

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

ผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

สกุรัตน์ เรืองอุไร

- 1 ซี.ศ. 2560

369077

Th 000114-2

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

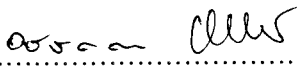
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

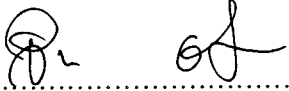
ตุลาคม 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ สกุรัตน์ เรืองอุไร ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัย
บูรพาได้

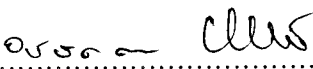
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

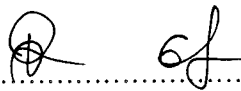

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนัดดา แนบเกษร)

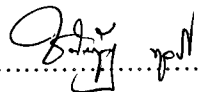

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ดร.จิมห์จู้หา ชัยเสนา ดาลาส)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธาน
(นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนัดดา แนบเกษร)


.....กรรมการ
(ดร.จิมห์จู้หา ชัยเสนา ดาลาส)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชญชิตาคุษฎี ทูลศิริ)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัยบูรพา


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 11 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2559

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างงดงามด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดี จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนัดดา แนบเกษร อาจารย์ผู้ให้ความรู้ ชี้แนะแนวทาง ในการทำการวิจัยเป็นทั้งกำลังใจและแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่น ที่จะทำวิทยานิพนธ์ ให้สำเร็จ ตลอดจนให้ความเมตตา เอาใจใส่ และให้กำลังใจ แก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ที่ให้ประสบการณ์ที่มีคุณค่าจากการทำวิจัย ประจักษ์ผู้เป็นดั่งเรือจ้าง ส่งลูกศิษย์ให้ถึงฝั่ง ขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ ดร. จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับ ทฤษฎีการบำบัดที่เน้นการหาทางออกที่เป็นเครื่องในการวิจัย รวมทั้งให้กำลังใจเป็นอย่างดีซึ่งตลอด การวิจัย

ขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาช่วยให้ วิทยานิพนธ์นี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอบพระคุณ แพทย์หญิงมุกดา พนาสถิตย์ จิตแพทย์โรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่กรุณาให้ความรู้และคำปรึกษาในการใช้เครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ นายแพทย์จิตตินันต์ หะวานนท์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ คุณพนิดา บุตรดิวงษ์ หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลผู้ป่วยนอก สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติและทีมงานกลุ่มงานการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจและให้ การช่วยเหลือเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

กราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่าง การศึกษาให้กับผู้วิจัย จนสามารถนำความรู้มาพัฒนาและประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณอย่างยิ่งสำหรับกำลังใจและการสนับสนุนจากคุณพ่อ คุณแม่ พี่สาว เป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดของความสำเร็จครั้งนี้ที่อยู่เคียงข้างผู้วิจัยตลอดมา ผู้เป็นพลัง ให้ผู้วิจัยมีจิตใจที่เข้มแข็งสามารถผ่านปัญหาและอุปสรรคได้ทุกอย่าง จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สมบูรณ์

สกุรัตน์ เรืองอุไร

55920313: สาขาวิชา: การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช; พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
 คำสำคัญ: โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออก/ คุณภาพชีวิต/ ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว
 สกฤรัตน์ เรืองอุไร: ผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิต
 ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (THE EFFECTS OF SOLUTION-FOCUSED THERAPEUTIC
 PROGRAM ON QUALITY OF LIFE IN BIPOLAR DISORDER PATIENTS) คณะกรรมการควบคุม
 วิทยานิพนธ์: ชนัดดา แนนเกษร, Ph.D., จิมห์จุกา ชัยเสนา ดาลลาส, Ph.D. 110 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

การดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่สำคัญ คือ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการรักษาด้วยยา
 ร่วมกับการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย การบำบัดทางการพยาบาลที่เน้นการหาทางออก เป็น
 บทบาทอิสระของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมบำบัด
 ที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตจากแนวคิดการบำบัดแบบรวบรัดที่เน้นการหาทางออกของ
 De Zhaser (1988) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีการปรับเปลี่ยนมุมมองในการดูแลสุขภาพเพื่อให้มี
 คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัด
 ที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย
 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 20 คน สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและ
 กลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกจำนวน 6 ครั้ง
 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการ
 เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะอารมณ์เมเนีย และแบบวัดคุณภาพ
 ชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยใช้
 สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบค่าที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และทดสอบความ
 แตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการศึกษาพบดังนี้

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 ที่ระดับ.01 ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน
 2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น
 ทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และในระยะหลัง
 การทดลองเสร็จสิ้นทันที กับระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
- ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การบำบัดที่เน้นการหาทางออก สามารถเสริมสร้างคุณภาพชีวิต
 ในผู้เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถประยุกต์ใช้รูปแบบ
 ของการบำบัดที่เน้นการหาทางออกนี้ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นต่อไป

55920313: MAJOR: MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING; M.N.S
(METAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

KEYWORDS: SOLUTION-FOCUSED THERAPEUTIC PROGRAM/ QUALITY OF LIFE/
BIPOLAR DISORDER PATIENS

SAKULRAT RUANGURAI: THE EFFECTS OF SOLUTION- FOCUSED THERAPEUTIC
ON QUALITY OF LIFE IN BIPOLAR DISORDER PATIENS ASVISORY COMMITTEE:
CHANUDDA NABKASORN, Ph.D., JINJUTHA CHAISENA DALLAS, Ph.D. 110 P. 2016.

The importance of bipolar disorder patients care is relapse prevention, taking medication, and promoting quality of life. The therapeutic Nursing using Solution-Focused Therapy (SFT) is concerned to be independent role of advanced psychiatric nursing. The Solution-Focused Therapeutic program is modified from Solution-Focused Brief Therapy developed by D Zhaser. This program is expected to reframe patients self care viewpoints and promote quality of life.

The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effects of solution-focused therapeutic on quality of life in bipolar disorder patients. Twenty bipolar disorder patients who met criterias were recruited and randomly assigned into the experimental group ($n = 10$) and the control group ($n = 10$). The experimental group received 60-90 minutes in 6 sessions, one sessions per week. The control group received routine nursing care. The Quality of life Inventory were used to collect data at pre-post test and one month follow-up. Descriptive statistics, independent t-test, two-way repeated measure ANOVA and multiple comparisons by Bonferroni were employed to analyze the data.

The results of the study were as follows:

1. The mean scores of quality of life between the experimental and control groups at post-test and 1 month follow-up were significantly different ($p < .01$).
2. In the experiment group, mean scores of quality of life at pre-test, post-test and 1 month follow-up were significantly different ($p < .01$) but there were not significantly different between mean scores at post test and follow-up period.

The results revealed that Solution-Focus therapeutic program could enhance quality of life in bipolar disorder patients. Nurses and Health professions could apply this therapeutic improve to quality of life in other psychiatric patients and chronic illness patients.

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) เป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มที่มีความความผิดปกติทางอารมณ์ โดยมีการแสดงอารมณ์ที่ผิดปกติ 2 ลักษณะ คือ อารมณ์เมเนีย และอารมณ์ซึมเศร้า พบประมาณร้อยละ 2-3 ของประชากรทั่วโลก (WHO, 2010) พบในผู้หญิงและผู้ชายใกล้เคียงกันประมาณร้อยละ 1.3 และ 1.4 นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังได้จัดอันดับให้โรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความพิการสูงเป็นอันดับ 6 ของโรคทั่วไปทั้งหมด สำหรับในประเทศไทยพบความชุกในการเกิดโรคอารมณ์สองขั้วร้อยละ 1.2-1.5 (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) หรือประมาณ 1-2 คนต่อประชากร 100 คน ปัจจุบันสามารถพบผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเพิ่มมากขึ้น จากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในปีพ.ศ. 2554-2556 พบว่า มีผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมารับการรักษา 13,555, 32,142 และ 52,852 คนตามลำดับ สอดคล้องกับสถิติแผนกผู้ป่วยนอกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในปี พ.ศ. 2555-2557 มีผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมารับการรักษา 285, 485 และ 504 คนตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีแนวโน้มมารับการรักษาเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

โรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางอารมณ์ ในประเทศไทยจะรู้จักดีในชื่อ “โรคเด็ยวดีเด็ยวร้าย” ผู้ป่วยจะแสดงอารมณ์ที่ผิดปกติออกมาในขณะที่ระดับความรู้สึกตัว การรับรู้และเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยยังปกติดี เป็นโรคเรื้อรังที่การรักษาให้หายขาดเป็นไปได้ยากและโอกาสในการกลับเป็นซ้ำสูง สามารถแบ่งการแสดงอาการของโรคได้เป็น 2 ชนิด คือ อารมณ์เศร้า (Depression) และเมเนีย (Mania) ผู้ป่วยจะแสดงอาการให้เห็นชัดเจนเมื่อมีอาการกำเริบ โดยในระยะเมเนีย ลักษณะที่เห็นได้ชัด คือ ผู้ป่วยจะอารมณ์ดีมากผิดปกติแต่จะโกรธหรือโมโหง่าย การพูดจาจะสั้นไหลพูดเก่ง คล่องแคล่ว มนุษย์สัมพันธ์ดี กระตือรือร้นผิดปกติ มีความคิดริเริ่มใหม่ ๆ ที่อยากทำอะไรมากมายที่เกินความเป็นจริง มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง ความสามารถในการควบคุมตนเองลดลงจึงมักทะเลาะกับคนอื่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว เอะอะ โวยวาย อาละวาด ทำลายสิ่งของ ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ใช้เงินฟุ่มเฟือย แต่งตัวแต่งหน้าจัด มีกิจกรรมทางเพศเพิ่มขึ้น ในระยะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะมีอาการตรงกันข้ามกับอาการเมเนีย โดยจะมีลักษณะ

โศกเศร้าหดหู่ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง คิดซ้ำ โต้ตอบช้า คิดท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า และมีพฤติกรรมแยกตัว เบื่อหน่ายชีวิตไม่ยอมทำกิจกรรมใด ๆ ที่เคยทำได้มาก่อน

และอันตรายถึงขั้นมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งในผู้ป่วยบางรายสามารถฆ่าตัวตายได้สำเร็จ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสามารถมีอาการทั้ง 2 ระยะสลับกันได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถมีอาการผสมกันทั้งภาวะเมเนียและภาวะซึมเศร้าในเวลาเดียวกันได้อีกด้วย ซึ่งขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น

ความผิดปกติทางอารมณ์ทั้งภาวะเมเนียและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลง มีความบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่การงาน ขาดความเข้าใจต่อสภาพความเป็นจริง รวมทั้งสูญเสียความสัมพันธ์ทางสังคม และมีความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว จนเกิดการทะเลาะวิวาท ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าและขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ผู้ป่วยจะรู้สึกทุกข์ทรมานเป็นอย่างมากเมื่ออาการกำเริบสงบ อาการของโรคยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยด้วยเนื่องจากต้องมารับภาระในการดูแลผู้ป่วยต่อและช่วยชดเชยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นแทนผู้ป่วย เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นตราบาปในใจ รู้สึกเป็นตัวปัญหาในครอบครัว และใช้ชีวิตประจำวันในสังคมอย่างไม่มีความสุขคุณภาพชีวิตลดต่ำลง จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการเมเนียจะมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนทั่วไป (Singh, Mattoo, Sharam, & Basu, 2005) และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา สุขสมนिरันดร (2555) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นการรับรู้ที่มีต่อความผาสุก ความพึงพอใจในเรื่องสุขภาพ กิจกรรมในชีวิต ความเครียด เป้าหมายของชีวิต (Dalkey และ Rourke) และเป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (WHO, 2010) จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้ป่วยอารมณ์สองขั้วมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง คือ 1) ปัจจัยด้านการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน (Michalak, 2005) 2) ปัจจัยด้านความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น (Prabhat, Chand, Surendra, Mattoo, & Pratap sharan, 2004) และ 3) ปัจจัยด้านความร่วมมือในการรับประทานยา (Hosseini & Karkhanel, 2009) สอดคล้องกับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกายมีผลต่อวงจรนาฬิกาชีวภาพ (Circadian rhythm) ภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยจะนอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไป ในระยะเมเนียผู้ป่วยจะมีความต้องการในการนอนน้อยหรือไม่นอน ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ (Gazaller, Hallal, & Andreazza, 2007) 2) ด้านจิตใจ พบว่า ภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ มองคุณค่าในตนเองต่ำลง (Cohen, Hammen, Henry, & Dalay, 2004) ทำให้การทำหน้าที่ของระบบการรู้คิดเสื่อมลง ระยะเมเนีย ความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยไม่ดี ตัดสินใจเร็ว โดยไม่ได้คิดไตร่ตรอง

มีความมั่นใจในตนเองสูงไม่พึ่งผู้อื่น 3) ด้านสังคมพบว่า ระยะเวลาเศร้า ผู้ป่วยจะแยกตัว ไม่เข้าสังคม มองตนเองต่ำคือไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ระยะเวลาเนือ ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธ และแสดงทางอารมณ์ที่รุนแรง หงุดหงิดง่ายเกิดความขัดแย้งกับบุคคลอื่น สัมพันธภาพทางสังคม และครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ ครอบครัวมีความขัดแย้งและหย่าร้างสูงกว่าประชากรทั่วไป (Hirchfeld et al., 2002) อาการซึมเศร้าผู้ป่วยจะเก็บตัวไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

4) ด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า ระยะเวลาเศร้า ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจที่จะริเริ่มงานใหม่ ขาดความสนใจในสิ่งรอบตัวและการรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ และงดทำกิจกรรมต่าง ๆ ระยะเวลาเนือ ผู้ป่วยขาดความยับยั้งชั่งใจในการใช้จ่ายมักจะใช้ฟุ่มเฟือยจนทำให้เกิดภาระหนี้สิน

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจะประกอบด้วยวิธีการหลาย ๆ อย่าง ซึ่งการรักษาด้วยยาถือเป็นการรักษาหลัก โดยแบ่งการรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเป็น 3 ระยะคือ

1) การรักษาระยะเฉียบพลัน (Acute phase) 2) การรักษาระยะต่อเนื่อง (Continuation phase) และ 3) การรักษาระยะยาว (Maintenance หรือ Prophylactic treatment) การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะที่ 1 ระยะที่มีอาการกำเริบใช้เวลาในการรักษาประมาณ 2-8 สัปดาห์ (ชวิชชัยสิทธิ์พานาจ, 2551) โดยรักษาด้วยเป็นหลักเพื่อบรรเทาอาการและลดภาวะคุกคามให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลง อาจรักษาร่วมกับการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) หากผู้ป่วยรักษาด้วยยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ระยะที่ 2 ระยะรักษาอาการต่อเนื่อง ในระยะนี้ยังคงรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอารมณ์ให้คงที่เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำร่วมกับการรักษาด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม ระยะที่ 3 การรักษาระยะยาว ผู้ป่วยยังต้องรักษาด้วยยาแต่ในขนาดต่ำที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ให้คงที่ได้ ร่วมกับการให้การบำบัดทางจิต เช่น การทำปัญญาพฤติกรรมบำบัด CBT (Cognitive behavior therapy) การรักษาบำบัดด้วยสิ่งแวดล้อม (Milieu therapy) กลุ่มจิตบำบัด (Psycho therapy) การบำบัดรักษาทางเลือก (Complementary and alternative therapy) และการบำบัดที่เน้นการหาทางออก (Solution-focused brief psychotherapy) เป็นวิธีการบำบัดอีกวิธีหนึ่งที่น่าสนใจที่จะนำมาใช้บำบัดเพื่อหาทางออกของปัญหาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกได้พัฒนาตามแนวคิดของ เดอ เซสเซอร์ การบำบัดที่เน้นการหาทางออกที่รวบรัด (De Zhaser, 1988 อ้างถึงใน สายใจ พัวพันธ์, 2548) จุดเด่นที่สำคัญของการบำบัดคือ เป็น โปรแกรมการบำบัดที่ใช้เวลาที่สั้นในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วย มุ่งเน้นในสิ่งที่ผู้ป่วยได้บอกเล่าถึงความรู้สึกที่ยังไม่ติดกับตนเอง ค้นหาศักยภาพและทรัพยากรที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย ปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดและนำไปสู่การทดลองทำสิ่งใหม่ที่แตกต่างออกไปโดยไม่กลับไปแก้ไขเรื่องในอดีต ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ค้นหาศักยภาพและทรัพยากรของผู้ป่วย เพื่อนำมาสร้างกรอบแนวคิดใหม่ร่วมกับการกำหนดเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการให้เกิดขึ้นกับ

ตนเองในอนาคต ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทดลองทำตามกรอบแนวคิดแบบใหม่ในสถานการณ์ที่เป็นจริง ชี้นำให้ผู้ป่วยสังเกตผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากลงมือทำแบบใหม่ เมื่อเกิดผลลัพธ์ที่ดีผู้ป่วยจะเกิด ความตระหนักรู้ในตนเอง เกิดความเชื่อมั่น และมีแรงจูงใจในการหาทางออกของปัญหา โปรแกรม การบำบัดที่เน้นการหาทางออกนี้จึงเหมือนการเชิญชวน กระตุ้น หรือท้าทายให้ผู้ป่วยทดลองทำ ต่อไปในสิ่งที่ทำแล้วแล้วดีและค้นหาศักยภาพและทรัพยากรอื่นของผู้ป่วยและนำมาใช้ให้เกิด ประโยชน์สูงสุด จากการศึกษาในต่างประเทศได้นำการบำบัดที่เน้นการหาทางออก ไปใช้ในผู้ป่วย โรควิตกกังวลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยจากภาวะวิกฤตพบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและสามารถ พึ่งพาตนเอง ได้มากขึ้น (Vaughn, 1996) และในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล พบว่า ผู้ป่วย สามารถดึงศักยภาพของตนเองมาใช้ในการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดต่อการเจ็บป่วยมีมุมมองใน ด้านบวกมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยซึมเศร้าและวิตกกังวลลดลง การศึกษาในประเทศไทยของ พรทิพย์ โพธิ์มูล (2552) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการปรับเปลี่ยนมุมมองในการรับประทานยาต้านอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องและมีความเข้มแข็งมากขึ้น ดำเนินชีวิตได้อย่างมี ความสุขในสังคมตามศักยภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีวิไล โมกขาว (2554) พบว่า การบำบัดที่เน้นการหาทางออกเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการช่วยเหลือสนับสนุน ให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลใช้ศักยภาพที่ผู้ป่วยมีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด สร้างเสริมพลังอำนาจให้มี ความเข้มแข็ง ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกเพื่อบำบัดผู้ป่วยโรค อารมณ์สองขั้ว ให้ผู้ป่วยได้ค้นหาทางออกของปัญหาด้วยตนเอง โดยใช้ศักยภาพและทรัพยากรของ ผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหา สร้างกรอบแนวคิดใหม่ร่วมกับการตั้งเป้าหมายของคุณภาพชีวิตที่อยาก ให้เกิดขึ้นในอนาคตและลงมือปฏิบัติจริงตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ การบำบัดด้วยวิธีนี้เหมาะกับ ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดจะไม่เน้นค้นหาปัญหาจากอาการเจ็บป่วย ด้วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ผ่านมาของผู้ป่วย แต่มุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยได้ค้นหาศักยภาพของตนเอง ปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดในการจัดการกับปัญหาและให้ผู้ผู้ป่วยได้ทดลองปฏิบัติจริง ซึ่งจะทำให้ ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ในตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนมุมมองในการดูแลตนเองเพื่อให้มีคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้นได้ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกนี้จึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะนำมาใช้เพื่อ ให้ ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า การบำบัดทางจิตในผู้ป่วยโรคอารมณ์ สองขั้วมีหลากหลายวิธี ซึ่งการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกมีผู้นำนมา ศึกษาบ่อย ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว เพื่อเป็น

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง

สมมติฐานของการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ มีสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มารับการรักษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน ปี พ.ศ. 2558-เดือนเมษายน ปี พ.ศ. 2559 ที่แผนกผู้ป่วยนอก สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ อำเภอกลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วยตัวแปรต้น และตัวแปรตามดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออก
2. ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคอารมณ์สองขั้วตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วของสมาคมจิตเวชแพทยอเมริกา (The Diagnostic and Statistic Mental Disorder Fourth Edition: DSM-V) ที่มารับการตรวจรักษา แผนกสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และมีคะแนนจากการใช้แบบประเมินภาวะอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Young Mania Rating Scale: YMRS) ของ Young และคณะ คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0-13 คะแนน ซึ่งมีเริ่มอาการผิดปกติถึงมีอาการรุนแรงน้อย

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ปทุมธานี ให้บริการผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ได้แก่ การประเมินอาการผู้ป่วย การดูแลและการให้ความรู้เรื่องโรคอารมณ์สองขั้ว การให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน และระบบการดูแลผู้ป่วยต่อในชุมชน

โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออก คือ โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดของ เดอ เซสเซอร์ เป็นแนวคิดที่เน้นการหาทางออกแบบรวบรัด โดยเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยมีศักยภาพและทรัพยากรที่เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละคนในการจัดการกับปัญหาในสถานการณ์ที่เป็นจริงของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนมุมมองและการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของตนเอง เน้นการนำไปประยุกต์ใช้ในอนาคต โดยใช้คำถามและเทคนิคตามแนวคิดของ เดอ เซสเซอร์ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกตามแนวคิดของ เดอ เซสเซอร์ ให้สอดคล้องกับปัญหาคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพและสำรวจแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว 2) การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วและการสำรวจความตระหนักรู้ในการอาการเจ็บป่วยของตนเอง 3) สนทนาและร่วมอภิปรายเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยในการรับประทานยา 4) สนทนาและร่วมอภิปรายพูดคุยเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับสัมพันธภาพและการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น 5) สนทนาและร่วมอภิปรายเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยในการจัดการกับความเครียด 6) การติดตามผลการบำบัดสรุปผลการบำบัดครั้งที่ 1-5 ประเมินผลการบำบัดและยุติการบำบัด ใช้ระยะเวลาในการบำบัดรวมทั้งหมด 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ละครั้งจะใช้เวลาในการบำบัดประมาณ 60-90 นาที

คุณภาพชีวิต (Quality of life) หมายถึง การรับรู้ต่อความเป็นอยู่ที่ดีหรือความผาสุก ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ (Dalkey และ Rourke) ทั้งในเรื่องสุขภาพ กิจกรรมในชีวิต ความเครียด เป้าหมายของชีวิต คุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็ง ตลอดจนสังคมและครอบครัว การดำรงชีวิตในระดับที่เหมาะสมของมนุษย์ตามสภาพความจำเป็นพื้นฐานในสังคม ประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม (WHOQOL Group, 2001) โดยใช้เครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกฉบับภาษาไทย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

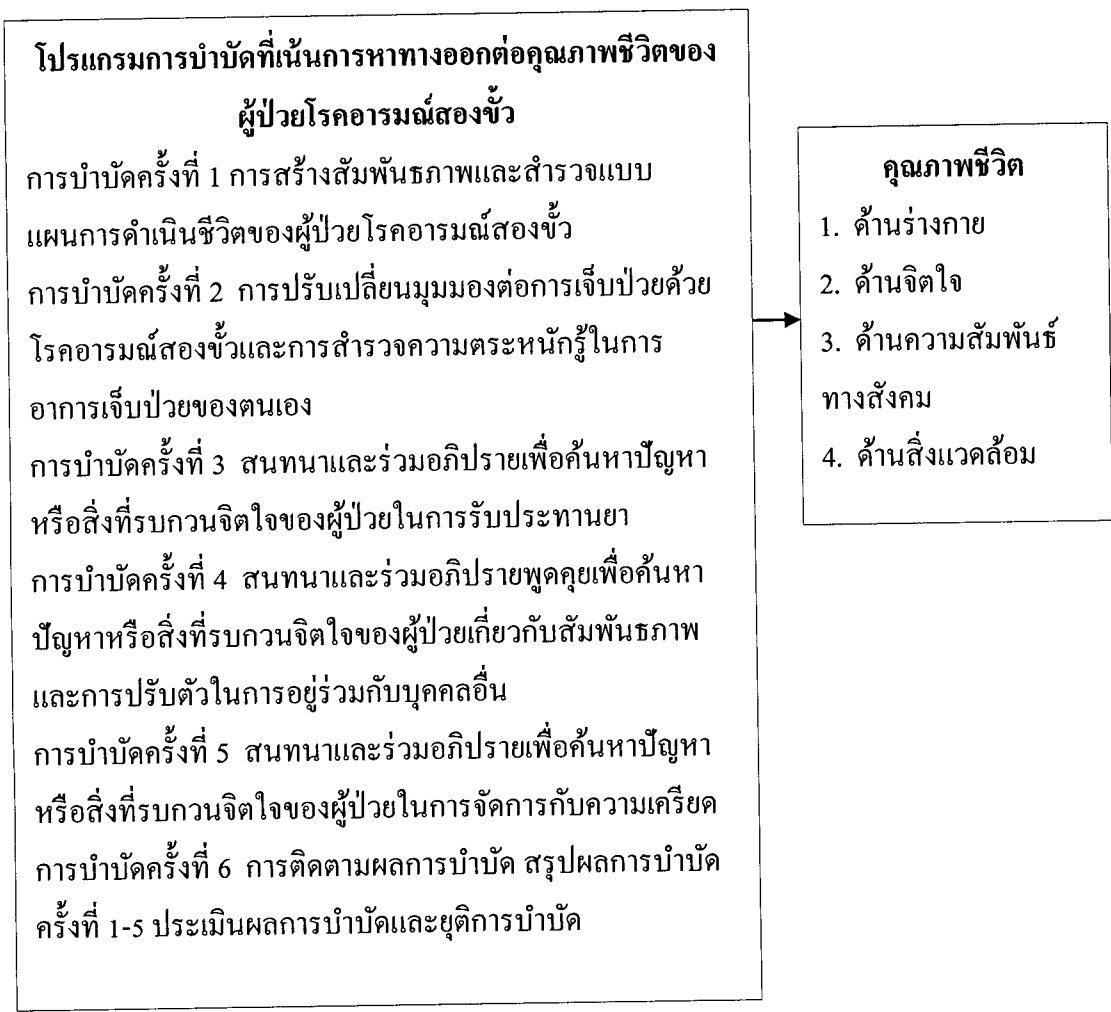
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง ซึ่งการศึกษาผลของการใช้ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ เดอ เซสเซอร์ ที่เชื่อมั่นว่าผู้ป่วยมีศักยภาพและทรัพยากรที่เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละคนในการจัดการกับปัญหาในสถานการณ์ที่เป็นจริงของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพได้ โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคคำถามตามกรอบแนวคิดของ เดอ เซสเซอร์ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดและค้นหาศักยภาพของตนเองเพื่อนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยดังนี้ 1) การทำให้เป็นเรื่องธรรมดา (Normalizing) ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าประสบการณ์ของเขาเป็นเรื่องธรรมดาไม่แตกต่างจากบุคคลอื่น ๆ ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยได้ 2) การพัฒนากรอบความคิดใหม่ (Reframing) หรือการนึกคิดเชิงบวก (Positive regard) ช่วยให้ผู้ป่วยมีกรอบความคิดทางบวกด้วยการเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายอื่น ๆ ซึ่งสาเหตุการเกิดโรคไม่เหมือนกันเท่านั้น 3) การใช้คำชมเชย (Compliments) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการที่จะค้นหาทางออกและลงมือทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ 4) การอุปมาอุปมัย (Using metaphor) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความคิด มุมมอง ทำความเข้าใจในศักยภาพของตนเองเพื่อแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น 5) การใช้คำถามประเมินค่า (Scaling question) เป็นวิธีการที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสามารถของตนเองในการประเมินความก้าวหน้าของการหาทางออกของปัญหา ประเมินความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง ความตั้งใจที่จะลงมือกระทำเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และ 6) การให้การบ้าน (Home work) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทดลองทำในสิ่งที่เป็นไปได้ และมอบหมายให้ไปทำจริงในสถานการณ์จริงและให้สังเกตตนเองและคนรอบข้างถึงการเปลี่ยนแปลงภายหลังที่ได้ทดลองทำแล้ว

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกตามแนวคิดของ เดอ เซสเซอร์ ให้สอดคล้องกับปัญหาที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

ประกอบด้วยการบำบัด 6 ครั้งดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพและสำรวจแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว 2) การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วและการสำรวจความตระหนักรู้ในการอาการเจ็บป่วยของตนเอง 3) สนทนาและร่วมอภิปรายเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยในการรับประทานยา 4) สนทนาและร่วมอภิปรายพูดคุยเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับสัมพันธภาพและการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น 5) สนทนาและร่วมอภิปรายเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยในการจัดการกับความเครียด 6) การติดตามผลการบำบัด สรุปผลการบำบัดครั้งที่ 1-5 ประเมินผลการบำบัดและยุติการบำบัด โดยการบำบัดทั้ง 6 ครั้งช่วยส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วดีขึ้น โดยการใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกตามแนวคิดของ เดอ เซสเซอร์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป จึงสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว โดยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวิจัย ซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder)
2. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว
3. โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder)

โรคอารมณ์สองขั้ว เป็นโรคทางจิตเวชชนิดที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีการกำเริบของโรคได้บ่อย จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าโรคอารมณ์สองขั้วทำให้เกิดความพิการสูงเป็นอันดับ 6 ของโรคทั่วไปทั้งหมด (WHO, 2004) พบประมาณร้อยละ 2-3 ของประชากรทั่วโลก (WHO, 2010) พบในผู้หญิงและผู้ชายใกล้เคียงกันคือประมาณร้อยละ 1.3 และ 1.4 ในประเทศไทยพบการเกิดโรคอารมณ์สองขั้วได้ประมาณ 1-2 คน ต่อประชากร 100 คน กรมสุขภาพจิต, 2554 ส่วนใหญ่มีอาการครั้งแรกระหว่างอายุ 15-24 ปี บางรายอาจมีอาการได้เมื่ออายุ 50-60 ปี

ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วตามการวินิจฉัยของ DSM-V ประกอบด้วยเกณฑ์ต่อไปนี้

1. เป็นระยะเวลาที่ชัดเจนขึ้นที่ผู้ป่วยมีอาการร่าเริง เบิกบานใจหรือหงุดหงิดผิดปกติ และอาการดังกล่าวเป็นอยู่เรื่อย ๆ โดยเป็นนานอย่างน้อย 1 สัปดาห์

2. ในระยะเวลาที่อารมณ์ผิดปกติ ผู้ป่วยต้องมีอาการต่อไปนี้ร่วมกัน 3 ข้อหรือมากกว่า และถ้าอาการในข้อ 1 เป็นอาการหงุดหงิด อาการในข้อนี้จะต้องมี 4 ข้อ อาการจะต้องเป็นอยู่เรื่อย ๆ และต้องมีความรุนแรงถึงขั้นมีนัยสำคัญระดับหนึ่ง อาการในข้อนี้ได้แก่

2.1 มีความภาคภูมิใจในตนเองมากผิดปกติหรือรู้สึกว่าตนเองเก่งและเป็นคนสำคัญ

2.2 ความต้องการนอนหลับลดลง เช่น นอนหลับเพียง 3 ชั่วโมงก็รู้สึกว่าได้นอน

พักผ่อนเพียงพอแล้ว

2.3 พูดมากกว่าปกติหรือรู้สึกมีความกดดันให้พูดอยู่เรื่อย ๆ

2.4 ความคิดแล่นและเปลี่ยนเรื่องเร็วมากจนแต่ละความคิดจะเป็นความคิดสั้น ๆ

มีมีหลากหลายความคิด (Flight of idea) หรือผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีความคิดแล่นฉิว คิดได้เร็ว

2.5 วอกเวก หมายความว่า ความสนใจของผู้ป่วยมักถูกดึงไปสู่สิ่งเร้าภายนอกที่ไม่เกี่ยวข้องและไม่สำคัญง่าย

2.6 มีกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น โดยเป็นกิจกรรมที่มีเป้าประสงค์ ได้แก่ กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมทางการงาน กิจกรรมทางการเรียนหรือกิจกรรมทางเพศ จะมีอาการกระวนกระวายของอาการทางจิตและการเคลื่อนไหว

2.7 เข้าไปเกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่ชวนให้มีความสุขแต่มากเกินไปและเกิดผลกระทบตามมา เช่น จับจ่ายใช้เงินฟุ่มเฟือยขาดการยับยั้งชั่งใจ มีความต้องการทางเพศมากขึ้น ลงทุนค้าขายอย่างไม่รอบขอบ

3. อาการต่าง ๆ จะต้องไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย Mixed episode

4. อาการที่ผิดปกติต้องมีความรุนแรงถึงขั้นกระทบกระเทือนต่อการทำหน้าที่ทางอาชีพหรือต่อกิจกรรมทางสังคมตามปกติ หรือความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างชัดเจน หรือรุนแรงถึงขั้นต้องให้อยู่รับการรักษาภายในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองหรือต่อบุคคลอื่นหรือเพราะผู้ป่วยมีอาการโรคจิต

5. อาการต่าง ๆ มิได้เกิดจากฤทธิ์โดยตรงทางสรีรวิทยาของสารเสพติดหรือยาทางการแพทย์หรือการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือโรคทางกาย เช่น ภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนสูง

ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วตามการวินิจฉัยของ ICD-10 ประกอบด้วยเกณฑ์ต่อไปนี้

1. มีอารมณ์สนุกสนานรื่นเริงผิดปกติหรือมีอารมณ์หงุดหงิดโกรธง่ายเป็นเวลาอย่างน้อย 1 สัปดาห์

2. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 3 อย่างหรือหากมีอาการเป็นแบบหงุดหงิดโกรธง่ายต้องมีอาการอย่างน้อย 4 อย่างได้แก่

2.1 รู้สึกว่าตัวเองมีความสำคัญผิดปกติหรือมีความยิ่งใหญ่อย่างอื่น

2.2 นอนน้อยกว่าธรรมดา

2.3 พุดมาก พุดเร็วหรือพุดไม่ยอมหยุด

2.4 มีความคิดเปลี่ยนเรื่องเร็ว

2.5 มีอาการ Distractibility เช่น เปลี่ยนความสนใจไปอย่างรวดเร็วตามสิ่งเร้า

ภายนอกแม้เพียงเล็กน้อย

2.6 มีกิจกรรมมากผิดปกติ เช่น การพบปะสังสรรค์ การทำงานหรือเรื่องเพศหรือมีพฤติกรรมพลุ่งพล่านกระวนกระวาย

2.7 มีพฤติกรรมซึ่งบ่งว่าการตัดสินใจเสีย เช่น ใช้เงินฟุ่มเฟือย ลงทุนทำกิจกรรมซึ่งขาดการพิจารณาหรือพฤติกรรมสับสนทางเพศ

สาเหตุการเกิดโรคอารมณ์สองขั้ว

1. สมมุติฐานด้านชีวภาพ (Biological hypothesis)

1.1 พันธุกรรม (Genetic) เป็นที่ทราบกันว่าโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม แต่ไม่ทราบแน่นอนว่าผิดปกติที่ยีนหรือโครโมโซมใด จากการศึกษพบว่า ถ้าบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคอารมณ์สองขั้วบุตรแต่ละคนจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคอารมณ์สองขั้วร้อยละ 27 ถ้าบิดามารดาทั้ง 2 เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว บุตรแต่ละคนจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคอารมณ์สองขั้วร้อยละ 50-75 ญาติสายตรงของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้อีก 3-8 หรือ 7 เท่าของประชากรทั่วไป การศึกษาในแฝดพบว่าอัตราการป่วยด้วยความผิดปกติทางอารมณ์ทั้งคู่ในแฝดใบเดียวกัน (Monozygotic twin หรือ MZ) เป็น 2-4 เท่าของแฝดจากคนละใบ (Dizygotic twin หรือ DZ) (รัชชัย ลิฬหหานาจ, 2552)

1.2 ระบบสารเคมีในสมอง (Biochemical factor) เชื่อกันว่าโรคอารมณ์สองขั้วเกิดจากการทำงานที่มากเกินไปของนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) โดยเฉพาะบริเวณ Limbic diencephalic center ซึ่ง Licbic cortex เชื่อมโยงกับสมองหลายส่วน ได้แก่ Neocortex, Midbrain และ Lower brain center ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ การผลิตฮอร์โมน การหลับและการตื่น ใน Limbic diencephalic center มีสารนำสื่อประสาทหลายชนิด ได้แก่ สารนำสื่อประสาทชนิด Norepinephrine (NE), Dopamine (DA), Serotonin (5-HT) และชนิด Choline เป็นต้น สารนำสื่อประสาทชนิด Norepinephrine (NE) จะทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ การตื่นตัว การเจริญอาหาร แรงขับ และการรู้สึกว่าได้รับรางวัล สารนำสื่อประสาทชนิด Dopamine (DA) ทำหน้าที่คล้ายกับสารนำสื่อประสาทชนิด NE แต่จะเน้นการทำหน้าที่เกี่ยวกับแรงขับ ความสนุกสนาน และ Psychomotor activity สารนำสื่อประสาทชนิด Serotonin (5-HT) จะควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ ความก้าวร้าว การนอนหลับ การเจริญอาหาร สารนำสื่อประสาทชนิด Cholinergic จะทำหน้าที่ขัดกับสารนำสื่อประสาทชนิด Catecholamine ซึ่งสารสื่อประสาทในเซลล์ Catecholamine ได้แก่ NE และ DA กลุ่ม Indoleamine ได้แก่ 5-HT ซึ่ง เซลล์ประสาทชนิด NE จะทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์ การตื่นตัว (Arousal) ความอยากอาหาร การรู้สึกว่าได้รับรางวัล และแรงขับ สารสื่อประสาทชนิด DA จะทำหน้าที่เกี่ยวกับแรงขับ การรู้สึกว่ามีความสุขทางเพศ และ Psychomotor activity สารสื่อประสาท Serotonin (5-HT) จะทำหน้าที่เกี่ยวกับการแสดงสีหน้าท่าทาง การนอนหลับ การอยากอาหาร การควบคุมตนเองไม่ดี มีอาการก้าวร้าว มีอาการย้ำคิดย้ำทำ อาการ Panic, Bulimia nervosa ดัดสุรา วู่วาม ส่วนสารสื่อประสาทชนิด Ach จะทำหน้าที่ด้านการทำงานของเซลล์ประสาทชนิด Catecholamine จากการศึกษพบว่า Catecholamine

เกี่ยวข้องกับอาการของโรคอารมณ์สองขั้วเป็นส่วนใหญ่โดยถ้าปริมาณของ Norepinephrine, Epinephrine ที่ต่ำและ Serotonin (5-HT) ที่สูงขึ้น จะทำให้เกิดอาการซึมเศร้า (Depression) ในทางตรงกันข้ามขณะระดับของ Norepinephrine, Epinephrine ที่สูง และ Serotonin (5-HT) ที่ต่ำลงขึ้น ทำให้เกิดอาการแมนี Mania

1.3 ความผิดปกติทางด้านโครงสร้างสมอง (Brain structural abnormalities) เซลล์ประสาททั้งในภาวะซึมเศร้าและภาวะแมนีต่างอยู่ในสภาพ Hyperexcitability สภาพนี้เกิดจากโซเดียมเข้าสู่เซลล์ประสาทมากเกินไป การซึมของโซเดียมเข้าสู่เซลล์ในภาวะแมนี จะมากกว่าภาวะอารมณ์เศร้า ข้อมูลนี้อาจขัดแย้งกับสภาพอารมณ์ที่เป็นจริงคือ อารมณ์เศร้าและอารมณ์แมนีน่าจะมีลักษณะตรงข้ามกัน ลิเทียม (Lithium) ทำให้อารมณ์ดีขึ้นเพราะยาไปแทนที่โซเดียมภายในเซลล์ ทำให้ Excitability กลับสู่ปกติทำให้ภาวะซึมเศร้าในและแมนีในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วต่างก็ดีขึ้นด้วยลิเทียม เป็นการยืนยันว่าผู้ป่วยที่มีอาการเศร้าบางชนิดและแมนีบางชนิด อาจเกิดจากโซเดียมเข้าสู่เซลล์มากเกินไป ผลการศึกษาสมองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งวิธี Computed Tomography (CT) scan และ Magnetic resonance imaging (MRI) ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทุกอายุมี Third ventricle โตมี Hyperintensity ในบริเวณ White matter ของ Periventricular region และ Subcortex ยิ่งอายุมากขึ้น โดยเกิดจากการเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ซ้ำแล้วซ้ำอีกจนส่งผลเสียทำให้เซลล์ประสาทเกิด Neurodegeneration ถ้าผู้ป่วยมีอาการที่เป็น โรคจิตร่วมด้วยก็มักจะตรวจพบว่าขนาดของ Lateral ventricle จะโตขึ้น ภาพ MRI ของสมองของผู้ป่วย Bipolar disorder สมองส่วน Frontal cortex จะไม่มีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ การศึกษาด้วย PET scan พบว่าสมองกลีบขมับจะมี Metabolic activity ลดลงสภาพที่สมองด้านหน้าทำหน้าที่ลดลงเรียกว่า Hypofrontality เมื่อนำอาการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผลการศึกษาทางชีวภาพทั้งหมดมาประมวลเข้าด้วยกันจะได้สมมติฐานที่สนับสนุนว่าความผิดปกติทางอารมณ์เกิดจากความผิดปกติของ Limbic system, Basal ganglia และ Limbic system โดยเฉพาะการมี Excitatory lesion ของสมองด้าน Non-dominant hemisphere มักจะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยส่วนการที่ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ามีความผิดปกติในการนอนหลับ ความอยากอาหาร พฤติกรรมทางเพศ และมีความผิดปกติในชีวิต เช่น มีความผิดปกติในระบบต่อมไร้ท่อในระบบภูมิคุ้มกันและใน Chronobiology เหล่านี้ชี้แนะให้ตั้งสมมติฐานว่าความผิดปกติทางอารมณ์เกิดจากพยาธิสภาพที่ Hypothalamus

2. สมมติฐานด้านจิตสังคม อธิบายการเกิดโรคโดยใช้ทฤษฎีต่าง ๆ ได้ดังนี้

2.1 เหตุการณ์ชีวิต (Life event) คนที่มีความอ่อนแอทางด้านอารมณ์ หรือมี

พันธุกรรมที่อ่อนแอ หรือมี Short alleles ของ Serotonin transporter gene ผิดปกติอยู่แล้วจึงเกิดโรคขึ้นกับคนที่พันธุกรรมที่จะป่วยเป็นความผิดปกติทางอารมณ์มักจะเป็นคนที่อารมณ์ไม่เสถียร

บุคคลนั้นจะเป็นคนทำให้เกิดเหตุการณ์ในชีวิตหรือเหตุการณ์ในชีวิตอาจจะกลายเป็นเหตุการณ์ที่มีความสำคัญแก่คนที่มีความโน้มเอียงจะป่วยเป็นความผิดปกติทางอารมณ์อยู่แล้ว

2.2 ทศนะทางจิตวิเคราะห์นักจิตวิเคราะห์เชื่อว่าความรู้สึกทั้งรัก และเกลียดสิ่งเดียวกันหรือเรียกว่าความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย ความรู้สึกหลงรักตนเอง ความรู้สึกอวยการุกราน ได้เกิดก่อนอายุ 3 ขวบ ในระยะ Oralsadistic ของการพัฒนาการบุคลิกภาพ ทารกจะหลงรักตนเอง ที่เรียกว่า Infantile narcissism หากมีเหตุการณ์ที่ไม่ดีมากระทบเป็นครั้งแรกของชีวิตโดยเรียก อารมณ์เศร้า ถ้าหากความขัดแย้งกับบิดามารดาได้รับการแก้ไข ทารกจะเกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายติดตามมา ทั้งอารมณ์เศร้าปฐุมภาพและความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายจะมีผลต่อสภาพจิตใจ ในวัยต่อ ๆ ไป

2.2.1 อธิบายการเกิดโรคอารมณ์สองขั้วตามแนวคิดของ Sigmund freud กล่าวว่า อารมณ์เศร้าเกิดจากกลไกทางจิตชนิดที่คอยไปหันเอาความ โกรธกลับเข้ามาหาตนเอง (Introjection) เมื่อบุคคลต้องสูญเสียสิ่งที่ตนเองรักปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นคือทั้งยอมรับ และ โกรธต่อสิ่งที่ตนเองสูญเสียไป (Ambivalent) ที่โกรธเพราะผู้ป่วยพึ่งพิงสิ่งที่ตนเองสูญเสียมากเกินไป (Excessive dependency) ดังนั้นเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้สะเทือนใจ บุคคลนั้นได้รับเอาสิ่งที่ตนเองทั้งรักและเกลียดเข้ามาไว้ในจิตใจของตนเอง (Internalization) การรับเข้ามาเป็นไปตามการทำงานของจิตที่ไร้สำนึก จุดมุ่งหมายของการรับเข้าก็เพื่อลงโทษสิ่งที่ตนเอง กลายเป็นความรู้สึกเกลียดส่วนของตัวเองของตนเอง ผลก็คือบุคคลจะแสดงทางอารมณ์ต่อสิ่งที่เข้ามากระทบ

2.2.2 อธิบายการเกิดโรคอารมณ์สองขั้วตามแนวคิดของ Solomon asch ได้ตั้งทฤษฎีเกี่ยวกับสาเหตุของอารมณ์เศร้าเกิดจากการที่ต้องยอมรับสิ่งนั้นมากกว่า การต้องยอมทำให้ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า (Devalue) และเมื่อผู้ป่วยจำต้องยอมเพราะผู้ป่วยทราบว่าการแยกกันเป็นเรื่องที่โหดร้าย (Aggressive) จะมีผลพวงที่แย่มากความรู้สึกโกรธที่ต้องคอยเล่นบทบาทสมยอมอยู่เรื่อยได้ กลายเป็นการโกรธ หงุดหงิดตามมา

2.2.3 อธิบายการเกิดโรคอารมณ์สองขั้วตามแนวคิดของ Melanie klein ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยที่เศร้าจะมีความรู้สึกกลัวว่าตนเองไม่สามารถปกป้องหรือทำร้ายสิ่งที่ดี ๆ สิ่งที่เป็นอุดมคติที่มีอยู่ในใจตนเอง ผลที่ตามคือเกิดอารมณ์เศร้าผู้ป่วยจะมีความรู้สึกผิดไม่สบายใจต้องคอยยับยั้งจิตใจตนเอง Superego และก้าวร้าวต่อคนที่ตนเองรักหรือเป็นการทำลายคนนั้น Klein จนเกินไปและลดคุณค่าลงไป เป็นกลไกทางจิตชนิด Manic ต่อความรู้สึกสูญเสียจนเศร้านั้นเอง

2.2.4 อธิบายการเกิดโรคอารมณ์สองขั้วตามแนวคิดของ Hein kohut ได้อธิบายว่า อารมณ์เศร้าจนจิตใจอ้างว้างในผู้ป่วย อาจจะเกิดจากพ่อแม่ไม่สามารถเข้าถึงจิตใจของผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยต้องประสบกับปัญหาทางอารมณ์ในวัยเด็ก ในขณะที่นั้นพ่อแม่เองก็อาจกำลังเศร้า

เมื่อผู้ป่วยโตขึ้นผู้ป่วยจึงโยยหาความสัมพันธ์เพื่อจะทดแทนสิ่งที่ตนเองขาดไปทำให้เกิดอาการ ผิดหวังได้ง่าย

ลักษณะอาการและการดำเนินของโรคอารมณ์สองขั้ว

ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นในขณะที่เกิดความเครียดในคนปกติอาจมีความวิตกกังวลร่วมกับอาการทางจิตที่ผิดปกติ ในผู้ป่วยที่เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ก็มีปฏิกิริยาเช่นนี้เหมือนกันแต่ปฏิกิริยาทางอารมณ์ในผู้ป่วยจะนานกว่าปกติในที่สุดปฏิกิริยาจะรุนแรงขึ้น คือเศร้ามากขึ้นหรือครีครื้นมากขึ้นจนไม่หายขาด และความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น การเกิด Depressive Episode หรือ Manic episode อาจเป็นครั้งเดียวแต่เป็นนานหลาย ๆ เดือนหรือหลาย ๆ ปี บางคนเป็นแล้วกลับเป็นซ้ำอีก ซึ่งอาจมีการกำเริบอย่างรวดเร็ว มีช่วงที่สบายดีเป็นเวลานานก็มีในผู้ป่วยบางราย ช่วงเวลาที่คั่นอยู่ระหว่าง Episode ที่ติดต่อกันอาจไม่ถึงขั้นที่หายขาดจากโรค การป่วยครั้งแรกยิ่งอายุน้อยเท่าไร จะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง และความบกพร่องจากการเป็นโรคอาจเกิดขึ้นในขณะที่เป็นโรคเท่านั้นหรืออาจจะลามเข้าไปในช่วงเวลาที่คั่นอยู่ระหว่าง Episode ด้วย ผู้ป่วย Bipolar I disorder และผู้ป่วย Bipolar II disorder ถ้านับเวลาที่ไม่สบายรวม ๆ กันจะกินเวลาประมาณร้อยละ 47 และ ร้อยละ 53 ของชีวิตตามลำดับ ระยะเวลาที่ไม่สบายนี้ส่วนใหญ่จะเป็นอารมณ์ซึมเศร้าที่ยังไม่ถึงเกณฑ์การวินิจฉัย Major Depressive episode

Bipolar I disorder ลักษณะสำคัญทางคลินิก

Bipolar I disorder เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่ผู้ป่วยเคยป่วยด้วย Manic episode หรือ Mixed episode มักจะเริ่มเป็นช่วงวัยรุ่นถึงอายุ 40 ปี Episode แรกของ Bipolar I disorder อาจจะเป็น Manic, Mixed หรือ Depressive episode ที่พบมากที่สุดคือเริ่มป่วยด้วยซึมเศร้า เชื่องช้าเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือนอนมาก ๆ นานเป็นสัปดาห์หรือหลายสัปดาห์หรือเป็นเดือน จากนั้นก็จะกลายเป็น Manic episode ผู้ป่วยบางคนเริ่มต้นป่วยด้วย Manic episode ชนิดที่มีอาการคล้ายโรคจิตเภทร่วมด้วยบางคนก็ป่วยด้วย Depressive episode หลาย ๆ Episode ก่อน จากนั้นจึงค่อยป่วยเป็น Manic episode ก่อน จากนั้นค่อยเป็น Manic episode ถ้าป่วยเป็น Manic episode ตั้งแต่แรกที่ป่วยเป็นความผิดปกติทางอารมณ์โดยที่ไม่เคยเป็น Major Depressive episode มาก่อน จะเรียกโรคนี้ว่า Bipolar I disorder single manic ซึ่งส่วนใหญ่จะป่วยเป็น Depressive episode ในภายหลัง อาการ Mania มักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน 1-2 สัปดาห์ในรอบ 12 ปี ของการป่วย Bipolar I disorder ผู้ป่วยจะป่วยด้วยอารมณ์ซึมเศร้าเล็ก ๆ น้อย ๆ บ่อยกว่า เกือบครึ่งหนึ่งของจำนวนสัปดาห์ในรอบ 12 ปี ผู้ป่วยจะมีอาการไม่สบายโดยเฉลี่ยแล้วคนหนุ่มสาวจะป่วยด้วย Depressive episode บ่อยกว่า Bipolar I disorder สามารถพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงและพบในเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง และต้องตระหนักว่าอาจเริ่มป่วยเป็น Depressive disorder

การรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วตามระยะอาการซึ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1. การรักษาระยะเฉียบพลัน การรักษาในระยะนี้ได้แก่

การรักษาระยะเฉียบพลันเริ่มต้นจากการที่ผู้ป่วยมีอาการครบเกณฑ์การวินิจฉัยของโรค และเข้าสู่การรักษาปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะนี้ได้แก่การได้รับยาในขนาดที่ไม่พอเพียง การไม่สามารถทนต่อการรักษาได้ ซึ่งอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยาการไม่ตอบสนองหรือตอบสนองต่อการรักษาเพียงบางส่วน ดังนั้นการรักษาในระยะนี้จึงต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับปัญหาที่เกิดขึ้นจนอาการในระยะเฉียบพลันของโรคบรรเทา อันเป็นการสิ้นสุดการรักษาของระยะเฉียบพลัน ซึ่งโดยทั่วไปใช้ระยะเวลา 2 ถึง 10 สัปดาห์การใช้ยาในระยะนี้สามารถปรับเปลี่ยนยาที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองได้โดยพิจารณาจากผลการรักษาที่เกิดขึ้นทั้งจากการเกิดโรคในครั้งนี้ และผลการรักษาในอดีตการรักษาในระยะนี้ได้แก่

1.1 การรักษาด้วยยาเป็นวิธีการรักษาที่สำคัญที่สุดในระยะนี้ยาที่ได้ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อเป็นยาทำให้อารมณ์คงที่ (Mood stabilization) สำหรับผู้ป่วย Bipolar disorder สามารถบางกว้าง ๆ ตามหลักการออกฤทธิ์ได้ 2 กลุ่ม

1.1.1 ยากลุ่มแรก ได้แก่ ลิเทียม ยากันชัก ยากลุ่มนี้มีกลไกการออกฤทธิ์ที่เกี่ยวข้องกับ Ligand-gateion channels, Intracellular second messengers, phosphokinase C และ Gene regulation Manji HK et al. (2000 อ้างถึงใน ธวัชชัย ลีพพานาจ และสรยุทธ วาสิกนนานนท์, 2549) ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ในการรักษาภาวะ Mania มากกว่าฤทธิ์ในการรักษาภาวะซึมเศร้า ยกเว้น Lamotrigine ซึ่งมีฤทธิ์ในการรักษาซึมเศร้าโดยไม่กระตุ้นให้เกิดภาวะ Mania ยาควบคุมอารมณ์ (Mood stabilizer) นั้นจะเป็นตัวแรกที่แพทย์เลือกมาใช้ในการรักษาโรคอารมณ์สองขั้ว ส่วนใหญ่จะทานเป็นระยะเวลาต่อเนื่องประมาณ 1 ปี ตัวอย่างยา เช่น

1.1.2 ยากลุ่มที่สอง ได้แก่ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical antipsychotics) ซึ่งออกฤทธิ์เป็น Selective dopamine blockage ร่วมกับ Serotonin และ Norepinephrine enhancement โดยกลไกการออกฤทธิ์ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาทั้งภาวะ Mania และภาวะซึมเศร้า

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy: ECT) นับเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพดีในการรักษาทั้งภาวะซึมเศร้าและภาวะ Mania นอกจากนั้น ECT ยังสามารถป้องกันการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำได้ดี มักใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือในรายที่มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วยได้แก่ ก้าวร้าว ซึมเศร้า มีอาการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรวมทั้งผู้ป่วยที่มีภาวะคือยา การรักษาด้วยไฟฟ้าจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ระบบสารสื่อประสาทเช่นเดียวกับ

การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้าจะทำ สัปดาห์ละครั้งจำนวน 4 ครั้งหลังจากนั้นก็เดือนเป็นทุก 2 สัปดาห์จำนวน 4 ครั้ง และเดือนละครั้งในที่สุด

2. การรักษาระยะต่อเนื่อง การรักษาในระยะนี้ได้แก่

2.1 การรักษาด้วยยาในทุกระยะยังต้องให้ยาพร้อมด้วย ซึ่งต่อเนื่องจากการรักษาด้วยยาจากในระยะเฉียบพลันเพื่อป้องกันการกำเริบ ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาดีอาจได้ปรับลดขนาดยาลงในระยะนั้น ถ้ามีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นหรืออาการกำเริบ จำเป็นต้องพิจารณาปรับปริมาณยาในมิลลิกรัมที่สูงขึ้น การกลับไปทำงานในระยะนี้ยังถือว่าเร็วเกินไปเพราะยังไม่สามารถรับรองได้ว่าผู้ป่วยจะผ่านระยะนี้เข้าสู่ระยะต่อไปได้ ผู้ป่วยบางรายอาจยังคงมีอาการอยู่บ้างเพียงแต่ไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย และอาจได้รับยามากกว่าหนึ่งชนิดสามารถปรับลดยาลงได้ร้อยละ 25 ต่อสัปดาห์ ซึ่งมักจะใช้เวลาไม่เกิน 1-2 เดือน โดยทั่วไปแล้วการรักษาระยะต่อเนื่องจะใช้เวลาอย่างน้อย 3 เดือนและมักไม่เกิน 5 เดือนแต่ขึ้นอยู่กับการตอบสนองต่อการรักษา และการประมาณของแพทย์ผู้รักษาโดยประมาณจากการเกิดโรคที่เกิดขึ้นในอดีตของผู้ป่วยว่าแต่ละครั้งใช้เวลานานเท่าใด หรือประมาณจากระยะเวลาโดยทั่วไปของภาวะ Mania หรือภาวะซึมเศร้าการรักษาระยะนี้สิ้นสุดลงเมื่อผู้ป่วยมีอาการหายเป็นปกติ

2.2 จิตบำบัด (Psychotherapy) มี 2 ลักษณะ คือ จิตบำบัดรายบุคคลและจิตบำบัดแบบกลุ่ม การทำจิตบำบัดรายบุคคลมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ที่ เป็นโรคอารมณ์สองขั้วสามารถแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันโดยใช้ศักยภาพของตนเองมากที่สุด และเพื่อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพและการไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดปัญหาการแยกตนเองจากสังคม และช่วยให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

2.3 การรับรู้การบำบัด (Cognitive therapy) เนื่องจาก Bipolar disorder เป็นโรคเรื้อรังและมีอาการรุนแรงโรคหนึ่งสำหรับโรคทางจิตเวชนอกจากอาการ Mania แล้วผู้ป่วยยังมีอาการแบบภาวะซึมเศร้า ทั้งแบบที่มีอาการครบถ้วนชัดเจนและมีอาการบางส่วนไม่ชัดเจนถึงขั้นป่วยเป้ำาหมาย ในการทำการบำบัดแบบ Cognitive therapy เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วย และเห็นความจำเป็นของการรักษาเกิดทักษะในการแก้ปัญหาและการควบคุมอารมณ์ตนเองในทางสร้างสรรค์ต่อความคิดที่ไม่ดีต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการจัดการต่อความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 ครอบครัวบำบัด (Family-focused therapy) เป็นการบำบัดเพื่อจัดวางการมีปฏิสัมพันธ์เชิงลบระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว ซึ่งจะลดภาวะเครียดทางจิตสังคมของผู้ป่วย โดยพัฒนาการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นด้วยการใช้เทคนิคหลาย ๆ

อย่างผสมกันได้แก่ การสื่อสาร (Communication) การฝึกการแก้ปัญหา (Problemsolving) และการฝึกวิธีการจัดการกับปัญหา (Coping strategies) การให้ Psychoeducation และการชักชวน การปฏิบัติเมื่อเกิดการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวจะเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา นำปัญหา มาวิเคราะห์ มองหาสาเหตุความน่าจะเป็น โดยมองต่างมุมจากเดิมที่ครอบครัวและญาติมองไว้

2.5 การบำบัดส่วนบุคคล (Interpersonal and Social Rhythm Therapy) มีเป้าหมาย คือ ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม ช่วยแก้ไขและส่งเสริมบทบาททางสังคมและช่วยลด ความยุ่งยากในการปฏิสัมพันธ์ ซึ่งจะช่วยลดปัญหาอันเนื่องจากการสูญเสียสมดุลและการสูญเสีย การควบคุมที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการป่วยขึ้น โดยมุ่งเรื่องวงจรการหลับคืน

2.6 การบำบัดที่เน้นการหาทางออก (Solution-Focused Brief Therapy) เป็นแนวคิด ของเดอ เซสเซอร์ ประเด็นหลักหลักของการบำบัดนี้คือการช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาข้อยกเว้น (Searching for exception) การคิดแบบอนุมานเชิงเหตุผลหรือตรรกะ ตรงไปตรงมาอย่างไม่ซับซ้อน ในการบำบัดนี้มีสิ่งที่จะต้องเน้นอยู่ 2 ประการคือ 1) ไม่มีสถานการณ์ใดที่จะเกิดขึ้นได้เหมือนกัน ทุกวัน หรือเกิดอย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีการหยุดพัก (Nothing always happens) 2) ถ้าทำอะไรแล้วได้ ผลลัพธ์ดีก็ทำต่อไป ไม่ต้องแก้ไข แต่ถ้าผลลัพธ์ออกมาไม่ดี ก็ทดลองทำวิธีใหม่ที่แตกต่างออกไป (If it work. Do more of it. If it doesn't, do something different) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยลองทำ ในสิ่งที่แตกต่างจากเดิมหรืออะไรก็ตามที่เคยทำมาก่อน แล้วสังเกตผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามมา ผลลัพธ์ ดังกล่าวจะเป็นแรงจูงใจที่ดีที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง

3. การรักษาระยะยาว การรักษาในระยะนี้ได้แก่

การเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ (Recurrence) ร่วมกับพิจารณาหยุดยาโดยค่อย ๆ ลดขนาดยา ที่ใช้ในการรักษาลงเป็นการรักษาของระยะหยุดยา ซึ่งใช้ในการรักษา Major depressive disorder แต่สำหรับ Bipolar disorder นั้นผู้ป่วยเกือบทั้งหมดจะต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยไม่สามารถหยุดยาได้เนื่องจากจะมีอาการป่วยกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นการรักษาที่ต่อจากระยะที่ 2 จะเน้น เพื่อให้มีอาการป่วยไม่กำเริบ หรือเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับเป็นซ้ำในอนาคตจึงนำมาสู่ระยะ การรักษาที่เรียกว่าการรักษาระยะยาวบางตัวมีประสิทธิภาพในการรักษาอาการเฉียบพลัน แต่ไม่มี ข้อมูลสนับสนุนถึงประสิทธิภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับการรักษาระยะยาว ดังนั้น แม้ว่ายาจะมีประสิทธิภาพสำหรับการรักษาอาการในภาวะเฉียบพลัน แต่เมื่อเข้าสู่การรักษาในระยะ ที่ 2 ผู้ป่วยจะค่อย ๆ ได้รับการปรับลดยาลง เมื่อเข้าสู่การรักษาระยะที่ 3 ผู้ป่วยยังต้องรับประทานยา ควบคุมอารมณ์อยู่แต่ในปริมาณที่ต่ำ และในระยะนี้จะเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการ จัดการ กับปัญหา การจัดการกับความเครียดและให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับบุคคลอื่น อย่างมีความสุข

ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้ว

1. ด้านตัวผู้ป่วย

1.1 เกิดเป็นตราบาปกับผู้ป่วย (Stigma) ผู้ป่วยเมื่ออาการกำเริบอาจจะมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ และแสดงพฤติกรรมที่รุนแรงและก้าวร้าว มีอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่ายจนทะเลาะกับบุคคลอื่นได้บ่อย ๆ มีพฤติกรรมใช้จ่ายเกินตัว มีความคิดและโครงการมากมายที่เกินจริง และผู้ป่วยมักจะคิดว่าตนเองไม่ป่วย บุคคลอื่น ๆ ที่ไม่ทราบถึงอารมณ์ที่ผิดปกติของผู้ป่วย จะรู้สึกกลัวหรือเกลียดผู้ป่วยจนไม่อยากคบและอยากพุดคุยด้วย หรืออาจถูกแยกจากสังคมโดยครอบครัวเนื่องจากผู้ป่วยปรับตัวอยู่ร่วมกับคนอื่นไม่ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความคิดในเชิงลบต่อสังคมและกลายเป็นตราบาปที่ติดตัวผู้ป่วยไปตลอด เมื่อผู้ป่วยรู้สึกมีตราบาปและเข้ากับคนอื่นไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคมสัมพันธ์ภาพกับบุคคลและการสื่อถึงกับบุคคลอื่นลดลง และส่งผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตประจำวันในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การนอน การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพอนามัย ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเสื่อมลง (Kongsakon, Thomyangkoon, Kanchanatawan, & Janenawasin., 2008)

1.2 การเกิดอาการซ้ำบ่อย ๆ เป็นที่ทราบกันคืออยู่แล้วว่าในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วนั้นการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอจะสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำ หรือสาเหตุอื่นเช่น การไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา การมีความคิดฆ่าตัวตายจนต้องกลับเข้ามาับการรักษาใหม่ในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำการแสดงอาการของโรคจะเพิ่มความรุนแรงขึ้นทำให้ต้องใช้เวลาในการรักษานานกว่าเดิม และยังส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาทเกิดการเสื่อมถอยของการพัฒนาการด้านสมอง ทำให้บุคลิกภาพของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเปลี่ยนแปลงมากกว่าเดิมหรือถาวร ความสามารถในการตัดสินใจและสามารถในการประกอบอาชีพของผู้ป่วยก็เสื่อมถอยลงตามไปด้วย

2. ด้านผู้ดูแลและครอบครัวผู้ป่วย

จากการที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษา และโรงพยาบาลมักจะมึนโยบายที่สนับสนุนให้จำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วส่วนใหญ่จึงอยู่บ้านและได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวเป็นหลัก ในขณะที่อยู่กับครอบครัวสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบางรายอาจปรับตัวต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เข้าใจอาการของผู้ป่วย แต่ในบางครอบครัวอาจไม่เข้าใจในอาการเจ็บป่วยทำให้เกิดปัญหาเรื่องการสื่อสาร สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง พุดคุยกันน้อยลงและอาจเกิดการทะเลาะวิวาทที่รุนแรงขึ้นได้ และครอบครัวอาจรู้สึกถึงความจำเป็นภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองให้มีประสิทธิภาพเพียงพอ ภาระการดูแลที่ยาวนานมักทำให้ผู้ดูแลต้องมีการ

เปลี่ยนแปลงวิถีในการดำรงชีวิตไป แต่เนื่องผู้ป่วยโรคอารมณ์สองเป็นกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติในการควบคุมอารมณ์ ซึ่งการรับรู้และเข้าใจปัญญายังปกติดี เมื่อได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องจนผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองให้คงที่ได้ ผู้ป่วยบางรายก็สามารถกลับไปใช้ชีวิตและทำงานได้เกือบเหมือนเดิม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวไม่รุนแรงมาก

3. ด้านสังคม

ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วบางรายอาจมีพฤติกรรม หรือการกระทำที่ไม่เหมาะสม และเป็นอันตรายต่อสังคม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฉียบพลัน เช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมพยายามทำร้ายผู้อื่น เอะอะก้าวร้าว โมโหหงุดหงิดง่ายขาดความสามารถในการควบคุมอารมณ์ตนเอง ทำให้เป็นที่หวาดกลัวของผู้อื่น และในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบจนต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำทำให้ต้องใช้เวลาในการรักษานานมากขึ้น ส่งผลให้ประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายไปในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าในแต่ละปีประเทศไทยต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นจำนวนมากขึ้น

สรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ของ DSM-V ว่าเป็นโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติในการควบคุมอารมณ์ ผู้ป่วยจะแสดงอาการให้เห็นชัดเจนเมื่อมีอาการกำเริบของโรค เมื่อมีอาการกำเริบจะเกิดผลกระทบดังนี้ 1) ด้านตัวผู้ป่วย ทำให้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน มีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป มีวิถีภาวะไม่สมกับวัยและค่อนข้างอ่อนแอ มีความคิดเชิงลบจึงมักเข้ากับสังคมรอบข้างไม่ได้ มีปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานและคนอื่น ๆ 2) ด้านครอบครัว ทำเป็นภาระในการดูแล มีการเปลี่ยนแปลงวิถีในการดำรงชีวิตของสมาชิกในครอบครัวไป หรือในบางรายอาจสูญเสียสัมพันธภาพภายในครอบครัว ทำให้เกิดการทะเลาะวิวาท 3) ด้านสังคมส่งผลให้ประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายไปในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น มีผลให้เกิดปัญหาการคุณภาพชีวิตที่เสื่อมลงเรื่อย ๆ

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

ความหมายของคุณภาพชีวิต

องค์การ United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO 1993) ได้นิยามคำว่าคุณภาพชีวิตไว้ในชุดฝึกอบรมทางการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงระดับความเป็นอยู่ที่ดีของสังคม และระดับความพึงพอใจในความต้องการส่วนหนึ่งของมนุษย์

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่าเป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้อง

พึงพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อทางบุคคลภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

สรุปความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ต่อความผาสุก ความพึงพอใจที่มีต่อความเป็นอยู่ ความพึงพอใจต่อสุขภาพร่างกายซึ่งมีมีโนทัศน์หลักหลายประการที่ประสานกัน ประกอบด้วยองค์ทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ภายใต้ วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติ ขึ้นอยู่กับทัศนคติของแต่ละบุคคลหรือสังคมซึ่งมี ผู้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้หลากหลาย โดยแต่ละองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต มีความสำคัญที่แตกต่างกันดังนี้ (รองรัตน์ ชนะชอบ, 2552)

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้านดังนี้ Ferrell (1995 อ้างถึงใน รองรัตน์ ชนะชอบ, 2552)

1. ความผาสุกด้านร่างกายและอาการทางกาย ได้แก่ความสามารถในการทำงานของร่างกาย อาการเหนื่อยล้า การพักผ่อนและนอนหลับ ภาวะเจริญพันธ์ อาการเจ็บปวด ความอยากรับประทานอาหาร และสุขภาพร่างกายทั่วไป

2. ความผาสุกทางจิตใจ ได้แก่ ความสามารถในการควบคุม ความวิตกกังวล อารมณ์ ซึมเศร้า การใช้เวลาว่าง ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ความสุข ความกลัวการกลับเป็นซ้ำ และการถูกลามของโรค ความคิด ความตั้งใจ การรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวม และความทุกข์ทรมานจากการวินิจฉัยโรคและการรักษา

3. ความผาสุกด้านสังคม ได้แก่ความทุกข์ทรมานของครอบครัว บทบาทสัมพันธภาพ บทบาททางเพศ การจ้างงาน การแยกตัวและความไม่แน่ใจในอนาคต

4. ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ จุดมุ่งหมายในชีวิต การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา การทำสมาธิ ความหวัง และความไม่แน่นอนใจในอนาคต

Flanagan (1982 อ้างถึงใน รองรัตน์ ชนะชอบ, 2552) ได้ศึกษาองค์ประกอบคุณภาพชีวิต พบว่าคุณภาพชีวิตมาจากพื้นฐานความต้องการของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบคือ

1. มีความสุขทางด้านร่างกายและวัตถุ เช่น มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรค มีอาหาร มีบ้านที่ต้องการ มีความมั่นคงปลอดภัย

2. มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น เช่น สัมพันธภาพกับมารดา คู่สมรส ญาติ เพื่อน และบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตร ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย

3. มีกิจกรรมและส่วนร่วมในสังคมชุมชน รวมทั้งได้มีโอกาสช่วยเหลือและสนับสนุนผู้อื่น

4. มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพและการดำเนินชีวิตตามพัฒนาการ เช่น พัฒนาการด้านสติปัญญา มีการเรียนรู้สนใจการเรียนรู้ เข้าใจตนเอง รู้จุดเด่นจุดด้อยของตนเอง ทำงานที่น่าสนใจ ได้รับผลตอบแทนดี และแสดงความรู้สึกรออกมาในทางสร้างสรรค์

5. มีการสันทนนาการ เช่น สังคมกับผู้อื่น ฟังเพลง หรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

องค์กรอนามัยโลกได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, 2541)

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบายไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับว่าตนเองไม่พึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกความภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรคเป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่ง

ประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีอาการเด่นคือ มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์แบบซึมเศร้า สลับกับเมเนีย ความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าวจะส่งผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิต ดังเห็นได้จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีคะแนนคุณภาพชีวิตทุกด้านต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น (Singh et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kongsakon et al. (2008) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนทั่วไป สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาคุณภาพชีวิตเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว คุณภาพชีวิตตามแนวคิดองค์การอนามัยโลก จำแนกออกเป็นองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (WHOQOL Group, 2001) เมื่อพิจารณาตามแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีปัญหาคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกายมีผลต่อวงจรนาฬิกาชีวภาพ (Circadian rhythm) โดยในระยะซึมเศร้าจะเกิดปัญหาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไปส่วนในระยะเมเนียจะมีความต้องการในการนอนน้อย ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ (Gazalle et al., 2007) 2) ด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ มองคุณค่าในตนเองต่ำลง (Cohen et al., 2004) ทำให้การทำหน้าที่ของระบบการรู้คิดเสื่อมลง อาการระยะเมเนีย ความสามารถในการตัดสินใจไม่ดี ตัดสินใจเร็วโดยไม่ไตร่ตรอง มีความมั่นใจในตนเองสูง ไม่ฟังผู้อื่น 3) ด้านสังคมพบว่า อาการระยะเมเนีย ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธและแสดงทางอารมณ์ที่รุนแรง หงุดหงิดง่ายเกิดความขัดแย้งกับบุคคลอื่น สัมพันธภาพทางสังคมและครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ ครอบครัวมีความขัดแย้งและหย่าร้างสูงกว่าประชากรทั่วไป (Hirchfeld et al., 2002) อาการซึมเศร้าผู้ป่วยจะเก็บตัวไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 4) ด้านสิ่งแวดล้อม อาการซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจที่จะริเริ่มงานใหม่ ขาดความสนใจในสิ่งรอบตัวและการรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ และงดทำกิจกรรมต่าง ๆ อาการระยะเมเนีย ขาดความสามารถยับยั้งชั่งใจ ในใช้จ่ายจะใช้ฟุ่มเฟือยจนทำให้เกิดภาระหนี้สิน

เครื่องมือแบบวัดคุณภาพชีวิต

ในปี ค.ศ 1995 องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขึ้นมา (WHOQOL-BREF) ได้จัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตขึ้นใหม่ โดยรวมองค์ประกอบบางด้านเข้าด้วยกัน จึงเหลือเพียง 4 องค์ประกอบ หลังจากนั้นใช้วิธีการทางสถิติวิเคราะห์หาองค์ประกอบ

เหลือเพียง 26 ตัวชี้วัด ซึ่งหลายประเทศได้นำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ไปแปลและใช้วัดคุณภาพชีวิต ประชากร สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2547 กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข ได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตชุด 26 ตัวชี้วัด มาแปลและปรับปรุงให้เหมาะสมกับประชากรไทย โดยศึกษาเปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด กับ 26 ตัวชี้วัด โดยศึกษาในประชากรคนไทยทั่วไปทั้งชายและหญิงจำนวน 750 คน และได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตชุด 26 ตัวชี้วัด ไปศึกษาคุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจใน 12 เขตสาธารณสุขทั้งหญิงและชายจำนวน 7,789 คน โดยได้นำเสนอค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มอายุ จำนวน 30 คน ได้เท่ากับ 0.84 นอกจากนี้ยังมีผู้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตชุด 26 ตัวชี้วัด ไปใช้คือ ศิริชัย ดาริการ์นนท์ (2541:54-55) นำไปสำรวจคุณภาพชีวิตและความคิดอยากฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 156 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 (พรชัย พงศ์สงวนสิน, จุฬารัตน์ วิริยะรัตน์ และชุติมา ประทีปจิตติ, 2541, หน้า 41-43) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เฉพาะโรงพยาบาลศรีธัญญาจำนวน 570 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 (ชมัยพร ทิพย์สุวรรณ, 2543) นำไปศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง ในกลุ่มญาติที่ให้การดูแลและในกลุ่มที่ญาติไม่มีส่วนร่วมในการดูแลจำนวน 114 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออก (Solution-focused brief therapy)

วิธีการมุ่งหาทางออกที่นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดของการบำบัดที่เน้นการหาทางออกที่พัฒนาโดย เดอ เซสเซอร์ ซึ่งมีความแตกต่างโดยสิ้นเชิงกับรูปแบบทางการแพทย์ เนื่องจากเชื่อว่าผู้บำบัดสามารถช่วยให้บุคคลค้นพบทางออกได้โดยไม่จำเป็นต้องค้นหาต้นเหตุของปัญหา แนวคิดนี้มองว่าการรื้อฟื้นปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ เป็นการกระทำที่เกินความจำเป็นแล้ว และอาจนำความเจ็บปวดมาให้ผู้ป่วยได้ เดอ เซสเซอร์ ได้พัฒนาการบำบัดที่เน้นการหาทางออกแบบใช้เวลาสั้น หรือ Solution-focused brief therapy (SFBT) วิธีการบำบัดนี้มีสมมติฐานว่าบุคคลสามารถมีสุขภาพดีได้ในขณะที่มีความเจ็บป่วย (Health within illness) ให้ความเคารพในความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลทั้งที่ปรากฏออกมาและที่ซ่อนอยู่ และสร้างเสริมให้บุคคลมีความเข้มแข็งเพื่อเป็นแรงสนับสนุน ลักษณะเด่นของวิธีการบำบัดนี้ คือ ใช้เวลาน้อย (Brief) ทำการบำบัดเป็นระยะ ๆ (Intermittent) เน้นทางเลือกที่มีความเป็นไปได้สำหรับบุคคล (Possibility-oriented) ที่จะทำหน้าที่ของตนต่อไปในวันข้างหน้า เป็นการบำบัดที่เน้นอนาคต (Future-oriented) เพื่อให้การบำบัดไม่คุกคาม ไม่สร้างความเจ็บปวด แต่เสริมพลังอำนาจให้แก่บุคคล

ความเชื่อ แนวคิดหลัก และข้อตกลงเบื้องต้นของการบำบัดที่เน้นการหาทางออก การบำบัดนี้คือการช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาข้อบกพร่อง ด้วยการคิดแบบอนุมานเชิงเหตุผล หรือตรรกะ ตรงไปตรงมาไม่ซับซ้อน มีความเชื่อหลัก 2 ประการคือ

1. การใช้ศักยภาพและทรัพยากรของผู้ป่วย (Utilization) ในขั้นตอนการบำบัดมีความเป็นไปได้สูงมากที่ผู้ป่วยจะมีความหมกมุ่นอยู่กับอาการเจ็บป่วย จนมองไม่เห็นทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่จึงเป็นหน้าที่ของผู้บำบัดในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาศักยภาพและทรัพยากรของผู้ป่วยและมาใช้ในแบบที่แตกต่างจากเดิม
2. การเน้นอนาคต (Future-oriented concept) หมายถึงการเน้นให้ผู้ป่วยลงมือทำสิ่งที่จะนำไปสู่อนาคตที่ตนคิดหวังไว้หรือต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต

คำถามที่ใช้เพื่อค้นหาข้อมูล/ ค้นหาศักยภาพของผู้ป่วย

1. คำถาม Why now เป็นคำถามที่ใช้ถามเพื่อมุ่งหาคำตอบที่อธิบายสภาพปัญหาหรือสถานการณ์ในช่วงเวลาหนึ่งก่อนผู้ป่วยตัดสินใจขอความช่วยเหลือ ถือเป็นคำถามชนิดที่ใช้ค้นหาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นก่อนให้การบำบัด
2. คำถาม “ใคร อะไร อย่างไร เมื่อไร ที่ไหน” (Who, what, How, When, Where question) เป็นคำถามที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้อธิบายถึงลักษณะของเป้าหมายที่เป็นรูปธรรม มองเห็นการลงมือกระทำเพื่อหาทางออก
3. คำถามเกี่ยวกับการจัดการ (Coping question) ในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้กับปัญหา มาก ท้อแท้ สิ้นหวังที่จะทำให้สถานการณ์ของตนเองดีขึ้น ดังนั้นผู้บำบัดจึงแสดงความอยากรู้เกี่ยวกับความสามารถในการจัดการที่ผ่านมาของผู้ป่วย ซึ่งอาจนำไปสู่การหาทางออกในภายหลัง เช่น “ดิฉันอยากรู้จังว่า.....” “อะไรในตัวคุณที่ทำให้คุณสามารถทำหน้าที่ของคุณได้อย่างดี มาตลอด” “อะไรที่ทำให้คุณไม่ยอมแพ้ ไม่ท้อถอย” เมื่อได้คำตอบแล้วผู้บำบัดจำเป็นต้องขยายความต่อซึ่งนำไปสู่ข้อบกพร่องเปิดโอกาสให้ผู้บำบัดเสริมแรงทางบวกให้ผู้ป่วยและนำไปสู่การหาทางออกของปัญหา

คำถามที่ใช้เพื่อกำหนดเป้าหมายการบำบัด

1. คำถามปาฏิหาริย์ (Miracle question) เป็นวิธีการที่นิยมใช้ในการให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายของตนเอง ช่วยทำให้เกิดความหวังว่าผู้ป่วยสามารถทำให้ชีวิตของตนเองมีความแตกต่างจากที่เคยเป็นอยู่ได้ “สมมติว่าคืนหนึ่งมีปาฏิหาริย์เกิดขึ้นขณะที่คุณหลับอยู่ เนื่องจากขณะนั้นคุณหลับอยู่ คุณจึงไม่รู้ว่ามีปาฏิหาริย์เกิดขึ้น ปาฏิหาริย์ทำให้คุณมีพลังงานมากขึ้นที่จะปฏิบัติภารกิจที่มีความหมายสำหรับคุณ เมื่อตื่นมาตอนเช้า สิ่งแรกที่คุณอยากให้เกิดขึ้นกับคุณมากที่สุดคืออะไร”

เมื่อผู้ป่วยสามารถระบุได้แล้วว่าต้องการปรับเปลี่ยนอะไร ผู้บำบัดต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยอธิบายต่อว่า การปรับเปลี่ยนดังกล่าวจะทำให้มีอะไรที่แตกต่างไปจากเดิม

2. คำถามเพื่อหาข้อยกเว้น (Exception question) คำถามเพื่อหาข้อยกเว้นเป็นการเริ่มต้น ค้นหาชิ้นส่วนเล็ก ๆ ของทางออก สำหรับผู้ที่มีปัญหารุนแรงหรือเรื้อรัง หรือผู้ที่แบกรับภาระอยู่กับ สถานการณ์นั้น โดยไม่มีการหยุดพัก “ลองทบทวนคู่อีกสักครั้งซิคะว่าเคยเกิด.....ขึ้นไหม”

3. คำถามประเมินค่า (Scaling question) เมื่อใช้คำถามปาฏิหาริย์และคำถามข้อยกเว้นแล้ว ผู้บำบัดสามารถใช้คำถามประเมินค่าเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเองเกี่ยวกับความพร้อมที่จะ เริ่มต้นลงมือทำอะไรบางอย่าง ความเชื่อมั่นในตนเอง หรือความมุ่งมั่นว่ามีมากน้อยเพียงใด “ในสเกล 1-10 เมื่อ 10 หมายถึงคุณมีความเชื่อมั่นมากที่จะไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ และ 1 หมายถึง คุณไม่มีความเชื่อมั่นที่จะไปถึงเป้าหมายเลย ขณะนี้คุณอยู่ตรงไหนของสเกล” คำถามที่ถามต่อไป คือ “คุณมาถึงจุดนี้ได้อย่างไร คิดว่าจะชวนทบทวนว่าอะไรที่ทำให้คุณมาถึงขั้นนี้ได้”

คำถาม/ เทคนิคที่ใช้เพื่อขยายความเป็นไปได้สู่การหาทางออก

1. คำถามย่อยของคำถามประเมินค่า เพื่อช่วยในการเสริมสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ และ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนี้ “อะไรที่จะทำให้คุณเลื่อนขึ้นไปอีกหนึ่งขั้น” คุณจะทำอะไรแทน เพื่อให้คุณเลื่อนขึ้นไปอีกหนึ่งขั้น” “ความแตกต่าง/การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นคืออะไร” “คุณทราบ ได้อย่างไรว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นแล้ว และทราบจากใคร”

2. คำถามที่ค้นหาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นก่อนให้การบำบัด ด้วยการกระตุ้นให้ผู้ป่วย เล่าถึงการทำการบ้านและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญกับรายละเอียดที่ทำให้ สถานการณ์ของผู้ป่วยดีขึ้น

3. ใช้กระบวนการ EARS กระบวนการนี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

E= Eliciting an exception ค้นหาข้อยกเว้น เพื่อเป็นเริ่มต้นค้นหาเวลาเว้นพักของปัญหา เช่น “มีอะไรเปลี่ยนแปลงไปบ้างที่เกิดขึ้นกับคุณ”

A= Amplifying ค้นหารายละเอียดของข้อยกเว้นหรือความแตกต่างที่เกิดขึ้น เพื่อให้ ผู้ป่วยเกิดความกระจ่างในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกเล่าว่าทำอย่างไรที่ทำให้ตน ก้าวเข้าไปสู่อีกภาวะหนึ่ง “จะมีอะไรแตกต่างไปจากเดิมถ้าคุณ...”

R= Reinforcing ให้คำชมเชยหรือการเสริมแรง ให้การเสริมแรงทั้งการพูดและ การแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง เพื่อเป็นการสนับสนุนให้ผู้ใช้ได้เล่าปัจจัยของการเปลี่ยนแปลงที่ เกิดขึ้น

S= Start Over เริ่มต้นกระบวนการใหม่อีกครั้ง ผู้บำบัดแสดงความอยากรู้ว่าอาจมีข้อยกเว้นอีก ด้วยการถามว่า “ดิฉันสงสัยว่าน่าจะมีเวลาอื่นอีกที่จะทำให้สถานการณ์ดีขึ้น คุณลองพิจารณาดูสิคะว่ามีเวลานั้นคือเวลาใดบ้าง”

4. การให้การบ้าน (Homework) มอบหมายส่งท้ายการบำบัดแต่ละครั้งของผู้ป่วย แล้วนำมาบอกเล่าในการบำบัดครั้งต่อไป ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทดลองทำในสิ่งที่เป็นไปได้มากที่สุด แล้วมอบหมายให้ลองไปทำจริงในสถานการณ์จริง และให้สังเกตตนเองและคนรอบข้างว่ามีอะไรเปลี่ยนแปลงไปบ้างภายหลังที่ได้ทดลองทำตามการบ้านที่ผู้ป่วยคิดว่าจะทำให้เกิดขึ้น จึงเป็นเทคนิคสำคัญที่ใช้สร้างเสริมพลังอำนาจ หรือความมั่นใจในการแก้ปัญหาให้แก่ผู้รับบริการได้อย่างดี

คำถาม/ เทคนิคที่ใช้เพื่อกระตุ้นให้เกิดมุมมองที่เอื้อให้เห็นทางออก

1. การทำให้เป็นเรื่องธรรมดา “ธรรมดา” (Normalization) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้หรือรับรู้ว่าคุณสมบัติของเขาหรือการตอบสนองของเขาเป็นเรื่อง “ธรรมดา” ไม่ใช่เรื่องผิดปกติแต่อย่างใด

2. การพัฒนากรอบความคิดใหม่ (Reframing) เป็นเทคนิคการค้นหาและทำความเข้าใจอาการผิดปกติ โดยไม่รู้ตัวว่าสิ่งที่คุ้นเคยนั้นจะค่อย ๆ กลายเป็นกรอบแนวคิดในการมองสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตไปในทางลบ ศัพท์หรือภาษาที่ใช้ในวงการแพทย์มีเป็นในทางลบ เช่น ฝึการมองคนที่จุกจิกจู้จี้ ขี้บ่น หรือคนที่ย้ำคิด ย้ำทำว่าเป็นคนละเอียดถี่ถ้วน คนที่ดื้อรั้นเป็นคนที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง คนที่เจ้ากี้เจ้าการเป็นคนชอบวางแผน

3. การใช้คำชมเชย (Compliments) เป็นเทคนิคที่ทำให้กำลังใจผู้ป่วยเป็นอย่างดี ไม่ว่าจะผลลัพธ์จะออกมาดีหรือไม่ก็ตาม แต่จะถูกใช้เป็นสัญลักษณ์ว่าผู้ป่วยได้พยายามดูแลตนเองแล้ว

4. การอุปมาอุปมัย (Using metaphor) เป็นเทคนิคที่สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยได้ทบทวนความคิด มุมมอง และความสามารถหรือศักยภาพของตนเองในการทำความเข้าใจและแก้ไขสถานการณ์

โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดการบำบัดอย่างรวบรัดที่เน้นการหาทางออก ของเดอ เซสเซอร์ (De Zhaser) ที่เชื่อในศักยภาพและทรัพยากรที่มีอยู่ของผู้ป่วย (Utilization) ในการที่จะจัดการกับสถานการณ์อย่างมีประสิทธิภาพได้และเน้นการนำไปสู่การปรับเปลี่ยนในอนาคต (Future-oriented concept) โดยผู้บำบัดจะเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยนำศักยภาพและทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ และลงมือทำในแบบที่แตกต่างจากเดิม เพื่อนำไปสู่อนาคตที่ผู้ป่วยหวังไว้หรือต้องการให้เกิดขึ้น

ผู้ป่วยจะสามารถรู้ได้ด้วยตนเองว่าจะทำอะไรได้บ้าง อย่างไรบ้างจึงจะดีสำหรับตนในสถานการณ์นั้น ๆ การบำบัดหรือการช่วยเหลือที่เน้นการหาทางออกจะใช้ความเป็นจริงของผู้ป่วยมาเป็นฐานในการกำหนดเป้าหมายของการบำบัด เพื่อผู้ป่วยได้พึ่งพาตนเองและเกิดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองหรือควบคุมสถานการณ์ด้วยตนเองได้ ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยคิดว่ายาก ผู้บำบัดมีหน้าที่หลักในการช่วยให้ผู้ป่วยค้นศักยภาพและทรัพยากรที่ผู้ป่วยมีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดและให้นำไปสู่สิ่งดีในอนาคต (Future-oriented-concept) และผู้บำบัดสนับสนุนให้ผู้ป่วยมองเห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยนึกถึงภาพในอนาคตหรือหวังว่าอยากให้อะไรเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคต ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับให้สอดคล้องกับปัญหาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกทั้ง 4 ด้านของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่สอดคล้องกลมกลืนกันของตัวตนและเป็นสถานการณ์ที่เป็นจริงหรือความจริงของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้นำคำถาม/เทคนิคการบำบัดตามแนวคิดของ เดอ เซสเซอร์ มาประยุกต์ใช้ดังนี้

1. คำถาม/เทคนิคที่ใช้เพื่อกำหนดเป้าหมายการบำบัด ได้แก่ คำถามปาฏิหาริย์ (Miracle question) คำถามเพื่อหาข้อยกเว้น (Exception question) คำถามประเมินค่า (Scaling question)
2. คำถาม/เทคนิคที่ใช้เพื่อขยายความเป็นไปได้สู่การหาทางออก ได้แก่ คำถามย่อยของคำถามประเมินค่า กระบวนการ EARS การให้การบ้าน (Homework)
3. คำถาม/เทคนิคที่ใช้เพื่อกระตุ้นให้เกิดมุมมองที่เอื้อให้ทางออก ได้แก่ การทำให้เป็นเรื่องธรรมดา (Normalization) การพัฒนากรอบแนวคิดใหม่ (Reframing) การใช้คำชมเชย (Compliment) การอุปมาอุปไมย (Using metaphor)

โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ผู้วิจัยพัฒนาให้สอดคล้องกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ประกอบด้วยการบำบัด 6 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 6 สัปดาห์ ให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที ดังนี้

การบำบัดครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสำรวจแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

การบำบัดครั้งที่ 2 การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วและการสำรวจความตระหนักรู้ในการอาการเจ็บป่วยของตนเอง

การบำบัดครั้งที่ 3 สนทนาและร่วมอภิปรายเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยในการรับประทานยา

การบำบัดครั้งที่ 4 สนทนาและร่วมอภิปรายพูดคุยเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับสัมพันธภาพและการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น

การบำบัดครั้งที่ 5 สนทนาและร่วมอภิปรายเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยในการจัดการกับความเครียด

การบำบัดครั้งที่ 6 การติดตามผลการบำบัด สรุปผลการบำบัดครั้งที่ 1-5 ประเมินผลการบำบัดและยุติการบำบัด

สรุปได้ว่าโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาตามแนวคิดของ เดอ เซสเซอร์และประยุทธ์ให้สอดคล้องกับปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว โดยมีการบำบัดทั้งหมด 6 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการบำบัดทั้งหมด 6 สัปดาห์ โดยให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพและทรัพยากรของตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุดตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง นำมาเป็นแนวทางในการหาทางออกเพื่อใช้ปรับเปลี่ยนมุมมองให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผลหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือน (Two group pre-post test and follow-up design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในปี พ.ศ. 2558 จำนวนขนาดประชากรจากสถิติของผู้ป่วยที่มารับบริการย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2555, 2556 และ 2557) จำนวน 285, 485 และ 504 คน ตามลำดับ พบว่าใน 1 เดือน มีผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar I disorder) จำนวน 45 คน โดยแต่ละเดือนจะมีบริบทและจำนวนผู้ป่วยใกล้เคียงกัน เพื่อให้ใกล้เคียงกับช่วงเวลาเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2559

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วชนิด bipolar I disorder ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในปีพ.ศ. 2558 คัดเลือกจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด สุ่มตัวอย่างในช่วงเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ. 2558 โดยคัดการณจากสถิติปี พ.ศ. 2557 จำนวน 20 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. มีอายุระหว่าง 20-60 ปี
2. มีที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
3. ฟัง พูด อ่านเขียนภาษาไทยได้เข้าใจ
4. มีคะแนนแบบประเมินภาวะอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Young mania rating scale: YMRS) 0-13 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการผิดปกติจนถึงเริ่มมีอาการผิดปกติเล็กน้อย
5. มีคะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) 26-95 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีจนถึงคุณภาพชีวิตปานกลาง

6. สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดที่เน้นทางออกต่อคุณภาพชีวิตได้ครบทุกครั้งของการบำบัด

เกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. มีอาการทางจิตเฉียบพลัน เช่น มีอาการเมเนียร์รุนแรงหรืออาการซึมเศร้ารุนแรงและมีอาการผิดปกติทางจิตที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. ได้รับการบำบัดหรือได้รับคำปรึกษาด้วยวิธีการอื่นขณะเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดครั้งนี้

3. เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดครั้งนี้ ไม่ครบตามกำหนด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่ง Polit and Hunger (1995 อ้างถึงใน ธวัชชัย วรพงศธร, 2540) ได้กำหนดไว้ว่าการวิจัยกึ่งทดลองควรมีก่อนกลุ่มตัวอย่าง 20-30 คน โดยมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแต่ละกลุ่มไม่ต่ำกว่า 10 คน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้น โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 10 คนและกลุ่มทดลอง 10 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คน

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

1. เลือกเดือนศึกษาที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน ถึง เดือนธันวาคม ปีพ.ศ. 2558 จากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2555, 2556 และ 2557) จำนวน 285, 485 และ 504 พบว่า ใน 1 เดือนมีผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วชนิด Bipolar I disorder จำนวน 45 คน

2. ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจากเลขทะเบียนประจำตัวผู้ป่วยนอกที่จะมาตรวจตามนัดในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 และขออนุญาตแพทย์ผู้ดูแล เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้น ได้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทั้งหมดจำนวน 20 คน และมีความยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก โดยจับฉลาก 2 ใบ ที่ระบุ “เลขคู่” และ “เลขคี่” ทำการจับฉลากได้ “เลขคู่” เป็นกลุ่มควบคุมและ “เลขคี่” เป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 10 คน แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะอารมณ์เมเนียร์

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้ว จำนวนครั้งของการขาดการรักษา จำนวนครั้งในการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

1.2 แบบประเมินภาวะอารมณ์แมนี (Young mania rating scale: YMRS) พัฒนาโดย Yong et al. (1987) และนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย รณชัย คงสกนธ์, ธวัชชัย ลีพพานาจ และสรยุทธ ลิกนนานนท์ (2549) โดยผ่านกาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหามาแล้ว มีค่า Item coefficient มากกว่า 0.6 และมีค่าความเชื่อถือได้ของค่า Interrater Pearson ' s correlation เท่ากับ 0.87 และค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.89 มีจำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย อารมณ์ การเพิ่มขึ้นของการทำการทำกิจกรรม การเคลื่อนไหว ความสนใจทางเพศ การนอนหลับ ความหงุดหงิด การพูด (อัตราเร็วและจำนวนคำพูด) ภาษา-ความผิดปกติของความคิด เนื้อหา ความคิด พฤติกรรมก่อความวุ่นวาย-ก้าวร้าว ลักษณะภายนอก การแต่งตัว ความเข้าใจตนเองแปลผล โดยรวมคะแนนทั้งหมดทุกข้อแล้วนำมาหาคะแนนเฉลี่ยโดยคะแนนรวมมีทั้งหมด 60 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดคุณภาพชีวิต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่สร้างขึ้น โดย องค์การอนามัยโลก ซึ่งนำมาแปลเป็นภาษาไทย โดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2541) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ คำว่าคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยฝึกการใช้แบบประเมิน โดยมีจิตแพทย์เป็นผู้คอยแนะนำ เพื่อทดสอบความเที่ยงในการใช้แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม เป็นแบบวัดที่ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ในผู้ที่มีอายุ 15-60 ปี ไม่จำกัดเพศ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านออก เขียนได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นให้ฟังและให้ผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง เครื่องมือคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ โดยแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ โดยกลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนน 1-5 คะแนน ตอบ 1 คะแนน คือมากที่สุด และ ตอบ 5 คะแนน คือไม่เลย, กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ โดยกลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนน 1-5 คะแนน ตอบ 1 คะแนนคือไม่เลยและตอบ 5 คะแนน คือมากที่สุด แบ่งกลุ่มคะแนนคุณภาพชีวิตมีเกณฑ์ในการแบ่งคะแนนเฉลี่ยดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
26-60 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
61-95 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ
96-130 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ แปลผลคะแนน โดยรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยคะแนนที่มากแปลว่ามีคุณภาพชีวิตดี

แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24 คะแนน 7-16 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 17-26 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตกลาง ๆ คะแนน 27-35 คะแนนแสดงถึงคุณภาพที่ดี

2. องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23 คะแนน 6-14 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 15-22 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตกลาง ๆ คะแนน 23-30 คะแนนแสดงถึงคุณภาพที่ดี

3. องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25 คะแนน 3-7 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 8-11 คะแนนแสดงถึงคุณภาพชีวิตกลาง ๆ คะแนน 12-15 คะแนนแสดงถึงคุณภาพที่ดี

4. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 คะแนน 8-18 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 19-29 คะแนนแสดงถึงคุณภาพชีวิตกลาง ๆ คะแนน 30-40 คะแนนแสดงถึงคุณภาพที่ดี

ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบ 4 ด้าน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ คือ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ที่ได้สร้างขึ้นตามแนวคิดของ เดอ เซสเซอร์ (De Zhaser) และประยุกต์ให้สอดคล้องกับปัญหาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดองค์การอนามัยโลกทั้ง 4 ด้าน โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดที่เน้นการหาทางออกในการปรับเปลี่ยนความคิด และแนวคิดคุณภาพชีวิตของ (WHO, 2004)

3.2 ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัย และได้กำหนดเนื้อหาของกิจกรรมให้ครอบคลุมแผนการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค

อารมณ์แปรปรวนสองชั่ว เน้นความสำคัญของกระบวนการให้การบำบัดรายบุคคล ผู้วิจัยเป็นผู้ให้การบำบัดโดยใช้หลักการบำบัดและคำถาม/ เทคนิคตามแนวคิดของ เดอ เซสเซอร์ มี 3 ประการ

1) เทคนิคที่ใช้เพื่อกำหนดเป้าหมายการบำบัด ได้แก่ คำถามปาฏิหาริย์ (Miracle question) คำถามเพื่อหาข้อยกเว้น (Exception question) คำถามประเมินค่า (Scaling question) 2) เทคนิคที่ใช้เพื่อขยายความเป็นไปได้สู่การหาทางออก ได้แก่ คำถามย่อยของคำถามประเมินค่า กระบวนการ EARS การให้การบ้าน (Homework) 3) เทคนิคที่ใช้เพื่อกระตุ้นให้เกิดมุมมองที่เอื้อให้หาทางออก ได้แก่ การทำให้เป็นเรื่องธรรมดา (Normalization) การพัฒนากรอบแนวคิดใหม่ (Reframing) การใช้คำชมเชย (Compliment) การอุปมาอุปมัย (Using metaphor) ในการปรับเปลี่ยนมุมมองและเน้นค้นหาทางที่เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาและมีผลต่อคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองชั่ว

2.3 กำหนดรูปแบบของกิจกรรมในการบำบัดรายบุคคลให้ครอบคลุมตามหลักกรอบแนวคิดเน้นการหาทางออกแบบรวรัดของ เดอ เซสเซอร์ ซึ่งกิจกรรมที่ออกแบบเป็นกิจกรรมที่เน้นให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดในการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับความเป็นจริงตามสภาพของโรคอารมณ์สองชั่ว และสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุด ประกอบด้วยการบำบัด 6 ครั้ง โดยจะให้การบำบัดสัปดาห์ละครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาในการบำบัดประมาณ 60-90 นาที โดยมีขั้นตอนดังนี้

การบำบัดครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสำรวจแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองชั่ว

การบำบัดครั้งที่ 2 การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองชั่วและการสำรวจความตระหนักรู้ในการอาการเจ็บป่วยของตนเอง

การบำบัดครั้งที่ 3 สนทนาและร่วมอภิปรายเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยในการรับประทานยา

การบำบัดครั้งที่ 4 สนทนาและร่วมอภิปรายพูดคุยเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับสัมพันธภาพและการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น

การบำบัดครั้งที่ 5 สนทนาและร่วมอภิปรายเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยในการจัดการกับความเครียด

การบำบัดครั้งที่ 6 การติดตามผลการบำบัด สรุปผลการบำบัดครั้งที่ 1-5 ประเมินผลการบำบัดและยุติการบำบัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำรูปแบบโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลประจำสาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จุดมุ่งหมาย เนื้อหา วิธีการและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.87 จากนั้นผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ผู้ควบคุม วิทยานิพนธ์ จากนั้นผู้วิจัยนำรูปแบบโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 5 ราย ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ก่อนนำไปดำเนินการทดลอง

2. การตรวจสอบความเที่ยง

ผู้วิจัยนำแบบวัดคุณภาพชีวิตของ The WHO group (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2549) ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลอง (Try out) กับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว แผนกผู้ป่วยนอกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.70 ขึ้นไป โดยค่าความเที่ยงของแบบวัดคุณภาพชีวิตมีค่าเท่ากับ 0.80

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการและคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ อำเภอกลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายรายละเอียดของการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทราบ ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธหรือถอนตัวในการเข้าร่วมการวิจัย
4. ผู้วิจัยรักษาความลับ โดยข้อมูลที่ได้เก็บเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และทำลายข้อมูลที่ได้จากการวิจัย และนำเสนอในเชิงวิชาการ

โดยไม่เปิดเผยชื่อหรือลักษณะส่วนบุคคลที่จะนำไปสู่การให้ข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลอย่างใดทั้งสิ้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยและยินดีให้ความร่วมมือ จึงลงนามในใบยินยอม

5. หลังจากผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองเสร็จสิ้นและครบระยะเวลาการติดตามผล 1 เดือน ผู้วิจัยเข้าไปดำเนินการกิจกรรมตามแผนการบำบัดรายบุคคลในกลุ่มควบคุม โดยมี ความครบถ้วนด้านเนื้อหาเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ทั้งนี้โดยความสมัครใจ

การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว จึงดำเนินการเก็บข้อมูลและดำเนินการทดลอง โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 หลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี เพื่ออนุญาตเข้าทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกสุขภาพจิตและจิตเวช และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการทดลอง และการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยได้มีการเตรียมตัวก่อนนำไปใช้โปรแกรมไปใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้เรียนรู้หลักแนวคิดทฤษฎี ขั้นตอนกระบวนการ และการประเมินผลโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกตามแนวคิดของ เดอ เซสเซอร์ (De Zhaser) ในวิชา 106665 (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง) พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติในวิชา 106666 (การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง 2) ของหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระดับบัณฑิตศึกษา เป็นระยะเวลา 1 ภาคเรียน และได้ทำการฝึกการใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกตามแนวคิดของ เดอ เซสเซอร์ ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 3 ครั้ง โดยมีอาจารย์พยาบาลประจำสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่เชี่ยวชาญ 1 ท่าน เป็นผู้นิเทศเพื่อประเมินสมรรถนะของผู้วิจัยและความชัดเจนของขั้นตอนการใช้โปรแกรมฝึกก่อนที่จะดำเนินการวิจัยจริงกลุ่มทดลอง

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอันเกิดจากความลำเอียงของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยจะเลือกผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมาเป็นระยะ 1 ปี ผู้ช่วยผู้วิจัยทำหน้าที่ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมการสังเกตกระบวนการและพฤติกรรมกรรมการทำการบำบัดที่เน้นการหาทางออกและปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้ง การเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย ขั้นตอนในการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองฝึกสังเกตขั้นตอนการทำการบำบัดที่เน้นการหาทางออกร่วมกับผู้วิจัย 2 ครั้ง เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจการสังเกตการทำการบำบัดที่เน้นการหาทางออก และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลการบำบัดที่เน้นการหาทางออกและปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้น ในแต่ละครั้งของการบำบัดที่เน้นการหาทางออก

1.5 ผู้วิจัยนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดการบำบัดที่เน้นการหาทางออกสำหรับกลุ่มทดลองทุกวันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 10.00 น.-11.00 น. ณ ห้องให้คำปรึกษาของแผนกผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ติดต่อกัน

2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยระยะก่อนการทดลอง ระยะการทดลอง ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยจะชี้แจงวิธีการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือจากของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในการเข้าร่วมวิจัย โดยมีการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประเมิน โดยการใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ประเมิน

ระยะทดลอง

การบำบัดครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสำรวจแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ให้ผู้ป่วยสำรวจตนเองว่าอาการที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ผู้ป่วยประสบอยู่เป็นอย่างไร และส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง

การบ้าน ให้ผู้ป่วยสำรวจตนเองว่าอาการที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ผู้ป่วยประสบอยู่มีปัญหาเพิ่มเติมอย่างอื่นหรือไม่ และส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง และให้จดบันทึกลงสมุดประจำตัว แล้วนำกลับมาเล่าให้ผู้บำบัดฟังในการพบกันครั้งต่อไป

การบำบัดครั้งที่ 2 การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วและการสำรวจความตระหนักรู้ในการอาการเจ็บป่วยของตนเอง

1. ผู้วิจัยทบทวนสาระสำคัญของการบำบัดครั้งที่ 1 และผู้บำบัดให้ผู้ป่วยอภิปรายการบ้านที่ให้กลับไปสำรวจอาการที่เป็นผลมาจากความเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วที่เกิดขึ้นและผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา เพื่อค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยโดยไม่มุ่งเน้นการหาข้อมูลการเจ็บป่วยในอดีต ค้นหาข้อมูลที่จะเป็นกรอบแนวคิดใหม่ (Reframing)

2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยร่วมอภิปรายถึงความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่สามารถเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เคยประสบมา และวิธีในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้เทคนิค (Normalizing) การเจ็บป่วยทางกายเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิต โดยผู้บำบัดจะยกตัวอย่างเปรียบเทียบกับโรคอารมณ์สองขั้วเปรียบเทียบกับโรคทางกายเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคแผลในกระเพาะอาหาร เป็นต้นและวิธีการดูแลตนเองให้สุขภาพดีขึ้นเมื่อป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วหรือโรคทางกายเรื้อรัง เพื่อให้เข้าใจถึงความคล้ายคลึงกันในการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งสองโรค และให้ผู้ป่วยมองเห็นว่าไม่ว่าจะเป็นโรคที่เกิดขึ้นทางกายหรือโรคทางจิตใจ ทั้งสองโรคต้องได้รับการรักษาและต้องปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตประจำวันให้สอดคล้องกับอาการของโรคเหมือนกัน เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การงดเครื่องดื่มสุรา การจัดการกับความเครียด การออกกำลังกาย

3. ผู้วิจัยใช้คำถามปาฏิหาริย์ (Miracle question) หรือคำถามเพื่อหาข้อยกเว้น (Exception question) ในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการให้เกิดขึ้นกับตนเองมากที่สุดและร่วมอภิปรายถึงสิ่งที่ผู้ป่วยอยากให้เกิดขึ้นว่าเพราะอะไรผู้ป่วยจึงอยากให้เกิดสิ่งนั้นกับตนเอง นำมากำหนดเป็นเป้าหมาย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยค้นหาศักยภาพและทรัพยากรที่มีในตัวผู้ป่วยเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้

4. ใช้คำถามประเมินค่าครั้งที่ 1 หลังจากปรับเปลี่ยนมุมมองต่อความเจ็บป่วยว่าความเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิต เพื่อประเมินความเชื่อมั่นในการในการปฏิบัติตามกรอบแนวคิดใหม่ที่ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายไว้

5. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยบันทึกสิ่งที่ได้ร่วมกันอภิปรายลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยกลับไปทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยต่อที่บ้าน

การบ้าน

ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสำรวจตัวเองว่านอกจากการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยทำอยู่แล้ว มีวิธีการดูแลตนเองวิธีอื่นอย่างไรบ้างที่จะทำให้ตนเองสามารถทำได้ที่ผ่านมาเมื่อป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้ว

และให้ผู้ป่วยบันทึกลงในแบบบันทึกสมุดประจำตัวผู้ป่วย แล้วนำกลับมาเล่าให้ผู้บำบัดฟังในการพบกันครั้งต่อไป

การบำบัดครั้งที่ 3 สนทนาและร่วมอภิปรายเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยในการรับประทานยา

1. ผู้วิจัยทบทวนสาระสำคัญของกิจกรรมบำบัดครั้งที่ 1 และ 2 พร้อมกับให้ผู้ป่วยอภิปรายการบ้าน
2. ให้ความรู้เรื่องการรับประทานยา แนวทางการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและผลข้างเคียงจากการได้รับยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการยาที่ถูกต้องครบถ้วน เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่อง สามารถดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการจากผลข้างเคียงจากยาได้
3. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยอภิปรายเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยในปัจจุบัน และสอบถามความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสิทธิผลของยา โดยผู้บำบัดให้ผู้ป่วยอธิบายประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องว่ามีประโยชน์อย่างไร และเพราะอะไรผู้ป่วยจึงคิดเช่นนั้น และหากพบปัญหาในการรับประทานยาของผู้ป่วย ผู้บำบัดจะใช้คำถามคำถามปาฏิหาริย์ (Miracle question) หรือคำถามเพื่อหาข้อยกเว้น (Exception question) ให้ผู้ป่วยร่วมอภิปรายถึงสิ่งที่ผู้ป่วยอยากให้เกิดขึ้นกับตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา และเหตุผลว่าเพราะอะไรผู้ป่วยจึงอยากให้เกิดสิ่งนั้น และร่วมกับผู้ป่วยในการสร้างกรอบแนวคิดใหม่ (Reframing) และกำหนดเป้าหมาย ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาศักยภาพและทรัพยากรที่มีในตัวผู้ป่วยเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้
4. ใช้คำถามประเมินค่าครั้งที่ 2 เพื่อประเมินความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนมุมมองเพื่อไปถึงเป้าหมายที่ผู้ป่วยตั้งไว้ใน การรับประทานยา
5. ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกสิ่งที่ได้ร่วมกันอภิปรายลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วยและให้ผู้ผู้ป่วยกลับไปทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยต่อที่บ้าน

การบ้าน

ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกผลลัพท์ลงในสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยและเน้นย้ำให้ผู้ผู้ป่วยทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยทดลองทำจริงที่บ้าน แล้วกลับมาเล่าให้ผู้บำบัดฟังในการพบกันครั้งต่อไป

การบำบัดครั้งที่ 4 สนทนาและร่วมอภิปรายพูดคุยเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับสัมพันธภาพและการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น

1. ผู้วิจัยทบทวนสาระสำคัญของการบำบัดครั้งที่ 1 ถึง 3

2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยอภิปรายเกี่ยวกับสัมพันธภาพและการสื่อสารในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยกับผู้อื่นและภายในครอบครัวว่าเป็นอย่างไรเมื่อป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้ว ผู้ป่วยทำอย่างไรจึงผ่านช่วงเวลานั้นมาได้ และปัจจุบันผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร

3. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพ ส่งเสริมการพัฒนาทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และทักษะการเข้าสังคม

4. ผู้วิจัยใช้คำถามคำถามปาฏิหาริย์ (Miracle question) หรือคำถามเพื่อหาข้อยกเว้น (Exception question) ที่ผู้ป่วยอยากให้เกิดขึ้นกับตนเองเกี่ยวกับสัมพันธภาพและการอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคม พร้อมบอกเหตุผลว่าเพราะอะไรผู้ป่วยจึงอยากให้เกิดสิ่งนั้น และร่วมกับผู้ป่วยในการสร้างกรอบแนวคิดใหม่ (Reframing) และกำหนดเป้าหมาย ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาศักยภาพและทรัพยากรที่มีในตัวผู้ป่วยเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้

5. ใช้คำถามประเมินค่าครั้งที่ 3 เพื่อประเมินความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนมุมมองเพื่อไปถึงเป้าหมายที่ผู้ป่วยตั้งไว้ใน การสร้างสัมพันธภาพและการอยู่ร่วมกับคนอื่น

6. ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกสิ่งที่ได้ร่วมกันอภิปรายลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วยและให้ผู้ผู้ป่วยกลับไปทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยต่อที่บ้าน

การบ้าน

ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกผลลัพธ์ลงในสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยและเน้นย้ำให้ผู้ผู้ป่วยทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยทดลองทำจริงที่บ้าน แล้วกลับมาเล่าให้ผู้บำบัดฟังในการพบกันครั้งต่อไป

การบำบัดครั้งที่ 5 สนทนาและร่วมอภิปรายเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยในการจัดการกับความเครียด

1. ผู้วิจัยทบทวนสาระสำคัญของ การบำบัดครั้งที่ 1 ถึง 4

2. ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยอภิปรายเกี่ยวกับความเครียดในชีวิตประจำวันของเมื่อป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้ว ผู้ป่วยทำอย่างไรจึงผ่านช่วงเวลานั้นมาได้ และปัจจุบันผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร

3. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการฝึกทักษะในการจัดการกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ

4. ผู้วิจัยใช้คำถามคำถามปาฏิหาริย์ (Miracle question) หรือคำถามเพื่อหาข้อยกเว้น (Exception question) ที่ผู้ป่วยอยากให้เกิดขึ้นกับตนเองเกี่ยวกับสัมพันธภาพและการอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคม พร้อมกับบอกเหตุผลว่าเพราะอะไรผู้ป่วยจึงอยากให้เกิดสิ่งนั้น และร่วมกับผู้ป่วยในการสร้างกรอบแนวคิดใหม่ (Reframing) และกำหนดเป้าหมาย ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาศักยภาพและทรัพยากรที่มีในตัวผู้ป่วยเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้

5. ใช้คำถามประเมินค่าครั้งที่ 4 เพื่อประเมินความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนมุมมอง เพื่อไปถึงเป้าหมายที่ผู้ป่วยตั้งไว้ในการจัดการกับความเครียด เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต

6. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยบันทึกสิ่งที่ได้ร่วมกันอภิปรายลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยกลับไปทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยต่อที่บ้าน

การบ้าน

ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยบันทึกผลลัพธ์ลงในสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยและเน้นย้ำให้ผู้ป่วยทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยทดลองทำจริงที่บ้าน แล้วกลับมาเล่าให้ผู้บำบัดฟังในการพบกันครั้งต่อไป

การบำบัดครั้งที่ 6 การติดตามผลการบำบัด สรุปผลการบำบัดครั้งที่ 1-5 ประเมินผลการบำบัดและยุติการบำบัด

1. ผู้วิจัยทบทวนสาระสำคัญของผลการบำบัดครั้งที่ 1 ถึง 5
2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทบทวนการใช้กรอบแนวคิดใหม่ในการบำบัดที่ 1-5 เมื่อผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติตามกรอบแนวคิดใหม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรเกิดขึ้นบ้าง และมีผู้ใดสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิด ผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
3. ผู้วิจัยสะท้อนให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าผู้บำบัดรู้สึกอย่างไรกับสิ่งที่ผู้ป่วยได้ทำ ร่วมกับการให้คำชมเชย
4. ผู้วิจัยกล่าวยุติการบำบัดและชี้ชวนให้เห็นถึงศักยภาพของผู้ป่วยที่ได้ทำมาทั้งหมดว่าผู้ป่วยสามารถให้ศักยภาพและทรัพยากรที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้ จากการเจ็บป่วยที่ผ่านมาผู้ป่วยจะหมกหมุ่นอยู่กับการเจ็บป่วยจนอาจมองไม่เห็นศักยภาพและทรัพยากรของตนเอง แต่จากการบำบัดครั้ง 1-5 ผู้ป่วยสามารถค้นหาศักยภาพและทรัพยากรของตนเองในการสร้างกรอบแนวคิดใหม่และกำหนดเป้าหมายที่ผู้ป่วยอยากให้เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย และใช้ศักยภาพและทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้ป่วยได้ลงมือทดลองจริงในสถานการณ์ที่เป็นจริงนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และชี้ชวนให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงก้าวเล็ก ๆ ซึ่งสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในอนาคตของผู้ป่วยได้

ระยะหลังการทดลอง

ผู้ช่วยวิจัยจะให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทำแบบประเมินชุดเดิม ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิต เพื่อประเมินผลการเข้ารับการบำบัดในการใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที จากนั้นผู้วิจัยจะนัดหมายกับผู้ป่วยครั้งต่อไปเป็นเวลา 1 เดือน เพื่อประเมินผลการเข้ารับการบำบัดในระยะติดตามผล (หลังเสร็จสิ้น 1 เดือน) โดยจะนัดหมายทำแบบประเมินแผนกสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ระยะติดตามผล (หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน)

ผู้ช่วยวิจัยให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทำแบบประเมินสุขภาพจิต ได้แก่ แบบวัดคุณภาพชีวิต จากนั้นจึงมอบสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยที่บ้านที่โครงการบำบัดที่เน้นหาทางออกต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้ป่วยเขียนไว้ขณะทำการบำบัดครั้งที่ 2-6 โดยผู้วิจัยได้รวบรวมและจัดทำเป็นเล่มเพื่อมอบให้ผู้ป่วยทุกท่านที่เข้าร่วมการบำบัด พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือด้วยดีตลอดช่วงการทำวิจัย

2.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง

ผู้ช่วยวิจัยจะชี้แจงวิธีการดำเนินการวิจัยและขอร่วมมือจากผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในการเข้าร่วมวิจัย โดยมีการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินโดยการใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะดำเนินการทดลอง

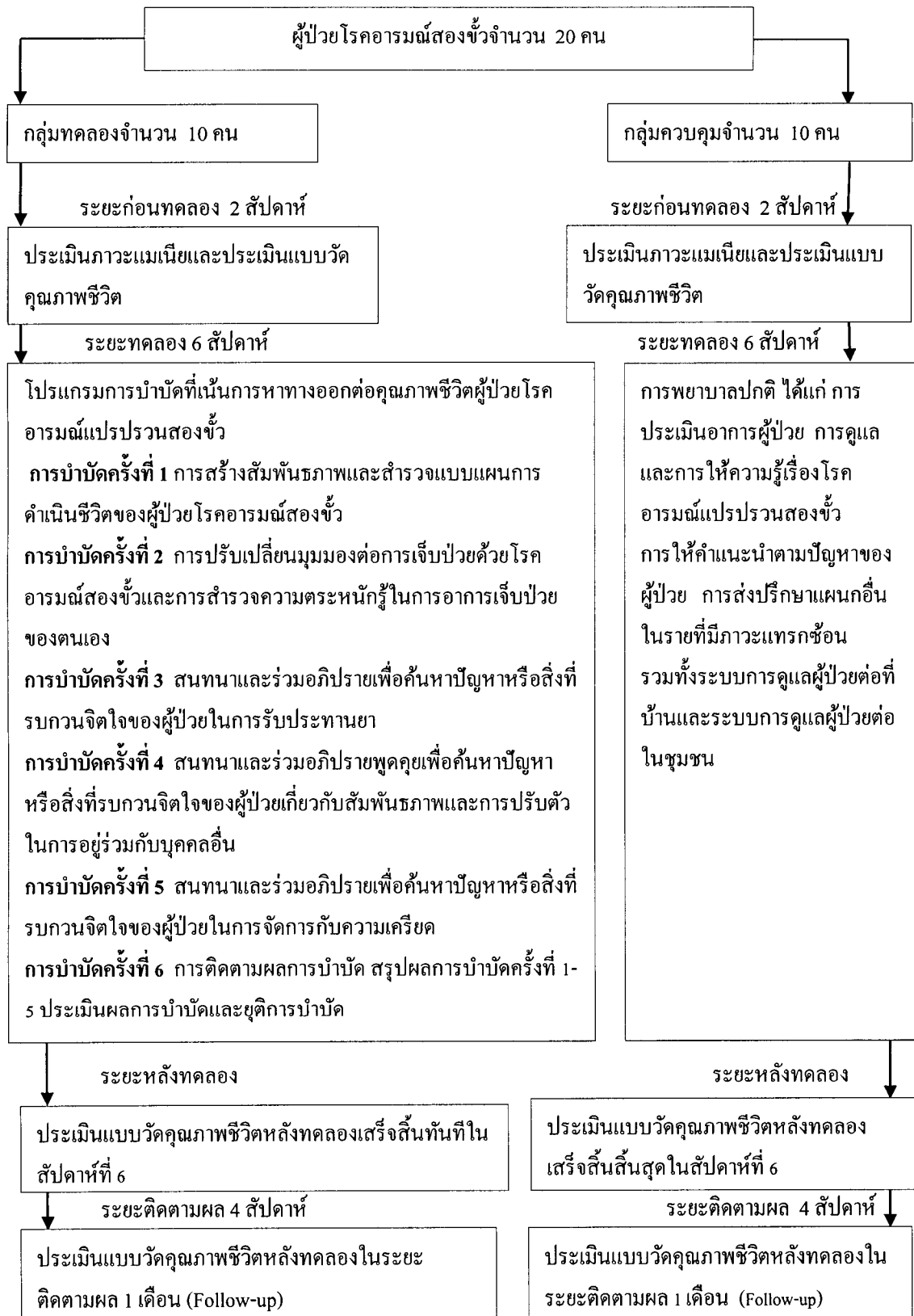
หลังการรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนการทดลองเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ป่วยอารมณ์สองขั้วกลุ่มควบคุมจะได้รับบริการทางข้อมูลสุขภาพและการพยาบาลตามปกติการพยาบาลปกติ ได้แก่ การประเมินอาการผู้ป่วย การดูแลและการให้ความรู้เรื่องโรคอารมณ์สองขั้ว การให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านและระบบการดูแลผู้ป่วยต่อในชุมชน แผนกผู้ป่วยนอกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ระยะหลังการทดลอง

ผู้ช่วยวิจัยจะให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทำแบบประเมินสุขภาพจิต ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิต

ระยะติดตามผล (หลังทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน)

ผู้ช่วยวิจัยจะให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทำแบบประเมินสุขภาพจิต ได้แก่ แบบวัดคุณภาพชีวิต โดยจะนัดทำแบบประเมินที่แผนกผู้ป่วยนอกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พร้อมมอบคู่มือโรคเรื้อรังทางจิตเวชและแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือด้วยดีตลอดช่วงการทำวิจัย



ภาพที่ 2 ขั้นตอนดำเนินกาททดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมิน สร้างคู่มือการลงรหัสข้อมูล และจะนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. นำข้อมูลที่ได้มาดำเนินการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นด้วยวิธี Fisher Skewness coefficient และ Fisher Kurtosis coefficient หากข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติจะทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติพารามิเตอร์
2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนแบบประเมินภาวะอารมณ์เมเนีย โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล
4. เปรียบเทียบคะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test
5. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยแบบวัดคุณภาพชีวิต โดยเปรียบเทียบความแตกต่างในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิต กับผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ารับการบำบัด โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางวัดซ้ำ (Two-way repeated ANOVA) ประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (One between-subject variable and one within-subject variable) เมื่อพบว่าคะแนนเฉลี่ยแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในแต่ละระยะของการทดลองมีความแตกต่างกัน ให้ทำการทดสอบเป็นรายคู่ ด้วยวิธี Bonferroni

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน (Two group pre-post test and follow-up design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2559 โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 10 คนและกลุ่มทดลอง 10 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย และกราฟตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนแบบประเมินภาวะอารมณ์เมเนียและผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออก และผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้เป็นโรคอารมณ์สองขั้ว ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางวัดซ้ำ (Two-way repeated ANOVA)

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนแบบประเมิน
ภาวะอารมณ์เมเนี่ยและผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ และความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยอารมณ์สองขั้วจำแนก
ตามข้อมูลพื้นฐาน (n = 20)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 10)		กลุ่มควบคุม (n = 10)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.09 ⁺
ชาย	0	0	4	40	
หญิง	10	100	6	60	
อายุ					0.65 ⁺⁺
21-30 ปี	6	60	4	40	
31-50 ปี	3	30	4	40	
51-60 ปี	1	10	2	20	
ระดับการศึกษา					0.47 ⁺⁺
ประถมศึกษา	1	10	0	0	
มัธยมศึกษาขึ้นไป	4	40	6	60	
ปริญญาตรีขึ้นไป	5	50	4	40	
สถานะภาพ					0.32 ⁺⁺
โสด	8	80	6	60	
คู่	0	0	2	20	
หย่า/ แยก/ ม่าย	2	20	2	20	
อาชีพ					0.82 ⁺⁺
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	1	10	2	20	
เกษตรกร/ รับจ้าง	1	10	1	10	
ค้าขาย/ อื่น ๆ	8	80	7	70	

⁺Fisher's exact test

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 10)		กลุ่มควบคุม(n = 10)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย					0.13 ⁺
มากกว่า 6 เดือน ไม่เกิน 1 ปี	5	50	2	20	
มากกว่า 1 ปี ไม่เกิน 3 ปี	1	10	5	50	
มากกว่า 3 ปีขึ้นไป	4	40	3	30	
จำนวนครั้งของการขาดการรักษา					0.88 ⁺
ไม่เคยขาดการรักษา	3	30	2	20	
1 ครั้ง	6	60	7	70	
มากกว่า 1 ครั้ง	1	10	1	10	
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล					0.87 ⁺
ไม่เคยเข้ารับการรักษา	2	20	3	30	
1 ครั้ง	6	60	5	50	
มากกว่า 1 ครั้ง	2	20	2	20	
ผู้ดูแลและคอยช่วยเหลือ					0.08 ⁺
ไม่มี	3	30	5	50	
บิดา, มารดา	5	50	2	20	
สามี/ ภรรยา/ บุตร	0	0	3	30	
พี่น้อง/ อื่น ๆ	2	0	0	0	
คะแนนประเมินภาวะอารมณ์เมเนีย					0.52 ⁺
1-5 คะแนน	8	80	6	60	
6-10 คะแนน	1	10	3	30	
11-15 คะแนน	1	10	1	10	

⁺ Fisher's exact test

จากตารางที่ 1 พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง 10 คน อยู่ในช่วงอายุ 21-30 คิดเป็นร้อยละ 60 ระดับการศึกษาจบปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 50 สถานภาพโสด

ร้อยละ 80 ส่วนใหญ่มีอาชีพที่ต้องระ누 ร้อยละ 80 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคอารมณ์สองขั้วมากกว่า 6 เดือนแต่ไม่เกิน 1 ปี ร้อยละ 50 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้งร้อยละ 60 มีผู้ดูแลและคอยช่วยเหลือเป็นบิดาและมารดาร้อยละ 50 และมีคะแนนประเมินภาวะอารมณ์เมเนียวอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 80

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60 อยู่ในช่วงอายุ 21-30 และ 41-50 ปี เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 40 ระดับการศึกษาจบมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 50 สถานภาพโสดร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีอาชีพที่ต้องระ누 ร้อยละ 70 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคอารมณ์สองขั้วมากกว่า 1 ปีแต่ไม่เกิน 3 ปี ร้อยละ 50 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้งร้อยละ 70 ส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแลและคอยช่วยเหลือร้อยละ 50 และมีคะแนนประเมินภาวะอารมณ์เมเนียวอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 60

เมื่อทดสอบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรคอารมณ์สองขั้ว จำนวนครั้งของที่ขาดการรักษา จำนวนครั้งที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ผู้ที่ให้การดูแล ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 2 ข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคอารมณ์สองขั้วของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน

กลุ่ม	ระยะการทดลอง	คะแนนคุณภาพชีวิต	
		M	SD
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	76.40	14.51
	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	92.90	10.82
	ติดตามผล 1 เดือน	92.50	5.40
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	72.70	15.45
	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	70.20	16.84
	ติดตามผล 1 เดือน	70.00	12.58

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มทดลองเป็น 76.40 (SD =14.51), 92.90 (SD =10.82), 92.50 (SD =5.40) ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตเป็น 72.70 (SD =15.45), 70.20 (SD =16.84), 70.00 (SD =12.58) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง

กลุ่ม	จำนวน	M	SD	Means	t	df	p-value
Difference							
กลุ่มทดลอง	10	76.40	14.51	3.70	.55	18	.88
กลุ่มควบคุม	10	72.70	15.45				

$P < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต

เป็น 76.4 (SD =14.51) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเป็น 72.70 (SD =15.45) แสดงให้เห็นว่า ระยะก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($p=.88$)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA)

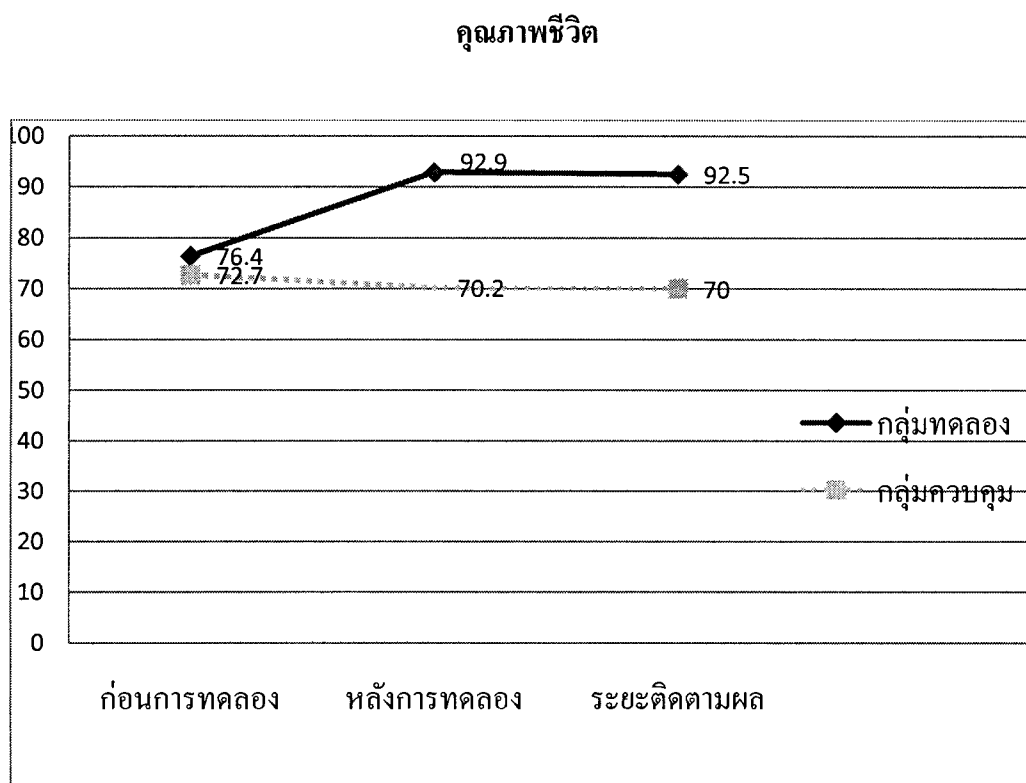
ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้เป็น โรคอารมณ์สองขั้ว ระหว่างกลุ่มกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P-value
ระหว่างกลุ่ม					
การทดลอง	2	3985.35	3985.35	10.66	.004**
ความคาดเคลื่อน	18	6728.83	373.82		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2	626.53	313.27	4.33	.021*
กลุ่มกับระยะเวลา	2	1190.80	595.40	8.22	.001**
ความคลาดเคลื่อน	36	2606.67	72.41		

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในภาพรวม โดยไม่คำนึงถึงเวลา พบว่าการทดสอบอิทธิพลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้เป็น โรคอารมณ์สองขั้ว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{2,18}=12.45, p=.000$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกมีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เป็น โรคอารมณ์สองขั้ว ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และเมื่อพิจารณาการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรค อารมณ์สองขั้ว ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า การทดสอบอิทธิพลร่วม (Interaction) ของวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคอารมณ์สองขั้ว ของทั้งสองกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($F_{1,9} = 16.35$, $p = .003$) แสดงว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของแต่ละช่วงเวลา โดยคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($F_{1,9} = 1065.82$, $p = .000$) จึงนำเสนอในรูปแบบกราฟที่แสดงการเปลี่ยนแปลงคะแนนคุณภาพชีวิตของทั้งสองกลุ่มในแต่ละระยะเวลาดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับระยะเวลาการทดลอง

จากภาพที่ 3 กราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคอารมณ์สองขั้ว ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จะเห็นได้ว่ารูปแบบของการเปลี่ยนแปลงของสองกลุ่มแตกต่างกัน ซึ่งตรงกับผลการวิเคราะห์ที่พบว่า มีปฏิสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่ค่อยแตกต่างกัน (กราฟเส้นประ) แต่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เพิ่มขึ้น (กราฟเส้นทึบ) จากกราฟยังแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ในภาพรวมแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการทดลองที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และแสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองนั้นส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เป็น โรคอารมณ์สองขั้ว โดยโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกมีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เป็น โรคอารมณ์สองขั้ว ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เป็น โรคอารมณ์สองขั้วในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลาการทดลอง	M	ระยะเวลา		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนการทดลอง	76.40	-	16.50**	16.10**
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	92.90	-	-	0.40
ระยะติดตามผล	92.50	-	-	-

**p < .01

จากตารางที่ 5 ผลการทดสอบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วของกลุ่มทดลอง ในช่วงระยะที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลาการทดลอง	M	ระยะเวลา		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนการทดลอง	72.70	-	2.50	2.70
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	70.20	-	-	0.20
ระยะติดตามผล	70.00	-	-	-

$P < .01$

จากตารางที่ 6 ผลการทดสอบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วของกลุ่มควบคุม ในช่วงระยะที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ไม่มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่ม วัตถุประสงค์หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เพื่อศึกษาผลของการใช้ โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ได้รับการวินิจฉัย จากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกสุขภาพจิต และจิตเวช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ อำเภอกลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ผู้วิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 20 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มควบคุม 10 คน ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง อย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลาก ดำเนินการทดลองในระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2559 และดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง โดยทำการบำบัด 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที เวลาบำบัด คือ ช่วงเช้าเวลา 9.00 น.-11.00 น. ของวันทำการ ในแผนกผู้ป่วยนอกสุขภาพจิตและจิตเวชตั้งแต่วันจันทร์ถึงศุกร์ สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการ พยาบาลตามปกติของ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ตามรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยนอก แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช หลังจากนั้นเมื่อครบ 6 สัปดาห์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำแบบประเมินแบบวัดคุณภาพชีวิต จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมด จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบ ความถูกต้องแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ร้อยละและการวิเคราะห์ ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรคอารมณ์สองขั้ว จำนวนครั้งที่ขาด การรักษา จำนวนครั้งที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ที่ให้การดูแลและคะแนนภาวะอารมณ์ แมเนี่ย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

2. ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิต แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

3. ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิต ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ก็ระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 2 อภิปรายผลได้ว่าโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกสามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วดีขึ้น โดยการบำบัดในแต่ละครั้งช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาศักยภาพของตนเอง และนำมาใช้เพื่อหาทางออกของปัญหาได้ เริ่มตั้งแต่การบำบัดครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการสำรวจแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจผู้วิจัยทำให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์และแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเองได้ตามความเป็นจริงของผู้ป่วยให้ผู้วิจัยฟังได้ จากนั้นผู้วิจัยได้นำเข้าสู่การบำบัดครั้งที่ 2 การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วและการสำรวจการตระหนักรู้ในการอาการเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิต (Normalizing) บุคคลอื่นก็สามารถเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ ผู้ป่วยยอมรับในการเจ็บป่วยมากขึ้นและเข้าใจที่จะรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถค้นหาศักยภาพที่มีอยู่แทนการมองปัญหาของการเจ็บป่วย นำไปสู่การปรับเปลี่ยนมุมมองและสร้างกรอบแนวคิดใหม่ (Reframing) ได้ ผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพที่มีอยู่ให้เข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้ดีขึ้น โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยเล่าถึงสิ่งที่ผู้ป่วยทำได้ ทำแล้วได้ผลอย่างไร และสิ่งที่สามารถทำได้มากขึ้น ตามหลักการของการบำบัดอย่างรวบรัดที่เน้นการหาทางออกของ เดอ เซสเซอร์ ที่กล่าวว่า ไม่ต้องกลับไปแก้ไขในสิ่งที่ไม่ดี

ให้ความสำคัญกับสิ่งที่ทำแล้วได้ผลดีและทำให้มากขึ้น (De Zhaser, 1988 อ้างถึงใน สายใจ พัวพันธ์, 2548) ผู้วิจัยได้ให้การบ้าน โดยให้ผู้ป่วยกลับไปสำรวจตนเองว่าผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างไร ให้สามารถผ่านปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วย โรคอารมณ์สองขั้วมาได้ เมื่อเข้าสู่การบำบัดครั้งที่ 3 การสนทนาและร่วมอภิปรายเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยในการรับประทาน ยา ผู้วิจัยและผู้ป่วยได้พูดคุยอภิปรายถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและรบกวนจิตใจในเรื่องการรับประทานยา โดยใช้คำถามประเมินค่า (Scaling Question) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่ทำได้ และสิ่งที่คิดว่า จะทำเพิ่มขึ้นและวัดระดับความเชื่อมั่นในการทำตามเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ มีระดับคะแนนตั้งแต่ ระดับ 1 ถึงระดับที่ 10 เป้าหมายส่วนใหญ่ คือ รับประทานยาเพื่อไม่ให้ตนเองมีอาการกำเริบจนเข้า รับการรักษาในโรงพยาบาล ระดับความเชื่อมั่นของผู้ป่วยอยู่ในระดับ 3-5 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ผู้ป่วยสามารถกำหนดกิจกรรมที่จะทำเพิ่มขึ้นเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายได้ โดยผู้ป่วยรับรู้ สภาพทางร่างกาย รับรู้ความรู้สึกไม่สุขสบาย และความสามารถในการจัดการกับปัญหาในการ รับประทานยา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายดีขึ้น ผู้วิจัยได้ให้การบ้าน โดยให้ผู้ป่วย กลับไปทดลองปฏิบัติตามที่ผู้ป่วยกำหนดไว้จริงที่บ้านและให้สำรวจความรู้สึกของผู้ป่วย ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น

การบำบัดครั้งที่ 4 การสนทนาและร่วมอภิปรายพูดคุยเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวน จิตใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับสัมพันธภาพและการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ผู้วิจัยและผู้ป่วยได้ พูดคุยอภิปรายถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและรบกวนจิตใจในเรื่องสัมพันธภาพและการปรับตัวในการอยู่ ร่วมกับบุคคลอื่น โดยใช้คำถามเพื่อหาข้อยกเว้น (Exception question) ในการค้นหาชิ้นส่วนเล็ก ๆ ของทางออกที่ผู้ป่วยมองข้ามไป ซึ่งผู้ป่วยสามารถเล่าปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วย เกี่ยวกับสัมพันธภาพและการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นให้ผู้วิจัยฟังได้ โดยปัญหาส่วนใหญ่ ของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยอายุที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและเคยมีปัญหาทะเลาะวิวาทกับบุคคลอื่นจาก อาการกำเริบในครั้งก่อน ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะพูดคุยหรือเข้าสังคมได้เหมือนเดิม ผู้วิจัยให้ผู้ป่วย ลองคิดดูใหม่ว่ามีสักครั้งใหม่หรือเหตุการณ์ใดใหม่ที่ผู้ป่วยสามารถพูดคุยและมีปฏิสัมพันธ์กับ บุคคลอื่นได้และผู้ป่วยทำอะไรในตอนนั้น ซึ่งผู้ป่วยสามารถค้นหาเหตุการณ์ที่เป็นข้อยกเว้น บอกถึงสิ่งที่ผู้ป่วยทำในครั้งนั้น และผู้ป่วยสามารถนำศักยภาพและทรัพยากรนั้นมาใช้ในการ แก้ปัญหาการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้ ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาทักษะการปรับตัวให้เข้ากับ ผู้อื่นได้ มีแนวทางในการปฏิบัติตัว เกิดความเชื่อมั่นและตระหนักรู้ในตนเอง รับรู้ความรู้สึก ทางบวกที่มีตนเอง รับรู้ถึงความรู้สึกความภาคภูมิใจในตนเอง รับรู้ถึงการจัดการกับความวิตกกังวล รับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น ผู้วิจัยได้ให้การบ้าน โดยให้ผู้ป่วยกลับไปทดลอง ปฏิบัติจริงที่บ้านและให้สำรวจความรู้สึกของผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วย

มีคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจและด้านความสัมพันธ์ทางสังคมดีขึ้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Michalak et al. (2005) ได้กล่าวไว้ว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ได้รับการฝึกทักษะวิธีการสร้างสัมพันธภาพ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการเข้าสังคม จะก่อให้เกิดความมั่นใจและความตระหนักรู้ในตนเอง สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันไม่ยุ่งยากในสังคมและปรับตัวให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ การบำบัดครั้งที่ 5 การสนทนาและร่วมอภิปรายเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยในการจัดการกับความเครียด ผู้วิจัยและผู้ป่วยได้ร่วมพูดคุยอภิปรายถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและรบกวนจิตใจ โดยใช้คำถามปาฏิหาริย์ (Miracle question) เพื่อให้ผู้ป่วยได้กำหนดเป้าหมายของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและสามารถปรับเปลี่ยนชีวิตของตนเองให้มีความแตกต่างจากที่เคยเป็นอยู่ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม จะใช้วิธีหลบเลี่ยง ไม่เผชิญปัญหา และปล่อยให้ปัญหาคำเนินอยู่ต่อไป ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดสะสมและเรื้อรัง เมื่อให้ผู้ผู้ป่วยบอกถึงสิ่งที่อยากให้เกิดขึ้นกับตัวเองมากที่สุด ผู้ป่วยสามารถระบุได้ว่าต้องการปรับเปลี่ยนอะไร และสามารถบอกได้ว่าจะทำอะไรเพิ่มเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยได้ค้นหาศักยภาพในตนเองที่เป็นแนวทางในการเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เห็นความสำคัญของการคงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุลและต่อเนื่อง ผู้ป่วยรู้สึกมีความปลอดภัยและมั่นคง สามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การใช้กระบวนการคิดในการจัดการกับปัญหา การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ ก่อให้เกิดทักษะในการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงได้ ผู้วิจัยได้ให้การบ้าน โดยให้ผู้ผู้ป่วยกลับไปทดลองปฏิบัติจริงที่บ้านและให้สำรวจความรู้สึกของผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายและด้านสิ่งแวดล้อมดีขึ้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วของ Michalak et al. (2005) ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเมื่อได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และการดูแลสุขภาพลักษณะของการนอน จะสามารถปฏิบัติตัวและดูแลตนเองได้ดีขึ้น

การบำบัดครั้งที่ 6 การติดตามผลการบำบัด สรุปผลการบำบัดครั้งที่ 1-5 ประเมินผล การบำบัดและยุติการบำบัด โดยในแต่ละการบำบัดจะให้ผู้ป่วยได้ค้นหาปัญหาและใช้ศักยภาพของตนเองในการหาทางออกของปัญหา ซึ่งปัญหาต่าง ๆ ที่พบเป็นสาเหตุให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วต่ำลง กล่าวคือ การบำบัดครั้งที่ 1-2 ช่วยพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาทางออกของปัญหาในการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับแบบการดำเนินชีวิตประจำวัน การบำบัดครั้งที่ 3 ช่วยพัฒนาให้ผู้ผู้ป่วยสามารถค้นหาทางออกของปัญหาในการรับประทานยา การบำบัดครั้งที่ 4 ช่วยพัฒนาให้ผู้ผู้ป่วยสามารถค้นหาทางออกในการปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่น การบำบัดครั้งที่ 5

ช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาทางออกในการจัดการกับความเครียด และการบำบัดครั้งที่ 6 ช่วยเป็นการทบทวนความรู้และทักษะต่าง ๆ รวมถึงสิ่งที่รับทวนจิตใจและแนวทางในการแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังได้ทดลองลงมือปฏิบัติจริง และเน้นในสิ่งที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากการบำบัด ทั้งนี้เป็นการช่วยย้ำเตือนความทรงจำและตระหนักไว้ในศักยภาพของตนเอง อีกทั้งยังเป็นการติดตาม และประเมินผลร่วมด้วย

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าในระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อภิปรายผลได้ว่า โปรแกรม การบำบัดที่เน้นการหาทางออก ทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้รับรู้ศักยภาพของตนเอง มากขึ้น มีทักษะในการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีแนวทางในการ ป้องกันและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง ผู้ป่วยสามารถสร้างสัมพันธภาพและปรับตัว ให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ เกิดความตระหนักรู้และมีความมั่นใจมากขึ้น แม้ว่าหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันทีแล้ว ผู้วิจัยไม่ได้ให้ความรู้หรือให้โปรแกรมบำบัดซ้ำแต่อย่างใด เมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือน ในระยะติดตามผลคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จ สิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยสามารถนำประสบการณ์และ ความรู้จากการเข้าร่วม โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ โพธิ์มูล (2552) เรื่องผลของการใช้โปรแกรม ปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้าน อากาศทางจิต พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการปรับเปลี่ยนมุมมองในการรับประทานยาต้านอากาศทางจิต ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องและมีความเข้มแข็งมากขึ้น ดำเนินชีวิตได้อย่างมี ความสุขในสังคมตามศักยภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ผลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออก ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอ เสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติกรพยาบาล บุคลากรทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ผ่านการอบรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออก สามารถนำรูปแบบโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทาง

ออกในครั้งนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถนำโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออก ไปสอดแทรกในเนื้อหาการเรียนการสอนให้กับนิสิตระดับบัณฑิตศึกษาในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

3. ด้านการวิจัย นักวิชาการและนักวิจัยทางการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปศึกษา เพื่อขยายผลต่อยอดในการทำการบำบัดที่เน้นการหาทางออก เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตกับผู้ป่วยโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า และโรคเรื้อรังทางกายอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในครั้งนี้ ติดตามผลการทดลองในระยะ 4 สัปดาห์ ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดังนั้น ควรมีการติดตามคะแนนคุณภาพชีวิตต่อไป เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อดูประสิทธิผลความคงอยู่ของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออก

2. ควรศึกษาโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกนี้ต่อตัวแปรตามอื่น ๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความผาสุกในชีวิต เพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อตัวแปรอื่น

3. การศึกษาวิจัยในครั้งต่อไปควรมีการใช้แบบประเมินอารมณ์ซึมเศร้าควบคู่กับแบบประเมินอารมณ์เมเนียร์ก่อนให้การบำบัดในแต่ละสัปดาห์ เพื่อป้องกันผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีอาการกำเริบ และเพื่อให้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2554) รายงานจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการของสถานบริการในสังกัด
กรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2541-2551. เข้าถึงได้จาก <http://www.dmh.go.th/report1.ars>
- กัมปนาท ตันตติบุตรกุล. (2556). “เรื่องของคนอารมณ์ดีเกินเหตุ” *Healthy Today*.
เข้าถึงได้จาก http://www.healthytoday.net/thailand/mental/mental_100.html
- กระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตศูนย์สารสนเทศ. เข้าถึงได้จาก
<http://www.dmh.moph.go.th/mian.asp>
- งานเวชสถิติ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. (2558). รายงานสถิติประจำปี 2558.
กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
- ชวนันท์ ชาญศิลป์. (2544). “แนวทางการรักษาผู้ป่วย Bipolar Disorder”. *วารสารสมาคมจิตแพทย์
แห่งประเทศไทย*, 46(4), 345-352.
- ชมัยพร ทิพย์สุวรรณ. (2543). “การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนปรุง ในกลุ่ม
ญาติที่ให้การดูแลและในกลุ่มที่ญาติไม่มีส่วนร่วมในการดูแล”. *วารสารโรงพยาบาล
สวนปรุง*, 12(2), 11-12.
- นันทนา สุขสมนิรัตดร. (2555). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์
แปรปรวนสองขั้ว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- ธวัชชัย ลีพานานาจ . (2552). “มีอะไรใหม่ในไบโพลาร์”. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*,
54(1), 39-57.
- ธวัชชัย ลีพานานาจ และสรยุทธ วาสิกนันทน์. (2549). *ตำราไบโพลาร์*. กรุงเทพฯ:
สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- ธวัชชัย วรพงศธร. (2540). *การหาขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเชิงปริมาณ เอกสารชุมชนนักปฏิบัติ
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราช.
- บุญใจ ศรีสถิตรากุล. (2549). *ระเบียบวิธีการจัดการทางการพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ:
ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญเยี่ยม คำชัย. (2554). *ผลของโปรแกรมการสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, และอัจฉรา จรัสสิงห์.

(2547). ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทยการสำรวจระดับชาติ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 12(3), 177-185.

พรทิพย์ โพธิ์มูล. (2552). ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต.

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

พรชัย พงศ์สงวนสิน, จุฬารัตน์ วิริยะรัตน์ และชุติมา ประทีปจิตติ. (2541). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เฉพาะโรงพยาบาลศรีธัญญา.

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 8(2), 41-43.

ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และบุญเยี่ยม คำชัย. (2556). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในแผนกผู้ป่วยใน.

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 27(1), 62-78.

มาโนช หล่อตระกูล. (2543). คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

รองรัตน์ ชนะชอบ. (2552). คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี. วารสารกระทรวงสาธารณสุข, 7(2), 28-38.

รณชัย คงสกนธ์, ธวัชชัย ลิพหานาจ และสรยุทธ ลิกนานนท์. (2549). คำরাบไพลาร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์:แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2557). รายงานสถิติประจำปี 2557. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ศิริชัย คาริการ์นนท์. (2541). การสำรวจคุณภาพชีวิตและความคิดอยากฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารกระทรวงสาธารณสุข, 6(2), 54-55.

ศรีวิไล โมกขาว. (2554). ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

โสธรา สรุเทวมิตร. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล

- สุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายใจ พัวพันธ์. (2548). การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อปัญหาจิตสังคม. *วารสารคุณภาพการพยาบาล*, 2(2), 22-38.
- สายใจ พัวพันธ์. (2547). *Cognitive behavioral therapy and solution-focused brief therapy*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2545). *การพยาบาลจิตเวช*. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- สุชาติ พหลภักย์. (2542). *ความคิดปกติทางอารมณ์*. ขอนแก่น: ศิริพันธ์.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลม. (2541). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตแนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. กรุงเทพฯ: วีเจ ปรีนติ้ง.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: สำนักตำราพิมพ์.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric.
- Atkinson, M., Zibin, S., & Chuang, H. (1997). Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: A critical examination of the self-report methodology. *American Journal Psychiatry*, 154, 99-105.
- Bauer, M., Glenn T., Grof, Rasgon, N., Alda, M., & Marsh, W. (2008). Comparison of sleep/Wake parameters for self-monitoring bipolar disorder. *Journal of Affective Disorder*, 166, 170-175.
- Butler, W. R., & Powers, K. V. (1996). Solution-focused grief therapy. In S. D. Miller, MA. Hubble, & B. L. Duncan (Eds). *Handbook of solution-focused brief therapy*. (228-247). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Cohen, A. N., Hammen, C., Henry, R. M., & Dalay, S. H. (2004). Effect of stress and social support on recurrence in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82, 143-147.
- Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Arran, A. M., Torrent, C., Goikolea, J. M., & Gasto, C. (2003). Psychoeducation efficacy in bipolar disorder :Beyond compliance Enhancement. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(9), 1101-1105.

- David, C. H. (2007). *Statistical methods for psychology* (6th ed.). Belmont, CA: Dubury Press.
- Dogan, S., & Sabanciogullari, S. (2003). The effect of patient education in lithium therapy on Quality of life and compliance. *Archives of Psychiatric Nursing, 6*, 270-275.
- Dossey, B. M., Keegan, L., Guzzetta, C. E., & Kolkmerier, L. G. (1988). *Holistic nursing: A handbook for practice*. Maryland: Aspen Publication.
- Erickson, H., Tomlin, E., & Swain, M. (1983). *Modeling and role modeling: A therapy and paradigm for nursing*. Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall.
- Friedman, S., & Fanger, M. (1991). *Expanding therapeutic possibilities: Getting results in brief therapy*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Furman, B., & Ahola, T. (1994). Solution talk: The solution-oriented way of talking about problem. In M.F. Hoyt (ED). *Constructive therapies* (pp.41-66). New York: The Guilford Press.
- Gazaller, F. K., Hallal, P. C., & Andreazza, A. C. (2007). Manic symptom and quality of life in Bipolar disorder. *Psychiatric Research, 153*(1), 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, F. B., Lopez, P., Palo, J., Gutierrez, M., Mosquera, J., & Perez, J. L. (2004). *Psycho Education and Cognitive-behavioral Therapy in Bipolar Disorder: An Update, 109*, 83-90.
- Hirschfeld, R. A., Boeden, C. L., Giltin, M. L., Keck, P. E., Suppes, S., & Thase, M. E. (2002). Practice Guideline for the treatment of patient with bipolar disorder (2nd ed.). In American Psychiatric Association. *American Psychiatric Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Hoff, L. (1995). *People in crisis: Understanding and helping* (4th ed.). Redwood City, CA: Addison-Wesley.
- Hosseini, S. H., & Karkhanel, M. (2009). Quality of life 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, C., & Goldman, J. (1994). Taking safety home: A solution-focused approach with Domestic violence. In M. F. Hoyt (Ed.). *Comstructive therapies* (pp. 184-196). New York: The Guilford Press.
- Jonhson, C., & Webster, D. (2002). *Recrafting a life: Solution for chronic pain and illness*. New York: Brunner-Routledge.
- Kahn, D. A. (1998). Mood disorder. In Cutler, J. L. & Marcus. E. R., eds, *Psychiatry*. Philadelphia: W.B Saunders.
- Kongsakon, R., Thomyangkoon, P., Kanchanatawan, B., & Janenawasin, S. (2008). Healththreatened quality of life in thai bipolar disorder. *Journal Medical Association Thai*, 91(6), 913-918.
- Kupfer, D. J., Frank, E., Grohcinskin, V. J., Cluss, P. A., Houck, P. R., & Stapf, D. A. (2002). Demographic and clinical characteristics of individuals in bipolar case registry.
- Marram, G. D. (1987). *The group approach in nursing practice* (2nd ed.). St Louis: C.V. Mosby A Comp.
- Michalak, E. E. (2005). Brief counseling for family with learning disabilities. *Professional School Counseling*, 2, 60-67.
- Michalak, E. E., Yatatham, L. N., & Wan, D. D. (2005). Perceived Quality of Life in patients with Bipolar Disorder. Dose Group psychoeducation have an Impact. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(2), 95-100.
- Prabhat, K., Chand, M. D., Surendra, K., Mattoo, M. D., & Pratap sharan, M. D. (2004). *Quality of Life and its correlates in patients with bipolar disorder stabilized on lithium prophylaxis*. Thai: JB Publishers.
- Michalak, E. E. (2005). Brief counseling for family with learning disabilities. *Professional School Counseling*, 2, 60-67.
- Mill, S. D., Hubble, M. A., & Duncan, B. L. (1996). *Handbook of solution-focused brief therapy*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Molnar, A., & De Shazer, S. (1987). Solution-focused therapy: Toward the identification of threrapeutic tasks. *Journal of Marital and Family therapy*, 13(4), 340-358.
- Montgomery, C. L. (1993). *Healing through communication*. California: SAGE Publications.

- Montgomery, C., & Webster, D. (1993) Caring and nursing's metaparadigm: Can they survive the era of managed care ? *Perspective in Psychiatric Care*, 29(4), 5-12.
- Montgomery, C., & Webster, D. (1994).Caring, curing, and brief therapy: A model for nurse-Psychotherapy. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8(5), 291-297.
- Newman, M. A. (1997). Experiencing the whole. *Advance in Nursing Science*, 20(1), 34-39.
- Selikman, M. (1994).*What you can change and what you can't*. New York: Alfred Knopt.
- Singh, J., Mattoo, S. K., Sharam, P., & Basu, D. (2005). Quality of life and its correlates in Patients with dual diagnosis of bipolar affective disorder and substance dependence. *Bipolar Disord*, 7(2), 187-191.
- Soares, J. J. F., stintzing, C. P., Jackson, C., & Skolding, B. (1997). Psychoeducation for patients With Bipolar disorder. An exploratory study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 51, 439-446.
- United Nation Educational,Scientific and Cultural Organization [UNESCO]. (1993). Quality of life and health *World Health Forum*, 24, 78-98.
- Vaughn, K. (1996).Solution Focused work in the hospital: A continuum-of-care model for inpatient psychiatric treatment. In S. D. Miller, M. A.Hubble, & B. L. Duncan (Eds.). *Handbook of solution-focused brief therapy* (pp.99-127). San Francisco: Jossey-Bass.
- Vornik, L. A., & Hirschfeld, R. M. (2005). Bipolar disorder: quality of life and the impact of Atypical Antipsychotics. *The American Journal of Manage Care*, 11(9), Supp.
- Webster, D. (1990). Solution-Focused approaches in psychiatric/mental health nursing. *Perspective in Psychiatric Care*, 26(4), 17-21.
- Webster, D., Vaughn, K., & Martinez, R. (1995). Introducing solution-focused approaches to staff In inpatient psychiatric setting. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8(4), 254-261.
- Webster, D., & Vaughn, K. (2003). Using solution-focused approaches. In P. J. Barker (Editor). *Textbook of psychiatric and mental health nursing: The craft of caring* (187-193). London: Hodder Arnold.
- Wood, S. W. (2000). The economic burden of bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61(13), 38-41.

World Health Organization [WHO]. (2004). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorder: Clinical description and diagnostic guideline*. Geneva:

World health Organization.

World health Organization [WHO]. (2010). People & health. What quality of life. *World Health Forum*, 17, 354- 356.

Zhang, H., Wisniewsk, S. R., Bauer, M. S., Sachs, G. S., & 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
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. แพทย์หญิงมุกิตา พนาสถิตย์
แพทย์ชำนาญการพิเศษ
ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ใหญ่
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายใจ พัวพันธ์
อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
3. ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์
อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. คุณรัศดาพร สันติวงษ์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
5. คุณคุณณี ชาญปรีชา
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
โรงพยาบาลธัญญารักษ์

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง
หน้าข้อความที่ตรงกับความจริงเป็นจริงมากที่สุด

- เพศ (ชาย) (หญิง)
- อายุ..... ปี
- ระดับการศึกษา
 ไม่ได้เรียนหนังสือ มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช.
 ประถมศึกษา ปวส., อนุปริญญา
 มัธยมศึกษาตอนต้น ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป
- สถานภาพการสมรส
 โสด หย่า
 คู่ แยกกันอยู่
 ม้าย
- อาชีพ
 งานบ้าน รับจ้าง
 รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย
 เกษตรกร อื่น ๆ โปรดระบุ.....
- ระยะเวลาการเจ็บป่วย
 น้อยกว่า 6 เดือน มากกว่า 1 ปีแต่ไม่เกิน 3 ปี
 มากกว่า 6 เดือนไม่เกิน 1 ปี มากกว่า 3 ปี
- จำนวนครั้งการขาดการรักษา.....
- จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....
- สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล และคอยช่วยเหลือ.....

แบบประเมินภาวะอารมณ์เมเนีย Thai Young Mania Rating Scale

คำชี้แจง การให้คะแนนแต่ละข้อคือการประเมินความรุนแรงของความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเลือกให้คะแนนเพียงข้อเดียว สามารถให้คะแนนระหว่างตัวเลือกได้ (1 หรือ 1/2 คะแนน) ในกรณีที่ความรุนแรงไม่ได้เป็นไปตามตัวเลือกที่ให้ไว้

1. อารมณ์ครื้นเครง

0. ไม่มี

1. เพิ่มขึ้นเล็กน้อย หรืออาจเพิ่มขึ้นจากการซักถาม

2. อารมณ์ครื้นเครงอย่างชัดเจน โดยความรู้สึกของผู้ป่วย มองโลกในแง่ดี มั่นใจใน

ตนเอง ร่าเริง อารมณ์ไม่เหมาะสมกับเนื้อหาเรื่องราว

3. อารมณ์ครื้นเครงมาก ไม่เหมาะสมกับเนื้อหาเรื่องราว มีอารมณ์ขันตลอดเวลา

4. สนุกสนานครื้นเครง หัวเราะไม่เหมาะสม ร้องเพลงขึ้นมาไม่สมเหตุสมผล

2. การเพิ่มขึ้นของกิจกรรม การเคลื่อนไหว

0. ไม่มี

1. เพิ่มขึ้นโดยความรู้สึกของผู้ป่วย

2. กระปรี้กระเปร่า ร่าเริง แสดงท่าทางมาก

3. มีพลังเหลือเฟือ ทำกิจกรรมมากเกินไปเป็นบางครั้ง อยู่ไม่สุข กระวนกระวาย

(สามารถทำให้สงบได้)

4. ท่าทางตื่นตัวมาก ทำกิจกรรมมากตลอดเวลา (ไม่สามารถทำให้สงบได้)

3. ความสนใจทางเพศ

0. ปกติ, ไม่เพิ่มขึ้น

1. เพิ่มขึ้นเล็กน้อย หรืออาจจะเพิ่มขึ้น

2. เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยความรู้สึกของผู้ป่วย จากการซักถาม

3. พุดคุยถึงเรื่องทางเพศขึ้นมาเอง; ต่อเติมรายละเอียดเนื้อหาเรื่องเพศ; พุดถึงตัวเอง

ว่ามีต้องการทางเพศสูง

4. การนอน

0. รายงานว่าการนอนหลับไม่ลดลง

1. นอนหลับน้อยกว่าปกติประมาณ 1 ชั่วโมง

2. นอนหลับน้อยกว่าปกติมากกว่า 1 ชั่วโมง
3. รายงานว่าความต้องการนอนหลับลดลง
4. ปฏิเสธความต้องการในการนอนหลับ
5. ความหงุดหงิด
 0. ไม่มี
 1. หงุดหงิดมากขึ้น โดยความรู้สึกของผู้ป่วย
 2. หงุดหงิดฉุนเฉียวระหว่างสัมภาษณ์บางครั้ง; แสดงความโกรธหรือความรำคาญเป็นช่วง ๆ ขณะอยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่
 3. มีอาการหงุดหงิดฉุนเฉียวบ่อยระหว่างสัมภาษณ์
 4. ทำทางก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร ไม่ให้ความร่วมมือ
6. การพูด (อัตราเร็วและจำนวนคำพูด)
 0. ไม่เพิ่มขึ้น
 1. รู้สึกว่าช่างพูดคุย
 2. พูดเร็วขึ้น หรือพูดมากเป็นบางครั้ง พูดมากเกินไปจนจำเป็น
 3. พูดอย่างรวดเร็ว; พูดเร็วขึ้นหรือพูดมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง
 4. พูดอย่างพร่งพู; ไม่สามารถขัดจังหวะการพูดได้ พูดตลอดเวลา
7. ภาษา (ความผิดปกติของความคิด)
 0. ไม่มี
 1. พูดอ้อมค้อม; วอกแวกง่ายเล็กน้อย, ความคิดเร็ว
 2. วอกแวกง่าย; ไม่จดหมายของความคิด; เปลี่ยนหัวข้อสนทนาบ่อย
 3. ความคิดแล่นเร็วมากหลายเรื่อง; พูดไม่ตรงประเด็น; ติดตามเนื้อหาของเรื่องได้ยาก, พูดเป็นจังหวะคั่งจ้อง, พูดคำหรือประโยคตามเดิมซ้ำ ๆ
 4. เนื้อหาคำพูดไม่ปะติดปะต่อ; ไม่สามารถทำการสื่อสารได้
8. เนื้อหาความคิด
 0. ปกติ
 1. นำสงสัยว่ามีแผนการ, มีความสนใจเรื่องใหม่
 2. มีโครงการพิเศษหนึ่งหรือหลายโครงการ; สนใจทางศาสนามาก
 3. ความคิดมั่นใจในความสามารถตนเองสูง หรือมีความคิดหวาดระแวง
 4. ความคิดหลงผิด, ประสาทหลอน

9. พฤติกรรมก่อความวุ่นวาย-ก้าวร้าว
0. ไม่มี, ให้ความร่วมมือ
 1. พุดเห็บแบนเม; เสียงดังบางเวลา; คุกคามผู้อื่นขณะที่อยู่ในการดูแลของเจ้าหน้าที่
 2. เรียกร้องความต้องการมาก; คุกคามผู้อื่นขณะที่อยู่ในการดูแลของเจ้าหน้าที่
 3. คุกคามผู้สัมภาษณ์; ตะโกน; ทำการสัมภาษณ์ได้ยาก
 4. ภูมิใจทำร้าย; พฤติกรรมแสดงการทำลาย; ไม่สามารถทำการสัมภาษณ์ได้
10. ลักษณะภายนอก การแต่งตัว
0. สวมใส่เสื้อผ้าและแต่งตัวอย่างเหมาะสม
 1. แต่งกายไม่สะอาดเรียบร้อย
 2. แต่งกายไม่เรียบร้อย; ผมยุงเหยง; แต่งตัวมากเกินไป
 3. ผมเป็นกระเซิง เสื้อผ้าไม่สะอาด; ใส่เสื้อผ้าไม่ปกปิดมิดชิด; แต่งหน้าเข้มจัด
 4. แต่งกายไม่สะอาดเรียบร้อย; ใส่เครื่องประดับมากเกิดควร; ใส่เสื้อผ้าเปล
11. ความเข้าใจในตนเอง
0. มีความเข้าใจตนเอง ขอมรับว่ามีอาการเจ็บป่วย ต้องการการรักษา
 1. สงสัยว่าตนเองอาจจะเจ็บป่วย
 2. ขอมรับว่ามีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง แต่ปฏิเสธความเจ็บป่วย
 3. ขอมรับว่าอาจมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง แต่ปฏิเสธความเจ็บป่วย
 4. ปฏิเสธการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI

คำชี้แจง การแปลผลคะแนน โดยรวมคะแนนทุกข้อและนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้
การแบ่งกลุ่มคะแนนคุณภาพชีวิตมีเกณฑ์ในการแบ่งคะแนนเฉลี่ยดังนี้

คะแนนเฉลี่ย

ความหมาย

26 - 60 คะแนน

แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

61 - 95 คะแนน

แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ

96 - 130 คะแนน

แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่าน ในตอนนี้อย่างใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวด หัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ มากนัก้อย่างใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนิน ชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของ ท่านมากนัก้อย่างใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมาก น้อยแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของ ตัวเองได้ไหม					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึก เหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหน ที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการ รักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไป ได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถใน การทำงานได้อย่างที่เคยทำมา มากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้า กับคนอื่น อย่างที่ผ่านมา แค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคย ได้รับจากเพื่อน ๆ แค่ไหน					
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคง ปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่ อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น มากน้อยเพียงใด					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสดักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่าน มีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเองหรือ การมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออก เป็นการบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดการบำบัดอย่างรวบรัดที่เน้นการหาทางออก ของเคอ เซตเซอร์ โดยมีความเชื่อหลัก 2 ประการ ได้แก่ ประการที่ 1 คือ ไม่มีสถานการณ์ใดที่จะเกิดขึ้นได้เหมือนกันทุกวัน หรือเกิดต่อเนื่องกันโดยไม่มีการหยุดพัก (Nothing always happens) ผู้ป่วยอาจไม่ได้สังเกตว่ามีอะไรบางอย่างเกิดขึ้นในวันที่ทำให้ระดับของความทุกข์หรือความตึงเครียดของวันนั้นลดลง โดยผู้วิจัยจะนำข้อยกเว้นหรือเหตุการณ์ที่เป็นข้อยกเว้นนั้นนำไปเป็นแนวทางเพื่อหาทางออก ประการที่ 2 คือ ถ้าหากผู้ป่วยได้ลองทำในสิ่งใหม่ๆ ที่แตกต่างจากเดิม หรือสิ่งที่ไม่เคยได้ทำมาก่อน เมื่อได้ลองทำและสังเกตผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หากผลลัพธ์เป็นสิ่งที่ทำแล้วเกิดผลดีกับผู้ป่วยก็จะเป็นแรงจูงใจที่ดีที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนมุมมองใหม่ ๆ แต่ถ้าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นออกมาไม่ดีก็จะให้ผู้ป่วยได้ทดลองทำวิธีใหม่ที่แตกต่างออกไป ซึ่งเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยจะเป็นผู้เชี่ยวชาญและรู้ดีที่สุดว่าสิ่งใดเหมาะสมกับตัวเองมากที่สุด ผู้ป่วยจะเรียนรู้ได้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาที่ผู้ป่วยได้ทดลองทำมาแล้ว การบำบัดด้วยวิธีนี้ยังมีจุดเด่นที่สำคัญคือ ใช้ระยะเวลาที่สั้นในการค้นหาปัญหา ผู้ป่วยได้กำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง และให้ผู้ป่วยได้ทดลองทำในสิ่งใหม่ ๆ เมื่อผู้ป่วยทำแล้วเกิดประโยชน์กับตนเองก็ให้ผู้ป่วยทำต่อไปและถ้าทำแล้วผลลัพธ์ไม่ดีก็ให้ผู้ป่วยได้ทดลองหาวิธีใหม่ ๆ ที่แตกต่างจากเดิม ซึ่งผู้วิจัยเชื่อตามหลักแนวคิดนี้ว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจะค้นหาศักยภาพและทรัพยากรที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วย (Utilization) มาใช้ในจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถนำไปทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ที่เป็นจริงของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนที่ดีขึ้นในอนาคต (Future-oriented concept) และการบำบัดนี้จะเป็นการบำบัดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มองเห็นศักยภาพของตนเองมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยได้ทดลองทำในสิ่งใหม่ๆ ที่ส่งผลดีต่อผู้ป่วยแล้วจะทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงบันดาลใจในตัวเอง รู้สึกรักตัวเองมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลตนเองมากขึ้น เมื่อดูแลตนเองมากขึ้นก็จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาในอนาคต (Future-oriented concept) โรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางอารมณ์ในประเทศไทยจะรู้จักดีในชื่อ “โรคเดี่ยวดี้ เดี่ยวร้าย” สามารถแบ่งการแสดงอาการของโรคได้เป็น 2 ชนิดคือ อารมณ์เศร้า (Depression) และ แมเนีย (mania) ความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลง มีความบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่การทำงาน ขาดความเข้าใจต่อสภาพความเป็นจริง รวมทั้งสูญเสียความสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าและขาดความเชื่อมั่นในตนเองจนผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานเป็นอย่างมากหากอยู่ใน

ระยะที่อาการกำเริบ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยอีกด้วย ซึ่งจะพบว่าผู้ป่วยกับบุคคลภายในครอบครัวจะมีสัมพันธภาพในทางลบ เนื่องจากครอบครัวจะต้องมารับภาระในการดูแลผู้ป่วยต่อและช่วยชดเชยค่าเสียหายที่เกิดขึ้นแทนผู้ป่วย และในบางครั้งก็อาจไม่เข้าใจในพยาธิสภาพของโรคอาจทำให้เกิดการทะเลาะวิวาทที่รุนแรงภายในครอบครัวได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกเป็นตัวปัญหาในครอบครัวและใช้ชีวิตประจำวันในสังคมได้อย่างไม่มีความสุขคุณภาพชีวิตลดลงจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการเมเนียจะมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนทั่วไป (Singh et al., 2005) และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา สุขสมนิรันดร (2555) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นผู้ที่ป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ได้แก่ ด้านร่างกายมีผลต่อวงจรนาฬิกาชีวภาพ (Circadian rhythm) โดยในระยะซึมเศร้าจะเกิดปัญหาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไปส่วนในระยะเมเนียจะมีความต้องการในการนอนน้อย ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ (Gazalle et al., 2007) ด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ มองคุณค่าในตนเองต่ำลง (Cohen et al., 2004) ทำให้การทำงานที่ของระบบการรู้คิดเสื่อมลง (Suppes & Dennehy, 2005) ด้านสังคมพบว่า สัมพันธภาพทางสังคมและครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ (Dore & Roman., 2001) ครอบครัวมีความขัดแย้งและหย่าร้างสูงกว่าประชากรทั่วไป (Hirchfeld et al., 2002) ด้านสิ่งแวดล้อม อาการซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจที่จะริเริ่มงานใหม่ ขาดความสนใจในสิ่งรอบตัวและการรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ และงดทำกิจกรรมต่าง ๆ (Pope, 2007) จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงได้แก่ 1) ปัจจัยด้านการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน (Michalak, et.al., 2005) 2) ปัจจัยด้านความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น (Prabhat, et al., 2004; Michalak, et al., 2005) และ 3) ปัจจัยด้านความร่วมมือในการรับประทานยา (Hosseini, et. al., 2009) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาเทคนิคและวิธีการของการบำบัดที่เน้นการหาทางออก เพื่อให้สอดคล้องกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อยู่ในระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ของการรักษาได้เป็นรูปแบบกิจกรรมที่จะนำมาใช้เป็นขั้นตอนในการให้การบำบัดแต่ละครั้ง ได้แก่ 1) การทำให้เป็นเรื่องธรรมดา (Normalizing) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต ไม่ใช่เรื่องผิดปกติและการเจ็บป่วยสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ไม่เฉพาะแต่กับผู้ป่วยเท่านั้น 2) การพัฒนากรอบแนวคิดใหม่ (Reframing) หรือการคิดในเชิงบวก จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ติดอยู่กับความคิดเดิม ๆ ที่เป็นความคิดในเชิงลบหรือให้ผู้ป่วยมองข้ามข้อจำกัดในตนเอง 3) การใช้คำถามเพื่อหาข้อยกเว้น (Exception question) เป็นคำถามที่เริ่มต้นค้นหาถึงความแตกต่าง

เมื่อรู้สึกว่าปัญหาถูกรบกวนน้อยที่สุด เป็นคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยสร้างทางเลือกใหม่ที่ดีต่างไปจากเดิม ซึ่งจะเป็นตัวให้ผู้ป่วยค่อยๆ รู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้มากขึ้น 4) การใช้คำถามประเมินค่า (Scaling question) เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินความเชื่อมั่นใจตนเองและช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักรู้ในคุณค่าของตนเอง และ 5) การใช้คำถามเกี่ยวกับการจัดการ (Coping question) เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจและช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการผ่านสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคไปได้ด้วยดี ส่วนเทคนิคอื่น ๆ ได้แก่ การชมเชย การอุปมาอุปไมย การทำให้เป็นเรื่องธรรมดาจะนำมาใช้ตามโอกาสในทุกคาบการบำบัด

ผู้วิจัยสนใจที่จะทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดนี้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว โดยเชื่อว่าการบำบัดที่เน้นการหาทางออกจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ปรับเปลี่ยนมุมมองในการดูแลตนเอง รับรู้ถึงศักยภาพและทรัพยากรที่มีอยู่ในตนเองและนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อหาทางออกของปัญหา และดูแลตนเองได้ดีขึ้น นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยมีคาบการบำบัด 6 ครั้ง ใช้เวลาในการบำบัด 6 สัปดาห์ ให้การบำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้งในวันจันทร์ แต่แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที เป็นการบำบัดแบบรายบุคคล โดยมีรายละเอียดดังนี้

การบำบัดที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสำรวจแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

การบำบัดที่ 2 การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วและการสำรวจความตระหนักรู้ในการอาการเจ็บป่วยของตนเอง

การบำบัดที่ 3 สนทนาและร่วมอภิปรายเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยในการรับประทานยา

การบำบัดที่ 4 สนทนาและร่วมอภิปรายพูดคุยเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับสัมพันธภาพและการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น

การบำบัดที่ 5 สนทนาและร่วมอภิปรายเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยในการจัดการกับความเครียด

การบำบัดที่ 6 การติดตามผลการบำบัด สรุปผลการบำบัดครั้งที่ 1-5 ประเมินผลการบำบัดและยุติการบำบัด

ทาบการบำบัดที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสำรวจแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรค อารมณ์สองขั้ว

ก่อนที่จะเริ่มให้ความช่วยเหลือหรือการบำบัด ผู้วิจัยจำเป็นต้องรู้จักผู้ป่วยและศักยภาพของผู้ป่วย ให้การบำบัดที่เน้นการหาทางออก ซึ่งจะไม่เน้นการค้นหาข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา พัฒนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล หรือการใช้สารเสพติด แต่จะเน้นการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องเฉพาะประเด็นที่ผู้ป่วยมาขอความช่วยเหลือ และสิ่งผู้ป่วยได้ทำไปบ้างแล้ว เป็นการค้นหาที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกกลัวว่าเป็นส่วนตัวหรือส่วนที่ผู้ป่วยขอสงวนไว้ เป็นวิธีการที่ผู้บำบัดจะได้มาซึ่งความน่าเชื่อถือและไว้วางใจด้วยในเวลาเดียวกันและในระยะเวลาที่สั้น นอกจากนี้ยังสามารถทำให้ผู้วิจัยทราบถึงสิ่งที่ผู้ป่วยทำมาแล้วเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยอย่างไร การบำบัดครั้งจะเป็นการสำรวจข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และในตอนท้ายของการบำบัด ผู้วิจัยจะให้การบ้านผู้ป่วยในการกลับไปสำรวจตนเองว่าอาการของการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วมีอะไรบ้างที่เป็นผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีผลอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเกิดความเชื่อมั่นในตัวผู้วิจัย
2. เพื่อสำรวจหาข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับทรัพยากรและศักยภาพที่มีในตัวของผู้ป่วยจาก

ประสบการณ์ที่ผ่านมา

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยและแนะนำตัวอีกครั้ง ผู้วิจัยชวนผู้ป่วยพูดคุยเรื่องทั่วไป ประมาณ 3-5 นาที เพื่อสร้างความคุ้นเคยและลดความตึงเครียดและสร้างบรรยากาศให้เกิดความผ่อนคลายระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย

2. ผู้วิจัยค้นหาข้อมูลและศักยภาพของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ผู้วิจัยจะใช้คำถามเพื่อค้นหาข้อมูลและศักยภาพ ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับการจัดการ (Coping question) คำถาม “ใคร อะไร อย่างไร เมื่อไร ที่ไหน” โดยผู้วิจัยเป็นผู้เปิดประเด็นคำถาม และให้ผู้ป่วยได้เล่าให้ผู้วิจัยฟัง เช่น

“คุณมีชีวิตเป็นอย่างไรหลังจากที่ทราบว่าป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว”

“สุขภาพของคุณตอนนี้เป็นอย่างไบบ้าง คุณมีความรู้สึกอย่างไรต่อสุขภาพที่เป็นอยู่ตอนนี้”

“คุณทำอะไรจึงผ่านช่วงเวลาที่รู้สึกไม่ดีกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วนั้น

มาได้”

“ในแต่ละวันคุณมีกิจกรรมอะไรบ้าง และแตกต่างจากเดิมอย่างไร”

3. ผู้วิจัยมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยกลับไปสำรวจตนเองว่าอาการที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ผู้ป่วยประสบอยู่เป็นอย่างไร และส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างไรมีอะไรบ้าง และให้จดบันทึกลงสมุดประจำตัว แล้วนำกลับมาเล่าให้ผู้บำบัดฟังในการพบกันครั้งต่อไป

**คาบการบำบัดที่ 2: การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วและการสำรวจ
ความตระหนักรู้ในการอาการเจ็บป่วยของตนเอง**

เมื่อความเจ็บป่วยมาเยือนถึงร่างกายเรา ก็มักจะทำให้ใจป่วยตามไปด้วย ทำให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างไม่มีความสุข แต่จากสังขารของชีวิตที่ว่า เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ของมนุษย์ทุกคน ทุกคนที่เกิดมาแล้วเมื่อถึงอายุขัยหนึ่งก็ต้องพบกับความแก่ และความตาย มีโอกาสที่จะเกิดความเจ็บป่วยขึ้นได้ตลอดเวลาของการดำเนินชีวิต ตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าจนถึงเข้านอน เช่นการดื่มน้ำ ถ้าดื่มน้ำที่ไม่สะอาดมีเชื้อโรคก็มีโอกาสป่วยจนท้องเสียเนื่องจากอาหารเป็นพิษ หรือการรับประทานอาหารไม่ตรงเวลาบ่อย ๆ มีโอกาสเกิดโรคกระเพาะอาหารได้ การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ก็ล้วนเป็นสาเหตุให้เกิดความเจ็บป่วยได้ รวมทั้งการดำเนินชีวิตในแต่ละช่วงเวลาก็อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ทุกเมื่อ ไม่ว่าจะเป็นการเดิน การขับรถ หรืออาจเกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของอวัยวะภายในร่างกาย เช่น หากดับอ่อนทำงานผิดปกติก็จะทำให้เป็นโรคเบาหวาน ถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานดูแลตนเองได้ไม่เหมาะสมก็อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากมาย ดังนั้นในแต่ละวันแต่ละช่วงเวลาบุคคลสามารถเกิดการเจ็บป่วยได้ทุกเมื่อ ไม่มีข้อยกเว้นกับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนชั้น ทุกอาชีพ หรือแม้แต่บุคคลที่ทำให้การดูแลสุขภาพเช่น แพทย์ พยาบาล เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น สิ่งที่สำคัญที่ต้องทำคือการดูแลรักษาตนเองเพื่อให้การเจ็บป่วยนั้นลดลงหรือหายไป การที่จะดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพนั้นต้องดูแลให้ตรงกับสาเหตุที่เป็นจริง เพื่อให้เรามีสุขภาพที่ดีในขณะที่เรายังป่วยด้วยโรคนั้น ๆ เช่น ถ้าเราพักผ่อนไม่เพียงพออนน้อย ทำให้ร่างกายอ่อนแอติดเชื้อโรคได้ง่าย ส่งผลให้ระบบการทำงานของร่างกายแปรปรวน จนเกิดเป็นไข้หวัดหรืออาจมีไข้ขึ้นสูงจากเชื้อโรคที่เข้าไปทำให้ร่างกายทำงานผิดปกติ ถ้าเราไม่รักษาก็มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่รุนแรงขึ้นทำให้เสียชีวิตได้ แต่ถ้าหากบุคคลตระหนักว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยต้องมารับการรักษา หรือต้องไปพบแพทย์การรักษาอาจจะเป็นการรักษาตามอาการเช่น ดัดเชื้อก็จะได้รับยามาเชื้อ มีไข้ก็จะได้รับยาลดไข้ แต่จะส่งผลให้โรคที่เป็นอยู่ทุเลาลงหรือหายขาดได้ สามารถกลับมาดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข

ถ้าบุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองเป็นเรื่องปกติที่ทุกคนมีโอกาสเจ็บป่วย และการเจ็บป่วยของตนเองไม่ใช่เรื่องผิดปกติอะไร เมื่อเจ็บป่วยก็ต้องรักษาให้หาย ถ้ารักษาให้หายไม่ได้เราก็ต้องเรียนรู้ที่จะอยู่ให้ได้ และสามารถมีความสุขในการใช้ชีวิตได้ ยกตัวอย่างเช่น คนที่ได้รับอุบัติเหตุทำให้สูญเสียการมองเห็นเมื่อรักษาจนอาการบาดเจ็บหาย แต่การมองเห็นก็ไม่ได้กลับมาเหมือนเดิม แต่ถ้าบุคคลนั้นสามารถปรับตัวโดยใช้ชีวิตให้อยู่ในโลกแห่ง

ความมืดและเรียนรู้โดยใช้ประสาทสัมผัสอย่างอื่นทดแทน ใ้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ เช่น ใช้มือในการสัมผัสตัวอักษร เพื่ออ่านหนังสือสอบเข้าเรียนในมหาวิทยาลัย

โรคอารมณ์สองขั้ว เป็นความเจ็บป่วยชนิดหนึ่งที่บุคคลหลายๆคนมีโอกาสเป็นได้เหมือนโรคอื่น ๆ และเมื่อได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมแล้ว ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติเหมือนการเจ็บป่วยอื่น ๆ โรคอารมณ์สองขั้วเกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ซึ่งสารสื่อประสาทในสมองจะมีหน้าที่ในการควบคุมความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและอารมณ์ เมื่อสารสื่อประสาทในสมองทำหน้าที่ผิดปกติก็จะส่งผลต่อการรับรู้ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้มีความผิดปกติตามมา ยกตัวอย่างเช่น ในระยะแมนีผู้ป่วยจะมีอารมณ์ครื้นเครงมากผิดปกติ มีความคิดที่หลากหลาย พูดเร็วคิดเร็ว ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย มีความมั่นใจในตนเองสูง นอนน้อยลง ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกมานับทุกตัวไปไม่เป็น ฉะนั้นการรักษาที่สำคัญได้แก่ การทำให้สารสื่อประสาทในสมองทำงานเป็นปกติเหมือนเดิม ซึ่งสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สารสื่อประสาทในสมองทำงานปกติคือ การรับประทานยา ร่วมกับการลดตัวกระตุ้นที่จะไปทำให้สมองต้องทำงานหนักมากขึ้น เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน และการใช้สารเสพติดชนิดต่าง ๆ ซึ่งก็เหมือนกับโรคทางกายอื่น ๆ ยกตัวอย่างเช่น โรคเบาหวาน ซึ่งมีสาเหตุเกิดมาจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ ผู้ป่วยโรคเบาหวานก็จะดูแลตนเองในเรื่องการทำอย่างไรที่จะทำให้น้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยจะรับประทานอาหารที่มีรสหวานน้อยลง ลดแป้ง รับประทานผักให้มากขึ้น และดูแลตนเองเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆเช่น การป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเพราะเมื่อป่วยด้วยโรคเบาหวานจะทำให้แผลหายยาก หรือในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเกิดจากมีแรงดันเลือดสูงผิดปกติ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะดูแลตนเองโดยการไม่ให้เกิดความดันเลือดสูงกว่าปกติ โดยการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง งดอาหารรสเค็ม งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าทั้งผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การทำงานต่าง ๆ ของอวัยวะทำงานได้ตามปกติคือการรักษาและควบคุมอาการอย่างต่อเนื่อง โดยการรับประทานยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นตัวกระตุ้นให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนมุมมองว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องธรรมดา ไม่ใช่เรื่องผิดปกติ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่สำคัญและมีความจำเป็นอย่างมาก

3. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่สอดคล้องกับความเป็นจริงในเรื่องโรคอารมณ์สองขั้วและ
ตระหนักในอาการเจ็บป่วยของตนเอง

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยและพูดคุยเรื่องทั่วไปที่เกิดขึ้นใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาหลังจาก
นั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทบทวนสาระสำคัญของการบำบัดครั้งที่ 1 และให้ผู้ป่วยอภิปรายการบ้านที่
มอบหมายให้กลับไปสำรวจว่าอาการที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่
ผู้ป่วยประสบอยู่เป็นอย่างไร และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างไร ผู้วิจัยรับฟังอย่าง
ตั้งใจเพื่อค้นหาข้อมูลทรัพยากรและศักยภาพจากประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้ป่วย เพื่อจะนำมา
สร้างเป็นกรอบแนวคิดใหม่ (Reframing)

2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยร่วมอภิปรายถึงความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จากประสบการณ์ที่เคย
ประสบผ่านมาและวิธีในการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยใช้เทคนิคทำให้เป็นเรื่องธรรมดา
(Normalizing) จากสาระสำคัญข้างต้น ว่าการเจ็บป่วยทางกายเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิต

3. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยร่วมอภิปรายวิธีการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยผู้วิจัยจะ
ยกตัวอย่าง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคอารมณ์
แปรปรวนสองขั้ว เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะป่วยด้วยโรคใดสิ่งที่จะช่วยให้งาน
ต่างๆของอวัยวะในร่างกายได้ตามปกติ คือการรักษา และการปรับเปลี่ยนแบบแผนการใน
การดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อให้สอดคล้องกับอาการของโรค

4. ผู้วิจัยใช้คำถามปาฏิหาริย์ (Miracle question) เพื่อช่วยกระตุ้นผู้ป่วยมองเห็นว่าใน
อนาคตนั้นต้องการให้มีอะไรเกิดขึ้นบ้าง หรือช่วยให้มองเห็นว่าทางออกจะเป็นอย่างไรบ้าง

“สมมติว่าคืนหนึ่งมีปาฏิหาริย์เกิดขึ้นขณะที่คุณนอนหลับอยู่ ปาฏิหาริย์ดังกล่าวทำให้
ปัญหาของคุณหมดไป เมื่อคุณตื่นขึ้นมาในตอนเช้า สิ่งแรกที่คุณจะสังเกตเห็นได้คืออะไร เป็นสิ่งที่
บอกคุณว่าปัญหาของคุณหมดไปแล้ว” เมื่อผู้ป่วยบอกสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นแล้ว ผู้วิจัยจะคอยจับ
ประเด็นที่สำคัญของผู้ป่วย และประเด็นอื่นที่ซ่อนเร้นอยู่ด้วยเหตุผลอะไรบางอย่าง หรือเป็นสิ่งที่
ผู้ป่วยไม่ตระหนัก

5. ผู้วิจัยจะใช้คำตอบจากคำถามปาฏิหาริย์ มาเป็นตัวนำในการค้นหาข้อยกเว้น เพื่อ
ค้นหาชิ้นส่วนเล็กๆของทางออก โดยผู้วิจัยจะชวนให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงช่วงเวลาที่คุณเป็นอิสระ
จากปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนชีวิต รู้สึกว่าถูกปัญหารบกวนน้อยที่สุด จะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาการ
ตระหนักถึงความเข้มแข็งมากกว่าความบกพร่อง และช่วยเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง

6. ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่ออก ผู้วิจัยจะใช้คำถามประเมินค่า (Scaling questions) เพื่อ
ช่วยให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเองเกี่ยวกับความพร้อมที่จะเริ่มต้นลงมือทำอะไรบางอย่างซึ่งเป็นสิ่งที่

ดีกว่า และในการทำในสิ่งที่แตกต่างออกไปจากเดิมเพื่อให้ไปถึงสิ่งที่เป็นคำตอบจากคำถาม ปาฏิหาริย์ของผู้ป่วย ดังนี้

“ในสเกล 1-10 เมื่อ 10 หมายถึง เป็นสิ่งที่คุณอยากให้ปาฏิหาริย์เกิดขึ้นแล้วจริง ๆ และ 1 หมายถึงไม่เกิดปาฏิหาริย์ขึ้น ขณะนี้คุณอยู่ตรงไหนของสเกล” เมื่อผู้ป่วยให้คำตอบ ผู้วิจัยจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยพิจารณาให้ถี่ถ้วน เพื่อสอดคล้องกับความจริงที่เป็นไปได้ว่า

“การระบุสเกลครั้งมีความสำคัญมากเพราะเป็นสิ่งที่ทำให้คุณแน่ใจได้ว่ามีความเป็นไปได้ที่จะขยับไปสู่ขั้นต่อไป แต่ถ้าระบุไว้ต่ำกว่าความเป็นจริงก็ดูเหมือนจะไม่จำเป็นต้องทำอะไรเพิ่มเติม แต่ถ้าสูงกว่าความเป็นจริง ก็จะกดดันตัวเองเกินไปอาจทำให้เหนื่อยแล้วไม่อยากจะทำต่อ” แล้วพูดต่อว่า

“หลังจากทราบแล้วว่าคุณอยู่ตรงไหนของสเกล ดิฉันก็จะชวนให้คุณทบทวนว่าอะไรที่ทำให้คุณมาถึงขั้นนี้ได้”

“แล้วคุณคิดว่าคุณต้องทำอะไรเพิ่มเติมเพื่อให้คุณเลื่อนไปอยู่บนสเกลที่สูงขึ้น”

7. ผู้วิจัยจะนำคำตอบจากคำถามประเมินค่ามาร่วมสร้างเป็นกิจกรรมกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้นำไปทดลองปฏิบัติจริงที่บ้าน

การบ้าน

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยกลับไปทบทวนสิ่งที่ได้บันทึกลงในสมุดประจำตัวและเน้นย้ำให้ผู้ป่วยทำในสิ่งที่ได้รวมอภิปรายกับผู้วิจัย และทดลองปฏิบัติจริงที่บ้าน
2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสำรวจว่าเมื่อทำในสิ่งที่แตกต่างจากเดิมมีอุปสรรคอะไรบ้าง เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้างหลังได้ทดลองปฏิบัติจริง และมีใครสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และผู้ป่วยรู้ได้อย่างไร
3. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสำรวจความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังลงมือปฏิบัติจริงว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และกลับมาเล่าให้ผู้วิจัยฟังในการพบกันครั้งต่อไป

คาบการบำบัดที่ 3: สนทนาและร่วมอภิปรายเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยในการรับประทานยา

ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ทุกคนหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่เราสามารถมีภาวะสุขภาพที่ดีได้ ในขณะที่มีการเจ็บป่วย (Health within Illness) ขึ้นอยู่กับการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง เมื่อดูแลตนเองในขณะที่เจ็บป่วยอย่างเหมาะสมก็จะทำให้นุคคลนั้นมีภาวะสุขภาพที่ดี แต่ในการรับรู้ของบุคคลทั่วไปถึงความจำเป็นของการรักษาจะคิดว่าการรักษาตนเอง เป็นการรักษาเพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้เท่านั้น เมื่อได้รับการรักษาจนอาการเจ็บป่วยดีขึ้นแล้ว ก็มักจะหยุดรักษาหรือหยุดรับประทานยาต่อมักจะเกิดขึ้นบ่อยในการรักษาระยะสั้น แต่ในการรักษาผู้ป่วยที่เป็นการรักษาโรคเรื้อรังอย่างอื่น เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้คงที่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องรับประทานยาลดความดันเพื่อลดแรงดันในหลอดเลือด และโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก็จำเป็นต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สารสื่อประสาทในสมองทำงานปกติ ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ให้คงที่และป้องกันการกลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำเป็นต้องรับประทานยาให้ต่อเนื่องเหมือนกัน ซึ่งจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าประชากรทั่วไป (Kongsakon et al., 2008) และปัจจัยหนึ่งที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงคือ ปัจจัยด้านการร่วมมือในการรับประทานยา (Hosseini et al., 2009) ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การบำบัดในครั้งนี้จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เกิดการสร้างกรอบแนวคิดใหม่ เปลี่ยนมุมมองในการรับประทานและเห็นความสำคัญของการดูแลรักษาตนเอง ในการรับประทานอย่างต่อเนื่อง เมื่อเกิดความตระหนักว่าผู้ป่วยต้องรับประทานยาเพื่อให้การทำงานของสารสื่อประสาทในสมองทำงานปกติและเกิดความสมดุล จะทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำ แต่ถ้าในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในกระบวนการการบำบัดแล้ว มีปัญหาที่ซ่อนเร้นอยู่ ผู้วิจัยจะนำปัญหาที่พบมาร่วมอภิปรายกับผู้ป่วยเพื่อหาทางออกของปัญหาต่อไป ซึ่งปัญหาที่พบอาจจะมาจากปัจจัยภายในตัวของผู้ป่วยเองหรือปัจจัยภายนอก เช่น กลัวคนอื่นรู้ว่าตนเองเป็นโรคทางจิตเวช กลัวว่าเมื่อกินยาติดต่อกันนาน ๆ จะทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อร่างกาย เป็นต้น ผู้ป่วยอาจจะพยายามที่จะหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งในบางครั้งผู้ป่วยสามารถแก้ไขได้สำเร็จ แต่ในบางครั้งก็ไม่สามารถแก้ไขได้ แม้ว่าผู้ป่วยจะพยายามมากเท่าไรก็ตาม ทำให้ปัญหานั้นยังคงติดค้างอยู่และส่งผลต่อการรับประทานยาของผู้ป่วยเรื่อยมา ผู้วิจัยเชื่อว่าถ้าผู้ป่วยมี

การสร้างกรอบแนวคิดใหม่และเกิดการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อการรับประทุพพษณยท่ค้ซ้ัน ผู้ป่วยจะรับประทุพพษณยได้ย่งต่อเน่องและเหมะสมมกซ้ันในอนกคต และมีคุณภพช้วิตท่ค้ซ้ันตามมวตตุประสงค้

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ทรัพยากรและศกยภพท่มิในอยู่ต้วของผู้ป่วย ในการหาทงออกของปัญหาหรือส่่งที่รบกวณจค้ใจของผู้ป่วยในการรับประทุพพษณยได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนมุมมองในการรับร้รู้ นำมวสร้างเป็นกรอบแนวคิดใหม่ในการรับประทุพพษณย และรับประทุพพษณยได้ย่งต่อเน่องและถูกค้องเหมะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดควมตระหนก้ถึงการรับประทุพพษณยว่เป็นการรค้ษาท่สค้ัญในการรค้ษาโรคอรมณ้แปรปรวนสองซ้้ว

กค้กรรรม

1. ผู้วจยค้ถว้ทกททยผู้ป่วยและพุดค้ยเร่องท้วไปท่เกิดซ้ันใน 1 สัปดาห์ท่ผ่านมวและให้ผู้ป่วยทบทวนสวระสค้ัญของการบค้ดค้ร้่งท่ 1-2
2. ผู้วจยร่วมสนทณวและอภิปรยกับผู้ป่วยในเรื่องการรับประทุพพษณย โดยให้ผู้ป่วยเลวประสบกคณน้ในการรับประทุพพษณยและปัญหาหรือส่่งที่รบกวณจค้ใจของผู้ป่วยว่มิอะไรบ้าง และผู้ป่วยท่อย่งไรจ้่งผ่านปัญหาหรือส่่งรบกวณจค้ใจน้ันมวได้ โดยผู้วจยรับฟ้งอย่งใส่ใจและคยจับประเด้นท่สค้ัญเพื่อนำมวใช้ในการสร้างกรอบแนวคิดใหม่ (Reframing)
3. ผู้วจยใช้ค้ถวถามประเมินค้ว (Scaling questions) เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินตนเองเก้ยวกับกรรับประทุพพษณยของผู้ป่วย ค้งน้

“ตอนน้คุณค้ดว่กรรับประทุพพษณยของคุณ สวสร้างเสริมคุณภพช้วิตของตนเองในระดับค้ด โดยให้สเกล 1-10 เมือ 10 มหย คุณมค้คุณภพช้วิตท่ค้มกท่สค้ด และ 1 มหยถึง คุณมค้คุณภพช้วิตท่ไมค้ค้ ขณะน้คุณประเมินต้วเองอยู่ตรงค้หนของสเกล” ผู้วจยจะกระตุน้ให้ผู้ป่วยพค้จรณวให้ถ้ถ้วน เพื่อให้สอดค้ล้องกับควมจ้ริงท่เป็นไปค้ได้ว

“การระบุน้เป็นส่่งท่ทำให้คุณเน่ใจค้ได้ว่มค้ความเป็นไปค้ได้ท่จะเขยบ ไปสู่ซ้ันต่อไป แต่ถ้าระบุน้ว้ค้ถ้ว่ความเป็นจ้ริงก็ค้เหมือนจะไม่จ้เป็นต้องท่ทำอะไรเพ้เติมเดม แต่ถ้สูงกว่ความเป็นจ้ริงก็จะกค้ค้ดค้นต้วเองเก้นไปอย่งทำให้เหน้อยแล้วไม่อยกท่ทำต่อ” แล้วผู้วจยจะถวถามต่อว

“คุณค้ดว่คุณทำอะไร ไปแล้วบ้างท่ทำให้คุณมวย้ันท่สเกลน้” เมือผู้ป่วยให้ค้ถวตอบ ผู้วจยจะถวถามต่อไปว

“คุณค้ดว่คุณสมมารถทำอะไรเพ้เติมเดมท่แตกต้งจากเดม เพื่อให้คุณไปสู่ซ้ันท่สูงซ้ันบนสเกล”

4. ผู้วิจัยร่วมกับผู้ปวยคั้นหาทรัพยากรและศักยภาพ เพื่อกำหนดกิจกรรมที่จะช่วยให้ผู้ปวยขยับไปอยู่ในระดับสเกลที่สูงขึ้น และในช่วงของการคั้นหาทรัพยากรและศักยภาพ หากผู้ปวยพุดถึงปัญหา ผู้วิจัยจะนำคำถามคั้นหาข้อยกเว้นมาถามเพื่อให้ผู้ปวยมองเห็นหนทางในการหาทางออก

“ดิฉันจะชวนให้คุณลองคิดทบทวนดูว่ามีมีช่วงเวลาใดบ้าง หรือชคุณทำอะไร ที่ทำให้คุณรู้สึกว่ปัญญานี้รบกวนคุณน้อยที่สุด ”

5. ผู้วิจัยจะนำคำตอบจากคำถามประเมินค่ามาร่วมสร้างเป็นกิจกรรมกับผู้ปวย เพื่อให้ผู้ปวยได้นำไปทดลองปฏิบัติจริงที่บ้าน

การบ้าน

1. ผู้วิจัยให้ผู้ปวยกลับไปทบทวนสิ่งที่ได้บันทึกลงในสมุดประจำตัวและเน้นย้ำให้ผู้ปวยทำในสิ่งที่ได้ร่วมอภิปรายกับผู้วิจัย และทดลองปฏิบัติจริงที่บ้าน
2. ผู้วิจัยให้ผู้ปวยสำรวจว่าในการทำตามเป้าหมายมีอุปสรรคอะไรบ้าง มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้างหลังได้ทดลองปฏิบัติจริง และมีใครสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ผู้ปวยรู้ได้อย่างไร
3. ผู้วิจัยให้ผู้ปวยสำรวจความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังลงมือปฏิบัติจริงและกลับมาเล่าให้ผู้วิจัยฟังในการพบกันครั้งต่อไป

คาบการบำบัดที่ 4: สนทนาและร่วมอภิปรายพูดคุยเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับสัมพันธภาพและการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น

มีคนมากมายที่ไม่ประสบความสำเร็จและไปไม่ถึงจุดหมายในการมีสัมพันธภาพที่ดี เนื่องจากขาดการปฏิบัติตัวต่อผู้อื่นอย่างมีนวัตร ทำให้เกิดการกระทบกระทั่งกัน ไม่เข้าใจกัน ทำให้ความสัมพันธ์ต่างๆ ระหว่าง 2 หรือคนหมู่มากเกิดปัญหา และสามารถจะเกิดได้กับทุกความสัมพันธ์ ไม่ว่าจะเป็นการแต่งงาน ความเป็นเพื่อน การดำเนินธุรกิจ และผู้บังคับบัญชากับลูกน้อง สิ่งที่สำคัญที่จะทำให้เกิดสัมพันธภาพ คือการสื่อสาร สัมพันธภาพจะเป็นไปในทางที่ดีเมื่อมีการสื่อสารที่ดี ซึ่งการสื่อสารก็ไม่ได้มีแค่การพูดคุยเท่านั้น ยังมีการสื่อสารด้วยท่าทาง หรือเรียกว่าภาษาทก เช่น การยิ้ม การพยักหน้า การสัมผัสมือและท่าทางอื่น ๆ ผู้วิจัยจะชวนให้ผู้ป่วยได้ลองคิดทบทวน เกี่ยวกับสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยสามารถทำให้เกิดขึ้นได้ทั่วไปในสังคมเช่น สัมพันธภาพในเชิงธุรกิจ สัมพันธภาพระหว่างคนรัก สัมพันธภาพระหว่างเพื่อน ผู้ป่วยต้องทำอย่างไรจึงเกิดสัมพันธภาพที่ดีกลับมา โดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าสัมพันธภาพจะไม่มีวันประสบความสำเร็จ หากผู้ป่วยไม่ทำให้คนอื่นเกิดความประทับใจ ไม่ไว้วางใจในตัวผู้ป่วย สัมพันธภาพก็จะไม่ก้าวหน้า แน่นนอนว่าผู้ป่วยไม่สามารถบังคับจิตใจคนอื่นให้คิดเกี่ยวกับตนเอง ตามที่อยากให้เป็นได้ แต่ผู้ป่วยสามารถวางตนเองให้มีบุคลิกภาพ การกระทำ และความประพฤติให้เป็นที่น่าประทับใจคนอื่นได้ แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยต้องทำอะไรที่ไม่ใช่ตัวของผู้ป่วยที่เป็นการสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองไป แต่ถึงอย่างไรผู้ป่วยยังคงต้องปฏิบัติตนต่อคนอื่น อย่างมีอัธยาศัย สุภาพ อ่อนโยนและเอาใจใส่

โรคอารมณ์สองขั้ว เป็นโรคที่เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบจะทำให้เกิดปัญหาเรื่องสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นอย่างมาก และสัมพันธภาพมักจะเปราะบางไปเรื่อยๆ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติในการควบคุมอารมณ์ มีผลให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ดูแปลกแยกจากบุคคลอื่น เช่น แต่งตัวจัดจ้าน มีความมั่นใจในตัวเองสูง คิดอะไรได้จะทำเลย และในบางครั้งความสามารถในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยลดลงตามการสนใจดูแลสุขอนามัยลดลง ทำให้บุคคลรอบข้างผู้ป่วยไม่ยอมรับในตัวผู้ป่วยและหลีกเลี่ยงที่จะพูดคุย ผู้ป่วยขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้ยากลำบากทำให้คุณภาพชีวิตลดต่ำลง สอดคล้องกับการศึกษาและการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำคือ การจัดการกับตัวเองและการดำเนินชีวิตประจำวัน (Michalak et al., 2005) และด้านความยุ่งยากในการสื่อสารและการปรับตัวให้อยู่ร่วมกับบุคคลอื่น (Prabhat et al., 2004; Michalak, et al., 2005) ในการบำบัดครั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อว่าเมื่อ

ผู้ป่วยได้เกิดการสร้างกรอบแนวคิดใหม่ (Reframing) เกี่ยวกับสัมพันธภาพกับบุคคลที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีกับตัวเองมากขึ้น มีมุมมองใหม่ ๆ ที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพและการปรับตัวให้อยู่ร่วมกับบุคคลอื่นมากขึ้น นำไปสู่การหาทางออกในเรื่องสัมพันธภาพและการปรับตัวให้อยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ทรัพยากรและศักยภาพที่มีในตัวของผู้ป่วย ในการหาทางออกของปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับสัมพันธภาพและการปรับตัวระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่นได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนมุมมองในการรับรู้ และนำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดใหม่เกี่ยวกับสัมพันธภาพและการปรับตัวระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงการมีสัมพันธภาพและการปรับตัวให้อยู่ร่วมกับบุคคลอื่นเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการอาศัยอยู่ในสังคม

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยและพูดคุยเรื่องทั่วไปที่เกิดขึ้นใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาและให้ผู้ป่วยทบทวนสาระสำคัญของการบำบัดครั้งที่ 1-3
2. ผู้วิจัยร่วมสนทนาและอภิปรายกับผู้ป่วยเรื่องสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่น โดยให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์สัมพันธภาพที่เป็นปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยว่ามีอะไรบ้าง และผู้ป่วยทำอะไรจึงผ่านเหตุการณ์นั้นมาได้ โดยผู้วิจัยรับฟังอย่างใส่ใจและคอยจับประเด็นที่สำคัญเพื่อนำมาใช้ในการสร้างกรอบแนวคิดใหม่ (Reframing)
3. ผู้วิจัยใช้คำถามประเมินค่า (Scaling question) เพื่อประเมินการมีสัมพันธภาพที่ดีและความสามารถในการปรับตัวให้อยู่ร่วมกับบุคคลอื่น สร้างเสริมคุณภาพชีวิตตนเองในระดับใด “ตอนนี้คุณคิดว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีและความสามารถในการปรับตัวให้อยู่ร่วมกับบุคคลอื่น สร้างเสริมคุณภาพชีวิตของตนเองในระดับใด โดยให้สเกล 1-10 เมื่อ 10 หมายถึง คุณมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากที่สุด และ 1 หมายถึง คุณมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ขณะนี้คุณประเมินตัวเองอยู่ตรงไหนของสเกล” ผู้วิจัยจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยพิจารณาให้ถี่ถ้วน เพื่อให้สอดคล้องกับความจริงที่เป็นไปได้ว่า

“การระบุเป็นสิ่งที่ทำให้คุณแน่ใจได้ว่าคุณเป็นไปได้อย่างที่เจ็บบ่ไปสูงขึ้นต่อไป แต่ถ้าระบุไว้ต่ำกว่าความเป็นจริงก็เหมือนจะไม่จำเป็นต้องทำอะไรเพิ่มเติม แต่ถ้าสูงกว่าความเป็นจริงก็จะกดดันตัวเองเกินไปอาจทำให้เหนื่อยแล้วไม่อยากจะทำต่อ” แล้วผู้วิจัยจะถามต่อว่า

“คุณคิดว่าคุณทำอะไรไปแล้วบ้างที่ทำให้คุณมาขึ้นที่สเกลนี้” เมื่อผู้ป่วยให้คำตอบ ผู้วิจัยจะถามต่อไปว่า

“คุณคิดว่าคุณสามารถทำอะไรเพิ่มเติมที่แตกต่างจากเดิม เพื่อให้คุณไปสู่ขั้นที่สูงขึ้นบนสเกล”

4. ผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยค้นหาทรัพยากรและศักยภาพ เพื่อกำหนดกิจกรรมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยขยับไปอยู่ในระดับสเกลที่สูงขึ้น และในช่วงของการค้นหาทรัพยากรและศักยภาพ หากผู้ป่วยพูดถึงปัญหา ผู้วิจัยจะนำคำถามค้นหาข้อยกเว้นมาถามเพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นหนทางในการหาทางออก

“ฉันจะชวนให้คุณลองคิดทบทวนดูว่ามีช่วงเวลาใดบ้าง หรือคุณทำอะไรที่ทำให้คุณรู้สึกว่ายานี้รบกวนคุณน้อยที่สุด ”

5. ผู้วิจัยจะนำคำตอบจากคำถามประเมินค่ามาร่วมสร้างเป็นกิจกรรมกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้นำไปทดลองปฏิบัติจริงที่บ้าน

การบ้าน

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยกลับไปทบทวนสิ่งที่ได้บันทึกลงในสมุดประจำตัวและเน้นย้ำให้ผู้ป่วยทำในสิ่งที่ได้ร่วมอภิปรายกับผู้วิจัย และทดลองปฏิบัติจริงที่บ้าน

2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสำรวจว่าในการทำตามเป้าหมายมีอุปสรรคอะไรบ้าง มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้างหลังได้ทดลองปฏิบัติจริง และมีใครสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยรู้ได้อย่างไร

3. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสำรวจความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังลงมือปฏิบัติจริงและกลับมาเล่าให้ผู้วิจัยฟังในการพบกันครั้งต่อไป

คาบการบำบัดที่ 5: สนทนาและร่วมอภิปรายเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วย ในการจัดการกับความเครียด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ทรัพยากรและศักยภาพที่มีในตัวของผู้ป่วย ในการหาทางออกของปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยในการจัดการกับความเครียด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนมุมมองในการรับรู้ และนำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดใหม่เกี่ยวกับการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงการจัดการกับความเครียดและวิธีการผ่อนคลายความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยและพูดคุยเรื่องทั่วไปที่เกิดขึ้นใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาและให้ผู้ป่วยทบทวนสาระสำคัญของการบำบัดครั้งที่ 1-4
2. ผู้วิจัยร่วมสนทนาและอภิปรายกับผู้ป่วยเรื่องความเครียดที่ผู้ป่วยประสบอยู่และวิธีการจัดการกับความเครียด โดยให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ในการจัดการกับความเครียดที่เป็นปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยว่ามีอะไรบ้าง และผู้ป่วยทำอะไรจึงผ่านเหตุการณ์นั้นมาได้ โดยผู้วิจัยรับฟังอย่างใส่ใจและคอยจับประเด็นที่สำคัญเพื่อนำมาใช้ในการสร้างกรอบแนวคิดใหม่ (Reframing)
3. ผู้วิจัยใช้คำถามประเมินค่า (Scaling question) เพื่อประเมินความสามารถในการจัดการกับความเครียด เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตตนเองในระดับใด

“ตอนนี้คุณคิดว่าเรามีเครียดและมีความสามารถในการจัดการกับความเครียด สร้างเสริมคุณภาพชีวิตของตนเองในระดับใด โดยให้สเกล 1-10 เมื่อ 10 หมายถึง คุณมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากที่สุด และ 1 หมายถึง คุณมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ขณะนี้คุณประเมินตัวเองอยู่ตรงไหนของสเกล”

ผู้วิจัยจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยพิจารณาให้ถี่ถ้วน เพื่อให้สอดคล้องกับความจริงที่เป็นไปได้ว่า

“การระบุเป็นสิ่งที่ทำให้คุณแน่ใจได้ว่าคุณเป็นไปได้ที่จะเขยิบไปสู่ขั้นต่อไป แต่ถ้าระบุไว้ต่ำกว่าความเป็นจริงก็ดูเหมือนจะไม่จำเป็นต้องทำอะไรเพิ่มเติม แต่ถ้าสูงกว่าความเป็นจริงก็จะกดดันตัวเองเกินไปอาจทำให้เหนื่อยแล้วไม่ยอมทำต่อ” แล้วผู้วิจัยจะถามต่อว่า

“คุณคิดว่าคุณทำอะไรไปแล้วบ้างที่ทำให้คุณมาขึ้นที่สเกลนี้” เมื่อผู้ป่วยให้คำตอบ ผู้วิจัยจะถามต่อไปว่า

“คุณคิดว่าคุณสามารถทำอะไรเพิ่มเติมที่แตกต่างจากเดิม เพื่อให้คุณไปสู่ขั้นที่สูงขึ้นบนสเกล”

4. ผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยค้นหาทรัพยากรและศักยภาพ เพื่อกำหนดกิจกรรมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยขยับไปอยู่ในระดับสเกลที่สูงขึ้น และในช่วงของการค้นหาทรัพยากรและศักยภาพ หากผู้ป่วยพูดถึงปัญหา ผู้วิจัยจะนำคำถามค้นหาข้อยกเว้นมาถามเพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นหนทางในการหาทางออก

“ฉันจะชวนให้คุณลองคิดทบทวนว่ามีช่วงเวลาใดบ้าง หรือคุณทำอะไรที่ทำให้คุณรู้สึกว่าคุณวันนี้รบกวนคุณน้อยที่สุด ”

5. ผู้วิจัยจะนำคำตอบจากคำถามประเมินค่ามาร่วมสร้างเป็นกิจกรรมกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้นำไปทดลองปฏิบัติจริงที่บ้าน

การบ้าน

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยกลับไปทบทวนสิ่งที่ได้บันทึกลงในสมุดประจำตัวและเน้นย้ำให้ผู้ป่วยทำในสิ่งที่ได้ร่วมอภิปรายกับผู้วิจัย และทดลองปฏิบัติจริงที่บ้าน

2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสำรวจว่าในการทำตามเป้าหมายมีอุปสรรคอะไรบ้าง มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้างหลังได้ทดลองปฏิบัติจริง และมีใครสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยรู้ได้อย่างไร

3. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสำรวจความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังลงมือปฏิบัติจริงและกลับมาเล่าให้ผู้วิจัยฟังในการพบกันครั้งต่อไป

คาบการบำบัดที่ 6 การติดตามผลการบำบัด สรุปผลการบำบัดครั้งที่ 1-5 ประเมินผลการบำบัด และยุติการบำบัด

การรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว นำไปสู่การดูแลตนเองที่ผู้ป่วยสามารถนำไปพัฒนาให้เกิดความสมดุลของการปรับตัวด้านอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าสุขภาพร่างกายตัวเองดีขึ้น ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ลดลง สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้มากขึ้น และกลับมาทำงานได้ เมื่อผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคอย่างสอดคล้องแล้ว ผู้ป่วยก็จะสามารถค้นหาศักยภาพของตนเองในการที่จะทำให้อาการเกิดภาวะสุขภาพที่ดีได้อย่างต่อเนื่องและตลอดไป ซึ่งแน่นอนว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามมา ในทางตรงกันข้ามกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการรับรู้ที่ไม่สอดคล้องกับความจริงในเรื่องของอาการเจ็บป่วย คิดว่าหากรับประทานยารักษาจนหายแล้วสามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมตนเองได้ นอนหลับได้ปกติ รวมทั้งทำงานได้ ก็จะหยุดรับประทานยา และกลับไปมีพฤติกรรมที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการกำเริบของโรคเช่นเดิม ถือเป็นกรรับรู้ที่ไม่สอดคล้องกับการดูแลรักษาโรคของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีและเกิดอาการกำเริบซ้ำ และเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดพยาธิสภาพที่สมองถาวร เกิดการเสื่อมถอยทางด้านพัฒนาการได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้แนวคิดใหม่ที่สอดคล้องกันระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยกับการดูแลรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นจริง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงศักยภาพตัวเองในการดูแลสุขภาพ สามารถรู้ได้ตนเองว่าจะทำอะไรได้บ้าง อย่างไรบ้าง จึงจะมีดูแลรักษาตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ในขณะที่มีอาการเจ็บป่วย (Health within Illness) โดยใช้ศักยภาพของผู้ป่วย

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยและพูดคุยเรื่องทั่วไปที่เกิดขึ้นใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาและให้ผู้ป่วยทบทวนสาระสำคัญของการบำบัดครั้งที่ 1-5
2. ผู้วิจัยสนทนากับผู้ป่วยเพื่อค้นหาว่าจากการบำบัดและการทำกรบ้านที่ผ่านมา 5 คาบการบำบัด ผู้ป่วยมีกรอบแนวคิดอะไรที่แตกต่างออกไปจากเดิม และกรอบแนวคิดดังกล่าวส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างไร มีใครสังเกตเห็นการเปลี่ยนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยบ้าง และผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับการเปลี่ยนที่เกิดขึ้น

3. ผู้วิจัยร่วมสนทนากับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยคิดทบทวนว่าก่อนการได้รับการบำบัดผู้ป่วยมองคุณภาพชีวิตของตนเองเป็นอย่างไรบ้าง ภายหลังจากได้รับการบำบัดผู้ป่วยเห็นคุณภาพชีวิตของตนเองเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร หลังจากนั้นผู้วิจัยจะใช้คำถามเพื่อสรุปการบำบัด

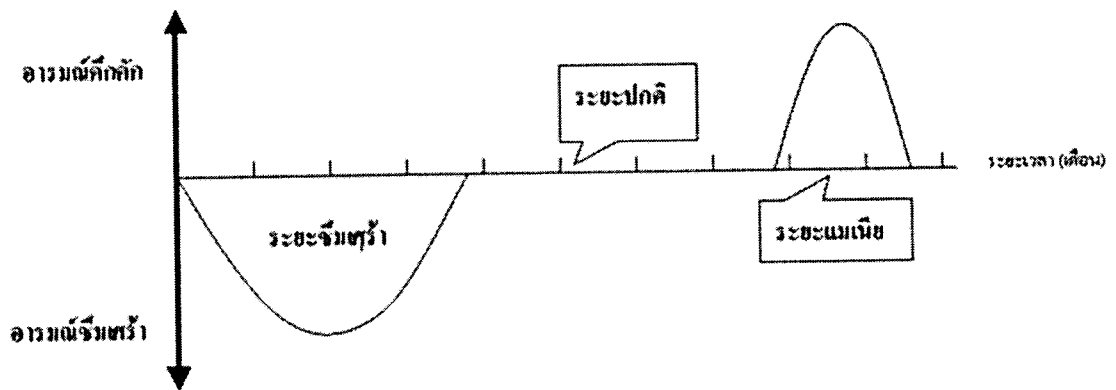
“คุณจะทำได้อย่างไรว่าคุณจะดูแลตนเองได้เช่นนี้ต่อไป” หรือ “อะไรที่ทำให้คุณเชื่อมั่นว่าคุณจะดูแลตนเองได้เช่นนี้ต่อไป

4. ผู้วิจัยกล่าวพฤติกรรมการบำบัดและชี้ชวนให้ผู้ป่วยเห็นถึงศักยภาพของตนเองที่ได้ปฏิบัติตามทั้งหมดว่าผู้ป่วยสามารถให้ศักยภาพและทรัพยากรที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้ และจากการเจ็บป่วยที่ผ่านมาผู้ป่วยอาจมองข้ามศักยภาพและทรัพยากรของตนเองไป แต่หลังจากการเข้ารับการบำบัดครั้ง 1-5 ผู้ป่วยสามารถค้นหาศักยภาพและทรัพยากรของตนเองในการสร้างกรอบแนวคิดใหม่และกำหนดเป้าหมายที่ผู้ป่วยอยากให้เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย สามารถใช้ศักยภาพและทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้และได้ลงมือทดลองทำจริงในสถานการณ์ที่เป็นจริง นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ และชี้ชวนให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงเพียงก้าวเล็ก ๆ ซึ่งสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในอนาคตของผู้ป่วยต่อไป

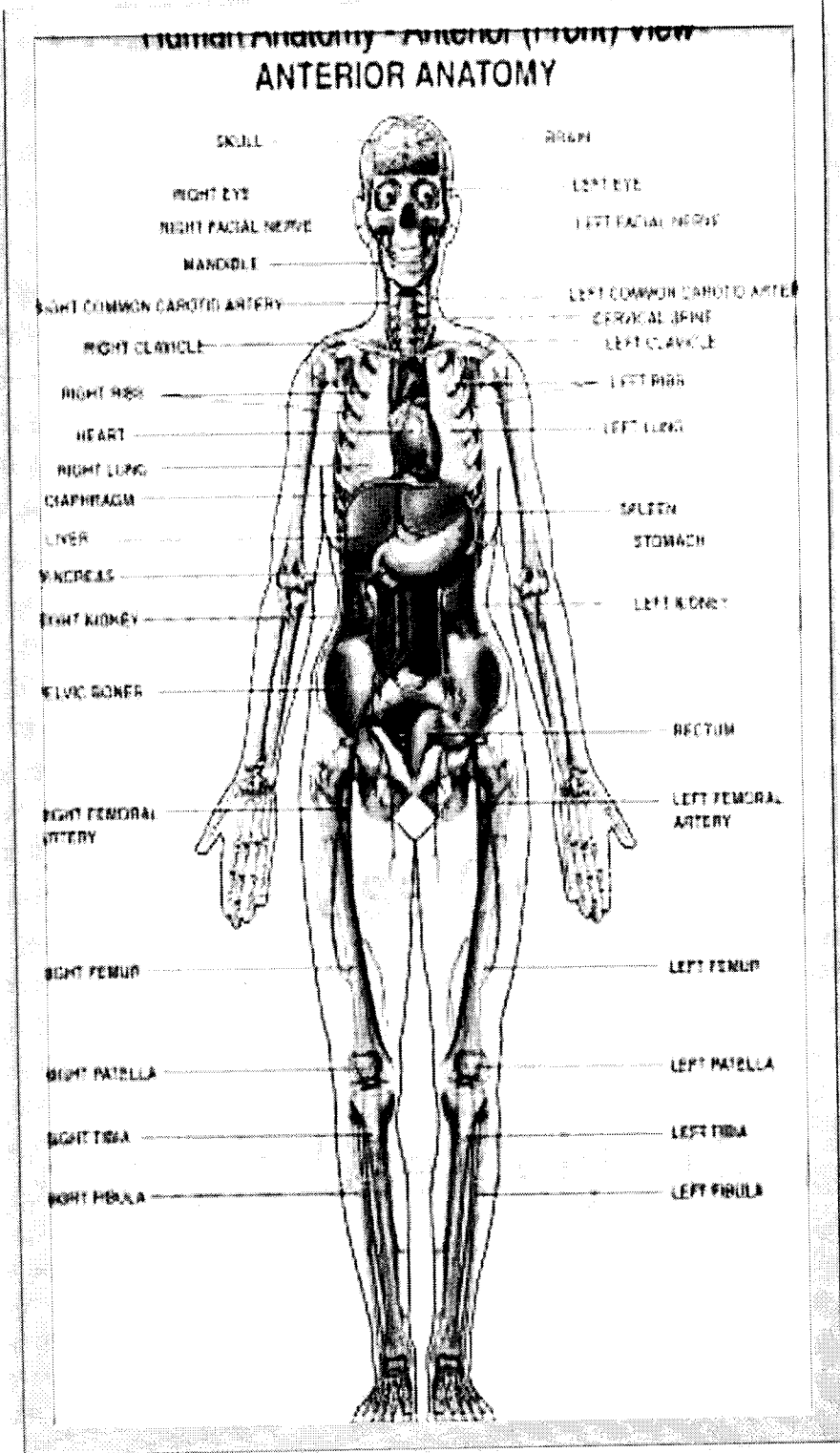
.....

ภาคผนวก ก
สื่อประกอบการบำบัด

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว



อาการในระยะซึมเศร้า	อาการในระยะmania
<ol style="list-style-type: none"> 1. เบื่อหน่าย ความสนใจหรือความเพลินใจในสิ่งต่างๆ ลดลง 2. รู้สึกตนเองไร้ค่า เป็นภาระหรือรู้สึกผิด 3. นอนไม่หลับหรือนอนมากผิดปกติ 4. เชื่องช้าหรือกระวนกระวาย 5. อ่อนเพลียไม่มีแรง 6. สมาธิลดลง มีความคิดอยากตาย รับประทานอาหารได้ลดลง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. อารมณ์ดีครั้งหนึ่งแสดงออกอย่างเต็มที่หรืออารมณ์หงุดหงิดมากกว่าปกติ 2. รู้สึกว่าตนเองเก่งหรือมีความสำคัญมาก 3. นอนไม่หลับ/ นอนน้อย 4. ความคิดฟุ้งซัน แล่นเร็ว มีโครงการ มีกิจกรรมี่อยากทำมากมาย 5. ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย หุนหันพลันแล่น 6. พูดมาก พูดไม่หยุด



สมุดประจำตัวผู้เข้าร่วมงานวิจัย

ผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย
โรคอารมณ์สองขั้ว

รหัสวิจัย.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ในระหว่างการวิจัย สามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดและปัญหาต่างๆได้ที่

ผู้วิจัย..นางสาวสกุรัตน์ เรืองอุไร พยาบาลวิชาชีพ

คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

โทรศัพท์ 086-347-2790 หรือ 02-926-9094

ตารางนัดหมาย

สัปดาห์ที่	วัน/เดือน/ปี	เวลาที่นัดหมาย	เวลาที่ใช้ในการ บำบัด	หมายเหตุ
1				
2				
3				
4				
5				
6				
ติดตามผล 1 เดือน				



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย
โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....

พ.ศ.

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก
ผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมี
ความเข้าใจดีแล้วข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะ
ยกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มี
ผลกระทบใดๆต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวม
เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจทุกประการและได้ลงนามในใบ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

การบำบัดครั้งที่ 1

การสร้างสัมพันธภาพและสำรวจแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

1. คุณมีชีวิตเป็นอย่างไรหลังจากที่ทราบว่าป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้ว

.....

.....

.....

2. สุขภาพของคุณตอนนี้เป็นอย่างไบ้าง คุณมีความรู้สึกอย่างไรต่อสุขภาพที่เป็นอยู่ตอนนี้

.....

.....

.....

3. คุณทำอะไรจริงผ่านช่วงเวลาที่คุณรู้สึกไม่ดีกับโรคอารมณ์สองขั้วนั้นมาได้

.....

.....

.....

4. ในแต่ละวันคุณมีกิจกรรมอะไรบ้าง และแตกต่างจากเดิมอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

การบำบัดครั้งที่ 2

การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วและการสำรวจความตระหนักรู้ในการอาการเจ็บป่วยของตนเอง

1. ประสบการณ์ในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยทางกาย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. คุณมีวิธีในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีแม้เกิดการเจ็บป่วยอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

การบ้าน

1. สำรวจว่าเมื่อทำในสิ่งที่แตกต่างจากเดิมมีอุปสรรคอะไรบ้าง เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง หลังได้ทดลองปฏิบัติจริง และมีใครสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และผู้ป่วยรู้ได้อย่างไร

.....

.....

.....

2. สำรวจความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังลงมือปฏิบัติจริงว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

.....

.....

.....

.....

การบำบัดครั้งที่ 3

สนทนาและร่วมอภิปรายเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยในการรับประทานยา

1. จากประสบการณ์ในการรับประทานยาที่ผ่านมา คุณมีปัญหาหรือมีสิ่งที่รบกวนจิตใจอะไรบ้าง

.....

.....

.....

2. คุณทำอะไรจึงผ่านปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจนั้นมาได้

.....

.....

.....

3. การรับประทานยาของคุณในปัจจุบัน สร้างเสริมคุณภาพชีวิตของคุณอย่างไร

.....

.....

.....

การบ้าน

1. สำรวจว่าเมื่อทำในสิ่งที่แตกต่างจากเดิมมีอุปสรรคอะไรบ้าง เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง หลังได้ทดลองปฏิบัติจริง และมีใครสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และผู้ป่วยรู้ได้อย่างไร

.....

.....

.....

2. สำรวจความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังลงมือปฏิบัติจริงว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

.....

.....

.....

การบำบัดครั้งที่ 4

สนทนาและร่วมอภิปรายเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยในการจัดการกับ

ความเครียด

1. จากประสบการณ์เรื่องการสร้างสัมพันธภาพและการปรับตัวระหว่างคุณกับบุคคลอื่น คุณมี
ปัญหาหรือมีสิ่งที่รบกวนจิตใจอะไรบ้าง

.....

.....

.....

2. คุณทำอย่างไรจึงผ่านปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจนั้นมาได้

.....

.....

.....

3. การสร้างสัมพันธภาพและการปรับตัวระหว่างคุณกับบุคคลอื่นในปัจจุบัน สร้างเสริมคุณภาพ
ชีวิตของคุณอย่างไร

.....

.....

.....

.....

การบ้าน

1. สำรวจว่าเมื่อทำในสิ่งที่แตกต่างจากเดิมมีอุปสรรคอะไรบ้าง เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง
หลังได้ทดลองปฏิบัติจริง และมีใครสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และผู้ป่วยรู้ได้อย่างไร

.....

.....

.....

2. สำรวจความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังลงมือปฏิบัติจริงว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

.....

.....

การบำบัดครั้งที่ 5

สนทนาและร่วมอภิปรายเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยในการจัดการกับความเครียด

1. จากประสบการณ์เรื่องการจัดการกับความเครียด คุณมีปัญหาหรือมีสิ่งที่รบกวนจิตใจอะไรบ้าง

.....

.....

.....

2. คุณทำอะไรจึงผ่านปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจนั้นมาได้

.....

.....

.....

3. การจัดการกับความเครียดในปัจจุบัน สร้างเสริมคุณภาพชีวิตของคุณอย่างไร

.....

.....

.....

.....

การบ้าน

1. สำรวจว่าเมื่อทำในสิ่งที่แตกต่างจากเดิมมีอุปสรรคอะไรบ้าง เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง หลังได้ทดลองปฏิบัติจริง และมีใครสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และผู้ป่วยรู้ได้อย่างไร

.....

.....

.....

2. สำรวจความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังลงมือปฏิบัติจริงว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

.....

.....

การบำบัดครั้งที่ 6

การติดตามผลการบำบัด สรุปผลการบำบัดครั้งที่ 1-5 ประเมินผลการบำบัดและยุติการบำบัด

1. เป้าหมายเกี่ยวกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

.....

.....

.....

.....

2. วิธีการนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

3. คุณจะทราบได้อย่างไรว่าคุณจะดูแลตนเองได้เช่นนี้ต่อไป

.....

.....

.....

.....

4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังได้รับการบำบัด คุณภาพชีวิตของคุณดีขึ้นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....