

ผลของการสร้างเสริมการฟื้นฟูต่อการฟื้นฟู ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

กนกวรรณ บุญเสริม¹ พย.ม.

จินตนา ยูนิพันธุ์² Ph.D, อพย (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

ดวงตา กุลรัตน์ญาณ³ พย.ม, อพย.(การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์⁴ พ.บ.

บทคัดย่อ: การวิจัยกึ่งทดลองใช้รูปแบบเปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟู กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 66 คน คัดเลือกเข้ากลุ่มด้วยการจับคู่ด้านอายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วย และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟูแบบประเมินการฟื้นหายด้านสุขภาพจิตฉบับภาษาไทย แบบวัดการทำหน้าที่ แบบวัดอาการเมเนีย และแบบวัดอาการซึมเศร้า เครื่องมือทุกชุดผ่านการ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบประเมินการฟื้นหายด้านสุขภาพจิต เท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่ ผลการวิจัย: การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟู ($\bar{X}=101.09$, $SD=9.65$) สูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X}=76.48$, $SD=10.77$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=.05$ ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเพื่อสร้างเสริมการฟื้นหายในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในโรงพยาบาลจิตเวชและในการพัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คำสำคัญ: การฟื้นฟู การสร้างเสริมการฟื้นฟู โรคอารมณ์สองขั้ว พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง

¹ ผู้เข้าฝึกอบรมหลักสูตรพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปดฺร สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ผู้รับผิดชอบบทความ, Email: yuni_jintana.y@chula.ac.th.

³ อาจารย์พยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

⁴ อาจารย์จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

The Effect of Recovery Promotion on Recovery among Persons with Bipolar Disorder

Kanokwan Bunserm¹ MNS.

Jintana Yunibhand² PhD. (Nursing) Dip.PMHN

Doungta Kulrattanayan³ Dip.PMHN

Norawee Pumchan⁴ MD.

Abstract: This quasi-experimental research, the posttest-only design with nonequivalent groups, aimed to compare recovery of patients with bipolar disorder of the experimental group receiving the recovery promotion program and the control group receiving usual nursing care. Sixty-six patients with bipolar disorder, admitted in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, were matched paired by ages and illness durations, and then were randomly assigned into the experimental and the control groups. Research instruments comprised of Recovery Promotion Program; Global Assessment Function; Thai Young Mania rating scale; Montgomery Asberg Depression rating scale; and the Thai Mental Health Recovery scale. All scales were examined for content validity by the panel of 5 experts. The Cronbach's Alpha reliability of the Thai Mental Health Recovery scale was .86. The t-test was used in data analysis. The results showed that the recovery of patients with bipolar disorder receiving the recovery promotion program was significantly higher ($\bar{X}$ =101.09, SD =9.65 than those receiving usual nursing caring ($\bar{X}$ =76.48, SD =10.77) at the level of p =.05. It is suggested that the recovery promotion program could be used to improve the quality of mental health nursing service for persons with bipolar patients in psychiatric hospitals. The competencies of advanced practice nurse with the nursing care team should be developed.

Keyword: recovery, recovery promotion, bipolar disorder, advanced practice nurse

¹ Diploma Candidate, Thai Board of Advanced Practice in Psychiatric and Mental Health Nursing (Dip. APN), Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University; Corresponding author, Email: yuni_jintana.y@chula.ac.th.

³ Nursing preceptor, Somdet Chaopaya Institute of Psychiatry.

⁴ Psychiatric preceptor, Somdet Chaopaya Institute of Psychiatry.

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคอารมณ์สองขั้ว เป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่มีอารมณ์ผิดปกติ มี 2 ชนิด คือ อารมณ์ซึมเศร้าและอารมณ์คลุ้มคลั่ง ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานส่งผลต่อการคิด การพูด พฤติกรรม และสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผู้ป่วยอาจมีอาการเพียงด้านเดียวหรือสองด้านก็ได้ โดยต้องไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือผลจากยา¹ ส่งผลกระทบต่อบุคคลช่วงที่มีภาวะแมนีเซียสูงสุด ผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ทะเลาะวิวาท ก้าวร้าวรุนแรง ใช้จ่ายเงินฟุ่มเฟือย ตัดสินใจผิดพลาด ขับรถเร็ว สำส่อนทางเพศ และใช้สารเสพติด ช่วงที่มีภาวะซึมเศร้าต่ำสุดผู้ป่วยจะมีความคิดทำร้ายตนเอง เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ² ส่งผลต่อครอบครัว ชีวิตสมรส มีการหย่าร้างสูง ส่งผลต่อหน้าที่การงาน ญาติมีความเครียด รู้สึกเป็นภาระ สูญเสียค่าใช้จ่าย³ องค์การอนามัยโลกระบุว่า โรคอารมณ์สองขั้ว เป็นโรคที่ทำให้เกิดความสูญเสียเนื่องจากการเจ็บป่วย ความพิการ และภาวะทุพพลภาพ (Disability – adjusted life years) เป็นอันดับที่ 6 ของโลก⁴

การฟื้นฟู (recovery) สร้างขึ้นจากแบบจำลองของ Young & Ensing⁵ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การเอาชนะการติดอยู่กับความเจ็บป่วย (overcoming stuckness) เป็นระยะของการรับรู้และการยอมรับการเจ็บป่วย การมีความปรารถนาและแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง และการค้นหา หรือมีแหล่งความหวัง และแรงบันดาลใจ ระยะที่ 2 การฟื้นจากสิ่งที่หายไปและก้าวไปข้างหน้า (regaining what was lost and moving forward) เป็นระยะของการค้นหาและการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง การเรียนรู้และการผูกโยงตนเองกับค่านิยมใหม่ของตนเอง และการกลับสู่การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน และระยะที่

3 การพัฒนาคุณภาพชีวิต (improving quality of life) เป็นระยะของการสร้างเสริมความเป็นอยู่ที่ดี และการบรรลุศักยภาพในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันที่มากขึ้น⁶ การฟื้นฟูของบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้ว หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่แสดงออกถึงการมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเอง มีการเรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า มีความหวัง มีเป้าหมาย มีความพึงพอใจในชีวิต หรือมีความเชื่อว่าตนเองจะสามารถกลับมาดำเนินชีวิตและพึ่งพาตนเองได้ถึงแม้จะมีข้อจำกัดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วก็ตาม

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่ก่อให้เกิดการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว พบมีการใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัด⁶ แต่ยังขาดการวัดผลลัพธ์ที่ชัดเจน⁷ สำหรับประเทศไทย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีผู้ศึกษาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในกลุ่มผู้ป่วยใน พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นแต่ยังขาดในส่วนของการดูแลของญาติ⁸ มีโรงพยาบาลกลางวัน day hospital programs ฟื้นฟูการฟื้นฟูด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ยังขาดความเชื่อมต่อนระหว่างกลุ่มผู้ป่วยนอกและกลุ่มผู้ป่วยใน⁹ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ

การพยาบาลเพื่อสร้างเสริมการฟื้นฟู เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยใน เมื่ออาการสงบ พร้อมทั้งจะกลับไปสู่ชุมชนและรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง¹⁰ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง จึงมีการออกแบบระบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการฟื้นฟู โดยใช้กรอบทฤษฎี Schlotfeldt's Health Seeking Model (HSM)¹¹ มาใช้ในการอธิบายเหตุผลในการศึกษา

ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการฟื้นฟู มี 6 ด้าน คือ 1) ด้านความสามารถในการรู้คิด (cognition) คือ โรคอารมณ์สองขั้ว เกิดจากความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง มีผลต่อกระบวนการคิด การตัดสินใจแก้ไขปัญหา การแสดงออกทางอารมณ์ ส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น การบำบัดรักษาด้วยยากลุ่มควบคุมอารมณ์อย่างต่อเนื่อง เป็นการปรับสารเคมีของสมองและการทำงานของระบบประสาทส่วนการรู้คิดช่วยลดอาการและเพิ่มความสามารถในการกลับมาทำหน้าที่ส่งผลต่อการฟื้นฟู¹² 2) ด้านความร่วมมือในการรับประทานยา (medication adherence) เป็นตัวบ่งชี้สำคัญในการรักษา ความร่วมมือในการรับประทานยาช่วยลดอาการกำเริบของโรค ช่วยควบคุมอาการให้สงบและพร้อมที่จะเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคมนำไปสู่การฟื้นฟูและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹³ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรับรู้การยอมรับการเจ็บป่วยทัศนคติและความเชื่อของบุคคล¹⁴ 3) ด้านการนอนหลับ (sleep) คุณภาพการนอนมีผลต่ออาการและการทำหน้าที่ การนอนน้อยกระทบต่ออารมณ์ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การฟื้นฟูจะหยุดชะงัก วงจรการนอนที่เป็นปัญหามีผลต่อการเกิดอาการกำเริบของโรคได้¹⁵ 4) ด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (stressful life event) ผู้ป่วยที่มีความเครียดสูง การดูแลตนเองจะบกพร่อง การฟื้นฟูจะช้า¹⁶ การจัดการกับความเครียดได้ดี ส่งผลให้อาการป่วยหายเร็วขึ้นสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้¹⁷ 5) ด้านการสนับสนุนทางสังคม (social support) การสนับสนุนของครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกกับผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลในการป้องกันการเกิดอาการกำเริบและการ

กลับเป็นซ้ำของโรค ส่งผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย¹⁸ 6) ด้านการรับรู้ตราบาปในตนเอง (self-stigma) การรับรู้ตราบาปในตนเองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความภาคภูมิใจในตนเอง¹⁹ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมีผลต่อการดำเนินชีวิต การทำหน้าที่ต่อครอบครัวและสังคม²⁰ ส่งผลให้การฟื้นฟูช้า²¹

การวิจัยการสร้างเสริมการฟื้นฟูครั้งนี้เป็นการปฏิบัติการทางคลินิกของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในการออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วโดยการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟู ใช้กรอบทฤษฎีของ Schlotfeldt's Health Seeking Model (HSM)¹¹ ร่วมกับการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการฟื้นฟู 6 ด้าน ใช้การบำบัดแบบจิตสังคมซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น เชื่อว่าโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟูนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมนำไปสู่การฟื้นฟูได้ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จัดทำขึ้นใช้ตัวอย่างผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในประเทศไทย เพื่อเป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เพื่อก่อให้เกิดการฟื้นฟูของโรค ผู้ป่วยมีอาการสงบ สามารถกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัว ชุมชน สังคมได้อย่างปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นฟูระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟูกับกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบวัดผลหลังการทดลอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ไม่เท่าเทียมกัน (the posttest-only design with nonequivalent groups)²² กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว อายุ 18-60 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2561 - เดือนมีนาคม พ.ศ.2562 เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้ว ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 2) มีอาการสงบ ประเมินจากค่าคะแนน Thai Yung Mania Rating Scale (TYMRS) < 38 คะแนน และค่าคะแนน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) < 35 คะแนน 3) มีครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป พักอาศัยที่อยู่เดียวกัน 4) สามารถพูด อ่าน เขียน ฟังภาษาไทยได้เข้าใจ 5) ไม่มีความผิดปกติทางระบบประสาทและประสาทสัมผัสรับรู้ เช่น การมองเห็น การได้ยิน การพูด ไม่มีความพิการทางร่างกาย และความบกพร่องทางสติปัญญา 6) ไม่มีประวัติสารเสพติด และการเจ็บป่วยทางกายภายใน 1 ปี 7) ไม่ได้ถูกเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจากปัญหาติ่มสุรา และเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอาการกำเริบประเมินจากค่าคะแนน TYMRS > 38 คะแนน และหรือประเมินจากค่าคะแนน MADRS > 35 คะแนน 2) แพทย์เจ้าของไข้มีการปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) และ 3) ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล สมควรใจส่งต่อผู้ป่วยไปสถานที่อื่น เช่น สถานสงเคราะห์

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม²³ ตาม

เกณฑ์การคัดเข้าจากหอผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปทั้งหมด ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 8 หอผู้ป่วย ผู้วิจัยทำการตรวจสอบยอดรับใหม่จากทะเบียนรับใหม่ในหอผู้ป่วยจิตเวช เพื่อค้นหากลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า มีการแนะนำตนเองและผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของกิจกรรม การพิทักษ์สิทธิ การสอบถามความสมัครใจ การยินยอมเข้าร่วมโครงการฯ การลงลายมือชื่อกำกับในเอกสาร จากนั้นทำการจับคู่ (matched paired) กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อการฟื้นฟู²⁴ คือ 1) อายุเท่ากันหรือใกล้เคียงกัน 2) ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ 1-5 ปี, 6-10 ปี เหมือนกัน มีการจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นคู่ ด้วยวิธีการสุ่มแบบ random assignment จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน โดยการจับฉลากแบ่งเป็น 2 กลุ่มโดยไม่แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าตนเองอยู่กลุ่มใด (single blinded) เพื่อลดอคติที่อาจเกิดขึ้นและลดความแตกต่างในคุณลักษณะจากการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง²⁷ พบว่า กลุ่มทดลองจาก 35 คน เหลือ 33 คน เนื่องจากมีผู้ป่วย drop out 1 คู่ หลังจำหน่ายญาติส่งผู้ป่วยไปสถานสงเคราะห์ และกลุ่มควบคุมจาก 35 คน คงเหลือ 33 คน มีผู้ป่วย drop out 1 คู่ เนื่องจากแพทย์เจ้าของไข้ปรับแนวทางการรักษาเป็นการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 4 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟู (Recovery Promotion Program in patients with bipolar disorder) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎี Schlotfeldt's Health Seeking Model¹¹ ในการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยเชิงสาเหตุของการฟื้นฟู มี 6 ด้าน คือ 1) ความสามารถในการรู้คิด 2) ความ

ร่วมมือในการรับประทายยา 3) การนอนหลับ 4) ความเครียด 5) การสนับสนุนทางสังคม และ 6) การรับรู้ตราบาปในตนเอง การออกแบบโปรแกรมใช้แนวคิดการฟื้นฟู⁵ ดำเนินการโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติ การขึ้นสูงและทีมพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 ครั้ง ใช้เวลา 3 สัปดาห์ ได้แก่ สัมพันธภาพบำบัด²⁵ 6 ครั้ง จิตบำบัดแบบประคับประคอง²⁶ 3 ครั้ง และสุขภาพจิตศึกษา²⁷ 3 ครั้ง โปรแกรมผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขึ้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 3 คน มีค่า content validity index (CVI) เท่ากับ 1.0 จากนั้นนำไป try out กับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จำนวน 5 ราย ก่อนนำมาทดลองใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน คือ 2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2.2) แบบประเมินการฟื้นฟูด้านสุขภาพจิต ฉบับภาษาไทย (Thai Mental Health Recovery Measure-Thai-MHRM)²⁸ เครื่องมือแปลมาจากแบบวัด Mental Health Recovery Measure (MHRM) ที่พัฒนาจากการวิจัยแบบ grounded theory⁵ ผ่าน Rasch model มีข้อคำถาม 30 ข้อ²⁹ ครอบคลุมองค์ประกอบ 8 ประการ ได้แก่ การเอาชนะการติดอยู่กับความเจ็บป่วย การเสริมสร้างกำลังใจให้ตนเอง การเรียนรู้และนิยามตนเอง การทำกิจกรรมขั้นพื้นฐาน การมีสุขภาพที่ดีโดยรวม การสร้างศักยภาพใหม่ ด้านจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคมการพิทักษ์สิทธิ์ แบบวัด Thai-MHRM นำมาแปลด้วยวิธี Back translation โดยผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 2 ท่าน นำมาสังเคราะห์โดยอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 308 ราย ผ่านทดสอบ Cronbach α range = 0.68

- 0.86, the average total scores = 80 (SD=20) the internal reliability coefficient alpha total score = .93, one-week test-retest .92³² ผู้วิจัยนำเครื่องมือ try out กับกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จำนวน 30 ราย ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีค่า Cronbach's alpha Coefficient เท่ากับ .86 แบบวัดการฟื้นฟู มี 30 ข้อ มีมาตราส่วน 5 ระดับ คือ 0,1,2,3,4 คะแนนรวม เท่ากับ 120 คะแนน การฟื้นฟูมีจุดตัดคะแนนไม่ต่ำกว่า 60 คะแนน การแปลผลจากค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมแบ่งเป็นระดับ คือ 105.01-120 = ระดับสูงมาก, 75.01-105 = ระดับสูง, 45.01-75 = ระดับปานกลาง, 15.01- 45 = ระดับต่ำ, 0-15 = ระดับต่ำมาก และ ค่าคะแนนเฉลี่ยแยกรายด้านแบ่งเป็นระดับ คือ 14.01-16.0 = ระดับสูงมาก, 10.01-14.00 = ระดับสูง, 6.01-10.00 =ระดับปานกลาง, 2.01-6.00 = ระดับต่ำ,และ 0.00-2.00 = ระดับต่ำมาก

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบวัดการทำหน้าที่ (Global Assessment Function: GAF Scale) ฉบับภาษาไทย³⁰ แบบวัดมีค่าตั้งแต่ 0 - 100 คะแนน กำหนดเกณฑ์การวัดค่ามากกว่า 61 คะแนน

4. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มี 2 ส่วน คือ 4.1) แบบวัดอาการเมเนีย ฉบับภาษาไทย (Thai Yung Mania Rating Scale, TYMRS)³¹ ข้อคำถามมี 11 ข้อ มีมาตรวัดค่า 5 ระดับ คือ 0,1,2,3,4, แบบวัดผ่านการตรวจสอบมีค่า item coefficient > 0.6, ค่า interrater Pearson's correlation = .87, Cronbach's α = .89 4.2) แบบวัดอาการซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย (Montgomery Asberg Depression Rating Scale, MADRS)³² ข้อคำถามมี 10 ข้อ มีมาตรวัดค่า 7 ระดับ ตามคะแนน 0,1,2,3,4,5,6 วิเคราะห์

ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 60 คะแนน แบบวัดผ่านการทดสอบความถูกต้องเนื้อหา มีค่า 0.6 – 1.0 ระดับดีถึงดีมาก มีค่าความสอดคล้องภายใน 0.4 – 0.6 ค่า Cronbach's $\alpha > .80$

การดำเนินการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟู ดำเนินการโดยผู้ปฏิบัติการชั้นสูงและทีมพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 ครั้ง สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลด้วยการพยาบาลตามปกติตามแนวทางการพยาบาล

แบบผู้ป่วยใน ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ การรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลอง ผู้ช่วยวิจัยทำการวัดการฟื้นฟูหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ ด้วยเครื่องมือ Thai-MHRM โดยนัดผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เนื่องจากการฟื้นฟูเริ่มเมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบ กลับมาทำหน้าที่ได้ใช้เวลาอย่างน้อย 8 สัปดาห์³³ จากนั้นชี้แจงและยุติกลุ่ม

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

วัน/เวลา	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3
วันจันทร์ 09.00น.	TYMRS < 38 คะแนน MADRS < 35 คะแนน	TYMRS < 38 คะแนน MADRS < 35 คะแนน	TYMRS < 38 คะแนน MADRS < 35 คะแนน
วันอังคาร 09.00– 16.00น.	<u>ครั้งที่ 1</u> สัมพันธภาพบำบัด #1 “การสร้างสัมพันธภาพ” (APN)	<u>ครั้งที่ 5</u> สัมพันธภาพบำบัด #3 “การใคร่ครวญปัญหา” (APN)	<u>ครั้งที่ 9</u> สัมพันธภาพบำบัด #5 “การเสริมพลัง” (APN)
วันพุธ 10.00– 11.30น.	<u>ครั้งที่ 2</u> กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง #1 “การแลกเปลี่ยนประสบการณ์” (APN)	<u>ครั้งที่ 6</u> กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง #2 “การคิดบวก” (APN)	<u>ครั้งที่ 10</u> กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง #3 “การรับรู้ตราบาปตนเอง” (APN)
วันพฤหัสบดี 09.00– 16.00น.	<u>ครั้งที่ 3</u> สัมพันธภาพบำบัด #2 “การระบุปัญหาเฉพาะเจาะจง” (APN)	<u>ครั้งที่ 7</u> สัมพันธภาพบำบัด #4 “การเลือกวิธีแก้ปัญหา” (APN)	<u>ครั้งที่ 11</u> สัมพันธภาพบำบัด #6 “เตรียมยุติสัมพันธภาพ” (APN)
วันศุกร์ 10.00– 11.30น.	<u>ครั้งที่ 4</u> กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา #1 (กลุ่มผู้ป่วย) “โรคอารมณ์สองขั้ว” (RN)	<u>ครั้งที่ 8</u> กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา #2 (กลุ่มผู้ป่วย) “การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน” (RN)	<u>ครั้งที่ 12</u> สุขภาพจิตศึกษา #3 (รายครอบครัว) “การเตรียมครอบครัว” (RN)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุญาตดำเนินการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบัน จิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตามการอนุมัติเลขที่ 011/2562 โดยกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ดูแลในครอบครัว จะได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย และสิทธิ์ของกลุ่ม ตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงชื่อ ยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา กรณีที่ผู้ ป่วยยังไม่สามารถลงชื่อยินยอมการวิจัยได้ จะดำเนินการ ให้ผู้ป่วยลงชื่ออีกครั้งเมื่อผู้ป่วยพร้อม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สำหรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม ตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่า ความถี่และร้อยละ ส่วนการเปรียบเทียบการฟื้นหาย ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ใช้สถิติการ ทดสอบที (t - test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 66 คน เป็นกลุ่มทดลอง 33 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 69.7) อายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 33.3) สถานภาพโสด (ร้อยละ 51.5) การศึกษาระดับ ปริญญาตรี (ร้อยละ 42.4) ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 45.5) รายได้ระหว่าง 10,001-20,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 39.4) การรับประทานยาไม่ สม่าเสมอ (ร้อยละ 60.6) ระยะเวลาการเจ็บป่วย 6-10 ปี (ร้อยละ 63.6) มีบิดามารดาเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 57.6) ญาติมีความเครียดระดับสูง (ร้อยละ 60.6) สำหรับกลุ่มควบคุม 33 คน ส่วนใหญ่ เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 81.8) อายุ 21-30 ปี และอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 33.3) สถานภาพโสด (ร้อยละ 51.5) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 45.5) ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 30.3) ไม่มีราย ได้ (ร้อยละ 33.3) การรับประทานยาสม่ำเสมอ (ร้อย ละ 60.6) ระยะเวลาการเจ็บป่วย 6-10 ปี (ร้อยละ 54.5) มีบิดามารดาเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 36.4) และญาติมีความเครียดระดับสูง (ร้อยละ 69.7) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 66)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)		
	กลุ่มทดลอง (n=33)	กลุ่มควบคุม (n=33)	รวม (N=66)
เพศ			
หญิง	23 (69.7)	27 (81.8)	50 (75.8)
ชาย	10 (30.3)	6 (18.2)	16 (24.2)
อายุ			
≤ 20 ปี	2 (6.1)	1 (3.0)	3 (4.5)
21-30 ปี	7 (21.2)	11 (33.3)	18 (27.3)
31-40 ปี	7 (21.2)	5 (15.2)	12 (18.2)
41-50 ปี	11 (33.3)	11 (33.3)	22 (33.3)
51-60 ปี	6 (18.2)	5 (15.2)	11 (16.7)
สถานภาพการสมรส			
โสด	17 (51.5)	17 (51.5)	34 (51.5)
คู่	10 (30.3)	13 (39.4)	23 (34.8)
หม้าย/หย่าร้าง	6 (18.2)	2 (6.1)	8 (12.1)
แยกกันอยู่	-	1 (3.0)	1 (1.5)
การศึกษา			
ประถมศึกษา	3 (9.1)	4 (12.1)	7 (10.6)
มัธยมศึกษา	11 (33.3)	9 (27.3)	20 (30.3)
อนุปริญญา/ ปวส	2 (6.1)	2 (6.1)	4 (6.1)
ปริญญาตรี	14 (42.4)	15 (45.5)	29 (43.9)
สูงกว่าปริญญาตรี	3 (9.1)	3 (9.1)	6 (9.1)
อาชีพ			
รับจ้าง	4 (12.1)	4 (12.1)	8 (12.1)
พนักงานบริษัท	4 (12.1)	4 (12.1)	8 (12.1)
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	15 (45.5)	10 (30.3)	25 (37.9)
รับราชการ	2 (6.1)	3 (9.1)	5 (7.6)
แม่บ้าน/นักศึกษา	3 (9.1)	4 (12.1)	7 (10.6)
ว่างงาน	5 (15.2)	6 (18.2)	11 (16.7)

2. ผลการศึกษาเปรียบเทียบการฟื้นฟูระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูระหว่างกลุ่มทดลองคือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟู กับกลุ่มควบคุมคือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ได้รับการ

ดูแลตามปกติ จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูโดยรวมของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 101.09$, $SD = 9.650$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 76.48$, $SD = 10.771$) และผลการทดสอบด้วยสถิติที พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการฟื้นฟูหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติการทดสอบที (N=66)

การฟื้นฟู	หลังเข้าร่วมโปรแกรม		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD			
กลุ่มทดลอง (n = 33)	101.09	9.650	32	9.599	.000
กลุ่มควบคุม (n = 33)	76.48	10.771	32		

เมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แม้จะพบว่าอยู่ในระดับสูงทั้งสองกลุ่ม แต่พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูโดยรวม ($\bar{X} = 101.09$, $SD = 9.650$) สูงกว่า กลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 76.48$, $SD = 10.771$) และเมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูเป็นรายด้านพบความแตกต่างกัน คือ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูรายด้านในระดับที่ดีกว่าหรือสูงกว่ากลุ่ม

ควบคุมถึง 5 ด้าน โดยเฉพาะในด้านการเรียนรู้และนิยามตนเอง และด้านจิตวิญญาณ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูอยู่ในระดับสูงมาก ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการมีสุขภาพที่ดีโดยรวม ด้านการทากิจกรรมขั้นพื้นฐาน และด้านการเสริมสร้างกำลังใจให้ตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูอยู่ในระดับสูง ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการฟื้นฟูหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกเป็นรายด้าน เรียงลำดับตามด้านที่มีค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูมากที่สุด ตามลำดับ (N=66)

การฟื้นฟูรายด้าน	กลุ่มทดลอง (n=33)		การแปลผล	กลุ่มควบคุม (n=33)		การแปลผล
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD	
ด้านการเรียนรู้และนิยามตนเอง	14.030	1.960	สูงมาก	10.697	2.417	สูง
ด้านจิตวิญญาณ	14.010	1.900	สูงมาก	10.545	2.404	สูง
ด้านการมีสุขภาพที่ดีโดยรวม	13.787	1.576	สูง	9.787	2.781	ปานกลาง
ด้านการเอาชนะการติดอยู่กับความเจ็บป่วย	13.727	2.080	สูง	10.424	2.773	สูง

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการฟื้นฟูหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกเป็นรายด้าน เรียงลำดับตามด้านที่มีค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูมากที่สุด ตามลำดับ (N=66)

การฟื้นฟูรายด้าน	กลุ่มทดลอง (n=33)		การแปลผล	กลุ่มควบคุม (n=33)		การแปลผล
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD	
ด้านการสร้างศักยภาพใหม่	13.545	1.697	สูง	10.090	2.337	สูง
ด้านการสนับสนุนทางสังคมและการพิทักษ์สิทธิ	13.484	1.804	สูง	10.060	2.436	สูง
ด้านการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐาน	13.000	1.677	สูง	9.333	2.458	ปานกลาง
ด้านการเสริมสร้างกำลังใจให้ตนเอง	12.666	2.313	สูง	9.666	2.087	ปานกลาง
การฟื้นฟูรวมทุกด้าน	101.09	9.650	สูง	76.48	10.771	สูง

อภิปรายผล

ผลการศึกษา ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟู มีระดับของการฟื้นฟูโดยภาพรวม สูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษา สนับสนุนสมมติฐาน คือ การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟู สูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟูที่มีการดำเนินการโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงและทีมพยาบาลวิชาชีพ ที่ให้การบำบัดแบบจิตสังคม สามารถจัดกระทำกับปัจจัยเชิงสาเหตุทำให้การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ได้แก่ 1) ความสามารถในการรู้จักคิด 2) ความร่วมมือในการรับประทานยา 3) การนอนหลับ 4) ความเครียด 5) การสนับสนุนทางสังคม และ 6) การรับรู้ตรวบาปในตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงความคิดและพัฒนาตนเองนำไปสู่การฟื้นฟูโดยภาพรวมได้

สำหรับการฟื้นฟู ด้านการเรียนรู้และนิยามตนเอง (learning and self-redefinition) พบว่า ค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X}=14.030$, $SD = 1.960$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=10.697$, $SD = 2.417$) อาจเป็นผลจากการที่กลุ่มทดลองได้รับสัมพันธภาพบำบัดทำให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง ร่วมกับการได้รับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดการฟื้นฟูสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า “เมื่อก่อนคิดว่าตนเองเป็นโรคซึมเศร้า ตอนนี้อยู่แล้วว่าเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว รู้จักตัวเองมากขึ้น พร้อมทั้งจะรับมือกับมัน” สอดคล้องกับการฟื้นฟู ด้านจิตวิญญาณ (spirituality) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X}=14.010$, $SD = 1.900$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}= 10.545$, $SD = 2.404$) เป็นผลจากกลุ่มทดลองได้รับสัมพันธภาพบำบัด กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง มีการแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ในการเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางความคิดความเชื่อในทางที่ถูกต้อง ทำให้เกิดการฟื้นฟูสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า “ป่วยมา 3 ปี กินยามาตลอด คิดว่าหายแล้ว ใครถามบอกว่า เป็นโรคมะเร็ง ตอนนี้ฉันเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว มีช่วงบวกกับช่วงลบ”

การฟื้นฟู ด้านการมีสุขภาวะที่ดีโดยรวม (overall well-being) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=13.787$, $SD=1.576$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=9.787$, $SD=2.781$) ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการที่กลุ่มทดลองได้รับสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ในตนเอง ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า “นาฬิกาชีวิต ทุกคนมีเวลา 24 ชั่วโมงเหมือนกัน โรคอารมณ์สองขั้วที่เป็นอยู่ทำให้วงจรชีวิตเปลี่ยนไป คือกิน นอน พักผ่อน ทำงานไม่เป็นเวลา พอฉันทดลองทำดู ตอนอยู่โรงพยาบาลทุกคนบอกว่าฉันเปลี่ยนไป ลูกมาเยี่ยม บอกแม่คนก่อนหายไปไหน ผมได้แม่คนใหม่กลับมาบ้าน”

การฟื้นฟู ด้านการเอาชนะการติดอยู่กับความเจ็บป่วย (overcoming stuckness) พบว่า ค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=13.727$, $SD=2.080$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X}=10.424$, $SD=2.773$) อยู่ในระดับสูงเท่ากัน อาจเนื่องจากการฟื้นฟูด้านนี้ เป็นตัวชี้วัดสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ดังนั้น การที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟู จึงทำให้เกิดกระบวนการฟื้นฟูจากความเจ็บป่วยเช่นกัน ดังคำกล่าวของผู้ป่วยกลุ่มทดลองเล่าว่า “ก้าวข้ามความกลัว ป่วยแล้วกลัวลูกไม่ยอมรับเป็นพ่อ ป่วยแล้วกลับไปทำงานไม่ได้ เคยมีเมียต้องเลิกกัน ไม่กล้าเริ่มต้นใหม่ หลังเข้ากลุ่มความกลัวหายไป ชีวิตไม่มีคำว่าสายสำหรับการเริ่มต้น”

การฟื้นฟู ด้านการสร้างศักยภาพใหม่ (new potentials) พบว่า ค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูทั้งกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=13.545$, $SD=1.697$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X}=10.090$, $SD=2.337$) อยู่ในระดับสูงเท่ากัน สอดคล้องกับ การฟื้นฟู ด้านการสนับสนุนทางสังคมและการพิทักษ์สิทธิ (advocacy/enrichment) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูทั้งกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=13.484$, $SD=1.804$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X}=10.060$, $SD=2.436$) อยู่ในระดับสูงเท่ากัน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการฟื้นฟูด้านนี้เป็นตัวชี้วัดสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ดังนั้น การที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟู จึงทำให้เกิดกระบวนการฟื้นฟูจากความเจ็บป่วยเช่นกัน จึงมีค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูที่อยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน

สำหรับ การฟื้นฟู ด้านการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐาน (basic functioning) พบว่า ค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=13.000$, $SD=1.677$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=9.333$, $SD=2.458$) สอดคล้องกับการฟื้นฟู ด้านการเสริมสร้างกำลังใจให้ตนเอง (self-empowerment) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=12.666$, $SD=2.313$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=9.666$, $SD=2.087$) อาจเป็นผลมาจากกลุ่มทดลองได้รับสัมพันธภาพบำบัด ทำให้เกิดการฟื้นฟูสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังผู้ป่วยเล่าว่า “เมื่อก่อนคิดว่าคนในบ้านไม่รัก อยากให้อยู่โรงพยาบาลนานเหมือนทุกครั้งที่ผ่านมา แต่ครั้งนี้ การเข้ากลุ่มช่วยให้ฉันคิดว่า ไม่มีใครในโลกนี้ที่จะรักเรา เท่ากับรักต้องรักตัวเองก่อน กินยาและหาหมอมตามนัด จัดการกับอารมณ์ตัวเองได้ ยืนด้วยขาหาเงินเลี้ยง

ตัวเองพึ่งพาตัวเองได้”

โปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟูครั้งนี้ ทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว มีการจัดการกับตนเอง เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการกำเริบ และการพัฒนาทักษะ การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การนอน และในขณะเดียวกันผู้ป่วยยังมีความรู้เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้และยอมรับการเจ็บป่วย เกิดความตระหนักและกระตือรือร้นที่จะดูแลตนเอง สามารถสังเกตอาการเตือนก่อนมีอาการกำเริบได้ การเพิ่มความรู้ก่อให้เกิดทักษะในการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ที่สร้างสรรค์ สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ คราวและคณะ⁶ ที่ได้ศึกษาโปรแกรมจิตสังคมบำบัดในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเมื่อได้รับความรู้เรื่อง การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และการนอน จะสามารถปฏิบัติตัวและดูแลตนเองได้ ส่งผลให้มีการฟื้นฟู หลังผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟู ที่มีการบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม การเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีเป้าหมายเพื่อการสร้างความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับผลกระทบของโรคที่มีต่อการฟื้นฟู พฤติกรรมที่เกิดขึ้นในกระบวนการกลุ่ม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปฏิสัมพันธ์กัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเกิดการสนับสนุนด้านจิตใจซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาตนเองให้เกิดการฟื้นฟูหรืออาการของโรคดีขึ้น นอกจากนี้ ผลโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มยังส่งผล ให้ผู้ป่วยได้รับความรู้

เกี่ยวกับยารักษาโรคอารมณ์สองขั้ว แนวทางการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย มีทักษะการจัดยาที่ถูกต้องครบถ้วน เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญในการรักษาด้วยยา สามารถจัดการกับปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาต่อเนื่อง และดูแลตนเองเมื่อเกิดจากผลข้างเคียงจากยาเบื้องต้นได้ ตลอดจนเกิดทัศนคติที่ดีและเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา อันเป็นการช่วยป้องกันและลดการกำเริบของอาการเมเนีย และอาการซึมเศร้าที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการฟื้นฟู สอดคล้องกับการศึกษาของสันติชัย³⁴ ที่ศึกษาโปรแกรมจิตบำบัดแบบมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องยา อาการข้างเคียงจากยา และแนวทางการรับประทานยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีและเกิดความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น ลดอาการและกลับเป็นซ้ำ การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งผลต่อการฟื้นฟูในการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม หรือญาติผู้ดูแล ในการดำเนินกิจกรรม พบว่าญาติให้ความสำคัญในการร่วมกิจกรรมกับโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเกิดการฟื้นฟู การเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง จึงทำได้ในรายครอบครัวส่วนรายกลุ่มไม่สามารถทำได้ เนื่องจากญาติต้องประกอบอาชีพการงาน การมาพบแพทย์โรงพยาบาล หรือเยี่ยมผู้ป่วย จึงไม่สามารถกำหนดระยะเวลา หรือกิจกรรมที่ตรงกันได้ ซึ่งสามารถนำไปเป็นโอกาสพัฒนาโปรแกรมต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟูไปใช้ในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน

ในระบบการดูแลทางคลินิก โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการ
ชั้นสูงร่วมกับทีมพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเกิดผลลัพธ์ที่มี
ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ด้านการศึกษาวิจัย ควรสนับสนุนให้มีการ
ศึกษาการนำใช้และศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการ
ส่งเสริมการฟื้นฟูในภาพรวมของประเทศไทย โดย
การศึกษาการใช้โปรแกรมนี้สำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์
สองขั้วในระบบการดูแลของโรงพยาบาลจิตเวชทุก
แห่ง สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดย
เชื่อมโยงการดูแลในแผนกผู้ป่วยในทุกรายสู่การดูแล
ผู้ป่วยนอกและในชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)**. 5th ed. Washington DC: APA;2013.
2. Perese EF. **Psychiatric advanced practice nursing: a bio-psychosocial foundation for practice**. 1sted. USA: Davis;2012.
3. Sajatovic M. Bipolar disorder: disease burden. **Am J Manage Care** 2005;11(3):S80-84.
4. Kessler RC, Ustun TB. **The WHO world mental health surveys global perspective on the epidemiology of mental disorder**. 1sted. New York: Cambridge University Press;2008.
5. Young SL, Ensing DS. Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. **Psychiatric Rehabilitation Journal** 1999; 22(3):219-31.
6. Crowe M, Whitehead L, Wilson L, Carlyle D, O'Brien A, Inder M, et al. Disorder-specific psychosocial intervention for bipolar disorder – A systematic review of the evidence for mental health nursing practice. **International Journal of Nursing Studied** 2010;47:896-908.
7. Panupisuth P, Puangladda S, Tachapisitpong A, Budsuwan P. The effectiveness of recovery oriented programs on hope and quality of life for person with serious mental illness: A systematic review. **The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health** 2016;30(1):34-51. (In Thai)
8. Tanabodee-Tummajaree P, Khomchai B. The effect of group psycho-education on quality of life inpatient with bipolar disorder inpatient department. **The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health** 2013;27(1):62-78. (In Thai)
9. Pumjan N. Quality of life in schizophrenia and caregiver: case study a day hospital program in Somdet Chaopaya Institute of psychiatry. **Journal of Mental Health of Thailand** 2005;13(3)146-56. (In Thai)
10. Boyd MA. Bipolar disorders management of mood lability. In: Boyd MA, editor. **Psychiatric nursing: Contemporary practice**. 5thed. China: Lippincott Williams & Wilkins;2012:426-48.
11. Glazer GL, Pressler JL. Schlotfeldt's Health Seeking Nursing Model. In: Fitzpatrick JJ, Whall AL, editors. **Conceptual models of nursing: Analysis and application**. 2nd ed. East Norwalk, USA: Division of Prentice Hall;1989:241-53.
12. Gruber SA, Rosso IM, Yurgelun-Todd D. Neuropsychological performance predicts clinical Recovery in bipolar patients. **Journal Affective Disorder** 2008;105:253-60.
13. Crowe M, Wilson L, Inder M. Patients reports of the factors influencing Medication Adherence in Bipolar disorder an integrative review of the literature. **International Journal of Nursing Studies** 2011;48(2011):894-903.

14. Sylvia LG, Reilly-Harrington NA, Leon AC, Kansky CI, Calabrese JR, Bowden CL, et al. Medication adherence in a comparative effectiveness trial for Bipolar disorder. **Acta Psychiatry Scand** 2014;129 (2014):359-65.
15. Cretu JB, Culver JL, Goffin KC, Shah S, Ketter TA. Sleep residual mood symptoms, and time to relapse in recovered patients with bipolar disorder. **Journal of Affective Disorder** 2016;190(2016):162-66.
16. Rapport D, Lynch D, McGrady A, Kaplish D, McGinnis R, Whearty K. Psychosocial factor and comorbidity associated with recovery in bipolar disorder. **Journal of Depression Therapy** 2016;1 (1):11-7.
17. Yan-Meier L, Eberhart NK, Hammen CL, Gitlin M, Sokolski K, Altshuler L. Stressful life events predict delayed functional recovery following treatment for mania in bipolar disorder. **Psychiatry Research** 2011;186(2011):267-71.
18. Studart PM, Filho SB, Studart AB, Almeida AG, Miranda-Scippa A. Social support and bipolar disorder. **Arch Clin Psychiatry** 2015;2(4):95-9.
19. Kerdpong bunchote C, Punyayong B, Wong-Anuchit C. Internalized stigma of psychiatric patients. **Journal of Mental Health of Thailand** 2015;23(1):25-37. (In Thai).
20. Cerit C, Filizer A, Tural U, Tufan AE. Stigma: A core factor on predicting functionality in bipolar disorder. **Comprehensive Psychiatry** 2012;53 (2012):484-89.
21. Hawke LD, Parikh SV, Michalak EE. Stigma and Bipolar disorder: A review of the Literature. **Journal of Affective Disorder** 2013;150(2013):181-91.
22. Shadis WR, Cook TD, Campbell DT. **Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference**. USA: Houghton Mifflin;2002.
23. Polit DF, Hungler BP. **Nursing research: Principles and methods**. 6thed. New York: Lippincott Company; 1999.
24. Wingo AP, Baldessarini RJ, Holtzheimer PE, Harvey PD. Factors associated with functional recovery in bipolar disorder patient. **Bipolar disorder** 2010;12 (3):319-29.
25. Yunipan J. **Nursing for health: Concept and case study**. 1st ed. Bangkok: Pree-One; 2008.
26. Yalom ID, Leszcz M. **The theory and practice of group psychotherapy**. 5thed. New York: NY: Basic Books;2005.
27. Anderson CM, Hogerty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenia patients: Psychoeducational approach. **Schizophrenia Bulletin** 1980;6(3):490-505.
28. Vorapatraton N. **Predicting factors of Recovery among Persons with Major Disorder**. Doctor of Philosophy Program in Nursing Science, Chulalongkorn University: Bangkok;2017.
29. Bullock WA. **The Mental Health Recovery Measure (MHRM): Updated normative data and psychometric properties**. Ohio: University of Toledo, Toledo;2009.
30. Wanasavak K. Medical record and document. In Sitirak N. et al. 2nd ed. **Jithavetsirirat DSM-5**. Bangkok: Prayousanthai;2014:675-93. (In Thai).
31. Kongsakon R, Bhatanaprabhabhan D. Validity and reliability of the young mania rating scale: Thai version. **J Med Assoc Thai** 2005;88(11):1598-604. (In Thai).
32. Kongsakon R, Zartrungpak S, Rojananirukit A, Buranapichet U. The reliability and validity of the Thai version of Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). **Journal of the Psychiatric Association of Thailand** 2005;48(4):211-19. (In Thai).

33. Sylvia LG, Thase ME, Reilly-Harrington NA, Salcedo S, Brody B, Kinrys G, et al. Psychotherapy use in bipolar disorder: Association with functioning and illness severity. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry** 2015;49(5):453-61.
34. Chamchitchun S. Structured group psychotherapy program for bipolar disorder. **Journal of Mental Health of Thailand** 2008;16(3):157-165. (In Thai).