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับการพยาบาลเป็นรายบุคคล ทำให้ ขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ซึ่งต่างจากกลุ่มทดลองโดยกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลแบบกลุ่มทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจจากเพื่อน และได้นำแนวทางการปฏิบัติที่ประสิทธิภาพของผู้อื่นไปปรับใช้กับตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Soares et. al. (1997) ที่กล่าวว่า การให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นการช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนทางด้านจิตใจซึ่งกันและกัน สามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ โดยได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มเป็นหลัก

2. จากการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้ง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดย คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Miklowitz et al. (2000) โดยได้ใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว (Family-focused treatment: FFT) แบบกลุ่ม เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของ FFT ในการรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 101 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับ FFT มีความรุนแรงของอาการลดลงหลังได้รับ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวมีประสิทธิภาพต่อการลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการควบคุมตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เพศ คะแนนของภาวะซึมเศร้า คะแนนภาวะคลุ้ม แขนการ รักษาด้วยยาที่ทำให้อารมณ์คงที่ (Mood stabilizers)/ยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotic drug) ดังนั้นผลการวิจัยที่พบจึงสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม ของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้อย่างแท้จริง

ดังนั้นสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวจะมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้น และครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น รู้วิธีการดูแลผู้ป่วยและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกวิธี และทั้งผู้ป่วยและครอบครัว สามารถจัดการความเครียดได้ด้วยตนเองและสามารถแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม พัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสารระหว่างกันในครอบครัว ด้วยเหตุนี้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวจึงมีส่วนช่วยการลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1.1 การนำโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวไปใช้ พยาบาลต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว รวมทั้งมีทักษะในการประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.1.2 โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกระบวนการบำบัดที่ช่วยเพิ่มทักษะความรู้เรื่องโรค ทักษะการสื่อสาร และทักษะการแก้ไขปัญหา และช่วยลดความรุนแรงของอาการ ดังนั้นจึงควรมีการติดตามระยะยาว เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับ ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำของโรคต่อไป

1.1.3 โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นการดำเนินกิจกรรมในแผนกผู้ป่วยนอก มีการดำเนินกิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่องหลายครั้ง และต้องมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ทำให้ต้องมีปัญหาการเดินทางไปกลับ การขาดงานของครอบครัวหรือผู้ป่วย ซึ่งกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการเดินทางและการขาดงาน ดังนั้นพยาบาลที่จะนำโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวควรคำนึงข้อจำกัดนี้ เพราะฉะนั้นจึงควรให้ความสำคัญต่อการตกลงเข้าร่วมวิจัยในครั้งแรกและการนัดหมายในครั้งต่อไป

1.1.4 การจัดตั้งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อกลุ่มตัวอย่าง เพื่อความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมเนื่องจากเป็นการดำเนินกิจกรรมในแผนกผู้ป่วยนอก สถานที่คือโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ ซึ่งโรงพยาบาลตั้งอยู่ห่างไกลจากบ้านของกลุ่มตัวอย่างบางท่านพอสมควร ดังนั้นงานวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดการป้องกันปัญหาดังกล่าวเพื่อความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมคือ

1.1.4.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว จัดกลุ่มสมาชิกที่มีที่อยู่ใกล้เคียงกัน ไว้กลุ่มเดียวกัน สถานที่ เวลาเดียวกัน

1.1.4.2 ประสานงานขอใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูลจากหน่วยงานใกล้บ้านกลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลรัฐประเทศ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองมะนาว

1.1.4.3 ผู้วิจัยแจ้งเตือนกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้าโดยโทรศัพท์แจ้งล่วงหน้า 1 วัน หากผู้ที่ไม่สามารถติดต่อก็ได้ ประสานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลช่วยในการติดตามแจ้งข่าวสาร

1.1.4.4 หากสมาชิกผู้ใดไม่สามารถเดินทางมาได้เนื่องจากขาดยานพาหนะ ประสานงานให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไปรับหรือผู้วิจัยไปรับเอง

1.1.5 โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว พยาบาลผู้ปฏิบัติการสอนจะต้องการมี ประเมินการสอนจากการบ้านที่ให้ผู้ป่วยทำภายหลังได้รับความรู้และนำไปปฏิบัติจริง เพื่อเป็นการ ตรวจสอบคุณภาพการสอนว่าเป็นไปตามที่กำหนดไว้ตามวัตถุประสงค์หรือไม่อย่างไร หากการ สอนไม่บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้ พยาบาลจะต้องติดตามผู้ป่วยต่อและหาแนวทางการ แก้ไขให้เหมาะสมตามสภาพปัญหา

1.1.6 ในการประเมินผลการกำกับ การทดลองในครั้งนี้ ประเมินความรู้ และการ แสดงออกทางอารมณ์เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินทั้ง 2 ชุด แต่ เนื่องจากขณะนั้นได้มีครอบครัวเป็นส่วนร่วมด้วย จึงมีการช่วยตอบแบบสอบถามในเรื่องของ ความรู้ และการตอบแบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์อาจทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าในการตอบ อย่างเต็มที่ ดังนั้นในการนำโปรแกรมนี้ไปใช้ควรมีการปรับเปลี่ยนการประเมินผล เช่น จัดสถานที่ แยกส่วนสำหรับผู้ป่วยในการตอบแบบสอบถาม

1.1.7 เนื่องจากกิจกรรมที่ 5 เป็นกิจกรรมที่จัดการต่อความเครียดซึ่งมีการใช้หลัก ธรรมะด้วยบางส่วน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจมีนับถือศาสนาอื่นด้วย เช่น ศาสนาคริสต์ อิสลาม เป็นต้น เพราะฉะนั้นควรมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้เหมาะสม โดยในการวิจัยครั้งนี้ได้มีกลุ่ม ตัวอย่างที่นับถือศาสนาคริสต์ด้วย จึงได้เตรียมตัวให้ผู้ป่วยและครอบครัวนำวิธีการคลายเครียดตาม หลักศาสนาคริสต์มามีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วย

1.2 ด้านการศึกษา

1.2.1 ควรเพิ่มเติมเนื้อหาวิชาให้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวของ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว รวมถึงการวางแผนการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

1.2.2 ควรจัดให้พยาบาลได้มีการศึกษา และอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามประเมินผลระยะยาวในชุมชน เพื่อ เป็นการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนเป็นระยะๆ ทำให้เกิดการคงอยู่ของความรู้ ความสามารถ และทักษะต่างๆ ส่งผลให้ช่วยลดความรุนแรงของ อาการ โดยการประเมินติดตามผลที่บ้านในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี หลังการทดลอง หรือตาม ความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

2.2 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวในผู้ป่วยโรค
อารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้ป่วยจะ
กลับไปใช้ชีวิตในชุมชน และสามารถจัดการกับความรุนแรงของอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อ
ป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกรัตน์ พิมพ์รุณ. (2549). *คุณภาพชีวิตและการจัดการกับอาการตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะทำงานโครงการพัฒนาเครื่องชี้วัดภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย. (2547). *การศึกษาค่าความสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องจากความบกพร่องทางสุขภาพ จากความผิดปกติทางจิตของประชากรไทย พ.ศ.2547*. กรุงเทพฯ : สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.
- เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ. (2542). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- งานเวชสถิติ ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2551). *รายงานสถิติประจำปี 2551*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ชวนันท์ ชาญศิลป์. (2544). *แนวทางการรักษาผู้ป่วย bipolar disorder*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 46(4): 345-352.
- ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. (2545). *ความผิดปกติทางจิตเวชของผู้ต้องขัง : การศึกษาในเรือนจำเขตกรุงเทพมหานครและเรือนจำกลางบางขวาง*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 10(2) : 77-88.
- ธวัชชัย ลีพหานาจ, สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์ และธรรณชัย คงสกนธ์. (2545). *ลิเทียมเปรียบเทียบกับลิเทียมเปรียบเทียบกับ carbamazepine ในการรักษา bipolar disorder : การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 47(2) : 97-110.
- ธวัชชัย ลีพหานาจ และสรยุทธ วาสิกนันทน์. (2549). *ตำราไบโพลาร์*. กรุงเทพฯ : บียอนด์.
- นันทนา สุขสมนินันดร. (2552). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิรมล พังนสุนทร. (2554). *จิตเวชศาสตร์ทั่วไป*. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.

- บุญเยี่ยม คำชัย. (2554). *ศึกษาการให้สุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2545). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง วรรณสูตร. (2542) *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: คำนสุทธาการพิมพ์
- เบญจลักษณ์ มณีทอง. (2551). *จิตเวชศาสตร์ในโรงพยาบาลทั่วไป เล่มที่ 1*. เชียงใหม่ : เชียงใหม่ โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- พนา ไวยคณี. (2553). *เรื่องแบบแผนการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ระยะเมเนียและระยะผสม ที่มาเข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา*. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา.
- พรพรรณ สุดใจ. (2552). *ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, และ อัจฉรา จรัสสิงห์. (2546). ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทยการสำรวจระดับชาติ ปี 2546. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12(3) : 117-188.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุกนิชย์ และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(4) : 235-246
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์สุกนิชย์. (2552). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. กรุงเทพฯ : บียอนเอ็นเทอร์ไพรซ์.
- รณชัย คงสกนธ์ และดาวชมพู พัฒนประภาพันธุ์. (2548). การทดสอบความแม่นยำและความเชื่อถือได้ของแบบวัด YMRS ฉบับภาษาไทย. *J Med Assoc Thai* 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 : นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่น*.
- โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. (2553). *รายงานสถิติประจำปี 2553*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2552). *รายงานสถิติประจำปี 2552*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2549). *จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- พิเชษ อุดมรัตน์. (2547). *การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- โสธรา สุระเทวมิตร. (2553). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชาติ พหลภักย์. (2542). *ความผิดปกติทางอารมณ์*. ขอนแก่น : ศิริภักษ์.
- สุวัฒน์ มหัตถินันต์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิต วงศ์สุวรรณ, และราณี พรมานะจรัสกุล. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง.
- อนุรักษ บัณฑิตยชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภัคนพิน กิตติรักษันนท์ และวรวรรณ จุฑา. (2544). *ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 46(4) : 335-343*.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย และพิรพนธ์ ลีอนุชวัชชัย. (2553). *การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ : ธนาเพรส.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพฯ : ชานด้า การพิมพ์.

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. *J Clin Psychiatry*, 55 Suppl : 46-52.
- Akiskal, H. S., Bourgeois, M. L., Angst, J., Post, R., Möller, 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*. 4th ed. Text rev. Washington, DC : 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.
- Brian Koehler. (2005). Sociocultural Factors and Contemporary Psychodynamic Speculations in Bipolar Disorder, Available from http://www.isps-us.org/koehler/sociocultural_factors.htm. [1/August/2011]
- Burns, M. R., & Grove, S. K. (1997). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & Utilization* (3 ed.). Philadelphia : W.B.aunders.
- 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.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 55(6) : 547-552.
- Charles, L. B. (2005). Bipolar Disorder and Work Loss. *Am J Manag Care.* , 11 : S91-S94.
- Cassidy, F., Ahearn, E., Murry, E., Forest, K., and Carroll, B. J. (2000). Diagnostic depressive symptoms of the mixed bipolar episode. *Psychological Medicine*, 30 : 403-411.
- Cochran, S.D. (1984). Preventing Medical Noncompliance in th Outpatient Treatment of Bipolar Affective Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5): 873-878.

- Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Goikolea, J.M., & Gasto, C. (2003). Psychoeducation Efficacy in Bipolar Disorders: Beyond Compliance Enhancement. *J Clin Psychiatry*, 64(9) : 1101-1105.
- 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.
- 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) : 137-145.
- 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. *Am J 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. et al. (1995). Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J psychiatry*, 152 : 1635-1640.
- Hamet, P., & Tremblay, J. (2005). Genetics and genomics of depression. *Metabolism*, 54(5, Supplement) : 10-15.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg 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. *Arch Gen Psychiatry*, 47: 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.
- Hecht, H., van Calker, D., Berger, M., & von Zerssen, D. (1998). Personality in patients with affective disorders and their relatives. *Journal of Affective Disorders*, 51(1) : 33-43.
- 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.
- 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.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J., (1998). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences clinical psychiatry* (8 ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- 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. *Am J psychiatry*, 155 : 646-652.
- Kenneth, K.S., Gardner, C.O., & Prescott, C.A. (2006). Toward a Comprehensive Developmental Model for Major Depression in Men. *Am J Psychiatry* 163(1) : 115-124.
- Kendler, K.S., Gatz, M., Gardner, C.O. & Pedersen, N.L. (2006). A Swedish National Twin Study of Lifetime Major Depression. *Am J Psychiatry* 163(1) : 109-114.
- Kim, E. Y., & Miklowitz, D. J. (2004). Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. *Journal of Affective Disorders*, 82(3) : 343-352.
- Kohn R., Saxena S., Levav I., & Saraceno B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organization*, 82(11) : 858-866.
- Kongsakon R., Zartrungpak S., Rotjananirunkit A., Buranapichet U. (2003). The reliability and validity of Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) Thai version. *J Psychiatr Assoc Thailand*, 48(4) : 211-219.

- Kongsakon, R., & Bhatanaprabhabhan, D. (2005). Validity and Reliability of the Young Mania Rating Scale: Thai version. *J Med Assoc Thai*, 88(11) : 1598-1604.
- Lloyd, T. (2005). Incidence of bipolar affective disorder in three UK cities. *The British Journal of Psychiatry*, 186 : 126-131.
- Leonard, B.E. (2000.). Evidence for a biochemical lesion in depression. *J Clin Psychiatry*, 61(Suppl 6): 12-17.
- 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. *Can J Psychiatry*, 50 : 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. *BIOL PSYCHIATRY*, 48 : 582-592.
- Miklowitz, D.J., George, E.L., Richards, J.A., Simoneau, T.L., & Suddath, R. (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and phamacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60 : 904-912.
- Miklowitz, D.J., Axelson, D.A., Birmaher, B., George, E.L., Taylor, D.O., Schneck, C.D., Beresford, C.A., Dickinson, L.M., Craighead, W.E., & Brent, D.A. (2008). Family-Focused Treatment for adolescents with bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65(9) : 1053-1061.
- 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. *Br J 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 ed.). Philadelphia: Mosby.
- Morris, C.D., Miklowitz, D.J., & Waxmonsky, J.A. (2007). Family-Focused Treatment for Bipolar Disorder in Adults and Youth. *J Clin Psychiatry*, 63(5) : 433-445.
- 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 : 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. *Psychiatr Serv*, 47(5) : 507-511.
- Muller-Oerlinghausen, B., Berghofer, A., & Bauer, M. (2002). Bipolar disorder. *The Lancet*, 359(9302) : 241-247.
- Overall J.E., & Gorham D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating scale. *Psychological Reports* 10 : 799-812.
- Paykel, E.S. (2003). Life events and affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 : 61-66.
- Perlick, D.A., Rodenheck, R.A., Kaczynski, R., & Kozma. (2004). Medication non-adherence in bipolar disorder: A patient-centered review of research findings. *Clinical approaches in bipolar disorders*, 3 : 56-64.
- Perlick, D.A., Rosenheck, R.A., Miklowitz, D.J., Chessick, C., Wolff, N., Kaczynski, R., Ostacher, M., Patel, J., Desai, R., & the STEP-BD Family Experience Collaborative Study Group. (2007). Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Bipolar Disorder*, 9 : 262-273.
- 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.S., Queiroz, V.D., Pagnin, D., Pezawas, L., Angst, J., Cassano, G.B., & Wittchen, H.U. (2005). Prevalence and burden of bipolar disorder in European countries. *Eur Neuropsychopharmacol*, 15(4) : 425-434.
- Polit, D., & Beck. (2004). *Nursing research: Generating and Assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Quanbeck, C., Frye, M., & Altshuler, L. (2003). Mania and the law in California: understanding the criminalization of the mentally ill. *Am J Psychiatry*, 160(7) : 1245-12450.
- Rea, M. M., Tompson, M. C., Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Hwang, S., & Mintz, J. (2003). Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3) : 482-492.
- Sajatovic, M. (2005). Bipolar Disorder. *The American Journal of Managed Care*, 11(3): s80-s84.
- Science Daily. (2011). Prevalence and Severity of Bipolar disorder Worldwide. Available from <http://www.sciencedaily.com/releases/2001/03/110307161901.htm> [1/August/2011]
- Signoretta, S., Marenmani, I., Liguori, A., Perugi, G., & Akiskal, H.S. (2005). Affective temperament traits measured by TEMPS-I and emotional-behavioral problems in clinically-well children, adolescents, and young adults. *Journal of Affective Disorders*, 85(1-2) : 169-180.
- Solomon, D.A., Shea, M.T, Leon, A.C., Mueller, T.I., Coryell, W., Maser, J.D., . . . Keller, M.B. (1996). Personality traits in subjects with bipolar I disorder in remission. *Journal of affective disorders*, 40(1-2) : 41-48.
- Soares, J.K. F., Stintzing, C.P., Jackson, C., & Skolding, B. (1997). Psychoeducation for patients with bipolar disorder. An exploratory. *Nord J Psychiatry*, 51 : 439-446.
- Spitzer, R.L., & Endicott, J. (1978). *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Change Version (SADS-C)* New York: New York State Psychiatric Institute.
- 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.

- Tsuno, N., Besset, A., & Ritchie K. (2005). Sleep and depression. *J Clin Psychiatry*, 66(10) : 1254-1269.
- Vaughn, C.E., & Leff, J.P. (1976). The influence of family and social factor on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *Br J Psychiatry*, 129 : 125-137.
- Wood, S.W. (2000). The economic burden of bipolar disease. *J Clin 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.
- Yamashita, M. (1996). Study of how families care for mental ill relatives in Japan. *International Nursing Review*, 43(4) : 121-125.
- Young, R.C., Biggs, J.T., Ziegler, V.E., & Meyer, D.A. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *The British Journal of Psychiatry*, 133(5) : 429-435.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1	นายแพทย์นรวิทย์ พุ่มจันทร์	นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2	อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล	อาจารย์พยาบาลประจำ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
3	ดร.วิภาวี เผ่ากันทราร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
4	น.ส.วรางคณา จำปาเงิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสามชุก
5	นางกมลรัตน์ ช้วนินิ	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

1. โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
3. แบบวัดความรุนแรงของอาการ
4. แบบวัดความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
5. แบบสัมภาษณ์การแสดงออกทางอารมณ์
6. แบบประเมินอาการซึมเศร้า
7. แบบวัดอาการเมเนีย

1. โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว

โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว



โดย

นางสาวกรรณิการ์ เลาประเสริฐสุข
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ
อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขั้นตอนที่1 ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้ความรู้เรื่องโรค อาการ อาการเตือน ปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเอง

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องยากับผู้ป่วยและครอบครัว เรื่องการรักษาด้วยยา การสังเกตและจัดการกับผลข้างเคียง การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

โดยมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้ความรู้เรื่อง โรค อาการ อาการเตือน ปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเอง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและครอบครัว

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อพัฒนาสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม ให้เกิดความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเอง
2. เพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันของสมาชิกในกลุ่ม
3. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมกิจกรรม
4. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ อาการเตือน ปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 1

1. สมาชิกในกลุ่มสามารถ เปิดเผยข้อมูล เกิดความไว้วางใจ ต่อพยาบาลและสมาชิกกลุ่ม และให้ความร่วมมือในการเข้ากลุ่ม
2. สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกวัตถุประสงค์ของโปรแกรมฯ ขั้นตอนวิธีการทำกลุ่ม ระยะเวลา สถานที่การเข้าร่วมกลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
3. สมาชิกในกลุ่มมีความรู้เรื่องโรค อาการ อาการเตือน ปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเอง
4. สมาชิกในกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง
5. สมาชิกในกลุ่มเข้าใจการบันทึกตารางอารมณ์ และสามารถบันทึกตารางอารมณ์ได้ถูกต้อง

6. เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

สาระสำคัญ

การให้ความรู้เรื่องโรค อาการ อาการเตือน และปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเอง ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยตามความเป็นจริง เกิดการยอมรับการเจ็บป่วย เกิดความตระหนัก และกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร เพิ่มความสามารถ สมรรถนะในการจัดการตนเอง เกิดความมั่นใจทางเลือกที่จะจัดการกับตนเอง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดี อธิบายให้ ครอบครัว เข้าใจอาการเจ็บป่วย ของผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถควบคุมอาการคลื่นไส้และซึมเศร้าได้

สื่อการสอนอุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1.1 เรื่อง “โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วคืออะไร”
2. ใบความรู้ที่ 1.2 “การจัดการกับอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว”
3. ใบงานที่ 1.1 “เรารู้จักโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว”
4. ใบงานที่ 1.2 “การจัดการอารมณ์ของเรา”
5. ใบงานที่ 1.3 “จัดการอารมณ์ เราทำได้”
6. สมุดบันทึก “ตารางอารมณ์”
7. กระดาษโปสเตอร์ (Flip chart)
8. ปากกามะจิก
9. กระดาษแข็ง
10. ชองใส่ป้ายชื่อ
11. คู่มือ “โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว”
12. สมุดบันทึกอารมณ์

การประเมินผล

1. สังเกตจากความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
2. การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นของสมาชิก
3. ประเมินจากการทำกิจกรรมกลุ่มตามที่ได้มอบหมาย
4. ประเมินจากใบงาน
5. ประเมินจากการบ้านที่มอบหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัว

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้ความรู้เรื่องโรค อาการ อาการเตือน ปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อประกอบกิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
<p>1. สมาชิกในกลุ่มสามารถเปิดเผยข้อมูล เกิดความไว้วางใจ ต่อพยาบาลและให้ความร่วมมือในการเข้ากลุ่ม</p>	<p>เนื่องจากการเป็นการพบกันครั้งแรกระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและครอบครัวต่างก็เป็นคนแปลกหน้าซึ่งกันและกัน ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ โดยพยาบาลแสดงท่าทีที่เป็นมิตร มีความจริงใจและความ</p>	<p><u>สร้างสัมพันธภาพ 30 นาที</u></p> <p>1. พยาบาลเริ่มต้นด้วยการแนะนำตัวเองและทักทายพูดคุยเรื่องทั่วไป สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่น แสดงความสนใจสมาชิก</p> <p>2. ดำเนินกิจกรรมเกมส์ : “สมาชิกรู้จักกันเถอะ” โดยมีขั้นตอน ดังนี้</p> <p>2.1 พยาบาลแจกกระดาษแข็งที่เตรียมไว้ให้สมาชิกคนละ 1 ใบ ให้สมาชิกในกลุ่มเขียนชื่อเล่นลงบนแผ่นกระดาษแข็ง เพื่อทำป้ายชื่อ</p> <p>2.2 ให้สมาชิกแต่ละคนนำป้ายชื่อไปใส่กล่องที่เตรียมไว้</p> <p>2.3 ให้สมาชิกแต่ละคน แนะนำชื่อเล่น และสัตว์ที่ตนชื่นชอบ</p> <p>2.4 ให้สมาชิกแต่ละคน หยิบป้ายชื่อในกล่อง</p>	<p>-กระดาษแข็ง</p> <p>-ซองใส่ป้ายชื่อ</p>	<p>1. สมาชิกในกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีต่อพยาบาลโดยประเมินจาก</p> <p>1.1 การพูดคุยอย่างเป็นมิตร</p> <ul style="list-style-type: none"> - พูดด้วยความรู้สึกที่จริงใจ - ทักทายอย่างอบอุ่น เช่น สวัสดี - คำพูดสุภาพ อ่อนโยน นุ่มนวล แสดงความเป็นมิตร <p>1.2 ท่าทีที่เป็นมิตร</p>

ใบความรู้ที่ 1.1

“โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คืออะไร”



“โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว” มีชื่อภาษาอังกฤษว่า “โรคไบโพลาร์ (Bipolar disorder)” โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด อารมณ์ที่ผิดปกติมีสองชนิด คือ อารมณ์ซึมเศร้า (Depression) และอารมณ์คลุ้มคลั่ง (Mania) อารมณ์ที่ผิดปกติส่งผลให้การคิด พฤติกรรม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและหน้าที่การทำงาน ผิดปกติตามไปด้วย การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์นี้จะเกิดเป็นช่วงเวลาหนึ่งติดต่อกันหลายวัน จนรบกวน การทำงานของจิตใจและความสามารถด้านต่าง ๆ

อาการเป็นอย่างไร

ตารางแสดงการเปรียบเทียบอาการป่วยในแต่ละช่วงให้เห็นความแตกต่างดังนี้

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

ใบงานที่ 2.1

“ยาสำคัญเสมอ”



วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินความรู้เดิมก่อนการทำกิจกรรม และประเมินความรู้ใหม่หลังทำกิจกรรม การให้ความรู้เรื่องการรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ตอนที่ 1 สำรวจความรู้เดิมเรื่องการรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

คำชี้แจง: ให้ท่านตามคำถามตามความความเข้าใจของท่าน ตามคำถามด้านล่างนี้

1. ประโยชน์ของยาที่ใช้ในการรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วคือ

.....

.....

2. ปัจจัยที่ทำให้ท่านไม่สามารถรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ

.....

.....

.

.

.

.

.

5. การขาดยาก่อให้เกิดผลเสียอย่างไร

.....

.....

ตอนที่ 2 รู้และเข้าใจยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

คำชี้แจง: โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ตามความเข้าใจของท่าน

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว	ใช่	ไม่ใช่
1	ยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หมายถึง ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ช่วยลดความคิดปกติทางอารมณ์ และจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น		
2	ขณะที่ใช้ยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสามารถดื่มเหล้าได้		
3			
4			
5			
6			
7			
8	เมื่ออาการดีขึ้นท่านควรหยุดรับประทานยา		
9	จัดตารางรับประทานยาให้เหมาะสมกับชีวิตประจำวัน		
10	รอให้ยาหมดก่อนจึงไปพบแพทย์		

เฉลยข้อคำถามเพื่อการคิดคะแนน

ข้อ	ตอบ	ข้อ	ตอบ
1	ใช่	6	ใช่
2	ไม่ใช่	7	ไม่ใช่
3			
4			
5	ใช่	10	ไม่ใช่

กิจกรรมที่ 3 ประเมินการแสดงอารมณ์ในครอบครัว ฝึกทักษะการแก้ไขปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ฝึกการสื่อสารที่ชัดเจน และการขอให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและครอบครัว

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อพัฒนาสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม ให้เกิดความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเอง
2. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น แนวทางการพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
3. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างถูกต้องและเหมาะสม
4. ลดการแสดงออกต่อกันอย่างรุนแรง (High Expressed Emotion)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 3

1. สมาชิกในกลุ่มตระหนักถึงการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้
2. สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพได้
3. สมาชิกในกลุ่มสามารถแสดงการแก้ไขปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ลดการกล่าวโทษ ตำนานิตีเดียน และฝึกการสื่อสารที่ชัดเจนได้
4. สมาชิกในกลุ่มสามารถแสดงการขอให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจได้
5. เพื่อให้ผู้ป่วยมีการสื่อสารที่ดี และมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

สาระสำคัญ

ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม และฝึกครอบครัวและผู้ป่วยใช้การสื่อสารอย่างเปิดเผยทั้งในฐานะผู้พูด และผู้ฟัง โดยฝึกผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวให้ฟัง ลดการกล่าวโทษ ตำนานิตีเดียน ฝึกสังเกตสีหน้า ท่าทาง ใช้การแสดงบทบาทสมมติและการฝึกซ้อมแสดงย้อนกลับ ฝึกการแก้ไขของครอบครัว โดยสอนการลดความขัดแย้งและมอบหมายการบ้าน การชักชวนในเชิงบวกให้สมาชิกในครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจ นำเสนอการแก้ปัญหาด้วยการใช้ structured role-playing โดยผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันฝึก พร้อมทั้งอธิบายวิธีการทำบ้านให้ชัดเจน กิจกรรมนี้ เพื่อให้ครอบครัวได้ฝึกการสื่อสารที่ชัดเจนและฝึกการลดความขัดแย้งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่ง และซึมเศร้า

ใบงานที่ 5.1

“แบบสำรวจความเครียดและแนวทางแก้ไข”

คำชี้แจง เพื่อให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมายของแบบสอบถามชุดนี้ ขอให้คำจำกัดความของความเครียดว่า หมายถึงอาการหรือการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลต่อความคิดหรือสถานการณ์ต่างๆ โดยมีความรู้สึกไม่สบายหรือยุ่งยากเกิดขึ้น

ตอนที่ 1 ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่องแสดงระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน ตามความเป็นจริงมากที่สุด

พฤติกรรม หรือความรู้สึก	ระดับอาการ			
	0	1	2	3
	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อย	เป็นประจำ
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ				
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ				
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด				
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา				
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง				
15. เสี่ยงสั้น ปากสั้น หรือมือสั้นเวลาไม่พอใจ				
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่างๆ				
17. ปวด หรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอยหลัง หรือไหล่				

ใบงานที่ 6.2
“กระบวนการแก้ปัญหา”

ให้สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์หนังสือเรื่อง “ครอบครัวอบอุ่น”

1. ท่านคิดว่าการรับรู้ปัญหาของแม่ และเตชต์ เป็นอย่างไร

ปัญหาของแม่ คือ

.....

.....

.....

ปัญหาของเตชต์ คือ

.....

.....

.....

2. สาเหตุของปัญหา คืออะไร

สาเหตุของปัญหาแม่ คือ

.....

.....

.....

สาเหตุของปัญหาของเตชต์ คือ

.....

.....

.....

3. ทางเลือกในการแก้ปัญหา คือ

ทางเลือกในการแก้ปัญหาของแม่ คือ

1).....

ผลดี

1.....

2.....

3.....

คู่มือ
 “โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว”



BIPOLAR DISORDER

โดย

นางสาวกรรณิการ์ เลาประเสริฐสุข

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว บางครั้งอาจใช้ชื่อทับศัพท์ว่าโรคไบโพลาร์ คือ ผู้ป่วยมีอาการที่ผิดปกติ อาการที่สำคัญของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คือ มีความรู้สึก สุขมากเกินไป หรือ ทุกข์มากเกินไป นานเกินไป เช่น นานเป็นอาทิตย์ๆ หรือ เป็นเดือนๆ โดยไม่มีเหตุผล จนมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของคนคนนั้นได้ โดยแสดงความผิดปกติทางคำพูด ความคิด ร่างกายและพฤติกรรม ถึงขั้นที่ผู้ป่วยรู้สึกว่รบกวนจิตใจตนเอง มีอาการเครียด คิดมาก หรือรบกวนผู้อื่นและสังคม จนส่งผลกระทบต่อทั้งด้านการเรียน การงาน ความรักหรือการสังคม ถ้าปล่อยให้อาการเป็นรุนแรง เรื้อรังและไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้อง จะส่งผลกระทบต่อทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน ซึ่งอาจเกิดการทำร้ายตนเองและผู้อื่น

ดังนั้นการที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคได้อย่างเหมาะสม ควบคุมความรุนแรงของอาการได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีความสุข

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงได้จัดทำคู่มือโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ใช้ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวน และเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีวิธีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญกับ โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและมีวิธีการจัดการกับปัญหาต่างๆ รวมทั้งมีวิธีการพัฒนาศักยภาพในการดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวในการลดความรุนแรงของอาการและลดการกลับเป็นซ้ำได้

กรรณิการ์ เลาประเสริฐสุข

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
โรคอารมณ์แปรปรวนสองคืออะไร?	1
การจัดการกับอารมณ์แปรปรวนสองชั่ว	6
มารู้จักการรักษาด้วยยากันเถอะ	9
อาการข้างเคียงของยา และแนวทางการจัดการอาการข้างเคียงจากยา	12
การสื่อสารอย่างถูกวิธี	13
สร้างสัมพันธภาพ...เราทำได้	14
ความเครียด	16
หัวเราะบำบัด	21
หน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจและสังคม	24

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยมหน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุปี
3. นับถือศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม
อื่นๆ (ระบุ).....
4. ระดับการศึกษา
 1. ประถมศึกษา
 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย / ป.ว.ช.
 4. อนุปริญญา / ป.ว.ส.
 5. ปริญญาตรี
 6. สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
 1. งานบ้าน
 2. รับจ้าง
 3. ค้าขาย
 4. เกษตรกรรม
 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 6. อื่นๆ(ระบุ)
8. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว.....เดือน.....ปี

เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น

1. คะแนนอาการ
 - 1) ซึมเศร้าคะแนน
 - 2) แมเนีย.....คะแนน
4. ยาที่ใช้ Mood stabilizers Antipsychotic

10. การไร้อารมณ์ มีการแสดงออกทางอารมณ์ผ่านสีหน้า น้ำเสียงและท่าทางที่จำกัด มีความเฉยเมยหรืออาการไร้อารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจนแม้กระทั่งในขณะที่พูดถึงหัวข้อที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ในกรณี que ผู้ป่วยมีความสุขแบบเคลิบเคลิ้มหรือมีความสุขมากเกินไป ให้ประเมินหัวข้อ การไม่แสดงออกทางอารมณ์ถ้ามีความเฉยเมยอย่างชัดเจน

ใช้คำถามต่อไปนี้ในตอนท้ายของการสัมภาษณ์เพื่อประเมินความสามารถในการตอบสนองทางอารมณ์

เมื่อไม่นานมานี้คุณ ได้ยินอะไรที่ตลกมากมาบ้างไหม? คุณอยากฟังเรื่องตลกไหม?

___ ไม่ได้ประเมิน

___ 1 ไม่มี

___ 2 น้อยมาก: ความหลากหลายทางอารมณ์ถูกกดหรือเก็บไว้ แต่มีการแสดงออกทางสีหน้าและน้ำเสียงที่เหมาะสมและอยู่ในเกณฑ์ปกติ

___ 3 น้อย: ความหลากหลายทางอารมณ์โดยรวมลดลงถูกกดหรือเก็บไว้ โดยไม่มีการตอบสนองทางอารมณ์แบบทันทีทันใดที่เหมาะสมจำนวนมากนัก น้ำเสียงค่อนข้างราบเรียบไม่มีเสียงสูงเสียงต่ำ

___ 4 ปานกลาง: ความหลากหลายทางอารมณ์โดยรวมลดลงอย่างเห็นได้ชัด ผู้ป่วยไม่แสดงอารมณ์ไม่ยิ้ม หรือไม่ตอบสนองต่อหัวข้อที่ก่อให้เกิดความทุกข์ยกเว้นนานๆ ครั้ง น้ำเสียงราบเรียบไม่มีเสียงสูงเสียงต่ำหรือมีการเคลื่อนไหวตามแรงกระตุ้นน้อยลงอย่างเห็นได้ชัด หลังจากมีแสดงออกทางอารมณ์หรือท่าทางแล้วมักจะกลับไปนิ่งเฉยไร้อารมณ์

___ 5 รุนแรงปานกลาง: ความหลากหลายทางอารมณ์ลดลงอย่างมาก ผู้ป่วยไม่แสดงอารมณ์ ไม่ยิ้มหรือไม่ตอบสนองต่อหัวข้อที่ก่อให้เกิดความทุกข์เลยหรือตอบสนองน้อยมาก มีท่าทางน้อย และสีหน้าไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงบ่อยนักส่วนใหญ่ น้ำเสียงจะราบเรียบไม่มีเสียงสูงเสียงต่ำ

___ 6 รุนแรง: ความหลากหลายทางอารมณ์หรือการแสดงออกมีน้อยมาก การพูดหรือท่าทางเกิดขึ้นแบบไม่มีชีวิตจิตใจอยู่เกือบตลอดเวลา สีหน้าไม่เปลี่ยนแปลงเลย น้ำเสียงราบเรียบไม่มีเสียงสูงเสียงต่ำเกือบตลอดเวลา

___ 7 รุนแรงมาก: ไม่มีความหลากหลายทางอารมณ์หรือการแสดงออกเลย มีการเคลื่อนไหวแบบแข็งทื่อ น้ำเสียงราบเรียบไม่มีเสียงสูงเสียงต่ำตลอดเวลา

4. แบบวัดความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย / ที่ตรงกับตัวท่าน

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว	ใช่	ไม่ใช่
1.	โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ โดยมีความร้ายแรง มีความคิด และการแสดงอารมณ์ที่มากผิดปกติอย่างน้อยหนึ่งครั้งหรือมากกว่า อาจมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้		
2.	ด้านอาการซึมเศร้า มีอาการเด่น คือ เศร้า เบื่อหน่ายท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า สิ้นหวัง และมีความคิดอยากตาย		
3.	ด้านอาการแมเนีย มีอาการเด่น คือ มีอารมณ์ร้ายแรงสนุกสนานผิดปกติ พุดมาก หงุดหงิดง่าย และมีกิจกรรมมากมาย		
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
29.	เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคควรหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด เช่น สุรายาบ้า		
30.	เมื่อเกิดอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว มึนงง สับสน ท่านต้องหยุดยาเมื่อต่อไปทันที		

5. แบบสัมภาษณ์การแสดงออกทางอารมณ์

ให้คุณพิจารณาบุคคลในครอบครัวซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักซึ่งใกล้ชิดกับคุณที่สุดในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา แล้วกรุณาตอบแบบสอบถามด้านล่างถึงการกระทำของผู้ดูแลหลักซึ่งส่งผลต่อคุณ ด้วยการเลือกคำตอบและใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความคิดของคุณมากที่สุดเพียงช่องเดียว โดยตอบ “ใช่” หากคุณคิดว่าข้อความในข้อนั้น เป็นเรื่องจริง หรือเลือกคำตอบ “ไม่ใช่” หากคุณคิดว่าข้อความนั้นเป็นเรื่อง “ไม่จริง”

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. เข้าใจว่าในบางเวลานั้นก็ไม่ต้องการที่จะพูดคุยกับใคร		
2. ไม่พูดแทรกการสนทนาของนั้น		
3. ทำให้ฉันรู้สึกถูกรอรับ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก		
4. มักจะตรวจตราในสิ่งที่ฉันกำลังทำอยู่เสมอ		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
39. โกรธจัดเวลาที่ฉันไม่สามารถทำบางสิ่งบางอย่างได้ดี		
40. อึดทนกับตัวฉันแม้ว่าฉันจะไม่สามารถทำตามที่เขา คาดหวังได้		

6. แบบประเมินอาการซึมเศร้า

การให้คะแนนจะให้โดยการประเมินลักษณะอาการ และความรุนแรงของอาการ ผู้ประเมินจะต้องให้เป็นค่าลำดับคะแนน (0, 2, 4, 6) หรือระหว่างค่าลำดับคะแนนก็ได้ (1, 3, 5)

ในบางกรณีที่ไม่สามารถประเมินจากผู้ป่วยได้โดยตรงขอให้ประเมินจากข้อมูลแวดล้อมทางคลินิกอื่นๆที่เชื่อถือได้แทน การประเมินสามารถประเมินโดยใช้ระยะเวลาที่ห่างเท่าใดก็ได้

1. ความซึมเศร้าที่ปรากฏให้เห็น

หมายถึงความสลดใจความเศร้าและความสิ้นหวัง (ไม่ได้เป็นเพียงความเบื่อหน่ายซึ่งเกิดเพียงชั่วคราว) โดยสะท้อนออกมาเป็นคำพูด การแสดงออกทางสีหน้าและท่าทาง ประเมินจากความรุนแรงและความไม่สามารถที่จะร่าเริงและมีความมีชีวิตชีวา

- 0 ไม่มีความเศร้า
- 1
- 2 ดูเหมือนไม่มีชีวิตชีวา
- 3
- 4 แลดูเศร้า และไม่มีความสุขเกือบตลอดเวลา
- 5
- 6 ดูเหมือนมีความทุกข์อยู่ตลอดเวลา รู้สึกสิ้นหวังอย่างมาก

2. ความซึมเศร้าที่รายงาน

ปรากฏชัดถึงอารมณ์ที่รู้สึกหดหู่ โดยไม่คำนึงถึงว่าจะแสดงออกหรือไม่ รวมถึงความเบื่อหน่ายความสนใจ หรือความรู้สึกสิ้นหวัง คงไม่มีใครช่วยเหลือได้ ประเมินตามความรุนแรง ความถี่ ระยะเวลา และผลกระทบของเหตุการณ์ต่ออารมณ์และความรู้สึก

- 0 มีความเศร้าเป็นครั้งคราว เหมาะสมกับเหตุการณ์
- 1
- 2 รู้สึกซึมและเบื่อหน่าย แต่สดชื่นได้โดยไม่ยาก
- 3
- 4 มีอารมณ์เศร้าและหดหู่ไปทุกเรื่อง แต่อารมณ์ยังเปลี่ยนแปลงตามสิ่งแวดล้อมภายนอก
- 5

11 ความเข้าใจตนเอง

- 0 มีความเข้าใจตนเอง, ยอมรับว่ามีความเจ็บป่วย, ต้องการการรักษา
- 1 สงสัยว่าตนเองอาจจะเริ่มป่วย
- 2 ยอมรับว่ามีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง, แต่ปฏิเสธความเจ็บป่วย
- 3 ยอมรับว่าอาจมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง, แต่ปฏิเสธความเจ็บป่วย
- 4 ปฏิเสธการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน

ภาคผนวก ค

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

แบบวัดความรุนแรงของอาการ

การหาความเที่ยงของแบบวัดความรุนแรงของอาการ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

Case Processing Summary

	N	%
Cases Valid	30	100.0
Excluded ^a	0	.0
Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.899	10

ภาคผนวก ง

หนังสือรับรองการพิจารณาต่างๆ

1. ผลการพิจารณาจริยธรรม
2. การขอใช้เครื่องมือ
3. การอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ

1. การพิจารณาจริยธรรม



2. การขอใช้เครื่องมือ

To . Dr. John E. Overall

My name is Kannika Laoprasertsook. I am a graduate student Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand. I am interested in your instrument: **Brief Bipolar Disorder Symptom Scale; BDSS**. And I want to translate Thai language. It will be applied in conjunction with my researches, i.e. THE EFFECT OF FAMILY-FOCUSED TREATMENT ON SYMPTOM SEVERITY OF BIPOLAR DISORDER PATIENTS. The age of the intended population is ranged between 19 to 59 years old.

Would you please advise above instrument. You may e-mail me at this address or directly contact my advisor: Assistant Professor Penpaktr Utis, Ph.D, Rn., E-mail: penpaktr_uthis@yahoo.com. or would please contact me e-mail kkl_ns@hotmail.com

Yours sincerely,

Kannika Laoprasertsook

3. การอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ

การตอบอนุญาตให้ใช้เครื่องมือแบบวัดความรุนแรงของอาการ Brief Bipolar Disorder Symptom Scale (BDSS)

RE: My name is Kannika Laoprasertsook. I am interested in your instrument: Brief Bipolar Disorder Symptom Scale; BDSS. + ↓ x



Overall, John (John.E.Overall@uth.tmc.edu) Add to contacts 6/14/12

Picture of Overall, John Laoprasertsook

I appreciate your inquiry about the BDSS scale. I am unaware of the BDSS scale. If it is composed of items from the original Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), you have my encouragement to use it in your research but do request that you reference the original Psychological Reports, 1962, 10, 799-812 publication as a source of the subset of items. If it is not so related to the original 1962 BPRS, then I have no business being involved.
John E. Overall, PhD.

From: Kannika Laoprasertsook [mailto:kk_ls@hotmail.com]

Sent: Friday, June 01, 2012 4:11 AM

To: Overall, John

Subject: My name is Kannika Laoprasertsook. I am interested in your instrument: Brief Bipolar Disorder Symptom Scale; BDSS.

To: Dr. John E. Overall

My name is Kannika Laoprasertsook. I am a graduate student Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand. I am interested in your instrument: Brief Bipolar Disorder Symptom Scale; BDSS. And I want to translate Thai language. It will be applied in conjunction with my researches, i.e. THE EFFECT OF FAMILY-FOCUSED TREATMENT ON SYMPTOM SEVERITY OF BIPOLAR DISORDER PATIENTS. The age of the intended population is ranged between 19 to 59 years old.

I appreciate your inquiry about the BDSS scale. I am unaware of the BDSS scale. If it is composed of items from the original Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), you have my encouragement to use it in your research but do request that you reference the original Psychological Reports, 1962, 10, 799-812 publication as a source of the subset of items. If it is not so related to the original 1962 BPRS, then I have no business being involved.

John E. Overall, PhD.

ภาคผนวก จ

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient / Participant Information Sheet)

ชื่องานวิจัย	ผลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
ผู้วิจัย	นางสาวกรรณิการ์ เลาประเสริฐสุข
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	เลขที่ 29 ถ.บริเวณ โรงเลื่อย ต.อรัญประเทศ อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว 27120
สถานที่พักอาศัย	เลขที่ 29 ถ.บริเวณ โรงเลื่อย ต.อรัญประเทศ อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว 27120
โทรศัพท์บ้าน -	
โทรศัพท์เคลื่อนที่	083-1889693
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. ท่านได้รับการเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย <ol style="list-style-type: none"> 3.1 เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว 3.2 เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย <p>ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช 4.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ ทั้งชายและหญิง อายุ 19-59 ปี

ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน กลุ่มควบคุม 24 คน โดยมีขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดดังต่อไปนี้

Inclusion Criteria ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

1. เป็นผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ และไม่มีภาวะปัญญาอ่อน
2. มีอายุระหว่าง 19-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาที่ทำให้อารมณ์คงที่ (Mood stabilizer) หรือยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotic drug)
3. ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการประเมินอาการซึมเศร้า โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomer Asberg Depression Rating Scale: MADRS) มีคะแนนต่ำกว่า 34 คะแนน ซึ่งมีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง และประเมินอาการคลุ้มคลั่ง โดยใช้แบบวัดอาการคลุ้มคลั่ง (Thai Mania Rating Scale: TMRS) มีคะแนนต่ำกว่า 26 คะแนน หรือมีอาการรุนแรงอยู่ในระดับกลางถึงมาก
4. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น
5. ไม่เคยได้รับการบำบัดที่เน้นครอบครัว
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

Inclusion Criteria ของครอบครัว

1. บุคคลซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่มีสายสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ครอบครัวละ 1 คน
2. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอก ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ ซึ่งได้แก่ การซักประวัติ การตรวจคัดกรอง การให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองที่บ้าน

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัว ที่ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดการบำบัดครอบครัว ของ Miklowitz (2000) โดยใช้เทคนิคการบำบัดแบบ

ผสมผสาน 3 เทคนิค ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) การสื่อสาร (Communication) และการแก้ปัญหา (Problem-solving) แบ่งการดำเนินกิจกรรมกลุ่มออกเป็น 4 กลุ่มๆ ละ 10-12 คน (ประกอบด้วย 5-6 ครอบครัวๆ ละ 2 คน คือผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก) จำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยคาดว่าแต่ละกิจกรรมจะสามารถลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว และให้ความรู้เรื่องโรค อาการ อาการเตือน ปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเอง

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้ เรื่องการรักษาด้วยยา การสังเกตและจัดการกับผลข้างเคียงของการใช้ยา และ การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาทักษะการสื่อสารในครอบครัว

ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 ประเมินการแสดงอารมณ์ในครอบครัว ฝึกทักษะการแก้ไขปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ฝึกการสื่อสารที่ชัดเจน และการขอให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจ

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการฟังการพูดคุยแลกเปลี่ยนเชิงบวกและพัฒนาการยอมรับผู้อื่น

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาทักษะการจัดการความเครียดและการแก้ไข้ปัญหา

ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 ฝึกเทคนิคการจัดการความเครียด และใช้อารมณ์ขันให้เป็นประโยชน์

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาทักษะการค้นหาคำปรึกษาและการหาแนวทางแก้ไข้ปัญหา สรุปกิจกรรมในภาพรวมและยุติการทำกลุ่ม

6. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการที่ช่วยลดอาการ ทางจิต ของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางจิตประเภทอื่นๆ

7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็น โดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ

8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม

10. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เลขที่ 176 หมู่ 3 ตำบลหนองน้ำใส อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว 27160

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการใน
ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกรรณิการ์ เลาประเสริฐสุข

ที่อยู่ติดต่อ

(ที่บ้าน) 43/3 ถ.บริเวณ โรงเลื่อย ต.อรัญประเทศ อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว 27120

โทรศัพท์มือถือ 083-1889693

E- mail Address : kkl_ns@hotmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับ ที่มา และวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติ หรือ ได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น
จากการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะได้รับการ
ดูแลจากเจ้าหน้าที่เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับโดยจะ
นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัว
ข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนไปได้ที่คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล
สระแก้วราชชนรินทร์

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวกรรณิการ์ เลาประเสริฐสุข)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว วรรณิการ์ เลาประเสริฐสุข เกิดเมื่อวันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2527 ที่อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปีการศึกษา 2550 และเข้ารับการศึกษต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2553