



## การพัฒนาโปรแกรมจิตบำบัดแบบมีโครงสร้าง สำหรับโรคอารมณ์สองขั้ว

สันติชัย นัจจิตรชื่น, พ.บ.\*

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อพัฒนาโปรแกรมจิตบำบัดกลุ่มแบบมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

**วัสดุและวิธีการ** เป็นการพัฒนาและวิจัยประกอบด้วยการพัฒนาโปรแกรมจิตบำบัดกลุ่มแบบมีโครงสร้างตามมาตรฐานการวิจัยและพัฒนาแนวคิดกรรมองค์ความรู้และเทคโนโลยี ศึกษาทดลองโปรแกรมในผู้ป่วย 26 คนโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 13 คนและกลุ่มควบคุม 13 คนตามความสมัครใจ เข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามปกติเดือนละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 เดือน ทั้งสองกลุ่มได้รับการติดตามการกลับเป็นซ้ำและการรับตัวเข้าอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลา 12 เดือน วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วย chi-square และ t-test วิเคราะห์ผลของโปรแกรมจิตบำบัดกลุ่มแบบมีโครงสร้างต่อการกลับเป็นซ้ำและการรับตัวเข้าอยู่โรงพยาบาล

**ผล** โปรแกรมจิตบำบัดกลุ่มแบบมีโครงสร้างลดการกลับเป็นซ้ำและการรับตัวเข้าอยู่โรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม คิดเป็น relative risk 0.4 และ 0.5

**สรุป** โปรแกรมจิตบำบัดกลุ่มแบบมีโครงสร้างโดยจิตแพทย์ในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการรับตัวเข้าอยู่โรงพยาบาล

**คำสำคัญ :** จิตบำบัดกลุ่มแบบมีโครงสร้าง โปรแกรม โรคอารมณ์สองขั้ว

\*โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต



## Structured group psychotherapy program for bipolar disorder

*Santichai Chamchitchun, M.D.\**

### Abstract

**Objective** This research aimed to develop the structured group psychotherapy program for patients with bipolar disorder.

**Materials and methods** This research and development comprised the program of structured group psychotherapy which were developed following to the innovative knowledge and technology research development standard. There were 26 volunteer patients entered to the study. The 12 sessions of structured group psychotherapy was held weekly, 1 hour each session for the experimented group. The control group was treated as usual monthly for 3 months. Both groups were followed 12 months. The characteristic of experimented group was compared with control group by chi-square and t-test. Relapse and admission were analysed after the follow-up period.

**Results** The structured group psychotherapy program decreased numbers of relapse and admission in experimented group more than in control group. The relative risk of structured group psychotherapy on relapse and admission were 0.4 and 0.5 respectively.

**Conclusion** The structured group psychotherapy program was a protective factor for relapse and admission in bipolar patients.

**Key words :** bipolar disorder, program, structured group psychotherapy

---

\*Srithanya Hospital, Department of Mental Health

## บทนำ

โรคอารมณ์สองขั้วพบในประชากรทั่วไป 1%<sup>1-4</sup> ในประเทศไทยความชุกของโรคอารมณ์สองขั้ว พบ 0.3-1.5% ของประชากร<sup>5</sup> การดำเนินของโรคอารมณ์สองขั้วมีการกลับเป็นซ้ำในช่วงปีแรก มากกว่า 50%<sup>6</sup> ในปี 2549 โรงพยาบาลศรีธัญญามีผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมารับบริการเป็นลำดับที่ 4 ของผู้ป่วยทางจิตเวช และพบว่าอัตราการกลับเป็นซ้ำและรับตัวเข้าอยู่โรงพยาบาลคือ 50.7% ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว<sup>7</sup> ผลของการกลับเป็นซ้ำทำให้เกิดความบกพร่องในบทบาทของตนเองในครอบครัวและสังคม เสี่ยงต่อความรุนแรงจากการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นและเสี่ยงต่อความเสียหายทางทรัพย์สินจากการขาดความยับยั้งชั่งใจในการใช้จ่าย รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษา และผลกระทบทางสังคมและประเทศชาติในด้านการสูญเสียทรัพยากรบุคคล<sup>8-12</sup> ปัจจัยของการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ ความเปราะบางทางชีวภาพ การขาดยาและไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาต่อเนื่อง การดำเนินชีวิตผิดจังหวะชีวภาพ และความเครียด<sup>13-14</sup>

จิตบำบัดที่ให้รวมกับการรักษาด้วยยาซึ่งช่วยลดการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษา ครอบครัวบำบัด จิตบำบัดแบบปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพทางสังคม และจิตบำบัดแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรู้คิด<sup>13-17</sup> จิตสังคมบำบัดดังกล่าวทั้งหมดนี้ล้วนมีพื้นฐานสำคัญ เป็นจิตบำบัดแบบมีโครงสร้าง<sup>18</sup> มีรายงานการให้จิตบำบัดในผู้ป่วยอารมณ์สองขั้ว ทั้งแบบรายบุคคลและ

แบบกลุ่มสามารถลดอัตราขาดการรักษาและการกลับเป็นซ้ำ<sup>19-23</sup> การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมจิตบำบัดกลุ่มแบบมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยอารมณ์สองขั้ว

## วัสดุและวิธีการ

เป็นการพัฒนาและวิจัย เริ่มจากการพัฒนาโปรแกรมจิตบำบัดกลุ่มแบบมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ตามมาตรฐานการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม องค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต ได้แก่ การกำหนดกรอบแนวคิดในการจัดทำโปรแกรมต้นแบบ ดำเนินการโดย ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและญาติ 6 คน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ 4 คน ใน 3 ประเด็น ได้แก่ สภาพปัญหาของผู้ป่วยอารมณ์สองขั้ว เทคนิคการทำจิตบำบัดกลุ่ม โปรแกรมจิตบำบัดที่เคยใช้แล้วได้ผลดี เพื่อพัฒนาโปรแกรมจิตบำบัดกลุ่มแบบมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ประกอบด้วยหลักสูตรการทำจิตบำบัดกลุ่มแบบมีโครงสร้างจำนวน 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที (เอกสารแนบ)

จากนั้นทดลองและปรับปรุงโปรแกรมโดยการศึกษาแบบไปข้างหน้าในกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการจากโรงพยาบาลศรีธัญญาในเดือนมกราคม 2550 จำนวน 26 ราย โดยเกณฑ์การนำเข้าสู่การศึกษาคือ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 อยู่ในช่วงอาการสงบขณะศึกษา และ

มีประวัติการรับตัวเข้าอยู่โรงพยาบาล อย่างน้อย 2 ครั้ง ใน 1 ปีที่ผ่านมา โดยข้อบ่งชี้ของการรับตัวเข้าอยู่โรงพยาบาล เป็นการกำเริบของภาวะเมเนีย หรือภาวะซึมเศร้า เกณฑ์การคัดออกคือ ความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดจากโรคทางกาย หรือสารเสพติด

แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม โดยความสมัครใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยกลุ่มแรกเป็นกลุ่มทดลอง สมัครใจเข้าร่วมจิตบำบัดกลุ่มแบบมีโครงสร้าง จำนวน 13 ราย เข้ารับการรักษาที่คลินิกเพื่อนอารมณ์ดี (คลินิกเฉพาะทางโรคอารมณ์สองขั้ว) ผู้ป่วยกลุ่มหลังเป็นกลุ่มควบคุม ไม่สมัครใจเข้าร่วมจิตบำบัดกลุ่มแบบมีโครงสร้าง เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยทั่วไป จำนวน 13 ราย

ผู้ป่วยกลุ่มแรก ได้รับจิตบำบัดกลุ่มแบบมีโครงสร้าง โดยจิตแพทย์ประจำคลินิกเพื่อนอารมณ์ดี จำนวน 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ใช้เวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ (กุมภาพันธ์-เมษายน 2550) เปรียบเทียบกับ

ผู้ป่วยกลุ่มหลังซึ่งได้รับการรักษาตามปกติที่คลินิกทั่วไปโดยแพทย์คนเดียวกัน เดือนละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 เดือน (กุมภาพันธ์-เมษายน 2550) ทั้งสองกลุ่มได้รับการติดตามการกลับเป็นซ้ำและการรับตัวเข้าอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลา 12 เดือน (พฤษภาคม 2550 - มิถุนายน 2551)

วิเคราะห์เปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในข้อมูลพื้นฐานในเรื่องเพศ จำนวนครั้งการกลับเป็นซ้ำและการรับตัวเข้าอยู่โรงพยาบาลด้วย chi-square อายุและอายุเริ่มต้นป่วยครั้งแรกด้วย t-test วิเคราะห์ผลของจิตบำบัดกลุ่มแบบมีโครงสร้างต่อการกลับเป็นซ้ำและการรับตัวเข้าอยู่โรงพยาบาลในผู้ป่วยอารมณ์สองขั้ว

## ผล

ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีลักษณะพื้นฐาน ในเรื่องเพศ อายุ อายุเริ่มป่วยครั้งแรก จำนวนครั้งของการกลับเป็นซ้ำ และจำนวนครั้งของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ลักษณะพื้นฐาน                                             | กลุ่มทดลอง  | กลุ่มควบคุม | p-value |
|-----------------------------------------------------------|-------------|-------------|---------|
| - เพศ                                                     |             |             |         |
| ชาย                                                       | 2           | 3           | 0.33    |
| หญิง                                                      | 11          | 10          |         |
| - อายุ (SD)                                               | 50.8 (12.4) | 47.4 (10.5) | 0.23    |
| - อายุป่วยครั้งแรก (SD)                                   | 33.4 (9.8)  | 38.8 (11.1) | 0.09    |
| - จำนวนครั้งของการกลับเป็นซ้ำใน 1 ปีที่ผ่านมา             |             |             |         |
| 2-3 ครั้ง                                                 | 10          | 10          | 0.28    |
| 4-5 ครั้ง                                                 | 3           | 3           |         |
| - จำนวนครั้งของการรับตัวเข้าอยู่โรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา |             |             |         |
| 2 ครั้ง                                                   | 10          | 9           | 0.13    |
| 3 ครั้ง                                                   | 3           | 4           | 0.19    |

หลังติดตามการรักษา 12 เดือน พบมีการกลับเป็นซ้ำ 2 ราย ในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และ 5 ราย ในผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ส่วนการรับตัวเข้าอยู่โรงพยาบาลพบ 1 ราย ในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และ 2 ราย ในผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ซึ่งคิดเป็นค่าอัตราเสี่ยง (relative risk) เป็น 0.4 และ 0.5 ตามลำดับ

## วิจารณ์

กลุ่มผู้ป่วย มีหญิงมากกว่าชาย เนื่องจากเกณฑ์การนำเข้าสู่การศึกษาใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 ไม่ได้จำแนกโรคอารมณ์สองขั้วชนิดที่หนึ่งออกจากชนิดที่สอง ซึ่งพบใน

เพศหญิงมากกว่าเพศชาย<sup>1-4</sup> อายุเฉลี่ยเริ่มต้นป่วยครั้งแรก ใกล้เคียงกับอายุเริ่มต้นป่วยครั้งแรกในประชากรทั่วไปคือ 20-39 ปี<sup>1</sup> ส่วนเกณฑ์ให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะอาการสงบเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินการรักษาแบบจิตบำบัดกลุ่มได้

เนื้อหาในโปรแกรมจิตบำบัดกลุ่มแบบมีโครงสร้าง ส่วนแรกคืออาการ และการดำเนินของโรคอารมณ์สองขั้ว ร่วมกับขบวนการกลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วย เนื้อหาในตอนกลางเกี่ยวกับยาที่ใช้รักษา ความสำคัญของการรักษาต่อเนื่องและความเสี่ยงของการขาดยา จะทำให้ผู้ป่วยติดตามและต่อเนื่องการรักษาเนื้อหาในตอนท้ายเกี่ยวกับความเสี่ยงของการใช้สาร

เสพติด การสังเกตอาการเตือน การดำเนินชีวิตอย่างตรงเวลาและสม่ำเสมอ การจัดการความเครียด ทำให้ผู้ป่วยรู้การป้องกันตัวจากการกลับเป็นซ้ำ หลังการให้จิตบำบัดกลุ่มแบบมีโครงสร้าง ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการกลับเป็นซ้ำและการรับตัวเข้าอยู่โรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นโปรแกรมจิตบำบัดกลุ่มแบบมีโครงสร้างเป็นปัจจัยป้องกันสำหรับการกลับเป็นซ้ำและการรับตัวเข้าอยู่โรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ให้ผลสนับสนุนการศึกษาที่ผ่านมา<sup>19-20</sup>

ข้อจำกัดคือ โปรแกรมจิตบำบัดกลุ่มแบบมีโครงสร้างต้องใช้เวลาอย่างน้อย 12 สัปดาห์ และต้องการแรงจูงใจ ความร่วมมือในการเข้ากลุ่ม ซึ่งการศึกษานี้เลือกโดยความสมัครใจ ดังนั้นกลุ่มทดลองอาจจะมีแรงจูงใจและความร่วมมือในการรักษามากกว่ากลุ่มควบคุม ควรมีการประเมินแรงจูงใจ ความร่วมมือของการรักษา ตลอดจนการใช้แบบประเมินอาการ เช่น Young mania rating scale<sup>24</sup> และ Montgomery Asberg depression rating scale<sup>25</sup> ซึ่งในการศึกษานี้ใช้การประเมินโดยจิตแพทย์ผู้วิจัยเท่านั้น

## สรุป

โปรแกรมจิตบำบัดกลุ่มแบบมีโครงสร้างโดยจิตแพทย์ในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการรับตัวเข้าอยู่โรงพยาบาล

## เอกสารอ้างอิง

1. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness. New York: Oxford University Press; 1990.
2. Evans DL. Bipolar disorder: Diagnostic challenges and treatment considerations. J Clin Psychiatry 2000;6 suppl 13:26-31.
3. Woods SW. The economic burden of bipolar disease. J Clin Psychiatry 2000; 61 suppl 13:38-41.
4. Hirschfeld RMA, Calabrese JR, Weissman MM, Reed M, Davies MA, Frye MA, et al. Screening for bipolar disorder in the community. J Clin Psychiatry 2003;64:53-9.
5. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธัณภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์. ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547;12:177-8.
6. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. Am J Psychiatry 1995;152:1635-40.
7. รายงานประจำปี 2549 โรงพยาบาลศรีธัญญา. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2549.

8. Coryell W, Scheftner W, Keller M, Endicott J. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry* 1993;150:720-7.
9. Goldberg JF, Harrow M, Grossman LS. Course and outcome in bipolar affective disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152:379-84.
10. Bauwens F, Pardoën D, Staner L, Dramaix M, Mendlewicz J. Social adjustment and the course of affective illness: a one-year controlled longitudinal study involving bipolar and unipolar outpatients. *Depress Anxiety* 1998;8:50-7.
11. Calabrese JR, Hirschfeld RM, Reed M, Davies MA, Frye MA, Keck PE. Impact of bipolar disorder on a US community sample. *J Clin. Psychiatry* 2003;64:425-32.
12. Scott J, Gutierrez M. The current status of psychological treatments in bipolar disorders: a systematic review of relapse prevention. *Bipol Dis* 2004;6: 498-503.
13. Scott J. Psychotherapy for bipolar disorder-efficacy and effectiveness. *J Psychopharmacology* 2006;20 suppl 2: 46-50.
14. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Wisniewski SR, Kogan JN, et al. Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the systematic treatment enhancement program. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:419-26.
15. Gaudiano BA, Weinstock LM, Miller IW. Improving Treatment Adherence in Bipolar Disorder. *Beh Mod* 2008; 32:267-301.
16. Beynon S, Soares-Weiser K, Woolacott N, Duffy S, Geddes JR. Psychosocial interventions for the prevention of relapse in bipolar disorder: systematic review of controlled trials. *Br J Psychiatry* 2008;192:5-11.
17. Frank E. Inducing lifestyle regularity in recovering bipolar disorder patients: Results from the maintenance therapies in bipolar disorder protocol. *Bipol Psychiatry* 1997;41:165-73.
18. Colom F, Lam D. Psychoeducation: Improving outcome in bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2005;20:359-64.
19. Barclay L. Group psychoeducation helpful in bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:402-27.

20. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Golkolea JM, Benabarre A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60: 402-7.
21. Sajatovic M, Chen P, Dines P, Shirley E. Psychoeducational approaches to medication adherence in patients with bipolar disorder. *Dis Manage and Healthc Outc* 2007;15:181-92.
22. Colom F, Vieta E, Reinares M, Martinez-Aran A, Torrent C, Goikoiea JM, et al. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:1101-5.
23. Vieta E. Improving treatment adherence in bipolar disorder through psychoeducation. *J Clin Psychiatry* 2005;66 suppl 1:24-9.
24. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978;133:429-35.
25. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979; 134:382-9.

## เอกสารแนบ

**โปรแกรมจิตบำบัดกลุ่มแบบมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ทั้งหมด 12 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อเนื่อง**

| ครั้งที่ | เนื้อหา                                                                                                      | วัตถุประสงค์                                                                                                                                     | กิจกรรม                                                                                                                  | เวลา                          |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 1.       | การทำความรู้จักกัน<br>กฎระเบียบของการรักษาแบบ<br>กลุ่ม<br><br>ความหมายและลักษณะโดยรวม<br>ของโรคอารมณ์สองขั้ว | เพื่อสร้างความรู้จักกัน<br>เพื่อการปฏิบัติตามกฎระเบียบของ<br>การรักษาแบบกลุ่ม การไว้วางใจกัน<br>ในกลุ่ม<br>เพื่อทราบ และการยอมรับความ<br>เจ็บปวด | - กลุ่มปฏิสัมพันธ์<br>- ผู้นำกลุ่มบอกกฎระเบียบ<br>ประโยชน์ และข้อจำกัดของการ<br>รักษาแบบกลุ่ม<br>- อภิปราย บรรยาย ชักถาม | 10 นาที<br>10 นาที<br>40 นาที |
| 2.       | อาการของโรคอารมณ์สองขั้ว<br>ภาวะเมเนีย<br>ภาวะซึมเศร้า                                                       | เพื่อทราบอาการและการยอมรับ<br>ความเจ็บป่วย                                                                                                       | - อภิปราย บรรยาย ชักถาม                                                                                                  | 60 นาที                       |
| 3.       | การดำเนินของโรคอารมณ์สองขั้ว                                                                                 | เพื่อทราบการดำเนินของโรคอารมณ์<br>สองขั้ว                                                                                                        | - อภิปราย บรรยาย ชักถาม                                                                                                  | 60 นาที                       |
| 4.       | สัญญาณของโรคอารมณ์สองขั้ว                                                                                    | เพื่อทราบสัญญาณของโรค                                                                                                                            | - อภิปราย บรรยาย ชักถาม                                                                                                  | 60 นาที                       |
| 5.       | ยาที่ใช้ในการรักษาโรคอารมณ์<br>สองขั้ว                                                                       | เพื่อทราบชนิดฤทธิ์ และผลข้าง<br>เคียงของยาในการรักษาโรคอารมณ์<br>สองขั้ว<br>เพื่อความร่วมมือในการรับยา                                           | - อภิปราย บรรยาย ชักถาม                                                                                                  | 60 นาที                       |
| 6.       | ความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง<br>ความเสี่ยงของการขาดยา (1)                                                   | เพื่อทราบความสำคัญของการรักษา<br>ต่อเนื่อง ความเสี่ยงของการขาดยา                                                                                 | - อภิปราย บรรยาย ชักถาม                                                                                                  | 60 นาที                       |
| 7.       | ความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง<br>ความเสี่ยงของการขาดยา (2)                                                   | เพื่อทราบความสำคัญของการรักษา<br>ต่อเนื่อง ความเสี่ยงของการขาดยา                                                                                 | - อภิปราย บรรยาย ชักถาม                                                                                                  | 60 นาที                       |
| 8.       | ความเสี่ยงของการใช้สารเสพติด<br>ต่อโรคอารมณ์สองขั้ว                                                          | เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงจากการใช้<br>สารเสพติด                                                                                                  | - อภิปราย บรรยาย ชักถาม                                                                                                  | 60 นาที                       |
| 9.       | อาการเตือน การสังเกตอาการ<br>เตือน การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการ<br>เตือน                                        | เพื่อสังเกตอาการเตือนและการ<br>ปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเตือน                                                                                       | - อภิปราย บรรยาย ชักถาม                                                                                                  | 60 นาที                       |
| 10.      | การดำเนินชีวิตอย่างตรงเวลา<br>และสม่ำเสมอ                                                                    | เพื่อดำเนินชีวิตอย่างตรงเวลาและ<br>สม่ำเสมอ                                                                                                      | - อภิปราย บรรยาย ชักถาม                                                                                                  | 60 นาที                       |
| 11.      | การจัดการความเครียดและทักษะ<br>การแก้ปัญหา                                                                   | เพื่อการจัดการความเครียดและการ<br>แก้ปัญหา                                                                                                       | - อภิปราย บรรยาย ชักถาม                                                                                                  | 60 นาที                       |
| 12.      | สรุปการให้สุขภาพจิตศึกษา                                                                                     | เพื่อการยอมรับความเจ็บป่วย การ<br>ร่วมมือในการติดตามการรักษา และ<br>ป้องกันการกำเริบและการกลับเป็น<br>ซ้ำของโรค                                  | - อภิปราย บรรยาย ชักถาม สรุป                                                                                             | 60 นาที                       |