

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมต่อการทำหน้าที่ของผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้ว

วันรับ : 18 มีนาคม 2569
 วันแก้ไข : 4 กรกฎาคม 2569
 วันตอบรับ : 6 กรกฎาคม 2569

สุกิตา วิรุณ, พย.ม.
 โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมต่อการทำหน้าที่ของผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้ว

วิธีการ : การวิจัยแบบทดลองมีกลุ่มควบคุม ในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วระยะอาการสงบ 40 คน กลุ่มทดลอง (n = 20) ได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมที่ประยุกต์แนวความคิดการคืนสู่สุขภาวะร่วมกับการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและจังหวะทางสังคม ประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และอาการเตือน รวมทั้งการฝึกทักษะการจัดการอารมณ์และการวางแผนชีวิต จำนวน 5 ครั้ง ดำเนินการ 1 ครั้งต่อวัน ติดต่อกัน 5 วัน กลุ่มควบคุม (n = 20) ได้รับการดูแลตามปกติ ประเมินความบกพร่องในการทำหน้าที่ก่อนการทดลองและภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน ด้วยแบบประเมินการทำหน้าที่ฉบับย่อ ครอบคลุมด้านการพัฒนาตนเอง การทำงาน การรู้จักคิด การเงิน สัมพันธภาพ และการใช้เวลาว่าง เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วย independent t-test และภายในกลุ่มด้วย paired t-test

ผล : ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะพื้นฐาน ความรุนแรงอาการเมเนียและซึมเศร้า และความบกพร่องในการทำหน้าที่โดยรวมไม่แตกต่างกัน (mean = 59.58, SD = 10.12 และ mean = 58.20, SD = 9.64 ตามลำดับ) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่โดยรวมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean = 36.65, SD = 7.71 และ mean = 42.15, SD = 8.11 ตามลำดับ; $t = -2.198$, $p = .034$) โดยทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.716$, $p < .001$ และ $t = 6.000$, $p < .001$ ตามลำดับ)

สรุป : โปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมช่วยลดความบกพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้วได้ดีกว่าการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียว สามารถใช้เป็นแนวทางเสริมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

คำสำคัญ : การคืนสู่สุขภาวะ, การทำหน้าที่, การฟื้นฟูทางจิตสังคม, จังหวะทางสังคม, โรคอารมณ์สองขั้ว

ติดต่อผู้นิพนธ์ : สุกิตา วิรุณ ; e-mail: pomsukita@hotmail.com

Original article

The effects of a psychosocial rehabilitation program on functioning in individuals with bipolar disorder

Received : 18 March 2026

Revised : 4 July 2026

Accepted : 6 July 2026

Sukita Viroon, M.N.S.

Srithanya Hospital, Department of Mental Health,
Nonthaburi Province, Thailand

Abstract

Objective: To examine the effects of a psychosocial rehabilitation program on functioning in individuals with bipolar disorder.

Methods: A controlled experimental study was conducted among 40 inpatients with remitted bipolar disorder. The experimental group (n = 20) received usual care combined with a psychosocial rehabilitation program developed by integrating a recovery-oriented approach and interpersonal and social rhythm therapy. The program consisted of activities to promote understanding of the illness, treatment, and early warning signs, as well as training in emotion management and life-planning skills. The program was delivered once a day for five consecutive days, for a total of five sessions. The control group (n = 20) received usual care only. Functional impairment, including personal development, occupational functioning, cognitive functioning, financial issues, interpersonal relationships, and leisure time, was assessed at baseline and one month after the intervention using the Functioning Assessment Short Test. Between-group differences and within-group changes were evaluated using independent t-test and paired t-test, respectively.

Results: The experimental and control groups were comparable in demographics, the severity of manic and depressive symptoms, and the baseline FAST scores (mean = 59.58, SD = 10.12; mean = 58.20, SD = 9.64, respectively). After the intervention, the experimental group exhibited a significantly lower mean FAST total score than the control group (mean = 36.65, SD = 7.71; mean = 42.15, SD = 8.11, respectively; $t = -2.198$, $p = .034$). Both groups demonstrated statistically significant decreases in the mean scores from baseline ($t = 6.716$, $p < .001$; $t = 6.000$, $p < .001$, respectively).

Conclusion: The psychosocial rehabilitation program reduced functional impairment in individuals with bipolar disorder, compared with usual care. The program could be applied as an adjunctive intervention to enhance functional rehabilitation outcomes.

Keywords: bipolar disorder, functioning, psychosocial rehabilitation, recovery, social rhythm

Corresponding author: Sukita Viroon; e-mail: pomsukita@hotmail.com

ความรู้เดิม : การดูแลผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้วในปัจจุบันมุ่งเน้นการรักษาด้วยยาและการดูแลทางจิตสังคมเพื่อให้อาการสงบ แต่พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากยังคงมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมและขาดทักษะในการจัดการตนเอง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงและมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำสูง

ความรู้ใหม่ : โปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมที่ประยุกต์แนวคิดการคืนสู่สุขภาพและแนวคิดการบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลและจังหวะทางสังคม ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 5 ครั้ง ดำเนินการ 1 ครั้งต่อวัน ติดต่อกัน 5 วัน ได้แก่ การส่งเสริมความเข้าใจโรค การใช้ความรู้ทันอาการเตือน การจัดการอารมณ์ และการวางแผนชีวิต ช่วยลดความบกพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้วในระยะอาการสงบได้มากกว่าการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระยะติดตาม 1 เดือน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวทางเสริมทางการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เพื่อส่งเสริมการคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยให้สามารถไปดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามศักยภาพของตนเอง

บทนำ

โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) เป็นความผิดปกติทางจิตที่เรื้อรังและมีการดำเนินโรคที่กลับเป็นซ้ำได้บ่อย ซึ่งส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย¹ โดยแสดงออกผ่านความแปรปรวนของอารมณ์อย่างสุดขั้วที่แตกต่างกัน แบ่งเป็นสองระยะ ได้แก่ ระยะmania) ซึ่งผู้ป่วยจะมีอารมณ์ครื้นเครงหรือหงุดหงิดผิดปกติ มีพลังงานสูงเกินไป พูดมาก กระสับกระส่าย และมีความก้าวร้าว และระยะซึมเศร้า (depression) ที่ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้าโศก ท้อแท้ สิ้นหวัง สูญเสียความสนใจในสิ่งรอบตัว มีปัญหาการนอนหลับ และอาจมีความคิดอยากตาย² แม้ในปัจจุบันการรักษาด้วยยาเป็นวิธีการหลักที่ช่วยควบคุมอาการmania) และซึมเศร้าให้สงบลงได้ (symptomatic remission) แต่หลักฐานเชิงประจักษ์และสถานการณ์จริงทางคลินิกบ่งชี้ว่า การหายจากอาการป่วยไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ ผู้ป่วยจำนวนมากยังคง

ประสบปัญหาความบกพร่องในการทำหน้าที่ (functional impairment) ทั้งด้านการดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ และสัมพันธภาพทางสังคม ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การกลับมารักษาซ้ำ และเป็นภาระระยะยาวต่อครอบครัวและระบบสาธารณสุข³

การดูแลผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้วในโรงพยาบาลโดยทั่วไปมุ่งเน้นการดูแลกิจวัตรประจำวัน การให้ยาตามแผนการรักษา และการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบทั่วไป อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ แม้อาการทางจิตจะสงบลง แต่ระดับการทำหน้าที่ทางจิตสังคมไม่ได้ดีขึ้น^{4,5} ซึ่งให้เห็นถึงช่องว่างทางปฏิบัติของการดูแลทางการพยาบาลในปัจจุบันที่ยังขาดรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่จำเพาะเจาะจงและความเข้มข้นที่เพียงพอสำหรับโรคอารมณ์สองขั้วที่สามารถส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับสู่ชุมชน⁶ นอกจากนี้ การศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับโรคอารมณ์สองขั้วส่วนใหญ่มีผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิกหรือความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่โดยตรง โดยเฉพาะการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน⁷

ปัจจุบันมีแนวทางและโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและความผิดปกติทางอารมณ์ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ (functional recovery) หลายรูปแบบ เช่น แผนปฏิบัติการเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพ (Wellness Recovery Action Planning: WRAP) โปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยและการฟื้นฟู (Illness Management and Recovery: IMR) และการบำบัดที่เน้นครอบครัว (family-focused therapy)^{6,7} อย่างไรก็ตาม เมื่อนำโปรแกรมเหล่านี้มาประยุกต์ใช้ในบริบทของผู้ป่วยในของประเทศไทยอาจมีข้อจำกัดหลายประการ เนื่องจากโปรแกรมส่วนใหญ่ถูกออกแบบมาสำหรับบริบทผู้ป่วยนอกหรือในชุมชนที่ต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัดต่อเนื่องยาวนาน บางแนวทางต้องการการมีส่วนร่วมของครอบครัวอย่างมากซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับข้อจำกัดของหอผู้ป่วยใน หรือในบางแนวทาง เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) จำเป็นต้องอาศัยทักษะการรู้คิด (cognitive function) ขึ้นสูง

ในการวิเคราะห์และปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลึก⁸ ซึ่งอาจเป็นเรื่องยากลำบากสำหรับผู้ป่วยที่เพิ่งผ่านพ้นระยะวิกฤตและยังมีความบกพร่องด้านการรู้คิดอยู่

การบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลและจังหวะทางสังคม (Interpersonal and Social Rhythm Therapy: IPSRT) เป็นแนวทางที่ได้รับการพัฒนาสำหรับโรคอารมณ์สองขั้ว โดยเฉพาะ ซึ่งมีจุดเด่นและแตกต่างจากการฟื้นฟูรูปแบบอื่น โดย IPSRT มีโครงสร้างที่ค่อนข้างเป็นรูปธรรม มุ่งเน้นการจัดระเบียบแบบแผนการใช้ชีวิตประจำวันให้สม่ำเสมอ ควบคู่ไปกับการจัดการความขัดแย้งด้านสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งเป็นทักษะที่เข้าใจง่ายและผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องใช้ทักษะการรู้คิดขั้นสูง^{7,9} นอกจากนี้ การผนวกแนวคิดการบำบัดด้านสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลเข้ากับจังหวะทางสังคมนี้ ช่วยส่งเสริมแนวทางการคืนสู่สุขภาวะ (recovery-oriented approach) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากมุ่งเน้นทักษะพื้นฐานที่ปฏิบัติได้จริงเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกับตนเอง จัดการความเครียด และกลับมาดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความหมาย¹⁰ การศึกษาเชิงทดลองและกึ่งทดลองพบว่า IPSRT ส่งผลดีต่อผู้ป่วยในหลายมิติ โดยสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค ยืดระยะเวลาที่อาการสงบ เพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา เพิ่มคุณภาพการนอนหลับ และเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพ^{11,12}

จากความจำเริญดังกล่าว ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมของ Anthony¹⁰ ที่มุ่งเน้นการคืนสู่สุขภาวะ ร่วมกับแนวคิด IPSRT มาพัฒนาเป็นโปรแกรมกลุ่มที่มีจุดเน้นสำคัญในการส่งเสริมศักยภาพภายในและความสามารถในการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ (functional recovery) สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความหมาย และพึ่งพาตนเองในชุมชนได้ โดยผสมผสานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่หลากหลาย เช่น การปรับความรู้และทัศนคติเพื่อสร้างแรงจูงใจและวินัยในการรักษา การปรับทักษะการรู้คิดเพื่อประเมินและระบุสัญญาณเตือนล่วงหน้า (early warning signs) ก่อนที่โรคจะกำเริบ การปรับอารมณ์และความเครียดด้วยเทคนิคเชิงปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ตลอดจนการปรับระเบียบเวลาและนาฬิกาชีวิตผ่านการตั้งเป้าหมายชีวิต การบริหารการเงิน และการวางแผนการใช้เวลาว่างแบบมีเป้าหมายที่ชัดเจน

โดยโปรแกรมได้รับการตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้นจากผู้เชี่ยวชาญและผ่านการทดสอบความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในบริบทหอผู้ป่วยใน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้ว หลังสิ้นสุดโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ และ 2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้ว ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการ

การวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา เลขที่ STY.CO.A034/2568 วันที่รับรอง 5 สิงหาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้ว ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 หรือ DSM-5 (F31.0 - 9) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ 1) อายุ 20 - 59 ปี 2) มีระยะเวลาเจ็บป่วยตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 3) มีอาการเมเนียอยู่ในระยะสงบจากแบบประเมิน Young Mania Rating Scale (YMRS) ≤ 13 คะแนน 4) มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระยะสงบจากแบบประเมิน Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ≤ 13 คะแนน และ 5) มีคะแนนความบกพร่องในการทำหน้าที่จากแบบประเมิน Functioning Assessment Short Test (FAST) ก่อนการทดลอง (pretest) > 11 คะแนน ซึ่งแสดงถึงการเริ่มมีภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ทางจิตสังคมและจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คะแนน YMRS และ MADRS ดังกล่าว ซึ่งตามเกณฑ์ของเครื่องมือจัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการเพียงเล็กน้อย (subsyndromal symptoms) เพื่อให้สอดคล้องกับธรรมชาติการดำเนินโรคในทางคลินิกที่ผู้ป่วยในระยะอาการสงบอาจยังมียาหลงเหลืออยู่บ้าง^{3,13} แต่ยังคงมีความมั่นคงทางอารมณ์

เพียงพอต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ต้องมีความพร้อมด้านการรู้คิด (cognitive capacity)⁷

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีความบกพร่องทางปัญญาหรือการรู้คิดขั้นรุนแรง (severe cognitive impairment) จนไม่สามารถสื่อสาร ปฏิบัติตาม คำสั่ง หรือทำใบงานในโปรแกรมได้ 2) มีภาวะพึ่งพิงหรือติดสารเสพติดร่วมด้วยในปัจจุบัน หรือ 3) มีโรคทางกายที่รุนแรงหรืออยู่ในระยะเฉียบพลันที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

เกณฑ์การให้ยุติการทดลองรายบุคคล (discontinuing criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบเฉียบพลัน (clinical relapse) ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม โดยประเมินจาก TYMRS > 13 คะแนน หรือ MADRS > 13 คะแนน 2) ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนสิ้นสุดโปรแกรม 5 ครั้ง หรือ 3) ผู้ป่วยหรือญาติแสดงความจำนงขอยกเลิกความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ .80 ขนาดอิทธิพล (effect size) 0.50 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 34 คน ผู้วิจัยปรับเพิ่มเพื่อป้องกันการสูญหายเป็นจำนวน 40 คน

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และจับคู่ (matching) เพศและอายุของผู้ป่วย จากนั้นใช้การจับฉลาก (draw lots method) เพื่อจัดตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

โปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมสำหรับโรคอารมณ์สองขั้ว

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมฯ อย่างเป็นระบบ โดยอิงจากกรอบแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพจิตสังคมของ Anthony¹⁰ ร่วมกับการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบัน ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยใน โดยเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย และดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยระยะอาการสงบ เนื่องจากเป็นระยะที่การรู้คิด (cognitive function) โดยเฉพาะด้านสมาธิและความจำกลับมาทำงานได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเรียนรู้ รับรู้ปัญหา และฝึกทักษะ

โปรแกรมฯ ดำเนินงานเป็นกระบวนการกลุ่มปิด (closed group) กลุ่มละ 5 - 8 คน เข้าร่วมกิจกรรม 5 ครั้ง ครั้งละ 60 - 75 นาที ดำเนินการ 1 ครั้งต่อวัน ติดต่อกัน 5 วัน โดยมีผู้วิจัยหรือพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการสะท้อนความคิดและชี้แนะรายบุคคล ส่วนผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีส่วนร่วมในการอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเอง การสะท้อนความคิด และทำแบบทดสอบและใบงาน กิจกรรมแต่ละครั้งมีรายละเอียดดังนี้ (ตารางที่ 1)

ครั้งที่ 1 และ 2 เป็นการสร้างความเข้าใจโรคอารมณ์สองขั้ว การใช้ยาและวินัยการรักษา ประยุกต์จากแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) ให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อตัวโรคที่ถูกต้อง ซึ่งช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาและลดอัตราการกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁰ รวมถึงสนับสนุนให้ผู้ป่วยสะท้อนความรู้สึกและเชื่อมโยงผลของการใช้ยากับการคงบทบาทหน้าที่ทางสังคม ซึ่งช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจภายในให้ผู้ป่วยมีวินัยในการรักษา^{7,14} เนื่องจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยที่มีโรคอารมณ์สองขั้ว^{1,3,11}

ครั้งที่ 3 เป็นการส่งเสริมทักษะการระบุสัญญาณเตือนล่วงหน้า (early warning signs) ทั้งในระยะเมเนียร์และซึมเศร้า รวมถึงการจัดการกับปัจจัยกระตุ้น ซึ่งช่วยชะลอหรือยับยั้งการดำเนินโรคของผู้ป่วยไม่ให้เข้าสู่ระยะกำเริบเฉียบพลัน¹⁵

ครั้งที่ 4 เป็นการส่งเสริมทักษะจัดการความเครียด ได้แก่ การฝึกหายใจแบบ 4-7-8 และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เนื่องจากความเครียดทางจิตใจเป็นตัวกระตุ้นที่ส่งผลต่อความแปรปรวนของสารสื่อประสาท ช่วยลดความตื่นตัวของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และลดความรุนแรงของอาการได้^{8,16}

ครั้งที่ 5 เป็นการวางแผนชีวิต การใช้จ่าย และการใช้เวลาว่าง ประยุกต์ใช้แนวคิดจังหวะทางสังคม (social rhythm) การตั้งเป้าหมายแบบ SMART Goal เพื่อรักษาสถิตของนาฬิกาชีวภาพในระยะยาว ซึ่งมุ่งเน้นการรักษากิจวัตรประจำวัน การจัดการการเงิน และการวางแผนใช้เวลาว่าง เป็นการสร้างเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจน ซึ่งเป็น

ตารางที่ 1 โครงสร้างและแนวทางการดำเนินโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมสำหรับโรคอารมณ์สองขั้ว

ครั้งที่	กิจกรรม	รูปแบบ (เวลา)	เนื้อหา	วิธีการดำเนินกิจกรรม / บทบาท
1	การเข้าใจโรคอารมณ์สองขั้ว	กลุ่มย่อย (60 - 75 นาที)	ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ และอาการของโรค (mania และ depression)	ผู้นำกลุ่ม : บรรยายสั้น ๆ กระตุ้นการซักถาม ผู้ช่วย : แลกเปลี่ยนความเข้าใจ ทำแบบทดสอบความรู้เบื้องต้น
2	การใช้ยาและวินัยการรักษา	กลุ่มย่อย (60 - 75 นาที)	ประเภทยา ผลข้างเคียง และ ความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง	ผู้นำกลุ่ม : ให้ความรู้เรื่องยา เชื่อมโยง ผลกระทบของการขาดยา ผู้ช่วย : อภิปรายความรู้สึกรู้สึกต่อยา ทำกิจกรรมจับคู่ยาและบทบาทหน้าที่
3	การรู้ทันอาการเตือน	กลุ่มย่อย (60 - 75 นาที)	การประเมินอาการเตือนล่วงหน้า (early warning signs) และ ปัจจัยกระตุ้น	ผู้นำกลุ่ม : บรรยายเรื่องการดำเนินโรคและ ปัจจัยเสี่ยง ผู้ช่วย : อภิปรายอาการเตือนเฉพาะบุคคล ประเมินสัญญาณเตือนจากใบงาน
4	ทักษะจัดการอารมณ์	กลุ่มย่อย (60 - 75 นาที)	ผลของความเครียดต่อการกำเริบ และทักษะการเผชิญปัญหา/ ผ่อนคลาย	ผู้นำกลุ่ม : สาธิตเทคนิคการผ่อนคลาย (หายใจ 4-7-8) ผู้ช่วย : ฝึกปฏิบัติการหายใจ ประเมินระดับ ความเครียดก่อน-หลังฝึก
5	การวางแผนชีวิต	กลุ่มย่อย (60 - 75 นาที)	การตั้งเป้าหมายชีวิต การวางแผน การเงิน และการจัดการเวลาว่าง	ผู้นำกลุ่ม : สอนการตั้ง SMART Goal และ ให้คำปรึกษาการทำตารางชีวิต ผู้ช่วย : ทำใบงานเป้าหมายชีวิต แผนรายรับ-รายจ่าย และตารางกิจวัตรประจำวัน

ปัจจัยสำคัญต่อการรักษาสมดุลและความคงที่ของอารมณ์ในระยะยาว^{9,12}

โปรแกรมฯ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ภาษา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคอารมณ์สองขั้ว อาจารย์พยาบาลจิตเวช และผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง และเมื่อประเมินซ้ำได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1 จากนั้นดำเนินการทดลองใช้เบื้องต้น (pilot testing) ในผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้ว 5 คน พบว่าสามารถดำเนินการได้ครบถ้วนภายในเวลา 60 - 75 นาที ผู้เข้าร่วมโปรแกรมให้ความร่วมมือดี ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อสังเกตมาปรับปรุงโปรแกรมก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง ได้แก่ การปรับภาษาให้เข้าใจง่ายขึ้น การเพิ่มตัวอย่างเป้าหมายในการตั้ง SMART Goal การให้เจ้าหน้าที่ช่วยชี้แนะรายบุคคลในการทำใบงานรายรับ-รายจ่าย และการแจกตัวอย่าง

กิจกรรม 3 ประเภทพร้อมแบบฟอร์มตารางแบบง่ายเพื่อลดความสับสนในการวางแผนใช้เวลว่าง

การดูแลตามปกติ

การดูแลมาตรฐานตามแนวทางการปฏิบัติการของโรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต ได้แก่ การประเมินอารมณ์และพฤติกรรม การบริหารยาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียง การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องโรค และการสังเกตอาการเตือน และการเตรียมความพร้อมร่วมกับครอบครัวก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

เครื่องมือ

1. แบบวัดอาการแมเนีย Young Mania Rating Scale (YMRS)^{17,18} ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ ประเมินอาการแมเนีย เช่น อารมณ์ พลังงาน การพูด และความก้าวร้าว แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 4 หรือ 0 - 8 ขึ้นอยู่กับข้อคะแนนรวม 0 - 60 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีอาการแมเนียรุนแรง ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ ≤ 13 คะแนนเพื่อคัดกรองที่มี

อาการอยู่ในระยะสงบ แบบวัดฉบับภาษาไทยมีค่า CVI เท่ากับ 0.89¹⁸ และในการศึกษานี้มีค่าความเชื่อมั่นจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)¹⁹ ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม แต่ละข้อให้คะแนน 0 - 6 คะแนน คะแนนรวม 0 - 60 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีอาการซึมเศร้ารุนแรง ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ ≤ 13 คะแนนเพื่อคัดกรองที่มีอาการอยู่ในระยะสงบ แบบประเมิน MADRS ฉบับภาษาไทยมีค่า CVI รายข้อส่วนใหญ่มากกว่า 0.5 ความไวและความจำเพาะร้อยละ 100 เมื่อเทียบกับเกณฑ์วินิจฉัย DSM-IV TR และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96²⁰

3. แบบประเมินการทำหน้าที่ฉบับย่อ Functioning Assessment Short Test (FAST)¹³ เป็นแบบประเมินสำหรับผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้วโดยเฉพาะ (disease-specific) การศึกษานี้ใช้ประเมินก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน ประกอบด้วย 24 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาตนเอง การทำงาน การรู้จักคิด การเงิน สัมพันธภาพ และการใช้เวลาว่าง เกณฑ์การให้คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ทำหน้าที่ได้ดีไม่ยากเลย ส่วน 3 คะแนน หมายถึง ทำหน้าที่ได้ดีด้วยความยากลำบาก คะแนนรวม 0 - 72 คะแนน การแปลผลคะแนน ดังนี้ 0 - 11 คะแนน ไม่มีความบกพร่อง 12 - 20 คะแนน บกพร่องเล็กน้อย 21 - 40 คะแนน บกพร่องปานกลาง และ > 40 คะแนน บกพร่องรุนแรง แบบประเมินฉบับภาษาไทยมีค่า CVI เท่ากับ 0.87 และในขั้นทดลองใช้ (try-out) ในการศึกษาี้ กับผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้วที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน สิงหาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 โดยภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพเพื่อคัดกรองผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้น

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนาม (informed consent) และดำเนินการสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และประเมิน FAST ก่อนการทดลอง ภายหลังการประเมินพื้นฐาน ผู้วิจัยดำเนินการแบ่งกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับฉลากเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคม ดำเนินการโดยผู้วิจัย ณ ห้องกิจกรรมบำบัด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ซึ่งประกอบด้วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน การได้รับยา และสุขภาพจิตศึกษาทั่วไป หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 เดือนมีการประเมิน FAST ซ้ำอีกครั้ง ณ แผนกผู้ป่วยนอก โดยผู้ช่วยวิจัยที่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม และไม่ทราบว่าจะตัวอย่างคนใดอยู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (contamination) จากการแลกเปลี่ยนเนื้อหาโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่อยู่ในหอผู้ป่วยเดียวกัน ผู้วิจัยได้กำหนดมาตรการแยกสถานที่และเวลาทำกิจกรรม โดยแยกกลุ่มทดลองออกมารับโปรแกรมเฉพาะภายในห้องกิจกรรมบำบัดที่เป็นสัดส่วนปิดมิดชิดแยกออกจากตึกผู้ป่วยปกติ และมาตรการการควบคุมสื่อและคู่มือ โดยใบงานและสื่อการเรียนรู้รายบุคคลทั้งหมดของกลุ่มทดลองถูกจัดเก็บไว้ที่ผู้วิจัยทันทีหลังสิ้นสุดกิจกรรมในแต่ละวัน ไม่อนุญาตให้นำกลับไปให้หอผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้กลุ่มควบคุมเข้าถึงหรือมองเห็นเนื้อหา

การวิเคราะห์ข้อมูล

แจกแจงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อทดสอบความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่าง (homogeneity test) โดยข้อมูลเชิงกลุ่มใช้สถิติ chi-square test และข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติ independent t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการทำหน้าที่ (FAST) ภายในกลุ่ม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ด้วย paired t-test และระหว่างกลุ่ม (between-group) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ด้วย independent t-test โดยก่อนการวิเคราะห์สถิติอ้างอิง (inferential statistics) ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก ($n < 50$) จึงใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ในการทดสอบการแจกแจงปกติ พบว่า ตัวแปรเชิงปริมาณทั้งหมด ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการนอนหลับ อาการแมเนีย ภาวะซึมเศร้า และคะแนนการทำหน้าที่ (FAST) มีการแจกแจงปกติ (normal distribution) และมีความแปรปรวนเท่ากันในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม (homogeneity of variance)

ผล

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 40 คน เป็นชายร้อยละ 52.5 อายุเฉลี่ย 35.53 ปี ($SD = 11.68$) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานก่อนการทดลองคล้ายคลึงกัน ทั้งข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ และข้อมูลทางคลินิก

ได้แก่ ระยะเวลาการนอนหลับ คะแนนอาการแมเนียเริ่มต้น (YMRS) และคะแนนอาการซึมเศร้าเริ่มต้น (MADRS) โดยพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ระหว่างกลุ่ม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่ระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ independent t-test พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่ของกลุ่มทดลอง ($mean = 59.58, SD = 10.12$) และกลุ่มควบคุม ($mean = 58.20, SD = 9.64$) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.528, p = .602$) หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่ ($mean = 36.65, SD = 7.71$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($mean = 42.15, SD = 8.11$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.198, p = .034$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 20$) และกลุ่มควบคุม ($n = 20$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ($n = 20$)	กลุ่มควบคุม ($n = 20$)	ค่าสถิติทดสอบ	p-value
เพศ			$\chi^2 = 1.00$	.752
ชาย	11	10		
หญิง	9	10		
อายุ ($mean \pm SD$)	37.60 ± 11.59	33.45 ± 11.68	$t = 1.128$	.266
ระดับการศึกษา			$\chi^2 = 1.210$	.546
ต่ำกว่าอนุปริญญาตรี	7	5		
อนุปริญญาตรี	4	7		
สูงกว่าปริญญาตรี	9	8		
อาชีพ			$\chi^2 = 2.219$	.528
รับจ้าง	6	8		
ค้าขาย	5	7		
ธุรกิจส่วนตัว	7	3		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	2		
รายได้ (บาท/เดือน)			$\chi^2 = 3.158$	.368
น้อยกว่า 10,000	1	3		
10,000 - 15,000	10	5		
15,001 - 20,000	4	6		
20,001 - 30,000	5	6		
ระยะเวลาการนอนหลับ (ชั่วโมง/คืน)	$6.9 \pm .852$	7.40 ± 1.273	$t = -1.459$	.153
อาการแมเนีย (YMRS)	4.15 ± 2.48	4.40 ± 1.79	$t = -0.366$	.716
ภาวะซึมเศร้า (MADRS)	3.20 ± 3.64	3.90 ± 3.40	$t = -0.629$	.716

YMRS: Young Mania Rating Scale, MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการทำหน้าที่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 40)

การทำหน้าที่ (FAST)	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		t	p-value
	mean	SD	mean	SD		
ก่อนการทดลอง	59.58	10.12	58.20	9.64	0.528	.602
หลังการทดลอง	36.65	7.71	42.15	8.11	-2.198	.034

FAST: Functioning Assessment Short Test

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ภายในกลุ่ม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่ภายในกลุ่มด้วยสถิติ paired t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่หลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.716, p < .001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมหลังได้รับการดูแลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่หลังการทดลองลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($t = 6.000, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

การศึกษานี้ทดสอบผลของโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมต่อระดับการทำหน้าที่ของผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้วที่อยู่ในระยะอาการสงบ เปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติอย่างเดียว สามารถอภิปรายผลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ดังนี้

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทั้ง 2 กลุ่มมีความบกพร่อง

อยู่ในระดับรุนแรง (> 40 คะแนน) โดยคะแนนเฉลี่ยทั้งสองกลุ่ม (59.58 และ 58.20 คะแนน ตามลำดับ) อยู่ในระดับที่สูงกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ทั้งในต่างประเทศของ Rosa และคณะ¹³ และในประเทศไทยของ Suratawamit²¹ ที่พบความบกพร่องเฉลี่ยในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ความแตกต่างนี้สามารถอธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและบริบทของการศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาก่อนหน้านี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยนอกที่อาการทางคลินิกสงบและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนเป็นระยะเวลานานแล้ว ขณะที่ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยในที่เพิ่งผ่านพ้นระยะกำเริบเฉียบพลันและเพิ่งเข้าสู่ระยะอาการสงบระดับความบกพร่องที่พบนี้สะท้อนให้เห็นว่า การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ที่มีความล่าช้า (lag time) และตามหลังการฟื้นตัวของอาการทางจิต ดังที่พบในการศึกษาของ Dion และคณะ⁴ แสดงถึงความจำเป็นในการฟื้นฟูทางจิตสังคมแบบเข้มข้นสำหรับโรคอารมณ์สองขั้วในบริบทผู้ป่วยในก่อนการจำหน่ายกลับสู่ชุมชน

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ เพิ่มเติมจากการดูแลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่ ลดลงและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์นี้สนับสนุนการประยุกต์กรอบแนวคิดการฟื้นฟู

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบการทำหน้าที่ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง (n = 20) และกลุ่มควบคุม (n = 20)

	การทำหน้าที่ (FAST)		t	p-value
	mean	SD		
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	59.58	10.12	6.716	< .001
หลังการทดลอง	36.65	7.71		
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	58.20	9.64	6.000	<.001
หลังการทดลอง	42.15	8.11		

FAST: Functioning Assessment Short Test

สมรรถภาพจิตสังคมของ Anthony¹⁰ ที่มุ่งเน้นกระบวนการคืนสู่สภาวะ เนื่องจากโปรแกรมกลุ่มปิดนี้ช่วยดึงศักยภาพภายในของผู้ป่วยผ่านกิจกรรมที่จำเพาะเจาะจงกับโรคอารมณ์สองขั้ว ตั้งแต่การสร้างความตระหนักรู้ในตัวโรค วินัยการใช้ยา การระบุสัญญาณเตือนล่วงหน้า การจัดการอารมณ์ ไปจนถึงการวางแผนชีวิต การฝึกทักษะเหล่านี้ช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเอง และลดความบกพร่องในการทำหน้าที่ โดยเฉพาะกิจกรรมที่ 5 ที่เน้นการพัฒนาทักษะชีวิตผ่านการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม (SMART Goal) ในการรักษากิจวัตรประจำวัน การจัดการทางการเงิน การวางแผนใช้เวลาร่วม รวมถึงการจัดทำตารางชีวิตรายวันและแผนรายรับ-รายจ่ายด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Levenson และคณะ (2015)⁹ และ Steardo และคณะ (2020)¹² ที่พบว่าการประยุกต์ใช้แนวคิด IPSRT กล่าวคือ การรักษาสุขภาพจิตและจังหวะเวลาในการดำเนินชีวิตทางสังคมให้คงที่ สม่ำเสมอ ช่วยลดการกำเริบซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว เมื่อเปรียบเทียบกับโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมที่ใช้แนวคิดการคืนสู่สภาวะก่อนหน้านี้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการในบริบทผู้ป่วยนอกหรือในชุมชนที่ใช้ระยะเวลาการบำบัดที่ยาวนาน หรือเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดในระดับลึกที่ต้องใช้ทักษะทางการรู้คิดขั้นสูง^{6,7} ส่วนโปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในรูปแบบกลุ่มปิด หอผู้ป่วยใน โดยผู้เข้าร่วมอยู่ในช่วงหลังพ้นระยะวิกฤตของโรค จึงมีความจำเป็นต้องได้รับกิจกรรมฟื้นฟูที่มีโครงสร้างชัดเจนและไม่ซับซ้อน โดยจุดเด่นสำคัญของโปรแกรมนี้นี้เมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา คือ การบูรณาการแนวคิดสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับโรคอารมณ์สองขั้วเข้าด้วยกัน และจัดลำดับการส่งเสริมความรู้และทักษะอย่างเป็นขั้นตอนตามระดับการเรียนรู้ ตั้งแต่การให้สุขภาพจิตศึกษา การสังเกตอาการเตือน การจัดการอารมณ์ ตลอดจนการฝึกปฏิบัติผ่าน SMART Goal ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแปลเป้าหมายการฟื้นฟูที่เป็นนามธรรมให้เป็นรูปธรรม สามารถปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน และมีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทและความต้องการของแต่ละบุคคล

ทั้งนี้ ผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างเดียวยังมีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่อง

ในการทำหน้าที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน อาจเนื่องจากผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้วเมื่อเข้าสู่ระยะอาการสงบระดับสารสื่อประสาทและความตื่นตัวของระบบประสาทจะเริ่มกลับคืนสู่สภาวะสมดุล ส่งผลให้ระดับความสามารถในการทำหน้าที่พื้นฐานบางด้านฟื้นตัวขึ้นตามธรรมชาติ (natural course of recovery)^{1,3,13} นอกจากนี้ ยังอาจอธิบายได้จากมาตรฐานการดูแลภายในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งมุ่งเน้นการควบคุมอาการทางจิตด้วยยา ควบคู่กับการดูแลทางจิตสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Reinales และคณะ⁷ และ Miklowitz และ Johnson¹¹ ที่ระบุว่า การบำบัดที่เน้นการส่งเสริมทักษะชีวิต (life skills training) ควบคู่กับการใช้ยาช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปทำหน้าที่ทางสังคม อาชีพ และครอบครัวได้มากกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตาม คณะแนวนเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมยังอยู่ในระดับรุนแรง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองที่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนว่า แม้การดูแลตามปกติจะช่วยให้อาการทางจิตสงบและทำให้การทำหน้าที่ฟื้นตัวได้บางส่วน แต่อาจยังไม่เพียงพอต่อการช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคมได้ตามศักยภาพของตนเอง จึงจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูทางจิตสังคมที่จำเพาะเจาะจงต่อโรคควบคู่กัน

การศึกษานี้มุ่งเน้นการพัฒนาแนวทางการฟื้นฟูทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้วที่อยู่ในระยะอาการสงบและมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ โดยใช้เครื่องมือวัดผลที่เป็นแบบประเมินเฉพาะโรค (disease-specific instrument) คือ แบบประเมิน FAST ฉบับภาษาไทย ซึ่งมีความไวสูงในการตรวจจับความเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ในผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้วโดยเฉพาะ และมีกระบวนการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนและการลดอคติของผู้ประเมินผลการศึกษาแสดงถึงความสำคัญของการประเมินความบกพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้ว และเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะโรคเพิ่มเติมจากมาตรฐานการพยาบาลในระยะเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เพื่อลดความบกพร่องในการทำหน้าที่และช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามศักยภาพ

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ดังนี้ 1) ระยะเวลาในการติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมมีเพียง

1 เดือน ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอที่จะยืนยันความคงอยู่ของผลลัพธ์ (sustainability) ในระยะยาว และ 2) แม้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการทำหน้าที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง อาจสะท้อนว่าการฟื้นฟูในระยะเวลาสั้นอาจยังไม่เพียงพอในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์ การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรพิจารณาขยายระยะเวลาการติดตามในระยะยาว เช่น 6 เดือน และ 1 ปี เพิ่มกิจกรรมการติดตามหนุนเสริม (booster sessions) เป็นระยะภายหลังผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เพื่อประคับประคองการทำหน้าที่ในสถานการณ์จริง และขยายผลการศึกษาไปสู่รูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน (community-based rehabilitation) โดยดึงครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมจังหวะทางสังคมของผู้ป่วย

สรุป

โปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมที่ประยุกต์แนวคิดการคืนสู่สุขภาพและแนวคิดการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและจังหวะทางสังคม (IPSRT) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 5 ครั้ง ครั้งละ 60 - 75 นาที ดำเนินการ 1 ครั้งต่อวัน ติดต่อกัน 5 วัน มุ่งเน้นความเข้าใจโรค การใช้ยา การรู้ทันอาการเตือน การจัดการอารมณ์ และการวางแผนชีวิต ช่วยลดความบกพร่องในการทำหน้าที่โดยรวมของผู้ที่มีโรคอารมณ์สองขั้วที่อยู่ในระยะอาการสงบ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มการดูแลตามปกติอย่างเดียวยังสามารถนำไปใช้เป็นส่วนเสริมควบคู่กับการดูแลตามปกติ เพื่อเพิ่มการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ได้ตามศักยภาพของผู้ป่วย

คำประกาศการใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์

บทความนี้มีการใช้เครื่องมือ Gemini Pro 3.1 เพื่อวัตถุประสงค์ในการแปลภาษาเชิงวิชาการ โดยเฉพาะการเขียนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ และช่วยจัดลำดับโครงร่างของการนำเสนอเนื้อหาในบทความเท่านั้น โดยผู้เขียนไม่ได้ใช้ AI สร้างข้อค้นพบ วิเคราะห์ข้อมูล หรือสร้างเนื้อหาหลักทางวิชาการแต่อย่างใด หลังจากใช้คำแนะนำดังกล่าวจาก AI ผู้เขียนได้ทำการตรวจสอบ ทบทวน ปรับปรุงเนื้อหาทั้งหมดอย่างละเอียด และขอรับผิดชอบต่อความถูกต้องของเนื้อหาในบทความฉบับนี้แต่เพียงผู้เดียว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการและบุคลากรทางการแพทย์ประจำหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศรีธัญญา ที่ให้การสนับสนุนด้านการประสานงาน อำนวยความสะดวกด้านสถานที่ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับบริบทการดูแลผู้ป่วยใน ตลอดจนมาตรฐานความปลอดภัยและจริยธรรมในการดำเนินวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet*. 2016;387(10027):1561-72. doi:10.1016/S0140-6736(15)00241-X.
- Ratheesh A, Hett D, Raiman J, Wong E, Berk L, Conus P, et al. A systematic review of interventions in the early course of bipolar disorder I or II: a report of the International Society for Bipolar Disorders Taskforce on early intervention. *Int J Bipolar Disord*. 2023;11(1):1. doi:10.1186/s40345-022-00275-3.
- Vieta E, Berk M, Schulze TG, Carvalho AF, Suppes T, Calabrese JR, et al. Bipolar disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4:18008. doi:10.1038/nrdp.2018.8.
- Dion GL, Tohen M, Anthony WA, Waternaux CS. Symptoms and functioning of patients with bipolar disorder six months after hospitalization. *Hosp Community Psychiatry*. 1988;39(6):652-7. doi:10.1176/ps.39.6.652.
- Bonnín CDM, Reinares M, Martínez-Arán A, Jiménez E, Sánchez-Moreno J, Solé B, et al. Improving functioning, quality of life, and well-being in patients with bipolar disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2019;22(8):467-77. doi:10.1093/ijnp/pyz018.
- Yildiz M. Psychosocial rehabilitation interventions in the treatment of schizophrenia and bipolar disorder. *Noro Psikiyatri Ars*. 2021;58(Suppl 1):S77-82. doi:10.29399/npa.27430.
- Reinares M, Sánchez-Moreno J, Fountoulakis KN. Psychosocial interventions in bipolar disorder: what, for whom, and when. *J Affect Disord*. 2014;156:46-55. doi:10.1016/j.jad.2013.12.017.
- Chiang KJ, Tsai JC, Liu D, Lin CH, Chiu HL, Chou KR. Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2017;12(5):e0176849. doi:10.1371/journal.pone.0176849.

9. Levenson JC, Wallace ML, Anderson BP, Kupfer DJ, Frank E. Social rhythm disrupting events increase the risk of recurrence among individuals with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2015;17(8):869-79. doi:10.1111/bdi.12351.
10. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatr Rehabil J*. 1993;16(4):11-23. doi:10.1037/h0095655.
11. Miklowitz DJ, Johnson SL. The psychopathology and treatment of bipolar disorder. *Annu Rev Clin Psychol*. 2006;2:199-235. doi:10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095332.
12. Steardo L Jr, Luciano M, Sampogna G, Zinno F, Saviano P, Staltari F, et al. Efficacy of the interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) in patients with bipolar disorder: results from a real-world, controlled trial. *Ann Gen Psychiatry*. 2020;19:15. doi:10.1186/s12991-020-00266-7.
13. Rosa AR, Reinares M, Franco C, Comes M, Torrent C, Sánchez-Moreno J, et al. Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission. *Bipolar Disord*. 2009;11(4):401-9. doi:10.1111/j.1399-5618.2009.00698.x.
14. Rabelo JL, Cruz BF, Ferreira JDR, Viana BM, Barbosa IG. Psychoeducation in bipolar disorder: a systematic review. *World J Psychiatry*. 2021;11(12):1407-24. doi:10.5498/wjp.v11.i12.1407.
15. Morriss R, Lobban F, Riste L, Davies L, Holland F, Long R, et al. Clinical effectiveness and acceptability of structured group psychoeducation versus optimised unstructured peer support for patients with remitted bipolar disorder (PARADES): a pragmatic, multicentre, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(11):1029-38. doi:10.1016/S2215-0366(16)30302-9.
16. Fountoulakis KN, Grunze H, Vieta E, Young A, Yatham L, Blier P, et al. The International College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) treatment guidelines for bipolar disorder in adults (CINP-BD-2017), part 3: the clinical guidelines. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2017;20(2):180-95. doi:10.1093/ijnp/pyw109.
17. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*. 1978;133:429-35. doi:10.1192/bjp.133.5.429.
18. Kongsakon R, Bhatanaprabhabhan D. Validity and reliability of the young mania rating scale: Thai version. *J Med Assoc Thai*. 2005;88(11):1598-604.
19. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979;134(4):382-9. doi:10.1192/bjp.134.4.382.
20. Satthapisit S, Posayaanuwat N, Sasaluksananont C, Kaewpornawan T, Singhakun S. The comparison of Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS Thai) to diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) and to Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD): validity and reliability. *J Med Assoc Thai*. 2007;90(3):524-31.
21. Suratawamit S. Selected factors related to functioning of patients with bipolar disorder [Master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010.