

ผลของสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
**The Effect of Group Psychoeducation on Quality of Life
 in Persons with Bipolar Disorder**

บุญเยี่ยม คำชัย (Boonyiem Khomchai, MSM,R.N.)*
 เพ็ญพัทธ์ อูธิศ (Penpaktr Uthis, Ph.D., R.N.)**

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research using the pretest-posttest control group design were: 1) to compare the quality of life in bipolar disorder patients before and after receiving group psychoeducation program, and 2) to compare the quality of life in bipolar disorder patients who received group psychoeducation program and those who received regular caring activities. The 36 samples, bipolar disorder patients, received services at the out patients department, Somdetchaopraya hospital. The samples were matched pair according to gender, depression scores and mania scores, and then randomly assigned into the experimental and control group, 18 subjects in each group. The experimental group received group psychoeducation program, whereas the control group received regular caring activity. The research instruments consisted of: 1) group psychoeducation program, 2) Knowledge on Bipolar disorder test, 3) The Negative Event Scale, 4) WHO-BREF THAI,

5) Montgomery Asberg Depression Rating Scale, and 6) Young Mania Rating Scale. The 1st, 2nd and 3rd instruments were validated for content validity by 5 experts. The reliability of the 2nd instruments was reported by KR-20 as of 0.78. The reliability of the 3rd, 4th, 5th and 6th instruments were reported by Chronbach Alpha as of 0.74, 0.79, 0.79 and 0.75 respectively. The t-test was used in data analysis.

Major finding were as follows:

1. The score on quality of life in bipolar disorder patients after received group psychoeducation program was higher than that before ($t = 8.65, p < 0.05$).

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

Keywords: Gruop psychoeducation program/ Bipolar disorder patients/Quality of life

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: penpaktr_uthis@yahoo.com

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง โดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม 2) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 36 คน ได้รับการจับคู่ด้วย เพศ ระดับคะแนนอาการซึมเศร้า และระดับคะแนนอาการเมเนีย แล้วถูกสุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลองจำนวน 18 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 18 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม 2) แบบวัดความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 3) แบบวัดการรับรู้เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเชิงลบ 4) แบบประเมินคุณภาพชีวิต 5) แบบประเมินอาการซึมเศร้าและ 6) แบบประเมินอาการเมเนีย เครื่องมือชุด 1, 2 และ 3 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 2 มีค่าความเที่ยงคูเคอร์รีชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ 0.78 และเครื่องมือชุดที่ 3,4,5 และ 6 มีค่าความเที่ยงอัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.74, 0.79, 0.79 และ 0.75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 8.65$)

2. คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 2.32$)

คำสำคัญ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม, ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว, คุณภาพชีวิต

ความสำคัญของปัญหา

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญ ปัจจุบันพบประมาณร้อยละ 0.3-1.5 ของประชากรทั่วโลก (Michalak et al., 2005) และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นถึงประมาณร้อยละ 1 ของประชากร (Stuart et al., 2005) อีกทั้งมีการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 50 ในช่วง 1 ปีแรก และร้อยละ 70-85 ในช่วง 5 ปี (Gitlin et al., 1995) โรคนี้เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ ระหว่างปี 2548-2552 ดังนี้ 7442, 8094, 8492, 8552, 8642 ราย (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2552) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีอาการเด่นคือ มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์แบบซึมเศร้าสลับกับ

อารมณ์เมเนีย (Kahn, 1998) ซึ่งส่งผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิต ดังจะเห็นได้จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคะแนนคุณภาพชีวิตทุกด้านต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น (Singh et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kongsakon et al. (2008) ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 285 ราย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนทั่วไป สะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

คุณภาพชีวิตตามแนวคิดองค์การอนามัยโลก จำแนกออกเป็นองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (WHOQOL Group, 1996) เมื่อพิจารณาตามแนวคิดนี้ พบว่าโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

ด้านร่างกาย พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของ Circadian rhythm ทำให้วงจรการนอนแปรปรวน โดยในระยะอาการซึมเศร้ามักเกิดปัญหานอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป ส่วนระยะอาการเมเนเนียมักมีความต้องการนอนน้อย ทำให้การพักผ่อนไม่เพียงพอ (Gazalle et al., 2007)

ด้านจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ มองคุณค่าในตนเองต่ำลง (Cohen et al., 2004) ทำให้การทำหน้าที่ของระบบการรู้คิดเสื่อมลง (Suppes and Dennehy, 2005)

ด้านสังคม พบว่า สัมพันธภาพทางสังคมและในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ (Dore and Roman., 2001) ครอบครัวมีความขัดแย้งและหย่าร้างสูงกว่าประชากรทั่วไป (Hirchfeld et al.,

2002)

ด้านสิ่งแวดล้อม โดยอาการซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจที่จะริเริ่มงานใหม่ ขาดความสนใจในสิ่งรอบตัวและการรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ และงดทำกิจกรรมต่างๆ (Pope, 2007) เกิดปัญหาการว่างงานหรือตกงานในที่สุด (Kupfer et al., 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า ปัจจุบันมีการนำสุขภาพจิตศึกษามาใช้เพื่อแก้ไขปัญหาค่าคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เนื่องจากเป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตใจที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาในการเจ็บป่วยด้วยตนเอง เกิดความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งเกิดทักษะต่างๆ เช่น การจัดการกับอาการ การสังเกตอาการเตือนที่กำเริบ การพัฒนาความสามารถการทำหน้าที่ทางสังคม และการประกอบอาชีพ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Colom et al., 2004; Gonzalez-Pinto et al., 2004; Michalak et al., 2005) แต่ในประเทศไทยยังไม่มีผู้นำการให้สุขภาพจิตศึกษามาใช้ในการแก้ไขปัญหาค่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลปฏิบัติงานในด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจึงเห็นความสำคัญในการแก้ไขและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยการนำการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มมาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อน และหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มที่โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

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

ครั้งที่ 1 การพัฒนาการจัดการกับตนเอง เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการกำเริบ และการพัฒนาทักษะการเผชิญกับอาการ การจัดการด้วยตนเอง การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสุขลักษณะการนอน

ครั้งที่ 2 การสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของโรค เพื่อสร้างความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับผลกระทบของโรคที่มีต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน และหาแนวทางแก้ไข

ครั้งที่ 3 การส่งเสริมความร่วมมือในการทานยา โดยให้ความรู้เรื่องยา และแนวทางการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยโดยใช้กระบวนการกลุ่ม

ครั้งที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน ด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น โดยให้ความรู้เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพ การสร้างความตระหนักและพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และทักษะการเข้าสังคม

ครั้งที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะในการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพเนื่องจากความเครียดเป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการซึมเศร้าและอาการเมเนียกำเริบ

ครั้งที่ 6 การทบทวนปัญหา และการแก้ไข เพื่อทบทวนปัญหา และการแก้ไขหลังจากนำสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินการครั้งที่ 1-5 ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันและยุติการทำกลุ่ม

คุณภาพชีวิต

- ด้านร่างกาย
- ด้านจิตใจ
- ด้านสังคม
- ด้านสิ่งแวดล้อม

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยนำค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลองการศึกษาของ Dogan and Sabanciogullari (2003) เรื่อง The Effects of Patient Education in Lithium Therapy on Quality of Life and Compliance มาร่วมในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 90% มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อน ชนิดที่ 2 เป็น 10% ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มอย่างน้อย 15 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 18 คน และกลุ่มควบคุม 18 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยดังนี้ 1) มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD-10) 3) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale: MADRS) มีคะแนนต่ำกว่า

34 คะแนน ซึ่งมีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับกลางและประเมินอาการแมนี โดยใช้แบบวัดอาการแมนี (Thai Mania Rating Scale: TMRS) มีคะแนนต่ำกว่า 26 คะแนน หรือมีอาการรุนแรงอยู่ในระดับกลางถึงมาก 4) สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง 5) เป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 6) ไม่เคยได้รับการให้สุภาพจิตศึกษา 7) ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจและการวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้โดยวิธีจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (matched pair) ตามคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศ คะแนนอาการซึมเศร้า และคะแนนอาการแมนี เนื่องจากตัวแปรทั้ง 3 ตัว มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสูง (Hosseini et al., 2009; Robb et al., 1998; Zhang et al., 2006; Gazalle et al., 2007; นันทนา สุขสมนิรันดร, 2552) จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการจับสลากเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเท่าเทียมกันเมื่อเริ่มต้นทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสุภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม เป็นเครื่องมือ

ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มของ Michalak et al. (2005) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) การพัฒนาการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน 2) การสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของ 3) การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทุกันยา 4) การพัฒนาทักษะการจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น 5) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด และ 6) การทบทวนปัญหา และการแก้ไข เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเห็นตรงกัน 4 ใน 5 ท่าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF THAI) ที่สุวรรณ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ผู้ศึกษาได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบไปด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบวัดความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นโดยศึกษาจากตำรา และการทบทวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ โดยมีค่าดัชนีความ

ตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.87 จากนั้นนำเครื่องมือไปหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสันโดยได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.78

ชุดที่ 2 แบบวัดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเชิงลบ (The Negative Event Scale) ของ Maybery และคณะ (2007) พัฒนาขึ้นโดยพิทักษ์พล บุญมาติก และ Maybery ซึ่งเป็นเจ้าของเครื่องมือนำมาแปลเป็นภาษาไทย มีข้อคำถามทั้งหมด 57 ข้อ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) โดยมีค่าเท่ากับ 0.82 จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.74

4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบไปด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบประเมินอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale: MADRS) เป็นเครื่องมือที่สร้างมาจากแนวคิดของ Montgomery and Asberg (1979) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย โดย รณชัย คงสกนธ์ และคณะ (2546) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 และผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.79

ชุดที่ 2 แบบประเมินอาการเมเนีย (Thai

Mania Rating Scale: TMRS) ของ Young และคณะ (1978) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทยโดย รณชัย กงสกันธ์ และคณะ (2549) ใช้วัดความรุนแรงของอาการเมเนีย ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 คำถาม ซึ่งหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.89 และก่อนนำเครื่องมือมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75

การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล
แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1) ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ ฝึกทักษะในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกับผู้เชี่ยวชาญในการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาและได้ทำศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัย

2) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale: MADRS) และแบบวัดอาการเมเนีย (Thai Mania Rating Scale: TMRS) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3) ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เพศ (Hosseini et al., 2009) ระดับคะแนนอาการซึมเศร้า (Zhang et al., 2006;

นันทนา สุขสมนิรันดร, 2552) และระดับคะแนนอาการเมเนีย (Gazalle et al., 2007)

2. ขั้นตอนการทดลอง ในขั้นดำเนินการทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดโดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

1) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติได้แก่ การประเมินอาการทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้านความคิด และด้านร่างกาย มีการให้คำปรึกษาเสนอแนะแนวทางในการแก้ปัญหา อีกทั้งการให้คำแนะนำเรื่องการศึกษาปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้านเพื่อเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำ ประกอบด้วย การรับประทานยาที่ถูกต้อง การเฝ้าระวังอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา การดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พร้อมกันนั้นยังส่งเสริมสนับสนุนการรักษาที่ต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด และการเข้ารับบริการตามแหล่งบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างเหมาะสม โดยดำเนินการทดลองอยู่ในระหว่างสัปดาห์ที่ 1-6

2) กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม โดยแบ่งสมาชิกออกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 9 คน จำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ณ แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

3) การกำกับการทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

3. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยให้ตอบคำถามตามแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัย

โลกที่สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์ และคณะ (2540) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา 1 สัปดาห์ (pre-test)

2) ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดการใช้โปรแกรมการสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม (Post test) ในสัปดาห์ที่ 7 โดยให้ตอบคำถามตามแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกที่สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์ และคณะ (2540) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย ชุดเดิม

3) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ โดยแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยร้อยละ

2. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน (Standard deviation)

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังผ่านการเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก และเข้าระบบ กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ ตลอดจนได้รับการชี้แจงถึงขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งการขอยกเลิกการเข้าร่วมในการวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลใดๆ ต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาล หากมีข้อคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆ ในระหว่างการดำเนินขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรงและเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะไม่เปิดเผยและเป็นความลับ เว้นแต่จะนำเสนอผลวิจัยในภาพรวมเท่านั้น จะไม่เปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.6 เท่ากัน มีอายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี และ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.4

เท่ากัน มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 55.6 และ 33.3 ตามลำดับ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 27.8 และระดับมัธยมศึกษาตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 27.8 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพหรือว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 61.1 และ 44.4 ตามลำดับ มีระดับคะแนนอาการซึมเศร้าอยู่ในช่วงคะแนน 0-17 คะแนน (อาการระดับต่ำ) และระดับคะแนนอาการครั่นคร้าง/รำรังผิดปกติ อยู่ในช่วงคะแนน 14-20 คะแนน (มีอาการเล็กน้อย) คิดเป็นร้อยละ 83.33 และ 77.2 ตามลำดับ มีระยะเวลาเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 94.44 เท่ากัน มีจำนวนครั้งที่ป่วยรุนแรง จำนวน 3-4 ครั้ง และมากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 66.66 และ 55.55 ตามลำดับ มีจำนวนครั้งต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 55.55 และ 44.4 ตามลำดับ

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา สุขสมนรินทร์ (2553) ที่ได้ศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในโรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลศรีรัชัญญาจำนวน 140 คน พบว่าผู้ป่วยเป็นเพศหญิง

มากกว่าเพศชาย คือ มีจำนวน 75 คน ในขณะที่เพศชายมีจำนวน 65 คน และผลการศึกษายังพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานโดยมากกว่า 2 ปี สะท้อนให้เห็นถึงการเจ็บป่วยที่มีลักษณะยาวนานและเรื้อรังสอดคล้องกับการศึกษาของ Morgan et al. (2005) ที่กล่าวไว้ว่าโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นโรคที่มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง โดยพบถึงร้อยละ 25 สำหรับผลการศึกษาด้านอาชีพนั้นพบว่า โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาชีพว่างงาน สอดคล้องกับการศึกษา Kupfer et al. (2002) ที่กล่าวไว้ว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมักขาดแรงจูงใจในการริเริ่มงานใหม่ๆ กระทั่งงดทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดปัญหาการว่างงานหรือตกงานในที่สุด ส่วนด้านจำนวนครั้งที่ป่วยรุนแรงและจำนวนครั้งที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงการเจ็บป่วยที่มีการกำเริบซ้ำๆ ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gitlin et al. (1995) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 50 ในช่วง 1 ปีแรก และร้อยละ 73 ในช่วง 5 ปี

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม (n=18)

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

* P < 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง (t = 8.65) ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง (t = -2.81)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n=18)

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

* P < 0.05

จากตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t=2.32$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้กล่าวคือ

1. ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยแสดงถึงโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ผู้วิจัยอภิปรายได้ว่า การดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม สามารถไปจัดการกระทำกับปัจจัยทั้ง 3 ประการ ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาคุณภาพชีวิตไม่ดีเท่าที่ควรได้แก่ ปัจจัยด้านการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ปัจจัยด้านความร่วมมือในการรับประทานยา และปัจจัยด้านความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันในเรื่องการสื่อสารและการปรับตัวร่วม

กับผู้อื่น (Prabhat et al., 2004; Michalak et al., 2005; Hosseine et al., 2009) โดยผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองจะได้รับการจัดการเกี่ยวกับปัจจัยแต่ละด้าน ดังนี้

1) ปัจจัยด้านการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยการดำเนินกิจกรรมที่ 1 และ กิจกรรมที่ 5 จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้ดีขึ้น เนื่องจาก กิจกรรม 1 จะเป็นการพัฒนาการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคสาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการกำเริบ และการพัฒนาทักษะการเผชิญกับอาการ การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ สุขลักษณะการนอน ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยตามความเป็นจริง เกิดการยอมรับการเจ็บป่วย เกิดความตระหนัก และกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร สามารถแยกแยะอาการเตือนและอาการที่กำลังกำเริบได้ อีกทั้งยังรู้จักเลือกแนวทางในการเผชิญกับอาการได้อย่างเหมาะสม เห็นความสำคัญของการคงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุล และสม่ำเสมอ รวมทั้งเกิดทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Michalak et al. (2005) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่ได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลสุขลักษณะการนอน จะเกิดความสามรถในการดูแลตนเอง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายดีขึ้น

ส่วนในกิจกรรมที่ 5 เป็นการให้ความรู้และ

ฝึกทักษะในการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากความเครียดเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้อาการซึมเศร้า และอาการเมเนียกำเริบ ดังนั้น หลังการทำกิจกรรม ผู้ป่วยจะมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด และเกิดทักษะในการแก้ปัญหาและจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ที่สร้างสรรค์ สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา ทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นและมีความเครียดลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของ Michalak et al. (2005) พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับความรู้เรื่องการเผชิญความเครียดจะสามารถจัดการตนเองให้มีความเครียดลดลง

2) ปัจจัยด้านการร่วมมือในการรับประทุษานยา พบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในกิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 3 ไปส่งเสริมทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทุษานยามากขึ้น กล่าวคือ กิจกรรมที่ 2 การสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของโรค เป็นกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นโดยมีการดำเนินการเปิดอภิปรายในกลุ่มมีเป้าหมายเพื่อ การสร้างความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับผลกระทบของโรคที่มีต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ที่ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม เน้นการนำเอากระบวนการกลุ่มมาใช้ในการแก้ไข ปัญหาโดยมุ่งหวังให้ผู้เกิดปฏิสัมพันธ์กัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสนับสนุนจิตใจซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดความมุ่งมั่นและความตระหนักในตนเอง มีการเฝ้าระวังปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการร่วมมือในการรับประทุษานยาเพื่อควบคุมการกำเริบของโรคเพิ่มขึ้น ดังการศึกษาของ Soares et al.

(1997) ที่พบว่า การนำกระบวนการกลุ่มเข้ามาใช้ในการดำเนินกลุ่ม จะทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดปฏิสัมพันธ์กัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สนับสนุนจิตใจซึ่งกันและกันก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความมุ่งมั่น และความตระหนักในตนเองส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจดีขึ้น

ในส่วนของกิจกรรมที่ 3 เป็นการส่งเสริมความร่วมมือในการทานยา โดยให้ความรู้เรื่องยาและแนวทางการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทุษานยา มีทักษะการจัดการยาถูกต้องครบถ้วน เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญในการบำบัดด้วยยา สามารถจัดการกับปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถรับประทุษานยาต่อเนื่อง สามารถดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดจากผลข้างเคียงจากยานอกจากนี้ผู้ป่วยยังเกิดทัศนคติที่ดีและเกิดความร่วมมือต่อการรับประทุษานยาช่วยป้องกันและลดการกำเริบของอาการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Soares et al. (1997) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องยาอาการข้างเคียงจากยาและแนวทางการรับประทุษานยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดี และเกิดความร่วมมือในการรับประทุษานยา

3) ปัจจัยความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น ด้วยผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในกิจกรรมที่ 4 สามารถพัฒนาให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดำเนินชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่นได้ดีขึ้น ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มี

ผลต่อการสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทักษะการในการเข้าสังคม เนื่องจากการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้วิธีการสร้างสัมพันธภาพการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการเข้าสังคม มีแนวทางในการปฏิบัติตัว ก่อให้เกิดความมั่นใจ และเกิดความตระหนักในตนเองอยู่เสมอผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันโดยไม่ยุ่งยาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Michalak et al. (2005) ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับความรู้และฝึกทักษะถึงวิธีการสร้างสัมพันธภาพ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการเข้าสังคม จะก่อให้เกิดความมั่นใจ และเกิดความตระหนักในตนเอง สามารถดำเนินชีวิตประจำวันโดยไม่ยุ่งยาก

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

สำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำลง ซึ่งการศึกษาที่พบอาจไม่ได้หมายถึงว่าการให้การดูแลตามปกตินั้นไม่มีประสิทธิภาพ แต่อาจอธิบายได้ว่าเนื่องจาก ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติที่แผนกผู้ป่วยนอกเฉพาะในวันที่มาพบแพทย์ตามนัดเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นทุก 1 สัปดาห์ 2 สัปดาห์ หรือ 1 เดือน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการเป็นสำคัญ แต่เมื่อกลับไปรับประทานยาและดำเนินชีวิตต่อในชุมชน ก็จะไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องเพิ่มเติม สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตไปในทางที่ดีขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม จะได้รับการนัดหมายให้มาร่วมกิจกรรมกลุ่มอย่างสม่ำเสมอทุกสัปดาห์ ติดต่อกันนานถึง 6 สัปดาห์ จึงได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับการดูแลตามปกติเป็นรายบุคคล ทำให้ไม่ได้รับประสบการณ์จากกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกกลุ่ม เหมือนกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการเรียนรู้ต่ำกว่าในกลุ่มทดลอง ทำให้สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้น้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Soares et al. (1997) ที่กล่าวว่า การให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สนับสนุนทางด้านจิตใจซึ่งกันและกัน ทำให้

รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเชื่อมั่นว่าต้องทำได้ สามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้โดยได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มเป็นหลัก

2. ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้สูงขึ้น โดยการศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อ การวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ เพศ ระดับคะแนนอาการซึมเศร้า ระดับคะแนนอาการเมเนียแล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนั้นผลการวิจัยที่พบจึงสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม ของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้อย่างแท้จริง ทั้งนี้เนื่องจาก 6 กิจกรรม ในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Michalak et al.

(2005) สามารถจัดกระทำกับปัจจัยทั้ง 3 ประการที่เป็นสาเหตุทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง อันได้แก่ ปัจจัยด้านการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ปัจจัยด้านการร่วมมือในการรับประทานยา และปัจจัยความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น

สำหรับผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดของ Marram (1978) พบว่า เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจในสิ่งที่ถูกต้อง ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเชื่อมั่นว่าต้องปฏิบัติตัวได้ โดยได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มเป็นหลัก นอกจากนี้ยังเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สนับสนุนทางด้านจิตใจซึ่งกันและกัน ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับศึกษาของ Soares et al. (1997) ที่ได้กล่าวไว้ว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มเข้ามามีส่วนร่วมทำให้เกิดความมั่นใจและมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

ดังนั้นสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการบำบัดโดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มจะมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง สามารถป้องกันและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นช่วยลดการกำเริบของอาการซึมเศร้าและอาการเมเนียที่เป็นต้นเหตุทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง ด้วยเหตุนี้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มจึงมีส่วนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งประกอบไปด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1. เนื่องจากการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในครั้งนี้ เป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในแผนกผู้ป่วยนอก มีการดำเนินกิจกรรมกลุ่มหลายครั้ง ทำให้ผู้ป่วยต้องเดินทางไปกลับเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจพบปัญหา เช่น การเดินทางที่มีระยะไกล มีข้อจำกัดในด้านเวลา อีกทั้งยังเป็นภาระญาติในการนำส่ง ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลที่จะนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มไปใช้ จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับนัดหมายโดยคำนึงถึงการตกลงใจ หรือความพร้อมของผู้ป่วยในกลุ่มเป็นหลัก ทั้งนี้เพื่อป้องกันการไม่มาตามนัดของผู้ป่วยในเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

1.2 ในการใช้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มนั้น เพื่อให้การดำเนินกลุ่มประสิทธิภาพการดำเนินกิจกรรมกลุ่มควรเป็นกลุ่มที่มีลักษณะของกลุ่มปิดซึ่งประกอบไปด้วยสมาชิกกลุ่มซึ่งเป็นคนเดิมตั้งแต่เริ่มดำเนินกิจกรรม จนถึงสิ้นสุดกิจกรรมตามโปรแกรม เนื่องจากการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างกันภายในกลุ่มอย่างต่อเนื่อง จนเกิดความไว้วางใจกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน อีกทั้งยังทำให้กลุ่มเกิดการพัฒนาการและนำไปสู่การแก้ไขปัญหา ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยเวลาและความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ดังนั้น หากมีสมาชิกใหม่เพิ่มเติมเข้ามาในกลุ่ม อาจเป็นการไปขัดขวางต่อพัฒนาการของกลุ่มได้

1.3 พยาบาลสามารถนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ไปใช้ในการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้ดีขึ้น มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนความ

คิดเห็นซึ่งกันและกันและแก้ปัญหาการเจ็บป่วยกันภายในกลุ่ม โดยพยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วซึ่งมีอาการซึมเศร้า และอาการเมเนียเป็นสำคัญ มีการฝึกทักษะจนเกิดความชำนาญในการใช้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.4 การนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มไปใช้ พยาบาลผู้ปฏิบัติการสอนจะต้องมีการเตรียมตนเองให้เกิดความพร้อมทั้งทางด้านความรู้และ ทักษะ จนสามารถสอนเนื้อหาความรู้ตามแผนการสอนอย่างครบถ้วน โดยใช้วิธีการสอนประกอบกับการใช้สื่อการสอนต่างๆ ที่จัดเตรียมขึ้นด้วยความชำนาญ นอกจากนี้ในระหว่างการสอนพยาบาลจะต้องมีการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย อีกทั้งต้องพยายามสร้างบรรยากาศที่ดีในการสอน และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มอย่างเหมาะสมและทั่วถึง จึงจะทำให้สามารถให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์

1.5 โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มที่นำไปใช้ พยาบาลผู้ปฏิบัติการสอน จะต้องมีการประเมินการสอนโดยให้ผู้ป่วยบันทึกปัญหาและแนวทางในการแก้ปัญหาด้วยตนเองจากบันทึกในสมุดบันทึกและทำการบ้าน ภายหลังจากได้รับความรู้และนำไปปฏิบัติจริงเพื่อเป็นการตรวจสอบคุณภาพการเรียนการสอนที่เกิดขึ้นว่า ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่กำหนดไว้ตามวัตถุประสงค์หรือไม่อย่างไร หากการสอนไม่บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้ พยาบาลผู้ปฏิบัติการสอนจะต้องกลับไปทบทวน

สาเหตุและดำเนินการปรับการแก้ไขให้เหมาะสม

2. ด้านการศึกษา

2.1 เนื่องจากการให้สุขภาพจิตศึกษาถือเป็นการบำบัดทางจิตรูปแบบหนึ่ง ดังนั้น จึงควรมีการสร้างหลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลจิตเวชในการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการอบรมเพื่อฝึกทักษะต่างๆ จากผู้เชี่ยวชาญในการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม และนำความรู้รวมทั้งทักษะที่ได้รับการพัฒนา ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นความเชี่ยวชาญ

2.2 ควรจัดหลักสูตรเนื้อหาวิชา เพื่อให้ให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับการยอมรับจากสังคม สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้โดยไม่เกิดปัญหารุนแรงตามมา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มพบว่าผู้ป่วยบางรายได้นำญาติมามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่มทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจกันเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากขึ้น ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรพัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตที่มีการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเนื่องจากบุคคลในครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญที่คอยให้การสนับสนุนช่วยเหลือดูแล และฟื้นฟูแก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2. หลังการทดลอง ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม เช่น

ติดตาม 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน หลังการทดลองเพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเกิดความยั่งยืน อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างดำเนินชีวิตประจำวันได้

3. ควรศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน และส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น และลดการกำเริบของโรค

เอกสารอ้างอิง

- นันทนา สุขสมนิรันดร. (2553). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาจิตวิทยา, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รณชัย คงสกนธ์. (2549). เครื่องมือที่ใช้ประเมิน Bipolar Disorder. ในวิชชัย ลิพพานาจ และสรยุทธ์ สิกนานนท์, *ตำราไบโพลาร์*, 343-360 กรุงเทพมหานคร: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- รัตนศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. (2552). *รายงานผลการปฏิบัติงานปีงบประมาณ 2548-2552*. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต

- กระทรวงสาธารณสุข.
 สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กรกุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล,
 วนิตา พุ่มไพศาลชัย,กรองกิต วงศ์สุวรรณ
 และ ราณี พรมานะจรัสกุล.(2540). *เปรียบเทียบ
 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก
 ชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่:
 โรงพยาบาลสวนปรุง.
- Colom, F.and Vieta, E.(2004).A perspective
 on the use of psychoeducation, cognitive-
 behavioral therapy and interpersonal therapy
 for bipolar patients. *Bipolar Disorder* 6,
 480-486.
- Dogan, S., and Sabanciogullari, S.(2003). The
 effects of patient education in lithium therapy
 on quality of life and compliance. *Archives
 of Psychiatric Nursing* 17(6), 270-275.
- Gazalle, F.K., Hallal, P.C., Andrezza, A.C. et al.,
 (2007). Manic symptoms and quality of life
 in bipolar disorder. *Psychiatric Research*
 153, 33-38.
- Gitlin, M., Swendsen, J., Heller, T., Hammen, C.
 (1995).Relapse and impairment in bipolar
 disorder. *American Journal of psychiatry*.
 152:1635-1640. Gonzalez-Pinto, A.,
 Gonzalez, C., Enjuto, S., Fernandez, B., Lopez, P.,
 Palomo, J., Gutierrez, M., Mosquera, J.,Perez,
 J.L. (2004). *Psychoeducation and cognitive-
 behavioral therapy in bipolar disorder :
 an update* 109, 83-90.
- Hirchfeld, R. A., Boeden, C.L., Giltin, M.L., Keck,
 P.E., Suppes, S., Thase, M. E. et al., (2002).
 Practice guideline for the treatment of patient
 with bipolar disorder, 2nd ed. In American
*Psychiatric Association. American Psychiatric
 Association Practice guideline for the
 treatment of Psychiatric Disorder*, Compen-
 dium. Washington, DC: American Psychiatric
 Association.
- Hosseini, S. H., Karkhanel, M. et al. (2009).
 Quality of Life and Global Functioning
 Among Chronic Type I Bipolar Disorder
 patients in Comparison With a General
 Population in Iran. *Asian Journal of Biological
 Sciences* 2(1), 29-34.
- Kahn, D.A. (1998). Mood disorder. In Cutler,
 J.L. and Marcus. E.R., eds, *Psychiatry*
 Philadelphia: W.B Saunders.
- Kongsakon, R., Thomyangkoon, P., Kanchana-
 tawan,B. and Janenawasin,S.(2008). Health-
 Realted Quality of Life in Thai bipolar
 disorder. *Journal Medical Association Thai*
 91(6), 913-918.
- Kupfer, D.J., Frank, E., Grochocinski, V.J., Cluss,
 P.A., Houck, P.R., Stapf, D.A. (2002).
 Demographic and clinical characteristics of
 individuals in bipolar disorder case registry.
J Clinical Psychiatry 63 (2), 120-125.
- Marram, G.D. (1978). *The group approach in
 nursing practice* (2nd ed.) St Louis: C.V.
 Mosby Comp.
- Maybery, D.J., Neale, Jason, Arentz, Alex and
 Jones-Ellis, Jenny. (2007). The Negative
 Event (Hassle) Scale: Measuring frequency
 and intensity of adult hassles. *Anxiety, Stress*

- & *Coping* 20 (2), 163 – 176.
- Michalak, E.E., Yatatham, L.N., Wan, D.D. et al. (2005). Perceived Quality of Life in patients with Bipolar Disorder. Does Group psycho-education have an Impact. *Can J psychiatry* 50 (2), 95-100.
- Morgan, V.A., Mitchel, P.B., Jablensky, A.V. (2005). The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian Nation Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Bipolar Disorder* 7(4), 326-37.
- Montgomery, S.A., Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 134: 382-9.
- Pope, M., Dudley, R. and Scott, J. (2007). Determinants of social functioning in bipolar disorder. *Bipolar Disorder* 9, 38-44.
- Robb, J.C., Young, L. T., Cooke, R. G., and Joffe, R. T. (1998). Gender differences in patients with bipolar disorder influence outcomes survey (SF-20) subscale scores. *J Affective Disord* 49, 189-193.
- Soares, J.J.F., Stintzing, C.P., Jackson, C., Skolding, B. (1997). Psychoeducation for patients with bipolar disorder. An exploratory study. *Nord J Psychiatry* 51, 439-446.
- Stuart, G.W. and Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* Missouri : Mosby.
- Suppes, T. and Dennehy, E.B. (2005). *Bipolar disorder: The latest assessment and treatment strategies*. Missouri: Compact clinical.
- WHOQOL Group. (1996). What quality of life. *World health forum*. 17 (Nov), 354-356.
- Young, R.C., Brigs, J.T., Ziegler, B.E and Mayer, D.A. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 133, 429-435.
- Zhang, H., Wisniewsk, S.R., Bauer, M.S., Sachs, G.S. and Thase, M.e. (2006). Comparisons of the perceived quality of life across clinical states in bipolar disorder : data from the 2000 Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) participants. *Comprehensive Psychiatry* 47 (7), 795-800.