

ผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคอารมณ์สองขั้ว*

The Effects of Solution-Focused Therapeutic Program on Quality of Life in Bipolar Disorder Patients

สกุลรัตน์ เรืองอุไร**

ดร. ชนัดดา แบบเกษร***

ดร. จินห์จุฬา ชัยเสนา ดาลลาส****

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่สำคัญ คือ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการรักษาด้วยยา ร่วมกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตจากแนวคิดการบำบัดแบบรวบรัดที่เน้นการหาทางออกของ เดอ เซสเซอร์ (De Zhaser, 1988) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีการปรับเปลี่ยนมุมมองในการดูแลสุขภาพเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 20 คน กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกจำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะอารมณ์เมเนีย และแบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์

ข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสถิติทดสอบค่าที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที กับระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการบำบัดที่เน้นการหาทางออก สามารถเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในผู้เป็นโรคอารมณ์สองขั้ว พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถประยุกต์ใช้รูปแบบของการบำบัดที่เน้นการหาทางออกนี้ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นต่อไป

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Abstract

The important care for patients with bipolar disorder is to prevent relapse by taking medication. This Solution-Focused Therapeutic program is modified from Solution-Focused Brief Therapy developed by De Zhaser (1988). This program would help the patients reframe their self-care viewpoints and promote quality of life. The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effects of solution-focused therapeutic program on quality of life in bipolar disorder patients. Twenty bipolar disorder patients who met inclusion criteria were recruited and randomly assigned into either the experimental group (n =10) or the control group (n =10). The experimental group received the program for 6 sessions, 1 session per week. It took about 60-90 minutes for each session. The control group received routine nursing care. The Quality of life Inventory was used to collect data at pre-post test and 1 month follow-up.

Descriptive statistics, independent t-test, two-way repeated measure ANOVA and pairwise comparisons using Bonferroni method were employed to analyze the data. The results of the study showed that the mean scores of quality of life between the experimental and the control groups at post-test and 1 month follow-up were significantly different ($p < .01$). In the experiment group, the mean scores of quality of life at pre-test, post-test and 1 month follow-up were significantly different ($p < .01$). But, there was no significant difference between the 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. Therefore, nurses and health professions could apply this therapeutic program to improve quality of life in these patients and other chronic disease patients.

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) เป็นความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในระบบสุขภาพ องค์การอนามัยโลกได้จัดผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรค ที่ทำให้เกิดความพิการสูงเป็นอันดับ 6 (Woods, 2000) ความชุกของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วคิดเป็นร้อยละ 2.8-6.5 ของประชากรทั่วโลก ซึ่งโรคนี้มีช่วงเวลาของการเจ็บป่วยทางอารมณ์เด่นๆ 2 ระยะ ได้แก่ ระยะเมเนีย (Manic episode) และระยะซึมเศร้า (Depressive episode) อารมณ์ที่ผิดปกติต่างๆ นี้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ได้แก่ ความคิด คำพูด จิตใจ การเคลื่อนไหว และกิจกรรมทางสรีรวิทยาที่ต้องดำเนินไปอย่างอัตโนมัติ (Vegetative function) ซึ่งได้แก่ การนอน การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพ

อนามัย ความสัมพันธ์กับผู้อื่นและหน้าที่การงาน (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) ซึ่งล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งสิ้น (Vornik and Hirschfeld, 2005) ข้อมูลจากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในปีพ.ศ. 2554-2556 พบว่ามีผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมารับการรักษาเพิ่มมากขึ้นเท่ากับ 13,555, 32,142 และ 52,852 คนตามลำดับ สอดคล้องกับสถิติแผนกผู้ป่วยนอกงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติในปี พ.ศ. 2555-2557 มีผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมารับการรักษา 285,485 และ 504 คน ตามลำดับ

โรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางอารมณ์ในขณะที่ยังคงความรู้สึกตัว การรับรู้และเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยยังปกติดี เป็นโรคเรื้อรัง

ที่การรักษาให้หายขาดยากและโอกาสในการกลับเป็นซ้ำสูง ความผิดปกติทางอารมณ์ทั้งภาวะเมเนียและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลง มีความบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่การงาน ขาดความเข้าใจต่อสภาพความเป็นจริง รวมทั้งสูญเสียความสัมพันธ์ทางสังคม และอาจมีความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว จนเกิดการทะเลาะวิวาท ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่า และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ผู้ป่วยจะรู้สึกทุกข์ทรมานเป็นอย่างมากเมื่ออาการสงบและสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ และอาการของโรคยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยด้วยเนื่องจากต้องมารับภาระในการดูแลผู้ป่วยต่อและช่วยชดเชยค่าเสียหายที่เกิดขึ้นแทนผู้ป่วย เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นตราบาปในใจ รู้สึกเป็นตัวปัญหาในครอบครัว และใช้ชีวิตประจำในสังคมอย่างมีความสุข คุณภาพชีวิตลดลง จากการศึกษาค้นคว้าในประเทศพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการเมเนียจะมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนทั่วไป (Singh et al., 2005) และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา สุขสมนรินทร์ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นการรับรู้ที่มีต่อความผาสุก ความพึงพอใจในเรื่องสุขภาพ กิจกรรมในชีวิต ความเครียด เป้าหมายของชีวิต และเป็นนิมโนทัศน์หลายมิติที่ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (The WHO group, 1994) จากการศึกษาพบว่าโรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ดังนี้ 1) ด้านร่างกายมีผลต่อวงจรนาฬิกาชีวภาพ (Circadian rhythm) โดยในระยะซึมเศร้าจะเกิดปัญหาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไป ส่วนในระยะเมเนียจะมีความต้องการในการนอนน้อย ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ (Gazalle et al., 2007) 2) ด้านจิตใจพบว่า ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ มองคุณค่าในตนเองต่ำลง (Cohen et al., 2004) ทำให้การทำหน้าที่ของระบบการรู้คิดเสื่อมลง มั่นใจตนเองสูง มีความหลากหลายเปลี่ยนแปลงความคิดรวดเร็ว 3) ด้านสังคมพบว่า ไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธและแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง หรือหงุดหงิด

ง่ายเกิดความขัดแย้งกับบุคคลอื่น สัมพันธภาพทางสังคมและครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ ครอบครัวมีความขัดแย้งและหย่าร้างสูงกว่าประชากรทั่วไป (Hirschfeld et al., 2002) 4) ด้านสิ่งแวดล้อม อาการซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจที่จะริเริ่มงานใหม่ ขาดความสนใจในสิ่งรอบตัวและการรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ จึงทำกิจกรรมต่างๆ ขาดการยับยั้งชั่งใจ ใช้จ่ายฟุ่มเฟือยจนทำให้เกิดหนี้สิน จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน (Michalak, et.al., 2005) 2) ปัจจัยด้านความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น และ 3) ปัจจัยด้านความร่วมมือในการรับปรึกษา (Hosseini, et. al., 2009)

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจะประกอบด้วยวิธีการหลายๆ อย่าง โดยแบ่งการรักษาตามระยะอาการของผู้ป่วยเป็น 3 ระยะคือ 1) การรักษาระยะเฉียบพลัน (Acute phase) 2) การรักษาระยะต่อเนื่อง (Continuation phase) และ 3) การรักษาระยะยาว (Maintenance หรือ Prophylactic Treatment) การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะที่ 1 คือระยะที่มีอาการกำเริบจะใช้เวลาในการรักษาประมาณ 2-8 สัปดาห์ (ธวัชชัย ลิขิตานาจ, 2551) โดยจะรักษาด้วยยาเป็นหลักเพื่อบรรเทาอาการและลดภาวะคุกคามให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลง เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่การดูแลของครอบครัวและชุมชนถือว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะที่ 2 คือ ระยะรักษาอาการต่อเนื่อง ในระยะนี้ยังต้องรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอารมณ์ให้คงที่ไม่ให้มีอาการกำเริบซ้ำร่วมกับการรักษาจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม ระยะที่ 3 คือ 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) เป็นวิธีการบำบัดอีกวิธีหนึ่งที่น่าสนใจ ที่จะนำมาใช้บำบัด

เพื่อหาทางออกของปัญหาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระยะการรักษาระดับที่ 2 และ 3

โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกได้พัฒนาตามแนวคิดของ เดอ เซสเซอร์ เป็นแนวคิดการบำบัดที่เน้นการหาทางออกที่รวบรวม (De Zhaser, 1988 อ้างถึงใน สายใจ พัวพันธ์, 2548) จุดเด่นที่สำคัญของการบำบัด คือ เป็นโปรแกรมการบำบัดที่ใช้เวลาที่สั้นในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยมุ่งเน้นสิ่งที่ผู้ป่วยได้บอกเล่าถึงความรู้สึกที่ยังไม่ดีกับตนเอง ค้นหาศักยภาพและทรัพยากรที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและนำไปสู่การทดลองทำแบบใหม่ที่แตกต่างออกไปโดยไม่กลับไปแก้ไขเรื่องในอดีต โดยส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาศักยภาพและทรัพยากรของผู้ป่วยเพื่อสร้างกรอบแนวคิดใหม่ร่วมกับการกำหนดเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการให้เกิดขึ้นกับตนเอง สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยทดลองทำแบบใหม่ในสถานการณ์ที่เป็นจริง และชี้ชวนให้ผู้ผู้ป่วยสังเกตผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากลองมือทำแบบใหม่เมื่อเกิดผลลัพธ์ที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการหาทางออกของปัญหาในอนาคต ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกมาใช้บำบัดกับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดนี้ไม่เน้นค้นหาปัญหาจากอาการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ผ่านมา แต่มุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยได้ค้นหาศักยภาพของตนเองปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดในการจัดการกับปัญหาและให้ผู้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติจริงกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วยซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ สามารถปรับเปลี่ยนมุมมองในการดูแลตนเอง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีการบำบัดทางจิตในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีหลากหลายวิธี ซึ่งการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกยังไม่มีผู้นำมาทดลองใช้ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

สมมติฐานของการวิจัย

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

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าผลของการใช้การบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ เดอ เซสเซอร์ เป็นแนวคิดที่เน้นการหาทางออกแบบรวบรวม โดยมีเทคนิคที่ใช้เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อเน้นการหาทางออกดังนี้ 1) การทำให้เป็นเรื่องธรรมดา (Normalizing) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าประสบการณ์ของเขาเป็นเรื่องธรรมดา ไม่แตกต่างจากบุคคลอื่นๆ ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยได้ 2) การพัฒนากรอบความคิดใหม่ (Reframing) หรือการนึกคิดเชิงบวก (Positive regard) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีกรอบแนวคิดทางบวกด้วยการเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายอื่นๆ ซึ่งสาเหตุการเกิดโรคไม่เหมือนกันเท่านั้น 3) การใช้คำชมเชย (Compliments) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการที่จะค้นหาทางออกและลงมือทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ 4) การอุปมาอุปไมย (Using metaphor) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความคิด มุมมอง ทำความเข้าใจในศักยภาพของตนเอง เพื่อแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น 5) การใช้คำถามประเมินค่า (Scaling Question) เป็นวิธีการที่กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสามารถของตนเองในการประเมินความก้าวหน้าของการหาทางออกของปัญหา ประเมินความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง ความตั้งใจที่จะลงมือกระทำเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 6) การให้การบ้าน (Home work) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยทดลองทำในสิ่งที่เป็นไปได้ และมอบหมายให้ไปทำจริงในสถานการณ์จริง

และให้สังเกตตนเองและคนรอบข้างถึงการเปลี่ยนแปลง ภายหลังที่ได้ทดลองทำแล้ว

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกตามแนวคิดของ เดอ เซสเซอร์ ให้เข้ากับปัญหาคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วประกอบด้วย การบำบัด 6 ครั้งดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพและสำรวจแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว 2) การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วและการสำรวจความตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยของตนเอง 3) สนทนาและร่วมอภิปราย เพื่อค้นหาปัญหา หรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยในการรับประทานยา 4) สนทนาและร่วมอภิปรายพูดคุย เพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับสัมพันธภาพ และการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น

5) สนทนาและร่วมอภิปราย เพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยในการจัดการกับความเครียด 6) การติดตามผลการบำบัดสรุปผล การบำบัดครั้งที่ 1-5 ประเมินผลการบำบัดและยุติการบำบัด ซึ่งการบำบัดจะเป็นตัวช่วยให้คุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้ดีตามศักยภาพและทรัพยากรของผู้ป่วยที่มีอยู่ การศึกษา ครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วให้ดีขึ้น โดยการใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกตามแนวคิดของเดอ เซสเซอร์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข และมีความสุขในสังคม สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1

โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว
การบำบัดครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสำรวจแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว
การบำบัดครั้งที่ 2 การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วและการสำรวจความตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยของตนเอง
การบำบัดครั้งที่ 3 สนทนาและร่วมอภิปรายเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยในการรับประทานยา
การบำบัดครั้งที่ 4 สนทนาและร่วมอภิปรายพูดคุยเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับสัมพันธภาพและการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น
การบำบัดครั้งที่ 5 สนทนาและร่วมอภิปรายเพื่อค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยในการจัดการกับความเครียด
การบำบัดครั้งที่ 6 การติดตามผลการบำบัดสรุปผลการบำบัดครั้งที่ 1-5 ประเมินผลการบำบัดและยุติการบำบัด

คุณภาพชีวิต

- 1) ด้านร่างกาย
- 2) ด้านจิตใจ
- 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม
- 4) ด้านสิ่งแวดล้อม

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการบำบัด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research design) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผลหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือน

(Two group pre-post test and follow-up design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในปี พ.ศ. 2558 จำนวนทั้งหมด 20 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาซึ่งคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจากประวัติ (OPD CARD) ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Sampling Random) จับสลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without Replacement) ผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดแต่ละวันในวันจันทร์และวันพุธเป็นกลุ่มทดลอง วันอังคารและวันพฤหัสบดีเป็นกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจะเป็นผู้คัดเลือกจนครบ กลุ่มละ 10 คน และนัดหมายกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิต ส่วนกลุ่มควบคุมนัดหมายมารับการรักษาตามปกติทุก 2 สัปดาห์ หรือตามบัตรนัดเดิมของผู้ป่วย

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1) มีอายุระหว่าง 20-60 ปี 2) มีที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 3) พัง พุด อ่านเขียนภาษาไทยได้เข้าใจ 4) มีคะแนนแบบประเมินภาวะอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Young Mania Rating Scale: YMRS) 0-13 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการถึงเริ่มมีอาการผิดปกติ เล็กน้อย 5) มีคะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) 26-95 คะแนน ซึ่งมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ถึงมีคุณภาพชีวิตปานกลาง 6) สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตครบทั้ง 6 การบำบัดและเกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นตัวอย่าง (Exclusion Criteria) 1) มีอาการทางจิตเฉียบพลัน เช่น มีอาการเมเนียรุนแรง ซึมเศร้ารุนแรงและมีอาการผิดปกติทางจิตที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) ได้รับการ บำบัดหรือได้รับคำปรึกษาอย่างอื่น 3) ขาดการบำบัดมากกว่า 3 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินภาวะอารมณ์เมเนีย (Young Mania Rating Scale: YMRS) พัฒนาโดย Yong และคณะ (1987) และนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย รณชัย คงสกนธ์และคณะ (2548) มีจำนวน 11 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลก (WHO) ถูกพัฒนาเป็นภาษาไทยโดยสุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล (2545) โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหามาแล้ว มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 มีจำนวน 26 ข้อ และก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า 0.80

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองกับกลุ่มทดลอง ในการศึกษาวิจัยนี้เป็นการบำบัดรายบุคคลที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วให้การบำบัดจำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาพิจารณาและแก้ไขปรับปรุง ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วนำโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว โดยคัดเลือกผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย จากนั้นมีการอภิปรายร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการดำเนินกิจกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการใช้โปรแกรม นำข้อคิดเห็นมาวิเคราะห์และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม ก่อนนำไปใช้จริง

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมในการศึกษาวิจัยนี้จะได้รับการพยาบาลตามปกติของแผนกผู้ป่วยนอกงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโดยจะได้รับการประเมินอาการเจ็บป่วยการดูแลและให้ความรู้เรื่องโรคอารมณ์สองขั้ว การให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและระบบการดูแลผู้ป่วยต่อในชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากที่โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการและคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยจะคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอันเกิดจากความลำเอียงของผู้วิจัยโดยผู้วิจัยจะเลือกผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมาเป็นระยะ 1 ปี ผู้ช่วยผู้วิจัยทำหน้าที่ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวม การสังเกตกระบวนการและพฤติกรรมกรรมการทำนบัตที่เน้นการหาทางออกและปัจจัยบับัตที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้ง การเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ผู้ช่วยอธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย ขั้นตอนในการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นให้ผู้ช่วยผู้วิจัยทดลองฝึกสังเกตขั้นตอนการทำการบับัตที่เน้นการหาทางออกร่วมกับผู้วิจัย 2 ครั้ง เพื่อให้ผู้ช่วยผู้วิจัยเข้าใจการสังเกตการทำการบับัตที่เน้นการหาทางออก และการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลการบับัตที่เน้นการหาทางออกและปัจจัยบับัตที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งของการบับัตที่เน้นการหาทางออกผู้วิจัยจะนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดการบับัตที่เน้นการหาทางออกสำหรับกลุ่มทดลองทุกวันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 10.00 น.-11.00 น. ณ ห้องให้คำปรึกษาของแผนกผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ติดต่อกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินภาวะอารมณ์ไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบค่าที่ (Independent-t-test) และวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยใช้สถิติความแปรปรวนสองทางวัดซ้ำ (Two-way repeated ANOVA) ประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (One between-subject variable and one within-

subject variable) เมื่อพบว่าคะแนนเฉลี่ยแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในแต่ละระยะของการทดลองมีความแตกต่างกัน ให้ทำการทดสอบเป็นรายคู่ ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง 10 คน อยู่ในช่วงอายุ 21-30 คิดเป็นร้อยละ 60 ระดับการศึกษา จบปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 50 สถานภาพโสดร้อยละ 80 ส่วนใหญ่มีอาชีพที่ต้องระบุ ร้อยละ 80 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคอารมณ์สองขั้วมากกว่า 6 เดือนแต่ไม่เกิน 1 ปี ร้อยละ 50 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้งร้อยละ 60 มีผู้ดูแลและคอยช่วยเหลือเป็นบิดาและมารดาร้อยละ 50 และมีคะแนนประเมินภาวะอารมณ์แมเนียร์อยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 80 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60 อยู่ในช่วงอายุ 21-30 และ 41-50 ปี เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 40 ระดับการศึกษาจบมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 50 สถานภาพโสดร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีอาชีพที่ต้องระบุ ร้อยละ 70 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคอารมณ์สองขั้วมากกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 3 ปี ร้อยละ 50 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้งร้อยละ 70 ส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแลและคอยช่วยเหลือร้อยละ 50 และมีคะแนนประเมินภาวะอารมณ์แมเนียร์อยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 60 เมื่อทดสอบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรคอารมณ์สองขั้ว จำนวนครั้งของที่ขาดการรักษา จำนวนครั้งที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ผู้ที่ให้การดูแล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบค่าที่ พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเป็น 76.4 (S.D. =14.51) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเป็น 72.70 (S.D. =15.45) แสดงให้เห็นว่า ระยะก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=.88$)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระลอกก่อนการทดลอง (n=20)

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

การทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในภาพรวม โดยไม่คำนึงถึงเวลาด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่าการทดสอบอิทธิพลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคอารมณ์สองขั้ว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{1,18}=10.66$, $p=.004$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกมีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคอารมณ์สองขั้ว ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณาการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต

ของผู้เป็นโรคอารมณ์สองขั้ว ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า การทดสอบอิทธิพลร่วม (Interaction) ของกลุ่มกับระยะเวลาการทดลอง ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคอารมณ์สองขั้ว ของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{2,36}=8.22$, $p=.001$) แสดงว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของแต่ละช่วงเวลา โดยคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{1,18}=10.66$, $p=.004$)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคอารมณ์สองขั้ว ระหว่างวิธีการทดลองและระยะของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P-value
ระหว่างกลุ่ม					
การทดลอง	2	3985.35	3985.35	10.66	.004**
ความคลาดเคลื่อน	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		

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

การทดสอบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วของกลุ่มทดลองในช่วงระยะที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที มีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคอารมณ์สองขั้วในกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

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

** $p < .01$

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อคุณภาพชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อภิปรายผลได้ว่าโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออก สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วดีขึ้น โดยการบำบัดในแต่ละครั้งช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาศักยภาพของตนเอง และนำมาใช้เพื่อหาทางออกของปัญหาได้ โดยเริ่มจากคาบการบำบัดครั้งที่ 1 เป็นการพูดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจเชื่อใจในตัวผู้วิจัยผู้ป่วยเล่าประสบการณ์และแบบ

แผนการดำเนินชีวิตของตนเองได้ตามความเป็นจริงของผู้ป่วยให้ผู้วิจัยฟังได้ คาบการบำบัดครั้งที่ 2 ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิต (Normalizing) บุคคลอื่นก็สามารถเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ ยอมรับในการเจ็บป่วยมากขึ้นและให้สัญญาว่าจะเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่องและในสัปดาห์นี้ผู้ป่วยสามารถทบทวนถึงประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยทำผ่านมาขณะป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้ว ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ที่ใช้ในการหาทางออกของปัญหาทั้งผลดีและไม่ดีให้ผู้วิจัยฟังได้ว่าในขณะนั้นผู้ป่วยทำอะไรและมีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นกับผู้ป่วยถึงทำให้ผู้ป่วยสามารถผ่านปัญหานั้นมาได้ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนมุมมองและสร้างกรอบแนวคิดใหม่ (Reframing) ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองและทำแบบเดิมในสิ่งที่ทำแล้วเกิดผลดีให้เข้มแข็งโดยการทำให้เพิ่มมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึ่งพาตนเองได้ มีเชื่อมั่นที่จะทำในสิ่งอื่นต่อไป ตามหลักการของการบำบัดอย่างรวบรัดที่เน้นการหาทางออกของ เดอ เซสเซอร์ ที่กล่าวว่า ถ้าทำอะไรแล้วได้ผลดี ไม่ต้องแก้ไขแต่ต้องทำให้มากขึ้น (De Zhaser, 1988 อ้างถึงใน สายใจ พัวพันธ์, 2548)

คาบการบำบัดครั้งที่ 3 ผู้ป่วยเริ่มเกิดความตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยมากขึ้นเห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยาควบคุมอารมณ์อย่างต่อเนื่อง และมีความหวังต่อการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ผู้ป่วยหวังไว้ ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายดีขึ้น คาบการบำบัดครั้งที่ 4 ผู้ป่วยเล่าปัญหาและสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับสัมพันธภาพและการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นให้ผู้วิจัยฟัง โดยปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยอายุที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและเคยมีปัญหาละเลยชีวิตกับบุคคลอื่นจากอาการกำเริบในครั้งก่อน ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะพูดคุยหรือเข้าสังคมได้เหมือนเดิม ในสัปดาห์นี้ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยลองคิดดูใหม่ว่าภายหลังเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ผู้ป่วยมีสักครั้งไหมหรือเหตุการณ์ใดใหม่ที่ผู้ป่วยสามารถพูดคุยและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้และทำอะไรในตอนนั้น เมื่อผู้ป่วยได้ค้นหาเหตุการณ์ที่เป็นข้อบกพร่องและเล่าถึงสิ่งที่ผู้ป่วยทำในครั้งนั้นได้ ทำให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อมาใช้ในการแก้ปัญหาในการปรับตัวให้อยู่ร่วมกับบุคคลอื่นเริ่มพัฒนาทักษะและทดลองปฏิบัติจริงเพื่อปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและตระหนักรู้ในตนเองและรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่มีตนเอง รับรู้ถึงความรู้สึกความภาคภูมิใจในตนเอง รับรู้ถึงการจัดการกับความวิตกกังวล รับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, 2545) ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจและด้านความสัมพันธ์ทางสังคมดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Michalak, et al. (2005) ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ได้รับการฝึกทักษะวิธีการสร้างสัมพันธภาพ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการเข้าสังคม จะก่อให้เกิดความมั่นใจและความตระหนักรู้ในตนเอง สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันไม่ยุ่งยากในสังคมและปรับตัวให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้คาบการบำบัดครั้งที่ 5 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการจัดการความเครียดที่ไม่ดี จะใช้วิธีหลบเลี่ยงไม่เผชิญปัญหา และปล่อยให้ปัญหาค้างคาอยู่ต่อไปซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดสะสม ในคาบการบำบัดนี้ผู้ป่วยได้ค้นหาศักยภาพในตนเองที่เป็นแนวทางในการเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เห็นความสำคัญของการวางแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุลและต่อเนื่อง ผู้ป่วยรู้สึกมีความปลอดภัยและมั่นคง สามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เช่น กระบวนการคิด

วิเคราะห์ที่เป็นเหตุเป็นผลเพื่อการจัดการกับปัญหา การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง สอดคล้องกับการศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วของ Michalak, et. al (2005) กล่าวว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเมื่อได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และการดูแลสุขภาพลักษณะของการนอน จะสามารถปฏิบัติตัวและดูแลสุขภาพตนเองได้ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายและด้านสิ่งแวดล้อมดีขึ้น

คาบการบำบัดครั้งที่ 6 เป็นการติดตามผลการบำบัดสรุปผลการบำบัดครั้งที่ 1-5 ประเมินผลการบำบัดและยุติการบำบัดโดยในแต่ละการบำบัดจะให้ผู้ผู้ป่วยได้ค้นหาปัญหาและใช้ศักยภาพของตนเองในการหาทางออกของปัญหา ซึ่งปัญหาต่างๆ เป็นสาเหตุให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วต่ำลง กล่าวคือ คาบการบำบัดครั้งที่ 1-2 ถูกพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาทางออกของปัญหาในการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับแบบการดำเนินชีวิตประจำวัน คาบการบำบัดครั้งที่ 3 ถูกพัฒนาให้ผู้ผู้ป่วยสามารถค้นหาทางออกของปัญหาในการรับปทานยาคาบการบำบัดครั้งที่ 4 ถูกพัฒนาให้ผู้ผู้ป่วยสามารถค้นหาทางออกในการปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่น คาบการบำบัดครั้งที่ 5 ถูกพัฒนาให้ผู้ผู้ป่วยสามารถค้นหาทางออกในการจัดการกับความเครียด และการบำบัดครั้งที่ 6 จะเป็นการทบทวนความรู้และทักษะต่างๆ รวมถึงสิ่งที่รบกวนจิตใจและแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังได้ทดลอง ลงมือปฏิบัติจริง และเน้นในสิ่งที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากการบำบัด ทั้งนี้เป็นการช่วยย้ำเตือนความทรงจำและตระหนักรู้ในศักยภาพของตนเอง อีกทั้งยังเป็นการติดตามและประเมินผลร่วมด้วย

การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อภิปรายผลได้ว่าโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออก ทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้รับรู้ศักยภาพของตนเองมากขึ้น มีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีแนวทางในการป้องกันและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง

ผู้ป่วยสามารถสร้างสัมพันธภาพและปรับตัวให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ เกิดความตระหนักรู้และมีความมั่นใจมากขึ้น แม้ว่าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีแล้ว ผู้วิจัยไม่ได้ให้ความรู้หรือให้โปรแกรมบำบัดซ้ำแต่อย่างใด เมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยสามารถนำประสบการณ์และความรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกไปใช้ได้เป็นอย่างดีมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ โพธิ์มูล (2552) ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการปรับเปลี่ยนมุมมองในการรับประทานยาต้านอาการทางจิตทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องและมีความเข้มแข็งมากขึ้น ดำเนินชีวิต

ได้อย่างมีความสุขในสังคมตามศักยภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วย อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกในครั้งนี้ ติดตามผลการทดลองในระยะ 4 สัปดาห์ ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ดังนั้น ควรมีการติดตามคะแนนคุณภาพชีวิตต่อไป เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อดูประสิทธิผลความคงอยู่ของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออก
2. ควรศึกษาโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกนี้ต่อตัวแปรตามอื่นๆ เช่น ความรู้สึกลึกซึ้งคุณค่าในตนเอง ความผาสุกในชีวิต เพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อตัวแปรอื่น

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2551). รายงานจำนวนผู้ป่วยที่มีารับบริการของสถานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2558, จาก <http://www.dmh.go.th/report1.ars>.
- นันทนา สุขสมนิรันดร์. (2553). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- ธวัชชัย ลิขิตานาจ และสรยุทธ วาสิกันานนท์. (2549). ตำราไปโพลาไร. กรุงเทพฯ : สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- พรทิพย์ โพธิ์มูล. (2552). ผลของการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รณชัย คงสกนธ์, ธวัชชัย ลิขิตานาจ, สรยุทธ วาสิกันานนท์. (2549). ตำราไปโพลาไร. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. (2558). ทะเบียนผู้บริการคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. ปทุมธานี : โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
- สายใจ พัวพันธ์. (2548). "การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อปัญหาจิตสังคม". วารสารคุณภาพการพยาบาล. 2(2) : 22-38.
- สายใจ พัวพันธ์. (2547). *Cognitive behavioral therapy and solution-focused brief therapy*. ชลบุรี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). ความผิดปกติทางอารมณ์. ขอนแก่น : สำนักพิมพ์ศิริพันธ์.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล. (2545). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรง.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC : American Psychiatric.
- Cohen,A.N., Hammen,C.,Henry,R.M & Dalay, S. H. (2004). "Effect of stress and social support on Recurrence in bipolar disorder". *Gen. Psychiatry* (53) : 143-147.
- De Shazer,S. (1988). *Clues: Investing solution in brief therapy*. New York: W.W.Norton.
- Gazaller,F.K.,Hallal,P.C.,Andreazza,A.C.et al. (2007). "Manic symptom and quality of life in Bipolar disorder". *Psychiatric Research*. (153) : 33-38.
- Hirschfeld,R.A.,Boeden,C.L.,Giltin,ML,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 Disorder*, Compendium.Washington, DC:American Psychiatric Association.
- Hosseini, S. H., Karkhanel, M. & et. al. (2009). "Quality of life and Global Functioning Among Chronic Type I Bipolar Disorder patients in Comparison With a General Population in Iran". *Asian Journal of Biological Sciences*. 2(1) : 29-34
- Michalak, E.E., Yatatham, LN., Wan, D.D., & et. al. (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. & Pratapsharan, M.D. (2004). *Quality of Life and its correlates in patients with bipolar disorder stabilized on lithium prophylaxis*. Thai : JB Publishers.
- Singh, J., Mattoo, SK., Sharam, P. and Basu, D. (2005). "Quality of life and its correlates in Patients with dual diagnosis of bipolar affective disorder and substance dependence". *Journal Of Humanistic Education and Development*. (37): 168-181.
- 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.
- 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) : 157-176.
- World Health Organization. (2010). "People & health. What quality of life". *World Health Forum*. (17) : 354- 356.
- Wood, S.W. (2000). "The economic burden of bipolar disorder". *The Journal of Clinical Psychiatry*. 61(13) : 38-41.

