

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

นางบุญเยี่ยม คำชัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2554  
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 GROUP PSYCHOEDUCATION PROGRAM ON QUALITY OF LIFE  
IN PERSONS WITH BIPOLAR DISORDER

Mrs. Boonyiem Khomchai

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 2011  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
โดย	นางบุญเยี่ยม คำชัย
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

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

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

บุญเยี่ยม คำชัย: ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (THE EFFECT OF GROUP PSYCHOEDUCATION PROGRAM ON QUALITY OF LIFE IN PERSONS WITH BIPOLAR DISORDER)

อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 189 หน้า

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง โดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม 2) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 36 คน ได้รับการจับคู่ด้วยเพศ ระดับคะแนนอาการซึมเศร้า และระดับคะแนนอาการแมเนีย แล้วถูกสุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลองจำนวน 18 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 18 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม 2) แบบวัดความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 3) แบบวัดการรับรู้เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเชิงลบ 4) แบบประเมินคุณภาพชีวิต 5) แบบประเมินอาการซึมเศร้า และ 6) แบบประเมินอาการแมเนีย เครื่องมือชุด 1,2 และ 3 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 2 มีค่าความเที่ยงคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ 0.78 และเครื่องมือชุดที่ 3,4,5 และ 6 มีค่าความเที่ยงอัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.74, 0.79, 0.79 และ 0.75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = 8.65$ )
2. คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = 2.32$ )

สาขาวิชา.... การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช...ลายมือชื่อนิติ.....  
ปีการศึกษา..... 2554 .....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์.....

##5277810336: MAJOR MENTAL AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: GRUOP PSYCHOEDUCATION PROGRAM/ QUALITY OF LIFE /  
BIPOLAR DISORDER PATIENTS

BOONYIEM CHOMCHAI: THE EFFECT OF GROUP PSYCHOEDUCATION PROGRAM ON QUALITY OF LIFE IN PERSONS WITH BIPOLAR DISORDER.  
ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIS, Ph. D., 189 pp.

The purposes of this quasi-experimental research using the pretest- posttest randomized control group design were: 1) to compare the quality of life in bipolar disorder patients before and after received group psychoeducation program, and 2) to compare the quality of life in bipolar disorder patients who received group psychoeducation program and those who received regular caring ativities. The 36 samples were bipolar disorder patients, who sought for received services in our patients department, Somdetchaopraya hospital. The samples were matched pair according to gender, depression scores and mania scores, and then randomly assigned into experimental group and control group, 18 subjects in each group. The experimental group received group psychoeducation program. Whereas the control group received regular caring activity. The research instruments consisted of: 1) group psychoeducation program, 2) Knowledge on Bipolar disorder test, 3) The Negative Event Scale, 4) WHO-BREF THAI, 5) Montgomery Asberg Depression Rating Scale, and 6) Young Mania Rating Scale. The 1<sup>st</sup>, 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> instruments were validated for content validity by 5 experts. The reliability of the 2<sup>nd</sup> instruments was reported by KR-20 as of 0.78. The reliability of the 3<sup>rd</sup>, 4<sup>th</sup>, 5<sup>th</sup> and 6<sup>th</sup> instruments were reported by Chronbach Alpha as of 0.74, 0.79, 0.79 and 0.75 respectively. The t-test was used in data analysis.

Major finding were as follows:

1. The score on quality of life in bipolar disorder patients after received group psychoeducation program was higher than that before the experiment ( $t=8.65$ ,  $p< 0.05$ ).
2. The score on quality of life bipolar disorder patients after received group psychoeducation program was higher that those who received the regular caring activity ( $t=2.32$ ,  $p< 0.05$ ).

Filed of Study.....Mental Health and Psychiatric Nursing.....Student's Signature.....

Academic Year.....2011.....Advisor's Signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพัทธ์ อูทิศ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันมีคุณค่า ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษาส่งเสริม และให้กำลังใจ เป็นการสร้างพลังให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นอดสาหะพยายามทำการศึกษาอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ และผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ศึกษามีความประทับใจ และซาบซึ้งในความเมตตา กรุณา และเสียสละของอาจารย์ในการ ประสิทธิ์ประสาทวิชาของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้กำลังใจ ให้ข้อคิดคำแนะนำลสิ่งที่เป็นประโยชน์ และมีคุณค่ายิ่ง รวมทั้งคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้ให้ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจให้เสมอมา กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความ กรุณาตรวจสอบ ให้คำสอน ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ใน การศึกษาจนได้เครื่องมือการศึกษาที่สมบูรณ์ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ทุก ท่านที่ได้ให้ข้อมูล และได้มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ประสบผลลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จิตแพทย์ และหัวหน้า พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พี่ๆน้องๆพยาบาลสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ที่กรุณาให้ความ ช่วยเหลือในเรื่องการศึกษาเล่าเรียน ให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลสำหรั บการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณของบิดามารดา ผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ ห่วงใย ขอขอบคุณทุกคนในครอบครัว ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจอันสำคัญ ให้ความช่วยเหลือมอบความรัก ความเข้าใจและความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ เกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการ วิจัยครั้งนี้ ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	10
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	14
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	14
ขอบเขตการวิจัย.....	17
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	20
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว.....	22
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	31
การให้สุขภาพจิตศึกษา.....	40
แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม.....	41
โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว.....	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
บทที่ 3 วิธี การดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	55
การดำเนินการทดลอง.....	71
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	115
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	116
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	123
รายการอ้างอิง.....	139

(ต่อ)

หน้า

## ภาคผนวก

ภาคผนวก ก	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	148
ภาคผนวก ข	การคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา.....	150
ภาคผนวก ค	สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	152
ภาคผนวก ง	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	156
ภาคผนวก จ	ข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบความยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	186
ภาคผนวก ฉ	ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	196
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....		194



## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched paired) ของกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลองและควบคุมเป็นรายคู่.....73
2	กำหนดการดำเนินกิจกรรม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม.....76
3	คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม .....110
4	คะแนนความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันในกลุ่มทดลองก่อน และหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม.....111
5	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับ การศึกษา.....117
6	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ คะแนนอาการซึมเศร้า คะแนน อาการ κρίนเครง/รำเรงผิดปกติ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่ป่วยรุนแรง จำนวนครั้งต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล.....119
7	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง.....121
8	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง .....122

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังจัดให้เป็นโรคที่ก่อให้เกิดความพิการ (disability-adjusted life years) สูงเป็นอันดับที่ 6 ของโรคทั้งหมด (Wood, 2000) ปัจจุบันมีการสำรวจพบการป่วยด้วยโรคนี้ประมาณร้อยละ 0.3-1.5 ของประชากรทั่วโลก (Michalak et al., 2005) และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 1 ของประชากร (Stuart et al., 2005) อีกทั้งมีการกลับเป็นซ้ำสูงถึง ร้อยละ 50 ในช่วง 1 ปีแรก และร้อยละ 73 ในช่วง 5 ปี (Gitlin et al., 1995) ในทวีปยุโรป พบอัตราการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประมาณร้อยละ 1.5-2 (Pini et al., 2005) ประเทศอิตาลีพบร้อยละ 0.6 (Faravelli et al., 1990) ส่วนในประเทศไทยมีการสำรวจโดยสุ่มประชากรทั้ง 4 ภาค ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ จำนวน 11,700 คน พบอัตราการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วร้อยละ 0.7 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2547) อีกทั้งเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่มีแนวโน้มสูง ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ารับบริการทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ ระหว่างปี 2548-2552 ดังนี้ 7442, 8094, 8492, 8552, 8642 ราย (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา, 2552) และเมื่อพิจารณาภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากโรคนี้ พบว่าเป็นโรคที่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Begley et al. (2001) ในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งคาดประมาณว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วแต่ละรายจะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยตลอดช่วงชีวิต อยู่ระหว่าง 11,720 – 624,785 เหรียญสหรัฐ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและเรื้อรังของอาการ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความสูญเสียเมื่อบุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นโรคจิตเวชในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งมีอาการแสดงคือ มีความร่าเริง ความคิด และการแสดงอารมณ์ที่มากผิดปกติอย่างน้อยหนึ่งครั้งหรือมากกว่า โดยอาจมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ (DSM-IV-TR) อาการและอาการแสดงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และด้านการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย (Vornik and Hirschfeld, 2005) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคะแนนคุณภาพชีวิตทุกด้านต่ำกว่าผู้ป่วยที่ติดยาเสพติด โดยเฉพาะ

ยาเสพติดประเภทสุรา (Singh et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของประเทศไทย ในเขต กรุงเทพมหานคร ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 285 ราย พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชาชนทั่วไป (Kongsakon et al., 2008) นอกจากนี้ นันทนา สุขสมนิรันดร (2553) ยังได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วซึ่งมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลรามาริบัติ และ โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 140 คน พบว่าผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีจำนวน 3 คน ระดับปานกลางจำนวน 95 คน และ ระดับสูงจำนวน 42 คน การศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศไทยเป็นกลุ่มผู้ป่วยทางจิตที่ควรได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพชีวิตในระดับที่สูงขึ้น

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม ค่านิยมของท้องถิ่นที่เขาอาศัยอยู่มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความสนใจ ถือเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อนของบุคคล โดยจำแนกองค์ประกอบออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะมีปัญหาคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ ดังนี้

ด้านร่างกาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีปัญหาคุณภาพชีวิตในด้านนี้ คือ มีการเปลี่ยนแปลงของ Circadian rhythm ทำให้วงจรการนอนแปรปรวน โดยในระยะอาการซึมเศร้ามักเกิดปัญหาหลับไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป (Gazalle et al., 2007) เกิดความอ่อนล้า การเคลื่อนไหวช้าลง ไม่สดชื่น (Seminowicz et al., 2004) ปวดศีรษะ เจ็บจุกลิ้นปี่ แน่นหน้าอก น้ำหนักลดหรือเพิ่มขึ้น เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภค และความต้องการอาหารเปลี่ยนแปลงไป (Kaplan et al., 1998) ส่วนระยะอาการเมเนียผู้ป่วยมักจะนอนน้อยลง ทำให้การพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลในทางลบต่อคุณภาพชีวิตในด้านร่างกายและในภาพรวม (Gazalle et al., 2007)

ด้านจิตใจ มักพบปัญหาที่เกิดขึ้นโดยในระยะอาการซึมเศร้าผู้ป่วยมักเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดความภาคภูมิใจ และมองคุณค่าในตนเองต่ำลง (Cohen et al., 2004) ทำให้การทำหน้าที่ของระบบการรู้คิดเสียไป (Suppes and Dennehy, 2005) ส่วนในระยะอาการเมเนีย ผลกระทบที่เกิดขึ้นจะตรงกันข้ามกัน ผู้ป่วยมักมีความภาคภูมิใจในตนเองสูงกว่าปกติ หรือเชื่อมั่นว่าตนเองสำคัญ ตนเองเก่ง จนเป็นเหตุทำให้การตัดสินใจเสียไป และเกิดผลเสียแก่ตนเองและคนรอบข้างตามมา (Montgomery and Cassano, 1996)

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มักพบว่าในระยะอาการซึมเศร้าผู้ป่วยจะแยกตัวออกจากครอบครัวและคนรอบข้าง อีกทั้งยังมีความต้องการทางเพศ และกิจกรรมทางเพศลดลง (Kaplan et al., 1998) ส่วนระยะอาการเมเนีย ผู้ป่วยมักหมกมุ่นเรื่องทางเพศหรือมีความต้องการทางเพศมากกว่า

ปกติ (ชวัชชัย ลีพพานาจ และสรายุทธ วาสิกานานนท์, 2549) สัมพันธภาพทางสังคม และ สัมพันธภาพในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ (Dore and Roman, 2001) ครอบครัวมีความ ขัดแย้งเกิดปัญหาการหย่าร้างสูงกว่าประชากรทั่วไป (Hirchfeld et al., 2002)

สำหรับด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วไม่ได้รับความปลอดภัย และเสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเอง เช่น การสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรซึ่งเกิดจากการฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย (Pini et al., 2005) นอกจากนี้ในระยะอาการซึมเศร้าผู้ป่วยมักขาดความสนใจ ในสิ่งรอบตัวโดยเฉพาะการรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ หรือถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะสนใจข้อมูลข่าวสาร ก็จะไม่เน้นข้อมูลข่าวสารที่ไม่ดี (Pope et al., 2007) ตลอดจนขาดแรงจูงใจในการริเริ่มงานใหม่ งดทำ กิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดปัญหาด้านการเงินรวมทั้งสูญเสียรายได้ไม่มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงินมา รองรับ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ เกิดปัญหาการว่างงานหรือตกงานในที่สุด (Kupfer et al., 2002)

ในการพัฒนาให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตในระดับที่สูงขึ้น จำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้ศึกษาจึงได้ทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนิน ชีวิตประจำวัน เป็นผลสืบเนื่องมาจากผู้ป่วยขาดความรู้และการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้องในเรื่องนี้ ดัง จะเห็นได้จากผลการศึกษาของ Michalak et al. (2005) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสอง ขั้วที่ได้รับความรู้เรื่องสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสัญลักษณ์ของการนอน ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น 2) ปัจจัยด้านความ ยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น ถือได้ว่าเป็นปัจจัย สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งกล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเข้าสังคมและมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ในทางลบ มักก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันมาก ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทางด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคมตามมา (Prabhat et al., 2004; Michalak et al., 2005) และ 3) ปัจจัยด้านการร่วมมือในการรับประทานยา มีรายงานว่า ผู้ป่วยที่รับประทานยา ต่อเนื่องและสม่ำเสมอจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ขาดยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (Hosseine et al., 2009; Namjoshi et al., 2002) และจากการที่ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องยา อาการข้างเคียงจากยา และแนวทางการรับประทานยาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อ การรับประทานยา เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา (Soares et al., 1997) เนื่องจากยามีส่วน ช่วยควบคุมอาการ (ชวัชชัย ลีพพานาจ และสรายุทธ วาสิกานานนท์, 2549) ดังนั้น หากผู้ป่วยไม่

ร่วมมือในการรับประทานยาจะทำให้อาการซึมเศร้า และอาการเมเนียกำเริบ เกิดปัญหาคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ การสร้างสัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมตามมา (Zhang et al., 2006)

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขและส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจำเป็นต้องจัดกระทำกับปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตดังกล่าวข้างต้น แต่ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ได้รับเพียงการบำบัดด้วยยาเท่านั้น ยังขาดการบำบัดทางจิตสังคมซึ่งช่วยแก้ไขสาเหตุของการเกิดปัญหาคุณภาพชีวิตร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีคุณภาพชีวิตในระดับไม่สูงเท่าที่ควร สอดคล้องกับ Johnson and Leahy (2004) กล่าวว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำเป็นต้องใช้การบำบัดด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงเห็นความสำคัญในการนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม มาใช้ในการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเนื่องจากเป็นโปรแกรมที่สามารถจัดกระทำกับปัจจัยทั้งสามประการอันเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีปัญหาคุณภาพชีวิต กล่าวคือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มนั้นช่วยให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขภาพลักษณะของการนอน และทักษะการเผชิญกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสามารถจัดการและเกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายดีขึ้น (Michalak et al., 2005) และในขณะเดียวกันยังช่วยให้ผู้ป่วย มีความรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เกิดการพัฒนาทักษะการเข้าสังคม ทำให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้โดยไม่ยุ่งยาก ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านจิตใจดีขึ้น (Prabhat et al., 2004; Michalak et al., 2005) นอกจากนี้ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องยา อาการข้างเคียงจากยา แนวทางการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย มีทักษะด้านการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยา และเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องทำให้อาการซึมเศร้าและอาการเมเนียลดลง (Colom et al., 2003; Soares et al., 1997) ส่งผลให้ผู้ป่วยสนใจในสิ่งรอบตัว และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมมากขึ้น อีกทั้งยังไปช่วยลดการทำกิจกรรมที่มีมากเกินไป ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมดีขึ้น (Michalak et al., 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า ยังไม่มีผู้นำการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาและปัจจัยทั้งสามด้านดังที่กล่าวไปแล้วได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพอันจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในอนาคตต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มมีความแตกต่างกันหรือไม่
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ก่อนและหลัง ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (Akiskal, 2005) ซึ่งมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง (Morgan et al., 2005) จนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยพบว่ามียังปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันและการเผชิญกับความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Michalak et al., 2005) 2) ปัจจัยด้านความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น (Prabhat et al., 2004) และ 3) ปัจจัยด้านการร่วมมือในการรับประทานยา (Hosseine et al., 2009) ซึ่งหากผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้รับการดูแล และช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัจจัยที่เป็นปัญหาทั้งสามประการนี้แล้วจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามมา (Michalak et al., 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางในการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มเป็นโปรแกรมการให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถจัดการกระทำกับปัจจัยสำคัญทั้งสามประการอันเป็นสาเหตุของปัญหาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ทั้งนี้เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน (Michalak et al., 2005) และเกิดการพัฒนาทักษะในการจัดการกับความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทักษะการเผชิญกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งมีการพัฒนาทักษะ การเข้าสังคม จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้โดยไม่

ยุ่งยาก (Prabhat et al., 2004; Michalak et al., 2005) ในขณะเดียวกันยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้อาการซึมเศร้า และอาการเมเนียลดลง (Colom et al., 2003; Soares et al., 1997)

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม เป็นการจัดกระทำที่มีประสิทธิภาพต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังการศึกษาของ Michalak et al. (2005) ที่ใช้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศแคนาดา จำนวน 57 ราย ผลการศึกษาพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงขึ้นถึงร้อยละ 56

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดของ Michalak et al. (2005) ซึ่งมีเนื้อหาในโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรค การให้ความรู้เรื่องยา การสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของโรค การให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบทางจิตสังคม การให้ความรู้เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพ และการเปิดอภิปรายในกลุ่มเพื่อพบทวนปัญหาและการแก้ไขปัญหา ร่วมกับการนำเอาแนวคิดของ Marram (1978) มาเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการดำเนินกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมและแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้ดีขึ้น แบ่งการดำเนินกิจกรรมกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 9 คน จำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมสามารถส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** การพัฒนาการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการกำเริบ และการพัฒนาทักษะการเผชิญกับอาการ การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสุขลักษณะการนอน ในกิจกรรมนี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยตามความเป็นจริง เกิดการยอมรับการเจ็บป่วย เกิดความตระหนัก และกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร สามารถแยกแยะอาการเตือนและอาการที่กำลังกำเริบได้ อีกทั้งยังรู้จักเลือกแนวทางในการเผชิญกับอาการได้อย่างเหมาะสม เห็นความสำคัญของการคงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุล และสม่ำเสมอ เกิดทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดี ส่งผลให้คุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายดีขึ้น (Michalak et al., 2005)

**กิจกรรมที่ 2** การสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของโรค เป็นกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นโดยมีการดำเนินการเปิดอภิปรายในกลุ่มมีเป้าหมายเพื่อ การสร้างความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับ

ผลกระทบของโรคที่มีต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เน้นการนำเอากระบวนการกลุ่มมาใช้ในการแก้ไข ปัญหาโดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดปฏิสัมพันธ์กัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสนับสนุนจิตใจซึ่งกัน และกัน ก่อให้เกิดความมุ่งมั่นและความตระหนักในตนเอง มีการเฝ้าระวังปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการ ร่วมมือในการรับประทานยา เพื่อป้องกันการกำเริบของโรค ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ ดีขึ้น (Soares et al., 1997)

**กิจกรรมที่ 3** การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา เป็นการให้ความรู้เรื่องยา และ แนวทางการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการ รับประทานยา มีทักษะการจัดการถูกต้องครบถ้วน เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญในการ บำบัดด้วยยา สามารถจัดการกับปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาต่อเนื่อง สามารถดูแล ตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดจากผลข้างเคียงจากยา นอกจากนี้ผู้ป่วยยังเกิดทัศนคติที่ดีและเกิดความ ร่วมมือต่อการรับประทานยาช่วยป้องกันและลดการกำเริบของอาการ (Soares et al., 1997) ผู้ป่วย เกิดความสนใจในสิ่งรอบตัว และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม นอกจากนี้ ยังไปช่วยลดการทำกิจกรรมที่มีมากเกินไปส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมดีขึ้น (Michalak et al., 2005)

**กิจกรรมที่ 4** การพัฒนาทักษะการจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวันด้านการสื่อสาร และการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการสร้าง สัมพันธภาพและพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทักษะการเข้าสังคม เนื่องจากการช่วย ให้ผู้ป่วยได้รับรู้วิธีการสร้างสัมพันธภาพ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการเข้าสังคม มีแนวทางใน การปฏิบัติตัว ก่อให้เกิดความมั่นใจ และเกิดความตระหนักในตนเองอยู่เสมอ ผู้ป่วยสามารถดำเนิน ชีวิตประจำวันโดยไม่ยุ่งยาก ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้าน จิตใจดีขึ้น (Prabhat et al., 2004; Michalak et al., 2005)

**กิจกรรมที่ 5** การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะในการ ใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากความเครียดเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้อาการ ซึมเศร้า และอาการเมเน็ยกำเริบ และผลของกิจกรรมทำให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับ ความเครียด มีทักษะในการแก้ปัญหาและจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ที่สร้างสรรค์ สามารถ เลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา และเพิ่ม ความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งสามารถลดความเครียดให้น้อยลงส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจดีขึ้น (Michalak et al., 2005)



**กิจกรรมที่ 6** การทบทวนปัญหา และการแก้ไขปัญหา เป็นการดำเนินกิจกรรมเพื่อทบทวนความรู้และทักษะต่างๆ ตลอดจนปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นของสมาชิกกลุ่ม ตั้งแต่เริ่มดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ครั้งที่ 1-5

สรุปได้ว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ตามแนวคิดของ Michalak et al. (2005) ทั้ง 6 กิจกรรม ภายหลังจากผู้ป่วยนำไปลงมือปฏิบัติ โดยเน้นในสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้จากการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนาการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน การตระหนักถึงผลกระทบของโรคที่มีต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา การพัฒนาทักษะการจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น และการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด อีกทั้งยังได้นำเอาแนวคิดของ Marram (1978) มาเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการดำเนินกลุ่ม เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจในสิ่งที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัว เชื่อกันว่าต้องปฏิบัติตัวได้ โดยได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มเป็นหลัก นอกจากนี้ยังเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สนับสนุนทางด้านจิตใจซึ่งกันและกัน ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

### สมมุติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Design) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The pretest-posttest randomized control group design) เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD -10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 36 คน

**ตัวแปรต้น** คือ การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

**ตัวแปรตาม** คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว** หมายถึง บุคคลที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มของโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งมีอาการแสดงคือ มีความร่าเริง ความคิด และการแสดงอารมณ์ที่มากผิดปกติอย่างน้อยหนึ่งครั้งหรือมากกว่า โดยอาจมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้คัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar Disorder) ตามแนวทางการวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD -10) ซึ่งเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และมีคุณสมบัติ คือ มีภาวะซึมเศร้าในระดับกลาง โดยพิจารณาผลการประเมินจากแบบวัดอาการซึมเศร้า (MADRS) พบว่ามีคะแนนต่ำกว่า 34 คะแนน และมีความรุนแรงของอาการเมเนียอยู่ในระดับกลางถึงมาก โดยพิจารณาผลการประเมินจากแบบวัดอาการเมเนีย (TMRS) พบว่ามีคะแนนต่ำกว่า 26 คะแนน

**คุณภาพชีวิต** หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการรับรู้ถึงความรู้สึกในการดำเนินชีวิตของตนเองซึ่งขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม และค่านิยมของท้องถิ่นที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ศึกษาตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL group, 1996) ซึ่งจำแนกคุณภาพชีวิตออกเป็นองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีสุขภาพด้านร่างกายที่แข็งแรง มีความสุขสบาย ปราศจากการเจ็บป่วย และสามารถดูแลตนเองเมื่อมีความเจ็บป่วยทางร่างกายได้ดี มีการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ มีเรี่ยวแรงและพลังกำลังในการดำเนินชีวิต สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำงานได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือรับรู้ว่าคุณเองไม่ต้องพึ่งพาอาศัยต่างๆ กระทั่งการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีความรู้สึกที่ดี เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง มีความภาคภูมิใจและความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ตลอดจนมีกระบวนการคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจที่ดี และมีความสามารถในการเรียนรู้ และจัดการกับความเศร้าของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสม

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในทางที่ดี สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้โดยไม่ถูกสะท้อนจากผู้อื่นในทางลบ สามารถช่วยเหลือผู้อื่น และได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม รวมถึงการมีกิจกรรมทางเพศ อารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสม

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี มีการคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการด้านสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ ตลอดจนการได้รับข่าวสารที่มีประโยชน์ หรือมีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่างที่เหมาะสม แต่ละองค์ประกอบข้างต้นประเมินได้จากแบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด ที่สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล และคณะ (2540) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย

**การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม** หมายถึง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยใช้กระบวนการกลุ่มตามสาระในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Michalak et al. (2005) ร่วมกับการนำเอาแนวคิดของ Marram (1978) มาเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการดำเนินกลุ่ม มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาในการเจ็บป่วยด้วยตนเอง เกิดความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งเกิดทักษะต่างๆ เช่น การจัดการกับอาการ การสังเกตอาการเตือนที่กำลังกำเริบ การพัฒนาความสามารถการทำหน้าที่ทางสังคม และการประกอบอาชีพ นอกจากนี้ ยังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดปฏิสัมพันธ์ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสนับสนุนจิตใจซึ่งกันและกัน ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีอาการซึมเศร้าลดลง และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ดีขึ้น โดยการใช้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลผู้ให้การบำบัดกับสมาชิกกลุ่ม 2 กลุ่มๆ ละ 9 คน จำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ณ แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาโดยมีการดำเนินการแต่ละครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 การพัฒนาการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ดำเนินกิจกรรมโดยการให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุอาการ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีอาการกำเริบ และการพัฒนาทักษะการเผชิญกับอาการ การจัดการด้วยตนเอง การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ สุขลักษณะการนอน ครั้งที่ 2 การสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของโรค เป็นการทำกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับผลกระทบของโรคที่มีต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน และการหาแนวทางในแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ครั้งที่ 3 การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา ดำเนินกิจกรรมโดยการให้ความรู้เรื่องยา และ แนวทางการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยโดยใช้กระบวนการ

กลุ่ม ครั้งที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น ดำเนินกิจกรรมโดยการให้ความรู้เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพ การสร้างความตระหนักและพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และ ทักษะการเข้าสังคม ครั้งที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด ดำเนินกิจกรรมโดยการให้ความรู้และฝึกทักษะในการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากความเครียดเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้อาการซึมเศร้าและอาการแฉะกำเริบ และ ครั้งที่ 6 การทบทวนปัญหา และการแก้ไขปัญหามาเพื่อเป็นการทบทวนปัญหา และการแก้ไขปัญหาลงจากนำความรู้ที่ได้รับจากการดำเนินการครั้งที่ 1-5 ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันและยุติการทำกลุ่ม

**การดูแลตามปกติ** หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้รับการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาโดยเน้นให้การพยาบาลเป็นรายบุคคล ได้แก่ การประเมินอาการประกอบด้วย อาการซึมเศร้า อาการแฉะ โดยประเมินทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้านความคิด และด้านร่างกาย มีการให้คำปรึกษา และเสนอแนะแนวทางในการแก้ปัญหา นอกจากนี้ยังมีการให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน เพื่อเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำ ประกอบด้วย การรับประทานยาที่ถูกต้อง การเฝ้าระวังอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา การดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พร้อมกันนั้นยังส่งเสริมสนับสนุนการรักษาที่ต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด และการเข้ารับบริการตามแหล่งบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างเหมาะสม

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ และลดการป่วยซ้ำ
2. พัฒนาระบบของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิจัย วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
  - 1.1 ความหมายของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
  - 1.2 สาเหตุการเกิดโรค
  - 1.3 การจำแนกชนิดของความผิดปกติทางอารมณ์
  - 1.4 ลักษณะอาการสำคัญทางคลินิก
  - 1.5 การวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV-TR
  - 1.6 การดำเนินโรค
  - 1.7 การบำบัดรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
  - 1.8 ผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
  - 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
  - 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
  - 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
  - 2.4 การประเมินคุณภาพชีวิต
  - 2.5 การพยาบาลของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต
3. การให้สุขภาพจิตศึกษา
  - 3.1 ความหมายของการให้สุขภาพจิตศึกษา
  - 3.2 เป้าหมายการให้สุขภาพจิตศึกษา
  - 3.3 เทคนิคการให้สุขภาพจิตศึกษา
  - 3.4 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา
4. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม
5. โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

#### 1.1 ความหมายของโรคอารมณ์สองขั้ว

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์แบบซึมเศร้า (Depression) สลับกับอารมณ์เมเนีย (Mania) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายแตกต่างกันพอสรุปได้ดังนี้

Tsuang and Faraone (1996) ได้กล่าวถึงโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorders) ว่าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดหนึ่งผู้ป่วยจะมีอาการของ manic episode หรือ mixed episode หรือ hypomanic episode สลับกับ major depressive episode

อรพรรณ ลือบุญวิชัย (2544) ได้กล่าวถึงโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วว่า เป็นความผิดปกติของอารมณ์หรืออารมณ์แปรปรวนที่แสดงออกในลักษณะของอาการซึมเศร้า (Depression) สลับกับอาการครื้นเครงหรือเมเนีย (Mania) กล่าวคือ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปมาหรือขึ้นๆ ลงๆ (Mood Swing) ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกคิด การรับรู้ บุคลิกภาพ และพฤติกรรมการแสดงออก ความผิดปกติต่างๆ เหล่านี้ จะสอดคล้องกับอารมณ์ของผู้ป่วยในขณะนั้น ทั้งนี้ผู้ป่วยบางรายอาจจะมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอนร่วมด้วย สรุปได้ว่า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ประกอบด้วยอาการซึมเศร้า (Depression) สลับกับอาการครื้นเครง (Mania) อาการดังกล่าวจะขึ้นๆ ลงๆ ไม่คงที่ ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมการแสดงออก

สรุปได้ว่า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดหนึ่ง ผู้ป่วยมักแสดงอาการให้เห็นชัดเจนโดยมีอาการร่าเริงมากกว่าปกติ (Mania) สลับกับอาการซึมเศร้า (Depression) ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม สังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

#### 1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากการศึกษาในปัจจุบัน พบว่าสาเหตุของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วนั้นเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological Factor) ปัจจัยทางพันธุศาสตร์ (Genetic Factor) และปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological Factor) โดยปัจจัยแต่ละด้านมีรายละเอียด ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological Factor) ที่ทำให้อารมณ์ผิดปกติ (Fritze, 1993; Akiskal, 2005; Bergdorf and Panksepp, 2006) แบ่งเป็นสาเหตุต่างๆ ได้ดังนี้ ความผิดปกติของสารสื่อประสาท และความผิดปกติสารสื่อประสาทอื่นๆ ได้แก่ สารสื่อประสาทชนิด Amino acid

1.2.2 ปัจจัยทางพันธุศาสตร์ (Genetic Factor) พบได้บ่อยในผู้ที่มีญาติป่วยเป็น

bipolar disorder สูงกว่าประชากรทั่วไป (เบญจลักษณ์ มณีทอง, 2551) ในการศึกษาคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันถ้าคนหนึ่งเป็นโรคอีกคนจะมีโอกาสเป็นโรค ร้อยละ 65 ในขณะที่คู่แฝดจากไข่คนละใบมีโอกาสเป็นด้วยเพียงร้อยละ 14 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

1.2.3 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological Factor) มีทฤษฎีทางจิตวิทยาอธิบายปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าไว้ในหลายลักษณะ พอสรุปได้ ดังนี้

- ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal theory) เชื่อว่า ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้า (depression) เนื่องจากวัยเด็กมีประสบการณ์ขาดความรักจากพ่อแม่ ส่วนอาการเมเนีย เกิดจากการไม่สามารถอดทนต่ออารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก มีความรู้สึกผิดและเกลียดชังปิดบังความโศกเศร้าตอบสนองทางลบ โดยแสดงความโกรธไม่เป็นมิตรและก้าวร้าว (Johnson, 1997)

- ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) เชื่อว่า ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า (depression) เกิดจากปฏิกิริยาที่แสดงออกโดยไม่รู้ตัวเมื่อรู้สึกไร้อำนาจต้องพึ่งพาหรือสูญเสียความรักในสถานการณ์ที่ไม่สามารถแสดงความโกรธ ด้านเมเนีย เชื่อว่า เกิดจากการป้องกันตนเอง (defense or counteractions) จากความรู้สึก depression (Johnson, 1997; Hines-Martin and Thomas, 2003)

### 1.3 การจำแนกชนิดของความผิดปกติทางอารมณ์

การจำแนกโรคทางจิตเวชที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมีอยู่ 2 ระบบ ได้แก่ การจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM) และการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD) ตามคู่มือการวินิจฉัย และสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต ครั้งที่ 4-TR (text revision) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM -IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000)

### 1.4 ลักษณะอาการสำคัญทางคลินิก

ลักษณะอาการแสดงของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอาจแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้ (Stuart and Laraia, 2005)

#### 1.4.1 ลักษณะทางคลินิกของอาการซึมเศร้า

- อาการด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะนอนไม่หลับ อาจหลับยาก หลับไม่สนิท มีอาการปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามตัว แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก อาหารไม่ย่อย ผู้หญิงอาจมีประจำเดือนไม่ปกติไม่มีแรงอ่อนเพลียตลอดเวลาแม้ไม่ได้ทำอะไรหนักนัก

- อาการด้านความคิด ผู้ป่วยจะมีความคิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่ดีในทุกด้าน มองตนเองในด้านลบ รู้สึกผิดและตำหนิตัวเอง คิดซ้ำ ไม่มีสมาธิ กลัว และวิตกกังวล

- อาการด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะซึมเศร้า รู้สึกใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวาไม่มีความสุข รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง อ้างว้างโดดเดี่ยว ไม่มีค่า หงุดหงิดง่าย มีอะไรมารบกวนไม่ได้

- อาการด้านพฤติกรรมผู้ป่วยจะซึมเศร้าแยกตัวไม่สนใจสิ่งแวดล้อม หมดความสนใจในสิ่งต่างๆ แม้กิจกรรมที่เคยชอบมีการแสดงความต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น บางรายอาจกระสับกระส่ายควบคุมตัวเองได้น้อยลง เช่น มีการดื่มสุรามากขึ้น มีการใช้ยาสารบางอย่างเพิ่มขึ้น

#### 1.4.2 ลักษณะทางคลินิกของอาการเมเนีย

- อาการด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะกระวนกระวายไม่มีสมาธิรู้สึกกระปรี้กระเปร่ามีความต้องการนอนน้อยลงรู้สึกว่าได้นอนเพียงเล็กน้อยก็เพียงพออาจมีภาวะขาดน้ำหรือน้ำหนักลด
- อาการด้านความคิด ผู้ป่วยจะมีความคิดสร้างสรรค์มากมาย ความคิดพรั่งพรูมั่นใจในตนเองมาก หลงผิดด้านเอกลักษณ์ของตนเอง เช่น คิดว่าตนเป็นผู้มีความสำคัญหรือมีอำนาจพิเศษ อาจมีความคิดหลงผิดแบบอื่นร่วมด้วย
- อาการด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะรู้สึกมีความสุขมากขึ้นเร่รังสนุกสนาน ผิดปกติ หรือหงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว การควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ไม่ดี เช่น ขาดการยับยั้งชั่งใจ
- อาการด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยจะมีการเคลื่อนไหว หรือกิจกรรมมาก ผิดปกติ พูดมาก ชอบโอ้อวด แต่งตัวแต่งหน้ามาก ผิดปกติ มีความต้องการทางเพศหรือยั่ววนทางเพศ อาจมีกิจกรรมทางเพศมากขึ้นแม้กับคนไม่รู้จัก มีการดื่มสุรามากขึ้น มีการใช้ยาหรือสารบางอย่างเพิ่มขึ้น (Stuart and Laraia, 2005)

#### 1.5 การวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM- IV- TR

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบการแยกโรคทาง DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition อ้างถึงใน ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล, 2548) มีเกณฑ์ในการวินิจฉัยแต่ละช่วง ดังนี้

Major depressive episode มีเกณฑ์วินิจฉัยดังนี้

- A. มีอาการดังต่อไปนี้ 5 ข้อ โดยอย่างน้อยต้องมีข้อ 1 หรือ ข้อ 2 หนึ่งข้อ
1. มีอาการซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน
  2. ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ ลดลงแทบทุกวัน
  3. น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้เป็นจากการคุมอาหารหรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ หรือมีการเบื่ออาหาร หรือเจริญอาหารแทบทุกวัน
  4. นอนไม่หลับ หรือหลับมากกว่าปกติไปแทบทุกวัน
  5. Psychomotor agitation หรือ retardation แทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่นมิใช่เพียงจากความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวายหรือช้าลง)
  6. อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรง



7. รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิด

8. สมาธิอ่านลดลง หรือล้งเลใจ

9. คิดถึงเรื่องการตาย โดยมีได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตาย มีแผนการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

B.อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคมการประกอบอาชีพด้านการทำงานหรือด้านอื่นๆที่สำคัญบกพร่องลง

Manic episode มีเกณฑ์วินิจฉัยดังนี้

A. มีช่วงอารมณ์คึกคัก แสดงความรู้สึกโดยไม่มียั้ง หรืออารมณ์หงุดหงิดที่ผิดปกติ และคงอยู่ตลอดอย่างชัดเจนนานอย่างน้อย 1 สัปดาห์ (หากต้องอยู่ในโรงพยาบาลจะเป็นเพียงไม่กี่วันก็ได้)

B. มีอาการดังต่อไปนี้อยู่ตลอดอย่างน้อย 3 อาการ (มากกว่า 4 อาการ หากเป็นอาการหงุดหงิด)

1. มี Self-esteem เพิ่มขึ้นมาก หรือมีความคิดว่าตนยิ่งใหญ่ (grandiosity)
2. ความต้องการนอนน้อยลง (เช่น ได้นอนเพียงสามชั่วโมงก็รู้สึกเพียงพอแล้ว)
3. พูดคุยมากกว่าปกติ หรือต้องการพูดอย่างไม่หยุด
4. Flight of idea หรือผู้ป่วยรู้สึกว่าความคิดแล่นเร็ว
5. วอกแวก (Distractibility) ได้แก่ ถูกดึงความสนใจได้โดยง่าย แม้สิ่งเร้าภายนอกจะไม่สำคัญหรือไม่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่สนใจอยู่ในขณะนั้น
6. มีกิจกรรมซึ่งมีจุดหมายเพิ่มมากขึ้นหรือมี Psychomotor agitation
7. เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมที่ทำให้ผลิตผลิตมากเกินไปจนเกินไปแต่มีโอกาสสูงก่อให้เกิดความยุ่งยากติดตามมา

C. อาการรุนแรงจนทำให้มีความบกพร่องอย่างมากในการประกอบอาชีพด้านการทำงาน หรือกิจกรรมทางสังคมตามปกติ หรือสัมพันธ์กับผู้อื่น หรือทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือมีอาการ โรคจิต

## 1.6 การดำเนินโรค

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสามารถเกิดอาการครั้งแรกได้ตั้งแต่เด็กถึงผู้ใหญ่โดยอายุเฉลี่ย ครั้งแรก คือ 21 ปี แต่ถ้าแยกอัตราการเกิดอาการครั้งแรกช่วงอายุละ 5 ปี จะพบว่าอัตราการเกิดอาการครั้งแรกมากที่สุดที่ช่วงอายุ 20- 24 ปี ผู้ป่วย Bipolar I disorder เป็นโรคที่เกิดอาการซ้ำๆ ได้บ่อย โดยพบว่ากว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกจะเป็นซ้ำครั้งที่ 2 และร้อยละ 40-50

ของผู้ป่วยจะเกิดการเป็นซ้ำครั้งที่ 2 ในเวลา 2 ปี ประมาณร้อยละ 40 เกิดการเป็นซ้ำมากกว่า 10 ครั้ง ในตลอดช่วงชีวิต โดยมีระยะเวลาของช่วง mania เฉลี่ยนาน 6 เดือน (สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2547)

### 1.7 การบำบัดรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การบำบัดรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีหลายลักษณะซึ่งประกอบด้วย การบำบัดด้วยยา การบำบัดด้วยไฟฟ้า และการบำบัดทางจิตสังคม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

**1.7.1 การบำบัดด้วยยา** มี 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะเฉียบพลัน ระยะต่อเนื่อง และระยะอาการสงบ

1) ระยะเฉียบพลัน เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคและเข้าสู่การรักษา มักใช้เวลา 2-10 สัปดาห์ ระยะนี้เน้นการปรับขนาดยาให้เหมาะสม คือตอบสนองต่อการรักษาสามารถบรรเทาโรค ซึ่งต้องคำนึงถึงความทนต่อการใช้ยาโดยไม่ให้มีปัญหาผลข้างเคียงจากการใช้ยา ข้อมูลการรักษาในระยะเฉียบพลันมีดังนี้ (Yatham et al., 2005 อ้างอิงถึง รัชชชัยสิทธิ์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2550)

- ระยะ Manic episode การให้ยาตัวเดียว กลุ่มยากงสภาพอารมณ์ได้แก่ Lithium กลุ่มยากันชักได้แก่ valproate, carbamazepine, lamotrigine, topiramate กลุ่มยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่ได้แก่ risperidone, olanzapine, quetiapine, ziprasidone, aripiprazole หรือใช้ยาชนิดอื่นได้แก่ haloperidol, chlorpromazine การใช้ยาแบบผสม มักใช้ Lithium กับยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่ได้แก่ใช้กับ risperidone/olanzapine/quetiapine/ziprasidone กลุ่ม Lithium กับยากันชักได้แก่ Lithium กับ valproate/carbamazepine และผสมทั้ง 3 ชนิด เช่น Lithium + valproate กับ haloperidol

- ระยะ depressive episode การให้ยาตัวเดียว กลุ่มยากงสภาพทางอารมณ์ได้แก่ Lithium กลุ่มยากันชักได้แก่ valproate, lamotrigine, carbamazepine, gabapentin กลุ่มยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่ได้แก่ olanzapine, quetiapine กลุ่มยาอื่น เช่น Adjunctive omega-3-fatty acid การใช้ยาแบบผสมมักใช้ Lithium และกลุ่มยากันชักได้แก่ Lithium กับ valproate หรือ lamotrigine หรือ carbamazepine กลุ่มยากงสภาพอารมณ์และกลุ่มยาด้านเศร้าได้แก่ Lithium กับ SSRI เช่น Lithium + tricyclic, Lithium+Fluoxetine กลุ่มยากันชักกับกลุ่มยาด้านเศร้าได้แก่ valproate+SSRI กลุ่มยาที่อาจเลือกใช้คือ Lithium หรือ valproate ตัวใดตัวหนึ่งกับ venlafaxine/bupropion/SSRI

2) ระยะต่อเนื่องเป็นระยะที่ต่อจากระยะเฉียบพลัน อาจใช้เวลา 3-5 เดือน ขึ้นอยู่กับการตอบสนองต่อการรักษา และสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยมีอาการหายเป็นปกติ ระยะนี้เน้นการป้องกันการกำเริบไม่ว่าจะมีอาการเพียงบางส่วนหรือครบทั้งหมดจึงต้องคงยาในระดับที่เต็มที่หากตอบสนองต่อการรักษาดีอาจมีการลดยา แต่หากยังคงมีอาการต้องพิจารณาเพิ่มยา

3) ระยะยาว ระยะลดอาการสงบผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วส่วนใหญ่ต้องมีการรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิตเนื่องจากการเป็นกลับซ้ำเน้นการเฝ้าระวังการเป็นกลับซ้ำให้อาการที่ป่วยหาย

ระยะนี้วางแผนค่อยๆ ปรับลดยาที่รักษาอาการร่วมลง เมื่ออาการร่วมเหล่านั้นไม่มีแล้ว นอกจากนี้ยังควรพิจารณาให้ยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาระยะยาวตั้งแต่ช่วงกลางหรือช่วงท้ายของระยะต่อเนื่องเพื่อระดับยาในกระแสเลือดจะได้เข้าสู่สมดุล เมื่อเข้าสู่ระยะยาว สิ่งที่ต้องพิจารณาในการรักษาระยะยาวมีหลายปัจจัย ทั้ง การดำเนินโรคความีการป่วยด้วย depressive episode หรือ Manic episode มากกว่ากัน ความรุนแรงของการป่วย การมีอาการโรคจิตร่วมด้วย จำนวนครั้งของการป่วยที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วย การเกิด episode ก่อนหน้านี้สัมพันธ์กับการใช้ยาแก้ซึมเศร้าหรือการใช้ psycho stimulants หรือไม่ ความสามารถในการทนต่อยา (tolerability) ในระยะยาวของผู้ป่วยส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา (compliance) ในระยะยาว และความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยมีหลักทั่วไปในการใช้ยาเพื่อสร้างให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานอย่างต่อเนื่องควรใช้ยาที่ผู้ป่วยสามารถทนต่อยาได้ ใช้ยาน้อยชนิดที่สุด รักษาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาโดยเร็วและเต็มที่ มีการศึกษาพบว่าการใช้ยาในขนาดต่ำ ๆ จะเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ การรักษาระยะยาวจึงนิยมให้ยาขนาดปานกลางถึงขนาดค่อนข้างสูง โดยที่ผู้ป่วยทนต่อยาได้ และไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง เพื่อประสิทธิภาพในการรักษาและป้องกันการเป็นกลับซ้ำ การรักษาระยะยาวที่เป็นแบบยาผสมยังได้รับการยอมรับทั่วไปและยังอาจช่วยลดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเนื่องจากปริมาณยาแต่ละตัวจะน้อยลงด้วย (ชวิชัย ลิขิตานาจ และ สรยุทธ วาสิกันานนท์, 2550)

**7.1.2 การบำบัดด้วยไฟฟ้า** เป็นการรักษาอย่างหนึ่งทางจิตเวชที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการศึกษาวิจัยเรื่องสารสื่อประสาทพบว่า การรักษาด้วยไฟฟ้า ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาท (neurotransmitter receptors) การเปลี่ยนแปลงของระบบ second messenger โดย การรักษาด้วยไฟฟ้า มีผลต่อสารสื่อประสาทเกือบทุกระบบ (Sadock, 2003)

1) กลไกการออกฤทธิ์ การศึกษาวิจัยเรื่องสารสื่อประสาทในสมองพบว่า การรักษาด้วยไฟฟ้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาท (neurotransmitter receptors) รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของระบบ second messenger โดย การรักษาด้วยไฟฟ้า มีผลต่อสารสื่อประสาทเกือบทุกระบบ เช่น เมื่อให้การรักษาด้วยไฟฟ้าพบว่า จะทำให้เกิด downregulation ของ postsynaptic beta-adrenergic receptors ซึ่งคล้ายกับการออกฤทธิ์ของยาด้านซึมเศร้า ส่วนผลของ ECT ต่อเซลล์ประสาทที่หลั่งสารสื่อประสาท serotonin ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน นอกจากนี้ยังมีรายงานที่พบว่าการรักษาด้วยไฟฟ้า มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบสารสื่อประสาทอื่นๆ เช่น muscarinic, cholinergic และ dopaminergic ด้วย รายงานเกี่ยวกับผลของการรักษาด้วยไฟฟ้าเกี่ยวกับระบบ second-messenger พบว่าส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการเกิด coupling ของ G-protein ที่ receptor การทำงานของ adenylyl cyclase และ phospholipase C รวมทั้งการควบคุมการไหลเข้าสู่เซลล์ประสาทของแคลเซียม (Sadock, 2003)

2) ข้อบ่งชี้ในการรักษาผู้ป่วย สมาคมจิตแพทย์อเมริกาได้เสนอข้อบ่งชี้สำหรับการใช้ ECT เป็นแนวทางการรักษาอันดับแรกในกรณีต่อไปนี้ (Kellner et al., 1997)

- เมื่อต้องการผลการตอบสนองต่อการรักษาที่รวดเร็วและแน่นอน เช่น ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการทำอันตรายต่อตนเองหรือต่อบุคคลอื่นหรือผู้ป่วย catatonia
- เมื่อการรักษาด้วยวิธีอื่นก่อให้เกิดความเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์
- เมื่อผู้ป่วยพอใจและเลือกวิธีการรักษาด้วยไฟฟ้า
- ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาวิธีอื่น ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่ออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นต่อการรักษาด้วยยาได้

3) การรักษา Bipolar depression การรักษาด้วยไฟฟ้า ถือว่าเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยรายใหม่ที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่เคยได้รับยาด้านเศร้ามาก่อนมากกว่าร้อยละ 70 ที่ตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า จากการศึกษาของ Perlis et al.(2004) พบว่า การรักษาด้วยไฟฟ้ามีประสิทธิภาพเหนือกว่ายาหลอก(placebo), ยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม tricyclics, MAO inhibitors และ SSRI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และร้อยละ 50-70 สามารถตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า มักใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยตอบสนองต่อยาไม่ดี หรือทนอาการไม่พึงประสงค์จากยาไม่ได้

4) การรักษาอาการ Mania จากรายงานการวิจัยพบว่า การรักษาด้วยไฟฟ้า ให้ผลการรักษาที่ดีมีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับการใช้ลิเทียมในการรักษาผู้ป่วยในระยะ acute mania ประมาณการว่า ร้อยละ 80 ที่จะตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า และทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้ ในปัจจุบันผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามักจะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการ mania วนวาย ก้าวร้าว และอาจก่อเกิดความเคียดแค้นและเป็นอันตรายต่อผู้อื่น ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยา โดยการรักษาด้วยไฟฟ้าจะเป็นทางเลือกที่ดีของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และอาจได้รับการตอบสนองที่เร็วกว่าการรักษาด้วย ลิเทียม ดังการศึกษาของ Smal et al.(1988) พบว่า การรักษาด้วย ECT มีประสิทธิภาพดีเหนือกว่าลิเทียมในผู้ป่วย Mixed หรือ Agitated mania

อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพดีในการรักษาผู้ป่วยทั้งอาการซึมเศร้าและอาการแมเนีย อีกทั้งยังสามารถป้องกันการกำเริบหรือการกลับป่วยซ้ำได้ดี และเป็นทางเลือกอีกวิธีหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาถึงแม้ว่าการรักษาอาจมีผลข้างเคียงอยู่บ้าง แต่การรักษาถือว่ามีประสิทธิภาพที่ดีอีกวิธีหนึ่ง

**1.7.3 การบำบัดทางจิตสังคม** ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีผู้ป่วยจำนวนมากที่รักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถลดการกำเริบของโรคได้ ดังนั้นจึงเพิ่มการบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial treatment) เพื่อเป็นการส่งเสริมการเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วย และปรับตัวกับสิ่งกระตุ้นที่อาจก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตประจำวัน (Johnson and Leahy, 2004) โดยการบำบัดทางจิตสังคม ประกอบด้วย ดังนี้

1) การบำบัดโดยวิธีครอบครัวบำบัด (Family therapy) เน้นการแก้ไขปัญหาการสื่อสารเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงในครอบครัว รวมทั้งให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้วผลการศึกษาพบว่าจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า ลดการเกิดการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงในครอบครัวและสามารถลดการเป็นกลับซ้ำได้ (Miklowitz, Simoneau, George, Richards, Kalbag & Sachs, 2000) โปรแกรมในการบำบัดรักษาจะทำประมาณ 20 ครั้ง เป็นเวลาประมาณ 9 เดือน

2) การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เน้นการให้ความรู้เรื่องโรค อาการ การรักษา การจัดการกับอาการนำ และการจัดการความเครียดเป็นต้น ผลการศึกษาพบว่าช่วยให้ใช้เวลาในการรักษาในโรงพยาบาลลดลง ป้องกันการเป็นกลับซ้ำทั้งอาการเมเนียและซึมเศร้า (Colom & Lam, 2005; Rouget & Aubry, 2007) โดยทำประมาณ 6-21 ครั้ง เป็นเวลา 3-18 เดือน

3) การบำบัดโดยการปรับระบบปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Interpersonal Social Rhythms Therapy) การบำบัดวิธีนี้มีความเชื่อว่าการเป็นกลับซ้ำเกิดเนื่องจากการมีปัญหาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไปก่อให้เกิดการเสียสมดุลของชีวเคมีในสมองทำให้อาการกำเริบ ดังนั้นการบำบัดจึงเน้นในเรื่องการปรับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลให้ดีขึ้น และการดูแล ให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันเป็นปกติผลการศึกษาพบว่าทำให้ปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลลดลง มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุล และมีการบำบัดด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ (Frank, Swartz & Kupfer, 2000) โปรแกรมการบำบัดวิธีนี้ทำประมาณ 13-25 ครั้ง ในเวลาประมาณ 3-6 เดือน

4) การบำบัดแบบปรับการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) โดยส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุอาการกระวนการเจ็บป่วย ผลที่ตามมา และความสำคัญของการรักษาด้วยยา เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยและการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักในอาการนำและการจัดการกับอาการนำ สามารถปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม แก้ไขความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลหรือเกินความจริงทั้งด้านบวกด้านลบซึ่งก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัว ปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม ใช้กระบวนการคิดแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบทั้งในภาวะซึมเศร้าและเมเนีย ในการพัฒนาทักษะด้านสังคมและการดูแลตนเอง รวมทั้งควบคุมอารมณ์และกิจกรรมในชีวิตประจำวันให้เหมาะสม ปรับและควบคุมแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันให้สมดุล โดยเชื่อว่าถ้าบุคคลเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยและสามารถปรับแก้ความบกพร่องของความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมได้ โปรแกรมของการบำบัดวิธีนี้ส่วนใหญ่ทำประมาณ 12-22 ครั้ง ระยะเวลาในการบำบัดแตกต่างกันตั้งแต่ 6-12 เดือน ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าช่วยลดการเป็นกลับซ้ำในหนึ่งปีได้ ให้ผลด้านจำนวนวันของการเป็นกลับซ้ำและความรุนแรงของอาการป่วยลดลง (Jones, 2004)

สรุปได้ว่า การรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการบำบัดทางจิตสังคม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความความรุนแรงของอาการ การ

พิจารณาของแพทย์ และความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก แต่ในขณะเดียวกันการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วนั้นมีความสำคัญไม่น้อยกว่าการรักษาด้วยยา และหากผู้ป่วยได้รับการบำบัดทั้งสองอย่างร่วมกัน จะสามารถลดการกำเริบของโรคผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ดีขึ้น ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มมาพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยแก้ไข ปัญหาต่างๆ ที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วย โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ เสริมสร้างทักษะในการดูแลตนเอง และมีการพัฒนาด้านการปรับตัวที่เหมาะสมขณะอยู่ในสังคม ตลอดจนสามารถจัดการกับสิ่ง กระตุ้นที่อาจก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตประจำวันได้โดยง่าย บุคคลในสังคมให้การยอมรับ อีกทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับบุคคลทั่วไป

### 1.8 ผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

เมื่อมีการเจ็บป่วยเป็น โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่กลับเป็นซ้ำบ่อยๆ จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ได้แก่

1) ด้านร่างกาย พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของ Circadian rhythm ทำให้วงจรการนอนแปรปรวน โดยในระยะอาการซึมเศร้าเกิดปัญหานอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป (Gazalle et al., 2007) เกิดความอ่อนล้า การเคลื่อนไหวช้าลงไม่สดชื่น (Seminowicz et al., 2004) ปวดศีรษะ เจ็บจุก ลิ้นปี แน่นหน้าอก น้ำหนักลดหรือเพิ่มขึ้น เนื่องจาก พฤติกรรมการบริโภคและความต้องการอาหารเปลี่ยนแปลงไป (Kaplan et al., 1998) ส่วนระยะอาการเมเนียมักมีความต้องการนอนน้อยทำให้การพักผ่อนไม่เพียงพอส่งผลในทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Gazalle et al., 2007)

2) ด้านจิตใจ พบว่าระยะอาการซึมเศร้าผู้ป่วยมักเกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดความภาคภูมิใจ และ มองคุณค่าในตนเองต่ำลง (Cohen et al., 2004) ทำให้การทำหน้าที่ของระบบการรู้คิดเสียไป (Suppes and Dennehy, 2005) ส่วนในระยะอาการเมเนียผลกระทบจะตรงกันข้ามกัน ผู้ป่วยมักมีความภาคภูมิใจในตนเองสูงกว่าปกติ หรือเชื่อมั่นว่าตนเองสำคัญ ตนเองเก่งจนเป็นเหตุทำให้การตัดสินใจเสียไปและก่อให้เกิดผลเสียตามมา (Montgomery and Cassano, 1996)

3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่าระยะอาการซึมเศร้าผู้ป่วยมักแยกตัวออกจากครอบครัวและคนรอบข้าง ความต้องการทางเพศและกิจกรรมทางเพศลดลง (Kaplan and Sadock, 1998) ส่วนระยะอาการเมเนีย ผู้ป่วยมักหมกมุ่นเรื่องทางเพศหรือมีความต้องการทางเพศมาก (ธวัชชัย ลิพพานาจและสรายุทธ วาสิกานนท์, 2549) สัมพันธภาพทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ (Dore and Roman, 2001) ครอบครัวมีความขัดแย้งทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาการอยู่ร่าร้างสูงกว่าประชากรทั่วไป (Hirchfeld et al., 2002)

4) ด้านสิ่งแวดล้อม โดยอาการซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจที่จะริเริ่มงานใหม่ ตลอดจนงดทำกิจกรรมต่างๆ ขาดความสนใจในสิ่งรอบตัวและการรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ หรือถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะสนใจข้อมูลข่าวสารก็จะเน้นข้อมูลข่าวสารที่ไม่ดี (Pope et al., 2007) ส่วนอาการเมเนียผู้ป่วยมักมีกิจกรรมมากเกินไปจนขาดการยับยั้งชั่งใจ เช่น ซื้อของอย่างเมามัน ลงทุนค้าขายโดยไม่รอบคอบ และไม่นึกถึงผลเสียที่เกิดขึ้นตามมาภายหลัง (American Psychiatric Association, 2000) ทำให้เกิดปัญหาการว่างงานหรือตกงานในที่สุด (Kupfer et al., 2002)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเมื่อมีการเจ็บป่วยซ้ำบ่อยๆ จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอันได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นมักสืบเนื่องมาจากอาการซึมเศร้า และ อาการเมเนีย หากไม่ได้รับการแก้ไขในทางที่ถูกต้องจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

## 2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

### 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายกว้าง เป็นแนวคิดประกอบด้วยหลายมิติสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้นจึงมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้หลายความหมายด้วยกัน ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นมุมมองของบุคคลที่มีต่อสถานะในชีวิตของตนเอง ภายใต้วัฒนธรรม และระบบคุณค่าซึ่งบุคคลนั้นอาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจของบุคคลนั้นๆ

Campbell, Converse, & Rogers (1976) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจหรือความสุขในชีวิต (Life satisfaction or happiness)

Ferrans and Powers (1992) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความรู้สึกผาสุกของบุคคลซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจแต่ละด้านของชีวิต และการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบต่างๆ ในชีวิต

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกผาสุกของบุคคลตามสภาวะที่ตนกำลังเป็นอยู่ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ และการตัดสินใจของบุคคลนั้นในแต่ละด้านขององค์ประกอบต่างๆ ในชีวิต

### 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต ได้มีนักวิชาการกล่าวถึงองค์ประกอบที่แตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวคิดของแต่ละบุคคลโดยมีรายละเอียด ดังนี้

Flanagan (1978) กล่าวถึง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบ คือ

1) การมีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีความสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บ และทางวัตถุ ได้แก่ มีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก

2) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดา มารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่น นอกจากนี้ การมีบุตร และการเลี้ยงดูบุตรก็ถือว่าเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย

3) การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น

4) การมีพัฒนาการทางบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจการเรียน และการเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานที่น่าสนใจทำ ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางที่สร้างสรรค์

5) การมีสันตนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬา สิ่งบันเทิงอื่นๆ

แบบวัดคุณภาพชีวิตของ WHO ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 ฉบับ 100 ตัวชี้วัด (WHOQOL-100) และชุดที่ 2 เป็นชุดฉบับย่อ 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ชนิด ได้แก่ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และแบบอัตวิสัย (Self-report subjective) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบวัดคุณภาพชีวิตของ WHO ฉบับ 100 ตัวชี้วัด (WHOQOL-100) ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 100 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ มีองค์ประกอบ 6 ด้าน (domain) ดังนี้

- 1) ด้านร่างกาย (Physical domain)
- 2) ด้านจิตใจ (Psychological domain)
- 3) ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (level of independent domain)
- 4) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships domain)
- 5) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental domain)
- 6) ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality religion/personal belief domain)

ชุดที่ 2 เป็นชุดฉบับย่อ 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF) แบ่งองค์ประกอบไว้ 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้สภาพทางด้านร่างกายที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายมีความสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด และรู้วิธีที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ มีผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีการนอนหลับและ



พักผ่อนอย่างเพียงพอ มีอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน การเคลื่อนไหวการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันการทำงาน การรับรู้ว่าคุณเองไม่ต้องพึ่งพาต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น มีความรู้สึกทางบวกที่บุคคลอื่นมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ความภาคภูมิใจ การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ สามารถการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ จัดการกับความเศร้า ความกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้เรื่องการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นในสังคม และรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมนวมถึงการมีกิจกรรมทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี มีการคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือมีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง

สรุปได้ว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิต หมายถึง ความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลประกอบด้วย การมีสุขภาพที่แข็งแรงปราศจากโรคภัยเบียดเบียนได้รับความปลอดภัยทั้งทางด้านร่างกายและสิ่งแวดล้อมที่ตนเองอาศัยอยู่ การมีจิตใจที่เข้มแข็งสามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ด้วยตนเองตลอดจนการได้รับการบำบัดรักษา การได้รับคำปรึกษาจากสถานบริการที่เหมาะสม การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและบุคคลอื่นให้การยอมรับสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมโดยไม่เกิดความยุ่งยาก และการมีกิจกรรมในสังคมนวมทั้งมีการประกอบอาชีพและรายได้ที่มั่นคง

### 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) เพศ โดยพบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มด้านคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย (Hosseini et al., 2009) อีกทั้ง เพศหญิงยังมีอัตราการเจ็บป่วยชนิดซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย (Robb et al., 1998) เนื่องจาก ต้องรับหน้าที่ในการดูแลงานบ้าน ความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว หากมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ และความสามารถที่เคยมีอยู่เกิดการเปลี่ยนแปลงไป

ในทางลบทำให้เกิดความรู้สึกไร้ค่ามองตนเองในด้านลบ (Servellen, Chung and Lombardi, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Robb et al. (1998) ที่พบว่า เพศหญิงมีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชายด้านการทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) อายุที่เริ่มการเจ็บป่วยครั้งแรก อายุที่เริ่มการเจ็บป่วยครั้งแรกมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางจิตสังคมอย่างรุนแรงโดยได้กำหนดที่อายุต่ำกว่า 40 ปี (Hosseini et al., 2009) และยังอายุเริ่มป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วน้อย การทำหน้าที่การงาน และสังคมยิ่งเสื่อมลงมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Perlis et al. (2004) ซึ่งพบว่าอายุเริ่มป่วยครั้งแรกหากเป็นผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ทางสังคมในระดับต่ำ

3) การศึกษา มีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยระดับการศึกษาเป็นการบอกถึงความรู้ของผู้ป่วยซึ่ง Hosseini et al. (2009) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีระดับการศึกษาที่สูง จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ

4) ระยะเวลาการเจ็บป่วย จากการศึกษาพบว่า ความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (Robb et al., 1997) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยมีการเรียนรู้ทั้งทางบวกและทางลบ กล่าวคือ การเรียนรู้ในทางบวกผู้ป่วยจะเกิดความคุ้นเคยกับแผนการรักษาเกิดความเข้าใจในการดูแลตนเอง และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ส่วนการเรียนรู้ในทางลบ ผู้ป่วยบางรายมักจะรับรู้ถึงความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และหมดกำลังใจทำให้เกิดการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยในทางลบ (สุมาพร บรรณสาร, 2545; กุลธิดา พาณิชกุล, 2536)

5) ประวัติการใช้สารเสพติด จากการศึกษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีประวัติการใช้แอลกอฮอล์พบว่า ผู้ป่วยเพศชายที่อยู่ในระยะแมนีมี ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิงทำให้การดำเนินโรคไม่ดี (เบญจลักษณ์ มณีทอง, 2551) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตต่ำลง (Vojta et al., 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Singh et al. (2005) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีประวัติการใช้สารเสพติดกับคนทั่วไปผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนปกติ

6) ประวัติครอบครัว มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ดังการศึกษาของ Hosseini et al. (2009) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความสัมพันธ์กับการแสดงอารมณ์ต่อสมาชิกในครอบครัว และหากผู้ป่วยอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันในระดับต่ำจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันในระดับสูง

7) อาการซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการซึมเศร้าเป็นระยะเวลานานจะส่งผลต่อระบบการรู้คิด (Cognitive) ซึ่งความรู้คิดที่บกพร่องส่งผลต่อความเชื่อมโยงของหน้าที่ (Suppes and Dennehy, 2005) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่ดีในการทำนายคุณภาพชีวิต (Zhang et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของนันทนาสุขสมนิรันดร (2552) ที่พบว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นคือผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรงจะมีคุณภาพชีวิตต่ำลง

8) อาการเมเนีย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการเมเนียในระหว่างติดตามการรักษา นั้นมักมีปัญหาด้าน Interpersonal sensitivity (Dunner, 2003) และ ยังสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมการยับยั้งชั่งใจ (impulsivity) ที่ลดลงและมีแนวโน้มของการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้น (Mitchell et al., 2001; Angst et al., 2002) จากการศึกษาของ Gazalle et al. (2007) ที่ศึกษาอิทธิพลของอาการเมเนียต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบว่า คะแนนของอาการเมเนียมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทุกด้าน

9) การร่วมมือในการรับประทานยา คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดังการศึกษาของ Hosseini et al. (2009) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอยู่กับการรับประทานยาที่มีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ในขณะที่ผู้ป่วยที่ขาดยามีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงสอดคล้องกับการศึกษาของ Namjoshi et al. (2002) พบว่า การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอทำให้คุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และบทบาทการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วดีขึ้น

10) การจัดการกับตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นผลสืบเนื่องมาจากผู้ป่วยขาดความรู้และการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ Michalak et al. (2005) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับความรู้เรื่องสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสุขลักษณะของการนอน ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

11) ความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่นนั้น ถือได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งกล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเข้าสังคม และมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นในทางลบ มักก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันมาก ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคมตามมา (Prabhat et al., 2004; Michalak et al., 2005)

## 2.4 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดขององค์ประกอบคุณภาพชีวิต และวัตถุประสงค์ของเรื่องที่จะศึกษา ตลอดจนผลกระทบของโรคที่เกิดขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.4.1 การประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป การประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลจึงมีความหลากหลายมีรูปแบบการประเมินที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษานั้นๆ ชนิดของการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้มี 2 ชนิด ได้แก่ 1) ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (Objective indicators) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมที่มองเห็นได้วัดได้และเป็นปัจจัยหรือตัวบ่งชี้ทางสังคม ได้แก่ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา ที่อยู่อาศัยเกี่ยวกับตัวบุคคล และ 2) ตัวบ่งชี้เชิงจิตวิสัย (subjective indicators) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ข้อมูลทางด้านจิตวิทยา ประเมินโดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติที่มีต่อประสบการณ์ชีวิต การรับรู้หรือความรู้สึกทางอารมณ์และจิตใจของบุคคลต่อสภาพความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิต เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต ความผาสุก ความรู้สึกเป็นสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การตัดสินใจ การรับรู้ต่อคุณค่าและความหมายในชีวิตของบุคคล (Meeberg, 1993; Zhan et al., 1992)

Frank- Stromberg (1984) ได้มีการเสนอให้การประเมินคุณภาพชีวิต โดยจำแนกตามผู้ที่ทำหน้าที่ประเมิน ซึ่งทำได้ 3 ลักษณะ คือ

- การประเมินเชิงปริมาณโดยผู้อื่น เช่น การประเมินโดย แพทย์ พยาบาล หรือทีมสุขภาพ ออกมาเป็นคะแนนเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพ รายได้ การศึกษาหรืออาชีพและคุณภาพชีวิต
- การประเมินเชิงปริมาณ โดยตัวผู้ป่วยประเมินเอง ขึ้นอยู่กับนิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิต เช่น ความพึงพอใจ ความสุขโดยประเมินออกมาเป็นคะแนน
- การประเมินเชิงคุณภาพ โดยตัวผู้ป่วยประเมินเอง โดยผู้ป่วยได้รับคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพ เช่น ครอบครัว กิจกรรมในสังคม หรือภาวะเจ็บป่วยผลที่ได้รับจะเป็นการบรรยายถึงสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วย

2.4.2 ประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพแบ่งตามประชากร (Generic HRQOL) เป็นการประเมินโดยใช้เครื่องมือแบบทั่วไป (generic instrument) ซึ่งไม่จำกัดอายุ เพศ หรือภาวะโรคที่เป็น ซึ่งเครื่องมือที่รู้จักกันแพร่หลายทั่วโลก ได้แก่

Short Form Health Survey (SF-36) ของ Ware & Sherbourne (1993) เป็นเครื่องมือที่มีลักษณะมาตราวัดแบบ Likert - type scale โดยแต่ละข้อจะมีตัวเลือกเรียงขนาดของคำตอบจាន้อยไปมาก ประกอบด้วยคำถาม 36 ข้อ แยกเป็น 8 มิติ คือ

- การทำหน้าที่ทางกาย
- ข้อจำกัดบทบาทเนื่องจากปัญหาทางกาย
- ความเจ็บปวดทางกาย
- สุขภาพโดยทั่วไป
- ความมีชีวิตชีวา
- การทำหน้าที่ทางสังคม
- ข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาด้านจิตใจ
- สุขภาพจิต

แบบวัดคุณภาพชีวิตของ WHO ชื่อย่อ 26 ข้อคำถาม ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) มีทั้งหมด 4 องค์ประกอบ

- 1) ด้านร่างกาย (Physical domain)
- 2) ด้านจิตใจ (Psychological domain)
- 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship)
- 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

แบบวัดคุณภาพชีวิตของ WHO ชื่อย่อ 26 ข้อคำถามสามารถนำไปใช้กับกลุ่มโรคที่หลากหลาย มีความเป็นสากลต่อการนำไปใช้โดยไม่จำกัดวัฒนธรรม ไม่จำกัดผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และในแง่ของกฎหมาย อีกทั้งยังสามารถนำไปใช้ในการทดลองทางคลินิก เช่น ช่วยให้แพทย์ตัดสินใจเกี่ยวกับพื้นที่ที่ผู้ป่วยเกิดโรค การรักษา และช่วยในการประเมินการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตจากการรักษาได้ นอกจากนี้ยังใช้หาค่าคะแนนพื้นฐานในพื้นที่ที่ต้องการ และสามารถใช้อัตราการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาที่ใช้มาตรการอย่างหนึ่งอย่างใด มีประโยชน์อย่างยิ่งในการดำเนินโรคนั้นๆ ส่วนในด้านการศึกษาเชิงระบาด สามารถให้รายละเอียดข้อมูลคุณภาพชีวิตที่รวบรวมได้จากประชากรเฉพาะกลุ่ม ช่วยให้เข้าใจโรคที่เจ็บป่วย และช่วยในการพัฒนาวิธีการรักษาให้ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ ได้มีผู้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 26 ตัวชี้วัด มาประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังนี้

Gazalle et al. (2007) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 125 คน โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการแมเนียกับคุณภาพชีวิต ซึ่งเครื่องมือที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แบบวัดอาการแมเนีย (Young Mania Rating Scale) และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL – BREF) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอยู่ในระดับปานกลาง โดยอาการแมเนียกับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Singh et al. (2005) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ไม่มีประวัติใช้สารเสพติด ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีประวัติใช้สารเสพติด และกลุ่มคนปกติ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL – BREF) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ไม่มีประวัติใช้สารเสพติดมีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางถึงระดับดี และเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 3 กลุ่ม พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีประวัติไม่ใช้สารเสพติดและมีประวัติใช้สารเสพติด มีคุณภาพต่ำกว่ากลุ่มคนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีประวัติใช้สารเสพติดจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีประวัติไม่ใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับในประเทศไทย นันทนา สุขสมนรินทร์ (2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยการศึกษาครั้งนี้ มีการประเมินผลโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF THAI) ที่สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย และผลการศึกษาพบว่า ในจำนวนผู้ป่วย 140 คน มีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีมีจำนวน 3 คน ระดับปานกลางจำนวน 95 คน และ ระดับสูงจำนวน 42 คน และยังพบว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 26 ตัวชี้วัด ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF THAI) ซึ่งถูกพัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) มาประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เนื่องจาก ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมแล้วพบว่า ผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีต่อผู้ป่วยมีความสอดคล้องกับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

## 2.5 การพยาบาลของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542)

1) บทบาทการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยทำการประเมินวินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย และให้การพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนสามารถคาดการณ์ และอภิปรายถึงผลที่ตามมาได้ ตลอดจนสนับสนุน ใช้ความรู้จากทฤษฎีการพยาบาลผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้

2) บทบาทในด้านการให้ความรู้ ได้แก่ การเป็นผู้สนับสนุนชี้แนะให้ผู้ป่วยสามารถดึงพลังอำนาจที่มีอยู่มาใช้ในการช่วยตัวเอง ถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ป่วยและฝึกทักษะการดำเนินชีวิตเพื่อเตรียมความพร้อมในการกลับเข้าสู่สังคม โดยใช้กิจกรรมกลุ่มที่จัดขึ้น และ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยรายบุคคล รายกลุ่ม ก่อนที่จะกลับไปสู่สังคม มีการนำเอากระบวนการให้ความรู้ทั้งศาสตร์ทางการพยาบาล และศาสตร์สาขาอื่นมาใช้ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเจ็บป่วย การเกิดโรครวมถึงประสบการณ์ การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด การเผชิญปัญหา และความเครียดในเหตุการณ์ในชีวิต

3) บทบาทด้านการบริหารจัดการ เป็นการทำงานเป็นทีมเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วย เสนอแนะแนวทางและปรับปรุงระบบบริการทางการพยาบาล เพื่อให้ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วย มีการร่วมกันปรึกษาประเมินระบบการบริการด้านการพยาบาล เพื่อหาแนวทางในการปรับปรุงการให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

4) บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา เป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลได้ระบายความรู้สึกถึงปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ในขณะที่ให้การบำบัดโดยใช้วิธีการแก้ไขปัญหา และมีการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาทักษะในการสนทนา โดยอาจมองเห็นปัญหาคด้วยตนเอง หรือมีบุคคลอื่นนำปัญหามาปรึกษาหรือขอคำแนะนำ

5) บทบาทการเป็นผู้วิจัย เป็นบทบาทที่พยาบาลจะต้องค้นคว้าหรือติดตามงานวิจัยใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เพื่อนำมาปรับปรุงในการให้การพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น มีการทำวิจัยในปัญหาที่พบเพื่อนำผลวิจัยมาแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

สรุปได้ว่า การให้การพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตนั้น พยาบาลมีบทบาทในด้านการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล ด้านการให้ความรู้ ด้านการบริหารจัดการ ด้านการให้คำปรึกษา และ

บทบาทการเป็นผู้วิจัย ทั้งนี้พยาบาลต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ประกอบกับการใช้แนวคิดและศาสตร์ทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

### 3. การให้สุขภาพจิตศึกษา

#### 3.1 ความหมาย

สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นรูปแบบการให้บริการด้านความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชหรือการเจ็บป่วยทางจิต มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช ญาติที่ต้องการความช่วยเหลือทางจิตใจ โดยให้ความรู้ความเข้าใจ และเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา จัดความคิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ร่วมกับการปรับประคับประคองจิตใจร่วมด้วย (Anderson et al., 1980)

#### 3.2 เป้าหมายการให้สุขภาพจิตศึกษา ประกอบด้วยดังนี้

- 1) เพื่อป้องกันอาการกำเริบและการกลับป่วยซ้ำ
- 2) เพื่อลดจำนวนครั้งความรุนแรงของกลุ่มอาการ
- 3) เพื่อลดความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง
- 4) เพื่อให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ทางจิตสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- 5) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา
- 6) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดเนื่องจาก เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้

อาการทางจิตกำเริบ (Michalak et al., 2004)

#### 3.3 เทคนิคในการให้สุขภาพจิตศึกษา ประกอบด้วย (Michalak et al., 2004)

- 1) ผู้สอนต้องมีเทคนิคการสอนก่อนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และการรักษา
- 2) การให้การส่งเสริม ดำเนินการ โดยผู้สอนส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักกับกลุ่มอาการและอาการเตือนที่เป็นสาเหตุในการกลับป่วยซ้ำ ของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 3) เทคนิคการกระตุ้น ดำเนินการ โดยผู้สอนเน้นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการดำรงชีวิตประจำวันที่ดี และสม่ำเสมอ ได้แก่ การเข้าสังคมและสุขลักษณะของการนอน
- 4) การพัฒนาทักษะดำเนินการ โดยผู้สอนให้ความรู้ ฝึกให้ผู้ป่วยเกิดทักษะ มีการพัฒนาการตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับอาการเตือน การแสดงอารมณ์ และพฤติกรรมแสดงออก
- 5) ความตระหนัก ดำเนินการ โดยผู้สอนเน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในตนเองมากขึ้น
- 6) การจัดการกับตนเอง ดำเนินการ โดยผู้สอนเน้นให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับตนเองที่เหมาะสม เกี่ยวกับทักษะการเผชิญกับความเครียดอย่างมีคุณภาพ



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

1) การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (individual Psychoeducation) เป็นรูปแบบการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยโดยเฉพาะขณะที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา ได้ฝึกทักษะการดูแลตนเองได้

2) การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม (group Psycho education) เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือญาติเป็นรายกลุ่มทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาลโดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วย

3) การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายครอบครัว เป็นการเน้นให้ครอบครัวเกิดความเข้มแข็งในการสร้างสัมพันธภาพและร่วมกันแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสมรวมทั้งให้ความร่วมมือกับผู้บำบัด

#### **4. สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม (Group Psychoeducation)**

##### **4.1 ความหมายและแนวคิดของสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม**

มีนักวิชาการกล่าวถึงความหมาย และ ลักษณะของสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม (Group Psychoeducation) ที่แตกต่างกันออกไป สรุปได้ดังนี้

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย (2553) ได้กล่าวถึง การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มว่า เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเป็นรายกลุ่มทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ดังนั้นความสำเร็จของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มจึงขึ้นอยู่กับศักยภาพของผู้สอนในการกระตุ้น และการจัดโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

Anderson, Hogerty and Reiss (1980) ได้กล่าวถึง สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มโดยมีรูปแบบการให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วย

1) การประคับประคอง (Support) เป็นการตอบสนองของสมาชิกภายในกลุ่มอย่างสร้างสรรค์ โดยผู้นำกลุ่มสร้างบรรยากาศให้สมาชิกในกลุ่มมีความรู้สึกเกื้อกูลอบอุ่น รู้สึกปลอดภัย เกิดความเชื่อถือ และได้รับประสบการณ์ภายในกลุ่มซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ทุกคนในกลุ่มรับฟังยอมรับ และเข้าใจสนับสนุนให้สมาชิกได้ช่วยเหลือเกื้อกูลต่อกัน เป็นการช่วยให้ลดความวิตกกังวล ซึ่งมีอยู่ในทุกขั้นตอน

2) การบริการด้านความรู้ (Educational service) เป็นการให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องความเจ็บป่วย ประกอบด้วย โรค สาเหตุ อาการ ผลกระทบ การจัดการเกี่ยวกับอาการของโรค นอกจากนี้ ยังเป็นการให้ข้อมูลในการช่วยลดทัศนคติในทางลบ ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดที่ถูกต้อง มีทักษะในการเผชิญกับปัญหา

3) การลดความตึงเครียดของสมาชิก ซึ่งเกิดจากการเจ็บป่วย การสื่อสาร และพฤติกรรมที่เกิดจากความวุ่นวายและส่งผลต่อสมาชิก

4) การสร้างเครือข่าย (Network) โดยมีเครือข่ายทางสังคมเบื้องต้น คือ สมาชิกที่เข้ากลุ่ม

สรุปได้ว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม เป็นกลุ่มบำบัดในการให้ความรู้ และเสริมสร้างทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นรายกลุ่ม ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ การรักษา และปัญหาต่างๆ เพื่อเป็นการประคับประคองจิตใจผู้ป่วยและญาติให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

#### 4.2 การประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่มในการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

แบ่งระยะการดำเนินการเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (Marram, 1978; Anderson et al., 1980)

1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกภายในกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มแสดงถึงความเป็นมิตร บอกจุดมุ่งหมาย แนวทางปฏิบัติของสมาชิกภายในกลุ่ม ตลอดจนการให้ข้อมูลต่างๆ อีกทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกภายในกลุ่มได้แสดงความรู้สึกและแสดงความคิดเห็น ทำให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

2) ระยะดำเนินการ เป็นระยะที่สมาชิกกลุ่มมีความรู้สึกไว้วางใจ เชื่อมั่นว่าสมาชิกในกลุ่มเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ทำให้สมาชิกกลุ่มมีการระบายความรู้สึกแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เปิดเผยตนเอง และยอมรับตนเองว่ามีปัญหาในขณะเดียวกันสมาชิกในกลุ่มคอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ตลอดจนผู้นำกลุ่มเป็นผู้ให้ความรู้พร้อมทั้งเปิดอภิปรายกลุ่ม ให้มีการซักถาม พุดคุย ร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้ โดยเฉพาะเรื่องโรคทางจิตเวช

3) ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มช่วยให้สมาชิกประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองด้วยการแสดงออกโดยคำพูดของสมาชิก หรือประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออกมา เน้นการทบทวนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่าบรรลุจุดมุ่งหมายหรือไม่ มีปัญหาใดที่ต้องการการแก้ไขโดยสมาชิกกลุ่มเสนอแนะวิธีการแก้ไขตามสถานการณ์ หากมีอุปสรรคจะได้เสนอแนะและวางแผนจัดการการแก้ไขต่อไป

#### 4.2.1 ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม

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

**4.2.2 คุณสมบัติของผู้นำกลุ่ม** ผู้ที่ทำหน้าที่สอนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพต้องมีความรู้และทักษะเบื้องต้นในเรื่องเกี่ยวกับความรู้ที่สอนหลักและเทคนิควิธีการสอนและการใช้สื่อในการให้ความรู้ ผู้สอนควรฝึกการให้ความรู้ และกลยุทธ์ในการสอนที่เหมาะสมกับผู้เรียน ประกอบด้วย ดังนี้

**4.2.3 วิธีการให้ความรู้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ** โดยทั่วไปใช้วิธีการสอน โดยการบรรยาย การสาธิตและฝึกปฏิบัติการ การอภิปรายรายบุคคล และการอภิปรายกลุ่ม

**4.2.4 สื่อการสอน** เป็นสิ่งสำคัญช่วยให้การเรียนรู้ของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้ต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้มีการทบทวนและทำความเข้าใจเนื้อหาด้วยตนเองง่ายขึ้น ตัวอย่างสื่อการสอน ได้แก่ เอกสารแผ่นพับ หนังสือ คู่มือการปฏิบัติการด้วยตนเอง เอกสารประกอบการให้ความรู้ภาพพลิก

#### 4.2.5 หลักการให้ความรู้ การสอนควรมีหลักการดังนี้

1) สอนในสิ่งที่ผู้เรียนอยากรู้หรือให้ความสนใจ  
2) เนื้อหาในการให้ความรู้ควรจะต้องเนื่องจากความรู้เดิมที่ผู้เรียนมีอยู่ ผู้สอนอาจทบทวนความรู้เดิมก่อน จากนั้นจึงเริ่มเพิ่มพูนความรู้ใหม่ ดังนั้นผู้สอนจึงต้องประเมินความรู้พื้นฐานของผู้เรียนด้วย

3) ปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้เรียน  
4) ผู้เรียนและผู้สอนต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน  
5) มีการประเมินผลการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาการสอนที่เหมาะสม  
6) การพัฒนาสมรรถนะของผู้สอนในการประเมินปัญหาและการประเมินผลในการจัดเตรียมโปรแกรมการให้ความรู้ การประเมินที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ข้อมูลที่แม่นยำและครบถ้วน ทำให้ผู้สอนจำแนกประเด็นปัญหาต่างๆ ได้

**4.2.6 ขนาดของกลุ่ม** จำนวนสมาชิกกลุ่มที่เหมาะสมไม่ควรมากหรือน้อยจนเกินไปโดยจำนวนสมาชิกที่เหมาะสม คือ 6-10 คน และหากสมาชิกมีมากเกินไปจะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กันไม่ทั่วถึง เกิดกลุ่มย่อยภายในกลุ่มได้ (Yalom, 1975)

## โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มของ Michalak et al. (2005) ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พร้อมกันนั้นได้ผสมผสานการนำเอาแนวคิดของ Marram (1978) มาเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดของ Michalak et al. (2005) มีรูปแบบของโปรแกรมกลุ่มประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่

1) การให้ความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีอาการกำเริบ และการพัฒนาทักษะการเผชิญกับอาการ การจัดการด้วยตนเอง การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ สุขลักษณะการนอน

2) การให้ความรู้เรื่องยา อาการข้างเคียงจากยา และแนวทางการการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ครั้งที่ 1

3) การให้ความรู้เรื่องยา อาการข้างเคียงจากยา และแนวทางการการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ครั้งที่ 2

4) การเปิดอภิปรายในกลุ่มเพื่อสร้างความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับผลกระทบของโรคที่มีต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน

5) การให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบทางจิตสังคม ซึ่งได้แก่ ความเครียด การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด โดยฝึกทักษะในการใช้วิธีการเผชิญความเครียด ที่มีประสิทธิภาพ

6) การให้ความรู้เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพ การสร้างความตระหนัก และพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และทักษะการเข้าสังคม ครั้งที่ 1

7) การให้ความรู้เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพ การสร้างความตระหนัก และพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และทักษะการเข้าสังคม ครั้งที่ 2

8) การเปิดอภิปรายในกลุ่มเพื่อทบทวนปัญหาและการแก้ไขปัญหาลงหลังจากนำสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1-7 ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และ ยุติการทำกลุ่ม

สำหรับการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) ประกอบด้วย 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ (The Introductory Phase or Initiating Phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกับสมาชิกในกลุ่มและระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม สร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับสมาชิกด้วยการแสดงท่าทีที่อบอุ่น สนใจ ตั้งใจฟัง เข้าใจ ยอมรับในความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม โดยไม่ใช้ความคิดของตนเป็นเครื่องตัดสิน การประสานสายตาในระหว่างการสนทนา เป็นการสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นได้ เมื่อมี

ความไว้วางใจ สมาชิกกลุ่มจะเต็มใจเปิดเผย ระบายความรู้สึก และประสบการณ์ของตน จะมีความมั่นใจในการให้ และรับความช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Working Phase) ระยะนี้สมาชิกมักจะมีความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่มตลอดจนผู้นำกลุ่มจะทำให้สมาชิกในกลุ่ม มีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับว่าตนมีปัญหา หาทางแก้ปัญหา และเลือกวิธีแก้ปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกคอยช่วยเหลือ สนับสนุน การที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้ จะทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ มาใช้ในการปรับปรุง แก้ไขปัญหาของตน นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกรับรู้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Final Phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่ม จะต้องสรุปผลของประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม จะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่ม ได้ประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางอกงามของตนเอง ความสำเร็จของกลุ่ม นอกจากนี้ใช้การประเมินด้วยวาจาของสมาชิกในกลุ่มแล้ว ยังต้องประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงออกจากการประเมินของผู้อื่นบางครั้งอาจมีเกณฑ์ที่ตึงไว้เฉพาะ เช่น สมาชิกกลุ่มได้รับประโยชน์เต็มที่จากการทำกลุ่มหรือไม่ สมาชิกรู้ว่าตนเองสามารถเผชิญปัญหาและจัดการชีวิตด้วยตนเองหรือไม่ เป็นต้น ก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรบอกสมาชิกให้ทราบล่วงหน้า และในกรณีที่สมาชิกบางรายเกิดความวิตกกังวลหลังสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกของตนเองเต็มที่ พร้อมทั้งพยายามชี้แนะให้เห็นประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

ผู้วิจัยได้ศึกษาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดของ Michalak et al. (2005) ที่กล่าวมาข้างต้น แล้วพบว่าในเนื้อหาบางกิจกรรมมีความซ้ำซ้อนกัน ดังนั้น เพื่อเป็นการลดความซ้ำซ้อนดังกล่าว ผู้วิจัยจึงปรับให้มีจำนวนครั้งของการดำเนินกิจกรรมลดลงโดยรวมกิจกรรมที่มีเนื้อหาคล้ายคลึงหรือซ้ำซ้อนกันเข้าด้วยกัน เช่น นำกิจกรรมที่ 2 และ 3 มารวมกันให้เหลือการดำเนินกิจกรรมเพียงครั้งเดียว โดยมีเนื้อหาที่ครอบคลุมดั้งเดิม ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องยา อาการข้างเคียงจากยา และแนวทางการการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย นอกจากนี้ยังได้รวมกิจกรรมที่ 6 และ 7 เป็นกิจกรรมเดียว ซึ่งครอบคลุมเนื้อหา การให้ความรู้เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพ การสร้างความตระหนัก และการพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและทักษะการเข้าสังคม

ดังนั้น โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และใช้ในการศึกษารุ่นนี้จึงมีการดำเนินกิจกรรมกลุ่มจำนวน 6 กิจกรรม สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ มีสมาชิกกลุ่ม 2 กลุ่มๆ ละ

9 คน โดยเน้นให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้แสดงความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) **การพัฒนาการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน** มีการดำเนินกิจกรรม 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 พยาบาลผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สร้างความคุ้นเคย เพื่อให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ มีการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ กติกา และแนวทางปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม

ระยะที่ 2 พยาบาลผู้นำกลุ่มดำเนินการให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีอาการกำเริบ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสุขลักษณะการนอน การพัฒนาทักษะการเผชิญกับอาการ ทักษะการดูแลสุขภาพทั่วไป จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้ซักถาม แสดงความคิดเห็นในขณะดำเนินกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ขณะเดียวกันผู้นำกลุ่มให้ความรู้ และคำแนะนำในสิ่งที่ถูกต้อง และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในแต่ละหัวข้อที่ได้ให้ความรู้ไป เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยตามความเป็นจริง เกิดการยอมรับการเจ็บป่วย เกิดความตระหนัก และกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร นอกจากนี้ ยังช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการคงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุล และสม่ำเสมอ เพิ่มความสามารถ สมรรถนะในการจัดการตนเอง เกิดความมั่นใจทางเลือกที่จะจัดการกับตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายดีขึ้น (Michalak et al., 2005)

ระยะที่ 3 พยาบาลผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มสรุปความรู้ที่ได้รับ การแก้ไขปัญหาจากการเข้ากลุ่ม ขณะเดียวกันผู้นำกลุ่มช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะ ตั้งแต่ระยะดำเนินการ กระทั่งสิ้นสุดการทำกลุ่ม

2) **การสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของโรค** มีการดำเนินกิจกรรม 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 พยาบาลผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เพื่อให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม มีการทบทวนกติกา และแนวทางปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับผลกระทบของโรคที่มีต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ตลอดจนชี้แจงถึงรูปแบบโปรแกรมเกี่ยวกับขั้นตอนการสร้างความตระหนักในตนเอง

ระยะที่ 2 พยาบาลผู้นำกลุ่มร่วมอภิปรายและกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มพูดถึงผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านมีลักษณะ

เป็นอย่างไร ผลเสียที่เกิดขึ้นมีอะไรบ้าง จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้ซักถาม หาแนวทางในการป้องกัน และแก้ไขปัญหานั้นในแต่ละด้านที่เกิดขึ้น เน้นให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มมีส่วนร่วม โดยนำประสบการณ์ที่เคยใช้ในการแก้ปัญหาและประสบความสำเร็จ ตลอดจนอุปสรรคต่างๆ ที่ส่งผลต่อความยุ่งยากในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และในขณะเดียวกันพยาบาลผู้นำกลุ่มซักถาม และเสริมสร้างความรู้ที่ถูกต้องร่วมกับสมาชิกกลุ่ม ทำให้สมาชิกกลุ่มมีทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องและการจัดการกับตนเองที่เหมาะสม เกิดปฏิสัมพันธ์กัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนจิตใจซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง เกิดความมุ่งมั่น และความตระหนักในตนเองส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ (Soares et al., 1997; Michalak et al., 2005)

ระยะที่ 3 พยาบาลผู้นำกลุ่มดำเนินการ โดยกระตุ้นให้สมาชิกสรุปผลกระทบของโรค อารมณ์แปรปรวนสองชั่วที่มีต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน แนวทางการป้องกัน การแก้ไขปัญหา ตลอดจนประโยชน์ที่ได้รับ ขณะเดียวกันผู้นำกลุ่มช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะ ตั้งแต่ระยะ ดำเนินการกระทั่งสิ้นสุดการทำกลุ่ม

### 3) การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา มีการดำเนินกิจกรรม 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 พยาบาลผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สร้างความคุ้นเคย เพื่อให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ มีการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม มีการทบทวนทศิกและแนวทางปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกโดยมีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับยาทางจิตเวช และเห็นความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานยาต่อคุณภาพชีวิต

ระยะที่ 2 พยาบาลผู้นำกลุ่ม ดำเนินการให้ความรู้เรื่องยา แนวทางการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย การพัฒนาทักษะการจัดการด้วยตนเอง และอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานยาต่อคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถาม แสดงความคิดเห็นในขณะดำเนินกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ในขณะเดียวกันผู้นำกลุ่มให้ความรู้และคำแนะนำในสิ่งที่ถูกต้อง ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในแต่ละหัวข้อที่ได้ให้ความรู้ไป ช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับยาทางจิตเวช รับรู้การปฏิบัติตัวขณะรับประทานยา เห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เกิดการเรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาได้ ตลอดจนการจัดการกับปัญหาต่างๆ เมื่อเกิดจากผลข้างเคียงจากยา (Colom et al., 2003) อีกทั้งเกิดทัศนคติที่ดี ต่อการรับประทานยา ช่วยป้องกัน และลดการกำเริบของอาการ (Soares et al., 1997) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจในสิ่งรอบตัว และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม นอกจากนี้ ยังไปช่วยลดการทำกิจกรรมที่มีมากเกินไปส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมดีขึ้น (Michalak et al., 2005)

ระยะที่ 3 พยาบาลผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มสรุปความรู้ที่ได้รับ แนวทางการแก้ไข ปัญหาจากการเข้ากลุ่ม ขณะเดียวกันผู้นำกลุ่มช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะ ตั้งแต่ระยะ ดำเนินการกระทั่งสิ้นสุดการทำกลุ่ม

4) การพัฒนาทักษะการจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวันด้าน การสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น มีการดำเนินกิจกรรม 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 พยาบาลผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สร้างความคุ้นเคย เพื่อให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ มีการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม มีการทบทวนทศกติก และแนวทางปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาทักษะ การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการเข้าสังคม

ระยะที่ 2 เนื่องจากกิจกรรมการพัฒนาทักษะการจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์กับการเข้าสังคม และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในทางลบ ดังนั้นจึงมีการ ดำเนินกิจกรรมโดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ เกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพ การ สร้างความตระหนัก และพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีการเน้นให้สมาชิกในกลุ่มได้ฝึก ทักษะในการติดต่อสื่อสารตามสถานการณ์ พูดถึงแหล่งช่วยเหลือเมื่อไม่สบายใจ หรือมีปัญหาใน การดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ พยาบาลผู้นำกลุ่มเปิดโอกาส ให้สมาชิกในกลุ่มได้ซักถาม แสดงความคิดเห็นขณะดำเนินกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ในขณะที่เดียวกันผู้นำกลุ่มให้ความรู้และคำแนะนำในสิ่งที่ถูกต้อง และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในแต่ละหัวข้อที่ได้ให้ความรู้ไป รวมทั้งร่วมอภิปรายภายในกลุ่ม เกี่ยวกับการฝึกทักษะการเข้าสังคมในการติดต่อสื่อสารตามสถานการณ์ต่างๆ บอกถึงแหล่ง ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์สูงสุด อันจะ เป็นการช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้รับวิธีการสร้างสัมพันธภาพ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการเข้าสังคม มีแนวทางในการปฏิบัติตัว รู้จักแหล่งช่วยเหลือในชุมชน รู้จักการใช้เวลาว่างให้ เกิดประโยชน์ ก่อให้เกิดความมั่นใจ และเกิดความตระหนักในตนเองอยู่เสมอ สามารถดำเนิน ชีวิตประจำวันโดยไม่ยุ่งยาก ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้าน จิตใจดีขึ้น (Prabhat et al., 2004; Michalak et al., 2005)

ระยะที่ 3 พยาบาลผู้นำกลุ่ม กระตุ้นให้สมาชิกสรุปความรู้ ประโยชน์ที่ได้รับ การแก้ไข ปัญหาจากการเข้ากลุ่ม ขณะเดียวกันผู้นำกลุ่มช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะ ตั้งแต่ระยะ ดำเนินการกระทั่งสิ้นสุดการทำกลุ่ม

5) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด มีการดำเนินกิจกรรม 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 พยาบาลผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สร้างความคุ้นเคย เพื่อให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ มีการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม



มีการทบทวนกติกา และแนวทางปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองทางด้านจิตใจ

ระยะที่ 2 พยาบาลผู้นำกลุ่มเป็นผู้ให้ความรู้ และฝึกทักษะในการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่ถูกต้อง จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถาม ตลอดจนมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ขณะเดียวกันผู้นำกลุ่มให้ความรู้ คำแนะนำในสิ่งที่ถูกต้อง และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในแต่ละหัวข้อที่ได้ให้ความรู้ไป จากนั้นร่วมอภิปรายระหว่างสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดที่ถูกต้อง ทำให้สมาชิกกลุ่มได้รับความรู้ มีแนวทางในการจัดการกับความเครียด เกิดทักษะในการแก้ปัญหา และจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ที่สร้างสรรค์ สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น พร้อมจะเผชิญปัญหา และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งสามารถลดความเครียดให้น้อยลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้น (Michalak et al., 2005)

ระยะที่ 3 พยาบาลผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันสรุปความรู้และทักษะการเผชิญความเครียดที่ได้รับ ตลอดจนแนวการแก้ไขปัญหาจากการเข้ากลุ่ม ขณะเดียวกันผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะ ตั้งแต่ระยะดำเนินการกระทั่งสิ้นสุดการทำกลุ่ม

#### 6) การทบทวนปัญหา และการแก้ไขปัญหา มีการดำเนินกิจกรรม 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 พยาบาลผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สร้างความคุ้นเคย เพื่อให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม ทบทวนกติกา และแนวทางปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อ การทบทวนปัญหา และการแก้ไขปัญหาในการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1-5

ระยะที่ 2 ในระยะนี้ พยาบาลผู้นำกลุ่มเปิดอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่มในการทบทวนปัญหา การป้องกัน และแนวทางการแก้ไขปัญหา หลังจากนำสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรม ครั้งที่ 1-5 ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถาม แสดงความคิดเห็นขณะดำเนินกลุ่ม ตลอดจนมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เน้นให้สมาชิกกลุ่มได้นำเสนอปัญหา แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาในสิ่งที่สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้จากกระบวนการกลุ่ม เป็นการช่วยให้สมาชิกกลุ่มเกิดปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนทางด้านจิตใจซึ่งกันและกัน ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อารมณ์ซึมเศร้าลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้น (Soares et al., 1997; Michalak et al., 2005)

ระยะที่ 3 พยาบาลผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มสรุปปัญหา การป้องกันปัญหาวิธีการแก้ปัญหา ตลอดจนประโยชน์ที่ได้รับจากกระบวนการกลุ่ม ขณะเดียวกันผู้นำกลุ่มช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะ ตั้งแต่ระยะดำเนินการกระทั่งสิ้นสุดการทำกลุ่ม

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 6.1 การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

Soares et al. (1997) ได้ศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น มีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยา ซึ่งสมาชิกกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง โดยได้รับความรู้เกี่ยวกับ การดำเนินโรค อาการเมเนีย อาการซึมเศร้า การรักษา การประเมินอาการตนเองเมื่ออาการกำเริบ การเผชิญปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น มีทัศนคติที่ดีต่อการร่วมมือในการรับประทานยา เพิ่มความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < .001$ ,  $P < .01$ ,  $P < .05$  ตามลำดับ จะเห็นได้ว่างานวิจัยดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น มีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยา เพิ่มความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองหลังมีการเรียนรู้แลกเปลี่ยนกันในกลุ่มการให้สุขภาพจิตศึกษาซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ยังส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้นอย่างชัดเจน

Colom et al. (2003) ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศสเปน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 60 คน และกลุ่มควบคุม 60 คน หลังการทดลองได้มีการติดตามผลภายใน 2 ปี ผลการศึกษาพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาได้ผลดีต่อการกำเริบของอาการหรือการกลับป่วยซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < .001$  ในงานวิจัยนี้มีผลลัพธ์ที่ดีกล่าวคือ การให้สุขภาพจิตศึกษามีผลต่อการร่วมมือในการรับประทานยา ทำให้สามารถควบคุมอาการเมเนีย และอาการซึมเศร้าไม่ให้กำเริบ ซึ่งอาการเมเนียและอาการซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในแต่ละด้านอยู่ในระดับต่ำ

Colom et al. (2003) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศสเปน ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยแบบทดลอง และผลการทดลองพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับการรับประทานยาทางจิตเวช อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการเตือนที่กำลังกำเริบ เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา ตลอดจนเป็นรูปแบบในการสร้างนิสัยในการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีแบบแผนเพื่อไม่ให้เกิดความยุ่งยาก ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันที่มีความยุ่งยากนั้นมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจเป็นอย่างมาก

Mohammad et al. (2008) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศอิหร่าน ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยแบบทดลอง มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน และได้รับการรักษาด้วยยา Lithium ร่วมด้วย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คนซึ่งได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับ Lithium ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คนได้รับการรักษาด้วย Lithium ร่วมกับการดูแลปกติหลังจากนั้นมีการติดตามผลการทดลอง 6, 12

และ 18 เดือน ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมี จำนวนครั้งในการกลับป่วยซ้ำ จำนวนครั้งการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวนวันที่ต้องพักรักษาในโรงพยาบาล มีจำนวนน้อยกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P= 0.001$ ,  $P= 0.01$ ,  $P= 0.05$  ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีการประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (Global Assessment of Functioning) ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วซึ่งแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P = 0.05$

## 6.2. การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

Michalak et al. (2005) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศแคนาดา ได้นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มมาเป็นเครื่องมือในการดำเนินการทดลอง ทำการทดลองโดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 57 คน ดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 8 ครั้งๆ ละ 1 สัปดาห์ มีการประเมินผลโดยใช้แบบประเมิน Q-LES-Q ในการวัดคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านดีขึ้น โดยเฉพาะทางด้านร่างกาย ด้านการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น เนื่องจากการทดลองการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในครั้งนี้ ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ดี อาทิเช่น การจัดการตนเองเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากยา การตรวจสอบการกำเริบของอาการ การดูแลสุขภาพทั่วไป การมีกิจกรรมในยามว่าง สุขลักษณะของการนอน และการดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ดังนั้นในการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตจึงมีความสัมพันธ์กับการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นอย่างยิ่ง

นันทนา สุขสมนิรันดร (2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามธิบดีและโรงพยาบาลศรีธัญญา มีการประเมินผลโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF THAI) ที่สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย และผลการศึกษาพบว่า ในจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 140 คน มีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีมีจำนวน 3 คน ระดับปานกลางจำนวน 95 คน และ ระดับสูงจำนวน 42 คน อีกทั้งยังพบว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่า การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในครั้งนี้นำมาซึ่งผลที่เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยสามารถไปจัดกระทำกับปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง ทำให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในด้านต่างๆ ได้ดี ระบุว่าควรปฏิบัติตัวอย่างไรจึงจะสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีทัดเทียมกับบุคคลอื่นได้ ดังแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

### โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา

โดยประยุกต์จากการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ตามแนวคิดของ Michalak et al. (2005) ร่วมกับการนำเอาแนวคิดของ Marram (1978) มาเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

**ครั้งที่ 1 การพัฒนาการจัดการกับตนเอง เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน** โดยให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีอาการกำเริบ และการพัฒนาทักษะการเผชิญกับอาการ การจัดการด้วยตนเอง การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ สุขลักษณะการนอน

**ครั้งที่ 2 การสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของโรค เพื่อสร้างความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับผลกระทบของโรคที่มีต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน และหาแนวทางแก้ไข**

**ครั้งที่ 3 การส่งเสริมความร่วมมือในการทานยา** โดยให้ความรู้เรื่องยา และ แนวทางการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย โดยใช้กระบวนการกลุ่ม

**ครั้งที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น** โดยให้ความรู้เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพ การสร้างความตระหนักและพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และ ทักษะการเข้าสังคม

**ครั้งที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด** โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะในการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากความเครียดเป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการซึมเศร้า และอาการแมเนียกำเริบ

**ครั้งที่ 6 การทบทวนปัญหา และการแก้ไข** เพื่อทบทวนปัญหา และการแก้ไขหลังจากนำสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินการครั้งที่ 1-5 ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันและยุติการทำกลุ่ม

### คุณภาพชีวิต

- ด้านร่างกาย
- ด้านจิตใจ
- ด้านสังคม
- ด้านสิ่งแวดล้อม

### บทที่ 3

#### วิธี การดำเนินการวิจัย

##### การดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest- posttest control group design) มีวัตถุประสงค์ 2 ข้อ คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม และ 2) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดย มีรูปแบบการทดลองดังนี้ (Burns & Grove, 1997)

$$\begin{array}{ccc} O_1 & X & O_2 \\ O_3 & & O_4 \end{array}$$

$O_1$  หมายถึง การวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

$O_2$  หมายถึง การวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

$O_3$  หมายถึง การวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

$O_4$  หมายถึง การวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับการดูแลตามปกติ

X หมายถึง การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

##### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD -10) ที่เข้ารับการรักษในแผนกผู้ป่วยนอก ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 36 คน

**ขนาดกลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) (Polit and Beck, 2004 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) โดยนำค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการ

ทดลองการศึกษาของ Dogan and Sabanciogullari (2003) เรื่อง The Effects of Patient Education in Lithium Therapy on Quality of Life and Compliance มาร่วมในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 90 % มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อน ชนิดที่ 2 เป็น 10 % ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ต้องการกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มอย่างน้อย 15 คน แต่เนื่องจาก ผู้ศึกษา ต้องการป้องกันการ drop out ของสมาชิกกลุ่ม ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมดเป็นจำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 18 คน และกลุ่มควบคุม 18 คน

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

##### Inclusion Criteria มีดังนี้

- 1) มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD-10)
- 3) เป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale: MADRS) มีคะแนนต่ำกว่า 34 คะแนน (มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง) และประเมินอาการเมเนียโดยใช้แบบวัดอาการเมเนีย (Thai Mania Rating Scale: TMRS) มีคะแนนต่ำกว่า 26 คะแนน (มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง)
- 4) สามารถพูด และฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง
- 5) เป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก
- 6) ไม่เคยได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา
- 7) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

##### Exclusion criteria

ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างดำเนินการศึกษา

#### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ศึกษาประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอก ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียนที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็น โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พร้อมทั้งประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่
2. หากพบคุณสมบัติตามที่กำหนด ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจและอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้ศึกษาทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้โดย วิธีจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (matched pair) ให้มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ในตัวแปรที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้แก่ เพศ (Hosseini et al., 2009) ระดับคะแนนอาการซึมเศร้า (Zhang et al., 2006; นันทนา สุขสมนรินทร์, 2552) และระดับคะแนนอาการเมเนีย (Gazalle et al., 2007)

4. เมื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุดตามปัจจัยที่กล่าวข้างต้นได้แล้ว ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบทั้ง 18 คู่ โดยใช้วิธีการจับฉลากเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม พร้อมทั้งเครื่องมือที่สร้างขึ้น นำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เมื่อพิจารณาผ่านการเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พร้อมดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ ตลอดจนได้รับการชี้แจงถึงขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งการขอยกเลิกการเข้าร่วมในการวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลใดๆ ต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาล กระทั่งหากมีข้อคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆ ในระหว่างการดำเนินขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะไม่เปิดเผยและเป็นความลับ เว้นแต่จะนำเสนอผลวิจัยในภาพรวมเท่านั้น จะไม่เปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 4 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่
  - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
  - ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบไปด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และ ชุดที่ 2 แบบประเมินความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวัน

4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบไปด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบประเมินอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale: MADRS) และ ชุดที่ 2 แบบประเมินอาการแมเนีย (Thai Mania Rating Scale: TMRS) โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มของ Michalak et al. (2005) ร่วมกับนำเอาแนวคิดของ Marram (1978) มาเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มของ Michalak et al. (2005) และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

1.2 สร้างโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า และทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพร้อมกับสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยใช้แนวคิดของ Michalak et al. (2005) ในการสร้างรูปแบบ การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มพร้อมกันนั้น ได้ผสมผสานนำเอาแนวคิดของ Marram (1978) มาเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม หลังจากนั้นจึงกำหนดโครงสร้างของกิจกรรมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้ดีขึ้น ซึ่งการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบรายกลุ่ม ประกอบไปด้วย 6 กิจกรรม ซึ่งระยะเวลาทำกิจกรรมครั้งละ 90 นาที โดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 1 กิจกรรมต่อสัปดาห์ ดังนี้

**1) กิจกรรมการพัฒนาการจัดการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน**  
เวลา 90 นาที

ระยะที่ 1 พยาบาลผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สร้างความคุ้นเคย เพื่อให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ มีการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ กติกา และแนวทางปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม

ระยะที่ 2 พยาบาลผู้นำกลุ่มดำเนินการให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการกำเริบ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสัญลักษณ์การนอน การพัฒนาทักษะการเผชิญกับอาการ ทักษะการ



ดูแลสุขภาพทั่วไป จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้ซักถาม แสดงความคิดเห็นในขณะดำเนินกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ขณะเดียวกันผู้นำกลุ่มให้ความรู้ และคำแนะนำในสิ่งที่ถูกต้อง และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในแต่ละหัวข้อที่ได้ให้ความรู้ไป เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยตามความเป็นจริง เกิดการยอมรับการเจ็บป่วย เกิดความตระหนัก และกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร นอกจากนี้ ยังเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการคงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุล และสม่ำเสมอ เพิ่มความสามารถ สมรรถนะในการจัดการตนเอง เกิดความมั่นใจทางเลือกที่จะจัดการกับตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายดีขึ้น (Michalak et al., 2005)

ระยะที่ 3 พยาบาลผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มสรุปความรู้ที่ได้รับ การแก้ไขปัญหาจากการเข้ากลุ่ม ขณะเดียวกันผู้นำกลุ่มช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะ ตั้งแต่ระยะดำเนินการ กระทั่งสิ้นสุดการทำกลุ่ม

## 2) กิจกรรมการสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของโรค ระยะเวลา 90 นาที

ระยะที่ 1 พยาบาลผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เพื่อให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม มีการทบทวนทศกติก และแนวทางปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับผลกระทบของโรคที่มีต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ตลอดจนชี้แจงถึงรูปแบบโปรแกรมเกี่ยวกับขั้นตอนการสร้างความตระหนักในตนเอง

ระยะที่ 2 พยาบาลผู้นำกลุ่มร่วมอภิปรายและกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มพูดถึงผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านมีลักษณะเป็นอย่างไร ผลเสียที่เกิดขึ้นมีอะไรบ้าง จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้ซักถาม หาแนวทางในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาในแต่ละด้านที่เกิดขึ้น เน้นให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มมีส่วนร่วมโดยนำประสบการณ์ที่เคยใช้ในการแก้ปัญหา และประสบความสำเร็จ ตลอดจนอุปสรรคต่างๆ ที่ส่งผลต่อความยุ่งยากในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และในขณะเดียวกันพยาบาลผู้นำกลุ่มซักถาม และเสริมสร้างความรู้ที่ถูกต้องร่วมกับสมาชิกกลุ่ม ทำให้สมาชิกกลุ่มมีทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องและการจัดการกับตนเองที่เหมาะสม เกิดปฏิสัมพันธ์กัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนจิตใจซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความมุ่งมั่น และความตระหนักในตนเองส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ (Soares et al., 1997; Michalak et al., 2005)

ระยะที่ 3 พยาบาลผู้นำกลุ่มดำเนินการโดยกระตุ้นให้สมาชิกสรุปผลกระทบของโรค อารมณ์แปรปรวนสองชั่วที่มีต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน แนวทางในการป้องกัน การแก้ไขปัญหา ตลอดจนประโยชน์ที่ได้รับ ขณะเดียวกันผู้นำกลุ่มช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะ ตั้งแต่ระยะ ดำเนินการกระทั่งสิ้นสุดการทำกลุ่ม

### 3) กิจกรรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประชนาษา ระยะเวลา 90 นาที

ระยะที่ 1 พยาบาลผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สร้าง ความคุ้นเคย เพื่อให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ มีการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม โดยมี เป้าหมายเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับยาทางจิตเวชและเห็นความสัมพันธ์ระหว่างการรับประชนาษาต่อ คุณภาพชีวิตมีการทบทวนทศกติกและแนวทางปฏิบัติตนในฐานะสมาชิก

ระยะที่ 2 พยาบาลผู้นำกลุ่ม ดำเนินการให้ความรู้เรื่องยา แนวทางการบำบัดด้วยยาที่มี ประสิทธิภาพและปลอดภัย การพัฒนาทักษะการจัดการด้วยตนเอง และอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการ รับประชนาษาต่อคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถาม แสดง ความคิดเห็นในขณะดำเนินกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ใน ขณะเดียวกันผู้นำกลุ่มให้ความรู้และคำแนะนำในสิ่งที่ถูกต้อง ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในแต่ละ หัวข้อที่ได้ให้ความรู้ไป ช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับยาทางจิตเวช รับรู้การปฏิบัติด้วยขณะ รับประชนาษา เห็นความสำคัญของการรับประชนาษาอย่างสม่ำเสมอ เกิดการเรียนรู้วิธีการจัดการ กับปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถรับประชนาษาได้ ตลอดจนการจัดการกับปัญหาต่างๆ เมื่อเกิดจาก ผลข้างเคียงจากยา (Colom et al., 2003) อีกทั้งเกิดทัศนคติที่ดี ต่อการรับประชนาษา ช่วยป้องกัน และลดการกำเริบของอาการ (Soares et al., 1997) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจในสิ่งรอบตัว และ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม นอกจากนี้ ยังไปช่วยลดการทำ กิจกรรมที่มีมากเกินไปส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมดีขึ้น (Michalak et al., 2005)

ระยะที่ 3 พยาบาลผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มสรุปความรู้ที่ได้รับ แนวทางการแก้ไข ปัญหาจากการเข้ากลุ่ม ขณะเดียวกันผู้นำกลุ่มช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะ ตั้งแต่ระยะ ดำเนินการกระทั่งสิ้นสุดการทำกลุ่ม

### 4) กิจกรรมการพัฒนาทักษะการจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน ด้าน การสื่อสาร และการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น ระยะเวลา 90 นาที

ระยะที่ 1 พยาบาลผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สร้างความคุ้นเคย เพื่อให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ มีการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม

มีการทบทวนทศิกาและแนวทางปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการเข้าสังคม

ระยะที่ 2 เนื่องจากกิจกรรมการพัฒนาทักษะการจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์กับการเข้าสังคม และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในทางลบ ดังนั้นจึงมีการดำเนินกิจกรรมโดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ เกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพ การสร้างความตระหนัก และพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีการเน้นให้สมาชิกในกลุ่มได้ฝึกทักษะในการติดต่อสื่อสารตามสถานการณ์ พูดถึงแหล่งช่วยเหลือเมื่อไม่สบายใจ หรือมีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ พยาบาลผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้ซักถาม แสดงความคิดเห็นขณะดำเนินกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ในขณะเดียวกันผู้นำกลุ่มให้ความรู้และคำแนะนำในสิ่งที่ถูกต้อง และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในแต่ละหัวข้อที่ได้ให้ความรู้ไป รวมทั้งร่วมอภิปรายภายในกลุ่ม เกี่ยวกับการฝึกทักษะการเข้าสังคมในการติดต่อสื่อสารตามสถานการณ์ต่างๆ บอกถึงแหล่งช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์สูงสุด อันจะ เป็นการช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้รับรู้วิธีการสร้างสัมพันธภาพ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการเข้าสังคม มีแนวทางในการปฏิบัติตัว รู้จักแหล่งช่วยเหลือในชุมชน รู้จักการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ก่อให้เกิดความมั่นใจ และเกิดความตระหนักในตนเองอยู่เสมอ สามารถดำเนินชีวิตประจำวันโดยไม่ยุ่งยากส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านจิตใจดีขึ้น (Prabhat et al., 2004; Michalak et al., 2005)

ระยะที่ 3 พยาบาล ผู้นำกลุ่ม กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปความรู้ ประโยชน์ที่ได้รับ ตลอดจนการแก้ไขปัญหากจากการเข้ากลุ่ม ขณะเดียวกันผู้นำกลุ่มช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะ ตั้งแต่ระยะดำเนินการกระทั่งสิ้นสุดการทำกลุ่ม

##### 5) กิจกรรมการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด ระยะเวลา 90 นาที

ระยะที่ 1 พยาบาลผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สร้างความคุ้นเคย เพื่อให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ มีการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม มีการทบทวนทศิกาและแนวทางปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองทางด้านจิตใจ

ระยะที่ 2 พยาบาลผู้นำกลุ่มเป็นผู้ให้ความรู้ และฝึกทักษะในการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่ถูกต้อง จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถาม ตลอดจนมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ขณะเดียวกันผู้นำกลุ่มให้ความรู้ คำแนะนำในสิ่งที่ถูกต้อง และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในแต่ละ

หัวข้อที่ได้ให้ความรู้ไป จากนั้นร่วมอภิปรายระหว่างสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดที่ถูกต้อง ทำให้สมาชิกกลุ่มได้รับความรู้ มีแนวทางในการจัดการกับความเครียด เกิดทักษะในการแก้ปัญหา และจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ที่สร้างสรรค์ สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น พร้อมจะเผชิญปัญหา และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งสามารถลดความเครียดให้น้อยลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้น (Michalak et al., 2005)

ระยะที่ 3 พยาบาลผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันสรุปความรู้และทักษะการเผชิญความเครียดที่ได้รับ ตลอดจนแนวทางการแก้ไขปัญหาจากการเข้ากลุ่ม ขณะเดียวกันผู้นำกลุ่มช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะ ตั้งแต่ระยะดำเนินการกระทั่งสิ้นสุดการทำกลุ่ม

#### 6) กิจกรรมการทบทวนปัญหา และการแก้ไขปัญหา ระยะเวลา 90 นาที

ระยะที่ 1 พยาบาลผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สร้างความคุ้นเคย เพื่อให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ ซึ่งแจ้งถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม ทบทวนกติกา และแนวทางปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อ การทบทวนปัญหา และการแก้ไขปัญหาในการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1-5

ระยะที่ 2 ในระยะนี้ พยาบาลผู้นำกลุ่มเปิดอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่มในการทบทวนปัญหา การป้องกันและแนวทางการแก้ไขปัญหาหลังจากนั้นสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรม ครั้งที่ 1-5 ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถาม แสดงความคิดเห็นขณะดำเนินกลุ่ม ตลอดจนมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เน้นให้สมาชิกกลุ่มได้นำเสนอปัญหา แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาในสิ่งที่สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้จากกระบวนการกลุ่ม เป็นการช่วยให้สมาชิกกลุ่มเกิดปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สนับสนุนทางด้านจิตใจซึ่งกันและกัน ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อารมณ์ซึมเศร้าลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้น (Soares et al., 1997; Michalak et al., 2005)

ระยะที่ 3 พยาบาลผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มสรุปปัญหา การป้องกันปัญหา วิธีการแก้ปัญหา ตลอดจนประโยชน์ที่ได้รับจากกระบวนการกลุ่ม ขณะเดียวกันผู้นำกลุ่มช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะ ตั้งแต่ระยะดำเนินการกระทั่งสิ้นสุดการทำกลุ่ม

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มที่สร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน อาจารย์จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบของเนื้อหากิจกรรมความตรงเชิงโครงสร้างใน

แต่ละกิจกรรมและความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ หลังจากนั้น ผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ และครอบคลุมเนื้อหาของกิจกรรม มีความถูกต้องของภาษาก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องแก้ไขปรับปรุงดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะเพื่อให้ผู้วิจัยหาแนวทางในการปรับปรุงโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ใบบาง และใบบางความรู้มีเนื้อหามากเกินไป ควรปรับแยกกิจกรรมเป็น 2 ช่วงเพื่อให้เหมาะสมกับเวลาที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิโดย แยกใบบางและใบบางความรู้ แบ่งออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่

ช่วงที่ 1 มีการแยกใบบางพร้อมกับใบบางความรู้ให้สอดคล้องกับกิจกรรมที่สอน ประกอบด้วย ความหมายของโรค สาเหตุ อาการ และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการกำเริบ

ช่วงที่ 2 มีการแยกใบบางพร้อมกับใบบางความรู้ให้สอดคล้องกับกิจกรรมที่สอน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สุขลักษณะของการนอน และการเผชิญกับอาการ

2) ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้ผู้วิจัยปรับภาษาให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายขึ้นประกอบด้วย

“การเผชิญกับอาการ” ให้ปรับเปลี่ยนเป็น “การจัดการกับอาการ”

“ยารักษาโรคจิต” ให้ปรับเปลี่ยนเป็น “ยาควบคุมอารมณ์” หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับเปลี่ยนคำตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะไว้

กิจกรรมที่ 2 การสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของโรค ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะเพื่อให้ผู้วิจัยหาแนวทางในการปรับปรุงโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ให้เพิ่มเนื้อหาในใบบางที่ 2/1 ในข้อ 1 เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในข้อคำถามได้ดีขึ้น โดยเนื้อหาที่เพิ่มขึ้นประกอบด้วย

ข้อ 1.1 ด้านร่างกายที่พบบ่อย คือ

ข้อ 1.2 ด้านจิตใจที่พบบ่อย คือ

ข้อ 1.3 ด้านสัมพันธภาพทางสังคมที่พบบ่อย คือ

ข้อ 1.4 ด้านสิ่งแวดล้อม ที่พบบ่อย คือ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับเปลี่ยน โดยเพิ่มเนื้อหาในใบบางที่ 2/1 ในข้อ 1 ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะไว้

2) ให้เพิ่มชื่อกำกับในใบบางที่ 2/1 และใบบางความรู้ที่ 2/1 เพื่อป้องกันการสับสนขณะมีการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับเปลี่ยนชื่อในใบบาง และใบบางความรู้ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะไว้โดย

ใบงานที่ 2/1 เพิ่มชื่อเป็น “ผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อคุณภาพชีวิต”

ใบความรู้ 2/1 เพิ่มชื่อเป็น “ผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อคุณภาพชีวิต”

3) ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้เปลี่ยนชื่อกิจกรรมเพื่อสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้ง่ายขึ้น โดยเปลี่ยนชื่อเดิมจาก “การสร้างความตระหนักในตนเอง” เปลี่ยนเป็น “การสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของโรค” หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับเปลี่ยนชื่อกิจกรรมตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะไว้

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมการร่วมมือในการรับปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะเพื่อให้ผู้วิจัยหาแนวทางในการปรับปรุงโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ใบความรู้ 3/2 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์วิชาการ เช่น Blood lithium ให้ปรับเปลี่ยนเป็น ระดับลิเทียมในเลือด และหลังจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับเปลี่ยนตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะไว้

2) ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้เชื่อมโยงเนื้อหากิจกรรมโดยให้เห็นถึงการรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยปรับเปลี่ยนชื่อเดิมคือ “ยารักษาโรคจิต” เปลี่ยนเป็น “ยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว” จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนตามข้อเสนอแนะที่ผู้ทรงคุณวุฒิกำหนดไว้

3) ผู้ทรงคุณวุฒิให้เพิ่มชื่อในใบงานที่ 3/1, 3/2, 3/3, 3/4 และใบความรู้ที่ 3/1, 3/2 เพื่อป้องกันการสับสนขณะมีการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยผู้วิจัยได้เพิ่มชื่อตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิโดย

ใบงานที่ 3/1 เพิ่มชื่อเป็น “ยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว”

ใบงานที่ 3/2 เพิ่มชื่อเป็น “อาการข้างเคียงของยาทางจิต”

ใบงานที่ 3/3 เพิ่มชื่อเป็น “การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา”

ใบงานที่ 3/4 เพิ่มชื่อเป็น “แนวทางการแก้ไขเกี่ยวกับการรับปรึกษาไม่ต่อเนื่อง”

ใบความรู้ 3/1 เพิ่มชื่อเป็น “ยารักษาโรคจิต”

ใบความรู้ 3/2 เพิ่มชื่อเป็น “อาการข้างเคียงของยาทางจิต”

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและปรับตัวร่วมกับผู้อื่น ในกิจกรรมนี้ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะ ดังนี้

1) ให้เพิ่มชื่อในใบงานที่ 4/1, 4/2 และใบความรู้ที่ 4/1 เพื่อป้องกันการสับสนขณะมีการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับเปลี่ยนตามข้อเสนอแนะที่ผู้ทรงคุณวุฒิ กำหนดไว้ ดังนี้

ใบงานที่ 4/1 เพิ่มชื่อเป็น “ปัญหาการเข้าสังคมและแนวทางการป้องกันปัญหา”

ใบงานที่ 4/2 เพิ่มชื่อเป็น “การพัฒนาทักษะการเข้าสังคม และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น”

ใบความรู้ที่ 4/1 เพิ่มชื่อเป็น “ปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อการเข้าสังคมและแนวทางการป้องกันปัญหา”

2) ให้ปรับเปลี่ยนชื่อกิจกรรมเพื่อให้สัมพันธ์กับเนื้อหาของกิจกรรมจากเดิมชื่อ “การพัฒนาทักษะการจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน” จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับเปลี่ยนตามข้อเสนอแนะที่ผู้ทรงคุณวุฒิ กำหนดไว้โดยเปลี่ยนชื่อกิจกรรมเป็น “การพัฒนาทักษะการจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น”

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด ในกิจกรรมนี้ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้เพิ่มชื่อในใบงานที่ 5/1, 5/2 และใบความรู้ที่ 5/1, 5/2 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการเพิ่มชื่อตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

ใบงานที่ 5/1 เพิ่มชื่อเป็น “ความเครียด”

ใบงานที่ 5/2 เพิ่มชื่อเป็น “การจัดการกับความเครียด”

ใบความรู้ที่ 5/1 เพิ่มชื่อเป็น “ความเครียด”

ใบความรู้ที่ 5/2 เพิ่มชื่อเป็น “การจัดการกับความเครียด”

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างโดยทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 3 คน จนครบทั้ง 6 ขั้นตอน เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ และ ความเหมาะสมของเวลาในการดำเนินกิจกรรม รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมโดยดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 ขั้นตอน พบว่าสมาชิกสามารถเข้าใจในกิจกรรม แต่ผู้วิจัยต้องมีการปรับคำพูดที่สามารถสื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด โดยระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้งประมาณ 60-90 นาที และผู้วิจัยยังได้นำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้ศึกษา ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ คะแนนอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale: MADRS) คะแนนอาการเมเนียโดยใช้แบบประเมินอาการเมเนีย (Thai Mania Rating Scale: TMRS)

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้ศึกษานำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน อาจารย์จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้ศึกษาจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ และมีความถูกต้องของภาษาก่อนนำไปใช้จริง

สำหรับการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้เพิ่มเติมในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และผู้วิจัยได้ดำเนินการเพิ่มข้อมูลตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

- 1) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตั้งแต่เริ่มต้น.....ปี ...เดือน
- 2) จำนวนครั้งที่ป่วยรุนแรง.....ครั้ง
- 3) จำนวนครั้งต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล.....ครั้ง

จากนั้นก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน พบว่าสมาชิกสามารถเข้าใจคำถามในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยง่าย

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF THAI) ที่สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทยใช้วัดคุณภาพชีวิตซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านร่างกาย (Physical domain)
- 2) ด้านจิตใจ (Psychological domain)
- 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship)
- 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)



ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเอง ดังนี้

- 1 หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแยะมาก
- 2 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ
- 3 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจในระดับกลางๆ รู้สึกไม่พอใจระดับปานกลาง
- 4 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
- 5 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก

การคิดค่าคะแนนทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์หาค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 26 - 130 คะแนนการแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 26 - 60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี  
 61 - 95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง  
 96 - 130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือนี้พัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลจากฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทย-อังกฤษ ตรวจสอบความหมายของคำถามที่แปลว่าได้รับความหมายตรงกับความหมายที่ WHO ต้องการและสมบูรณ์ที่สุดจากนั้นนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นประชาชนคนไทยทั่วไปจำนวน 20 คน เพื่อวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .8406 และก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79

สำหรับเครื่องมือชุดนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เนื่องจาก เป็นแบบวัดที่ได้มาตรฐาน อีกทั้งเป็นเครื่องมือซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ในการศึกษาของ นันทนา สุขสม-นิรันดร (2553) ซึ่งดำเนินการศึกษากับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะและบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

### 3. เครื่องมือกำกับการศึกษา ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่

**ชุดที่ 1** แบบประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นโดยศึกษาจากตำรา และการทบทวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ มีข้อคำถามทางบวกจำนวน 29 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29 และข้อคำถามทางลบ จำนวน 1 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 26 ซึ่งคำถามเป็นแบบใช้เลือกตอบ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความทางบวก ใช้ ได้ 1 คะแนน ไม่ใช้ ได้ 0 คะแนน

ข้อความทางลบ ใช้ ได้ 0 คะแนน ไม่ใช้ ได้ 1 คะแนน

**เกณฑ์กำกับการทดลอง** คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยจะต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 หรือ 24 คะแนนขึ้นไป จึงจะแสดงว่ามีความรู้ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด แต่ถ้าคะแนนต่ำกว่า 24 คะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ศึกษา และผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จะร่วมกันประเมินและให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ขาดจนกว่าผู้ป่วยจะได้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้ศึกษานำแบบประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน อาจารย์จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ซึ่งพบว่ามีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.87 หลังจากนั้นผู้ศึกษาจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์และครอบคลุมเนื้อหา มีความถูกต้องของภาษาก่อนนำไปใช้จริง

ทั้งนี้ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะการปรับปรุงเครื่องมือในคำถามข้อ 5 และข้อ 20 ดังนี้

1) คำถามข้อ 5 โดยปรับคำถามให้สั้นกระชับและเข้าใจง่ายขึ้นซึ่งคำถามเดิมคือ “ความต้องการนอนน้อยหรือนอนแค่ 3 ชั่วโมงก็เพียงพอ มักพบในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการเมเนีย” จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเป็น “ผู้ป่วยที่มีอาการเมเนียมักจะนอนน้อยกว่าคนปกติ”

2) คำถามข้อ 20 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้เปลี่ยนคำถามใหม่ เนื่องจากให้คำนี้ถึงการนำไปใช้ประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลักซึ่งคำถามเดิมคือ “การรักษาด้วยไฟฟ้าจะให้การรักษาใน

กรณีผู้ป่วยเป็นอันตรายต่อตนเองต่อผู้อื่นและการไม่ตอบสนองต่อยาทางจิต” จากนั้นผู้วิจัยได้เปลี่ยนคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเป็น “การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้อาการดีขึ้น”

นอกจากนี้ยังมีการหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้ศึกษานำแบบประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน ได้ความเที่ยงเท่ากับ 0.78

**ชุดที่ 2** แบบวัดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเชิงลบของ Maybery et al. (2007) ซึ่งพิทักษ์พล บุญยาลิก พัฒนาเป็นภาษาไทย โดยลักษณะของแบบวัดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเชิงลบนั้น เป็นคำตอบแบบประมาณค่า (Rating scale) 6 ระดับ มีข้อความทั้งหมด 57 ข้อ ประกอบด้วยปัญหาในด้านต่างๆ ดังนี้

- 1) ปัญหาจากเพื่อน
- 2) ปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว/ คู่ขา
- 3) ปัญหาเรื่องงาน
- 4) ปัญหาเรื่องเงิน
- 5) ปัญหาเกี่ยวกับบุตร
- 6) ปัญหาเกี่ยวกับวิชาเรียน
- 7) ปัญหาเกี่ยวกับครู อาจารย์
- 8) ปัญหาเกี่ยวกับบิดา มารดาของตน หรือบิดามารดาของคู่ครอง
- 9) ปัญหาเกี่ยวกับนักเรียนอื่น
- 10) ปัญหาเกี่ยวกับญาติพี่น้อง
- 11) ปัญหาด้านสุขภาพ
- 12) ปัญหาเกี่ยวกับหัวหน้างาน/นายจ้าง
- 13) ความยุ่งยากในการหางานทำ
- 14) ปัญหาด้านข้อจำกัดในการเรียน

**เกณฑ์การให้คะแนน** มีดังนี้

- 0 หมายถึง เหตุการณ์ไม่เกิดขึ้น
- 1 หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นแต่ไม่มีความยุ่งยากใจ
- 2 หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นและมีความยุ่งยากใจเล็กน้อย
- 3 หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นและค่อนข้างยุ่งยากใจบ้าง
- 4 หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น และยุ่งยากใจมาก
- 5 หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น และยุ่งยากใจมากที่สุด

**เกณฑ์กำกับการทดลอง**

จากแบบประเมินได้กำหนดเกณฑ์กำกับการทดลองโดยนำแบบวัดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเชิงลบของ Maybery et al. (2007) ซึ่งพัฒนาขึ้น โดย พิทักษ์พล บุญยาลิก มาประเมินผู้ป่วยก่อนทดลอง (Pre-test) และหากหลังการทดลอง (Post-test) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสอง

ผู้มีคะแนนการรับรู้ความยุ่งยากใจน้อยกว่าก่อนทดลอง (Pre-test) จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ แต่ถ้าพบว่าคะแนนการรับรู้ความยุ่งยากใจหลังการทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ศึกษาและผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จะร่วมกับประเมินปัญหา อุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหาและกระบวนการของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา จนกว่าจะอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือนี้พัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back translation โดย พัทธ์พัทธ์ บุนนาคิก ดำเนินการร่วมกันระหว่างเจ้าของเครื่องมือ จากนั้นนำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้วิจัยนำแบบวัดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเชิงลบของ Maybery et al. (2007) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย พัทธ์พัทธ์ บุนนาคิก ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน อาจารย์จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมชื่อที่อยู่ และข้อมูลที่เป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนน ความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็น อยู่ในระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมาก ที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน และสอดคล้องกันซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้สูตรดังนี้

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

และจากการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือพบว่า มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.82

ทั้งนี้ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้เพิ่มเติมเนื้อหาของเครื่องมือในคำถามข้อที่ 21 และข้อที่ 23 เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในคำถามยิ่งขึ้น จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิโดยมีรายละเอียดดังนี้

- 1) คำถามข้อ 21 มีคำถามเดิมคือ “ปริมาณการเรียนของคุณ” โดยเพิ่มเนื้อหาในคำถามเป็น “ปริมาณการเรียนของคุณ เช่น จำนวนหน่วยกิตมากเกินไป การบ้านมากเกินไป”
- 2) คำถามข้อ 23 มีคำถามเดิมคือ “ความกดดันเรื่องเวลา” โดยเพิ่มเนื้อหาในคำถามเป็น “ความกดดันเรื่องเวลา เช่น การแบ่งเวลาเรียนน้อยเกินไป”

นอกจากนี้ยังมีการหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบวัดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเชิงลบของ Maybery et al. (2007) ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับ

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.74

#### 4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบไปด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบประเมินอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale: MADRS) สร้างมาจากแนวคิดของ Montgomery and Asberg (1979) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย โดย รณชัย คงสกนธ์ และคณะ (2546) ประกอบด้วย 10 ด้าน ได้แก่

- 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 หรือระหว่างค่าคะแนนนั้นก็ไว้ได้ ได้แก่ 1, 3, 5 คิดคะแนนโดยรวมคะแนนทุกข้อคำถาม หลังจากนั้นนำคะแนนมารวมกันแล้ววิเคราะห์ค่าคะแนนซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน สามารถแปลผลคะแนนโดย คะแนนที่สูง หมายถึง มีอาการซึมเศร้ามาก และคะแนนที่ต่ำ หมายถึง มีอาการซึมเศร้าน้อย 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 .8048 และ

ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79

ชุดที่ 2 แบบวัดอาการแมเนีย (Thai Mania Rating Scale: TMRS) แบบวัดอาการแมเนีย (Thai Mania Rating Scale: TMRS) ของ Young และคณะ (1978) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย โดย รณชัย คงสกนธ์ และคณะ (2549) ใช้วัดความรุนแรงของอาการแมเนีย ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 คำถาม ได้แก่

- |                                   |                                        |
|-----------------------------------|----------------------------------------|
| 1) อารมณ์กริ่งเกรง                | 2) การเพิ่มขึ้นของกิจกรรมการเคลื่อนไหว |
| 3) ความสนใจทางเพศ                 | 4) การนอนหลับ                          |
| 5) ความหงุดหงิด                   | 6) การพูด                              |
| 7) ภาษาคำพูดผิดปกติของความคิด     | 8) เนื้อหาความคิด                      |
| 9) พฤติกรรมก่อความวุ่นวายก้าวร้าว | 10) ลักษณะภายนอกการแต่งตัว             |
| 11) ความเข้าใจตนเอง               |                                        |

ซึ่งหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .89 มีการคิดคะแนนทุกข้อคำถาม หลังจากนั้นนำคะแนนมารวมกันแล้ววิเคราะห์ค่าคะแนน ซึ่งคะแนนรวมมีทั้งหมด 60 คะแนน แปรผลคะแนนโดย คะแนนที่สูง หมายถึง มีอาการแมเนียมาก และ คะแนนที่ต่ำ หมายถึง มีอาการแมเนียน้อย มีมาตรประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งระดับคะแนน ดังนี้

- ต่ำกว่า 13 หมายถึง เริ่มมีความผิดปกติ
- 14-20 หมายถึง อาการแมเนียมีเล็กน้อย
- 21-25 หมายถึง อาการแมเนียปานกลาง
- 26-37 หมายถึง อาการแมเนียมาก
- 38 -60 หมายถึง อาการแมเนีย มากที่สุด

เครื่องมือนี้พัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back translation 2 รอบ โดย นักภาษาศาสตร์ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช 5 คน พบว่ามีความครบถ้วนของเนื้อหา และเหมาะสมกับคนไทย และถูกนำไปใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการแมเนีย จำนวน 76 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .89 และก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของ

เครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75

สำหรับเครื่องมือทั้ง 2 ชุดนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเครื่องมือ (Content Validity) เนื่องจาก เป็นแบบวัดที่ได้มาตรฐาน ถูกนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเครื่องมือ โดย นันทนา สุขสมนินันทร (2553) ดังได้กล่าวไว้ข้างต้น

## การดำเนินการทดลอง

ผู้ศึกษาดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้อง และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมการ ดังต่อไปนี้

### 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

#### 1.1 การเตรียมตัวของผู้วิจัย

- ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัยร่วมกับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนและครอบคลุมถึงการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มที่ถูกต้อง

- ผู้วิจัยได้เข้าศึกษาหลักสูตรเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีการฝึกทักษะการทำกิจกรรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาทั้งรายกลุ่ม และรายบุคคลในวิชาปฏิบัติ โดยผู้เชี่ยวชาญของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

- ผู้วิจัยได้มีพัฒนาทักษะการทำกิจกรรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม โดยการฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในหอผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความชำนาญและนำไปใช้ได้จริง

#### 1.2 เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 ยื่นโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

1.4 จัดทำแผนการดำเนินการศึกษา เตรียมสถานที่ในการทำการศึกษา โดยประสานงานกับผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่าง

วิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยที่ได้ยื่นขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เป็นที่เรียบร้อยแล้ว เพื่อขออนุญาตทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการศึกษา วัน เวลา สถานที่

1.5 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ผู้ศึกษาเข้าพบหัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานงานเกี่ยวกับ การเข้าไปดำเนินการทดลองในแผนกผู้ป่วยนอก พร้อมขออนุญาตดูแลประวัติของกลุ่มตัวอย่างเพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.6 ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ แบบประเมินอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale: MADRS) และ แบบวัดอาการเมเนีย (Thai Mania Rating Scale: TMRS) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

1.7 เมื่อพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ผู้ศึกษาให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยแล้วลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

1.8 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ คะแนนอาการซึมเศร้า และคะแนนอาการเมเนีย (ดังตารางที่ 1) แล้วดำเนินการในแต่ละกลุ่ม ดังนี้



**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched paired) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง (n=18)			กลุ่มควบคุม (n=18)		
		คะแนน	คะแนน		คะแนน	คะแนน
	เพศ	อาการ ซีมีเสร์รา	อาการ แมเนีย	เพศ	อาการ ซีมีเสร์รา	อาการ แมเนีย
1	ชาย	16	14	ชาย	16	15
2	ชาย	12	10	ชาย	11	10
3	ชาย	18	11	ชาย	18	11
4	ชาย	14	16	ชาย	13	15
5	ชาย	16	19	ชาย	15	19
6	ชาย	11	13	ชาย	12	13
7	ชาย	14	15	ชาย	15	15
8	ชาย	18	20	ชาย	19	19
9	หญิง	12	18	หญิง	12	18
10	หญิง	11	14	หญิง	11	15
11	หญิง	18	11	หญิง	18	12
12	หญิง	16	19	หญิง	17	19
13	หญิง	12	21	หญิง	11	21
14	หญิง	17	19	หญิง	16	20
15	หญิง	11	20	หญิง	11	20
16	หญิง	12	17	หญิง	11	16
17	หญิง	13	15	หญิง	12	15
18	หญิง	12	17	หญิง	12	17

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย จำนวน 8 คน เพศหญิงจำนวน 10 คนเท่ากัน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีระดับคะแนนอาการซีมีเสร์รา และระดับคะแนนอาการแมเนียที่เท่าเทียมกัน คือ คะแนนอาการซีมีเสร์ราในระดับต่ำ (0-17 คะแนน) จำนวน 15 คน ในระดับปานกลาง (18-34 คะแนน) จำนวน 3

คน และมีระดับคะแนนอาการเมเนียในช่วงที่เริ่มมีความผิดปกติ (ต่ำกว่า 13 คะแนน) จำนวน 4 คน ในช่วงที่มีอาการเมเนียเล็กน้อย (14-20 คะแนน) จำนวน 13 คน ในช่วงที่มีอาการเมเนียระดับปานกลาง (21-25 คะแนน) จำนวน 1 คน

#### 1.8.1 กลุ่มควบคุม มีการดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ก่อนการทดลอง (Pre test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ที่สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการดูแลตามปกติ ได้แก่ การประเมินอาการประกอบด้วย อาการซึมเศร้า อาการเมเนีย โดยประเมินทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้านความคิด และด้านร่างกาย มีการให้คำปรึกษา และเสนอแนะแนวทางในการแก้ปัญหา นอกจากนี้ ยังมีการให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้านเพื่อเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำ ประกอบด้วย การรับประทานยาที่ถูกต้อง การเฝ้าระวังอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา การดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พร้อมกันนั้นยังส่งเสริมสนับสนุนการรักษาที่ต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด และการเข้ารับบริการตามแหล่งบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างเหมาะสม

3) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 7 เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอีกครั้ง (Post- test)

#### 8.2.2 กลุ่มทดลอง มีการดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกที่สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย ร่วมกับการใช้เครื่องมือในการกำกับการทดลองประเมินความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยนำแบบวัดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเชิงลบของ Maybery et al. (2007) มาประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test)

2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มโดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที จำนวน 6 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 9 คน ซึ่งผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การบำบัดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาทุกครั้ง และเมื่อเสร็จสิ้นการบำบัดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาจะขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกที่สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย

3) ให้ข้อมูลกับกลุ่มทดลองถึงการได้รับกิจกรรมการดูแลตามปกติที่จะได้รับเมื่อมาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การประเมินอาการประกอบด้วย อาการซึมเศร้า อาการเมเนีย โดยประเมินทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้านความคิด และด้านร่างกาย มีการให้คำปรึกษา และเสนอแนะแนวทางในการแก้ปัญหา การจัดการกับปัญหาที่ดี นอกจากนี้ ยังมีการให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้านเพื่อเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำ ประกอบด้วย การรับประทานยาที่ถูกต้อง การเฝ้าระวังอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา การดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พร้อมกันนั้นยังส่งเสริมสนับสนุนการรักษาที่ต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด และการเข้ารับบริการตามแหล่งบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างเหมาะสม

4) ผู้วิจัยนัดหมาย วัน เวลาในการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มพร้อมทั้งมอบตารางในการเข้าร่วมการบำบัดในแต่ละครั้ง

5) ผู้วิจัยนำจดหมายถึงหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อขออนุญาตนำกลุ่มทดลองมาดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มพร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง

2. ขั้นตอนการทดลอง ในขั้นตอนการทดลอง ผู้ศึกษาแบ่งกลุ่มกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติระหว่างสัปดาห์ที่ 1-6 ได้แก่ การประเมินอาการประกอบด้วย อาการซึมเศร้า อาการเมเนีย โดยประเมินทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้านความคิด และด้านร่างกาย มีการให้คำปรึกษา และเสนอแนะแนวทางในการแก้ปัญหา การจัดการกับปัญหาที่ดี นอกจากนี้ ยังมีการให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน เพื่อเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำ ประกอบด้วย การรับประทานยาที่ถูกต้อง การเฝ้าระวังอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา การดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พร้อมกันนั้นยังส่งเสริมสนับสนุนการรักษาที่ต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด และการเข้ารับบริการตามแหล่งบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างเหมาะสม

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนิน โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มตามวัน และเวลาที่กำหนดไว้ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 กำหนดการการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

ครั้งที่/ กิจกรรม	กลุ่มที่ (จำนวนคน)	วัน/เดือน/ปี	เวลา
ครั้งที่ 1 การพัฒนาการจัดการ กับตนเอง เกี่ยวกับแบบ แผนการดำเนินชีวิต	กลุ่มที่ 1 (9 คน)	พุธ 29 มิถุนายน 2554	10.00-11.30 น
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	ศุกร์ 1 กรกฎาคม 2554	8.00-9.30 น
ครั้งที่ 2 การสร้างความ ตระหนักถึงผลกระทบของ โรค	กลุ่มที่ 1 (9 คน)	พุธ 6 กรกฎาคม 2554	10.00-11.30 น
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	ศุกร์ 8 กรกฎาคม 2554	10.00-11.30 น
ครั้งที่ 3 การส่งเสริมความร่วมมือ ในการรับปรึกษา	กลุ่มที่ 1 (9 คน)	พุธ 13 กรกฎาคม 2554	10.00-11.30 น
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	ศุกร์ 15 กรกฎาคม 2554	10.00-11.30 น
ครั้งที่ 4 การพัฒนาทักษะการ จัดการกับความยุ่งยากใน ชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและ การปรับตัวร่วมกับผู้อื่น	กลุ่มที่ 1 (9 คน)	พุธ 20 กรกฎาคม 2554	10.00-11.30 น
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	ศุกร์ 22 กรกฎาคม 2554	10.00-11.30 น
ครั้งที่ 5 การพัฒนาทักษะการ เผชิญความเครียด	กลุ่มที่ 1 (9 คน)	พุธ 27 กรกฎาคม 2554	8.00-9.30 น
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	ศุกร์ 29 กรกฎาคม 2554	8.00-9.30 น
ครั้งที่ 6 การทบทวนปัญหา และการแก้ไขปัญหา	กลุ่มที่ 1 (9 คน)	พุธ 3 สิงหาคม 2554	8.00-9.30 น
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	ศุกร์ 5 สิงหาคม 2554	8.00-9.30 น

มีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมในแต่ละครั้งและผลที่เกิดขึ้นสรุปดังต่อไปนี้

## กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ การรักษา ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีอาการกำเริบ
4. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแนวทางการพัฒนาทักษะการเผชิญกับอาการ การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสุขลักษณะการนอน

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 1 สมาชิกสามารถ

1. เปิดเผยตนเอง มีความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจ และยินยอมเล่าเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับตนเองได้
2. บอกถึงความสำคัญของการดำเนินกิจกรรมได้
3. บอกความหมายของโรค สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีอาการกำเริบได้
4. บอกวิธีการพัฒนาทักษะ การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สุขลักษณะการนอน และการเผชิญกับอาการ

ระยะเวลา 90 นาที แบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่

ช่วงที่ 1 ความหมายของโรค สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีอาการกำเริบ

ช่วงที่ 2 การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สุขลักษณะการนอน

### สาระสำคัญ

การพัฒนาการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นการพัฒนาตนเองของผู้ป่วยเรื่องแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยพยาบาลผู้นำกลุ่มดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีอาการกำเริบ การพัฒนาทักษะการเผชิญกับอาการ การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสุขลักษณะการนอน เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยตามความเป็นจริง เกิดการยอมรับการเจ็บป่วย เกิดความตระหนัก และกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร นอกจากนี้ยังเป็น การช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการคงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุล และสม่ำเสมอ เกิดทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดี

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
2. ใบงานที่ 1/1 การสังเกตอาการเตือน
3. ใบความรู้ที่ 1/1 การสังเกตอาการเตือน
4. ใบงานที่ 1/2 การดูแลสุขภาพทั่วไป
5. ใบความรู้ที่ 1/2 การดูแลสุขภาพทั่วไป
6. ใบงานที่ 1/3 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
7. ใบความรู้ที่ 1/4 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
8. ใบงานที่ 1/4 สุขลักษณะการนอน
9. ใบความรู้ที่ 1/5 สุขลักษณะการนอน
10. ใบงานที่ 1/5 การเผชิญกับอาการ
11. ใบความรู้ที่ 1/6 การเผชิญกับอาการ
12. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย
13. สมุดบันทึก

### กิจกรรม

#### ระยะสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมระยะสร้างสัมพันธภาพ มีดังนี้(10 นาที)

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มด้วยการทักทาย การแนะนำตัวด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และสร้างความคุ้นเคย โดยการซักถามความเป็นอยู่ทั่วไป แสดงความสนใจสมาชิกทุกคนในกลุ่มเพื่อให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ
2. ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มโดยย่อในแต่ละครั้ง บอกกติกา แนวทางปฏิบัติตนในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ตลอดจนแจ้ง วัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม

#### ระยะดำเนินการ แบ่งออกเป็น 2 ช่วง

ช่วงที่ 1 การให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีการดำเนินกิจกรรมดังนี้ (30 นาที)

1. ประเมินผู้ป่วยก่อนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้แก่ ความหมายสาเหตุ อาการ การรักษา ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีอาการกำเริบ

2. ประเมินผู้ป่วยก่อนให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน/การสังเกตอาการเตือนที่เป็นจุดเริ่มต้นการกำเริบของโรค
3. ชี้แจงให้สมาชิกกลุ่มเห็นถึงผลกระทบเกี่ยวกับอาการที่กำเริบของโรค
6. ฝึกทักษะให้สมาชิกกลุ่มได้สำรวจตนเองเกี่ยวกับ อาการเตือน อาการที่กำเริบ และการเผชิญกับอาการที่เกิดขึ้นโดยให้ผู้ป่วยทำลงใบงานที่ 1/1 พร้อมกับนำเสนอเป็นรายบุคคล
7. ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายตามใบงานที่ 1/1 แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันเกี่ยวกับการทำใบงานข้างต้น
8. ผู้วิจัยสรุปและ ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับอาการเตือน อาการที่กำเริบ และการเผชิญกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมโดยใช้ใบความรู้ที่ 1/2 ประกอบด้วย อาการเตือน อาการที่กำเริบ และ การเผชิญกับอาการ

ช่วงที่ 2 การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สุขลักษณะการนอน และการเผชิญกับอาการมีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

การดูแลสุขภาพทั่วไป (10 นาที)

1. ให้สมาชิกกลุ่มเห็นถึงความบกพร่องในการดูแลตนเองขณะมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรค อารมณ์แปรปรวนสองชั่วโมง
2. บอกถึงผลเสียเมื่อสมาชิกกลุ่มไม่ดูแลสุขภาพตนเอง
3. ประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสมาชิกกลุ่มว่ามีมากน้อยเพียงใด โดยให้ทำลงใบงานที่ 1/2
4. ให้สมาชิกนำเสนอตามใบงานที่ 1/2 เป็นรายบุคคล
5. ให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปรายตามใบงานที่ 1/2 แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เกี่ยวกับการทำใบงานข้างต้นว่ามีมากน้อยเพียงใด มีความเหมาะสมหรือไม่ และมีแนวทางการแก้ไขอย่างไร
6. ผู้วิจัยสรุปและชี้ให้เห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพทั่วไป โดยใช้ใบความรู้ที่ 1/3 ประกอบด้วย การรักษาความสะอาดร่างกาย การรักษาความสะอาดเครื่องใช้ การรักษาฟัน การงดใช้สารเสพติด การสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว การป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท การตรวจสุขภาพประจำปี การทำจิตใจให้ร่าเริงและแจ่มใสอยู่เสมอ การมีสำนึกต่อส่วนร่วม โดยผู้ศึกษาเน้นการให้ความรู้ในส่วนที่สมาชิกกลุ่มมีความบกพร่อง

### การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (10 นาที)

1. ชี้แจงให้สมาชิกกลุ่มเห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่สมดุลและสม่ำเสมอ
2. ประเมินความรู้และพฤติกรรมกรปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในแต่ละวันของสมาชิกกลุ่มว่ามีความสมดุลและสม่ำเสมอหรือไม่ โดยทำลงใบงานที่ 1/3 จากนั้นให้นำเสนอ เป็นรายบุคคล
3. ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายตามใบงานที่ 1/3 แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เกี่ยวกับการทำใบงานข้างต้นว่ามีความสมดุล สม่ำเสมอ และความเหมาะสมหรือไม่ อีกทั้งมีแนวทางการแก้ไขอย่างไร
4. ผู้วิจัยสรุป และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ใบความรู้ที่ 1/4 ประกอบด้วย สาเหตุที่ทำให้เกิดความบกพร่องต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพัฒนาแบบแผนที่ช่วยใหเกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต โดยเน้นตามความบกพร่องของผู้ป่วยเป็นสำคัญแต่ละวัน

### สุขลักษณะการนอน (10 นาที)

1. ชี้แจงให้สมาชิกกลุ่มเห็นความสำคัญเกี่ยวกับสุขลักษณะของการนอนที่ดี
2. ประเมินพฤติกรรมกรนอนของสมาชิกกลุ่มว่าเป็นอย่างไร โดยทำลงใบงานที่ 1/4 จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มนำเสนอ เป็นรายบุคคล
3. ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายตามใบงานที่ 1/4 แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เกี่ยวกับการทำใบงานข้างต้นว่ามีแบบแผนการนอนเป็นอย่างไร เพียงพอหรือไม่ และมีแนวทางการแก้ไขอย่างไร
4. ผู้วิจัยสรุป และชี้ให้เห็นถึงแบบแผนการนอนที่ถูกต้องโดยใช้ใบความรู้ที่ 1/5 ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้า อาการเมเนีย กับกรนอนไม่หลับ และสุขอนามัยเพื่อการนอนหลับ

### การเผชิญกับอาการ (15 นาที)

1. ชี้แจงให้สมาชิกกลุ่มเห็นถึงความสำคัญของการการเผชิญกับอาการ ของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
2. ประเมินทักษะการเผชิญกับอาการของสมาชิกกลุ่มว่ามีพฤติกรรมกรเผชิญกับอาการเป็นอย่างไร โดยทำลงใบงานที่ 1/5 จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มนำเสนอตามใบงานที่ 1/6 เป็นรายบุคคล



3. ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายตามใบงานที่ 1/5 แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เกี่ยวกับการทำใบงานข้างต้นว่ามีพฤติกรรมการเผชิญกับอาการเป็นอย่างไร เหมาะสมหรือไม่ และมีแนวทางการแก้ไขอย่างไร

4. ผู้วิจัยสรุป และให้ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญกับอาการ ที่ถูกต้องตามใบความรู้ที่ 1/6 ประกอบด้วย การเรียนรู้อาการนำทั้งในภาวะอาการ ซึมเศร้า อาการเมเนีย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อเริ่มมีอาการนำ

### ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

กิจกรรมระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม มีการดำเนินกิจกรรมดังนี้ (5 นาที)

1. ผู้วิจัยร่วมกับสมาชิกกลุ่มพูดถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ โดยเน้นให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปเป็นรายชื่อ

2. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นในแต่ละหัวข้อตั้งแต่เริ่มการดำเนินกิจกรรมกลุ่มกระทั่งยุติกลุ่ม

3. ให้สมาชิกกลุ่มทำการบ้านเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติ หลังจากสมาชิกรับความรู้ที่ได้รับจากกิจกรรมที่ 1 จากนั้นบันทึกปัญหาที่เกิดขึ้น และแนวทางการแก้ไขลงในสมุดบันทึกเพื่อเตรียมนำเสนอในกิจกรรมที่ 6

4. นัดหมาย วัน เวลา ในกิจกรรมที่ 2

### การประเมินผล

พบว่าสมาชิกกลุ่มทั้งสองกลุ่ม โดยส่วนใหญ่มีความไว้วางใจซึ่งกันและกันโดยประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การสนทนา และจะสังเกตเห็นว่าสมาชิกกลุ่มมีความยินดี และยินยอมเปิดเผยปัญหาของตนเองต่อสมาชิกกลุ่มและพยาบาลผู้นำกลุ่ม พร้อมทั้งแสดงความรู้สึกยินดีในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มด้วยความเต็มใจ แต่มีสมาชิกกลุ่มบางคนมีท่าทีที่เฉยเฉยพยาบาลผู้นำกลุ่มจึงต้องใช้พลังกลุ่มในการกระตุ้น โดยเสนอให้สมาชิกผู้เข้าร่วมกลุ่มมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้คอบ นอกจากนี้ สมาชิกกลุ่มยังสามารถปฏิบัติตามกติกาของกลุ่มได้ ตลอดจนเข้าใจถึงความสำคัญและวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งประเมินได้โดยการตอบคำถามได้ถูกต้องว่า กิจกรรมนี้ เป็นการส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของตนเองดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็นในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อีกทั้งยังมีการแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันได้เหมาะสม

ระยะดำเนินกิจกรรมช่วงที่ 1 จากการที่ให้สมาชิกทั้งสองกลุ่มร่วมกันทำใบงาน และมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าสมาชิกกลุ่มทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีการแสดงปฏิสัมพันธ์ที่คล้ายคลึงกัน คือ เล่าถึงประสบการณ์

เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคโดยพบว่า ด้านอาการซึมเศร้า เช่น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ไม่ค่อยมีแรงอ่อนเพลีย ไม่อยากทำกิจกรรม เมื่ออาหาร น้ำหนักลดลง คิดมาก รู้สึกผิด ไม่มีสมาธิ ซึมเศร้า รู้สึกใจคอหดหู่ ท้อแท้สิ้นหวังอ้างว้าง โดดเดี่ยว หงุดหงิดง่าย แยกตัวหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ ส่วนด้านอาการเมเนีย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่พบว่า มีอาการนอนน้อยลง อยากทำกิจกรรมมาก มีความสุข รื่นเริงสนุกสนาน และหงุดหงิดง่าย ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่มที่สะท้อนถึงความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรค ดังต่อไปนี้

อาการซึมเศร้า มีตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่ม เช่น

“ดิฉันเห็นว่าการนอนไม่หลับ เป็นอาการทางกายอย่างหนึ่งที่ดิฉันพบบ่อยกับตัวเอง ก่อนจะมีอาการรุนแรง”

“ขณะที่ผมมีอาการซึมเศร้าบางครั้งจะปวดศีรษะทนไม่ไหวเลยต้องทานยาแก้ปวดถึงจะดีขึ้น”

“ดิฉันเองเชื่อว่าตนเองไม่ค่อยมีแรงอ่อนเพลียตลอดเวลาจนไม่อยากทำอะไรเลย”

“ดิฉันมีอาการที่รู้ดีกว่าตนเองเมื่ออาหาร น้ำหนักลดลงเสื้อผ้าหลวมทันตาเห็นเลยทีเดียว”

“ดิฉันเองชอบคิดว่าตนเองไร้ค่าทำอะไรไม่ดีในทุกด้าน”

“ส่วนผมเวลาทำกิจกรรมอะไร โดยเฉพาะเรื่องงานมักจะคิดมาก รู้สึกผิด และชอบตำหนิตัวเองจนบางครั้งไม่อยากทำงานต่อไปเลย”

“ผมเองเชื่อว่า เวลามีอาการมักจะคิดซ้ำ ไม่มีสมาธิทำอะไรเลย หลงๆ ลืมๆ”

“ดิฉันมีความคิดวิตกกังวล กลัวไปเสียทุกเรื่องค่ะ”

“อารมณ์หนูเมื่อมีอาการมักจะซึมเศร้ารู้สึกใจคอหดหู่บางที่อยู่เฉยๆ มันก็เกิดเอง”

“ผมก็คล้ายเพื่อนๆ ไม่ค่อยมีชีวิตชีวาไม่มีความสุขเลย”

“หนูเองบางครั้งมันรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังอ้างว้าง โดดเดี่ยวทั้งๆที่มีใครคอยให้กำลังใจอยู่”

“ผมว่าอาการบางครั้งมีหงุดหงิดง่ายนะ มีอะไรมารบกวนไม่ได้เลย”

“ด้านพฤติกรรมหนูว่า หนูชอบแยกตัวไม่สนใจอะไรเลย คุณแม่หนูเคยทักหนูเสมอ”

“ผมก็คล้ายๆ กับน้องเขาคือว่า มันหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ แม้กิจกรรมที่เคยชอบก็ไม่ใส่ใจเลย”

อาการเมเนีย มีตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่ม เช่น

“ผมไม่ค่อยมีสมาธิ มันรู้สึกกระปรี้กระเปร่าตลอดเลยครับ”

“ดิฉันพบว่า นอนน้อยลง ตื่นกลางดึก ทำโน้น ทำนี่โดยไม่มีสาระ”

“เคยมีช่วงหนึ่ง ผมคิดอะไรแบบมากมาย อยากทำกิจกรรมขยันมาก มั่นใจในตนเองมากกว่าทำได้ แต่คนรอบข้างเขาไม่ไว้ใจเรา โดยเฉพาะพ่อกับแม่”

“ก่อนหน้านั้นเคยมีค่ะ คิดว่าตนเองเป็นผู้มีอำนาจพิเศษคอยปกป้องคนที่ได้รับความเดือดร้อน สามารถช่วยเหลือผู้อื่นที่ตกทุกข์ได้ยาก พอมาพบแพทย์ก็ให้คำแนะนำว่ามันเป็นความคิดที่ผิดปกติของคตินั่นเองค่ะ”

“อารมณ์ตอนนั้น จะรู้สึกมีความสุข รื่นเริงสนุกสนานมาก ถึงแม้ในสถานการณ์ที่ไม่น่าฆ่า ก็ขำมันอยู่นั่นแหละ”

“บางครั้งอารมณ์จะแปรปรวนค่ะ เช่น หงุดหงิดง่าย การควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ไม่ดี โดยเฉพาะเวลาไม่มีใครเข้ามาพูดคุยแม้ว่าสิ่งที่พูดคุยนั้นเป็นเรื่องเล็กน้อยๆ ก็ตาม”

“พ่อกับแม่ผมบอกว่า เวลาผมมีอาการบางครั้งมีการเคลื่อนไหว หรือกิจกรรมมากมาย และผมเองไม่ค่อยรู้ตัวหรอกครับ”

“ผมเจอปัญหาว่า พุดมาก และพุด โออวดจนน้องสาวคอยแนะนำไว้”

“หนูเป็นคนชอบแต่งตัวอยู่แล้วค่ะ พอมีอาการยิ่งแต่งตัวเลือกลีลาเสื้อผ้าต้องราคาแพงๆสวยๆ และแต่งหน้าเข้มมากขึ้น จนพ่อแม่หนูคอยบอก และเตือนหนูบ่อยๆ

สำหรับในระยะดำเนินกิจกรรมช่วงที่ 2 จากการที่ให้สมาชิกทั้งสองกลุ่มร่วมกันทำใบงาน และมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันละกันเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสุขลักษณะการนอน โดยส่วนใหญ่พบปัญหาว่า สมาชิกทั้งสองกลุ่มไม่ให้ความสำคัญ และขาดความตระหนักถึงการดูแลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากสมาชิกกลุ่มคาดไม่ถึงว่าความบกพร่องในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันนั้นจะมีผลต่อการกำเริบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ ส่วนความรู้เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสุขลักษณะการนอน ส่วนใหญ่สมาชิกทั้งสองกลุ่มมีพื้นฐานเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่มที่สะท้อนถึงความเข้าใจเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสุขลักษณะการนอน ดังต่อไปนี้

การดูแลสุขภาพทั่วไป มีตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่ม เช่น

“การดูแลสุขภาพคตินั้นคิดว่าเป็นการดูแลสุขภาพของพวกเราเอง จริงๆแล้วทุกคนทำเองได้ แต่พอมีอาการ มักมีการละเลยต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การอาบน้ำควรวาวันละ 2 ครั้ง แปรงฟันทุกวันเช้า เย็น และรับประทานอาหารให้เป็นเวลาและมีประโยชน์นั่นเอง”

“ผมคิดว่า การงคบุหรี สุรา สารเสพติดต่งๆ เป็นการดูแลสุขภาพร่างกายอีกทางหนึ่ง”

“บ้านะดูแลร่างกายโดยการออกกำลังกายอย่างสมำเสมอโดยการเดินรอบๆ บ้านทำให้ร่างกายแข็งแรง จิตใจสดชื่น แต่จะพูดไปแล้วการพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอก็มีส่วนช่วยด้วยนะ”

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่ม เช่น

“การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผมเคยปฏิบัติ เช่น การอดคกลั่น และหลีกเลี่ยงการพูดคุยโทรศัพท์ขณะที่กำลังรู้สึกโกรธ จากนั้นเบี่ยงเบนพฤติกรรมโดยหาอะไรทำทดแทนก็จะคลายความโกรธได้”

“หนูว่าการนอนดึกเกินไปทำให้ง่วงนอนขณะทำงาน บางครั้งทำให้หงุดหงิดง่ายขึ้น ถ้าเริ่มนอนประมาณ ลัก 3 ทุ่ม แล้วตื่นประมาณ ตี 5 ครึ่ง หรือ 6 โมงเช้า จะรู้สึกสบายขึ้น”

“การรับประทานอาหารเย็นไม่ตรงเวลา หรือรับประทานอาหาร ผมคิดว่าไม่ถูกต้อง จริงๆ แล้วต้องทานให้ตรงเวลาครบทุกมื้อเพราะจะทำให้สุขภาพของเราไม่เกิดปัญหาต่งๆ ตามมา เช่น เจ็บป่วยได้ง่าย โดยส่วนตัวของผมเองแล้วขณะมีปัญหากเกี่ยวกับการทานอาหารผมมักมีอาการซึมเศร้าทำให้การอยากอาหารลดลง แม้ผมจะคอยเตือนผมและดูแลผมเสมอ”

สัญลักษณ์การนอน มีตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่ม เช่น

“ถ้าผมไม่ง่วงนอน หรือนอนไม่หลับ ผมจะลุกออกจากที่นอนและหาอะไรทำเบา ๆ เงียบ เช่น การอ่านหนังสือ แต่จะไม่ดูโทรทัศน์ เพราะภาพเคลื่อนไหว และเสียงดังจะทำให้หายง่วงนอน”

“ผมจะไม่พยายามนอนกลางวัน เพราะจะทำให้กลางคืนไม่หลับหรือหลับยาก หากกลางวันง่วงมาก ผมจะนอนนานไม่เกิน 1 ชั่วโมง”

“ก่อนเข้านอนประมาณ 1-2 ชั่วโมง ป้ำจะหาอะไรเบา ๆ ทำเพื่อให้ร่างกายผ่อนคลาย เช่น ทำสมาธิ จากนั้นจะหลับได้ดีขึ้น”

“ผมจะออกกำลังกายอย่างสมำเสมอจะทำให้นอนหลับได้ดีขึ้น แต่จะไม่ออกกำลังกายก่อนนอนเพราะจะทำให้ตื่นตัวแล้วทำให้หลับยากขึ้น”

“ผมจะหลีกเลี่ยงเครื่องดื่ม เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม เพราะเป็นสาเหตุสำคัญทำให้นอนไม่หลับ”

การเผชิญกับอาการ มีตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่ม เช่น

“เวลาที่ผมรู้สึกโกรธ หงุดหงิด ผมจะพยายามหลีกเลี่ยงกับสถานการณ์ไปก่อน”

“ช่วงที่หนูมีอาการซึมเศร้าหนูจะไม่แยกตัวอยู่คนเดียวพยายามไปพูดคุยกับพ่อและแม่เพื่อบอกความรู้สึกให้ท่านทราบ”

หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า และให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สุขลักษณะการนอน และการเผชิญกับอาการ ทำให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องที่กำลังเข้ามาเพิ่มขึ้น สามารถตอบคำถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นได้

## กิจกรรมที่ 2 การสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของโรค

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเกิดความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับผลกระทบของโรคที่มีต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหาแนวทางในการแก้ไขเกี่ยวกับผลกระทบของโรคที่มีต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน โดยใช้กระบวนการกลุ่ม

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 2 ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสามารถ

1. เปิดเผยตนเอง มีความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจ และยินยอมเล่าเรื่องราวต่างๆที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับตนเองได้
2. ผู้ป่วยบอกถึงผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยนำกระบวนการกลุ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านได้ในขณะมีการดำเนินกลุ่ม

ระยะเวลา 90 นาที

### สาระสำคัญ

การเปิดอภิปรายในกลุ่มมีเป้าหมายเพื่อ การสร้างความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับผลกระทบของโรคที่มีต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ที่ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม เน้นการนำเอากระบวนการกลุ่มมาใช้ในการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้สมาชิกให้ผู้ป่วยเกิดปฏิสัมพันธ์กัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสนับสนุนจิตใจซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดความมุ่งมั่นและความตระหนักในตนเองเพิ่มมากขึ้น

## สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2/1 ผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อคุณภาพชีวิต
2. ใบความรู้ที่ 2/1 ผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อคุณภาพชีวิต
3. ดินสอ/ปากกาสำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย
4. สมุดบันทึก

## กิจกรรม

### ระยะสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมระยะสร้างสัมพันธภาพมีดังนี้(20 นาที)

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มด้วยการทักทายแสดงท่าทีที่เป็นมิตรต่อกัน
2. สอบถาม ความเป็นอยู่ทั่วไป แสดงความสนใจสมาชิกทุกคนในกลุ่ม ตลอดจนสอบถามแนวทางการปฏิบัติตัวหลังผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1 โดยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ถึงการปฏิบัติตัวหลังได้รับความรู้ แล้วกลับไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร เกิดปัญหา และอุปสรรคอะไรบ้าง พร้อมกับสรุปสิ่งที่เกิดขึ้น

3. กล่าวคำชมเชยในการลงมือปฏิบัติของสมาชิกกลุ่ม ตลอดจนค้นหาปัญหาสำหรับสมาชิกกลุ่มที่มีความบกพร่องหรือไม่ได้ลงมือปฏิบัติพร้อมกันนั้นผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้น โดยหลีกเลี่ยงการตำหนิติเตียน เปลี่ยนเป็นการให้กำลังใจเป็นสิ่งทดแทน

### ระยะดำเนินการ

กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อคุณภาพชีวิต มีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้ (60 นาที)

1. ทำการประเมินความรู้สมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยการสอบถามพูดคุย
2. กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้สำรวจตนเองเกี่ยวกับผลกระทบของโรคที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเองโดยให้ทำลงใบงานที่ 2/1 พร้อมนำเสนอ
3. นำผลของการนำเสนอของสมาชิกกลุ่มตามใบงานที่ 2/1 มาเปิดอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับผลกระทบของโรคที่เกิดขึ้น
5. กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มสรุปแนวทางการแก้ไขปัญหา ผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มี ต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน

6. ผู้วิจัยสรุป และให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของโรคที่มีต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ตามใบความรู้ที่ 2/1 ประกอบด้วย ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และแนวทางการแก้ไขเมื่อบุคคล เจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

### ระยะสิ้นสุดการดำเนินกลุ่ม

กิจกรรมระยะสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม มีดังนี้ (10 นาที)

1. ผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะ ตั้งแต่ระยะที่เริ่มดำเนินการกระทั่งสิ้นสุดการ ทำกลุ่ม
2. ให้สมาชิกกลุ่มทำการบ้านเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติ หลังจากสมาชิกนำความรู้ที่ได้รับจากกิจกรรมที่ 2 จากนั้นบันทึกปัญหาที่เกิดขึ้น และแนวทางการแก้ไขลงในสมุดบันทึกเพื่อ เตรียมนำเสนอในกิจกรรมที่ 6
3. นัดหมาย วัน เวลา ในกิจกรรมที่ 2

### การประเมินผล

การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทั้งสองกลุ่มในครั้งนี้ โดยระยะสร้างสัมพันธภาพ มีการนำเอา เรื่องราวของการเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งที่ 1 มาเป็นแนวทางในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและผล ของการสร้างสัมพันธภาพในระยะนี้พบว่า สมาชิกทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันคือ สมาชิก กลุ่มเกิดความไว้วางใจโดยประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การสนทนา และสังเกตเห็นว่าสมาชิกกลุ่มมี ความยินดี พร้อมทั้งนำเอาเรื่องราวของการเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งที่ 1 หลังจากได้นำไปลงมือปฏิบัติ มาเปิดเผย โดยสมาชิกส่วนใหญ่มีความพยายามในการสังเกตอาการเตือนที่เกิดขึ้นกับตนเอง และ พยายามปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันให้มีความสมดุลและสม่ำเสมอ เช่น การนอนหลับ โดยหลีกเลี่ยงการนอนหลับช่วงกลางวันเพราะเกรงว่ากลางคืนจะทำให้ไม่หลับ ซึ่งเป็นสาเหตุ การกำเริบของโรค และสังเกตเห็นว่าในสมาชิกบางรายยังไม่ยินยอมเปิดเผยเรื่องราวที่นำไปปฏิบัติ ในระยะแรก จนกระทั่งมีสมาชิกในกลุ่มกระตุ้นจึงยินยอมเล่าเรื่องราวต่างๆ ได้

นอกจากนี้ สมาชิกกลุ่มยังสามารถปฏิบัติตามกติกาของกลุ่มได้ ตลอดจนเข้าใจถึง ความสำคัญและวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งประเมินได้โดยการตอบคำถามได้ ถูกต้องว่า กิจกรรมนี้ เป็นการส่งเสริมให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวน สองขั้ว ไม่ว่าจะเป็นในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อีกทั้งยังมีการแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันได้เหมาะสม

ระยะดำเนินการ หลังจากการที่ให้สมาชิกทั้งสองกลุ่มร่วมกันทำใบงานและนำเสนอ เกี่ยวกับประสบการณ์การที่ได้รับผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อคุณภาพชีวิตพบว่า

ผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคมเป็นส่วนใหญ่ โดยสมาชิกกลุ่มเล่าว่า เมื่อมีอาการของโรคกำเริบ เช่น อาการซึมเศร้า ทำให้อนอนไม่หลับตื่นกลางดึก เกิดอาการหุดหู่ อ่างว่างโดดเดี่ยว รู้สึกผิด สูญเสียความมั่นใจในตนเองโดยเฉพาะเรื่องงาน รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ กระทั่งเบื่อหน่ายท้อแท้ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ส่วนด้านสัมพันธภาพทางสังคมในระหว่างที่มีอาการซึมเศร้านักแยกตัวอยู่คนเดียว ไม่พบปะผู้คน ไม่ให้ความสนใจต่อคนรอบข้างแม้เป็นบุคคลที่ใกล้ชิด กระทั่งสังคมไม่ให้การยอมรับ และในขณะที่เดียวกันหากมีอาการเมเนียเกิดขึ้น จะทำให้ไม่อยากนอนหลับ รู้สึกกระปรี้กระเปร่าอยู่เฉยไม่ได้ เชื่อมั่นในตนเอง ตัดสินใจเร็วโดยขาดการวิเคราะห์และหาเหตุผล พุดมาก หงุดหงิดง่ายผู้คนรอบข้างไม่ให้การยอมรับ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่มที่สะท้อนถึงความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ดังต่อไปนี้

“เมื่อผมเกิดอาการซึมเศร้าผลกระทบที่เกิดขึ้น ผมจะนอนไม่หลับ และตื่นกลางดึกเป็นประจำ ทำให้การพักผ่อนไม่เพียงพอ รู้สึกอ่อนล้า ไม่สดชื่น”

“เมื่ออาการซึมเศร้ากำเริบฉันรู้สึกได้ว่าตนเองเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ไร้ค่า บางครั้งอยู่เฉยๆ ก็มีอาการทั้งวัน พอมีอาการมากๆ กระทั่งคิดอยากตาย”

“ผลกระทบในด้านจิตใจ ฉันรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า อยู่บ้านงานที่เคยทำได้คนในครอบครัวก็จะไม่ไว้วางใจให้ทำ แต่ยังโชคดีที่มีลูกชายคอยเข้าใจ และคอยเอาใจใส่ดูแลฉันเสมอ”

“ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ผมคิดว่าอาการซึมเศร้าทำให้แยกตัวออกจากสังคม โดยเฉพาะครอบครัว ไม่อยากเจอผู้คนเลย เพราะบางครั้งรู้สึกว่าสังคมไม่ให้การยอมรับเรา ใครไม่มาเป็นเราไม่รู้หรอก”

“เมื่อเกิดอาการเมเนีย ในระยะนี้ผมรู้สึกว่า อยากทำโน้นทำนี้ ไม่อยากนอน นอนน้อยลง”

“มีอยู่ช่วงหนึ่ง ฉันรู้สึกว่าเชื่อมั่นว่า ตนเองทำงานได้ดีกว่าคนอื่น จึงตัดสินใจเกี่ยวกับงานด้านการเงิน ทำให้งานที่ทำอยู่ขาดทุนเสียหายไปไม่น้อย สักระยะหนึ่งฉันมานั่งคิดย้อนหลังกลับไปก็เลยรู้ว่า เกิดจากที่เราป่วยเลยทำให้การตัดสินใจผิดๆนั่นเอง”

“เวลาฉันมีอาการ มักจะทะเลาะกับคนในครอบครัวควบคุมอารมณ์ได้น้อยลง บางทีก็ขัดแย้งกัน โดยเฉพาะกับสามี อยู่ด้วยกันไม่ได้ จึงแยกทางกันไป แลผมคนในครอบครัวเบื่อหน่ายเรา ไม่ให้การยอมรับคอยตำหนิตลอดเวลา”

หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า และให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผลกระทบโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อคุณภาพชีวิต ทำให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวมาเพิ่มขึ้น สามารถตอบคำถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นได้



นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ยกตัวอย่างผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อคุณภาพชีวิต โดยให้สมาชิกร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขผลกระทบที่เกิดขึ้น พบว่าสมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่มที่สะท้อนถึงความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขผลกระทบของโรคที่เกิดขึ้น ดังต่อไปนี้

“ฉันคิดว่าสิ่งที่พวกเราได้พูดคุยกันในกลุ่มวันนี้ ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เกิดขึ้นโดยส่วนใหญ่ ฟังดูแล้ว พบว่าสาเหตุที่เกิดขึ้น ถ้าสังเกตให้ดีจะมี ผลกระทบมากช่วงที่พวกเรามีอาการกำเริบ ทุกท่านคิดว่าอย่างไรคะ”

“ผมเห็นด้วยครับ ถ้าพูดไปแล้วอาการที่ว่านี่ก็คือ อาการซึมเศร้าและอาการ κρίนเครงหรือ รัวเริงผิดปกติ นั่นเองผมว่า ถ้าพวกเราสามารถควบคุมอาการพวกนี้ได้คงไม่ยากนักที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของพวกเราให้ดีขึ้นได้”

“ป้าว่านะเรารู้ยู่ว่าอาการซึมเศร้าและอาการ κρίนเครงหรืออาการที่มันเบร่าเริงผิดปกติ เป็นต้นเหตุทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลงแล้วมันเรื่องอะไรจะปล่อยให้อาการพวกนี้กำเริบขึ้นมาใหม่”

“ผมไม่รู้ว่าจะสมาชิกในกลุ่มจะมีความคิดเหมือนผมหรือเปล่า ว่าวิธีการป้องกันไม่ให้ อาการซึมเศร้า และอาการ κρίนเครง/รัวเริงผิดปกติ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของพวกเราให้ต่ำลงนั้น สิ่งสำคัญก็คือ การรับประทานยาให้ต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง”

“ผมเห็นด้วยครับ แต่มันก็มีอีกครับ กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 เราก็เคยคุยกันว่า การที่เราจะป้องกันอาการไม่ให้กำเริบนั้น ส่วนหนึ่ง อาจจะต้องย้อนกลับไปดูที่ การดำเนินชีวิตประจำวันของเรา ว่าดำเนินชีวิตแบบสม่ำเสมอไหม เช่น การกิน การนอน ให้เป็นเวลา ก็จะทำให้คุณภาพชีวิตเราดีขึ้นได้”

“ผมว่าเรา ต้องรู้จักสังเกตอาการเตือนที่เกิดขึ้นด้วย เพราะถ้าเราสังเกตอาการเตือน ได้ก็จะทำให้อาการไม่กำเริบรุนแรง คุณภาพชีวิตก็จะดีขึ้นด้วย”

“บางทีนะปัญหาไม่ได้ยู่แค่นั้นสิ เพราะว่าจากประสบการณ์ที่ผ่านมาคนในครอบครัวเรานี้แหละ เป็นต้นเหตุ ทำให้เราเครียดแล้วเกิดอาการกำเริบ เพราะฉะนั้น เราต้องมีวิธีจัดการไม่ให้เราเกิดความเครียด บางทีป้าเองต้องทำสมาธิ หรือสวดมนต์เพื่อคลายเครียดบ้างเหมือนกัน”

“อีกอย่างหนึ่งครับสำคัญเหมือนกันคือ การดื่มเหล้า ผมว่า สิ่งเสพติดพวกนี้ จะทำให้อาการทางจิตกำเริบได้ พออาการกำเริบแล้วคุณภาพชีวิตเราจะดีขึ้นได้อย่างไรถูกไหมครับ”

หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง แนวทางการแก้ไขผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อคุณภาพชีวิตพบว่า หลังจากการดำเนินกิจกรรมทำให้สมาชิกทราบถึง แนวทางการแก้ไขผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อคุณภาพชีวิต สามารถเลือกวิธีการเพื่อใช้เป็นแนวทางแก้ไขผลกระทบที่เกิดขึ้นได้

### กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาทางจิตเวช มีแนวทางการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย โดยนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวชได้อย่างปลอดภัย

3. เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาได้ถูกต้อง และครบถ้วน

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 3 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. เปิดเผยตนเอง มีความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจ และยินยอมเล่าเรื่องราวต่างๆที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับตนเองได้

2. บอกข้อมูลเกี่ยวกับยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

- 2.1 บอกความหมายของยารักษาโรคจิต ประโยชน์ของยา วิธีการรับประทานยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยได้

- 2.2 บอกลักษณะอาการข้างเคียงของยาได้ถูกต้อง

- 2.3 บอกวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาทางจิตเวชได้ถูกต้อง

3. ยินยอม และให้ความร่วมมือในการรับประทานยาได้ดีขึ้น โดยมีขั้นตอนในการส่งเสริมดังนี้

- 3.1 ค้นหาปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง

- 3.2 การมีทักษะการจัดการถูกต้อง ครบถ้วน

ระยะเวลา 90 นาที

**สาระสำคัญ** การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา เป็นการส่งเสริมและช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการจัดยาถูกต้องครบถ้วน รับรู้แนวทางการปฏิบัติตัวขณะรับประทานยา เห็นความสำคัญในการบำบัดด้วยยา เกิดการเรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาได้ ตลอดจนการจัดการกับปัญหาต่างๆ เมื่อเกิดจากผลข้างเคียงจากยา อีกทั้งผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีและเกิดความร่วมมือต่อการรับประทานยาทำให้ช่วยป้องกันและลดการกำเริบของอาการ ส่งผลให้คุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมดีขึ้น

#### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3/1 ยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2. ใบความรู้ 3/1 ยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

3. ใบงานที่ 3/2 อาการข้างเคียงของยา
4. ใบความรู้ 3/2 อาการข้างเคียงของยา
5. ใบงานที่ 3/3 การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา
6. ใบงานที่ 3/4 แนวทางแก้ไขเกี่ยวกับการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง
7. ตัวยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ในปัจจุบัน
8. ดินสอ/ปากกาสำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย
9. สมุดบันทึก

### กิจกรรม

#### ระยะสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมระยะสร้างสัมพันธภาพมีดังนี้(20 นาที)

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มด้วยการทักทายแสดงท่าทีที่เป็นมิตรต่อกัน
2. สอบถาม ความเป็นอยู่ทั่วไป แสดงความสนใจสมาชิกทุกคนในกลุ่ม ตลอดจนสอบถามแนวทางการปฏิบัติตัวหลังผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2 คือ การสร้างความตระหนักในตนเอง โดยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ถึงการปฏิบัติตัวหลังได้รับความรู้แล้วกลับไปใช้ชีวิตได้ผลเป็นอย่างไร เกิดปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้างพร้อมกับสรุปสิ่งที่เกิดขึ้น
3. กล่าวคำชมเชยในการลงมือปฏิบัติของสมาชิกกลุ่ม ตลอดจนค้นหาปัญหาสำหรับสมาชิกกลุ่มที่มีความบกพร่องหรือไม่ได้ลงมือปฏิบัติพร้อมกันนั้นผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้น โดยหลีกเลี่ยงการตำหนิตีเตือน เปลี่ยนเป็นการให้กำลังใจเป็นสิ่งทดแทน

#### ระยะดำเนินการ

กิจกรรมเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีการดำเนินกิจกรรมดังนี้ (10 นาที)

1. ชี้แจงให้เห็นถึงความสำคัญและอธิบายถึงข้อดีข้อเสียของยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ขณะเดียวกันผู้ศึกษาเสริมสร้างความรู้ที่ถูกต้อง หากพบว่าการถ่ายทอดความรู้นั้นไม่ถูกต้อง
2. ดำเนินการประเมินความรู้เรื่อง ข้อควรระวังเกี่ยวกับยาทางจิตเวช ประกอบด้วย ประโยชน์ของยา วิธีการรับประทานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย โดยทำลงใบงานที่ 3/1
3. ให้สมาชิกกลุ่มนำเสนอตามใบงานที่ 3/1 เป็นรายบุคคล
4. ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายตามใบงาน ที่ 3/1 แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เกี่ยวกับการทำใบงานข้างต้นว่าถูกต้องหรือไม่ และมีแนวทางการแก้ไขอย่างไร จากนั้น ผู้ศึกษาสรุป

และให้ความรู้ตามใบความรู้ที่ 3/1 หัวข้อเรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยเน้นตัวยาที่สมาชิกกลุ่มรับประทานอยู่เป็นประจำ

กิจกรรมเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยา มีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้ (15 นาที)

1. ดำเนินการประเมินความรู้เรื่อง อาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช โดยทำลงใบงานที่ 3/2
  2. ให้สมาชิกกลุ่มนำเสนอตามใบงานที่ 3/2 เป็นรายบุคคล
  3. ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายตามใบงาน ที่ 3/2 แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน
- เกี่ยวกับการทำใบงานข้างต้นว่าถูกต้องหรือไม่ จากนั้น ผู้ศึกษาสรุป และให้ความรู้ตามใบความรู้ที่ 3/2 หัวข้อเรื่องอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวช

4. ให้ผู้ป่วยสำรวจตนเองว่าเคยเกิดอาการข้างเคียงจากยาหรือไม่ โดยให้ทำลงใบงานที่ 3/2
5. ให้ผู้ป่วยนำเสนอตามใบงานที่ 3/2 เป็นรายบุคคล

กิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา มีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้ (15 นาที)

1. ชี้แจงให้สมาชิกกลุ่มเห็นถึงความสำคัญของ วิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช
2. เปิดอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม โดยนำใบงานที่ 3/2 หลังจากทีสมาชิกกลุ่มได้สำรวจตนเองว่าเกิดอาการข้างเคียงจากยามีอะไรบ้าง จากนั้นร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา โดยทำลงใบงานที่ 3/3 จากนั้นมีการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน โดยเน้นให้ผู้ป่วยทุกคนในกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึง
3. เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้ซักถามเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นพร้อมกับสร้างเสริมความรู้ที่ถูกต้อง จากนั้นผู้วิจัยสรุปและให้ความรู้ตามใบความรู้ที่ 3/2 หัวข้อเรื่อง ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาทางจิตเวช โดยเน้นตัวยาที่สมาชิกกลุ่มรับประทานอยู่เป็นประจำ

กิจกรรมเกี่ยวกับการค้นหาปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาได้ต่อเนื่อง มีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้ (15 นาที)

1. ชี้แจงให้สมาชิกกลุ่มเห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และเมื่อขาดยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่องจะเกิดผลเสียอย่างไร จากนั้นเป็น โอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยเน้นการนำเสนอประสบการณ์ที่เกิดขึ้นของสมาชิกมาเป็นแนวทางในการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

2. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้สำรวจตนเองเกี่ยวกับ สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาต่อเนื่องได้ โดยทำลงใบงานที่ 3/4 ในข้อ 1

3. ให้สมาชิกกลุ่มได้นำเสนอเป็นรายบุคคล

4. เปิดอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่มโดยนำใบงานที่ 3/4 ในข้อ1 หลังจากสมาชิกกลุ่มได้สำรวจตนเองว่าเกิดปัญหาต่อการรับประทานยามีอะไรบ้าง จากนั้นร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไข ปัญหา และให้สมาชิกกลุ่มเขียนแผนการปรับแก้ตามใบงานที่ 3/4 ในข้อ 2 เพื่อให้สามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นให้ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสม จากนั้นผู้วิจัยสรุป ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับการค้นหาปัญหาและ การเผชิญกับปัญหาที่ถูกต้อง

กิจกรรมเกี่ยวกับการฝึกทักษะการจัดการ จัดยา มีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้ (15 นาที)

1. ให้ผู้ป่วยจัดเตรียมอุปกรณ์เพื่อฝึกทักษะการจัดการ จัดยา ได้แก่ ยาผู้ป่วยที่บรรจุของยาพร้อม บอกรวิธิการกิน ใว้อย่างชัดเจน

2. เตรียมอุปกรณ์ไว้เพื่อฝึกจัดยาแก่ผู้ป่วย ได้แก่ คอน โดยโดยมีฉลากมียาถูกติดไว้ข้างอุปกรณ์ ใส่ยา(เมื่อเช้า, มื้อกลางวัน, มื้อเย็น, มื้อก่อนนอน)ครบทุกมื้อ

3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์ของการจัดยารับประทานด้วยตนเอง

4. ประเมินประสิทธิภาพการจัดยาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยการสอบถาม

5. กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มนำประสบการณ์การจัดยาที่ถูกต้องมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

6. ให้ผู้ป่วยจับคู่กันภายในกลุ่มและจัดยาด้วยตนเอง จากนั้นให้แต่ละคู่ตรวจสอบการจัดยา กันเองว่าถูกต้องหรือไม่

7. ตรวจสอบการจัดยาของผู้ป่วยซ้ำ และหากพบว่าการจัดยาไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะดำเนินการ กระตุ้นผู้ป่วยสมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็น และร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขเน้นการใช้ กระบวนการกลุ่มเป็นหลัก

**ระยะสิ้นสุดการดำเนินกลุ่ม**

ระยะสิ้นสุดการดำเนินกลุ่ม มีการดำเนินกิจกรรมดังนี้ (5 นาที)

1. ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะ ตั้งแต่ระยะที่เริ่มดำเนินการกระทั่งสิ้นสุดการทำกลุ่ม

2. ให้ผู้ป่วยทำการบ้านโดยรวบรวมปัญหาและแนวทางการแก้ไขบันทึกลงในสมุดบันทึกหลังได้นำความรู้ที่ได้ไปลงมือปฏิบัติเพื่อเตรียมนำเสนอในกิจกรรม

3. นัดหมาย วัน เวลา ในกิจกรรมที่ 4

## การประเมินผล

การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทั้งสองกลุ่มในครั้งนี้ โดยระยะสร้างสัมพันธภาพ มีการนำเอาเรื่องราวของการเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งที่ 2 มาเป็นแนวทางในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและผลของการสร้างสัมพันธภาพในระยะนี้พบว่าสมาชิกทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันคือ สมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจกันมากขึ้น ซึ่งประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การสนทนา และสังเกตเห็นว่าสมาชิกกลุ่มเกิดความคุ้นเคยโดยสังเกตจากการเปลี่ยนแปลงสรรพนามการเรียกชื่อจริง เป็นเรียกชื่อเล่นแทน พร้อมทั้งนำเอาเรื่องราวของการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2 หลังจากได้นำไปลงมือปฏิบัติมาเปิดเผยโดยสมาชิกกลุ่มบอกถึงผลกระทบของโรคที่ทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลงได้ มีการเตรียมพร้อมในการเฝ้าระวังอาการกำเริบของโรคโดยการรับประทานยาให้ต่อเนื่อง ทำจิตใจให้สบายไม่ให้เกิดความเครียด พร้อมกันนั้นยังพยายามสังเกตอาการเตือนที่เกิดขึ้นกับตนเอง และพยายามปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันให้มีความสมดุล เพื่อเป็นการป้องกันการกำเริบของโรคซึ่งเป็นสาเหตุทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง

นอกจากนี้ สมาชิกกลุ่มยังสามารถปฏิบัติตามกติกาของกลุ่มได้ ตลอดจนเข้าใจถึงความสำคัญและวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งประเมินได้โดยการตอบคำถามได้ ถูกต้องว่า กิจกรรมนี้ เป็นการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา โดยเน้นเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเรื่องยา ประโยชน์ของยา วิธีการรับประทานยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย อีกทั้งยังมีการแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันได้อย่างเหมาะสม

ระยะดำเนินการ หลังจากการที่ให้สมาชิกทั้งสองกลุ่มร่วมกันทำใบงานและนำเสนอเกี่ยวกับความรู้เรื่องยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า สมาชิกกลุ่มเล่าถึงผลดีของยา วิธีการรับประทานยาที่ต้องปลอดภัย ผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น และแนวทางการแก้ไขเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงยา ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่มที่สะท้อนถึงความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้เรื่องยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังต่อไปนี้

“ผมคิดว่ายาช่วยให้เรามีอาการทางจิตดีขึ้น นอกจากนี้ ยังช่วยให้ผมนอนหลับได้ดีอีกด้วย แต่ก็นั่นแหละครับ ผมว่ายามันก็มี ข้อเสียเหมือนกัน เช่น ทำให้ผมง่วงนอนทั้งวัน ไม่สุขสบายตัวด้วยครับ

“ขณะที่เรากินยา เราควรงดการดื่มเหล้า เพราะจะทำให้ทำงานง่วงนอนมากขึ้น ตาพร่ามากขึ้น อาการทางจิตกำเริบ”

“ฉันคิดว่า แม้เราจะรู้สึกสบายดีแล้ว และอยากหยุดยา หรือลดยาควรปรึกษาแพทย์ก่อนเสมอ ไม่ควรหยุดยาคด้วยตนเองอย่างกะทันหัน เพราะจะทำให้เกิดการกำเริบของโรคซ้ำ”

“ฉันเองมีอาการเจ็บป่วยมากี่หลายปี ช่วยแรกๆ ของการกินยา รู้สึกว่า ตาพร่า เวลาทำงาน  
ง่วงนอนมาก มันไม่สุขสบายตัวเลย

“จากประสบการณ์ที่ผมทานยา ลิเทียม ก่อนหน้านั้นมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว คุณ  
หมอท่านแนะนำว่า เราต้องฝึกสังเกต และเฝ้าระวัง เพราะอาจจะเป็นพิษจากลิเทียมก็ได้ จากนั้น ให้  
งดยาลิเทียมมือต่อไป และ ไปพบแพทย์ทันที

“ถ้าผมเกิดอาการข้างเคียงจากลิเทียม โดยเฉพาะ มือสั่น อาการนิดหน่อยไม่เป็นไรครับ แต่  
ถ้ามีอาการสั่นมากคงต้องไปปรึกษาแพทย์

“ป้ามักมี อาการอ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ ป้าใช้วิธีนั่งพักก่อนอาการดีขึ้นถึงทรงตัวเดิน คง  
ต้องระวังหกล้ม ไว้ก่อนถ้าไม่ดีขึ้นจึงไปพบแพทย์”

“หนูเคยทราบมาว่า ลิเทียมทำให้ ทานจุขึ้น ทำให้น้ำหนักหนูเพิ่ม มา 2 โล คุณแม่หนูเลยคอย  
ดูแลอาหาร และ ควบคุมไม่ให้ทานขนมหวาน เครื่องดื่ม เช่น น้ำอัดลม นมเย็น จากนั้นหนูก็ไป ออก  
กำลังกาย ใกล้เคียง เขามีเต็นท์อโรคกัน”

“ผมเกิดอาการกระหายน้ำบ่อย ทำให้ผมดื่มน้ำมากขึ้นที่แรกผมนึกกว่าจะเป็นผลดี แต่มา  
ทราบทีหลังว่าการดื่มน้ำมากในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตใจ ทำให้เกิดน้ำเป็นพิษ ชักและเสียชีวิตได้  
และผมได้ทราบมาว่า เวลาเรามีปัญหาเกี่ยวกับการดื่มน้ำ ต้องค่อยๆ จิบน้ำ เราควรดื่มน้ำไม่เกิน 3  
ลิตร /วัน แล้วเราจะปลอดภัยครับ”

หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่ผู้ป่วยเล่า และให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคอารมณ์  
แปรปรวนสองขั้วประกอบด้วย ความหมายของยารักษาโรคจิต ประโยชน์และวิธีการรับประทาน  
ยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย อาการข้างเคียงของยา การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจาก  
ฤทธิ์ของยา พบว่า สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น สามารถตอบคำถามและแสดงความคิดเห็นได้

ในส่วนของการค้นหาสาเหตุของการไม่รับประทานยาต่อเนื่องพบว่า หลังจากให้สมาชิก  
ทั้งสองกลุ่มร่วมกันทำใบงานและนำเสนอเกี่ยวกับสาเหตุของการไม่รับประทานยาต่อเนื่อง โดยให้  
สมาชิกกลุ่มได้สำรวจตนเอง ร่วมกับช่วยกันค้นหาสาเหตุ และหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น  
พบว่าสมาชิกได้แสดงความคิดเห็นพร้อมกับเล่าประสบการณ์การไม่รับประทานยาต่อเนื่อง ดัง  
ตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่มที่สะท้อนถึงความเข้าใจเกี่ยวกับ การค้นหาสาเหตุของการไม่รับประทาน  
ยาต่อเนื่อง ดังต่อไปนี้

“ ผมเคยมีประสบการณ์กับการไม่อยากกินยาเพราะกินแล้วผมจะง่วงนอนมาก ทำงาน  
ไม่ได้อยากนอนอย่างเดียว ผมเลยหยุดยาเอง และประมาณสักอาทิตย์ที่ 3 อาการผมกำเริบต้องมา  
นอนพักรักษาใน โรงพยาบาล ขณะนอนพักรักษาใน โรงพยาบาล คุณหมอก็มาพูดคุยด้วย คุณหมอ  
ให้ผมฝึกกลองย้อนกลับไปคิดถึงสาเหตุที่ต้องมารักษาตัวใน โรงพยาบาล ผมคิดทันทีเลยว่า สาเหตุ

หลัก คือ ผมไม่ยอมทานยาเพราะว่าส่วนหนึ่งมาจากผมง่วงนอนหลังทานยา และอาการง่วงนอนนั้นไปรบกวนการทำงานของผมด้วย คุณหมอก็เลยบอกกับผมว่า จะปรับยาตัวใหม่ให้ทาน พร้อมทั้งปรับด้วยยาที่ทำให้ง่วงไปเป็นมือเย็น และมือก่อนนอน พร้อมทั้งให้ทานยาต่อเนื่อง จากนั้นหลังกลับจากโรงพยาบาลอาการดีขึ้นทำงานได้ ปัจจุบันผมจึงทานยาไม่ได้ขาด”

หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่ผู้ป่วยเล่า และให้ความรู้เรื่อง การค้นหาปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายให้สมาชิกเห็นความสำคัญในการแก้ไขปัจจัยที่เกิดขึ้นพบว่า สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น สามารถตอบคำถาม และแสดงความคิดเห็น ได้

สำหรับการฝึกทักษะการจัดการจัดยา หลังจากให้สมาชิกทั้งสองกลุ่มร่วมกันฝึกทักษะการจัดการจัดยาด้วยตนเองพบว่า สมาชิกสามารถจัดยาด้วยตนเองได้ถูกต้องและครบถ้วน นอกจากนี้สมาชิกกลุ่มยังเล่าถึงเทคนิคการป้องกันการลืมกินยา ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่มที่สะท้อนถึงความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคการป้องกันการลืมกินยา ดังต่อไปนี้

“ผมมีวิธีการป้องกันการลืมกิน คือ ผมจะนำยาติดตัวอยู่ตลอดเวลาและดูนาฬิกาว่าถึงเวลากินยาหรือยัง”

“ผมมักจะ ให้ภรรยาคอยเตือนหากถึงเวลาทานยา ”

“ป่าตั้งนาฬิกาปลุกในมือถือ หากถึงเวลากินยา ก็จะทานยาตามที่ตั้งเวลาไว้”

หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่ผู้ป่วยเล่า และให้ความรู้พร้อมทั้งอธิบายถึงความจำเป็นในการจัดยารับประทานเอง การเลือกใช้เทคนิคการป้องกันการลืมกินยา ทั้งนี้เพื่อต้องการให้สมาชิกได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและครบถ้วน โดยพบว่า สมาชิกมีความรู้ สามารถตอบคำถาม และแสดงความคิดเห็น ได้

#### กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น

##### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น แนวทางการพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทักษะการเข้าสังคมซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และ ทักษะการเข้าสังคม



## วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 4 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1.เปิดเผยตนเอง มีความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจ และยินยอมเล่าเรื่องราวต่างๆที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับตนเอง

2.บอกถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าสังคมและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้

3.บอกถึงแนวทางการพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และทักษะการเข้าสังคมได้

## สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน พัฒนาโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพ และพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมทั้งการมีทักษะในการเข้าสังคม เนื่องจากเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้วิธีการสร้างสัมพันธภาพการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการเข้าสังคม มีแนวทางในการปฏิบัติตัว ก่อให้เกิดความมั่นใจ และเกิดความตระหนักในตนเองอยู่เสมอ ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันโดยไม่ยุ่งยาก ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจดีขึ้น

## สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4/1 การป้องกันปัญหาขณะเข้าสังคม และสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น
2. ใบความรู้ 4/1 ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าสังคม และสร้างสัมพันธภาพ
3. ใบงานที่ 4/2 การพัฒนาทักษะการเข้าสังคม
4. ดินสอ /ปากกาสำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย
5. สมุดบันทึก

## กิจกรรม

### ระยะสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมระยะสร้างสัมพันธภาพมีดังนี้(20 นาที)

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มด้วยการทักทาย แสดงท่าทีที่เป็นมิตรต่อกัน

2. สอบถาม ความเป็นอยู่ทั่วไป แสดงความสนใจสมาชิกทุกคนในกลุ่ม ตลอดจนสอบถามแนวทางการปฏิบัติตัวหลังผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 3 คือ การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาโดยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ถึงการปฏิบัติตัวหลังได้รับความรู้ แล้วกลับมาใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร เกิดปัญหา และอุปสรรคอะไรบ้าง พร้อมกับสรุปสิ่งที่เกิดขึ้น

3. กล่าวคำชมเชยในการลงมือปฏิบัติของสมาชิกกลุ่ม ตลอดจนค้นหาปัญหาสำหรับสมาชิกกลุ่มที่มีความบกพร่องหรือไม่ได้ลงมือปฏิบัติพร้อมกันนั้นผู้ศึกษาและสมาชิกกลุ่มร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้น โดยหลีกเลี่ยงการตำหนิติเตียน เปลี่ยนเป็นการให้กำลังใจเป็นสิ่งทดแทน

#### ระยะดำเนินการ

กิจกรรมเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลต่อการการเข้าสังคมและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีการดำเนินกิจกรรมกลุ่มดังนี้ (35 นาที)

1. ผู้วิจัยชี้ให้สมาชิกกลุ่มเห็นความสำคัญของการเข้าสังคม และการสร้างสัมพันธภาพโดยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน จากนั้นผู้วิจัยสรุป และเสริมสร้างความรู้ที่ถูกต้อง

2. ผู้วิจัยชี้ให้สมาชิกกลุ่มเห็นผลเสียที่เกิดขึ้นเมื่อมีการเข้าสังคม และการสร้างสัมพันธภาพที่ล้มเหลวโดยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน จากนั้นผู้วิจัยสรุป และเสริมสร้างความรู้ที่ถูกต้อง

3. ประเมินความรู้เกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ การเข้าสังคม และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยให้สมาชิกกลุ่มทำลงใบงานที่ 4/1

4. ให้สมาชิกกลุ่มนำเสนอตามใบงานที่ 4/1 เป็นรายบุคคล

5. ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายตามใบงานที่ 4/1 แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เกี่ยวกับการทำใบงานข้างต้นว่ามีปัจจัยอะไรบ้าง และผลที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร จากนั้น ผู้วิจัยสรุป และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าสังคมและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยใช้ใบความรู้ที่ 4/1 ประกอบด้วย ปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้การเข้าสังคมและการสร้างสัมพันธภาพล้มเหลว

กิจกรรมเกี่ยวกับ การฝึกทักษะสังคม มีการดำเนินกิจกรรมดังนี้ (30 นาที)

1. ประเมินสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับทักษะสังคมโดยการพูดคุย และซักถามแต่ละหัวข้อในใบงานที่ 4/2 ได้แก่ ทักษะสังคมเบื้องต้น ทักษะการสนทนา และทักษะการจัดการความขัดแย้ง จากนั้นเมื่อผู้ศึกษาพบข้อบกพร่องโดยสมาชิกกลุ่มไม่สามารถตอบคำถามได้ผู้วิจัยจะพิจารณานำหัวข้อนั้นมาแสดงบทบาทสมมติต่อไป

2. อธิบายถึงขั้นตอนการแสดงบทบาทสมมติแก่สมาชิกกลุ่ม จากนั้นดำเนินการแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลอง ได้แก่ ทักษะสังคมเบื้องต้น ทักษะการสนทนา และ ทักษะการจัดการความขัดแย้ง ในใบงานที่ 4/2

3. ให้ความรู้และคำแนะนำขณะฝึกทักษะสังคมเบื้องต้น ทักษะการสนทนา ทักษะการจัดการความขัดแย้ง และเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้ซักถามถึงข้อสงสัย และแสดงความคิดเห็นขณะดำเนินกลุ่ม

### ระยะสิ้นสุดการดำเนินกลุ่ม

กิจกรรมระยะสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม มีดังนี้ (5 นาที)

1. ผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะ ตั้งแต่เริ่มดำเนินการกระทั่งสิ้นสุดการทำกลุ่ม
2. ให้ผู้ป่วยทำการบ้านเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นและหาแนวทางการแก้ไข หลังจากผู้ป่วยได้นำความรู้ที่ได้รับจากกิจกรรมที่ 4 ไปลงมือปฏิบัติ จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มจดลงในสมุดบันทึก โดยเตรียมนำเสนอในกิจกรรมที่ 6
3. นัดหมายวันเวลา ในกิจกรรมที่ 5

### การประเมินผล

การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทั้งสองกลุ่มในครั้งนี้ โดยระยะสร้างสัมพันธภาพ มีการนำเอาเรื่องราวของการเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งที่ 3 มาเป็นแนวทางในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและผลของการสร้างสัมพันธภาพในระยะนี้พบว่า สมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจกันมากขึ้น มีความเห็นอกเห็นใจกัน เป็นกำลังใจให้แก่กัน ซึ่งประเมินจากสีหน้า ท่าทาง และการบอกความรู้สึกของตนเอง ดังตัวอย่างคำพูดที่สะท้อนถึงความรู้สึกของสมาชิกกลุ่ม ดังต่อไปนี้

*“ดิฉันรู้สึกดีใจว่าตนเองยังมีคุณค่า อย่างน้อยไม่ใช่เราคนเดียวที่เจอปัญหากับโรคนี้โดยลำพัง ยังมีสมาชิกอีกหลายคนที่มีอาการเหมือนเรา หรืออาจเลวร้ายกว่าเรา ทำให้ ดิฉันรู้สึกมีกำลังใจคิดที่จะสู้ต่อไปและจะขอเป็นกำลังใจให้กับสมาชิกทุกคนให้สู้ต่อไปค่ะ”*

และจากการนำเอาเรื่องราวของการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 3 หลังจากได้นำไปลงมือปฏิบัติ มาเปิดเผยโดยสมาชิกกลุ่มบอกถึงประโยชน์และข้อเสียของยารักษาโรคจิต อาการข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้นกับตนเองตลอดจนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยนำเอาความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3 มาใช้ให้เกิดประโยชน์

นอกจากนี้ สมาชิกกลุ่มยังสามารถปฏิบัติตามกติกาของกลุ่มได้ ตลอดจนเข้าใจถึงความสำคัญและวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งประเมินได้โดยการตอบคำถามได้ ถูกต้องว่า กิจกรรมนี้เป็น การพัฒนาทักษะการจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น อีกทั้งยังมีการแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันได้เหมาะสม

ระยะดำเนินการ หลังจากการที่ให้สมาชิกทั้งสองกลุ่มร่วมกันทำใบงานและนำเสนอเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าสังคมและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และแนวทางการพัฒนา

ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พบว่า สมาชิกกลุ่มเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าสังคมและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และแนวทางการพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และทักษะการเข้าสังคม ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่มที่สะท้อนถึงความเข้าใจเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าสังคมและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และแนวทางการพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ดังต่อไปนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าสังคมและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีตัวอย่างคำพูด เช่น

“ผมเคยมีประสบการณ์กับการขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน ผลปรากฏว่าผมไม่รับฟังความคิดเห็นของเพื่อนว่าถูกต้อง เพราะผมมั่นใจและคิดว่าความคิดของผมตอนนั้นถูกต้องเพียงฝ่ายเดียวทั้งๆที่ความจริงแล้วผมไม่มีความรู้ในจุดนั้นเลย ถ้าผมย้อนกลับไปทบทวนดู ผมคิดว่า สาเหตุส่วนหนึ่ง มาจากโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นอยู่โดยช่วงนั้นผมอยู่ในช่วงระยะอาการ κρίนเครง/มีความร่าเริงผิดปกติ นั้นเอง”

“ส่วนป่า ขณะที่มีการชิมเซร่า ป่าไม่อยากพบปะผู้คนและไม่อยากพูดกับใครเลย แม้กระทั่งลูกชวนคูทิวี รายการที่ตนชอบยังไม่สนใจ ป่าว่าช่วงที่มีการชิมเซร่าก็เป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งนะ ทำให้เราไม่เข้าสังคมเลยก็ได้”

แนวทางการพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีตัวอย่างคำพูด เช่น

“ผมคิดว่า เราควรควบคุมอาการให้ดีเสียก่อน ก่อนที่เรจะมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพราะจะทำให้เราไม่เกิดปัญหาตามมาภายหลังได้ครับ”

“ฉันว่า บางครั้งเราควรฝึกฝนตัวเราให้ดีก่อนเพื่อจะทำให้เราเกิดความมั่นใจยิ่งขึ้น จะได้ว่าสิ่งที่ถูกต้องคืออะไร คิดว่ามันเป็นสิ่งจำเป็นมากเหมือนกัน”

“หนูคิดว่า เราควรเรียนรู้จากบุคคลอื่นว่าในสังคมเขาปฏิบัติอย่างไร เราจะได้ไม่เกิดปัญหากับผู้อื่น เช่น การแสดงท่าทีที่แสดงถึงความเป็นมิตร โดยการยิ้ม ”

หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่ผู้ปวยเล่า และให้ความรู้เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าสังคมและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และแนวทางการพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พบว่า สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น สามารถตอบคำถามและแสดงความคิดเห็นได้

สำหรับการฝึกทักษะสังคม ประกอบด้วย ทักษะสังคมเบื้องต้น ทักษะการสนทนา และทักษะการจัดการความขัดแย้งพบว่า สมาชิกสามารถฝึกทักษะสังคมเบื้องต้น ทักษะการสนทนา

และทักษะการจัดการความขัดแย้ง ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่มที่สะท้อนถึงความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะสังคมเบื้องต้น ทักษะการสนทนา และทักษะการจัดการความขัดแย้ง ดังต่อไปนี้

ทักษะการขอร้องผู้อื่น มีตัวอย่างคำพูด เช่น

“ป่าจะใช้คำว่า ฉันต้องการรบกวนให้คุณ .. ช่วยไปส่งฉันที่ป้ายรถเมล์ได้ไหมคะ”

ทักษะการจบการสนทนา มีตัวอย่างคำพูด เช่น

“ผมจะใช้ภาษาท่าทางสื่อออกมาว่า เป็นสัญลักษณ์ของการจบการสนทนา เช่น การเหลือบมองนาฬิกา หรือยกนาฬิกาข้อมือขึ้นมาดูเวลา”

ทักษะการจัดการความขัดแย้ง มีตัวอย่างคำพูด เช่น

“ถ้าผมรู้สึกว่าจะไม่เห็นด้วยกับความคิดเห็นของผู้อื่น ผมจะพยักหน้ายอมรับโดยไม่วิพากษ์ หรือแสดงความไม่เห็นด้วยในทันที”

หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่ผู้ปวยเล่า และให้ความรู้เรื่องการฝึกทักษะสังคม พร้อมสาธิตวิธีการพบว่า สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น สามารถตอบคำถาม แสดงความคิดเห็น และฝึกทักษะสังคมได้ถูกต้อง

## กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก
2. เพื่อให้ผู้ปวยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ของความเครียดที่เกิดขึ้น
3. เพื่อให้ผู้ปวยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทราบถึงแนวทาง การจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
4. เพื่อให้ผู้ปวยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเกิดทักษะในการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 5 ผู้ปวยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสามารถ

1. เปิดผศตนเอง มีความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจ และยินยอมเล่าเรื่องราวต่างๆที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับตนเอง
2. บอกถึงสาเหตุ อาการของความเครียด
3. บอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียด
4. สาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความเครียด

ระยะเวลา 90 นาที

### สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด มีการพัฒนาโดยการให้ความรู้ และฝึกทักษะในการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ปวยมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด มีทักษะในการแก้ปัญหาและจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ที่สร้างสรรค์ สามารถ

เลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งสามารถลดความเครียดให้น้อยลงได้

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 5/1 ความเครียด
2. ใบความรู้ 5/1 ความเครียด
3. ใบงานที่ 5/2 การจัดการกับความเครียด
4. ใบความรู้ 5/2 ทักษะการจัดการกับความเครียด
5. ดินสอ/ปากกาสำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย
6. สมุดบันทึก

### กิจกรรม

#### ระยะสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมระยะสร้างสัมพันธภาพมีการดำเนินกิจกรรมดังนี้(20 นาที)

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มด้วยการทักทาย แสดงท่าทีที่เป็นมิตรต่อกัน

2. สอบถาม ความเป็นอยู่ทั่วไป แสดงความสนใจสมาชิกทุกคนในกลุ่ม ตลอดจนสอบถามแนวทางการปฏิบัติตัวหลังผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 4 คือ การพัฒนาทักษะการจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน โดยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ถึงการปฏิบัติตัวหลังได้รับความรู้ แล้วกลับมาใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร เกิดปัญหา และอุปสรรคอะไรบ้าง พร้อมกับสรุปสิ่งที่เกิดขึ้น

3. กล่าวคำชมเชยในการลงมือปฏิบัติของสมาชิกกลุ่ม ตลอดจนค้นหาปัญหาสำหรับสมาชิกกลุ่มที่มีความบกพร่องหรือไม่ได้ลงมือปฏิบัติ พร้อมกันนั้นผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้นโดยหลีกเลี่ยงการตำหนิติเตียนเป็นการให้กำลังใจเป็นสิ่งทดแทน

#### ระยะดำเนินการ

กิจกรรม การให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความเครียด มีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้ (20 นาที)

1. ประเมินความรู้สมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับความเครียดได้แก่ ความหมาย สาเหตุ อาการ และผลกระทบของความเครียด โดยให้สมาชิกทำลงใบงานที่ 5/1
2. ให้สมาชิกกลุ่มนำเสนอตามใบงานที่ 5/1 เป็นรายบุคคล
3. ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายตามใบงานที่ 5/1 แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันเกี่ยวกับการทำใบงานข้างต้นว่ามีความรู้เกี่ยวกับความเครียดเพียงใด จากนั้น ผู้วิจัยสรุป และให้

ความรู้เกี่ยวกับความเครียด ที่ถูกต้อง ตามใบความรู้ที่ 5/1 ประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุ อาการ และผลกระทบของความเครียดต่อ โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

กิจกรรมเกี่ยวกับ แนวทางการจัดการกับความเครียด มีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้ (20 นาที)

1. ประเมินความรู้สมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับแนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบเพื่อจัดการกับความเครียด โดยให้สมาชิกทำลงในใบงานที่ 5/2
2. ให้สมาชิกกลุ่มนำเสนอตามใบงานที่ 5/2 เป็นรายบุคคล
3. ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายตามใบงานที่ 5/2 แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เกี่ยวกับการทำใบงานข้างต้นว่ามีแนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบอย่างไร และส่งผลดีต่อความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างไร จากนั้นผู้วิจัยสรุป และให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางในการแก้ไขปัญหาจัดการกับความเครียดที่ถูกต้อง ตามใบความรู้ที่ 5/2 ได้แก่ ทักษะการจัดการกับความเครียด

กิจกรรมเกี่ยวกับการสาธิตวิธีการจัดการกับความเครียด มีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้ (25 นาที)

1. ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายตามใบงานที่ 5/2 แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เกี่ยวกับการทำใบงานข้างต้นว่า การจัดการกับความเครียดของแต่ละคนมีความถูกต้อง และเหมาะสมเพียงใด จากนั้นผู้ศึกษาเสนอแนะแนวทางในการจัดการกับความเครียด ได้แก่ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ
2. ให้สมาชิกฝึกทักษะการเผชิญกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพโดยการสาธิตวิธีการ ได้แก่ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ ตามใบความรู้ 5/2 หัวข้อเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด
3. ให้สมาชิกในกลุ่มสาธิตย้อนกลับด้วยวิธีที่ถูกต้อง ประกอบด้วย การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกการหายใจ
4. เปิดอภิปรายกลุ่มถึงความรู้สึกและให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามถึงปัญหา การจัดการกับความเครียดหลังลงมือฝึกปฏิบัติ
5. กระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันสรุปความรู้และทักษะการเผชิญความเครียดที่ได้รับตลอดจนแนวการแก้ไขปัญหาจากการเข้ากลุ่ม

**ระยะสิ้นสุดการดำเนินกลุ่ม**

กิจกรรมระยะสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม มีการดำเนินกิจกรรมดังนี้ (5 นาที)

1. ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะตั้งแต่ระยะดำเนินการกระทั่งสิ้นสุดการทำกลุ่ม
2. ให้ผู้ปวยฝึกทำเป็นการบ้านพร้อมกับรวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไขหลังได้นำความรู้ที่ได้ไปลงมือปฏิบัติเพื่อเตรียมนำเสนอในกิจกรรมที่ 6
3. นัดหมายวันเวลา ในกิจกรรมที่ 6

### การประเมินผล

การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทั้งสองกลุ่มในครั้งนี้ โดยระยะสร้างสัมพันธภาพ มีการนำเอาเรื่องราวของการเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งที่ 4 มาเป็นแนวทางในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและผลของการสร้างสัมพันธภาพในระยะนี้พบว่า สมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจกันมากขึ้น มีความเห็นอกเห็นใจกัน แสดงความห่วงใยกันซึ่งประเมินได้จากการสังเกต และการสอบถามพูดคุยกัน ดังตัวอย่างคำพูดที่สะท้อนถึงการให้กำลังใจของสมาชิกกลุ่ม ดังต่อไปนี้

“เป็นยังไงบ้างคะป้า คนข้างบ้านยังชวนทะเลาะกับป้าอยู่ไหมคะ แต่ถ้าให้หนูเดานะป้าคงสบายใจขึ้นเพราะดูป้าสีหน้าแจ่มใสไม่เหมือนอาทิตย์ก่อน สู้ๆ นะคะป้าจะคอยเป็นกำลังใจให้”

และจากการนำเอาเรื่องราวของการเข้าร่วมกิจกรรมที่ 4 หลังจากได้นำไปลงมือปฏิบัติมาเปิดเผย โดยสมาชิกกลุ่มบอกถึงสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อ การสร้างสัมพันธภาพและการเข้าสังคมได้อีกทั้งสมาชิกกลุ่มยังสามารถปฏิบัติตามกติกาของกลุ่มได้ ตลอดจนเข้าใจถึงความสำคัญและวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งประเมินได้โดยการตอบคำถามได้ถูกต้องว่า กิจกรรมนี้เป็นการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการกับความเครียดและจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ที่สร้างสรรค์ โดยเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อีกทั้งยังมีการแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันได้เหมาะสม

นอกจากนี้ยังพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มระหว่างกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 มีความแตกต่างกัน โดย สมาชิกกลุ่ม 2 ได้นำสมาชิกในครอบครัว คือ มารดา และพี่สาวเข้ามามีส่วนร่วมในการเข้ากลุ่มพบว่า มารดาและพี่สาวมีความเข้าใจสมาชิกกลุ่มและเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มสอบถามความต้องการของตนเองว่า จะให้ครอบครัวช่วยเหลืออย่างไรถึงจะทำให้สมาชิกกลุ่มไม่เครียดรู้สึกดีขึ้น โดยสมาชิกกลุ่มบอกความต้องการ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกที่สะท้อนถึงความรู้สึก ดังต่อไปนี้

“ทุกวันนี้หนูรู้สึกเครียดเพราะในบ้านมีสมาชิกหลายคน บางครั้งมันวุ่นวาย อึดอัดใจอยากอยู่ในบริเวณที่เป็นส่วนตัวบ้าง เลยอยากให้แม่เข้าใจและให้สิทธิในการพักอาศัยในห้องชั้นบนกับลูกชายก็เท่านั้นเอง”

ระยะดำเนินการ หลังจากการที่ให้สมาชิกทั้งสองกลุ่มร่วมกันทำใบงานและนำเสนอเกี่ยวกับความเครียดประกอบด้วย สาเหตุ อาการของความเครียด แนวทางในการจัดการกับ



ความเครียดพบว่า สมาชิกกลุ่มเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความเครียดดัง ตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่มที่สะท้อนถึงความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด ดังต่อไปนี้

สาเหตุ อาการของความเครียด มีตัวอย่างคำพูดของสมาชิก เช่น

“เวลาป่าเครียด ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการทะเลาะกับลูกชาย เพราะกลับบ้านดึก คื่น ปากกลัวว่าเขาจะไปคบเพื่อน ไม่ดี และไปเสพยาเสพติดตามมา เวลานั้นป่ามักจะนอนไม่หลับ กังวลอยู่นั้นแหละ ”

“ผมเองรู้สึกเครียด โดยมีสาเหตุจากปัญหาสุขภาพของตนเอง เพราะเมื่อผมมีสุขภาพไม่ดีส่งผลทำให้ผมทำงาน ได้ไม่ดีเหมือนแต่ก่อน เมื่อ ไหว่ที่ผมรู้สึกเครียดผมมักมีอาการปวดศีรษะ เหนื่อยง่าย และอ่อนแรง ครับ”

แนวทางในการจัดการกับความเครียด มีตัวอย่างคำพูดของสมาชิก เช่น

“เวลาผมเกิดอาการเครียด ช่วงหลังมา ผมชอบเอาธรรมะเข้าข่ม เช่น ทำสมาธิ อ่านหนังสือธรรมะบ้าง เพราะในหนังสือธรรมะสอนให้เรารู้จักปล่อยวางกับปัญหา ทำให้เรารู้สึกสบายใจขึ้น”

“ถ้าผมเกิดอาการเครียดบางครั้ง ต้องออกมาจากเหตุการณ์ที่ทำให้เครียดก่อน จากนั้นผมจะ กลับไปทบทวนปัญหาว่าสาเหตุเกิดจากอะไร เสร็จแล้วจะกลับไปแก้ที่สาเหตุนั้น พอเราจัดการได้จะรู้สึกสบายใจขึ้นและส่วนใหญ่มักจะ ได้ผล แต่ถ้าสาเหตุนั้นยังไม่ได้รับการแก้ไข อาการเครียดจะกลับมาทำให้เราเครียดซ้ำๆ อยู่ดี”

หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่ผู้ปวยเล่า และให้ความรู้ เกี่ยวกับความเครียด ประกอบด้วย สาเหตุ อาการของความเครียด แนวทางในการจัดการกับความเครียด พบว่า สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น สามารถตอบคำถามและแสดงความคิดเห็นได้

สำหรับการฝึกทักษะการเผชิญกับความเครียด โดยการสาธิตย้อนกลับ ได้แก่ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ พบว่า สมาชิกสามารถฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกการหายใจได้ถูกต้อง

## กิจกรรมที่ 6 การทบทวนปัญหาและการแก้ไขปัญหา

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก
2. เพื่อทบทวนปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาลงจากนำสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินการครั้งที่ 1-5 ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 6 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. เปิดผศตนเอง มีความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจ และยินยอมเล่าเรื่องราวต่างๆที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับตนเอง
2. บอกถึงปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหาลงจากนำสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินการครั้งที่ 1-5 ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้

ระยะเวลา 90 นาที

### สาระสำคัญ

การทบทวนปัญหาและการแก้ไขปัญหา เป็นการทบทวนหลังจากนำสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินการ ครั้งที่ 1-5 ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน มีการเปิดอภิปรายในกลุ่ม เน้นให้สมาชิกในกลุ่มได้นำเสนอปัญหาที่เกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไขปัญหาลงจากได้นำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยเน้นสิ่งที่สมาชิกในกลุ่มเรียนรู้จากการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมซึ่งเริ่มตั้งแต่ ครั้งที่ 1-5 ได้แก่ การพัฒนาการจัดการกับตนเอง ความร่วมมือในการรับประทานยา ความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับผลกระทบของโรคที่มีต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ทักษะการจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน และการเผชิญความเครียด นอกจากนี้ยังเน้นให้สมาชิกในกลุ่มมีการบันทึกและสรุปปัญหา ตลอดจนวิธีการแก้ปัญหา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวภายหลังได้มีการยุติกลุ่ม **สื่อการสอน/อุปกรณ์**

1. สมุดบันทึก
2. ดินสอ/ปากกาสำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

### กิจกรรม

#### ระยะสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมระยะสร้างสัมพันธภาพมีการดำเนินกิจกรรมดังนี้(20 นาที)

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มด้วยการทักทาย แสดงท่าทีที่เป็นมิตรต่อกัน
2. สอบถาม ความเป็นอยู่ทั่วไป แสดงความสนใจสมาชิกทุกคนในกลุ่ม ตลอดจนสอบถามแนวทางการปฏิบัติตัวหลังผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 5 คือ การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด โดยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ถึงการ

ปฏิบัติตัวหลังได้รับความรู้ แล้วกลับไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร เกิดปัญหา และอุปสรรคอะไรบ้าง พร้อมกับสรุปสิ่งที่เกิดขึ้น

3. กล่าวคำชมเชยในการลงมือปฏิบัติของสมาชิกกลุ่ม ตลอดจนค้นหาปัญหาสำหรับสมาชิกกลุ่มที่มีความบกพร่องหรือไม่ได้ลงมือปฏิบัติ พร้อมกันนั้นผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้นโดยหลีกเลี่ยงการตำหนิติเตียนเป็นการให้กำลังใจเป็นสิ่งทดแทน

### ระยะดำเนินการ

การทบทวนปัญหา และหาแนวทางการแก้ไขปัญหา มีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้ (60 นาที)

1. เปิดอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่มในการทบทวนปัญหา และหาแนวทางการแก้ไขปัญหา หลังจากนำสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรม ครั้งที่ 1-5 ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันและให้สมาชิกนำเสนอทีละคนจากสมุดบันทึก

2. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถาม แสดงความคิดเห็นขณะดำเนินกลุ่ม ตลอดจนมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ ซึ่งกันและกัน

3. กระตุ้นและ เน้นให้สมาชิกกลุ่มได้นำเสนอปัญหา แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหา ในสิ่งที่สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้จากกระบวนการกลุ่ม เป็นการช่วยให้สมาชิกกลุ่มเกิดปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สนับสนุนทางด้านจิตใจซึ่งกันและกัน

### ระยะสิ้นสุดการดำเนินกลุ่ม

กิจกรรมระยะสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม มีการดำเนินกิจกรรมดังนี้ (10 นาที)

1. กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มสรุปปัญหา การป้องกันปัญหา วิธีการแก้ปัญหา ตลอดจนประโยชน์ที่ได้รับจากกระบวนการกลุ่ม

2. ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญ ตั้งแต่ระยะดำเนินการกระทั่งสิ้นสุดการทำกลุ่ม

### การประเมินผล

ในระยะนี้สมาชิกทั้ง 2 กลุ่ม ได้มีการทบทวนปัญหาและการแก้ไขปัญหา หลังจากนำสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินการ ครั้งที่ 1-5 ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย การพัฒนาการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน การตระหนักถึงผลกระทบของโรค การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา การพัฒนาทักษะการจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น และการพัฒนาทักษะการเผชิญ

ความเครียด พบว่า สมาชิกในกลุ่มมีการบันทึกและสรุปปัญหา บอกวิธีการแก้ปัญหาในสมุดบันทึก การเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่มที่สะท้อนถึงความเข้าใจในปัญหาและการแก้ไขปัญหาที่พบหลังการนำไปลงมือปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

ปัญหาที่พบและการแก้ไขปัญหาดังแต่กิจกรรมที่ 1-5 มีตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่ม เช่น

“การกินอาหารที่มีประโยชน์ ขณะที่ผมออกไปทานอาหารนอกบ้านมักจะได้อาหารไม่ครบ 5 หมู่ และผมมีวิธีแก้ไขโดย พยายามทานข้าวในบ้าน หรือเลือกทานอาหารที่สุกและใหม่”

“ป่าสงสัยว่า อาการเมเนีย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างไร และป่าแก้ไขโดย โทรศัพท์สอบถามสมาชิกด้วยกันเอง”

“หนูทานยาแล้วหนูทานอาหารจุกมาก หักห้ามใจไม่ไหว หนูแก้ไขโดย ไม่ซื้ออาหารตุนไว้ในตู้เย็น”

“ป่าขาดความมั่นใจในการสร้างสัมพันธ์กับคนอื่นเนื่องจากก่อนหน้านั้นป่าเคยมีเหตุการณ์การขัดแย้งกันมาก่อนทำให้รู้สึกอึดอัดใจ ป่าพยายามแก้ไข โดยตั้งสติเวลาพูดคุยกับเขาทำให้เย็นๆ อาจจะต้องให้เวลากับตนเองสักระยะหนึ่งในการปรับตัว และต้องรู้จักสังเกตทำที่คำพูด น้ำเสียงเขาด้วยว่ามีทำที่พอใจไหม ถ้าเราประเมินแล้วว่าดีแล้วเราก็อยุพูดคุย”

“ผมพยายามใช้เทคนิคการคลายเครียดที่ได้จากการเรียนรู้ในการทำกิจกรรมกลุ่ม แต่บางครั้งจำทำไม่ได้ ผมเลยโทรสอบถามเพื่อนจากนั้นจึงได้สมุดบันทึกไว้”

หลังจากนั้นผู้วิจัยเปิดอภิปรายกลุ่มถึงปัญหาที่พบ พร้อมเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็น จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นพบว่าสมาชิกกลุ่มเกิดความเข้าใจ ตอบคำถามและแสดงความคิดเห็นได้

#### การกำกับการทดลอง

ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในสัปดาห์ที่ 6 ผู้ศึกษาทำการกำกับการทดลองทันทีหลังดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 6 โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามตามแบบประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และตอบคำถามความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้วยแบบวัดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเชิงลบของ Maybery et al. (2007) ที่พัฒนาขึ้นโดย พิทักษ์พล บุญยาลิก และ เนื่องจากข้อคำถามในเครื่องมือดังกล่าวครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม ซึ่งจากการประเมินพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และระดับคะแนนการรับรู้ความความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันผ่าน

เกณฑ์ที่กำหนดไว้ทั้ง 18 คน คือ มีความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 24 คะแนนขึ้นไป (คิดเป็นร้อยละ 80) และระดับคะแนนความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลงเมื่อเทียบกับก่อนทดลอง ดังรายละเอียดในตารางที่ 3 และ 4

**ตารางที่ 3** คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม (n= 18)

คนที่	คะแนนความรู้	ร้อยละ	การแปลผล
1	25	83.33	ดีมาก
2	24	80	ดีมาก
3	27	90	ดีมาก
4	24	80	ดีมาก
5	29	96.66	ดีมาก
6	26	86.66	ดีมาก
7	25	83.33	ดีมาก
8	24	80	ดีมาก
9	25	83.33	ดีมาก
10	24	80	ดีมาก
11	25	83.33	ดีมาก
12	26	86.66	ดีมาก
13	27	90	ดีมาก
14	29	96.66	ดีมาก
15	30	100	ดีมาก
16	26	86.66	ดีมาก
17	25	83.33	ดีมาก
18	30	100	ดีมาก

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 30 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 24 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 80 ซึ่งจัดว่าหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80 ขึ้นไป

**ตารางที่ 4** คะแนนความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม (n= 18)

คนที่	เหตุการณ์ที่เกิดความยุ่งยากใจ	ก่อนทดลอง	หลังการทดลอง
1	<b>ปัญหากับบุตร</b> ความเห็นไม่ลงรอย (รวมถึงการโต้เถียง) กับบุตรของคุณ	3	1
2	<b>ปัญหากับบิดามารดาของตน หรือบิดามารดาของคู่ครอง</b> ความขัดแย้งกับบิดามารดาหรือบิดามารดาของคู่ครอง	2	1
3	<b>ปัญหาด้านสุขภาพ</b> สุขภาพของคุณ	3	1
4	<b>ปัญหาด้านสุขภาพ</b> สุขภาพของคุณ	1	0
5	<b>ปัญหาด้านสุขภาพ</b> สุขภาพของคุณ	1	0
6	<b>ปัญหาด้านสุขภาพ</b> สุขภาพของคุณ	2	1
7	<b>ปัญหาด้านสุขภาพ</b> สุขภาพของคุณ	1	0
8	<b>ปัญหากับบุตร</b> ความเห็นไม่ลงรอย (รวมถึงการโต้เถียง) กับบุตรของคุณ	3	2
9	<b>งาน</b> ต้องทำงานให้สำเร็จตามกำหนดเวลา หรือเป้าหมาย	2	0
10	<b>ปัญหากับญาติ พี่น้อง</b> ถูกตอบโต้ในทางลบ จากญาติ พี่น้อง เช่น ถูกตำหนิต่อว่า	2	1

คนที่	เหตุการณ์ที่เกิดความยุ่งยากใจ	คะแนนก่อน	คะแนนหลังการ
		ทดลอง	ทดลอง
11	<b>ปัญหากับญาติ พี่น้อง</b>		
	ความเห็นไม่ลงรอย (รวมถึงการโต้เถียง) กับญาติ พี่น้อง	2	1
	ถูกตอบโต้ในทางลบ จากญาติ พี่น้อง เช่น ถูกตำหนิต่อว่า	1	0
12	<b>ปัญหากับบุตร</b>		
	การสื่อสารในทางลบ กับบุตรของคุณ ความขัดแย้งกับบุตรของคุณ	1	0
13	<b>ปัญหากับเพื่อน</b>		
	ถูกตอบโต้ในทางลบ จากเพื่อน การสื่อสารในทางลบ กับเพื่อน	2 2	1 1
14	<b>ปัญหากับคู่ครอง/คู่ขา (แฟน)</b>		
	การสื่อสารในทางลบกับคู่ครอง/คู่ขา ความขัดแย้ง กับคู่ครอง/คู่ขา (แฟน)	1 1	0 0
15	<b>ปัญหาด้านสุขภาพ</b>		
	สุขภาพของคุณ	1	0
16	<b>ปัญหาด้านสุขภาพ</b>		
	สุขภาพของคุณ สมรรถภาพทางร่างกายของคุณ	2 2	0 1
17	<b>งาน</b>		
	ต้องทำงานให้สำเร็จตามกำหนดเวลา หรือ เป้าหมาย	2	0
18	<b>ปัญหาด้านสุขภาพ</b>		
	สุขภาพของคุณ	1	0

จากตารางที่ 4 ผลคะแนนการรับรู้ความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยใช้แบบวัด เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเชิงลบของ Maybery et al. (2007) ในกลุ่มทดลองทั้งหมด 18 คน



หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีคะแนนการรับรู้ความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง ให้นำกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีระดับคะแนนการรับรู้ความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลงหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลอง

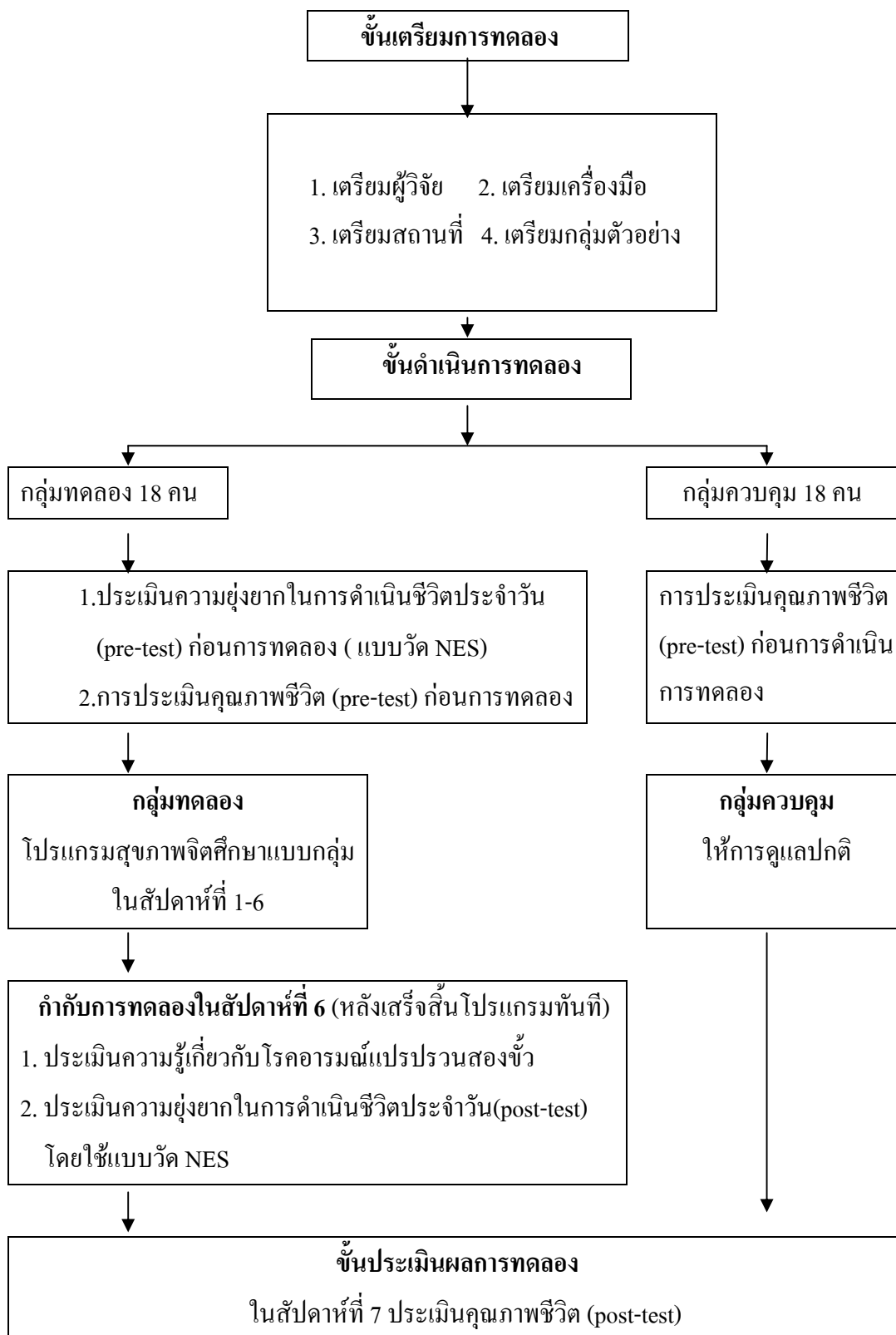
### 3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้ศึกษาประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยให้ตอบคำถามตามแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกที่สุวัฒน์ มหัตนรินทร์และคณะ (2540) ได้พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา 1 สัปดาห์ (pre-test)

3.2 ผู้ศึกษาประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดการใช้โปรแกรมการสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม (Post test) ในสัปดาห์ที่ 7 โดยให้ตอบคำถามตามแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกที่สุวัฒน์ มหัตนรินทร์และคณะ (2540) ได้พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยชุดเดิม ดังแสดงตารางในภาคผนวก ก

3.3 ผู้ศึกษาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

### สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t-tent) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-tent) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ มุ่งศึกษาผลของ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยมีวัตถุประสงค์ 2 ข้อ คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม และ 2) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 36 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Matched - pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องของ เพศ ระดับคะแนนอาการซึมเศร้า และระดับคะแนนอาการเมเนีย แล้วถูกสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 18 คน และกลุ่มควบคุม 18 คน โดยมีการวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย และนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

2.1 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

2.2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

### ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และการศึกษา

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	รวม
	(n=18)	(n=18)	(n=36)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>เพศ</b>			
ชาย	8 (44.4)	8 (44.4)	16 (44.44)
หญิง	10 (55.6)	10 (55.6)	20 (55.56)
<b>อายุ</b>			
20- 29ปี	1 (5.6)	1 (5.6)	2 (5.55)
30- 39 ปี	5 (27.8)	5 (27.8)	10 (27.77)
40- 49ปี	8 (44.4)	4 (22.2)	12 (33.33)
50 - 59ปี	4 (22.2)	8 (44.4)	12 (33.33)
<b>สถานภาพสมรส</b>			
โสด	10 ( 55.6)	6 (33.3)	16 (44.44)
คู่	4 (22.2)	10 (55.6)	14 (38.88)
หม้าย	1(5.6)	-	1 (2.77)
หย่าร้าง	2 (11.1)	2 (11.1)	4 (11.11)
แยกกันอยู่	1 (5.6)	-	1 (2.77)
<b>ระดับการศึกษา</b>			
ประถมศึกษา	3 (16.7)	5 (27.8)	8 (22.22)
มัธยมศึกษาต้น	4 (22.2)	3 (16.7)	7 (19.44)
มัธยมศึกษาปลาย	4 (22.2)	5 (27.8)	9 (25)
ปริญญาตรี	5 (27.8)	4 (22.2)	9 (25)
สูงกว่าปริญญาตรี	2 (11.1)	1(5.6)	3 (8.33)

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.6 เท่ากัน มีอายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี และอยู่ระหว่าง 50-59

ปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 44.4 เท่ากัน สำหรับสถานภาพสมรสนั้นพบว่า ส่วนใหญ่เป็นโสด คิดเป็นร้อยละ 55.6 และ 33.3 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาเรื่องระดับการศึกษา พบว่า อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 27.8 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 27.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ คะแนนอาการซึมเศร้า คะแนนอาการคลื่นไส้/ร่าเริงผิดปกติ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่ป่วยรุนแรง จำนวนครั้งต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=18)		รวม (n=36)	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
<b>อาชีพ</b>						
รับจ้าง	3	(16.7)	1	(5.6)	4	(11.11)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	-		2	(11.9)	2	(5.55)
ธุรกิจส่วนตัว	2	(11.1)	1	(5.6)	3	(8.33)
ค้าขาย	2	(11.1)	6	(33.4)	8	(22.22)
อื่นๆ ระบุ ว่างาน	11	(61.1)	8	(44.4)	19	(52.77)
<b>คะแนนอาการซึมเศร้า</b>						
0-17 คะแนน	15	(83.33)	15	(83.33)	30	(83.33)
8-34 คะแนน	3	(16.66)	3	(16.66)	6	(16.66)
<b>คะแนนอาการคลื่นไส้/ ร่าเริงผิดปกติ</b>						
ต่ำกว่า 13 คะแนน	4	(22.22)	4	(22.22)	8	(22.22)
14-20 คะแนน	13	(72.22)	13	(72.22)	26	(72.22)
21-26 คะแนน	1	(5.55)	1	(5.55)	2	(5.55)
<b>ระยะเวลาที่เจ็บป่วย</b>						
1-2 ปี	1	(5.55)	1	(5.55)	2	(5.55)
มากกว่า 2 ปีขึ้นไป	17	(94.44)	17	(94.44)	34	(94.44)

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=18)		รวม (n=36)	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
<b>จำนวนครั้งที่ป่วยรุนแรง</b>						
1-2 ครั้ง	-		2	(11.11)	2	(5.55)
3-4 ครั้ง	12	(66.66)	6	(33.33)	18	(50)
มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป	6	(33.33)	10	(55.55)	16	(44.44)
<b>จำนวนครั้งต้องพักรักษา ตัวในโรงพยาบาล</b>						
1-2 ครั้ง	10	(55.55)	8	(44.44)	18	(50)
3-4 ครั้ง	4	(22.22)	6	(33.33)	10	(27.77)
มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป	4	(22.22)	4	(22.22)	8	(22.22)

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ว่างาน คิดเป็นร้อยละ 61.1 และ 44.4 ตามลำดับ มีระดับคะแนนอาการซึมเศร้าอยู่ในช่วง คะแนน 0-17 คะแนน (อาการระดับต่ำ) และระดับคะแนนอาการ κρίนเครง/ร่าเริงผิดปกติ อยู่ในช่วง คะแนน 14-20 คะแนน (อาการเล็กน้อย) คิดเป็นร้อยละ 83.33 และ 77.2 ตามลำดับ มีระยะเวลาเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 94.44 เท่ากัน มีจำนวนครั้งที่ป่วยรุนแรง จำนวน 3-4 ครั้ง และมากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 66.66 และ 55.55 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 55.55 และ 44.4 ตามลำดับ



ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม (n=18)

คะแนนคุณภาพชีวิต	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{D}$	$SD_d$	df	t
<b>กลุ่มทดลอง</b>							
ก่อนทดลอง	81.78	14.56	ปานกลาง	8.94	0.29	17	8.65*
หลังทดลอง	90.72	14.85					
<b>กลุ่มควบคุม</b>							
ก่อนทดลอง	83.72	10.09	ปานกลาง	-2.66	-0.54	17	-2.81*
หลังทดลอง	81.06	9.55					

\*  $P < 0.05$

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n=18)

คะแนน คุณภาพ ชีวิต	ก่อนทดลอง					หลังทดลอง				
	$\bar{X}$	S.D.	Mean	df	t	$\bar{X}$	S.D.	Mean	df	t
	difference					difference				
กลุ่มทดลอง	81.78	14.56	-1.94	34	-4.66	90.72	14.84	9.67	34	2.32*
กลุ่มควบคุม	83.72	10.09				81.06	9.55			

\*  $P < 0.05$

จากตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $t=2.32$ )

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest- posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการใช้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

#### วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อน และหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD -10) ที่เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยนอก ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 36 คน

**ขนาดกลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) (Polit and Beck, 2004 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) โดยนำค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลองการศึกษาของ Dogan and Sabanciogullari (2003) เรื่อง The Effects of Patient Education in Lithium Therapy on Quality of Life and Compliance มาร่วมในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 90 % มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อน ชนิดที่ 2 เป็น 10 % ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ต้องการกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มอย่างน้อย 15 คน แต่เนื่องจาก ผู้ศึกษาต้องการป้องกันการ drop out ของสมาชิกกลุ่ม ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมดเป็นจำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 18 คน และกลุ่มควบคุม 18 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 4 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มของ Michalak et al. (2005) กับกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) โปรแกรมนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content-validity) ความถูกต้องชัดเจน ควบคุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ แพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน ในโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาการจัดการกับตนเอง เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 2 การสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของโรค

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประชนา

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน ด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด

กิจกรรมที่ 6 การทบทวนปัญหา และการแก้ไขปัญหา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF THAI) ที่สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ (2540) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ จำแนกเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านร่างกาย (Physical domain)
- 2) ด้านจิตใจ (Psychological domain)
- 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship)
- 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

เครื่องมือนี้พัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลจากฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทย - อังกฤษ ตรวจสอบความหมายของคำถามที่แปลว่าให้ความหมายตรงกับความหมายที่ WHO ต้องการและสมบูรณ์ที่สุดจากนั้นนำ

เครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นประชาชนคนไทยทั่วไปจำนวน 20 คน เพื่อวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .8406 และก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79

### 3. เครื่องมือกำกับการศึกษา ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยศึกษาจากตำราและการทบทวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประกอบด้วย ข้อคำถาม 30 ข้อ ซึ่งคำถามเป็นแบบใช้เลือกตอบ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การคิดคะแนน โดยให้คะแนนข้อที่ตอบว่า ใช่ ได้ 1 คะแนน และตอบว่า ไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน กลุ่มตัวอย่างต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 หรือ 24 คะแนนขึ้นไปจึงจะแสดงว่ามีความรู้ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(Content Validity)โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน อาจารย์จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา(CVI) เท่ากับ 0.87 จากนั้นผู้วิจัยนำมาหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตร KR- 20 ของ คูเดอร์ ริชาร์คสัน ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.78

ชุดที่ 2 แบบวัดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเชิงลบของ Maybery et al. (2007) เครื่องมือนี้พัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back translation โดยพิทักษ์พล บุญยาลิก ดำเนินการร่วมกันระหว่างเจ้าของเครื่องมือ จากนั้นนำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน อาจารย์จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน โดยลักษณะของแบบวัดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเชิงลบนั้น เป็นคำตอบแบบประมาณค่า (Rating scale) 6 ระดับ ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.82 และหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาจำนวน 30 คน คำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.74

#### 4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบไปด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบประเมินอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale: MADRS) สร้างมาจากแนวคิดของ Montgomery and Asberg (1979) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย โดย รณชัย คงสกนธ์ และคณะ (2546) เครื่องมือนี้พัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back translation 2 รอบ โดยนักภาษาศาสตร์ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช 5 คน พบว่า มีความครบถ้วนของเนื้อหา และเหมาะสมกับคนไทย และถูกนำไปใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการซึมเศร้า จำนวน 70 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .8048 และก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79

ชุดที่ 2 แบบวัดอาการเมเนีย (Thai Mania Rating Scale: TMRS) แบบวัดอาการเมเนีย (Thai Mania Rating Scale: TMRS) ของ Young และคณะ (1978) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย โดย รณชัย คงสกนธ์ และคณะ (2549) เครื่องมือนี้พัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back translation 2 รอบ โดย นักภาษาศาสตร์ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช 5 คน พบว่ามีความครบถ้วนของเนื้อหา และเหมาะสมกับคนไทย และถูกนำไปใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเมเนีย จำนวน 76 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .89 และก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75

#### การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

##### 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ ฝึกทักษะในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกับผู้เชี่ยวชาญในการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา และได้ทำศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัย ร่วมกับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

1.2 เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 ยื่นโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน แห่งสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

1.4 จัดทำแผนการดำเนินการศึกษา เตรียมสถานที่ในการทำการศึกษา โดยประสานงานกับผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยที่ได้ยื่นขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแห่งสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เพื่อขออนุญาตทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการศึกษา วัน เวลา สถานที่

1.5 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานงานเกี่ยวกับ การเข้าไปดำเนินการทดลองในแผนกผู้ป่วยนอก พร้อมขออนุญาตดูแลประวัติของกลุ่มตัวอย่างเพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.6 ผู้วิจัยติดตามคัดเลือกรูปกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ แบบประเมินอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale: MADRS) และ แบบวัดอาการเมเนีย (Thai Mania Rating Scale: TMRS) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

1.7 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วน ผู้วิจัยให้ข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่างโดยแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยแล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง

1.8 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบท่อการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ ระดับคะแนนอาการซึมเศร้า และระดับคะแนนอาการเมเนีย หลังจากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

**2. ขั้นตอนการทดลอง** ในขั้นดำเนินการทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติระหว่างสัปดาห์ที่ 1-6 ได้แก่ การประคบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ การให้คำแนะนำตามปัญหา และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มตามวัน และเวลาที่กำหนดไว้

2.3 การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันทีภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในสัปดาห์ที่ 6 ผู้ศึกษา โดยใช้แบบวัดความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และแบบวัดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเชิงลบ (NES)

### 3. ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้ศึกษาประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยให้ตอบคำถามตามแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกที่สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์และคณะ (2540) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา 1 สัปดาห์ (pre-test)

3.2 ผู้ศึกษาประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดการใช้โปรแกรมการสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม (Post test) ในสัปดาห์ที่ 7 โดยให้ตอบคำถามตามแบบประเมินคุณภาพชีวิตชุดเดิม

3.3 ผู้ศึกษาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ



### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ โดยแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยร้อยละ
2. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = 8.65$ ) และ ( $t = -2.81$ ) ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

2. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = 2.32$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วดีขึ้น

## อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยจำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.6 เท่ากัน มีอายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี และ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.4 เท่ากัน มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 55.6 และ 33.3 ตามลำดับ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 27.8 และระดับมัธยมศึกษาตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 27.8 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพหรือว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 61.1 และ 44.4 ตามลำดับ มีระดับคะแนนอาการซึมเศร้าอยู่ในช่วงคะแนน 0-17 คะแนน (อาการระดับต่ำ) และระดับคะแนนอาการ κρίนเกรง/รำเริงผิดปกติ อยู่ในช่วงคะแนน 14-20 คะแนน (มีอาการเล็กน้อย) คิดเป็นร้อยละ 83.33 และ 77.2 ตามลำดับ มีระยะเวลาเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 94.44 เท่ากัน มีจำนวนครั้งที่ป่วยรุนแรง จำนวน 3-4 ครั้ง และมากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 66.66 และ 55.55 ตามลำดับ มีจำนวนครั้งต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 55.55 และ 44.4 ตามลำดับ

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา สุขสมนรินทร์ (2553) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในโรงพยาบาลรามาชิตี และโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 140 คน พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ มีจำนวน 75 คน ในขณะที่เพศชาย มีจำนวน 65 คน และผลการศึกษายังพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน โดยมากกว่า 2 ปี สะท้อนให้เห็นถึงการเจ็บป่วยของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะยาวนาน และเรื้อรังสอดคล้องกับการศึกษาของ Morgan et al. (2005) ที่กล่าวไว้ว่าโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง โดยพบถึงร้อยละ 25 สำหรับผลการศึกษาด้านอาชีพนั้นพบว่า โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาชีพว่างงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Kupfer et al. (2002) ที่กล่าวไว้ว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มักขาดแรงจูงใจในการริเริ่มงานใหม่ๆ กระทั่งดทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดปัญหาการว่างงานหรือตกงานในที่สุด ส่วนด้านจำนวนครั้งที่ป่วยรุนแรงและจำนวนครั้งที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนถึงการเจ็บป่วยที่มีการกำเริบซ้ำๆ ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gitlin et al. (1995) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 50 ในช่วง 1 ปีแรก และร้อยละ 73 ในช่วง 5 ปี

## ตอนที่ 2 ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้กล่าวคือ

1. จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดย คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ผลการศึกษาที่พบชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นเป็น โปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ผลการวิจัยที่พบสามารถอธิบายได้ว่า การดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม ในโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สามารถไปจัดการกระทำกับปัจจัยทั้ง 3 ประการ ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาคุณภาพชีวิตไม่ดีเท่าที่ควร ได้แก่ ปัจจัยด้านการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ปัจจัยด้านการร่วมมือในการรับประทานยา และ ปัจจัยด้านความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันในเรื่องการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น (Prabhat et al., 2004; Michalak et al., 2005; Hosseine et al., 2009) โดยผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองจะได้รับการจัดการเกี่ยวกับปัจจัยแต่ละด้าน ดังนี้

1) ปัจจัยด้านการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยการดำเนินกิจกรรมที่ 1 และ กิจกรรมที่ 5 จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้ดีขึ้น เนื่องจาก กิจกรรม 1 จะเป็นการพัฒนาการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีอาการกำเริบ และการพัฒนาทักษะการเผชิญกับอาการ การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสุขลักษณะการนอน ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยตามความเป็นจริง เกิดการยอมรับการเจ็บป่วย เกิดความตระหนัก และกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร สามารถแยกแยะอาการเตือนและอาการที่กำลังกำเริบได้ อีกทั้งยังรู้จักเลือกแนวทางในการเผชิญกับอาการได้อย่างเหมาะสม เห็นความสำคัญของการคงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุล และสม่ำเสมอ รวมทั้งเกิดทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดี

สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Michalak et al. (2005) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลสุขภาพลักษณะของการนอน จะเกิดความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายดีขึ้น

ส่วนในกิจกรรมที่ 5 เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะในการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากความเครียดเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้อาการซึมเศร้า และอาการแฉะกำเริบ ดังนั้น หลังการทำกิจกรรม ผู้ป่วยจะมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด และเกิดทักษะในการแก้ปัญหาและจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ที่สร้างสรรค์ สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา ทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น และมีความเครียดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Michalak et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับความรู้เรื่องการเผชิญความเครียดจะสามารถจัดการตนเองให้มีความเครียดลดลง

2) ปัจจัยด้านการร่วมมือในการรับประทานยา พบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในกิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 3 ไปส่งเสริมทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น กล่าวคือ กิจกรรมที่ 2 การสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของโรค เป็นกิจกรรมที่พัฒนาขึ้น โดยมีการดำเนินการเปิดอภิปรายในกลุ่มมีเป้าหมายเพื่อ การสร้างความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับผลกระทบของโรคที่มีต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ที่ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม เน้นการนำเอากระบวนการกลุ่มมาใช้ในการแก้ไขปัญหาโดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดปฏิสัมพันธ์กัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสนับสนุนจิตใจซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดความมุ่งมั่นและความตระหนักในตนเอง มีการเฝ้าระวังปัญหาที่เกิดขึ้นโดยการร่วมมือในการรับประทานยาเพื่อควบคุมการกำเริบของโรคเพิ่มขึ้น ดังการศึกษาของ Soares et al.(1997) ที่พบว่า การนำกระบวนการกลุ่มเข้ามาใช้ในการดำเนินกลุ่ม จะทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดปฏิสัมพันธ์กัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สนับสนุนจิตใจซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความมุ่งมั่น และความตระหนักในตนเองส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจดีขึ้น

ในส่วนของกิจกรรมที่ 3 เป็นการส่งเสริมความร่วมมือในการทานยา โดยให้ความรู้เรื่องยา และ แนวทางการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา มีทักษะการจัดการถูกต้องครบถ้วน เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญในการบำบัดด้วยยา สามารถจัดการกับปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาต่อเนื่อง สามารถดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดจากผลข้างเคียงจากยา นอกจากนี้ผู้ป่วยยังเกิดทัศนคติที่ดีและเกิดความร่วมมือต่อการรับประทานยาช่วยป้องกันและลดการกำเริบของอาการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Soares et al. (1997) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องยา

อาการข้างเคียงจากยา และแนวทางการรับประทานยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดี และเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา

3) ปัจจัยความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น ด้วยผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในกิจกรรมที่ 4 สามารถพัฒนาให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดำเนินชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่นได้ดีขึ้น ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทักษะการในการเข้าสังคม เนื่องจากเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้วิธีการสร้างสัมพันธภาพการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการเข้าสังคม มีแนวทางในการปฏิบัติตัวก่อให้เกิดความมั่นใจ และเกิดความตระหนักในตนเองอยู่เสมอ ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันโดยไม่ยุ่งยาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Michalak et al.(2005) ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการความรู้และฝึกทักษะถึงวิธีการสร้างสัมพันธภาพ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการเข้าสังคม จะก่อให้เกิดความมั่นใจ และเกิดความตระหนักในตนเอง สามารถดำเนินชีวิตประจำวันโดยไม่ยุ่งยาก

กิจกรรมที่ 6 คือ การทบทวนปัญหาและการแก้ไขปัญหา เป็นการดำเนินกิจกรรมเพื่อทบทวนความรู้และทักษะต่างๆ ตลอดจนปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นของสมาชิกกลุ่ม ตั้งแต่เริ่มดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ครั้งที่ 1-5หลังผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติ โดยเน้นสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้จากการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนาการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน การตระหนักถึงผลกระทบของโรคที่มีต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา การพัฒนาทักษะการจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น และการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด ทั้งนี้เป็นการช่วยยืดหยุ่นความทรงจำเกี่ยวกับความรู้และทักษะต่างๆที่ได้รับ อีกทั้งยังเป็นการติดตามและประเมินผลถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในแต่ละกิจกรรม ว่าประสบปัญหาและมีแนวทางในการแก้ปัญหาว่าถูกต้องหรือไม่อย่างไร

สำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำลง ซึ่งการศึกษาที่พบอาจไม่ได้หมายถึงว่าการให้การดูแลตามปกตินั้นไม่มีประสิทธิภาพ แต่อาจอธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติที่แผนกผู้ป่วยนอก เฉพาะในวันที่มาพบแพทย์ตามนัดเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นทุก 1 สัปดาห์ 2 สัปดาห์ หรือ 1 เดือน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการเป็นสำคัญ แต่เมื่อกลับไปรับประทานยาและดำเนินชีวิตต่อในชุมชน ก็จะไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องเพิ่มเติม สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตไปในทางที่ดีขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม จะได้รับการ

นัคหมายให้มาร่วมกิจกรรมกลุ่มอย่างสม่ำเสมอทุกสัปดาห์ ติดต่อกันนานถึง 6 สัปดาห์ จึงได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับการดูแลตามปกติเป็นรายบุคคล ทำให้ไม่ได้รับประสบการณ์จากกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกกลุ่ม เหมือนกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการเรียนรู้ต่ำกว่าในกลุ่มทดลอง ทำให้สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติในกิจวัตรประจำวันได้น้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Soares et al. (1997) ที่กล่าวว่า การให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนทางด้านจิตใจซึ่งกันและกัน ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเชื่อมั่นว่าต้องทำได้ สามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้โดยได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มเป็นหลัก

2. ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้สูงขึ้น โดยการศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ เพศ ระดับคะแนนอาการซึมเศร้า ระดับคะแนนอาการแมเนีย แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนั้นผลการวิจัยที่พบจึงสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม ของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้อย่างแท้จริง ทั้งนี้เนื่องจาก 6 กิจกรรม ในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Michalak et al. (2005) สามารถจัดการกระทำกับปัจจัยทั้ง 3 ประการ ที่เป็นสาเหตุทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง อันได้แก่ ปัจจัยด้านการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ปัจจัยด้านการร่วมมือในการรับประทานยา และปัจจัยความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น

สำหรับผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดของ Marram (1978) พบว่า เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจในสิ่งที่ถูกต้อง ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัว เชื่อกันว่าต้องปฏิบัติตัวได้ โดยได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มเป็นหลัก นอกจากนี้ยังเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สนับสนุนทางด้านจิตใจซึ่งกันและกัน ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับศึกษาของ Soares et al.(1997) ที่ได้กล่าวไว้ว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มเข้ามามีส่วนร่วมทำให้เกิดความมั่นใจ และมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

ดังนั้นสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการบำบัดโดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มจะมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง สามารถป้องกันและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นช่วยลดการกำเริบของอาการซึมเศร้าและอาการเมเนียที่เป็นต้นเหตุทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง ด้วยเหตุนี้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มจึงมีส่วนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งประกอบไปด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ให้ดีขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะทั่วไป

จากผลการศึกษาของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผู้วิจัยขอเสนอในด้านต่างๆ ดังนี้

#### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1. เนื่องจากการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในครั้งนี้ เป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในแผนกผู้ป่วยนอก มีการดำเนินกิจกรรมกลุ่มหลายครั้ง ทำให้ผู้ป่วยต้องเดินทางไปกลับเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจพบปัญหา เช่น การเดินทางที่มีระยะไกล มีข้อจำกัดในด้านเวลา อีกทั้งยังเป็นภาระญาติในการนำส่ง ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลที่จะนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มไปใช้จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับนัดหมาย โดยคำนึงถึงการตกลงใจ หรือความพร้อมของผู้ป่วยในกลุ่มเป็นหลัก ทั้งนี้เพื่อป้องกันการไม่มาตามนัดของผู้ป่วยในเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

1.2 ในการใช้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มนั้น เพื่อให้การดำเนินกลุ่มประสิทธิภาพ การดำเนินกิจกรรมกลุ่มควรเป็นกลุ่มที่มีลักษณะของกลุ่มปิด ซึ่งประกอบไปด้วยสมาชิกกลุ่มซึ่งเป็นคนเดิมตั้งแต่เริ่มดำเนินกิจกรรม จนถึงสิ้นสุดกิจกรรมตามโปรแกรม เนื่องจากเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างกันภายในกลุ่มอย่างต่อเนื่อง จนเกิดความไว้วางใจกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน อีกทั้งยังทำให้กลุ่มเกิดการพัฒนาการและนำไปสู่การแก้ไขปัญหา ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยเวลาและความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ดังนั้น หากมีสมาชิกใหม่เพิ่มเติมเข้ามาในกลุ่มอาจเป็นการไปขัดขวางต่อพัฒนาการของกลุ่มได้

1.3 พยาบาลสามารถนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ไปใช้ในการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้ดีขึ้น มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันและแก้ปัญหการเจ็บป่วยกันภายในกลุ่ม โดยพยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วซึ่งมีอาการซึมเศร้า และอาการแอมเนียเป็นสำคัญ มีการฝึกทักษะจนเกิดความชำนาญในการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.4 การนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มไปใช้ พยาบาลผู้ปฏิบัติการสอนจะต้องมีการเตรียมตนเองให้เกิดความพร้อมทั้งทางด้านความรู้ และ ทักษะ จนสามารถสอนเนื้อหาความรู้ตามแผนการสอนอย่างครบถ้วน โดยใช้วิธีการสอนประกอบกับการใช้สื่อการสอนต่างๆ ที่



จัดเตรียมขึ้นด้วยความชำนาญ นอกจากนี้ในระหว่างการสอนพยาบาลจะต้องมีการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย อีกทั้งต้องพยายามสร้างบรรยากาศที่ดีในการสอน และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มอย่างเหมาะสมและทั่วถึง จึงจะทำให้สามารถให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์

1.5 โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มที่นำไปใช้ พยาบาลผู้ปฏิบัติการสอนจะต้องมีการประเมินการสอนโดยให้ผู้ช่วยบันทึกปัญหาและแนวทางในการแก้ปัญหาด้วยตนเองจากบันทึกในสมุดบันทึกและทำการบ้าน ภายหลังจากได้รับความรู้และนำไปปฏิบัติจริง เพื่อเป็นการตรวจสอบคุณภาพการเรียนการสอนที่เกิดขึ้นว่า ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่กำหนดไว้ตามวัตถุประสงค์หรือไม่อย่างไร หากการสอนไม่บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้ พยาบาลผู้ปฏิบัติการสอนจะต้องกลับไปทบทวนสาเหตุและดำเนินการปรับการแก้ไขให้เหมาะสม

## 2. ด้านการศึกษา

2.1 เนื่องจากการให้สุขภาพจิตศึกษา ถือเป็นงานบำบัดทางจิตรูปแบบหนึ่ง ดังนั้นจึงควรมีการสร้างหลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลจิตเวชในการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการอบรมเพื่อฝึกทักษะต่างๆ จากผู้เชี่ยวชาญในการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม และนำความรู้รวมทั้งทักษะที่ได้รับการพัฒนา ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นความเชี่ยวชาญ

2.2 ควรจัดหลักสูตรเนื้อหาวิชา เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับการยอมรับจากสังคม สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้โดยไม่เกิดปัญหารุนแรงตามมา

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มพบว่าผู้ป่วยบางรายได้นำญาติมามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่มทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจกันเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากขึ้น ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรพัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตที่มีการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากบุคคลในครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญที่คอยให้การสนับสนุนช่วยเหลือดูแล และฟื้นฟูแก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2. หลังการทดลอง ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม เช่น ติดตาม 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน หลังการทดลองเพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเกิด

ความยั่งยืน อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างดำเนินชีวิตประจำวันได้

3. ควรศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน และส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น และลดการกำเริบของโรค

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- จินตนา ยูนิพันธ์. (2542). การพยาบาลชีวิตที่เป็นสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13 (ม.ค.-มิ.ย.): 1-13.
- ธวัชชัย ลิฬหานาจ และสรยุทธ วาสิกันานนท์. (2549). ตำราโรคไบโพลาร์. กรุงเทพมหานคร: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- นันทนา สุขสมนรินทร์. (2553). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจลักษณ์ มณีทอง. (2551). ตำราจิตเวชศาสตร์ในโรงพยาบาลทั่วไป. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ ไพบูลย์ และอัจฉรา จรัสสิงห์. (2547). ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทยการสำรวจระดับชาติ. กรุงเทพมหานคร: วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2548). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. มหาวิทยาลัยมหิดล พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์การพิมพ์.
- รณชัย คงสกนธ์. (2549). เครื่องมือที่ใช้ประเมิน Bipolar Disorder. ในธวัชชัย ลิฬหานาจ และ สรยุทธ ลิฬหานนท์, ตำราไบโพลาร์, 343-360 กรุงเทพมหานคร: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2549). จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช. มหาวิทยาลัยมหิดล พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2552). รายงานผลการปฏิบัติงานปีงบประมาณ 2548-2552. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สรยุทธ วาสิกันานนท์. (2547). ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พิมพ์ครั้งที่ 1 สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์.
- สุมาพร บรรณสาร. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการระยะเวลาของการเก็บป่วยการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยกับการปรับตัวของ

ผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์หาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิจารณ์ ตันติพิวัฒนสกุล, วณิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองกิต วงศ์สุวรรณ และ ธานี พรมานะจรัสกุล. (2540). **เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด**. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรง.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). **การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า**. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: ธนาพรสการพิมพ์.

### ภาษาอังกฤษ

Akiskal, H.S. (2005). Mood disorder: clinical features. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 1611-52.

Anderson, Hogerty, and Reiss. (1980). Family Treatment of Adult Schizophrenic Patients: Psychoeducational Approach. *Schizophrenia Bulletin* 6, 3: 490-505.

Angst, F., Stassen, H.H., Clayton, P.J. and Angst, J. (2002). Mortality of patients with mood disorder: follow-up over 34-38 years. **Journal of Affective Disorders** 68:167-181.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4<sup>th</sup> ed. Text rev. Washington, DC: **American Psychiatric publishing** 345-428.

Begley C.E., Annegers, J.F., Swann, A.C, et al. (2001). The lifetime cost of bipolar disorder in The US: an estimate for new cases in 1998. **Pharmacoeconomics** 19:483-495.

Burns, N., & Grove, S.K. (1997). The practice of nursing research: Conduct, critique, & Utilization (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.

Busco, M. R., Rush, A. J. (2005). Cognitive - behavioral therapy for bipolar disorder. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Guildford press: 87-117.

Burgdorf, J., Panksepp, J. (2006). The neurobiology of positive emotions. **Neurosci Biobehav Rev** 30:173-187.

Campbell, A., Converse, P., & Rogers W.L. (1976). The quality of American life: perceptions, Evaluations and satisfactions. New York: Russell Sage.

- Cohen, A. N., Hammen, C., Henry, R. M. and Daley, S. H. (2004). Effect of stress and social support on recurrence in bipolar disorder. **Journal of Affective Disorder** 82: 143-147.
- Colom, F., Lam, D. (2005). Psycho education: improving outcome in Bipolar Disorder. **European Psychiatry** 20 (5-6): 359-364.
- Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Aran, A.M., Torrent, C., Goikolea, J.M. and Gasto, C. (2003). Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: Beyond compliance enhancement. **J Clin Psychiatry** 64 (9) 1101-1105.
- Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J. M, et al. (2003). A randomized trial on the efficacy of group Psycho education in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. **Arch Gen Psychiatry** 60:402-407.
- Dore, G. and Romans, S.E. (2001). Impact of bipolar affective disorder on family and partners. **J Affect Disord** 67(1-3):147-158.
- Dunner, D.L. (2003). Clinical consequences of under - recognized bipolar spectrum disorder. **Bipolar Disorder** 5:456-463.
- Faravelli, C., Guerrini Deag' Innocenti, B., Aiazzi, L., Incerpi, G., Pallanti, S. (1990). Epidemiology of mood disorder: a community survey in Florence. **J Affect Disord** 20(2):135-141.
- Ferrans, C.E. and Powers, M.J. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. **Research in Nursing & Health** 15 (1): 29-38.
- Flanagan, J.C. (1978). A research approach to importing of quality of life. **American Psychologies**, 31 (2):138-147.
- Frank, E., Swartz, H., Kupfer, D. (2000). Interpersonal and social rhythm therapy managing the chaos of Bipolar Disorder. **Biological Psychiatry** 48(6):593-604.
- Fristad, M.A., Gavazzi, S.M., Mackinaw-koons, B. (2003). Family psychoeducation: an adjunctive intervention for children with bipolar disorder. **Biol Psychiatry** 53 (11): 1000-1008.
- Fristad, M.A., Goldberg-Amold, J.S., Gavazzi, S.M. (2002). Multifamily psychoeducation groups (MFPG) for families of children with bipolar disorder. **Bipolar Disord** 4 (4): 254-262.
- Fritze, J. (1993). The adrenergic-cholinergic imbalance hypothesis of depression: a review and a perspective. **Rev Neurosci** 4 (1):63-93.

- Gazalle, F.K., Hallal, P.C., Andreatza, A.C. et al., (2007). Manic symptoms and quality of life in bipolar disorder. **Psychiatric Research** 153: 33-38.
- Gitlin, M., Swendsen, J., Heller, T., Hammen, C. (1995). Relapse and impairment in bipolar disorder. **American Journal of psychiatry**. 152:1635-1640. Gonzalez-Pinto, A., Gonzalez, C., Enjuto, S., Fernandez, B., Lopez, P., Palomo, J., Gutierrez, M., Mosquera, J., Perez, J.L. (2004). psycho education and cognitive- behavioral therapy in bipolar disorder : **an update** 109: 83-90.
- Goetzl, R.Z., Hawkins, K., Ozminkowski, R.J., Wang, S. (2003). The health and productivity cost burden of the “ top 10 ” mental health conditions affecting six large U.S. employers in 1999. **J Occup Environ Med** 45(1):5-14.
- Hines-Martin, V., Thomas, D. (2003). *Psychiatric Nursing Biological & Behavioral Concepts*. American Samoa.
- Hirschfeld, R. A., Boeden, C.L., Giltin, M.L., Keck, P.E., Suppes, S., Thase, M. E. et al., (2002). Practice guideline for the treatment of patient with bipolar disorder, 2 nd ed. In American Psychiatric Association. **American Psychiatric Association Practice guideline for the treatment of Psychiatric Disorder**, Compendium. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Hosseini, S. H., Karkhanel, M. et al. (2009). Quality of Life and Global Functioning Among Chronic Type I Bipolar Disorder patients in Comparison With a General Population in Iran. **Asian Journal of Biological Sciences** 2(1): 29-34.
- Johnson, B.S. (1997). *Psychiatric-mental health nursing adaptation and growth*. Texas: Library of congress.
- Johnson, S.L., Leahy, R.L. (2004). *Psychosocial treatment of Bipolar disorder*. New York : Guilford.
- Jones, S. (2004). Psychotherapy of Bipolar Disorder: a review. **Journal of Affective Disorder** 80 (2-3): 101-114.
- Lam, D., Donaldson, C., Brown, Y., Malliaris, Y. (2005). Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. *Bipolar Disord* 7 (5): 431-440.
- Lubkin, I.M. (1995). *Chronic Illness: Impact and interventions*. Boston: Jones and Bartlett.
- Mason, P. 1998. Users at the top. **Mental health Nursing** 18: 28-29.

- Kahn, D.A. (1998). Mood disorder. In Cutler, J.L. and Marcus. E.R., eds, *Psychiatry Philadelphia*: W.B Saunders.
- Kaplan,H.I. and Sadock,B.J.(1998). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry:behavioral sciences/clinical psychiatry*. 8<sup>th</sup> ed. Baltimore: Willams & Wilkins 524-80.
- Kellner,C.H., Pritchett,J.T., Beale, M.D., Coffey ,C.E. (1997). *Handbook of ECT* . American Psychiatric Press : Washington DC : 15-33.
- Kongsakon, R., Thomyangkoon, P., Kanchanatawan,B. and Janenawasin,S.(2008). Health-Related Quality of Life in Thai bipolar disorder. **Journal Medical Association Thai** 91(6): 913-918.
- Kupfer, D.J., Frank, E., Grochocinski, V.J., Cluss, P.A., Houck, P.R., Stapf, D.A. (2002). Demographic and clinical characteristics of individuals in bipolar disorder case registry. **J Clinical Psychiatry** 63 (2): 120-125.
- Marram, G.D. (1978). *The group approach in nursing practice* (2<sup>nd</sup> ed.) St Louis: C.V. Mosby Comp.
- Maybery, D.J., Neale, Jason, Arentz, Alex and Jones-Ellis, Jenny. (2007). The Negative Event (Hassle) Scale: Measuring frequency and intensity of adult hassles. **Anxiety, Stress & Coping** 20 (2), 163 – 176.
- Mcelroy,S.L.,Strakowski,S.M.,Keck,P.E.,Tugrul,K.L.,West,S.A.,Lonczak,H.S.(1995).Differences and similarities in mixed and pure mania. **Compr psychiatry** 36(3):187-194.
- Meeberg, G.A. (1993). Quality of Life: a concept analysis. **Journal of advanced Nursing** 18:45-60.
- Michalak, E.E., Yatatham , L.N., Wan, D.D. et al. (2005). Perceived Quality of Life in patients with Bipolar Disorder. Does Group psychoeducation have an Impact. **Can J psychiatry** 50 (2): 95-100.
- Michalak, E.E., Yatatham , L.N., Lam, R.W. (2004). The role of psychoeducation in the treatment of bipolar disorder. **A clinical perspective** 3(5):5-11.
- Miklowitz, D.J., Simoneau, T., George, E., Richards, J., Kalbag, A., Sachs, N. (2000). Family-focused treatment of Bipolar Disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy.*Biological Psychiatry* 48(6):582-592.

- Miklowitz, D.J., Gorge, E.L., Richards, J.A., Simoneau, T.L., Suddath, R.L. (2003). A randomized study of family - focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. **Arch Gen Psychiatry** 60 (9): 904-912.
- 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 Disord** 7(4): 326-37.
- Mohammad, A.G., Faranak, D., Alireza, F. (2008). A Psychoeducational program for relapse prevention in Bipolar Disorder. **Research Journal of Biological Sciences** 3(7): 786-789.
- Montgomery, S.A., Cassano, G.B. (1996). Management of bipolar disorder. London: Martin Dunitz 13-16.
- Montgomery, S.A., Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. **Br J Psychiatry** 134: 382-9.
- Namjoshi, M.A., Rajamannar, G., Jacobs, T., Sanger, T.M. and Risser, R. et al. (2002). Economic clinical and quality of life outcomes associated with olanzapine treatment in mania. Results from a randomized controlled. **J Affect Disord** 69: 109-118.
- Perlis, R.H., Miyahara, S.L., Marangell, B.S., Wisniewski, R. and Ostacher, M. et al. (2004). Long term implication of early onset in bipolar disorder. Data from the first 1,000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder. **Biol Psychiatric** 55: 875-881.
- Pini, S., Queiraz, V., Paynin, D., Pezawas, L., Angst, J., Cassano, C.B., et al. (2005). Prevalence and burden of bipolar disorder in the general population: European countries. **Eur Neuropsychopharmacol** 15(2): 135-141.
- Pope, M., Dudley, R. and Scott, J. (2007). Determinants of social functioning in bipolar disorder. **Bipolar Disorder** 9 : 38-44.
- Prabhat, K., Chand, M.D., Surendra, K., Mattoo, M. D. And Pratap sharan, M.D (2004). Quality of life and its correlates in patients with bipolar disorder stabilized on lithium prophylaxis.
- Robb, J.C., Cooke, R. C., Devin, C. M., Young, L.T. and Joffe, R. T. (1997). Quality of Life and life style disruption in euthymic bipolar disorder. **Journal psychiatric Research** 31(5): 509-517.



- Robb, J.C., Young, L. T., Cooke, R. G., and Joffe, R. T. (1998). Gender differences in patients with bipolar disorder influence outcomes survey (SF-20) subscale scores. **J Affective Disord** 49:189-193.
- Rouget, B.W., Aubry, J.M. (2007). Efficacy of psychoeducation approaches on Bipolar Disorder : a review of literature. **Journal of Affective disorder** 98 (1-2).
- Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2003). Electroconvulsive therapy. In: Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: 534-590.
- Seminowicz, D.A., Mayberg, H.S., McIntosh, A.R., Goldapple, K., Kennedy, S., Segal, Z. et al. (2004). Limbic – frontal circuitry in major depression : a path modeling metaanalysis. *Neuroimage* 22(1):409-419.
- Servellen, G.V., Chang, B. and Lombardi, E. (2002). Accuration, Socioeconomic Vulnerability and quality of life in Spanish-Speaking and bilingual Laiono HIV-Infected Mem and Woman. **Western Journal of Nursing Research** 24 (3): 246-263.
- Small, J.G., Klapper, M.H., Miller, M.J., Milstein, V., Shapley, P.H. et al. (1988). Electroconvulsive treatment compared with lithium in the management of manic states. *Arch Gen Psychiatry* 45(8): 727-732.
- Soares, J.J.F., Stintzing, C.P., Jackson, C., Skolding, B. (1997). Psychoeducation for patients with bipolar disorder. An exploratory study. **Nord J Psychiatry** 51:439-446.
- Stuart, G.W. and Laraia, M.T. (2005). Principles and Practice of Psychiatric Nursing Missouri :Mosby.
- Suppes, T. and Dennehy, E.B. (2005). Bipolar disorder: The latest assessment and treatment strategies. Missouri: Compact clinicals.
- Singh, J., Mattoo, S.K., Sharan, P. and Basu, D. (2005). Quality of life and it s correlations in patients with dual diagnosis of bipolar affective disorder and substance dependence.
- Tsuang, M.T., Faraone, S.V. (1996). The inheritance of mood disorder. In: Hall LL, editor. Genetics and mental illness: evolving issues for research and society. New York: Plenum 79 -109.
- Vojta, C., Kinosian, B., Glick, H., Altshuler, L. and Bauer, M. (2001). Self reported Quality of life across mood states in bipolar disorder. **Compr Psychiatry** 42: 190-195.

- Vornik, L.A. and Hirschfeld, R.M. (2005). Bipolar Disorder: Quality of life and the impact of Atypical Antipsychotics. **The American Journal of Manage Care** 11(9) Supp.
- Ware, J.E., Mchorney, C.A. and Raczek, A.E. (1993). The MOS 36-Item Short-From Health Survey (SF-36): II Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental healthy constructs. *Medical care* 31: 247-263.
- Williams, C.A. (1989). Patient education for people with schizophrenia. **Perspectives in Psychiatric Care** 25:14-21.
- Wood, S.W. (2000). The economic burden of bipolar disorder. **J Clin Psychiatry** 61 (Supp 13): 38-41.
- WHO. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO: 345-428.
- WHOQOL Group. (1996). What quality of life. **World health forum**. 17 (Nov): 354-356.
- Yalom. (1975). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. 4<sup>th</sup> ed. NEW YORK: Basic Books. Yamashita (1996)
- Young, R.C., Brigs, J.T., Ziegler, B.E and Mayer, D.A. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. **Br J Psychiatry** 133: 429-435.
- Zhang, H., Wisniewsk, S.R., Bauer, M.S., Sachs, G.S. and Thase, M.e. (2006). Comparisons of the perceived quality of life across clinical states in bipolar disorder :data from the 2000 Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) participants. **Comprehensive Psychiatry** 47 (7): 795-800.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. นายแพทย์นรวิทย์ พุ่มจันทร์ นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
2. รศ.ดร.อัจฉราพร หิรัญยวงค์ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์  
สาขาการพยาบาลศาสตร์สุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ดร. วิภาวี เผ่ากัณฑ์พร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
4. น.ส. วรางคณา จำปาเงิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสามชุก
5. น.ส. กมลรัตน์ ช้วนินี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
โรงพยาบาลพระพุทธเลิศหล้านภาลัย

ภาคผนวก ข  
การคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา

### การคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้  
(บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2544)

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

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

$$CVI = \frac{26.2}{30} = 0.87$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดความรู้สึกลบ

$$CVI = \frac{47}{57} = 0.82$$

ภาคผนวก ค  
สถิติที่ใช้ในการวิจัย



## สถิติที่ใช้ในการวิจัย

### 1. สถิติที่ใช้ในการคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ

1.1 การคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน ของแบบวัดความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยใช้สูตร คูเดอร์ ริชาร์ดสัน(Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left[ 1 - \frac{\sum pq}{S^2} \right]$$

$r_{tt}$	=	ค่าความสอดคล้องภายใน
$n$	=	จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
$p$	=	อัตราส่วนของผู้ตอบถูกในข้อนั้น
$q$	=	อัตราส่วนของผู้ตอบผิดในข้อนั้น
$S^2$	=	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

1.2 การคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในของ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบวัดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเชิงลบ (Negative Event Scale) แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale: MADRS) และแบบวัดอาการเมเนีย (Thai Young Mania Rating Scale)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

$\alpha$	=	ค่าความสอดคล้องภายใน
$n$	=	จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบวัด
$\sum S_i^2$	=	ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
$S_t^2$	=	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

## 2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 ค่าร้อยละ (Percentage) มีสูตรดังนี้ (ประกอบ กรรณสูตร, 2542)

$$\text{ร้อยละ} = \frac{\text{ความถี่} \times 100}{\text{จำนวนรวมทั้งหมด}}$$

2.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) มีสูตรดังนี้ (ประกอบ กรรณสูตร, 2542)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

$$\bar{X} = \text{ค่าเฉลี่ย}$$

$$\sum X = \text{ผลรวมของคะแนนรวมทั้งหมด}$$

$$N = \text{จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง}$$

2.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) มีสูตรดังนี้ (ประกอบ กรรณสูตร, 2542)

$$SD = \sqrt{\frac{n \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

$$SD = \text{ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน}$$

$$\sum X = \text{ผลรวมของคะแนนรวมทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง}$$

$$\sum X^2 = \text{ผลรวมของคะแนนแต่ละข้อยกกำลังสอง}$$

$$n = \text{จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง}$$

2.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับโดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent- t-test) มีสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

$$t = \frac{\bar{D} - \mu_d}{S_D}$$

$$Df = n-1$$

$$\bar{D} = \text{ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม}$$

$$\mu_d = \text{ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างประชากร 2 กลุ่ม}$$

$$S_D = \text{ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม}$$

$$Df = \text{จำนวนค่าที่มีอิสระ}$$

2.5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในกลุ่มที่โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติโดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent- t-test) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{S_p^2 [1/n_1 + 1/n_2]}}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

$$\bar{X}_1 \quad \bar{X}_2 = \text{ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2}$$

$$n_1 \quad n_2 = \text{ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2}$$

$$S_p^2 = \text{ค่าความแปรปรวนร่วม (Pooled Variance)}$$

$$df = \text{จำนวนค่าที่มีอิสระ}$$

ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย(ตัวอย่าง)

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

แบบวัดความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

แบบวัดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเชิงลบ (Negative Event Scale)

แบบวัดอาการซึมเศร้าซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale: MADRS)

แบบวัดอาการแมเนีย (Thai Young Mania Rating Scale)

## โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

**กิจกรรมที่ 1** การพัฒนาการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

**ระยะเวลา** 90 นาที แบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่

**ช่วงที่ 1** ความหมายของโรค สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีอาการกำเริบ

**ช่วงที่ 2** การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สุขลักษณะการนอน

และการเผชิญกับอาการ

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ การรักษา ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้

ให้อาการกำเริบ

4. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแนวทางการพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการด้วยตนเอง การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสุขลักษณะการนอน

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

หลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 1 สมาชิกสามารถ

1. เปิดเผยตนเอง มีความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจ และยินยอมเล่าเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับตนเองได้

2. บอกถึงความสำคัญของการดำเนินกิจกรรมได้

3. บอกความหมายของโรค สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีอาการกำเริบได้

4. บอกวิธีการจัดการกับอาการด้วยตนเอง การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวัน สุขลักษณะการนอน และการเผชิญกับอาการ

**สาระสำคัญ**

การพัฒนาการจัดการกับตนเอง เป็นการพัฒนาตนเองของผู้ป่วยเรื่องแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยพยาบาลผู้นำกลุ่มดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีอาการกำเริบ การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการ การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสุขลักษณะการนอน เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยตามความเป็นจริง เกิดการยอมรับการเจ็บป่วยเกิดความตระหนักและกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร นอกจากนี้ยังเป็น การช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการคงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุลและสม่ำเสมอ เกิดทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดี

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
2. ใบงานที่ 1/1 การสังเกตอาการเตือน
3. ใบความรู้ที่ 1/1 การสังเกตอาการเตือน
4. ใบงานที่ 1/2 การดูแลสุขภาพทั่วไป
5. ใบความรู้ที่ 1/2 การดูแลสุขภาพทั่วไป
6. ใบงานที่ 1/3 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
7. ใบความรู้ที่ 1/4 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
8. ใบงานที่ 1/4 สุขลักษณะการนอน
9. ใบความรู้ที่ 1/5 สุขลักษณะการนอน
10. ใบงานที่ 1/5 การเผชิญกับอาการ
11. ใบความรู้ที่ 1/6 การเผชิญกับอาการ
12. ดินสอ/ ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย
13. สมุดบันทึก

**การประเมินผล** ประเมินผลจากกาสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

## โปรแกรมสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

### กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ระยะเวลา 90 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาทางจิตเวช มีแนวทางการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย โดยนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวชได้อย่างปลอดภัย

3. เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาได้ถูกต้องและครบถ้วน

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 3 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. เปิดเผยตนเอง มีความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจและยินยอมเล่าเรื่องราวต่างๆที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับตนเองได้
2. บอกข้อมูลเกี่ยวกับยารักษาโรคจิตได้
  - 2.1 บอกความหมายของยารักษาโรคจิต ประโยชน์ของยา วิธีการรับประทานยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยได้
  - 2.2 บอกลักษณะอาการข้างเคียงของยาได้ถูกต้อง
  - 2.3 บอกวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาทางจิตเวชได้ถูกต้อง
3. ยินยอมและให้ความร่วมมือในการรับประทานยาได้ดีขึ้น โดยมีขั้นตอนในการส่งเสริมดังนี้
  - 3.1 ค้นหาปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง
  - 3.2 การมีทักษะการจดจำถูกต้อง ครบถ้วน

**สาระสำคัญ** การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา เป็นการส่งเสริมและช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการจดจำถูกต้องครบถ้วน รับรู้แนวทางการปฏิบัติตัวขณะรับประทานยา เห็นความสำคัญในการบำบัดด้วยยา เกิดการเรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาได้ ตลอดจนการจัดการกับปัญหาต่างๆ เมื่อเกิดจากผลข้างเคียงจากยา อีกทั้งผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีและเกิดความร่วมมือต่อการรับประทานยาทำให้ช่วยป้องกันและลดการกำเริบของอาการ ส่งผลให้คุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมดีขึ้น

#### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3/1 ยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2. ใบความรู้ 3/1 ยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
3. ใบงานที่ 3/2 อาการข้างเคียงของยา
4. ใบความรู้ 3/2 อาการข้างเคียงของยา
5. ใบงานที่ 3/3 การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา
6. ใบงานที่ 3/4 แนวทางแก้ไขเกี่ยวกับการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง
7. ตัวยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ในปัจจุบัน
8. ดินสอ/ปากกาสำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย
9. สมุดบันทึก

**การประเมินผล** ประเมินผลจากกตังศพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ



## โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

**กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น**

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

**ระยะเวลา** 90 นาที

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น แนวทางการพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทักษะการเข้าสังคมซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และ ทักษะการเข้าสังคม

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

หลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 4 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. เปิดผศตนเอง มีความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจ และยินยอมเล่าเรื่องราวต่างๆที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับตนเอง
2. บอกถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าสังคมและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้
3. บอกถึงแนวทางการพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และทักษะการเข้าสังคมได้

**สาระสำคัญ** การพัฒนาทักษะการจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น

การพัฒนาทักษะการจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน พัฒนาโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพ และพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมทั้งการมีทักษะการในการเข้าสังคม เนื่องจากการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้วิธีการสร้างสัมพันธภาพการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการเข้าสังคม มีแนวทางในการปฏิบัติตัว ก่อให้เกิดความมั่นใจ และเกิดความตระหนักในตนเองอยู่เสมอ ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันโดยไม่ยุ่งยาก ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจดีขึ้น

**สื่อการสอน/อุปกรณ์**

1. ใบงานที่ 4/1 การป้องกันปัญหาขณะเข้าสังคม และสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น
2. ใบความรู้ 4/1 ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าสังคม และสร้างสัมพันธภาพ
3. ใบงานที่ 4/2 การพัฒนาทักษะการเข้าสังคม
4. ดินสอ /ปากกาสำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

## 5. สมุดบันทึก

**การประเมินผล** ประเมินผลจากกาสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

## โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ของความเครียดที่เกิดขึ้น
3. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทราบถึงแนวทาง การจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
4. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเกิดทักษะในการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 5 ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสามารถ

1. เปิดผศตนเอง มีความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจ และยินยอมเล่าเรื่องราวต่างๆที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับตนเอง
2. บอกถึงสาเหตุ อาการของความเครียด
3. บอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียด
4. สาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความเครียด

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด มีการพัฒนาโดยการให้ความรู้ และฝึกทักษะในการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด มีทักษะในการแก้ปัญหาและจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ที่สร้างสรรค์ สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งสามารถลดความเครียดให้น้อยลงได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 5/1 ความเครียด
2. ใบความรู้ 5/1 ความเครียด
3. ใบงาน 5/2 การจัดการกับความเครียด
4. ใบความรู้ 5/2 ทักษะการจัดการกับความเครียด
5. ดินสอ/ปากกาสำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย
6. สมุดบันทึก

การประเมินผล ประเมินผลจากกาสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

## โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

### กิจกรรมที่ 6 การทบทวนปัญหาและการแก้ไขปัญหา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ระยะเวลา 90 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก
2. เพื่อทบทวนปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาลงจากนำสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินการครั้งที่ 1-5 ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 6 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. เปิดผศตนเอง มีความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจ และยินยอมเล่าเรื่องราวต่างๆที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับตนเอง
2. บอกถึงปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหาลงจากนำสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินการครั้งที่ 1-5 ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้

#### สาระสำคัญ

การทบทวนปัญหาและการแก้ไขปัญหา เป็นการทบทวนหลังจากนำสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินการ ครั้งที่ 1-5 ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน มีการเปิดอภิปรายในกลุ่ม เน้นให้สมาชิกในกลุ่มได้นำเสนอปัญหาที่เกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไขปัญหาลงจากได้นำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยเน้นสิ่งที่สมาชิกในกลุ่มเรียนรู้จากการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมซึ่งเริ่มตั้งแต่ ครั้งที่ 1-5 ได้แก่ การพัฒนาการจัดการกับตนเอง ความร่วมมือในการรับประทานยา ความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับผลกระทบของโรคที่มีต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ทักษะการจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน และการเผชิญความเครียด นอกจากนี้ยังเน้นให้สมาชิกในกลุ่มมีการบันทึกและสรุปปัญหา ตลอดจนวิธีการแก้ปัญหา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวภายหลังได้มีการยุติกลุ่ม

#### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. สมุดบันทึก
2. ดินสอ/ปากกาสำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

**การประเมินผล** ประเมินผลจากกาสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

(WHOQOL –BREF-THAI)

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ

- ชาย
- หญิง

2. สถานภาพสมรส

- โสด
- คู่
- หม้าย
- หย่าร้าง
- แยกกันอยู่

3. อายุ.....ปี (เกิน 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี)

4. การศึกษา

- ไม่ได้เรียน
- ประถมศึกษา
- มัธยมศึกษาตอนต้น
- มัธยมศึกษาตอนปลาย
- ปริญญาตรี
- สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

- รับจ้าง
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- ธุรกิจส่วนตัว
- ทำสวน/ทำนา/ทำไร่
- ค้าขาย
- อื่นๆ ระบุ.....

## 6. คะแนนอาการ

( ) ซึมเศร้า.....คะแนน

( ) ครั่นเกรง/รำเรงผิดปกติ .....คะแนน

7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตั้งแต่เริ่มต้น.....ปี .....เดือน

8. จำนวนครั้งที่ป่วยรุนแรง.....ครั้ง

9. จำนวนครั้งต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล.....ครั้ง

## ตอนที่ 2

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่านแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสม และเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อที่	ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันใหม่(ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบมีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวังวิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมาากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างไรที่ผ่านมาแค่ไหน					

ข้อที่	ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่ไหน					
15	ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อย เพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อย เพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ ตามความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน มากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อย เพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิต ทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้ว ท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การ ช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ ในระดับใด					



### แบบประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรค  
อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว	ใช่	ไม่ใช่
1.	โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ โดยมีความร้ายแรง มีความคิด และการแสดงอารมณ์ที่มากผิดปกติอย่างน้อยหนึ่งครั้งหรือมากกว่า อาจมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้		
2.	ด้านอาการซึมเศร้า มีอาการเด่น คือ เศร้า เบื่อหน่ายท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า สิ้นหวัง และมีความคิดอยากตาย		
3.	ด้านอาการเมเนีย มีอาการเด่น คือ มีอารมณ์ร้ายแรงสนุกสนานผิดปกติ พุดมาก หงุดหงิดง่าย และมีกิจกรรมมากมาย		
4.	ปัญหาการนอนไม่หลับ ตื่นกลางดึก หรือหลับมากเกินไป มักพบในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า		
5.	ผู้ป่วยที่มีอาการเมเนียมักจะนอนน้อยกว่าคนปกติ		
6.	ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงมักมีความคิดอยากตาย		
7.	ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วช่วงที่มีอาการซึมเศร้ามักมีการแยกตัว ไม่อยากพบเจอผู้คน		
8.	ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วช่วงที่มีอาการเมเนีย มักจะวุ่นวาย และเจ้ากี้เจ้าการให้คนอื่นทำอย่างที่ต้องการ		
9.	ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วช่วงที่มีอาการซึมเศร้า จะรู้สึกเบื่อหน่าย และไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ		
10.	ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วช่วงที่มีอาการเมเนีย มักจะมีพฤติกรรมที่มากกว่าปกติ เช่น ใช้จ่ายเงินฟุ่มเฟือย ลงทุนทำกิจการโดยไม่รอบคอบ		
11.	การนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้อาการของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กำเริบ		

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว	ใช่	ไม่ใช่
12.	ความผิดปกติของสารสื่อประสาท สารเคมีประสาท หรือ ฮอร์โมนอื่นๆ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว		
13.	พันธุกรรมเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว		
14.	การกำเริบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากความเครียด		
15.	ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด เช่น เหล้า มักมีความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคสูง		
16.	การรักษาด้วยยาให้ได้ผลดีจำเป็นต้องได้รับต่อเนื่อง และสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง		
17.	การรักษาด้วยยามีความสำคัญ คือ ช่วยให้อาการทางจิตสงบ		
18.	ผู้ป่วยบางรายเมื่อรับประทานยารักษาอาการทางจิตอาจพบอาการข้างเคียงจากยา เช่น ง่วงนอน เคนเซ มือสั่น		
19.	อาการที่เทียบเป็นพิษ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว มึนงง สับสน		
20.	การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้อาการดีขึ้น		
21.	ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำเป็นต้องมีการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เช่น เมื่อรู้สึกเครียดต้องรีบจัดการแก้ไข ความรู้สึกเครียดให้ลดลง		
22.	การดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไปด้วยการทำกิจวัตรประจำวันที่สม่ำเสมอ เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ เป็นการป้องกันอาการกำเริบของโรค		
23.	ช่วงที่มีอาการซึมเศร้าท่านควรมีกิจกรรมต่างๆเพิ่มขึ้น โดยเน้นกิจกรรมที่มีความเพลิดเพลิน และสนุกสนาน		
24.	ช่วงที่มีอาการเมเนีย ท่านควรควบคุมตนเองให้มีกิจกรรมต่างๆ ลดลง เช่น การหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม โดยเลือกที่จะอยู่บ้านแทน		
25.	การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นการป้องกันอาการกำเริบ		
26.	เมื่ออาการดีขึ้นท่านควรหยุดรับประทานยา		
27.	การเจาะเลือดเมื่อมาพบแพทย์เป็นการตรวจระดับยาในเลือดก่อนที่แพทย์จะสั่งยาครั้งต่อไป		

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว	ใช่	ไม่ใช่
28.	การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ หรือ 8 ชั่วโมง/วัน จะช่วยลดอาการกำเริบได้		
29.	เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคควรหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด เช่น สุรายาบ้า		
30.	เมื่อเกิดอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว มีนงง สับสน ท่านต้องหยุดยา มื้อต่อไปทันที		

### แบบวัดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเชิงลบ (Negative Event Scale)

ให้คุณคิดถึงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเชิงลบ (ที่สร้างความยุ่งยาก) ที่คุณได้พบ ในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเชิงลบ หมายถึงสิ่งเล็กๆน้อยๆที่เกิดขึ้นในแต่ละวันที่ทำให้ผู้คนรู้สึกยุ่งยาก เหตุการณ์เหล่านี้สามารถทำให้ผู้คนรู้สึกทุกข์ทรมานไม่มีความสุข รู้สึกผิด หรือกลัวเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเชิงลบยังสามารถทำให้ผู้คนรู้สึกไม่เป็นมิตร นุนเฉียวง่าย กังวลใจ กลัว ละอายใจหรือผิดหวังรายชื่อของเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเชิงลบต่างๆได้แสดงไว้ข้างล่างนี้ก่อนอื่น

โปรดพิจารณาแต่ละเหตุการณ์ว่าเกิดขึ้นใน ช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา หรือไม่ จากนั้นให้พิจารณาว่าคุณมีความยุ่งยากเพียงไร วงกลมรอบหมายเลขที่ตรงกับประสบการณ์ของคุณมากที่สุด

#### ข้อควรจำที่สำคัญ:

- กรุณาตอบทุกคำถาม โดยเลือกวงกลมหนึ่งหมายเลขในแต่ละข้อ ถึงแม้ว่าจะไม่มีความยุ่งยากเกิดขึ้น
- พิจารณาแต่ละเหตุการณ์ โดยคิดถึง ช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมาเท่านั้น

เหตุการณ์ด้านลบนี้สร้าง	0= เหตุการณ์ไม่ได้เกิดขึ้น
ความยุ่งยากใจมากเพียงไร?	1= เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น แต่ไม่มีความยุ่งยากใจ
	2= เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น และมีความยุ่งยากใจเล็กน้อย
	3= เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น และมีความยุ่งยากใจปานกลาง
	4= เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น และมีความยุ่งยากใจมาก
ในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา	5= เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น และมีความยุ่งยากใจมากที่สุด

### ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน

1. ถูกตอบโต้ในทางลบ จากเพื่อน	0	1	2	3	4	5
2. การสื่อสารในทางลบ กับเพื่อน	0	1	2	3	4	5
3. ความขัดแย้งกับเพื่อน	0	1	2	3	4	5
4. ความเห็นไม่ลงรอย (รวมถึงการโต้เถียง) กับเพื่อน	0	1	2	3	4	5

### ปัญหาเกี่ยวกับครู/คณาจารย์ (แฟน)

5. การสื่อสารในทางลบ กับครู/คณาจารย์ (แฟน)	0	1	2	3	4	5
6. ความขัดแย้ง กับครู/คณาจารย์ (แฟน)	0	1	2	3	4	5
7. ความเห็นไม่ลงรอย (รวมถึง การโต้เถียง) กับครู/คณาจารย์ (แฟน)	0	1	2	3	4	5
8. ถูกปฏิเสธ/ไม่ยอมรับจากครู/คณาจารย์ (แฟน)	0	1	2	3	4	5
9. ครู/คณาจารย์ (แฟน) ของคุณทำให้คุณผิดหวัง	0	1	2	3	4	5

### งาน

10. ลักษณะของการทำงาน (ถ้าได้รับการจ้างงาน) เช่น งานให้บริการ การดูแลผู้อื่น การประสานงานกับบุคคลอื่น	0	1	2	3	4	5
11. ปริมาณงานของคุณ เช่น งานหนักมากเกินไป งานน้อยเกินไป	0	1	2	3	4	5
12. ต้องทำงานให้สำเร็จตามกำหนดเวลา หรือเป้าหมาย	0	1	2	3	4	5
13. ต้องใช้ความชำนาญ หรือความสามารถในการทำงาน	0	1	2	3	4	5

เหตุการณ์ด้านลบนี้สร้าง ความยุ่งยากใจมากเพียงไร?	0= เหตุการณ์ไม่ได้เกิดขึ้น	1= เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น แต่ไม่มีความยุ่งยากใจ	2= เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นและมีความยุ่งยากใจเล็กน้อยมาก	3= เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น และมีความยุ่งยากใจบ้าง	4= เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น และมีความยุ่งยากใจมาก	5= เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น และมีความยุ่งยากใจมากที่สุด
<b>ในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา</b>						
<b>เงิน</b>						
14. มีเงินไม่เพียงพอสำหรับใช้จ่ายในสิ่งจำเป็น (เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยการดูแลสุขภาพ)	0	1	2	3	4	5
15. มีเงินไม่เพียงพอสำหรับการศึกษา	0	1	2	3	4	5
16. มีเงินไม่เพียงพอสำหรับเรื่องฉุกเฉิน	0	1	2	3	4	5
17. มีเงินไม่เพียงพอสำหรับสิ่งเพิ่มเติมนอกเหนือจากสิ่งจำเป็น(เช่น สิ่งบันเทิง การพักผ่อนหย่อนใจวันหยุด ฯลฯ)	0	1	2	3	4	5
<b>ปัญหากับบุตร</b>						
18. การสื่อสารในทางลบ กับบุตรของคุณ	0	1	2	3	4	5
19. ความขัดแย้งกับบุตรของคุณ	0	1	2	3	4	5
20. ความเห็นไม่ลงรอย(รวมถึงการโต้เถียง)กับบุตรของคุณ	0	1	2	3	4	5
<b>วิชาเรียน</b>						
21. ปริมาณการเรียนของคุณ เช่น จำนวนหน่วยกิตมากเกินไป การบ้านมากเกินไป	0	1	2	3	4	5
22. การกำหนดภาระส่งงานให้แล้วเสร็จของการเรียนวิชาเรียน	0	1	2	3	4	5
23. ความกดดันเรื่องเวลาเช่นการแบ่งเวลาเรียนน้อยเกินไป	0	1	2	3	4	5
24. ปัญหาในการทำการบ้าน/รายงานให้เสร็จ	0	1	2	3	4	5
<b>ปัญหากับครู อาจารย์</b>						
25. การสื่อสารในทางลบ กับครู อาจารย์	0	1	2	3	4	5
26. ถูกตอบโต้ในทางลบ จากครู อาจารย์	0	1	2	3	4	5
27. ความขัดแย้งกับครู อาจารย์	0	1	2	3	4	5
28. ความเห็นไม่ลงรอย (รวมถึงการโต้เถียง) กับครู อาจารย์	0	1	2	3	4	5

เหตุการณ์ด้านลบนี้สร้าง	0= เหตุการณ์ไม่ได้เกิดขึ้น
ความยุ่งยากใจมากเพียงไร?	1= เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น แต่ไม่มีความยุ่งยากใจ 2= เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น และมีความยุ่งยากใจเล็กน้อยมาก 3= เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น และมีความยุ่งยากใจบ้าง 4= เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น และมีความยุ่งยากใจมาก
ในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา	5= เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น และมีความยุ่งยากใจมากที่สุด

#### ปัญหาเกี่ยวกับบิดามารดาของตน หรือบิดามารดาของกลุ่มครอบครัว

29. การสื่อสารในทางลบ กับบิดามารดา หรือบิดามารดาของกลุ่มครอบครัว	0	1	2	3	4	5
30. ความขัดแย้งกับบิดามารดาหรือบิดามารดาของกลุ่มครอบครัว	0	1	2	3	4	5
31. ความเห็นไม่ลงรอย (รวมถึงการโต้เถียง) กับบิดามารดาหรือบิดามารดาของกลุ่มครอบครัว	0	1	2	3	4	5
32. ถูกตอบโต้ในทางลบ จากบิดามารดาหรือหรือบิดามารดาของ กลุ่มครอบครัว	0	1	2	3	4	5

#### ปัญหาเกี่ยวกับนักเรียนอื่น

33. การสื่อสารในทางลบ กับนักเรียนอื่น	0	1	2	3	4	5
34. ความขัดแย้งกับนักเรียนอื่น	0	1	2	3	4	5
35. ความเห็นไม่ลงรอย (รวมถึงการโต้เถียง) กับนักเรียนอื่น	0	1	2	3	4	5
36. การมีกิจกรรมหรืองานร่วมกับนักเรียนอื่น	0	1	2	3	4	5

#### ปัญหาเกี่ยวกับญาติ พี่น้อง

37. ความขัดแย้งกับญาติ พี่น้อง	0	1	2	3	4	5
38. ความเห็นไม่ลงรอย (รวมถึงการโต้เถียง) กับญาติ พี่น้อง	0	1	2	3	4	5
39. ถูกตอบโต้ในทางลบ จากญาติ พี่น้อง เช่น ถูกตำหนิต่อว่า	0	1	2	3	4	5
40. การมีกิจกรรมหรืองานร่วมกับญาติ พี่น้อง	0	1	2	3	4	5

เหตุการณ์ด้านลบนี้สร้าง	0= เหตุการณ์ไม่ได้เกิดขึ้น
ความยุ่งยากใจมากเพียงไร?	1= เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น แต่ไม่มีความยุ่งยากใจ
	2= เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นและมีความยุ่งยากใจเล็กน้อยมาก
	3= เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น และมีความยุ่งยากใจบ้าง
	4= เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น และมีความยุ่งยากใจมาก
ในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา	5= เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น และมีความยุ่งยากใจมากที่สุด
<b>ปัญหาด้านสุขภาพ</b>	
41. สุขภาพของคุณ	0 1 2 3 4 5
42. สมรรถภาพทางร่างกายของคุณ	0 1 2 3 4 5
43. การได้รับการรักษาพยาบาลของคุณ	0 1 2 3 4 5
44. การเจ็บป่วย (เช่น ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดทั่วไป)	0 1 2 3 4 5
<b>ปัญหากับหัวหน้างาน/นายจ้าง</b>	
45. ถูกตอปปิดในทางลบ จากหัวหน้างาน/นายจ้าง	0 1 2 3 4 5
46. การสื่อสารในทางลบ กับหัวหน้างาน/นายจ้าง	0 1 2 3 4 5
47. ความขัดแย้งกับหัวหน้างาน/นายจ้าง	0 1 2 3 4 5
48. ความเห็นไม่ลงรอย(รวมถึงการโต้เถียง)กับหัวหน้างาน/นายจ้าง	0 1 2 3 4 5
<b>ความยุ่งยากใจในการหางานทำ</b>	
49. การหางานประจำที่มีนายจ้าง (เช่น การสัมภาษณ์งาน การบรรจุตำแหน่งงาน)	0 1 2 3 4 5
50. การหางานทั่วไปที่ก่อให้เกิดรายได้	0 1 2 3 4 5
51. ปัญหาในการหางานประจำที่มีนายจ้าง	0 1 2 3 4 5
52. ปัญหาในการจ้างงาน (เช่น การหางาน การสูญเสียงาน)	0 1 2 3 4 5
<b>ปัญหาด้านข้อจำกัดในการเรียน</b>	
53. ไม่ได้รับคะแนน (ผลการเรียน) ตามที่คาดหวัง	0 1 2 3 4 5
54. ความสามารถในการเรียนไม่ใช่ออย่างที่คิด	0 1 2 3 4 5
55. ไม่เข้าใจบทเรียนบางวิชา	0 1 2 3 4 5
<b>ความสนใจในวิชาเรียน</b>	
56. วิชาเรียนไม่ตรงกับอาชีพการงานในอนาคต	0 1 2 3 4 5
57. วิชาเรียนน่าเบื่อ	0 1 2 3 4 5



### แบบวัดอาการซึมเศร้าซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale: MADRS)

**คำชี้แจง** โปรดเลือกทำเครื่องหมาย / ให้ตรงกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับท่าน  
เพียงข้อเดียว

**1. ความซึมเศร้าที่ปรากฏให้เห็น** หมายถึง ความสลดใจความเศร้า และ ความสิ้นหวัง (ไม่ได้เป็นเพียง  
ความเบื่อหน่าย ซึ่งเกิดขึ้นเพียงชั่วครั้งชั่วคราว) โดยสะท้อนออกมาเป็นคำพูด การแสดงออกทางสี  
หน้าและท่าทาง ประเมินจากความรุนแรงและความไม่สามารถที่จะร่าเริงและมีความสุขมีชีวิตชีวา

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

**2. ความซึมเศร้าที่รายงาน**

ปรากฏชัดถึงอารมณ์ที่รู้สึกหดหู่ โดยไม่คำนึงถึงว่าจะแสดงออกหรือไม่ รวมถึงความเบื่อหน่าย  
ความสนใจ หรือความรู้สึกสิ้นหวัง คงไม่มีใครช่วยเหลือได้

**ประเมิน** ตามความรุนแรงความถี่ ระยะเวลาและผลกระทบของเหตุการณ์ต่ออารมณ์และ ความรู้สึก

- 0 มีความซึมเศร้าเป็นครั้งคราว เหมาะสมกับเหตุการณ์
- 1
- 2 รู้สึกซึมเศร้าและเบื่อหน่าย แต่สดชื่นได้โดยไม่ยาก
- 3
- 4 มีอารมณ์เศร้าและหดหู่ไปทุกเรื่อง แต่อารมณ์ยังเปลี่ยนแปลงตามสิ่งแวดล้อม  
ภายนอก
- 5
- 6 มีอารมณ์เศร้าต่อเนื่อง หรือสลดใจอยู่ตลอดเวลาโดยไม่เปลี่ยนแปลงตามเหตุการณ์

### 3. ความตึงเครียดที่อยู่ภายใน

หมายถึง ความรู้สึกไม่สบาย อึดอัดใจจนบอกไม่ถูก ความฟุ้งฟ่วนในใจ ความตึงเครียด อาจมากจนเป็นความตึงเครียดอย่างรุนแรง หวาดกลัว หรือความปวดร้าวภายในจิตใจ

**ประเมินตาม** ความรุนแรง ความถี่ ระยะเวลา และความต้องการที่จะแสวงหาสิ่งภายนอกเพื่อให้เกิดความมั่นใจ

- 0 จิตใจสงบ มีเพียงความเครียดภายในชั่วครั้งชั่วคราว
- 1
- 2 รู้สึกฉุนเฉียว หงุดหงิดในบางครั้ง
- 3
- 4 ความรู้สึกตึงเครียดภายในอย่างต่อเนื่อง หรือความตึงเครียดอย่างรุนแรงเป็นระยะๆ ซึ่งสามารถควบคุมได้ด้วยความยากลำบาก
- 5
- 6 ความหวาดกลัวที่ไม่ได้ผ่อนคลายลงหรือความปวดร้าว ความตึงเครียดอย่างท่วมท้น

### 4. การนอนหลับที่ลดลง

หมายถึง ระยะเวลาหรือความลึกของการนอนหลับที่ลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับการนอนหลับตามปกติของตัวเองเมื่อตอนสบายดี

- 0 หลับตามปกติ
- 1
- 2 หลับได้ยากเล็กน้อย
- 3
- 4 การนอนลดลงหรือมีปัญหาไปอย่างน้อย 2 ชม.
- 5
- 6 หลับได้น้อยกว่า 2-3 ชม.

### 5. ความอยากอาหารลดลง

หมายถึง ความสูญเสียความอยากอาหาร เมื่อเปรียบเทียบกับตอนสบายดี ประเมินโดย ความเบื่ออาหาร หรือความจำเป็นที่ต้องมีการบังคับให้กินอาหาร

- 0 ความอยากอาหารปกติหรือเพิ่มขึ้น
- 1
- 2 ความอยากอาหารที่ลดลงเล็กน้อย
- 3
- 4 ไม่มีความอยากอาหาร รู้สึกอาหารไม่มีรสชาติ
- 5
- 6 มีความจำเป็นที่ต้องมีการกระตุ้นให้กินอาหาร

### 6. ปัญหาในการรวบรวมสมาธิ

หมายถึง ความขวาลำบากในการรวบรวมความคิดอย่างมีประสิทธิภาพไปจนถึงการขาดสมาธิ ประเมินตาม ความรุนแรง ความถี่ และระดับของความไม่มีสมาธิ

- 0 ไม่มีความยุ่งยากในการรวบรวมสมาธิ
- 1
- 2 มีความขวาลำบากเป็นครั้งคราวในการรวบรวมความคิด
- 3
- 4 คงสมาธิ หรือคิดอย่างต่อเนื่องในการอ่าน หรือการสนทนาได้ลำบาก
- 5
- 6 ไม่สามารถที่จะอ่านหรือพูดคุยในเรื่องง่าย ความหวาดกลัวที่ไม่ได้ผ่อนคลายลง หรือมีความปวดร้าวตลอดเวลาความตื่นตระหนกอย่างท่วมท้น

## 7. ความอ่อนเปลี้ยเพลียแรง

แสดงออกถึงความยากในการริเริ่มทำสิ่งต่างๆ หรือความเชื่องช้าในการทำกิจวัตรประจำวัน

- 0 เริ่มทำสิ่งต่างๆ ได้โดยไม่อยากลำบาก ไม่มีความเชื่องช้า
- 1
- 2 มีความอยากลำบากเป็นครั้งคราวในการรวบรวมความคิด
- 3
- 4 คงสมาธิ หรือคิดอย่างต่อเนื่องในการอ่าน หรือการสนทนาได้ลำบาก
- 5
- 6 ไม่สามารถที่จะอ่านหรือพูดคุยในเรื่องง่าย ความหวาดกลัวที่ไม่ได้ผ่อนคลายลง หรือมีความปวดร้าวตลอดเวลาความตื่นตระหนกอย่างท่วมท้น

## 8. การตอบสนองทางอารมณ์ที่ลดลง

หมายถึง รู้สึกถึงการขาดความสนใจในสิ่งรอบตัว หรือกิจกรรมที่เคยสร้างความพึงพอใจในยามปกติ มีการลดลงในความสามารถที่จะโต้ตอบด้วยอารมณ์ที่พอเพียงต่อสถานการณ์หรือบุคคล

- 0 มีความสนใจปกติต่อสิ่งรอบข้างและผู้คน
- 1
- 2 ลดความสามารถที่จะสนุกสนานกับสิ่งที่สนใจตามปกติ
- 3
- 4 เสียความสนใจในสิ่งรอบข้าง สูญเสียความรู้สึกต่อเพื่อนและคนคุ้นเคย
- 5
- 6 รู้สึกเหมือนอารมณ์เสียไปหมด จนไม่สามารถจะโกรธ โศกเศร้า หรือผลิตเพลิน แม้แต่กับญาติ และเพื่อนสนิท

## 9. ความคิดในด้านลบ

แสดงออกโดยความรู้สึกผิด ต่ำต้อย ต่ำหนืดตนเอง บาป เสร้า และหายนะ

- 0 ไม่มีความคิดในด้านลบ
- 1
- 2 ความคิดวนเวียนเกี่ยวกับความล้มเหลว ต่ำหนืดตนเอง หรือค้อยค่าในตนเอง
- 3
- 4 การกล่าวโทษตนเองตลอดเวลา หรืออย่างซัดเซ้ง แต่ยังมีความคิดอย่างมีเหตุผลต่อความรู้สึกผิดหรือบาปหรือมีความคิดในด้านลบเกี่ยวกับอนาคตเพิ่มขึ้น
- 5
- 6 คิดหลงผิดเกี่ยวกับความเสร้า ความหายนะ หรือบาปที่ไม่สามารถไถ่ถอนได้ การกล่าวโทษตัวเองที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถปรับเปลี่ยนโดยง่าย

## 10. ความคิดฆ่าตัวตาย

แสดงถึงความคิดว่าชีวิตไร้ค่าที่จะอยู่ต่อไป มองการตายว่าเป็นสิ่งยอมรับได้ มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย มีการเตรียมการที่จะฆ่าตัวตาย (พฤติกรรมที่พยายามจะฆ่าตัวตายไม่ควรนำมาใช้ประเมิน)

- 0 มีความสุขกับการมีชีวิต
- 1
- 2 เบื่อหน่ายชีวิต มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายชั่วครั้งชั่วคราว
- 3
- 4 มีความคิดว่าบางครั้งควรตายดีกว่าอยู่ ความคิดที่จะฆ่าตัวตายเป็นเรื่องธรรมดา มองว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกที่เหมาะสม แต่ยังไม่ถึงกับมีแผนหรือความตั้งใจที่แน่นอน
- 5
- 6 มีการเตรียมพร้อมที่จะฆ่าตัวตาย มีแผนที่ชัดเจนสำหรับการฆ่าตัวตายเมื่อมีโอกาส

### แบบวัดอาการแมเนีย (Thai Young Mania Rating Scale)

**คำชี้แจง** โปรดเลือกทำเครื่องหมาย / ให้ตรงกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับท่าน  
เพียงข้อเดียว

#### 1. อารมณ์ครื้นเครง

0. ไม่มี

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

#### 2. การเพิ่มขึ้นของการทำกิจกรรม การเคลื่อนไหว

0. ไม่มี

1. เพิ่มขึ้นโดยความรู้สึกของผู้ป่วย
2. กระปรี้กระเปร่าร่าเริง, แสดงท่าทางมากขึ้น
3. มีพลังเหลือเฟือ, ทำกิจกรรมมากเกินไปบางครั้ง, อยู่ไม่สุข กระวนกระวาย (สามารถทำให้สงบได้)
4. ท่าทางตื่นตัวมาก, ทำกิจกรรมมากตลอดเวลา (ไม่สามารถทำให้สงบได้)

#### 3. ความสนใจทางเพศ

0. ปกติ, ไม่เพิ่มขึ้น

1. เพิ่มขึ้นเล็กน้อย หรืออาจจะเพิ่มขึ้น
2. เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนโดยความรู้สึกของผู้ป่วย จากการซักถาม
3. พุดคุยถึงเรื่องทางเพศขึ้นมาเอง, ต่อเติมรายละเอียดเนื้อหาเรื่องทางเพศ, พุดถึงตัวเองว่ามีความต้องการทางเพศสูง
4. แสดงพฤติกรรมทางเพศมากเกินไป (ต่อผู้ป่วยคนอื่น, เจ้าหน้าที่หรือผู้สัมภาษณ์)

#### 4. การนอนหลับ

0. รายงานว่าการนอนหลับไม่ลดลง
1. นอนหลับน้อยกว่าปกติประมาณ 1 ชั่วโมง
2. นอนหลับน้อยกว่าปกติมากกว่า 1 ชั่วโมง
3. รายงานว่าความต้องการนอนหลับลดลง
4. ปฏิเสธความต้องการในการนอนหลับ

#### 5. ความหงุดหงิด

0. ไม่มี
1. หงุดหงิดมากขึ้นโดยความรู้สึกของผู้ป่วย
2. หงุดหงิดฉุนเฉียวระหว่างสัมภาษณ์บางครั้ง, แสดงความโกรธ หรือแสดงความรำคาญเป็นช่วง ๆ ในขณะที่  
อยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่ในระยะเวลาไม่นานมานี้
3. มีอาการหงุดหงิดฉุนเฉียวบ่อยระหว่างสัมภาษณ์, แสดงมารยาทไม่ดีตลอดเวลา
4. ทำทางก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร, ไม่ให้ความร่วมมือ, ไม่สามารถทำการสัมภาษณ์ได้

#### 6. การพูด (อัตราเร็วและจำนวนคำพูด)

0. ไม่เพิ่มขึ้น
1. รู้สึกว่าช่างพูดคุย
2. พูดเร็วขึ้น หรือพูดมากขึ้นเป็นบางครั้ง, พูดมากเกินไปจนจำเป็น ในบางครั้ง
3. พูดอย่างรวดเร็ว, พูดเร็วขึ้นหรือพูดมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง, ยากที่จะขัดจังหวะ
4. พูดอย่างพร่งพรั่ง, ไม่สามารถขัดจังหวะการพูดได้, พูดตลอดเวลา

## 7. ภาษา- ความผิดปกติของความคิด

### 0. ไม่มี

1. พูดอ้อมค้อม, วอกแวกง่ายเล็กน้อย, ความคิดเร็ว
2. วอกแวกง่าย, ไม่มีจุดหมายของความคิด, เปลี่ยนหัวข้อสนทนาบ่อย, ความคิดแล่นเร็ว
3. ความคิดแล่นเร็วมากหลายเรื่อง, พูดไม่ตรงประเด็น, ติดตามเนื้อหาของเรื่องได้ยาก, พูดเป็นจังหวะคล่องจอง, พูดคำหรือประโยคตามซ้ำ ๆ
4. เนื้อหาคำพูดไม่ปะติดปะต่อ, ไม่สามารถทำการสื่อสารได้

## 8. เนื้อหาความคิด

### 0. ปกติ

1. นำสงสัยว่ามีแผนการ, มีความสนใจเรื่องใหม่ๆ
2. มีโครงการพิเศษหนึ่งหรือหลายโครงการ, สนใจทางศาสนามาก
3. ความคิดมั่นใจในความสามารถตนเองสูง หรือความคิดหวาดระแวง, คิดว่าคนอื่นพูดถึงตัวเอง
4. ความคิดหลงผิด, ประสาทหลอน

## 9. พฤติกรรมก่อความวุ่นวาย-ก้าวร้าว

### 0. ไม่มี, ให้ความร่วมมือ

1. พูดเหน็บแนมเสียงดังบางเวลา, ระแวงระวัง ปกป้องตัวเอง
2. เรียกร้องความต้องการมาก, คุกคามผู้อื่นขณะที่อยู่ในการดูแลของเจ้าหน้าที่
3. คุกคามผู้สัมภาษณ์, ตะโกน, ทำการสัมภาษณ์ได้ยาก
4. จู้โจมทำร้าย, พฤติกรรมแสดงการทำลาย, ไม่สามารถทำการสัมภาษณ์ได้

## 10. ลักษณะภายนอก การแต่งตัว

### 0. สวมใส่เสื้อผ้าและแต่งตัวอย่างเหมาะสม

1. แต่งกายไม่สะอาดเรียบร้อยบ้าง
2. แต่งกายไม่เรียบร้อย, ผมยุงเหยง, แต่งตัวมากเกินไป
3. ผมเป็นกระเซิง เสื้อผ้าไม่สะอาด, ใส่เสื้อผ้าไม่ปกปิดมิดชิด, แต่งหน้าเข้มจัด
4. แต่งกายไม่สะอาดเรียบร้อยเลย, ใส่เครื่องประดับมากเกินไป, ใส่เสื้อผ้าแปลก ๆ



## 11. ความเข้าใจตนเอง

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

ภาคผนวก จ.

ข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
ใบความยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิต

ในผู้ป่วย โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ชื่อผู้วิจัย นางบุญเยี่ยม คำชัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 112 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เขต คลองสาน กรุงเทพฯ 10600

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวกที่สุด 08-6366-2689

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอย่างไร รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย

2. โครงการวิจัยนี้ศึกษา ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน สองขั้ว

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่

3.1 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อน และหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

3.2 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีดังนี้

4.1 เป็นผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD-10)

4.2 มีอายุระหว่าง 18-59ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

4.3 ได้รับการประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale: MADRS) มีคะแนนต่ำกว่า 34 คะแนน ซึ่งมีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับกลาง และประเมินอาการเมเนียโดยใช้แบบวัดอาการเมเนีย (Thai Mania Rating Scale: TMRS) มีคะแนนต่ำกว่า 26 คะแนนหรือมีอาการรุนแรงอยู่ในระดับกลางถึงมาก

4.4 สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง

4.5 เป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

4.6 ไม่เคยได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา

4.7 ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยจำนวน 36 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยเลือกจากแผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เนื่องจากเป็นสถาบันเฉพาะทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร อีกทั้งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชทั่วประเทศครอบคลุมการให้บริการทั้ง 4 มิติ

5. กระบวนการการวิจัย ครั้งนี้เป็นการศึกษา วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Posttest Control Group Design) มีการกระทำต่อกลุ่มประชากร คือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เรื่อง ผลของการใช้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยใช้เครื่องมือในการวิจัย 4 ประเภท คือ

- 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม
- 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่
  - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
  - ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต
- 3) เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบไปด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่
  - ชุดที่ 1 แบบวัดความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
  - ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้สึกเชิงลบ
- 4) เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบไปด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่
  - ชุดที่ 1 แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale: MADRS)
  - ชุดที่ 2 แบบวัดอาการเมเนีย (Thai Mania Rating Scale: TMRS)

ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการ และจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย คือ

- 1) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ และลดการป่วยซ้ำ
- 2) เพื่อพัฒนาบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

7. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ได้ที่เบอร์โทร 08-6366-2689

8. ในการขอข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อนที่จะทำการศึกษา

9. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา การกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

10. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-22188147

โทรสาร 0-22188147 E-mail: eccu@chula.ac.th

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

## (Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ชื่อ โครงการวิจัย ผลของสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอารมณ์  
แปรปรวน สองขั้ว

ชื่อผู้วิจัย นางบุญเยี่ยม คำชัย นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา พยาบาลศาสตร์  
สุขภาพจิตและจิตเวช

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) 112 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เขต คลองสาน  
กรุงเทพฯ 10600 โทรศัพท์ 08-6366-2689

เลขที่ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....

ข้าพเจ้าชื่อ/นามสกุล.....ได้รับคำอธิบายอย่าง

ชัดเจนจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น  
จากการวิจัยเรื่องนี้จนเข้าใจอย่างดี ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มี  
ส่วนร่วมในการวิจัย และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐานอ้างอิง ข้าพเจ้าได้  
รับคำรับรองจากผู้วิจัยว่าจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับ  
ข้าพเจ้าจะรักษาไว้เป็นความลับ ข้าพเจ้าเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจภายใต้เงื่อนไขที่  
ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอน  
ตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดๆ แก่  
ข้าพเจ้าทั้งสิ้น หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่  
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์  
0-22188147 โทรสาร 0-22188147 E-mail: eccu@chula.ac.th ข้าพเจ้าจึงได้ลงนามไว้ท้ายหนังสือนี้

ลงชื่อ.....

(นางบุญเยี่ยม คำชัย)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

(.....)

พยาน

ภาคผนวก จ.

ผลการพิจารณาริยธรรมการวิจัย

คะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังทดลอง (Post-test)



เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

.....  
โครงการวิจัยเรื่อง ผลของสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ผู้ดำเนินการวิจัยโดย นางบุญเยี่ยม คำชัย

สถานที่ดำเนินการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลาดำเนินการ พฤษภาคม ๒๕๕๔ - กันยายน ๒๕๕๔

เอกสารที่อนุมัติ

โครงการวิจัยเรื่อง “ผลของสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว”

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาโครงการแล้ว คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

๑ ๖

(นายสินเงิน สุขสมปอง)

ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



## คะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังทดลอง (Post-test)

คนที่	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
1	62	ปานกลาง	69	ปานกลาง	62	ปานกลาง	68	ปานกลาง
2	61	ปานกลาง	64	ปานกลาง	70	ปานกลาง	66	ปานกลาง
3	79	ปานกลาง	82	ปานกลาง	81	ปานกลาง	77	ปานกลาง
4	60	ไม่ดี	75	ปานกลาง	89	ปานกลาง	83	ปานกลาง
5	76	ปานกลาง	82	ปานกลาง	86	ปานกลาง	89	ปานกลาง
6	83	ปานกลาง	96	ดี	76	ปานกลาง	69	ปานกลาง
7	84	ปานกลาง	84	ปานกลาง	95	ปานกลาง	94	ปานกลาง
8	76	ปานกลาง	86	ปานกลาง	83	ปานกลาง	78	ปานกลาง
9	75	ปานกลาง	85	ปานกลาง	95	ปานกลาง	94	ปานกลาง
10	112	ดี	118	ดี	79	ปานกลาง	85	ปานกลาง
11	105	ดี	120	ดี	72	ปานกลาง	72	ปานกลาง
12	87	ปานกลาง	92	ปานกลาง	91	ปานกลาง	89	ปานกลาง
13	91	ปานกลาง	96	ดี	81	ปานกลาง	77	ปานกลาง
14	96	ดี	99	ดี	94	ปานกลาง	90	ปานกลาง
15	72	ปานกลาง	84	ปานกลาง	90	ปานกลาง	85	ปานกลาง
16	92	ปานกลาง	103	ดี	89	ปานกลาง	93	ปานกลาง
17	85	ปานกลาง	100	ปานกลาง	91	ปานกลาง	85	ปานกลาง
18	90	ปานกลาง	98	ดี	74	ปานกลาง	67	ปานกลาง

จากตาราง กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนทดลอง มีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ไม่ดี (20-60คะแนน) จำนวน 1 คน ระดับปานกลาง (61 – 95 คะแนน) จำนวน 14 คน ระดับดี (96 -130 คะแนน) จำนวน 3 คน และ ภายหลังกการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (61– 95 คะแนน) จำนวน 11 คน ระดับดี (96 -130 คะแนน) จำนวน 7 คน ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ก่อนทดลองมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (61– 95 คะแนน) จำนวน 18 คน และ หลังการทดลองมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (61– 95 คะแนน) จำนวน 18 คน

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางบุญเยี่ยม คำชัย  
วัน เดือน ปีเกิด 11 มกราคม 2518  
สถานที่เกิด จังหวัดขอนแก่น  
ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี วชิระ  
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรระดับต้นปีการศึกษา 2539  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี  
พยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2549

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน  
พยาบาลประจำการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา  
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02- 4370200-8 ต่อ 4456-4458  
(มือถือ) 086- 3662689

ที่อยู่ 112 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เขต คลองสาน กรุงเทพฯ 10600