

การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแลและลดการกลับเป็นซ้ำของ
ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ภัทราวรรณ สุนทโร

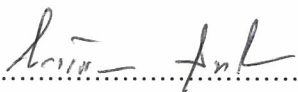
สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

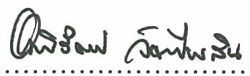
เรื่อง

การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแลและลดการกลับเป็นซ้ำของ
ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์



นาง ภัทราวรรณ สุนทโร

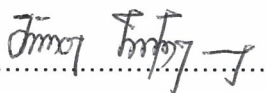
ผู้ศึกษา



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อติรัตน์ วัฒนไพลิน,

กศ.ด.(การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

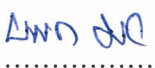
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก



อาจารย์ อติทยา พรชัยเกตุ โอิ ของ,

Ph.D.(Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

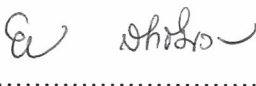


ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ ยาใจ ลิขिमงคล,

Ph.D.(Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

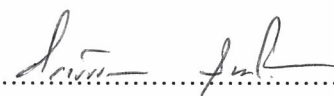
สารนิพนธ์

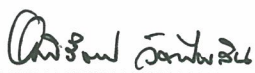
เรื่อง

การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแลและลดการกลับเป็นซ้ำของ
ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

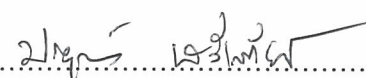
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

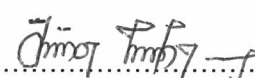
วันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2553


นาง นัทธารัตน์ สุนทรโร
ผู้ศึกษา

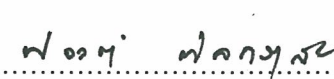

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อติรัตน์ วัฒนไพลิน,
กศ.ด.(การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)
กรรมการสอบสารนิพนธ์


รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธิมงคล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์


นาย ประยุทธ์ เสรีเสถียร,
พ.บ.,ว.ว. จิตเวชศาสตร์
กรรมการสอบสารนิพนธ์


อาจารย์ อติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง,
Ph.D.(Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์


ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล


รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความรู้ และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิรัตน์ วัฒนไพลิน อาจารย์ที่ปรึกษา และอาจารย์ ดร.อติยา พรชัยเกตุโอว ของ ซึ่งได้เสียสละเวลาในการให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ ห่วงใย และให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ผู้ศึกษาซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งในความกรุณาและขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล ประธานสอบสารนิพนธ์ และ นพ.ประยุทธ์ เสรีเสถียร กรรมการสอบสารนิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขสารนิพนธ์ เพื่อความสมบูรณ์และเหมาะสมของสารนิพนธ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต ที่ให้การสนับสนุนทุนการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผนก ข (ภาคพิเศษ) ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยชาย 1 และผู้ร่วมงานของโรงพยาบาลศรีธัญญาทุกท่าน ที่ให้โอกาสและสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้

ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่อบรมเลี้ยงดู ส่งเสริมสนับสนุนด้านการศึกษา เป็นกำลังใจแก่ผู้ศึกษาในทุกๆด้านมาโดยตลอด ขอขอบคุณครอบครัว และกัลยาณมิตรเพื่อนร่วมรุ่น 3 ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจห่วงใยซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอจนทำให้สารนิพนธ์สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ท้ายสุดนี้ คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากการทำสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาจะนำไปพัฒนาวิชาชีพ พัฒนาองค์กรเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดจากการศึกษาครั้งนี้ต่อไป

ภัทราวรรณ สุนทโร

การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแลและลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

PSYCHOEDUCATION TO INCREASE KNOWLEDGE OF CAREGIVERS AND REDUCE RELAPSE OF PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDERS: EVIDENCE-BASED NURSING

ภัทราวรรณ สุนทโร 4836939 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร),
อติยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อหาแนวทางการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว โดยมีขั้นตอนการศึกษาค้นคว้าดังนี้ (1) กำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิก คือ “สุขภาพจิตศึกษาเพื่อเพิ่มความรู้ของผู้ดูแล และลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีรูปแบบอย่างไร” (2) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกได้จำนวน 5 เรื่อง เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ II (randomized controlled trials) จำนวน 4 เรื่อง ระดับ IV (งานวิจัยวัดก่อนและหลังการบำบัด) จำนวน 1 เรื่อง (3) วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ สรุปเป็นข้อแนะนำได้ ดังนี้ 1) ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่อยู่ในช่วงระยะอาการรุนแรงด้วยภาวะเมเนียหรือภาวะซึมเศร้า ควรได้รับสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวซึ่งเป็นการบำบัดครอบครัวหรือการบำบัดการสมรส และ ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่อยู่ในช่วงระยะอาการสงบควรเข้ารับสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม หรือการอบรมเชิงปฏิบัติการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแล 2) ผู้ให้สุขภาพจิตศึกษาจะต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอารมณ์สองขั้ว การจัดและดำเนินการกลุ่มและได้รับการฝึกเป็นผู้บำบัดรายครอบครัว 3) เนื้อหาของสุขภาพจิตศึกษา ควรประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้ว สาเหตุ การระบุนำของภาวะเมเนียและภาวะซึมเศร้า การรักษาโรคอารมณ์สองขั้ว ความสำคัญและบทบาทของครอบครัวต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา ปักจียปกป้องและการระบุปักจียกระตุ้นให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ แผนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การจัดการกับความเครียดในครอบครัวโดยการฝึกทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหา แหล่งประโยชน์ทางสังคม และประเด็นด้านกฎหมาย ภาวะฉุกเฉินและข้อมูลที่สำคัญอื่นๆ เช่น การฆ่าตัวตาย การตั้งครรภ์ ปักจียทางพันธุกรรม และสรุปการบำบัดแต่ละครั้ง

ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ควรได้รับสุขภาพจิตศึกษาที่เหมาะสมกับระยะอาการของผู้ป่วย และควรนำรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาไปทดลองนำร่องในหน่วยงานเพื่อเป็นการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดให้เหมาะสมก่อนขยายผลไปยังหน่วยงานอื่น

คำสำคัญ: ผู้ดูแล / ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว / การกลับเป็นซ้ำ / การให้สุขภาพจิตศึกษา /
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

PSYCHOEDUCATION TO INCREASE KNOWLEDGE OF CAREGIVERS AND REDUCE RELAPSE OF PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDERS: EVIDENCE-BASED NURSING

PHATTRAWAN SUNTHARO 4836939 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D.,
ATITTAYA PORNCHAIKATE AU YEONG, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

This study aimed at analyzing and synthesizing empirical research evidence to develop psychoeducational recommendations for caregivers of patients with bipolar disorders. The study methodology comprised: 1) identifying the clinical problem of study, that is “what is the format of psychoeducation intervention to increase caregivers’ knowledge and reduce relapse of patients with bipolar disorders?”; 2) searching the evidence related to the clinical problem, five research studies were found: four were level 2 evidence (randomized controlled trial research studies), and one was level 4 evidence (pre-post test research studies); and 3) analyzing and synthesizing the evidence.

The results led to the following recommendations: 1) psychoeducation interventions for caregivers of patients with bipolar disorders in acute mania or a depressive episode should consist of family focused psychoeducation treatment such as family therapy or marriage therapy, while caregivers of patients with bipolar disorders in a latent phase should participate in group psychoeducation or a psychoeducation group workshop; 2) therapists for psychoeducation programs should possess experience in bipolar disorder care, group management, and be trained as a family therapist; 3) the contents of psychoeducation comprised knowledge on the nature of bipolar disorders, causes, signs and prodrome symptoms of mania and depressive episodes, therapy, treatment regimen compliance, family role in the treatment regimen compliance, preventive and risk factors of relapse such as interrupted social life and alcohol and drug abuse, relapse prevention plan, family stress management by communication skills and problem solving skills training, source of social and legal support, emergency management and other information such as suicide, pregnancy, and genetic factors.

Caregivers and patients with bipolar disorders should receive psychoeducation intervention as appropriate to the psychotic symptoms. A pilot study of this psychoeducation program should be carried out in a clinical setting in order to develop appropriate psychoeducational guidelines for caregivers of patients with bipolar disorders before extensive implementation in other organizations.

KEY WORDS: CAREGIVERS / PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER /
RELAPSE / PSYCHOEDUCATION / EVIDENCE-BASED NURSING

127 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา	18
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	19
1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	19
บทที่ 2 วิธีการดำเนินการ	
2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	20
2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	22
บทที่ 3 ผลการดำเนินการ	
3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น	26
3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์	27
3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	32
3.4 ข้อเสนอแนะ	87
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปการศึกษา	91
ข้อเสนอแนะ	92
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	93
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	106
รายการอ้างอิง	118
ภาคผนวก	123
ประวัติผู้ศึกษา	127

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์	27
2	ตารางสกัดหลักฐานเชิงประจักษ์	33
3	สรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table)	79

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่สนใจ

ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar Disorders) เป็นผู้ป่วยที่มีการแสดงออกของความผิดปกติทางอารมณ์เป็นอาการสำคัญ อารมณ์แปรปรวนที่ผิดปกตินั้น อาจเป็นอารมณ์เศร้าหรืออารมณ์รื่นเริงสนุกสนานผิดปกติ(สมภพ เรืองตระกูล, 2548; Videbeck, 2006) ในช่วงระยะอารมณ์ซึมเศร้า (Depress episode) ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า หดหู่ ร้องไห้ง่าย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เชื่องช้า (decreased energy) ต้งเล ตัดสินใจไม่แน่นอน ไม่มั่นใจตัวเอง คิดช้า (difficulty thinking) ไม่มีสมาธิ (poor concentrate) รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า (worthlessness) และมีความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) และในช่วงที่มีอารมณ์คลุ้มคลั่ง (Mania episode) ผู้ป่วยจะรู้สึกมีความสุขมาก อารมณ์ดี คึกคัก มีกำลังวังชา ขยันกว่าปกติแต่ทำได้ไม่ดี ความต้องการนอนน้อยลง (decreased need for sleep) พุดคุยตกทายผู้อื่น แม้แต่กับคนแปลกหน้า พุดมาก พุดเร็ว กิจกรรมทางเพศเพิ่มขึ้น (hypersexuality) ใช้จ่ายเปลือง (expensive) มีโครงการในกิจการต่างๆ มากมาย เชื้อมั่นตนเองมาก การตัดสินใจไม่เหมาะสม ไม่รับฟังผู้อื่น ขาดความยับยั้งชั่งใจ หากถูกห้ามปรามหรือขัดขวางในสิ่งที่ต้องการจะหงุดหงิด ฉุนเฉียว ในรายที่มีอาการรุนแรงจะพบมีอาการหลงผิดแบบมีความสามารถพิเศษเหนือคนอื่น (Grandiosity) จนถึงมีภาวะหวาดระแวง (Paranoid) ได้ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; Antai-Otong, 2003; American Psychiatric Association, 2000)

โรคอารมณ์สองขั้วเป็นหนึ่งใน 12 ปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชที่สำคัญของประเทศไทย (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2547) กรมสุขภาพจิต (2548) รายงานว่า โรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรคที่พบได้ 1 % ของประชากร กล่าวคือ มีผู้ป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วในประเทศไทยประมาณ 600,000 คน จากข้อมูลของศูนย์สารสนเทศกองแผนงาน กรมสุขภาพจิต (2551) ได้รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่ใช้บริการของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตว่า มีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นเรื่อยๆตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 – 2551 ดังนี้คือ ปี พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยจำนวน 37,826 ราย ปี พ.ศ. 2550 มีผู้ป่วยจำนวน 53,890 ราย ส่วนในปี พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยจำนวนถึง 57,173 ราย และจากรายงานประจำปี พ.ศ. 2552 ของโรงพยาบาล ศรีธัญญา แสดงให้เห็นเช่นกันว่าทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาล มีจำนวนผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมาใช้บริการเป็นจำนวน

มาก โดยมีผู้ป่วยนอกจำนวน 6,431 ราย และมีจำนวนผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสูงเป็นอันดับที่ 2 รองจากผู้ป่วยโรคจิตเภท อีกทั้งยังมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันถึงร้อยละ 5.3 และมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 90 วันร้อยละ 10.1 ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของโรคอารมณ์สองขั้วในปัจจุบันมีหลายแนวคิด ซึ่งส่วนใหญ่อธิบายว่า โรคอารมณ์สองขั้วมีสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกันหลายประการ กล่าวคือ 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม ความผิดปกติของสารสื่อประสาท เช่น norepinephrine serotonin และ dopamine ความผิดปกติของระบบประสาท – ต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) เช่น ไทรอยด์ฮอร์โมน (thyroid hormone) คอร์ติซอล (cortisol hormone) ความผิดปกติของสรีรวิทยาของสมอง 2) ปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่ ความเครียดเป็นสาเหตุซึ่งทำให้อาการของโรคกำเริบได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) พบว่ามีเหตุการณ์ในชีวิตและสิ่งแวดล้อม (life and environment) ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้แก่ การที่สูญเสียพ่อแม่หรือคู่ครอง การมีปัญหาด้านการเงิน การเจ็บป่วยหรือความล้มเหลวในชีวิต ผู้ที่มีการสูญเสียบิดามารดาก่อนอายุ 11 ปี อาจทำให้ป่วยเป็นโรคนี้ได้ และ 3) ปัจจัยกระตุ้นด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดอาการได้แก่ การเปลี่ยนที่อยู่หรืองานใหม่ การตกงาน (ธวัชชัย ลิพหานาจ และ สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549; Sadock & Sadock, 2005; Shives, 2005) โดยเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จะมีอาการราว 4 ครั้ง (episode) ในช่วงเวลา 10 ปี และตลอดชีวิตอาจถึง 10 ครั้ง โดยในระยะเริ่มแรกช่วงห่างระหว่างแต่ละช่วงระยะป่วย (episode) จะห่างกันมากเช่น 5 ปี หลังจากนั้นช่วงห่างของแต่ละช่วงระยะป่วยจะสั้นลงเรื่อยๆ จนกระทั่ง หลังผู้ป่วยมีอาการแล้วราว 4 - 5 ครั้ง อย่างไรก็ตามความถี่ห่างของช่วงระยะป่วยแต่ละครั้งยังขึ้นอยู่กับปัจจัยกระตุ้นอื่นๆ ด้วย เช่น การอดนอนบ่อยอาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเมเนีย (Mania episode) ได้บ่อย (มานิต ศรีสุภานนท์ และ จำลอง ดิษยวิช, 2542)

ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคอารมณ์สองขั้ว

อาการซึมเศร้า (Major Depressive episode)

ผู้ป่วยจะมีอาการสำคัญ คือ เศร้า ไม่สนใจใฝ่ดี (loss of interest) ไม่ร่าเริง ไม่รู้สึกสนุกสนาน (loss of pleasure) อาจจะรู้สึกหมดหวัง (hopeless) รู้สึกตนเองไม่มีค่า (worthless) รู้สึกว่าจิตใจเจ็บปวด (emotional pain) จะมีพลังงานลดลง (reduced energy) มีอาการอ่อนเพลียเมื่อยล้า ทำงานเสร็จยาก (difficult to finishing tasks) ขาดแรงจูงใจที่จะเริ่มงานใหม่ๆ การเรียนและการงานถูกกระทบกระเทือน (ธวัชชัย ลิพหานาจ และ สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549) ในผู้ป่วยไทยอาจไม่พบว่าเศร้าแต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม (มานิต ศรีสุภานนท์ และ จำลอง ดิษยวิช, 2548) ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของการนอนหลับ อาจตื่นแต่เช้ามืด ตื่นบ่อยๆ

ในขณะที่ตื่นผู้ป่วยจะหมกมุ่นครุ่นคิดเกี่ยวกับปัญหา ผู้ป่วยจะไม่อยากอาหาร น้ำหนักตัวจะลดลง ผู้ป่วยบางรายจะกลับอยากอาหาร น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น นอนหลับมากขึ้น ผู้ป่วยลักษณะดังกล่าว เรียกว่า atypical depression อาการผิดปกติอื่นๆ ได้แก่ ระบุผิดปกติ อารมณ์ต้องการทางเพศ และ กิจกรรมทางเพศลดลง ความสามารถขององคชาตในการแข็งตัวลดลง (สุชาติ พหลภักย์, 2542) ผู้ป่วยจะมีการผิดปกติของการรู้คิด (cognition) ร่วมด้วย เช่น ไม่มีสมาธิ (concentrate) ไม่สามารถ คิดหรือคิดไม่ออก ผู้ป่วยจำนวน 2 ใน 3 จะคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 10-15 จะฆ่าตัวตาย สำเร็จ ช่วงที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงจะเป็นช่วงที่อารมณ์ซึมเศร้ากำลังดีขึ้น และมีพลังกำลังมากขึ้น เพียงพอที่จะฆ่าตัวตายได้ การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในช่วงนี้เรียกว่า paradoxical suicide (ธวัชชัย ลิพหานาจ และ สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549)

อาการเมเนีย (Manic episode)

มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2548) อธิบายอาการของผู้ป่วยเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะรู้สึกมีความสุขมาก อารมณ์ดี พุดจามีอารมณ์ขัน ล้อเลียนผู้อื่น ลึกคะนอง ไม่สำรวม มีการแสดงออกของอารมณ์หรือความต้องการอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่คำนึงถึงผู้อื่นหรือกฎเกณฑ์ของสังคม หากถูกห้ามปรามหรือขัดขวางในสิ่งที่ตนต้องการจะหงุดหงิด ฉุนเฉียว
2. ด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยจะรู้สึกคึกคัก มีกำลังวังชา ขยันมากกว่าปกติแต่มักทำได้ไม่ถ้อยดี ความต้องการนอนน้อยลง ชอบพูดคุยกักทายนผู้อื่น แม้แต่กับคนแปลกหน้า พุดมาก พุดเร็ว ใช้จ่ายสิ้นเปลือง อาจมีกิจกรรมทางเพศเพิ่มมากขึ้นแม้กับคนที่ไม่รู้จัก มีการดื่มสุรา มีการใช้ยาหรือสารบางอย่างเพิ่มขึ้น
3. ด้านความคิด ผู้ป่วยจะมีความคิดสร้างสรรค์มากมาย มีโครงการในกิจการต่างๆ เกิดตัว เชื่อมมั่นในตนเองมากร่วมกับการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม ไม่ยอมรับฟังผู้อื่น ในรายที่เป็นรุนแรงจะพบมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอน โดยเนื้อหามักจะเกี่ยวกับเรื่องของอำนาจวิเศษ ศาสนา หรือบางครั้งอาจมีลักษณะแปลกๆ เช่นเดียวกับที่พบในโรคจิตเภท

ผู้ป่วยในระยะอาการเมเนีย มักจะแสดงพฤติกรรมที่เกิดจากการยับยั้งชั่งใจไม่ได้ เช่น การดื่มสุรามากๆ เล่นการพนัน หรือเสี่ยงโชคอย่างมาก เปลื้องผ้าในที่สาธารณะ แต่งตัวและประดับร่างกายด้วยสิ่งดูฉาวที่ประชาชนทั่วไปไม่นิยม บางรายอาจลดลดอวยอย่างมากถึงกับเล่นปีสสาวะ และอุจจาระของตนเองก็มี (ธวัชชัย ลิพหานาจ และ สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549)

การวินิจฉัยและจำแนกชนิดของโรคอารมณ์สองขั้ว สามารถใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 และ DSM –IV-TR ซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาว่ามีหรือไม่มีภาวะความผิดปกติด้านอารมณ์ (mood episode) ที่ประกอบด้วยหลายช่วงระยะป่วย (episode) ด้วยกัน อ้างใน ปราโมทย์ สุคนิชย์ และ มาโนช หล่อตระกูล (2541) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

Major depressive episode มีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้

A) มีอาการดังต่อไปนี้ ห้าอาการ (หรือมากกว่า) ร่วมกันอยู่นาน 2 สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆไปจากแต่ก่อนโดยมีอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อของ (1) อารมณ์ซึมเศร้า (2) เบื่อหน่าย (3) ไม่มีความสุข (ไม่รวมอาการที่เห็นชัดว่าเป็นจากภาวะความเจ็บป่วยทางกายหรือ mood-in-congruent delusion หรือ hallucinations)

(1) มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวันแทบทุกวัน โดยได้จากการบอกของผู้ป่วย เช่น รู้สึกเศร้า หรือว่างเปล่า หรือได้จากการสังเกตของผู้อื่น เช่น เห็นว่าร้องไห้

(2) ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก เป็นส่วนใหญ่ของวันแทบทุกวัน (โดยได้จากการบอกของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น)

(3) น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้เป็นจากการคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (ได้แก่ น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหาร หรือเจริญอาหารแทบทุกวัน

(4) นอนไม่หลับ หรือหลับมากไปแทบทุกวัน

(5) psychomotor agitation หรือ retardation แทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่น มิใช่เพียงจากความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวายหรือช้าลง)

(6) อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน

(7) รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไปแทบทุกวัน

(8) สมาธิ หรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้แทบทุกวัน (โดยได้จากการบอกของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น)

(9) คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ คิดอยากตายอยู่เรื่อยๆ โดยมีได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

B) อาการเหล่านี้ไม่เข้าอยู่กับเกณฑ์ของ Mixed episode

C) อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆที่สำคัญ บกพร่องลง

D) อาการไม่ได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร เช่น สารเสพติด ยา หรือจากภาวะการเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hypothyroidism)

E) อาการไม่เข้ากับ Bereavement ได้ดีกว่า ได้แก่ มีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือน หลังการสูญเสียคนที่ตนรัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงมาก หมกมุ่นอยู่กับความคิดว่าตนไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการโรคจิต หรือ psychomotor retardation

Manic episode มีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้

A) มีช่วงที่อารมณ์คลั่งคลั่ง แสดงความรู้สึกโดยไม่มีขั้ง หรืออารมณ์หงุดหงิดที่ผิดปกติ และคงอยู่ตลอดอย่างชัดเจนนานอย่างน้อย 1 สัปดาห์ (หรือนานเท่าใดก็ได้หากต้องอยู่ในโรงพยาบาล)

B) ในช่วงที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์นี้ พบมีอาการดังต่อไปนี้อยู่ตลอดอย่างน้อย 3 อาการ (หรือ 4 อาการหากมีเพียงอารมณ์หงุดหงิด) และอาการเหล่านี้รุนแรงอย่างมีความสำคัญ

- (1) มี self-esteem เพิ่มขึ้นมาก หรือมีความคิดว่าตนยิ่งใหญ่ (grandiosity)
- (2) ความต้องการนอนน้อยลง (เช่น นอนเพียง 3 ชั่วโมงก็รู้สึกเพียงพอแล้ว)
- (3) พูดคุยมากกว่าปกติ หรือต้องการพูดอย่างไม่หยุด
- (4) flight of idea หรือผู้ป่วยรู้สึกว่าความคิดแล่นเร็ว
- (5) วอกแวก (distractibility) ได้แก่ ถูกดึงความสนใจได้ง่าย แม้สิ่งเร้าภายนอกจะไม่สำคัญหรือไม่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่สนใจอยู่ในขณะนั้น
- (6) มีกิจกรรมซึ่งมีจุดหมายเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม การงานหรือการเรียน หรือด้านเพศ หรือ psychomotor agitation
- (7) หมกมุ่นอย่างมากกับกิจกรรมที่ทำให้เฟิดเฟิน แต่มีโอกาสสูงที่จะก่อให้เกิดความยุ่งยากติดตามมา เช่น ใช้จ่ายอย่างไม่ขั้ง ไม่ยับยั้งใจเรื่องเพศ หรือลงทุนทำธุรกิจอย่างโง่เขลา

C) อาการไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัย Mixed Episode

D) ความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นรุนแรงจนทำให้มีความบกพร่องอย่างมากในด้านการงานหรือกิจกรรมทางสังคมตามปกติ หรือสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น หรือทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือมีอาการโรคจิต

E) อาการไม่ได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา หรือการรักษาอื่น) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hypothyroidism)

Mixed episode มีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้

A) อาการเข้าได้กับเกณฑ์ทั้งของ Manic Episode และของ Major Depressive Episode แทบทุกวันในช่วงเวลาอย่างน้อย 1 สัปดาห์

B) ความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นรุนแรงจนทำให้มีความบกพร่องอย่างมากในด้านการงาน หรือกิจกรรมทางสังคมตามปกติ หรือสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น หรือทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือมีอาการโรคจิต

C) อาการไม่ได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา หรือการรักษาอื่น) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hypothyroidism)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วตามเกณฑ์ ICD-10 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2009)

F31 โรคอารมณ์สองขั้ว

ลักษณะเฉพาะของโรคนี้คือ มีระดับอารมณ์และพฤติกรรมสองสภาวะขึ้นไป พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน บางครั้งร่าเริง ขยัน ว่องไว (ไฮโปเมเนียหรือเมเนีย) บางครั้งอารมณ์หดหู่ เบื่อหน่าย เชื่องช้า (ซึมเศร้า) การเป็นซ้ำของเฉพาะภาวะไฮโปเมเนียหรือเมเนียเท่านั้น จัดเป็นแบบสองขั้ว

รวม: เมเนีย – ซึมเศร้า

- ป่วย
- โรคจิต
- ปฏิกริยา

ไม่รวม: โรคอารมณ์สองขั้ว มีภาวะเมเนียครั้งเดียว (F30.-) ไซโคลไทเมีย (F34.0)

F31.0 โรคอารมณ์สองขั้ว ปัจจุบันเป็นภาวะไฮโปเมเนีย

อาการที่ปรากฏขณะนี้คือไฮโปเมเนีย และเคยมีอาการทางอารมณ์อย่างน้อยหนึ่งอย่างในอดีต (ไฮโปเมเนีย เมเนีย ซึมเศร้าหรืออารมณ์ปนกัน)

F31.1 โรคอารมณ์สองขั้ว ปัจจุบันเป็นภาวะเมเนียโดยไม่มีอาการโรคจิต

อาการที่ปรากฏขณะนี้คือเมเนีย โดยไม่มีอาการโรคจิต (F30.1) และเคยมีอาการทางอารมณ์อย่างน้อยหนึ่งอย่างในอดีต (ไฮโปเมเนีย เมเนีย ซึมเศร้าหรืออารมณ์ปนกัน)

F31.2 โรคอารมณ์สองขั้ว ปัจจุบันเป็นภาวะเมเนียและมีอาการโรคจิต

อาการที่ปรากฏขณะนี้คือเมเนีย และมีอาการโรคจิต (F30.2) และเคยมีอาการทางอารมณ์อย่างน้อยหนึ่งอย่างในอดีต (ไฮโปเมเนีย เมเนีย ซึมเศร้าหรืออารมณ์ปนกัน)

F31.3 โรคอารมณ์สองขั้ว ปัจจุบันเป็นภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงหรือปานกลาง

อาการที่ปรากฏขณะนี้คืออารมณ์เศร้าชั่วคราว ทั้งแบบไม่รุนแรงและปานกลาง (F32.0หรือF32.1) และเชื่อได้ว่าเคยมีอาการทางอารมณ์อย่างน้อยหนึ่งอย่างในอดีต (ไฮโปเมเนีย เมเนีย ซึมเศร้าหรืออารมณ์ปนกัน)

F31.4 โรคอารมณ์สองขั้ว ปัจจุบันเป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรงโดยไม่มีอาการโรคจิต

อาการที่ปรากฏขณะนี้คืออารมณ์เศร้ารุนแรง โดยไม่มีอาการ โรคจิต (F32.2) และเชื่อได้ว่าเคยมีอาการทางอารมณ์อย่างน้อยหนึ่งอย่างในอดีต (ไฮโปเมเนีย เมเนีย ซึมเศร้าหรืออารมณ์ปนกัน)

F31.5 โรคอารมณ์สองขั้ว ปัจจุบันเป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรงและมีอาการโรคจิต

อาการที่ปรากฏขณะนี้คืออารมณ์เศร้ารุนแรง และมีอาการ โรคจิต (F32.3) และเชื่อได้ว่าเคยมีอาการทางอารมณ์อย่างน้อยหนึ่งอย่างในอดีต (ไฮโปเมเนีย เมเนีย ซึมเศร้าหรืออารมณ์ปนกัน)

F31.6 โรคอารมณ์สองขั้ว ปัจจุบันเป็นอารมณ์ปนกัน

มีประวัติคิดว่าเชื่อได้ว่า เคยมีอาการทางอารมณ์แบบไฮโปเมเนีย เมเนีย ซึมเศร้าหรืออารมณ์ปนกันอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ปัจจุบันมีอาการปนกันหรือเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วไปมาระหว่างเมเนียกับซึมเศร้า

ไม่รวม: ความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นครั้งเดียวและมีอารมณ์ปนกัน (F38.0)

F31.7 โรคอารมณ์สองขั้ว ปัจจุบันเป็นปกติ

มีประวัติคิดว่าเชื่อได้ว่า เคยมีอาการทางอารมณ์แบบไฮโปเมเนีย เมเนีย ซึมเศร้าหรืออารมณ์ปนกันอย่างน้อยหนึ่งครั้ง และต่อมามีอาการทางอารมณ์อย่างน้อยอีกครั้ง(ไฮโปเมเนีย เมเนีย ซึมเศร้าหรืออารมณ์ปนกัน) ปัจจุบันไม่มีอาการมาหลายเดือน กลุ่มที่ไม่มีอาการระหว่างได้รับยาป้องกันโรคจิตอยู่ในรหัสนี้ด้วย

F31.8 โรคอารมณ์สองขั้วแบบอื่น

โรคอารมณ์สองขั้วประเภทสอง

ภาวะเมเนียที่เป็นซ้ำ NOS

F31.9 โรคอารมณ์สองขั้ว ไม่ระบุรายละเอียด

ในการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วนั้น พบว่ามีการนำเกณฑ์การวินิจฉัยทั้งของระบบ DSM –IV-TR และเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบ ICD-10 มาใช้ในการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ซึ่งจะเห็นได้ว่าเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบ DSM –IV-TR มีการอธิบายและให้รายละเอียดของลักษณะอาการของโรคอารมณ์สองขั้วและระยะเวลาที่เกิดอาการ ที่เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคอย่างชัดเจนในแต่ละช่วงระยะป่วย (episode) ไว้อย่างละเอียด ส่วนในเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบ ICD-10 นั้น มีเกณฑ์ในการวินิจฉัยช่วงระยะป่วย (episode) ย่อยๆโดยจำแนกออกเป็นรหัสโรคไว้อย่างละเอียดง่ายต่อการให้การวินิจฉัยผู้ป่วยตามแต่ละช่วงระยะป่วย (episode) ปัจจุบันนั้นๆ

ปัจจัยที่นำสู่การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

โรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรคที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง กล่าวคือ ผู้ป่วยมีโอกาสกลับป่วยซ้ำได้ตลอดช่วงชีวิต โดยพบว่าผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 60 มีอาการกำเริบซ้ำทั้งภาวะเมเนีย (mania) หรือภาวะซึมเศร้า (depress) ภายใน 2 ปี และผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 75 มีอาการกำเริบซ้ำภายใน 5 ปี การดำเนินโรคของโรคอารมณ์สองขั้วนั้นในการฟื้นฟู-การกลับเป็นซ้ำให้ความสำคัญกับรูปแบบชีวจิตสังคม (biopsychosocial model) ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเปราะบางทางพันธุกรรม (genetic vulnerability) ความโน้มเอียงทางชีวภาพ (biological predispositions) ความเครียดในชีวิตหรือในครอบครัว (family or life events stress) และความเปราะบางทางจิตใจ (psychological vulnerability) (Miklowitz, 2007) ซึ่งผู้ป่วยที่มีความเครียด ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เช่น อดนอน (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) และไม่ร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง โดยที่ Scott & Pope (2002) ได้ศึกษาถึงความร่วมมือในการรักษาด้วยยาทำให้อารมณ์คงที่ (mood stabilizers) และระดับของยาในกระแสเลือด (plasma level) กับ การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยโรคผิดปกติทางอารมณ์ (Mood Disorder) จำนวน 98 คน โดยการใช้แบบรายงานด้วยตนเอง (Self-Reported) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจำนวน 6 คนไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้ป่วยจำนวน 29 คนปฏิบัติตามแผนการรักษาบางส่วน มีระดับของยาในกระแสเลือดต่ำกว่าขนาดรักษา ผู้ป่วยจำนวน 46 คนปฏิบัติตามแผนการรักษา และพบว่าผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาบางส่วน มีการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำจำนวนมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการปฏิบัติตามแผนการรักษา

การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วนั้นนอกจากจะสัมพันธ์กับปัจจัยด้านผู้ป่วย ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังมีปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ได้แก่ 1) การที่ผู้ดูแลไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้ว การรักษา การสังเกตอาการนำ และการจัดการกับอาการอย่างถูกต้องเหมาะสม 2) ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลส่งผลต่อการแสดงอารมณ์ระหว่างกันในครอบครัวสูง โดยพบว่าผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองในการเผชิญกับอาการของผู้ป่วยและสถานการณ์การดูแล ไม่มีข้อมูลในการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยว่าพฤติกรรมใดแสดงถึงอาการทางจิตและพฤติกรรมใดเป็นบุคลิกภาพของผู้ป่วย (Van Der Voot, Goossens & Van Der Bijl, 2007) และจะมีความเครียด วิตกกังวล โศกเศร้า และทุกข์ใจเมื่อให้การดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้รู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระและมีความยากลำบากต่อการดูแล ได้แก่ พฤติกรรมที่มากเกินไป (hyperactivity) การถูกกระตุ้นอารมณ์ได้ง่าย (irritability) ความรู้สึกไม่มีความสุข (misery) การแยกตัว (withdrawal) (Reinares, et al., 2006) เมื่อผู้ดูแลมี

ความเครียด ทุกข์ใจ และรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลต่อการตอบสนองทางอารมณ์ โดยที่ Perlick, et al. (2004) ได้ศึกษาถึงความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว (family burden) กับการตอบสนองทางอารมณ์ต่อผลการรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ซึ่งได้ศึกษาในผู้ป่วย และผู้ดูแลจำนวน 126 คู่ ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับสูง จะมีระดับการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยมากเกินไป (over-involvement) สูงด้วยเช่นกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยไม่ดี ซึ่งเป็นสิ่งสนับสนุนให้อาการทางอารมณ์กำเริบซ้ำบ่อยครั้ง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Dore & Romans (2001) ที่เกี่ยวกับผลกระทบของโรคอารมณ์สองขั้วต่อครอบครัวและคู่ของผู้ป่วย ในผู้ดูแลจำนวน 41 คน พบว่า ผู้ดูแลจำนวนร้อยละ 71 บอกว่ามีความเครียดมากในการดูแลผู้ป่วย และยังพบอีกว่าคู่ของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้วมาก่อนและไม่รู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคนี้ด้วย

ผลกระทบของโรคอารมณ์สองขั้ว

โรคอารมณ์สองขั้วนี้นอกจากผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำได้บ่อยแล้ว ผู้ป่วยจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ จนทำให้ไม่สามารถปฏิบัติบทบาทในหน้าที่ต่างๆทั้งของตนเองและของครอบครัวได้อันจะก่อให้เกิดสถานการณ์ต่างๆที่เป็นปัญหา มีผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมาก (Ogilvie, Morant & Goodwin, 2005; Perlick, et al., 2007) ได้แก่ 1) สถานการณ์ความเครียดที่มาจากอาการของผู้ป่วย การศึกษาของ Dore & Romans (2001) พบว่า ครอบครัวและคู่ของผู้ป่วย ร้อยละ 44 (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 41 คน) เคยได้รับประสบการณ์ความรุนแรงจากผู้ป่วย เช่น ถูกผู้ป่วยผลักล้มลง และพยายามเอาศีรษะโขกกับพื้น ถูกผู้ป่วยชูก้อนด้วยเลื่อยไฟฟ้า และถูกผู้ป่วยพยายามแทงด้วยมีด และมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยทั้งอาการด้านซึมเศร้า (Depress) และด้านเมเนีย (Mania) ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาต่างๆแก่ครอบครัว เช่น ปัญหาทางกฎหมาย และการศึกษาของ Perlick, Hohenstein, Clarkin, Kaczynski & Rosenheck (2005) พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยที่พบบ่อยและทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระแก่ผู้ดูแลอย่างรุนแรงได้แก่ ความรู้สึกไม่เป็นสุข (misery) การถูกกระตุ้นอารมณ์ได้ง่าย (irritability) พฤติกรรมที่มากเกินไป (overactivity) พฤติกรรมการแยกตัว (withdrawal) ของผู้ป่วย รวมทั้งพฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไปจากปกติของผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล (เคลือวัลย์ทรัพย์เจริญ, 2542) เช่น การอวดอวัยวะเพศ การมีเพศสัมพันธ์กับคนแปลกหน้า จนเกิดปัญหาตามมาได้แก่ การติดเชื้อทางโรค การตั้งครรภ์ 2) ผลกระทบด้านสัมพันธภาพเมื่อผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีอาการกลับเป็นซ้ำ เช่น มีอารมณ์หงุดหงิดถูกกระตุ้นได้ง่าย ก้าวร้าวรุนแรง จะส่งผลต่อสัมพันธภาพและการสื่อสารกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว (Dore & Romans, 2001; Heru & Ryan, 2004) 3) ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล คู่สมรสของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมากกว่า 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 37 คน ให้ข้อมูลว่า ชีวิตประจำวันของครอบครัวถูก

รบกวน ต้องตัดขาดจากการเข้าสังคม มีชั่วโมงการทำงานและรายได้น้อยลง หางเงินได้ลดลง มีความกังวลเกี่ยวกับการเงินเมื่อผู้ป่วยมีอาการ (Lam, Donaldson, Brown & Malliaris, 2005) และเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการป่วยชนิดรุนแรง เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ่อยครั้งทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปในระดับสูง (Gonzalez, et al., 2007)

ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเป็นผู้ป่วยเรื้อรังมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงจึงทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถประกอบอาชีพหาเลี้ยงตนเองได้ สูญเสียคุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา Roijen, et al., (2004) ได้ทำการศึกษาถึงค่าใช้จ่ายทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่าง ไม่สามารถทำงานได้เพราะปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต และค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยยาต่อผู้ป่วยต่อรายต่อปีเท่ากับ 848.33 เหรียญสหรัฐ โดยที่ในประเทศไทยนั้น ธวัชชัย ลิขิตานาจ, สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์ และ สรยุทธ วาสิกนันทน์ (2545) ได้รายงานถึงผลการศึกษาในการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของการรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว พบว่ามีค่าใช้จ่ายประมาณ 32,000 ถึง 34,000 บาทต่อรายต่อปี ถ้าในกรณีที่ต้องการให้การรักษาได้ผลและผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาดี ไม่มีผลข้างเคียงของยา และไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 70,000 ถึง 82,000 บาทต่อรายต่อปี

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาและปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมทั้งหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบ ซึ่งผู้ดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้วและการดำเนินโรค การดูแล ฟื้นฟู สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและให้ความช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที แต่จากการทบทวนผลการวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลยังไม่มีความเข้าใจในธรรมชาติของโรคที่ผู้ป่วยเป็น ไม่มีความสามารถในการจัดการกับอาการต่างๆของผู้ป่วย ต้องรับภาระหนักในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรักษา การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการ หรือเมื่อมีพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมได้ ปัญหาการสื่อสารในครอบครัว และการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ต่างๆของตนทั้งในด้านอาชีพการงานและด้านครอบครัว รวมถึงการที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ มีความเครียดในการดูแลผู้ป่วย แสดงอารมณ์วิพากษ์วิจารณ์และติเตียนผู้ป่วย อย่างไรก็ตามผู้ดูแลก็ยังเป็นผู้ที่ต้องให้การดูแลและอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญมากที่จะต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือสนับสนุนให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ไม่มีอาการกำเริบรุนแรง ไม่กลับป่วยซ้ำบ่อย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้

จากการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป อายุระหว่าง 27 – 64 ปี มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาถึงระดับปริญญาตรี ประกอบด้วยบิดา/มารดาจำนวน 2 ราย พี่/น้องจำนวน 2 รายและคู่สมรสจำนวน 6 ราย ให้ข้อมูลดังนี้ ผู้ดูแลส่วนมากไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไร ทราบเพียงว่าเป็นอาการทางโรคจิต มีความกลัวผู้ป่วย ไม่รู้ถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการกำเริบ ยังไม่รู้ว่าอาการนำก่อนอาการกำเริบของผู้ป่วยเป็นอย่างไร และไม่รู้ว่าคุณดูแลสามารถจัดการกับอาการนำได้อย่างเหมาะสมผู้ป่วยอาจจะไม่กลับป่วยซ้ำ และไม่เข้าใจว่าเพราะเหตุใดหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วผู้ป่วยยังมีพฤติกรรม พุดมาก ช่างคุย มักไม่ค่อยอยู่ติดบ้าน ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน มีคู่สมรสของผู้ป่วยหลายรายให้ข้อมูลว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการพุดมาก ออกนอกบ้าน ห้ามปรามไม่รับฟังได้เสียง จนเกิดการทะเลาะกันในครอบครัวบ่อยครั้ง มีผู้ป่วยจำนวน 3 รายที่เป็นผู้หารายได้เลี้ยงครอบครัวเพียงคนเดียว เมื่อผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำบ่อยและไม่สามารถทำหน้าที่ในครอบครัวได้เช่นเดิม มีปัญหาทางการเงินจากการสูญเสียรายได้และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้ทั้งครอบครัวมีความเครียดมาก แต่ไม่รู้จะจัดการกับปัญหาอย่างไร และขอความช่วยเหลือในการจัดการกับผู้ป่วยได้จากแหล่งใด เมื่อมีความเครียดทำให้มีการดูว่าหรือตำหนิผู้ป่วย

ในปัจจุบันการรักษาโรคอารมณ์สองขั้วนั้นมีหลายรูปแบบ การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลนั้นมีข้อบ่งชี้ คือ ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ก้าวร้าว มีอาการทางจิต รบกวนคนในครอบครัวญาติควบคุมพฤติกรรมไม่ได้ (มานิซ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ , 2548) แต่การรักษาโดยทั่วไปจะแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ตามลักษณะอาการของโรค คือ ระยะเฉียบพลัน และระยะยาว โดยมีรายละเอียดดังนี้

การรักษาในระยะเฉียบพลัน (Acute Phase)

การรักษาในระยะนี้ จะเริ่มจากการที่ผู้ป่วยมีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วทั้งในภาวะเมเนีย (Mania episode) และภาวะซึมเศร้า (Depressive episode) (ธวัชชัย ลิพหานาจ และ สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549) โดยแบ่งออกเป็น

1. ภาวะเมเนีย (Mania episode) การใช้ยาเพื่อช่วยลดความรุนแรงของภาวะเมเนีย (Mania episode) และภาวะผสม (Mixed episode) ใช้ได้ทั้งยาทำให้อารมณ์คงที่ (mood stabilizer) ได้แก่ lithium ร่วมกับยาต้านโรคจิต (antipsychotic drug) หรือยากันชัก (anticonvulsant) ได้แก่ valproate ร่วมกับยาต้านโรคจิต (antipsychotic drug) เช่น olanzapine (Hirschfeld, et al., 2002) นอกจากนี้การใช้ยา haloperidol ขนาด 10 – 15 มิลลิกรัมต่อวัน จะช่วยลดอาการของโรคจิตในระยะนี้ได้ ในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย lithium เมื่อให้ในขนาดที่เพียงพอาน 1-2 สัปดาห์ จะ

เพิ่มการใช้ valproate หรือใช้ยากันชักชนิดอื่น เช่น carbamazepine ร่วมในการรักษาด้วย (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) ในการรักษานั้นอาจพบว่าผู้ป่วยบางรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาที่เป็นการรักษาตามมาตรฐานแล้ว หรือผู้ป่วยไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาได้ รวมถึงผู้ป่วยสตรีที่มีการตั้งครรภ์ การใช้การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy (ECT)) จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้ (Hilty, Brady & Hales, 1999)

2. ภาวะซึมเศร้า (Depressive episode) การรักษายังคงใช้ยาทำให้อารมณ์คงที่ (mood stabilizer) ได้แก่ lithium หรือใช้ยากันชักได้แก่ valproate, carbamazepine เช่นเดียวกับในภาวะเมเนีย โดยมีการใช้ยาด้านเศร้า (antidepressant) ร่วมด้วย ยาที่นิยมใช้จะเป็นยาในกลุ่ม SSRI ได้แก่ Fluoxetine (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) ร่วมกับการใช้ยาด้านโรคจิตในรายที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย ส่วนการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (ECT.) นั้นจะใช้ในรายที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตมากหรือมีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงจนมีโอกาสนำตัวตายได้ (Hirschfeld, et al., 2003; APA.2002 อ้างใน Baldassono, 2007)

การรักษาในระยะยาว (Maintenance Phase)

ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเมื่อมีอาการป่วยแล้วจะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำตลอดช่วงชีวิตทั้งภาวะเมเนีย (Mania episode) ภาวะผสม (Mixed episode) และภาวะซึมเศร้า (Depressive episode) ซึ่งจะทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยลดลง มีความบกพร่องของหน้าที่การทำงาน (function impairment) การรักษาในระยะยาวจึงมีความจำเป็นโดยที่มีเป้าหมายในการลดความถี่ของการเกิดระยะเฉียบพลัน การทำให้ภาวะอารมณ์ไม่คงที่ที่เกิดขึ้นน้อยที่สุด การเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดำเนินชีวิต การป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ซึ่งมีสิ่งที่ต้องพิจารณาหลายอย่างด้วยกัน ได้แก่ การดำเนินโรคว่ามีการป่วยด้วยภาวะเมเนีย (Mania episode) หรือภาวะซึมเศร้า (Depressive episode) มากกว่ากัน ความรุนแรงของการป่วย การมีอาการโรคจิตร่วมด้วย และจำนวนครั้งของการป่วยที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วย การเกิด episode ก่อนหน้านี้มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาด้านเศร้าหรือการใช้ psychostimulants หรือไม่ ความสามารถในการทนต่อยาได้ (tolerability) ในระยะยาวของผู้ป่วยส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา (compliance) ในระยะยาว และความพึงพอใจของผู้ป่วย หลักทั่วไปของการใช้ยานั้นจะต้องเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาในระยะยาวด้วยการรับทราบอย่างต่อเนื่อง การทำให้ผู้ป่วยสามารถทนต่อการรักษาด้วยยานั้นทำได้โดยการใช้ยาน้อยชนิดและให้ในขนาดปานกลางถึงขนาดค่อนข้างสูง ผู้ป่วยจะสามารถทนต่อยาได้และไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (วัชรชัย ลิพพานาจ และ สรยุทธ วาสิกนันนท์, 2549) ซึ่งยาที่ใช้ได้ผลดีในการรักษาในระยะยาวนี้ก็ยังคงได้แก่ Lithium และกลุ่มยากันชัก คือ lamotrigine,

carbamazepine หรือ oxcarbazepine ร่วมกับยาต้านโรคจิต และยาด้านเศร้าเช่นเดียวกับที่ให้ผลดีในการรักษาในระยะเฉียบพลัน (Baldassono, 2007; Fountoulakis, et al., 2005) โดยที่จะต้องมีการติดตามระดับของยาในกระแสเลือดเป็นระยะเพื่อประสิทธิภาพในการรักษา (Sadock & Sadock, 2005) ร่วมกับการทำจิตสังคมบำบัด (Psychosocial Intervention) ที่มีความสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยา ช่วยให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการเตือนก่อนกลับเป็นซ้ำ (Hirschfeld, et al., 2002) ซึ่งส่งผลต่อการลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ของ Scott & Gutierrez (2004) และ Beynon, Weiser, Woolacott, Duffy & Geddes (2008) ที่ได้ทบทวนเกี่ยวกับการบำบัดทางจิต (Psychological Treatments) และการบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Interventions) ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้ โดยที่ Rouget & Aubry (2007) ได้ศึกษาทบทวนถึงประสิทธิผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษานั้นเป็นการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาโรคอารมณ์สองขั้ว และเพิ่มกลยุทธ์ในการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีอัตราการกลับเป็นซ้ำลดลง มีระยะห่างของช่วงระยะป่วย (episodes) นานขึ้น มีความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาดีขึ้นและลดอาการของโรคอารมณ์สองขั้ว ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนร่วมงานจะมีการฟื้นหายจากการป่วย (Recovery) ได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย (Johnson, Lundstrom, Wistedt & Mathe, 2003)

Miklowitz, et al., (2000) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยา (Family Focused Treatment; FFT) ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้เข้าร่วมการบำบัดนาน 9 เดือน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ประกอบด้วยการบำบัดจำนวน 7 ครั้ง หรือมากกว่า โดยให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและผู้ดูแลได้รับข้อมูลและอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับอาการ ธรรมชาติ สาเหตุและการรักษาของโรคอารมณ์สองขั้ว อาการเตือนในระยะแรก แผนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ บทบาทของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง และความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย 2) การฝึกทักษะการสื่อสาร (Communication enhancement training) ประกอบด้วยการบำบัดจำนวน 7-10 ครั้ง ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการกับความเครียดในครอบครัว ได้แก่ การฝึกการพูดที่มีประสิทธิภาพ การฟังอย่างตั้งใจ ทักษะการเจรจาต่อรอง การขอร้องให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งกันและกัน การให้ข้อมูลป้อนกลับทั้งทางบวกและทางลบ โดยใช้การแสดงบทบาทสมมติ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติเป็น

การบ้าน 3) การฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem-solving skills training) ประกอบด้วยการบำบัด 4 - 5 ครั้ง เป็นการฝึกให้ผู้รับการบำบัดระบุปัญหาครอบครัวที่เฉพาะเจาะจง หาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่หลากหลาย ประเมินผลได้ผลเสียของแต่ละทางเลือก เลือกทางเลือกในการแก้ปัญหของครอบครัว พัฒนาแผนการปฏิบัติตามทางเลือก และฝึกปฏิบัติเป็นการบ้าน

ซึ่งในการติดตามผลใน 1 ปีแรก พบว่าการบำบัดด้วยสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยา มีผลเหนือกว่าในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ($p = 0.042$) และเมื่อได้ติดตามผลต่อเนื่อง 24 เดือน พบว่าโดยเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยา มีระยะปลอดการกลับเป็นซ้ำ 73.5 ± 28.8 สัปดาห์ ขณะที่ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีระยะปลอดการกลับเป็นซ้ำ 53.2 ± 39.6 สัปดาห์ (Miklowitz, George, Richards, Simoneau & Suddath, 2003)

Reinares, et al., (2004) ได้ให้การบำบัดด้วยสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Psychoeducation Family Intervention) แบบรายกลุ่มแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการสงบเปรียบเทียบกับให้การบำบัดแบบมาตรฐาน จำนวน 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ซึ่งประกอบไปด้วย 1) การเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคอารมณ์สองขั้ว (Understanding the nature of the illness) 2) อาการสำคัญและการระบุการนำของภาวะเมเนีย และภาวะไฮโปเมเนีย (Main symptoms and early identification of prodromes: Manic and Hypomanic episode) 3) อาการสำคัญและการระบุการนำของภาวะซึมเศร้าและภาวะผสม (Main symptoms and early identification of prodromes: Depressive and Mixed episodes) 4) การระบุปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ (Identification of triggering factors) 5) การรักษาด้วยยาทำให้อารมณ์คงที่ (Treatment: mood stabilizers) 6) การรักษาด้วยยาด้านโรคจิต และยาด้านเศร้า (Treatment: antipsychotics and antidepressants) 7) ครอบครัวและการรักษา การส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา (Family and treatment: enhancing compliance) 8) การวางแผนการเผชิญความเครียด (Planning of coping strategies) 9) ข้อมูลอื่นๆที่สำคัญ ได้แก่ ความคิดฆ่าตัวตาย การเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล การตั้งครรภ์ และการปรึกษาทางพันธุกรรม (Emergencies: suicidal thoughts, hospitalization, pregnancy and counseling on genetic factors) 10) การป้องกันและการจัดการกับความเครียดในครอบครัว ได้แก่ การฝึกทักษะการสื่อสาร (Prevention and management of family stress: communication skills training) 11) การป้องกันและการจัดการกับความเครียดในครอบครัว ได้แก่ วิธีการแก้ไขปัญห (Prevention and management of family stress: problem solving training) 12) แนะนำแหล่งประโยชน์ทางสังคม และประเด็นด้านกฎหมาย (Legal and social resources) ผลการบำบัดพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้วมากกว่ากลุ่มควบคุม

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนรับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

Reinares, et al.(2008) ยังได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่มแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการสงบเปรียบเทียบกับทำให้การบำบัดแบบมาตรฐาน โดยจัดกลุ่มที่โรงพยาบาลเป็นจำนวน 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย 1) การเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคอารมณ์สองขั้ว (Understanding the nature of the illness) 2) อาการสำคัญและการระบุอาการนำของภาวะเมเนีย และภาวะไฮโปเมเนีย (Main symptoms and early identification of prodromes: Manic and Hypomanic episode) 3) อาการสำคัญและการระบุอาการนำของภาวะซึมเศร้าและภาวะผสม (Main symptoms and early identification of prodromes: Depressive and Mixed episodes) 4) การระบุปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ (Identification of triggering factors) 5) การรักษาด้วยยาทำให้อารมณ์คงที่ (Treatment: mood stabilizers) 6) การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต และยาต้านเศร้า (Treatment: antipsychotics and antidepressants) 7) ครอบครัวและการรักษา การส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา (Family and treatment: enhancing compliance) 8) การวางแผนการเผชิญความเครียด (Planning of coping strategies) 9) ภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ ความคิดฆ่าตัวตาย การเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล การตั้งครรภ์ และการปรึกษาทางพันธุกรรม (Emergencies: suicidal thoughts, hospitalization, pregnancy and counseling on genetic factors) 10) การป้องกันและการจัดการกับความเครียดในครอบครัว ได้แก่ การฝึกทักษะการสื่อสาร (Prevention and management of family stress: communication skills training) 11) การป้องกันและการจัดการกับความเครียดในครอบครัว ได้แก่ วิธีการแก้ไขปัญหา (Prevention and management of family stress: problem solving training) 12) แนะนำแหล่งประโยชน์ทางสังคม และประเด็นด้านกฎหมาย (Legal and social resources) ผลการบำบัดพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ผู้ดูแลได้รับการบำบัดด้วยสุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่มมีการกลับป่วยซ้ำ (recurrence) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.011$) และมีระยะปลอดเหตุการณ์ (survival time) ของการกลับป่วยซ้ำ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.044$)

และBernhard, et al.(2006) ได้ศึกษาผลของการบำบัดการรู้คิด-สุขภาพจิตศึกษา (Cognitive-Pschoeducation Intervention) รายกลุ่มในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและผู้ดูแล ซึ่งเป็น การให้การบำบัดทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยที่ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดการรู้คิด-สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม กลุ่มละ 8- 12 คน ครั้งละ 90 นาที 2 ครั้ง/สัปดาห์ การบำบัดทุกครั้งจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง (active participation) เนื้อหาประกอบด้วย 1) การแนะนำและชี้แจงภาพรวมของการบำบัดรายกลุ่ม (Introduction and overview) 2) สาเหตุและสิ่งกระตุ้นการกลับเป็นซ้ำ (Causal and

triggering factors) 3) การรักษาด้วยยา (Medical treatment) 4) อาการข้างเคียงของยาและทางเลือกในการรักษา (Side effects and alternative treatments) 5) ภาวะซึมเศร้าครั้งที่ 1: อาการและกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ (Depression part 1: symptoms and coping strategies) 6) ภาวะซึมเศร้าครั้งที่ 2: การมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวให้มากขึ้น (Depression part 2: activity (“getting more active”)) 7) ภาวะซึมเศร้าครั้งที่ 3: การปรับเปลี่ยนความคิด (Depression part 3: thoughts (“cognitive restructuring”)) 8) ภาวะซึมเศร้าครั้งที่ 4: การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Depression part 4: relapse prevention) 9) ภาวะเมเนียครั้งที่ 1: อาการและกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ (Mania part 1: symptoms and coping strategies) 10) ภาวะเมเนียครั้งที่ 2: การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ, การเพิ่มความอดทน (Mania part 2: symptoms and coping strategies). 11) ภาวะสุขภาพครั้งที่ 1: จังหวะการดำเนินชีวิตทางสังคม แอลกอฮอล์และสารเสพติด (Health care part 1: social rhythm, alcohol and drugs) 12) ภาวะสุขภาพครั้งที่ 2: เป้าหมายในชีวิตรายบุคคล จิตบำบัด (Health care part 2: individual goals, psychotherapy) 13) ภาวะสุขภาพครั้งที่ 3: วิธีการทำ life chart (Health care part 3: life chart method) 14) สรุปและการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Summary and feedback) ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยนั้นจะเป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการ (workshop) ในวันสุดสัปดาห์ (โดยไม่มีผู้ป่วยร่วมในกลุ่ม) จำนวน 8 – 12 คน/กลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 240 นาที ใน 1 เดือน โดยเนื้อหาประกอบด้วย 1) การแนะนำโปรแกรมกลุ่มการรู้จัก - สุขภาพจิตศึกษาและภาพรวมของการบำบัด (Introduction and overview) 2) สาเหตุและปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ (Causal and triggering factors) 3) การรักษาด้วยยา (Medical treatment) 4) อาการซึมเศร้า: การจัดการและการป้องกันการเป็นซ้ำ (Depression: symptoms, coping strategies, relapse prevention) 5) อาการเมเนีย: การจัดการและการป้องกันการเป็นซ้ำ (Mania: symptoms, coping strategies, relapse prevention) 6) การคงไว้ซึ่งความเข้มแข็งของการสนับสนุนที่มีอยู่ (Strengthen the own resources) 7) การสื่อสาร การแก้ไขปัญหา และการจัดการกับการฆ่าตัวตาย (Communication and problem solving strategies, coping with suicidal behaviour) 8) การตอบคำถามและการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Questions and feedback) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้วเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังรับการบำบัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่ากลุ่มบำบัดการรู้จัก - สุขภาพจิตศึกษามีประโยชน์ดีมากสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ และช่วยให้มีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหา ในส่วนของผู้ดูแลผู้ป่วยนั้นให้ข้อมูลว่าหลังรับการบำบัดแล้วความรู้สึกเป็นภาระลดลง การแสดงอารมณ์ระหว่างกันสูงและอาการซึมเศร้าของผู้ดูแล (คะแนนจาก BDI) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อติดตามผล 1 ปีหลังการบำบัด และผู้ดูแลรู้สึกว่าได้รับข้อมูลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลัง

การบำบัด โดยที่ผู้ดูแลทุกคนเห็นว่ากลุ่มบำบัดการรู้คิด – สุขภาพจิตศึกษาช่วยให้สัมพันธภาพกับผู้ป่วยดีขึ้น

จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ได้เข้ารับการบำบัดด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) นั้นได้รับการอธิบาย/ให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรคอารมณ์สองขั้ว สาเหตุการเกิดโรค อาการ อาการนำปัจจัยส่งเสริมให้มีอาการกำเริบ รวมทั้งได้เรียนรู้และวางแผนในการจัดการกับอาการนำของผู้ป่วยก่อนที่จะกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้ยังได้ฝึกทักษะการสื่อสารที่ถูกต้อง ฝึกการค้นหาและการจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการลดความเครียดในครอบครัว ซึ่งการเพิ่มความรู้ ความเข้าใจในโรค และทักษะต่างๆ เหล่านี้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วย มีแนวทางในการจัดการกับอาการและอาการนำของผู้ป่วยได้ มีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระ และมีการแสดงอารมณ์ระหว่างกันสูงลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ไม่ป่วยซ้ำบ่อยซึ่งจะช่วยลดปัญหาค่าใช้จ่ายในครอบครัว ช่วยลดความเครียดในครอบครัว อีกทั้งการได้รับความรู้ด้านกฎหมายและทราบถึงแหล่งประโยชน์ทางสังคมก็จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีแนวทางในการแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น

ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยชาย 1 โรงพยาบาลศรีธัญญา แพทย์จะรับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเมื่อผู้ป่วยมีอาการเมเนียที่รุนแรง ร่วมกับการมีอาการทางจิต หรือผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามากจนเป็นอันตรายต่อตนเอง มีโอกาสฆ่าตัวตายได้เพื่อทำการรักษาด้วยการใช้ยาทางจิตเวช/การรักษาด้วยไฟฟ้าในรายที่จำเป็น ร่วมกับการทำจิตบำบัด สำหรับผู้ดูแลนั้นจะเป็นการให้คำแนะนำปรึกษาเฉพาะรายก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ การให้ความรู้โดยทั่วไปจะเน้นในเรื่องของการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา การพาผู้ป่วยไปตรวจตามนัด และการสังเกตอาการนำก่อนการกำเริบ แต่จากผลการปฏิบัติงานยังพบว่า การให้ความรู้ก่อนจำหน่ายนี้ไม่เพียงพอที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ เนื่องจากในปีงบประมาณ 2552 ยังพบข้อมูลว่า มีผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันถึงร้อยละ 5.3 และมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 90 วันร้อยละ 10.1 ของผู้ป่วยโรคนี้ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนในการให้การบำบัดชนิดอื่นๆ นั้นยังมีผู้เชี่ยวชาญในการให้บริการจำนวนน้อยไม่สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง และจากวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลศรีธัญญาที่จะเป็นเลิศในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในระดับประเทศ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ซึ่งผู้ดูแลนั้นเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยเหลืดูแลให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ และไม่กลับป่วยซ้ำ

ดังนั้นจากข้อมูลและเหตุผลที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนี้ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทาง เพื่อเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ที่มาจากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อ ส่งเสริมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ให้เข้าใจถึง สาเหตุของการเกิดโรค การดำเนินโรค การ รักษา การสังเกตอาการนำและการจัดการ ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้อย่างเหมาะสม ลดความรู้สึกเป็นภาระแก่ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้รับการดูแลให้ได้รับประทานยา ฟื้นฟู การทำหน้าที่ด้านต่างๆ สามารถจัดการกับอาการนำก่อนอาการกำเริบ ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติ

2. ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

สาเหตุของการเกิดโรคอารมณ์สองขั้วนั้นยังไม่ชัดเจน แต่ผู้ป่วยเป็น โรคนี้มักจะ สูญเสียความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่ต่างๆ เช่น การประกอบอาชีพหาเลี้ยงตนเองและ ครอบครัว รวมถึงพฤติกรรมทางเพศที่มากเกินไปของผู้ป่วย อารมณ์หงุดหงิด ถูกกระตุ้นได้ง่าย ก้าวร้าวรุนแรงในช่วงอารมณ์คลุ้มคลั่ง และความรู้สึกไม่มีความสุข ท้อแท้ อยากฆ่าตัวตายและการ แยกตัวของผู้ป่วยในช่วงอารมณ์ซึมเศร้า เป็นพฤติกรรมที่ทำให้ผู้ดูแลมีความจำเป็นต้องเข้ามาให้การ ดูแลช่วยเหลือ และเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล เพื่อไม่ให้ เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาทำให้อารมณ์คงที่ (mood stabilizer) ยากันชัก (anticonvulsant) ยาต้านเศร้า (antidepressant) ยาต้านโรคจิต (antipsychotic drug) และการ บำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Intervention) ร่วมด้วย เมื่ออาการสงบลงจนสามารถกลับสู่ ครอบครัวได้แล้วจะต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง และมีการปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อไม่เกิดอาการกำเริบ เนื่องจากผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ตลอดช่วงชีวิต

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจึงเป็นบุคคลสำคัญและมีบทบาทอย่างมากในการที่จะ ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จัดการกับพฤติกรรมที่ แสดงอาการของโรคต่างๆของผู้ป่วยที่อาจก่อให้เกิดปัญหาทั้งภาวะเมเนีย (Mania episode) หรือ ภาวะซึมเศร้า (Depressive episode) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ ในครอบครัวได้ การขาดรายได้/ค่าใช้จ่ายในการรักษา การสูญเสียเวลาในการที่ต้องมาดูแลผู้ป่วยอาจ ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาในการทำงานน้อยลงหรืออาจต้องขาดจากการเข้าสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึก เป็นภาระและเกิดความเครียด จนทำให้มีการแสดงอารมณ์ระหว่างกันสูง ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิก ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานหอผู้ป่วยชาย 1 โรงพยาบาล ศรีษะเกษ เป็นหอผู้ป่วยแรกรับ ให้บริการรับใหม่ผู้ป่วยที่อาการวิกฤต/ฉุกเฉินทางจิตเวช พบว่าผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็น โรคอะไร ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย

ไม่ทราบว่าทำไมผู้ป่วยจึงมีอาการงุนวาย ไม่นอนทั้งคืน พุดมาก รบกวนผู้อื่น หรือมีอาการซึมเศร้า แยกตัว ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงไม่ทราบว่าเพราะเหตุใดผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมบางอย่างหลงเหลืออยู่หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว ทำให้ทั้งครอบครัวมีความเครียดมาก แต่ไม่รู้จะจัดการกับปัญหาอย่างไร และขอความช่วยเหลือในการจัดการกับผู้ป่วยได้จากแหล่งใด นอกจากนี้ยังพบว่าในปี พศ. 2552 มีผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมาใช้บริการเป็นจำนวนมาก โดยมีผู้ป่วยนอกจำนวน 6,431 ราย และมีการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลสูงเป็นอันดับสองรองจากโรคจิตเภท โดยพบว่ามีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันถึงร้อยละ 5.3 และมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 90 วัน ร้อยละ 10.1 ของผู้ป่วยโรคนี้ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วสามารถเพิ่มความรู้ ความเข้าใจในโรคอารมณ์สองขั้วแก่ผู้ดูแล และช่วยลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้ จึงมีความสนใจศึกษาแนวทางการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแล และลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

3. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแลและลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

4. ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. พยาบาลจิตเวชมีแนวทางที่ชัดเจนในการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแล และลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้

บทที่ 2

วิธีการดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว มีความรู้ในการดูแลและลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งขั้นตอนในการดำเนินงานเพื่อค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ในครั้งนี้ประกอบด้วย การระบุประเด็นปัญหาทางคลินิก การระบุวิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก และวิธีการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

- กรอบการสืบค้น

การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้ได้งานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่ศึกษา ผู้ศึกษากำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิกโดยใช้กรอบ PICO (Craig & Smyth, 2002; Melnyk & Fineout-Overholt, 2002 อ้างใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) คือ “สุขภาพจิตศึกษาเพื่อเพิ่มความรู้ของผู้ดูแล และลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีรูปแบบอย่างไร” เพื่อเป็นกรอบในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลสารสนเทศประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

Population: ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (Caregiver, Relatives, Bipolar Disorders)

Intervention: การให้สุขภาพจิตศึกษา (Intervention, Psychoeducation)

Comparison: ไม่มีการเปรียบเทียบ

Outcome: การกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ความรู้ (Knowledge)

เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเมื่อผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จะเข้าใจธรรมชาติของโรค สามารถจัดการกับพฤติกรรม อาการ และอาการนำของผู้ป่วยได้ จะมีทักษะในการแก้ไขปัญหา และทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งทราบถึงแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม เป็นการเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลซึ่งจะลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้ ผู้ศึกษาจึงได้ใช้คำสำคัญในการสืบค้น Outcome ทั้ง 2 คำ คือ การกลับเป็นซ้ำ (Relapse) และความรู้ (Knowledge)

- ขอบเขตการสืบค้น

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น

- Caregivers
- Relatives
- Bipolar Disorders
- Intervention
- Psychoeducation
- Knowledge
- Relapse

ฐานข้อมูล/แหล่งที่ใช้ในการสืบค้น

1. ฐานข้อมูล Electronic

- ฐานข้อมูลที่รวบรวมแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ [www. guidelines.gov](http://www.guidelines.gov).
- ฐานข้อมูลที่รวบรวม Systematic Review ได้แก่ www. cochrane.org. และ

www.joannabriggs.edu.au.

- ฐานข้อมูลอื่นๆที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ CINAHL, Ovid, PubMed, HighWire Press, ScienceDirect, Blackwell-synergy, ProQuest

2. สืบค้นด้วยมือจาก (Hand search)

- Journal ที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชได้แก่ British Journal of Psychiatry, American Journal of Psychiatry, Journal of Psychosocial Nursing เป็นต้น

- จากเอกสารอ้างอิงของบทความ/งานวิจัย/วิทยานิพนธ์จากห้องสมุดโรงพยาบาลศรีธัญญา ห้องสมุดกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขและห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล

ประเภทของหลักฐานเชิงประจักษ์ ปีที่ตีพิมพ์ ภาษาที่ใช้ในการตีพิมพ์

- คัดเลือกงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือและความเข้มแข็งระดับ Randomized Controlled Trials, Quasi - experimental, Case control และ Cohort study

- สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995 ถึง ค.ศ. 2009

- เลือกเฉพาะงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ที่ตีพิมพ์โดยใช้ภาษาอังกฤษและภาษาไทยเนื่องจากงานวิจัยที่มีเฉพาะบทคัดย่อไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

เมื่อสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับวิธีการเพิ่มความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์ขั้วได้แล้ว ผู้ศึกษาได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ มาประเมินคุณภาพและจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ประเมินความเป็นไปได้ในการนำผลงานวิจัยนั้นๆ ไปปฏิบัติในบริบทที่เฉพาะเจาะจงขององค์กร ตามแนวทาง ดังต่อไปนี้

1. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical Relevance) (Pollic & Beck, 2004) โดยพิจารณาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ ตามประเด็นดังนี้

- งานวิจัยนั้นสามารถแก้ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษาหรือไม่
- งานวิจัยนั้นสามารถช่วยในการตัดสินใจทางคลินิกที่ต้องการศึกษาได้หรือไม่ เช่น ช่วยในการสังเกตที่เหมาะสมหรือไม่ ช่วยระบุความเสี่ยงหรืออาการแทรกซ้อนของผู้ป่วยหรือไม่ หรือช่วยในการเลือกการบำบัดที่เหมาะสมได้หรือไม่
- งานวิจัยมีการทดสอบสมมติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษาหรือไม่
- การบำบัดที่ได้จากงานวิจัยนั้นสามารถนำไปปฏิบัติในคลินิกได้หรือไม่และพยาบาลสามารถควบคุมการปฏิบัติที่ได้จากงานวิจัยหรือไม่
- กระบวนการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนั้นสามารถนำมาใช้ในคลินิกได้จริงหรือไม่

2. การประเมินคุณภาพและระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาได้ใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมของฟองคำ ดิลกสกุลชัย (2549) แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยจะมีเนื้อหาที่เน้นเกี่ยวกับการควบคุมแหล่งของความคลาดเคลื่อนโดยระบบทั้ง 4 รูปแบบ ดังนี้

- การจ่ายกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มมีการสุ่มหรือไม่?
- มีการปกปิดกลุ่มตัวอย่างในการจ่ายเข้ากลุ่มหรือไม่?
- มีการปกปิดผู้จ่ายกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มหรือไม่?
- มีการอธิบายการจัดการกลุ่มตัวอย่างที่หายไปหรือถอนตัวจากการวิจัยและมีการรวมเข้ามากในการวิเคราะห์ข้อมูลหรือไม่?
- มีการปกปิดการจ่ายกลุ่มตัวอย่างในผู้ทำการประเมินผลลัพธ์หรือไม่?
- กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกันก่อนทำการทดลองหรือไม่?
- กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลที่เหมือนกันนอกจากหัตถการ/การรักษาที่ประเมินหรือไม่?

- การประเมินผลลัพธ์เหมือนกันในทุกกลุ่มหรือไม่?
- การประเมินผลลัพธ์มีความเที่ยงหรือไม่?
- การวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติที่เหมาะสมหรือไม่?

ผู้ศึกษาจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์การประเมินความน่าเชื่อถือและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) ซึ่งแบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ไว้ดังนี้

Level I: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือการวิเคราะห์ห่อภิณ (Meta-analysis) ที่มาจากการวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) หรือเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ที่ได้จากการวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial)

Level II: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) ที่ออกแบบวิจัยอย่างอย่างน้อย 1 งาน

Level III: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Quasi-experimental) ที่ออกแบบวิจัยอย่างดี

Level IV: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยที่ติดตามไปข้างหน้าหรือศึกษาย้อนหลัง (Case control หรือ Cohort study) ที่ออกแบบวิจัยอย่างดี

Level V: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนาและงานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VI: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาและงานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VII: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการคิดเห็นของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Potential of implementation) ผู้ศึกษาได้ใช้ประเด็นการประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) 3 ประเด็นดังนี้

1. การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) ประเด็นสำคัญของการถ่ายทอดหรือการนำลงสู่การปฏิบัติ คือ การนำโครงการนวัตกรรมที่มาจากผลงานวิจัยหรือโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในหน่วยงานนั้นเป็นสิ่งที่ดีเหมาะสมหรือไม่ ถ้ามีประเด็นบางอย่างในหน่วยงานที่ไม่สอดคล้องกับนวัตกรรมนั้น เช่น ปรัชญาของการทำงาน ประเพณีของผู้ป่วยที่ให้บริการ บุคลากร งบประมาณ หรือโครงสร้างการบริหาร ก็อาจเป็นการไม่เหมาะสมที่จะ

ดำเนินโครงการนวัตกรรมนั้น ถึงแม้ว่าจะพบว่าโครงการนั้นมีประสิทธิผลดีมากในหน่วยงานอื่น อย่างไรก็ตามก็ดีในบางครั้งในองค์กรที่ต้องการดำเนินการโครงการนวัตกรรมนั้น คำถามที่เป็นแนวทางในการประเมินการนำลงสู่การปฏิบัติ ได้แก่

- โครงการฯ นั้นสอดคล้องกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้หรือไม่?
- กลุ่มประชากรเป้าหมายในโครงการฯ มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรในหน่วยงานหรือไม่?
- ทรัพยากรดูแลในโครงการฯ แตกต่างจากทรัพยากรของการดูแลในหน่วยงานหรือไม่?
- จำนวนผู้ป่วยที่จะได้รับประโยชน์จากโครงการฯ มากพอหรือไม่?
- โครงการฯ ใช้เวลานานในการดำเนินงานและประเมินผลหรือไม่?

2. ความเป็นไปได้ (Feasibility) มีประเด็นหลายประเด็นที่จะต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการนำลงสู่การปฏิบัติ ได้แก่ บุคลากรและสิ่งเอื้ออำนวย บรรยากาศในองค์กร ความต้องการช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอกและความเป็นไปได้ในการประเมินผลทางคลินิก ประเด็นสำคัญ คือ พยาบาลมีอำนาจในการควบคุมการดำเนินการโครงการนวัตกรรมหรือไม่ ถ้าพยาบาลไม่มีอำนาจเต็มที่ในการควบคุมโครงการใหม่จะต้องประเมินว่าโครงการนั้นสามารถจะขอความร่วมมือจากหน่วยงานหรือบุคคลใด และรีบดำเนินการโดยเร็วที่สุด แนวคำถามในการประเมินประเด็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ ได้แก่

- พยาบาลมีอิสระในการดำเนินโครงการฯ หรือไม่?
- พยาบาลมีอิสระในการยุติการดำเนินโครงการฯ ถ้าพบว่าไม่ได้ผลหรือไม่เป็นที่ต้องการหรือไม่?
- การดำเนินโครงการฯ ครอบคลุมการทำงานตามปกติของเจ้าหน้าที่หรือไม่?
- ผู้บริหารสนับสนุนโครงการฯ หรือไม่? บรรยากาศในองค์กรนำไปสู่การดำเนินการโครงการฯ หรือไม่?
- เจ้าหน้าที่และผู้บริหารมีความเห็นตรงกันว่าโครงการฯ จะเป็นประโยชน์ และสมควรดำเนินการทดสอบหรือไม่ มีการต่อต้านและไม่ร่วมมือในการดำเนินการและประเมินผลโครงการฯ หรือไม่?
- การดำเนินการโครงการฯ ทำให้เกิดความขัดแย้งในองค์กรมากน้อยเพียงใด? โครงการฯ ได้รับการสนับสนุนหรือความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นหรือไม่?
- เจ้าหน้าที่พยาบาลมีทักษะในการดำเนินการโครงการฯ หรือไม่? ถ้าไม่มี จะมีความยากลำบากในการขอความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นในการฝึกทักษะที่จำเป็นหรือไม่? อย่างไร?

- หน่วยงานมีเครื่องมือและสิ่งเอื้ออำนวยที่จำเป็นในการดำเนินการโครงการฯ หรือไม่? ถ้าไม่มีจะมีแนวทางในการได้สิ่งที่ต้องการหรือไม่?

- จะเป็นไปได้มากน้อยเพียงใดที่พยาบาลจะละจากหน้าที่อื่นๆ เพื่อเรียนรู้การดำเนินการโครงการฯ ?

- มีเครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินผลทางคลินิกของโครงการฯ หรือไม่?

3. ความคุ้มค่า (Cost – benefit ratio) ประเด็นสำคัญในการตัดสินใจใช้โครงการนวัตกรรม/โครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ คือ การประเมินอย่างรอบคอบเกี่ยวกับความคุ้มค่าของโครงการฯ การประเมินควรครอบคลุมกลุ่มต่างๆ รวมทั้งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และองค์กรในภาพรวม แต่กลุ่มที่สำคัญที่สุด คือ ผู้ป่วย ถ้าอัตราเสี่ยงในการดำเนินการโครงการนวัตกรรมมีสูง ประโยชน์ที่ได้จะต้องมีมากและนวัตกรรมนั้นจะต้องมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือมากๆ แนวคำถามในการประเมินมีดังนี้

- ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยจากการดำเนินการโครงการฯ มีอะไรบ้าง?

- ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยจากการดำเนินการโครงการฯ มีอะไรบ้าง?

- ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นหากยังคงปฏิบัติสิ่งที่ทำอยู่เดิมมีอะไรบ้าง?

- ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับวัสดุในการดำเนินการโครงการฯ มีอะไรบ้าง? ค่าใช้จ่ายระยะสั้นเป็นอย่างไร? ค่าใช้จ่ายระยะยาวเป็นอย่างไรถ้าต้องมีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในองค์กร?

- ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับวัสดุถ้าไม่ดำเนินโครงการฯ เป็นอย่างไร? เช่น โครงการฯ มีประสิทธิผล ที่สามารถลดค่าใช้จ่ายได้หรือไม่?

- ค่าใช้จ่ายส่วนที่ไม่ใช่วัสดุในการดำเนินการโครงการฯ เป็นอย่างไร? เช่น คุณธรรมของเจ้าหน้าที่ต่ำลง เจ้าหน้าที่ลาออก เจ้าหน้าที่ลางาน เป็นต้น

- ประโยชน์ส่วนที่ไม่ใช่วัสดุในการดำเนินการโครงการฯ เป็นอย่างไร? เช่น คุณธรรมของเจ้าหน้าที่สูงขึ้น เจ้าหน้าที่มีงานมากขึ้น เป็นต้น

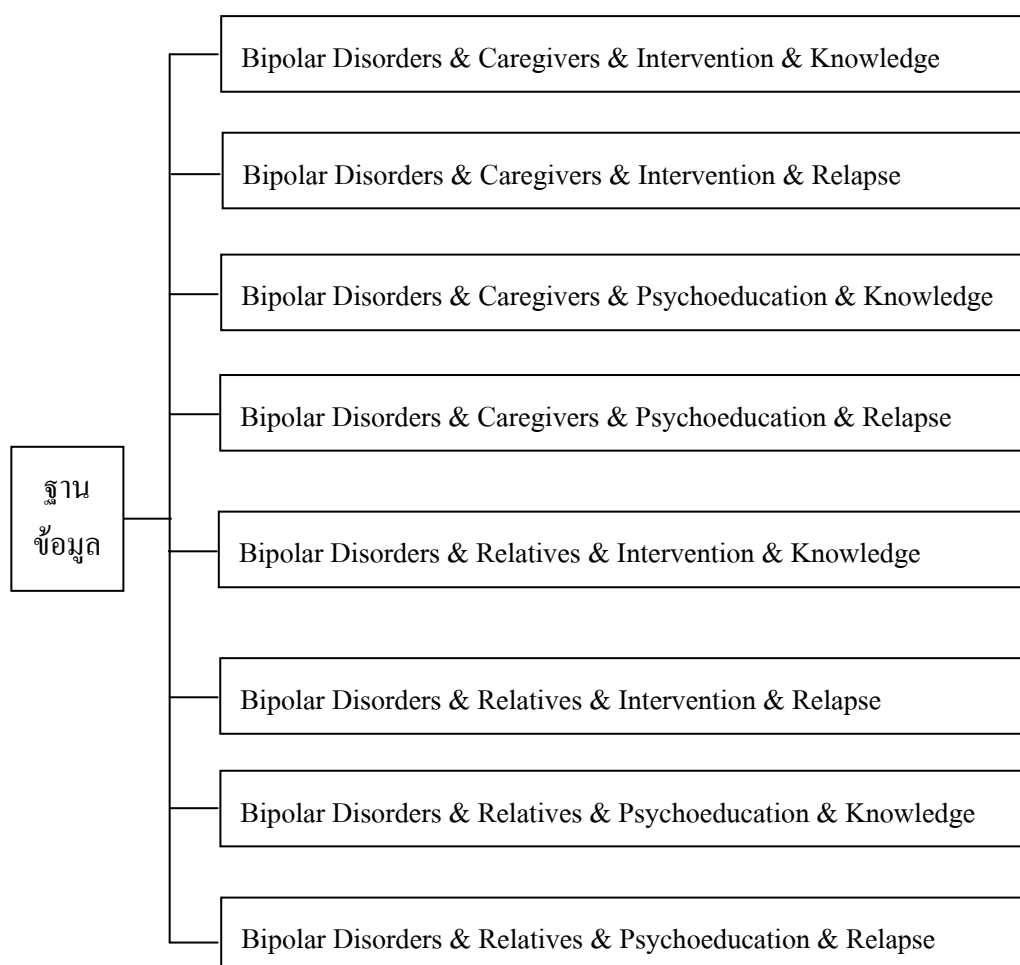
บทที่ 3

ผลการดำเนินการ

การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูลที่กำหนด เพื่อนำโปรแกรมที่มีประสิทธิผลที่ดีที่สุดมาใช้เป็นแนวทางการเพิ่มความสามารถรอบรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ตามวิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินคุณภาพและการจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ให้ผลการสืบค้นดังนี้

3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบการสืบค้น การใช้คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นดังนี้



จากฐานข้อมูล Electronic ที่กำหนด ให้ผลการสืบค้นดังนี้

1. PubMed	พบงานวิจัยที่สามารถใช้วิเคราะห์และสังเคราะห์ได้ จำนวน	5 เรื่อง
2. CINAHL	พบงานวิจัยที่สามารถใช้วิเคราะห์และสังเคราะห์ได้ จำนวน	0 เรื่อง
3. Ovid	พบงานวิจัยที่สามารถใช้วิเคราะห์และสังเคราะห์ได้ จำนวน	3 เรื่อง
	ซ้ำ จำนวน	3 เรื่อง
4. HighWire Press	พบงานวิจัยที่สามารถใช้วิเคราะห์และสังเคราะห์ได้ จำนวน	1 เรื่อง
	ซ้ำ จำนวน	1 เรื่อง
5. ScienceDirect	พบงานวิจัยที่สามารถใช้วิเคราะห์และสังเคราะห์ได้ จำนวน	4 เรื่อง
	ซ้ำ จำนวน	4 เรื่อง
6. Blackwell Synergy	พบงานวิจัยที่สามารถใช้วิเคราะห์และสังเคราะห์ได้ จำนวน	0 เรื่อง
7. ProQuest Nursing & Allied Health Source	พบงานวิจัยที่สามารถใช้วิเคราะห์และสังเคราะห์ได้ จำนวน	0 เรื่อง

สรุปได้งานวิจัยที่สามารถใช้วิเคราะห์และสังเคราะห์ได้จำนวน 5 เรื่อง

3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการคัดเลือกรงานวิจัยที่ได้มา 5 เรื่อง จะต้องนำมาประเมินคุณภาพและจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

ตาราง 1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

อันดับ	ชื่อเรื่อง/ผู้วิจัย/วารสาร	ระดับงานวิจัย
1	Miklowitz, D. J., Simoneau, T.L., George, E.L., Richards, J.A., Kalbag, A., Sachs- Ericsson, N., et al. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. <i>Society of Biological Psychiatry</i> , 48, 582-592.	RCT, Level II
2	Miklowitz, D. J., George, E.L., Richards, J.A., Simoneau, T.L., & Suddath, R.L. (2003) A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. <i>Archives of General Psychiatry</i> , 60, 904-912.	RCT, Level II

ตาราง 1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ (ต่อ)

อันดับ	ชื่อเรื่อง/ผู้วิจัย/วารสาร	ระดับงานวิจัย
3	Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martinez-Ara n, A.,Torrent, C., Comes, M., et al. (2004) Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. <i>Psychotherapy Psychosomatics</i> , 73, 312-319	RCT, Level II
4	Reinares, M., Colom, F., Sanchez-Moreno, J., Torrent, C., Martinez-Ara n, A., Comes, M., et al. (2008) Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. <i>Bipolar Disorders</i> , 10, 511–519	RCT, Level II
5	Bernhard,B., Schaub, A., Kummler, P., Dittmann, S., Severus, Seemuller, F., et al. (2006) Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. <i>European Psychiatry</i> , 21, 81–86.	One Group Pre – Post Test Level IV

สรุปสาระสำคัญและการนำไปใช้ของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Summary of Relevant)

เรื่องที่ 1

ชื่อเรื่องงานวิจัย: Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effect of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy

ชื่อผู้วิจัย: Miklowitz, D. J., Simoneau, T. L., George, E. L., Richards, J. A., Kalbag, A., Sachs-Ericsson, N., et al. (2000)

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผลของการบำบัดด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยา (Family-Focused Psychoeducation Treatment; (FFT))และผลของการดูแลตามมาตรฐานด้วยการจัดการในระยะวิกฤตร่วมกับการรักษาด้วยยา (Crisis Management (CM)) ในครอบครัวผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว โดยเริ่มตั้งแต่ระยะที่มีอาการรุนแรง (acute illness episode) นาน 9 เดือน เป็นงานวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์ และผู้ดูแลที่เป็นญาติใกล้ชิด อยู่ร่วมกับผู้ป่วยมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จำนวน 101 คน โดย 31 คน จะได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยาจำนวน 21 ครั้ง (สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน 3 เดือน 2 สัปดาห์ต่อ

ครั้งเป็นระยะเวลา 3 เดือน และเดือนละ 1 ครั้งเป็นระยะเวลา 3 เดือน) ที่บ้านของผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) การฝึกทักษะการสื่อสาร (Communication enhancement training) และการฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem-solving skills training) โดยผู้บำบัดที่ได้รับการฝึกอบรมและนิเทศจากผู้วิจัยหลักว่าสามารถปฏิบัติตามแนวทางการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวได้ถูกต้อง เมื่อประเมินผล 12 เดือนพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวรวมกับการรักษาด้วยยา มีระยะปลอดการกลับเป็นซ้ำใน 1 ปี = 71 % ซึ่งแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.037$) และมีผลเหนือกว่าในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ($p = 0.042$)

เรื่องที่ 2

ชื่อเรื่องงานวิจัย: A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder

ชื่อผู้วิจัย: Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Suddath, R. L. (2003)

เป็นการศึกษาติดตามประเมินผล 24 เดือนของการบำบัดด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยให้ความสำคัญกับครอบครัวรวมกับการรักษาด้วยยา และผลของการดูแลตามมาตรฐานด้วยการจัดการในระยะวิกฤตรวมกับการรักษาด้วยยาในครอบครัวผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ต่อเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเรื่องที่ 1 ใน 6 เดือนแรกมีผู้ออกจากการวิจัยจำนวน 19 คน (กลุ่ม FFT จำนวน 3 คน กลุ่ม CM จำนวน 16 คน) หลังจาก 6 เดือน จนถึง 24 เดือน มีผู้ออกจากการวิจัย 17 คน (กลุ่ม FFT จำนวน 6 คน กลุ่ม CM จำนวน 11 คน) มีผู้ที่ร่วมการวิจัยครบ 24 เดือน จำนวน 65 คน (FFT จำนวน 22 คน CM จำนวน 43 คน) ผลการวิจัยพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) ผู้ป่วยทดลองฟื้นกลับหรือฟื้นกลับบางส่วนนานกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ($p = 0.003$) และผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระยะปลอดการกลับเป็นซ้ำนานกว่า ($p = 0.002$)

เรื่องที่ 3

ชื่อเรื่องงานวิจัย: Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients

ชื่อผู้วิจัย: Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martí, n.-A. n. A., Torrent, C., Comes, M., et al. (2004).

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อประเมินผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่มในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว เป็นงานวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการสงบก่อนเข้าร่วมการบำบัด 3 เดือน จำนวน 45 คน โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน ซึ่งผู้ป่วยทั้งหมดจะได้รับการรักษาที่เป็นมาตรฐานตาม The Barcelona Bipolar Disorders Program ของโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยบาร์เซโลนา ประเทศสเปน ผู้ดูแลของผู้ป่วยจะได้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดจำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีสมาชิก 10 คนต่อกลุ่ม โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้เข้าร่วมด้วย เน้นให้ผู้ดูแลอภิปรายร่วมกันแทนที่จะใช้วิธีการชี้แนะ และหลังจบกลุ่มแต่ละครั้งจะได้รับบันทึกสรุปประเด็นการบำบัดในวันนั้น ผู้บำบัด เป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและการจัดและดำเนินกลุ่มคนเดียวกันตลอดทุกครั้งของการบำบัด ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษามีความรู้สูงกว่าก่อนรับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษามีความเชื่อว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยการรบกวนชีวิตของผู้ดูแลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.015$) และมีคะแนนภาระการดูแลด้านอัตวิสัย (subject burden) ต่ำกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

เรื่องที่ 4

ชื่อเรื่องงานวิจัย: Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial.

ชื่อผู้วิจัย: Reinares, M., Colom, F., Sanchez-Moreno J, Torrent, C., Martinez-Aran A, Comes, M., et al. (2008)

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อประเมินผลของการให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการสงบในช่วง 3 เดือน ก่อนเข้าร่วมการบำบัด เป็นงานวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานการรักษาทั้งด้านการได้รับยาและการนัดตรวจตามกำหนดของ The Barcelona Bipolar

Disorders Program ของโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยบาร์เซโลนา ประเทศสเปน ผู้รักษาจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการอาการแก่ผู้ป่วยได้ แต่จะไม่ให้การบำบัดทางจิตสังคมที่เฉพาะแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 57 คน จะได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม ที่โรงพยาบาล มีผู้เข้าร่วมกลุ่มๆ ละ 10 – 12 คน จำนวน 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที โดยมีการติดตามประเมินผล 1 ปี หลังการบำบัด ก่อนเข้ารับการบำบัดผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ และทัศนคติต่อโรคอารมณ์สองขั้ว และการรักษา ส่วนความร่วมมือในการรับประทานยา จะประเมินจากรายงานของผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกับระดับของยาทำให้อารมณ์คงที่ในกระแสเลือด โดยที่ผู้สัมภาษณ์จะไม่ทราบสถานภาพว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลนั้นอยู่ในกลุ่มทดลอง หรือกลุ่มควบคุม ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ดูแลใช้เทคนิคการแก้ปัญหาและการอภิปรายร่วมกัน แทนที่จะให้การชี้นำ ผู้ดูแลจะได้รับบันทึกสรุปประเด็นการบำบัดแต่ละครั้งภายหลังจากการบำบัดทุกครั้ง ผู้บำบัดเป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว การบำบัดครอบคลุม การจัดและดำเนินการกลุ่มคนเดียวกันตลอดทุกครั้งของการบำบัด ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มควบคุมมีการกลับป่วยซ้ำ (recurrence) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.044$) ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่มีอาการครบตามเกณฑ์ของการกลับป่วยซ้ำ (recurrence) มีจำนวนมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.011$) และกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา สามารถป้องกันการกลับป่วยซ้ำ (recurrence) ด้วยภาวะเมเนีย และภาวะไฮโปเมเนียได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.017$) แต่ไม่สามารถป้องกันการกลับป่วยซ้ำ (recurrence) ด้วยภาวะซึมเศร้า และภาวะผสมได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.211$ และ $p = 0.468$)

เรื่องที่ 5

ชื่อเรื่องงานวิจัย: Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives

ชื่อผู้วิจัย: Bernhard, B., Schaub, A., Kümmler, P., Dittmann, S., Severus, E., Seemüller, F., et al. (2006).

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของการบำบัดการรู้คิด-สุขภาพจิตศึกษา (Cognitive-Psychoeducation Intervention) รายกลุ่มในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและผู้ดูแล เป็นงานวิจัยแบบ One Group Pre-Post Test กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและผู้ดูแลที่เป็นญาติหรือเพื่อน โดยผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดแบบรายกลุ่ม กลุ่มละ 8- 12 คน ครั้งละ 90 นาที 2 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 14 ครั้ง และทำการประเมินผลทันทีหลังสิ้นสุดการบำบัด โดยผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง (active participation) และให้ความสำคัญกับสถานการณ์ความเครียด และอาการเตือน

ของการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจะได้รับเอกสารสรุปเนื้อหาของหัวข้อที่ได้รับการบำบัดทุกครั้ง และตลอดการบำบัดผู้ป่วยจะได้รับการดูแลในเรื่องยาและอาการข้างเคียงของยาโดยจิตแพทย์ ส่วนของผู้ดูแลจะได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ครั้งละ 8 – 12 คน/ครั้ง จำนวน 2 ครั้ง 240 นาที/ ครั้งใน 1 เดือนโดยผู้ป่วยไม่ได้ร่วมกลุ่มด้วย ทำการประเมินผลทันทีหลังสิ้นสุดการบำบัด และติดตามประเมินผล 1 ปี ผู้บำบัดเป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว 1 คนและจิตแพทย์ 1 คน ผลการวิจัยพบว่าภาวะที่มีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการบำบัด ($P = 0.02$) และเมื่อติดตามผล 1 ปี ($P = 0.03$) -การแสดงอารมณ์ระหว่างกันสูงลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการบำบัด ($P = 0.13$) แต่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อติดตามผล 1 ปี ($P = 0.004$) ผู้ดูแลทุกคนเห็นว่ากลุ่มบำบัดการรู้คิด – สุขภาพจิตศึกษาช่วยให้สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ดูแลรู้สึกว่าได้รับข้อมูลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการบำบัด ($P = 0.001$) และเมื่อติดตามผล 1 ปี ($P = 0.02$)

3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลที่กำหนด และผ่านการประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 5 เรื่องแล้ว พบว่าเนื้อหาตรงประเด็นกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขและจำนวนงานวิจัยเพียงพอ จึงนำมาวิเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียดอีกครั้งหนึ่งเพื่อสกัดข้อมูลเพื่อนำความรู้มาใช้เป็นแนวทางการเพิ่มความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ดังนี้

ตาราง 2 ตารางสกัดหลักฐานเชิงประจักษ์**เรื่องที่ 1**

ชื่อเรื่องงานวิจัย: Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effect of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy

ชื่อผู้วิจัย: Miklowitz, D. J., Simoneau, T. L., George, E. L., Richards, J. A., Kalbag, A., Sachs-Ericsson, N., et al.

แหล่งที่พิมพ์: Society of Biological Psychiatry, 48, 582-592 (2000)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อรายงานผลการวิจัย Randomised Controlled Trial เปรียบเทียบผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยา และผลของการดูแลตามมาตรฐานที่ประกอบด้วยการจัดการในระยะวิกฤต ร่วมกับการรักษาด้วยยาในครอบครัวผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเป็นระยะเวลา 9 เดือน โดยเริ่มตั้งแต่ระยะที่มีอาการรุนแรง(acute illness episode) และประเมินผลลัพธ์ในผู้ป่วย (ความถี่และจำนวนครั้งของการกลับเป็นซ้ำ ความรุนแรงของอาการเมเนีย และอาการซึมเศร้าในระยะติดตามผล 1 ปี และทดสอบตัวแปรกลาง (moderators mediators) ประสิทธิภาพการบำบัดได้แก่ สภาพการแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันในครอบครัวก่อนการบำบัด การรับประทานยาทำให้อารมณ์คงที่ตามแผนการรักษาของผู้ป่วย
ทุน	1) The National Institute of Mental Health grants No. MH43931 and MH55101 f 2) The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation Network on the Psychobiology of Depression, a Young Investigator Award to Dr. Miklowitz from the National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression 3) Faculty Fellowship to Dr. Miklowitz from the University of Colorado's Council of Research and Creative Work Grant No. 9009473A
สมมุติฐานงานวิจัย	ไม่ระบุ
Setting งานวิจัย	Community Setting ในเขต Boulder / Denver Colorado ประเทศสหรัฐอเมริกา

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง	1) ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจำนวน 101 คน ที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยจิตเวชในจำนวน 4 หอผู้ป่วยในเขต Boulder / Denver และ Colorado หรือได้รับการส่งต่อมาจากผู้ป่วยนอก โดยมี เกณฑ์การคัดเข้า(Inclusion Criteria) - เป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ได้รับการวินิจฉัยโดยใช้การสัมภาษณ์ทางคลินิกอย่างมีโครงสร้าง (Structured Clinical Interview for DSMIII-R, Patient Version (SCID-P)) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM III-R อยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้วที่มีภาวะเมเนีย (mania episode) จำนวน 51 คน ภาวะผสม (mixed episode) จำนวน 35 คน ภาวะซึมเศร้า (Depressed episode) จำนวน 15 คน ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา - มีอายุระหว่าง 18 – 60 ปี - ไม่มีอาการทางระบบประสาทและความผิดปกติทางพัฒนาการ - ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตใจจากการใช้ยาหรือแอลกอฮอล์ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM III- R - อาศัยอยู่กับผู้ดูแล หรือติดต่อกับผู้ดูแลสม่ำเสมอ (≥ 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์) (พ่อแม่จำนวน 37 คน คู่สมรสจำนวน 56 คน พี่น้องจำนวน 7 คน และบุตรจำนวน 1 คน) - ยินดีปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยาทำให้อารมณ์คงที่หรือยาต้านโรคจิต - พูดภาษาอังกฤษได้ - ผู้ป่วยและผู้ดูแลลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจภายหลังได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการศึกษา 2) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้การสัมภาษณ์ทางคลินิกอย่างมีโครงสร้างตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM III- R ขณะที่ผู้ป่วยยังรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชหรือที่คลินิกผู้ป่วยนอก ภายหลังจากที่ผู้ป่วยอยู่ในระดับที่มีอาการรุนแรง(acute period of illness) ผู้วิจัยที่เป็นผู้สัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้สามารถวินิจฉัยได้

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	อย่างถูกต้อง และการสัมภาษณ์ทางคลินิกอย่างมีโครงสร้างมีค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน 0.71-0.87 ภายหลังการฝึกทักษะ 3) ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจำนวน 101 คน ได้จากผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยขั้นต้นว่าป่วยเป็นโรคอารมณ์สองขั้วจำนวน 698 คน ในจำนวนนี้ผู้ป่วยจำนวน 597 คนถูกคัดออกจากการวิจัยเนื่องจากไม่มีการติดต่อกับผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอจำนวน 181 คน (30 %) เมื่อสัมภาษณ์ทางคลินิกอย่างมีโครงสร้างตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM III - R และพบว่าไม่ได้ป่วยเป็นโรคอารมณ์สองขั้วจำนวน 109 คน (18 %) อายุน้อยกว่า 18 ปีหรือมากกว่า 60 ปีจำนวน 77 คน (13 %) มีความผิดปกติหรือพึ่งยาเสพติดจำนวน 68 คน (11 %) มีความผิดปกติทางสมองจำนวน 53 คน (9 %) ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 43 คน (7 %) อาศัยอยู่ไกลจำนวน 17 คน (3 %) ไม่สามารถพูดภาษาอังกฤษได้จำนวน 5 คน (1 %) เหตุผลอื่นจำนวน 20 คน (3 %)
การบำบัด	<u>การรักษาด้วยยา</u> เนื่องจากผู้วิจัยต้องการศึกษาผลของการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาในชุมชน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะถูกส่งมารับการรักษาด้วยยาจากจิตแพทย์ที่เข้าร่วมการวิจัย ก่อนจะถูกส่งตัวไปรับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก จิตแพทย์ในโครงการวิจัยจะเป็นผู้ปรับตารางการนัดพบจิตแพทย์ แผนการรักษาด้วยยาตามความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ในระยะ 1 เดือนแรกก่อนการได้รับการบำบัดทางจิตสังคม ผู้ป่วยจำนวน 70 คนจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 101 คนได้รับยาทำให้อารมณ์คงที่ (mood stabilizer) ผู้ป่วยจำนวน 48 คนได้รับ lithium carbonate ผู้ป่วยจำนวน 13 คนได้รับ carbamazepine ผู้ป่วยจำนวน 5 คนได้รับ Valproate และผู้ป่วยจำนวน 4 คนได้รับ verapanil และผู้ป่วยจำนวน 22 คนจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 101 คนได้รับยาทำให้อารมณ์คงที่หลายตัวร่วมกัน ในจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาทำให้อารมณ์คงที่ทั้งหมด 92 คน ได้รับยาด้านโรคจิตร่วมด้วยจำนวน 36 คน ได้รับยาด้านเศร้าร่วมด้วยจำนวน 17 คน ได้รับยาคลายกังวลร่วมด้วยจำนวน 21 คน เหลือผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาทำให้อารมณ์คงที่จำนวน 9 คน ในจำนวน 9 คนนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	ได้รับด้านโรคจิตอย่างเดียวนับจำนวน 3 คน ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาเลย จำนวน 1 คน ไม่มาตรวจตามนัดจำนวน 5 คน <u>การรักษาทางจิตสังคม</u> หลังจากการที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้รับการสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM III – R 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะได้รับการสุ่มโดยใช้อัตราส่วน 1 : 2 โดยผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจำนวน 1 ส่วนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยา (Family-Focused Psychoeducation Treatment; FFT)) เป็นระยะเวลา 9 เดือน หรือได้รับการบำบัดด้วยการจัดการในระยะวิกฤต ร่วมกับการรักษาด้วยยา (Crisis Management; CM) จำนวน 2 ส่วน ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว (พ่อแม่ คู่สมรส พี่น้อง) ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยา ซึ่งประกอบด้วยการบำบัดครอบครัวหรือบำบัดการสมรสครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นจำนวน 21 ครั้ง ในระยะเวลา 9 เดือน (สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน 3 เดือน 1 ครั้งต่อ 2 สัปดาห์เป็นระยะเวลา 3 เดือน และเดือนละ 1 ครั้งเป็นระยะเวลา 3 เดือน) ซึ่งให้การบำบัดโดยทีมผู้ให้การบำบัดร่วม ผู้บำบัดปฏิบัติตามคู่มือการบำบัดการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยาที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว การให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยา ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ สุขภาพจิตศึกษา(Psychoeducation) การฝึกทักษะการสื่อสาร(Communication enhancement training) และการฝึกทักษะการแก้ปัญหา(Problem-solving skills training) 1) สุขภาพจิตศึกษา(Psychoeducation) ประกอบด้วยการบำบัดจำนวน 7 ครั้ง หรือมากกว่า โดยให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและผู้ดูแลได้รับข้อมูลและอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับอาการ ธรรมชาติ สาเหตุและการรักษาของโรค อารมณ์สองขั้ว อาการเตือนในระยะแรก แผนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำบทบาทของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง และความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	2) การฝึกทักษะการสื่อสาร(Communication enhancement training) ประกอบด้วยการบำบัดจำนวน 7-10 ครั้ง ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการกับความเครียดในครอบครัว ได้แก่ การฝึกการพูดที่มีประสิทธิภาพ การฟังอย่างตั้งใจ ทักษะการเจรจาต่อรอง การขอให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งกันและกัน การให้ข้อมูลป้อนกลับทั้งทางบวกและทางลบ โดยให้การแสดงบทบาทสมมติ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติเป็นการบ้าน 3) การฝึกทักษะการแก้ปัญหา(Problem-solving skills training) ประกอบด้วยการบำบัด 4 - 5 ครั้ง เป็นการฝึกให้ผู้รับการบำบัดระบุปัญหาครอบครัวที่เฉพาะเจาะจง หาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่หลากหลาย ประเมินผลได้ผลเสียของแต่ละทางเลือก เลือกทางเลือกในการแก้ปัญหาของครอบครัว พัฒนาแผนการปฏิบัติตามทางเลือก และฝึกปฏิบัติเป็นการบ้าน ผู้บำบัดจำนวน 19 คน มีอายุเฉลี่ย 30.0 ± 6.7 ปี มีประสบการณ์ทางคลินิกเป็นระยะเวลา 3.5 ± 3.8 ปี ในจำนวนนี้เป็นผู้หญิงจำนวน 15 คน มีการศึกษาระดับปริญญาเอกทางจิตวิทยาจำนวน 3 คน มีการศึกษาระดับปริญญาโท จำนวน 14 คน มีการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 2 คน ผู้ให้การบำบัดการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยาหรือการจัดการในระยะวิกฤตร่วมกับการรักษาด้วยยาแตกต่างกันในด้านอายุ เพศ จำนวนปีของประสบการณ์ทางคลินิกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.1$) การฝึกผู้ให้การบำบัดการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยาใช้แนวทางการฝึกที่มีมาตรฐาน โดยให้ผู้รับการฝึกเป็นผู้ให้การบำบัดอ่านคู่มือการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยา สังเกตตัวอย่างการบำบัดจากวิดีโอเทป รับการนิเทศสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยผู้วิจัยหลัก และฝึกเป็นผู้ร่วมการบำบัดแก่ ครอบครัวจำนวน 2 ครอบครัว เช่นเดียวกับในกลุ่มจัดการในระยะวิกฤตร่วมกับการรักษาด้วยยาผู้ให้การบำบัดได้รับประกาศนียบัตรการบำบัดเมื่อผู้วิจัยหลักมีความเห็นว่าผู้ให้การบำบัดปฏิบัติตามแนวทางการบำบัดในการฝึก 2 ครั้ง และได้รับการนิเทศทุกสัปดาห์ตลอดการวิจัย

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	ผู้สังเกตอิสระจะเป็นผู้ประเมินการปฏิบัติตามแนวการบำบัด โดยดูจากวิดีโอเทปบันทึกการบำบัดและให้คะแนน พบว่าการปฏิบัติตามแนวการปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ย 5.1 ± 0.6 คะแนน (1 คะแนนแสดงว่า การปฏิบัติตามแนวการบำบัดน้อยที่สุด และ 7 คะแนนแสดงว่าการปฏิบัติตามแนวการบำบัดมากที่สุด) ความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินการปฏิบัติตามแนวการบำบัดอยู่ในระดับสูง ($0.67 - 0.75$; $p < 0.005$)
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	ผู้วิจัยใช้ 1) ประเมินการแสดงอารมณ์โดย The Camberwell Family Interview, (Vaughn and Leff, 1976) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างเกี่ยวกับปฏิกริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว โดยใช้เวลา 1 - 1.5 ชั่วโมง และบันทึกเนื้อหาการสัมภาษณ์ ผู้ประเมินประเมินเนื้อหาการสัมภาษณ์เพื่อระดับการแสดงอารมณ์ของผู้ดูแลโดยไม่รู้สถานภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลว่าอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม พบว่า - มีครอบครัวจำนวน 41 ครอบครัว (41 %) มีระดับการแสดงอารมณ์ในครอบครัวสูง (ถ้าผู้ดูแลของผู้ป่วยจำนวน 1 คนหรือมากกว่ามีการแสดงคำพูดวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยมากกว่า 6 ครั้งขึ้นไป) การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Interrater reliabilities) = 0.82 (ในผู้ประเมินจำนวน 12 คน) - มีการแสดงความไม่เป็นมิตรต่อผู้ป่วย (การวิพากษ์วิจารณ์บุคลิกภาพหรือวิพากษ์วิจารณ์เรื่องต่างๆ ไป มีค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน = 0.93 - มีการแสดงความผูกพันทางอารมณ์กับผู้ป่วยมากเกินไป (emotionally over involved) มีค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน = 0.80 - มีครอบครัวที่ผู้ดูแลมีระดับการแสดงอารมณ์ในครอบครัวไม่เป็นไปตามเกณฑ์การแสดงอารมณ์ต่อกันสูงจำนวน 59 ครอบครัว (59 %) 2) อาการที่เป็นผลลัพธ์ของการบำบัด และการปฏิบัติตามแผนการรักษาการวัดอาการที่เป็นผลลัพธ์ของการบำบัดเบื้องต้นใช้ตารางการสัมภาษณ์ความผิดปกติทางอารมณ์และโรคจิตเภทฉบับปรับปรุง (Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia, change version (SADS-C);

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	Spitzer and Endicott 1978) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ให้ตอบบนมาตรวัดลิคเิร์ท (Likert-scaled) สมาชิกในทีมผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยอย่างน้อย 6 ครั้ง (ครั้งที่ 1 เมื่อคัดกรองโรคอารมณ์สองขั้วในช่วงที่มีอาการรุนแรง (acute episode) ครั้งที่ 2 เมื่อก่อนการบำบัด 1 เดือน ครั้งที่ 3 เมื่อให้การบำบัดไปเดือนที่ 3 ครั้งที่ 4 เมื่อให้การบำบัดไปเดือนที่ 6 ครั้งที่ 5 เมื่อให้การบำบัดไปเดือนที่ 9 และครั้งที่ 6 เมื่อให้การบำบัดไปเดือนที่ 12 หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีการรับเข้าไว้รักษาซ้ำในโรงพยาบาล สมาชิกในทีมผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยห่างจากการสัมภาษณ์ครั้งแรก 2 สัปดาห์ ในการประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษา ประเมินด้วยมาตรวัดการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ (The Maintenance Treatment Scales (Ellicott et al 1990; Gitlin et al 1995; Keller 1988)) ซึ่งมีคะแนนระหว่าง 0 คะแนน – 4 คะแนน (0 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติตามแผนการรักษาต่ำ 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติตามแผนการรักษาสูง) สำหรับยา Volproate 0 คะแนน หมายถึง ไม่ได้รับยา 4 คะแนน หมายถึง ได้รับยา 2,000 mg/วัน การปฏิบัติตามแผนการรักษาวัดแยกกันในยาทำให้อารมณ์คงที่แต่ละตัวและวัดระดับยา Lithium ในกระแสเลือดซึ่งควรมีค่าตั้งแต่ 0.70 – 0.89 mEq/L และยา Volproate มีค่าตั้งแต่ 1250 ถึง 1999 mg/วัน ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับเนื้อหาของ การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อตรวจสอบกับการประเมินประเภทอื่น ร่วมกับการสังเกตผู้ป่วย และติดตามผลทุก 3 เดือน ผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติตามแผนการรักษา (1 คะแนนหมายถึง ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสมบูรณ์ 2 คะแนนหมายถึง ปฏิบัติตามแผนการรักษาบางส่วน 3 คะแนน หมายถึง ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาทั้งหมด) ขึ้นกับข้อมูลการประเมินการปฏิบัติตามแผนการรักษาและระดับของยาในกระแสเลือด (ระดับ Lithium Ion มีค่าตั้งแต่ 0.15 – 1.5 mEq/L เป็นระดับการปฏิบัติตามแผนการรักษา) ผู้วิจัยตัดสินว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วปฏิบัติตามแผนการรักษาเมื่อมีค่าคะแนนการปฏิบัติตามแผนการรักษามีค่าเฉลี่ย 1.41 ± 0.49 ในระหว่าง 12 เดือน ของการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินระดับยาทำให้

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	อารมณ์คงที่และการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยไม่รู้สถานภาพการร่วมกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมและอาการเมื่อติดตามผลของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินมีค่า 0.77 ในการประเมินระดับยาในกระแสเลือด และ 0.86 ในการประเมินการปฏิบัติตามแผนการรักษาในผู้ประเมินจำนวน 12 คน การออกจากการวิจัย ผู้วิจัยตัดสินใจว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยอยู่ร่วมการวิจัยจนสิ้นสุดเมื่อให้ข้อมูลการประเมินเดือนที่ 12 ของการบำบัดซึ่งมีผู้ป่วยจำนวน 79 คนให้ข้อมูลครบ ผู้ป่วยจำนวน 22 คน ไม่ได้อยู่ร่วมการวิจัยจนสิ้นสุด ในจำนวนนี้ 17 คน ปฏิเสธการอยู่ร่วมการวิจัยเมื่อเริ่มการวิจัยในระยะแรกๆ ผู้ป่วยจำนวน 3 คน ออกจากการวิจัยเนื่องจากการวินิจฉัยคลุมเครือ และผู้ป่วยจำนวน 2 คน ย้ายออกจากสถานที่อยู่ ดังนั้นจำนวนผู้ป่วยที่ออกจากการวิจัยในกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการบำบัดแบบการจัดการในระยะวิกฤตร่วมกับการรักษาด้วยยามีจำนวน 19 คนจากจำนวนทั้งหมด 70 คน (27 %) มีจำนวนสูงกว่าผู้ป่วยที่ ออกจากกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยาซึ่งมีจำนวน 3 คน จากจำนวนทั้งหมด 31 คน (10 %) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2(1) = 3.85, p = .05$) การจำแนกผลลัพธ์การวิจัย ผู้วิจัยจำนวน 2 คน (ไม่รู้สถานภาพของผู้ป่วยว่าอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมและแผนการรักษาด้วยยาที่ผู้ป่วยได้รับหรือระดับการแสดงอารมณ์ในครอบครัว) เป็นผู้ประเมินผู้ป่วยจำนวน 79 คน ที่อยู่ร่วมการวิจัยจนสิ้นสุดว่ามีอาการกลับเป็นซ้ำ หรือไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ (ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน 2 คนมีค่า = 0.88, $p < 0.001$) ผู้ประเมินทั้ง 2 คน ใช้ระบบการประเมินที่เชื่อถือได้ในการศึกษาระยะยาวในผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 35 คน ในจำนวนทั้งหมด 79 คน มีการกลับเป็นซ้ำ (ผู้ป่วยจำนวน 10 คน มีการกลับเป็นซ้ำด้านอาการเมเนีย และผู้ป่วยจำนวน 25 คน มีการกลับเป็นซ้ำด้านอาการซึมเศร้า) ในจำนวนผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำ 35 คน มีอาการฟื้นกลับอย่างเต็มที่ (Full Remission) จำนวน 20 คน

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	มีอาการฟื้นกลับบางส่วนจำนวน 15 คน ในบางจุดตลอดระยะเวลาการวิจัย 12 เดือน และมีการกลับเป็นซ้ำอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยจำนวน 40 คนได้รับการจำแนกว่าไม่มีการกลับเป็นซ้ำ และดำรงภาวะฟื้นกลับอย่างเต็มที่หรือฟื้นกลับบางส่วนในระยะเวลา 12 เดือน ตลอดระยะเวลาการวิจัยจำนวน 27 คน (34 %) เริ่มมีอาการเล็กน้อยและกลับสู่การฟื้นกลับอย่างเต็มที่ หรือการฟื้นกลับบางส่วนโดยไม่มีอาการเสื่อมลงจำนวน 13 คน (16 %) และมีอาการโรคอารมณ์สองขั้วไม่เปลี่ยนแปลงตลอดระยะเวลา 12 เดือน (แต่ไม่มีอาการแสดงของการกลับเป็นซ้ำหรือการฟื้นกลับ) จำนวน 4 คน การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (Univariate Analyses of Variance) และสถิติ χ^2 เพื่อประเมินตัวแปรทางประชากรและการเจ็บป่วย ก่อนเข้าร่วมการวิจัยระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยาหรือกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดแบบการจัดการในระยะวิกฤตร่วมกับการรักษาด้วยยาและการใช้ The Cox proportional hazards model (Cox 1972) วิเคราะห์ระยะปลอดเหตุการณ์ (Survival Analyses) เปรียบเทียบการกลับเป็นซ้ำระหว่างกลุ่ม โดยการใช้กลุ่มตัวอย่าง The intent-to-treat sample จำนวน 101 คน และใช้ผู้ป่วยที่ออกจากการวิจัยจำนวน 22 คน เป็น “censored” ในการติดตามผลครั้งสุดท้าย โดยผู้ป่วยจำนวน 17 คนจากจำนวน 22 คนที่ออกจากการวิจัยถูกใช้เป็น “censored” ในการติดตามผล 3 เดือน ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated-measures ANOVAs) ในการประเมินอาการทางจิตที่ลดลง (อาการซึมเศร้า อาการเมเนีย และอาการแสดงทางอารมณ์ทั้งหมด) ตลอดระยะเวลาการวิจัย โดยใช้คะแนนอาการเป็นตัวแปรตามในระยะ 1 เดือนก่อนการบำบัด 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน การประเมินนี้ใช้ข้อมูลของผู้ป่วยที่อยู่ร่วมการวิจัยจนสิ้นสุดจำนวน 79 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความเชื่อมั่นต่ำในการอ้างอิง (generalize) สู่กลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	ผู้วิจัยยืนยันผลจากการวิเคราะห์ระยะปลอดเหตุการณ์และการวิเคราะห์ความแปรปรวนโดยใช้ระดับความรุนแรงของอาการในระยะที่มีอาการโรคอารมณ์สองขั้ว (episode) สถานภาพการแสดงอารมณ์ระหว่างกันสูงในครอบครัว แผนการรักษาด้วยยาและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยเมื่อแรกเข้าร่วมการวิจัยเป็นตัวแปรควบคุม
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	Level II
ผลการวิจัย	ก่อนการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยาจนสิ้นสุดการวิจัย (N = 28) กลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการในระยะวิกฤตร่วมกับการรักษาด้วยยาจนสิ้นสุดการวิจัย (N = 51) และกลุ่มตัวอย่างที่ออกจากการวิจัย (N = 28) มีลักษณะทางประชากร ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และการได้รับการรักษาด้วยยาแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.10$) และมีระดับยาในกระแสเลือดหรือสัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับยา lithium carbonate ยากันชัก หรือทั้งสองอย่างแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อประเมินก่อนรับการบำบัดทางจิตสังคม 1 เดือน ($p = 0.62$) และกลุ่มตัวอย่างที่ออกจากการวิจัยมีสถานภาพทางเศรษฐกิจ และจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ร่วมการบำบัดจนสิ้นสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.015$ และ $p = 0.002$) และผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยที่เป็นผู้ป่วยใน (N = 82) และผู้ป่วยนอก (N = 19) อยู่ร่วมในกลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยา และกลุ่มที่ได้รับการจัดการในระยะวิกฤตร่วมกับการรักษาด้วยยาแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.65$) และผู้ป่วยในมี เพศ อายุ ระดับการศึกษา หรือระดับการรักษาด้วยยาแตกต่างกับผู้ป่วยนอกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.10$) อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยในมีอาการเมเนียมากกว่า มีอาการซึมเศร้าน้อยกว่าและมีจำนวนการเข้ารักษาในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยนอก ในช่วงที่มีอาการรุนแรงหรือเข้าร่วมการวิจัยในระยะแรก ($p = 0.026$, $p = 0.025$ และ $p = 0.023$) และมีระดับเศรษฐกิจ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	สังคมต่ำกว่าซึ่งผู้วิจัยใช้เป็นตัวcovariate ในการวิเคราะห์ผลลัพธ์การบำบัดผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยาจำนวน 31 คน มีการกลับเป็นซ้ำจำนวน 8 คน ผู้ป่วยจำนวน 18 คนไม่มีการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยอีกจำนวน 2 คนมีอาการไม่เปลี่ยนแปลง และออกจากการวิจัยจำนวน 3 คนในระยะเวลา 12 เดือนของการวิจัย ส่วนผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการจัดการในระยะวิกฤตร่วมกับการรักษาด้วยยาจำนวน 70 คน มีการกลับเป็นซ้ำจำนวน 27 คน ผู้ป่วยจำนวน 22 คนไม่มีการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยอีกจำนวน 2 คนมีอาการไม่เปลี่ยนแปลง และออกจากการวิจัยจำนวน 19 คนในระยะเวลา 12 เดือนของการวิจัย เมื่อวิเคราะห์ระยะปลอดเหตุการณ์ (การกลับเป็นซ้ำ) ใน 1 ปี ในกลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยา = 71 % และในกลุ่มที่ได้รับการจัดการในระยะวิกฤตร่วมกับการรักษาด้วยยา = 47 % ซึ่งอัตราระยะปลอดเหตุการณ์แตกต่างกันระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.037$) โดยที่ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการจัดการในระยะวิกฤตร่วมกับการรักษาด้วยยามีการกลับเป็นซ้ำด้วยอาการซึมเศร้า จำนวน 20 คน กลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยามีการกลับเป็นซ้ำด้วยอาการซึมเศร้าจำนวน 5 คน ซึ่งแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.034$) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยาและกลุ่มที่ได้รับการจัดการในระยะวิกฤตร่วมกับการรักษาด้วยยามีจำนวนการกลับซ้ำเป็นด้วยอาการเมเนียลดลงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.37$) เมื่อวิเคราะห์ระยะปลอดเหตุการณ์ (การป่วยซ้ำ) ด้วย The Cox proportional hazards model (Cox 1972) พบว่าการบำบัดด้วยกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยาามีผลเหนือกว่าในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ($p = 0.042$) และเมื่อวิเคราะห์ระยะปลอดเหตุการณ์ (การกลับเป็นซ้ำ) พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ร่วมการวิจัยจนถึงสิ้นสุดจำนวน 79 คน ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	การบำบัดด้วยกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยา และผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการในระยะวิกฤตร่วมกับการรักษาด้วยยา มีระยะปลอดเหตุการณ์ (การกลับเป็นซ้ำ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.032$) และเมื่อทำนายระยะปลอดเหตุการณ์ (การกลับเป็นซ้ำ) หลังจากใช้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า อาการเมเนีย หรืออาการทางอารมณ์ทั้งหมดเป็นตัว covariate แล้ว พบว่าการบำบัดด้วยกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยามีผลเหนือกว่า ($p = 0.027$, $p = 0.059$ และ $p = 0.003$) เมื่อวิเคราะห์การบำบัดทางจิตสังคมกับการแสดงอารมณ์ระหว่างกันในครอบครัวผู้ป่วยด้วย The Cox proportional hazards model (Cox 1972) พบว่าการบำบัดด้วยกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยามีผลต่อการกลับเป็นซ้ำหลังจากใช้การแสดงอารมณ์ระหว่างกันในครอบครัวผู้ป่วยเป็นตัว covariate แล้ว ($p = 0.05$) และพบว่าการแสดงอารมณ์ระหว่างกันในครอบครัวผู้ป่วยมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.065$)
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยาเป็นการเน้นในการให้ความรู้แก่ครอบครัวของผู้ป่วยโดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนจำหน่ายกลับบ้าน 2) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยามีจำนวน 21 ครั้ง นาน 9 เดือน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ สุขภาพจิตศึกษา(Psychoeducation) การฝึกทักษะการสื่อสาร (Communication enhancement training) และการฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem-solving skills training) 3) การประเมินผลลัพธ์การบำบัด ประเมินจาก อาการของผู้ป่วย ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการป่วยซ้ำของผู้ป่วย โดยประเมินก่อนเข้ารับการรักษา 1 เดือน และเมื่อครบเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 เดือนที่ 9 และเดือนที่ 12 ของการบำบัด

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	4) ผู้ให้การบำบัดการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยา มีการศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาตรี มีประสบการณ์ทางคลินิกและได้รับการฝึกตามแนวทางการฝึกที่มีมาตรฐานโดยการอ่านคู่มือการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยา สังเกตตัวอย่างการบำบัดจากวิดีโอเทป รับการนิเทศสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และฝึกเป็นผู้ร่วมการบำบัดแก่ครอบครัว จำนวน 2 ครอบครัว
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหา	1) งานวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาในการเพิ่มความรู้ให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่าสามารถลดการป่วยซ้ำของผู้ป่วยได้ 2) การให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยาสามารถนำไปใช้ได้จริงกับครอบครัวผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว และมีกระบวนการการติดตามเก็บข้อมูลเป็นระยะที่นำไปใช้ปฏิบัติได้ทางคลินิกได้
การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial ที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างไม่เฉพาะเจาะจง และอธิบายถึงกลุ่มตัวอย่างที่ออกจากการศึกษาไว้อย่างละเอียด มีการอธิบายเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ และการเก็บข้อมูลทั้งสองกลุ่มไว้อย่างละเอียดเป็นขั้นตอน และมีการเปรียบเทียบคะแนนการประเมินผลลัพธ์ก่อนการบำบัดและตลอดการบำบัดด้วยการใช้ค่าสถิติที่เหมาะสม โดยแสดงการเปรียบเทียบให้เห็นในรูปตารางและกราฟเส้น เป็นงานวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนหลายแหล่งทุน
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability) ลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยในหน่วยงาน มีความเหมาะสมกับพันธกิจของโรงพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ในโรงพยาบาลและหลังจำหน่าย พยาบาลสามารถนำไปใช้ในหน่วยงานได้ 2. ความเป็นไปได้ (Feasibility of implementation) พยาบาลสามารถนำสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยาไปใช้ได้ตามขอบเขตแห่งวิชาชีพเป็นการบำบัดราย

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	ครอบครัวที่พยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ไปพร้อมงานประจำได้ เป็นวิธีการที่มีคู่มือ และมีกระบวนการฝึกฝนในการให้การบำบัดให้พยาบาลได้ศึกษาเพื่อนำไปใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ซึ่งเป็นงานประจำที่พยาบาลปฏิบัติอยู่แล้วเพียงเพิ่มเวลาในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของการบำบัดนี้ 3. ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost – benefit ratio) การบำบัดด้วยสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัว ร่วมกับการใช้ยาเป็นวิธีที่ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ทั้งยังช่วยให้ลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการช่วยลดภาระของผู้ดูแลในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา และเวลาในการดูแลผู้ป่วยลงได้

เรื่องที่ 2

ชื่อเรื่องงานวิจัย: A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder.

ชื่อผู้แต่ง: Miklowitz, D. J., George, E.L., Richards, J. A., Simoneau, T.L., & Suddath, R.L.

แหล่งที่พิมพ์: Archives of General Psychiatry, 60(9), 904-912 (2003)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เป็นการรายงานการติดตามผลของการบำบัดด้วยสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยา (Family-Focused Psychoeducation Treatment (FFT)) และผลของการดูแลตามมาตรฐานด้วยการจัดการในระยะวิกฤตร่วมกับการรักษาด้วยยา (Crisis Management (CM)) ในครอบครัวผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทุก 3 เดือนเป็นระยะเวลา 2 ปี
ทุน	1) National Institute of Mental Health grants R29MH43931, R01MH42556 and R21MH55101 2) Distinguished Investigator Award (Dr Miklowitz) from the National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression, Chicago, III 3) The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation Network on the Psychobiology of Depression, Chicago grant 9009473A
สมมติฐานงานวิจัย	1) ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ได้รับการบำบัดด้วยสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยามีการฟื้นกลับเป็นระยะเวลานานกว่าและมีอาการทางอารมณ์ที่รุนแรงน้อยกว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ได้รับการบำบัดตามมาตรฐานด้วยการจัดการในระยะวิกฤตร่วมกับการรักษาด้วยยาในระยะเวลา 2 ปี 2) ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วรวมทั้งผู้ดูแลที่ได้รับการบำบัดด้วยสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยาเรียนรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษาด้วยยาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและมีการปฏิบัติตามแผนการรักษาดีกว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ได้รับการบำบัดตามมาตรฐานการจัดการในระยะวิกฤตร่วมกับการรักษาด้วยยา
Setting งานวิจัย	เป็นงานวิจัยที่ติดตามผลต่อเนื่องจากงานวิจัย Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effect of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง	เป็นกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับงานวิจัยเรื่อง Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effect of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy ผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 101 คน มีอายุระหว่าง 18 – 62 ปี อายุเฉลี่ย 35.6 ± 10.2 ปี เป็นผู้หญิงจำนวน 64 คน เป็นผู้ชายจำนวน 37 คน กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 34 คน ได้รับการบำบัดและการติดตามผลเป็นระยะเวลาแตกต่างกัน ดังนี้ - ได้รับการบำบัดครบ (รับการบำบัด ≥ 19 ครั้ง) จำนวน 24 คน - ได้รับการบำบัดบางส่วน (รับการบำบัด 8 - 18 ครั้ง) จำนวน 4 คน - ไม่ได้รับการบำบัด (รับการบำบัด < 7 ครั้ง) จำนวน 3 คน - ได้รับการติดตามผลน้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 3 คน - ได้รับการติดตามผลมากกว่า 6 เดือน และน้อยกว่า 24 เดือน จำนวน 3 คน - ได้รับการติดตามผล 24 เดือน จำนวน 22 คน กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 70 คน ได้รับการบำบัดและการติดตามผลเป็นระยะเวลาแตกต่างกัน ดังนี้ - ได้รับการบำบัด จำนวน 54 คน - ไม่ได้รับการบำบัด จำนวน 16 คน - ได้รับการติดตามผลน้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 16 คน - ได้รับการติดตามผลมากกว่า 6 เดือน และน้อยกว่า 24 เดือน จำนวน 11 คน - ได้รับการติดตามผล 24 เดือน จำนวน 43 คน ผู้ป่วยที่ลาออกจากการวิจัยก่อนสิ้นสุดการวิจัยจำนวน 19 คน ไม่มีประสิทธิภาพของการกลับเป็นซ้ำตลอดระยะเวลาของการติดตามผล เป็นผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดตามมาตรฐานด้วยการจัดการในระยะวิกฤตร่วมกับการรักษาด้วยยาจำนวน 16 คน จากทั้งหมดจำนวน 70 คน และผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยาจำนวน 3 คน จากทั้งหมด 31 คน

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด	กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยา (Family-Focused Psychoeducation Treatment) เป็นระยะเวลา 9 เดือน กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดด้วยการบำบัดตามมาตรฐานด้วยการจัดการในระยะวิกฤตร่วมกับการรักษาด้วยยา (Crisis Management) เป็นระยะเวลา 9 เดือน
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	ใช้เครื่องมือเดียวกันกับงานวิจัยเรื่อง Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effect of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	Level II
ผลการวิจัย	ผู้ประเมินอิสระจำนวน 2 คน ที่ไม่รู้สถานภาพการเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมของกลุ่มตัวอย่างประเมินการกลับเป็นซ้ำหรือการไม่กลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจำนวน 82 คนที่ยังอยู่ร่วมการวิจัยอย่างน้อยในระยะติดตามผล 6 เดือน โดยมีค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน = 0.75 ($p < 0.001$) ในผู้ป่วยจำนวน 82 คน มีผู้ป่วยจำนวน 28 คน ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำและผู้ป่วยจำนวน 5 คน มีอาการไม่เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยซ้ำอีกจำนวน 49 คน กลับเป็นซ้ำอย่างน้อย 1 ครั้งโดยผู้ป่วยจำนวน 19 คน มีการกลับเป็นซ้ำในระยะ 6 เดือนผู้ป่วยจำนวน 16 คน มีการกลับเป็นซ้ำในระยะ 6 – 12 เดือนผู้ป่วยจำนวน 14 คน มีการกลับเป็นซ้ำในระยะ 12– 24 เดือน ในจำนวนผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำนี้ เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวน 17 คนและในจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีการกลับเป็นซ้ำได้เข้ารับการักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวน 6 คน ผู้ป่วยจำนวน 70 คน ที่ได้รับการบำบัดด้วยการบำบัดตามมาตรฐานด้วยการจัดการในระยะวิกฤตร่วมกับการรักษาด้วยยา มีการกลับเป็นซ้ำจำนวน 38 คน (54%) ในระยะติดตามผล 2 ปี ผู้ป่วยจำนวน 12 คน (17%) ไม่มีการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจำนวน 4 คน (6%) มีอาการไม่เปลี่ยนแปลง และผู้ป่วยจำนวน 16 คน (23%) ออกจากการบำบัดก่อนสิ้นสุดการวิจัยผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	ได้รับการบำบัดด้วยสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยา มีการกลับเป็นซ้ำจำนวน 11 คน (35%) ในระยะติดตามผล 2 ปี ผู้ป่วยจำนวน 16 คน (52%) ไม่มีการ กลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจำนวน 1 คน (3%) มีอาการไม่เปลี่ยนแปลง และผู้ป่วยจำนวน 3 คน (10%) ออกจากการบำบัดก่อนสิ้นสุดการวิจัย ผลการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยาและจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการจัดการในระยะวิกฤตร่วมกับการรักษาด้วยยาที่มีอาการกลับเป็นซ้ำและที่ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยา มีการฟื้นกลับหรือฟื้นกลับบางส่วน (โดยไม่มีการกลับเป็นซ้ำ) เป็นระยะเวลานานกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดการบำบัดตามมาตรฐานด้วยการจัดการในระยะวิกฤตร่วมกับการรักษาด้วยยา ($p = 0.003$) โดยเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยามีระยะปลอดการกลับเป็นซ้ำ 73.5 ± 28.8 สัปดาห์ ขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยการจัดการในระยะวิกฤตร่วมกับการรักษาด้วยยามีระยะปลอดการกลับเป็นซ้ำ 53.2 ± 39.6 สัปดาห์ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์โดยไม่นำผู้ป่วยจำนวน 5 คนที่มีอาการไม่เปลี่ยนแปลงมาวิเคราะห์แล้วพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยามีระยะปลอดการกลับเป็นซ้ำนานกว่า ($p = 0.002$) และเมื่อวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำพบว่า ผลการบำบัดมีปฏิสัมพันธ์กับเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.007$) และเมื่อใช้คะแนนรวมอาการทางอารมณ์ก่อนการบำบัด 1 เดือน เป็นตัว Covariate ออก ($p = 0.01$) แสดงว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยาและผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยการจัดการในระยะวิกฤตร่วมกับการรักษาด้วยยามีอาการทางอารมณ์ใกล้เคียงกันเมื่อรับการบำบัดไปได้เป็นระยะเวลา 6 เดือน แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	รักษาด้วยยาที่มีระดับการแสดงทางอารมณ์รุนแรงลดลงในระยะเวลาต่อมา
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยาเป็นการเน้นในการให้ความรู้แก่ครอบครัวของผู้ป่วยโดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจนจำหน่ายกลับบ้าน 2) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยามีจำนวน 21 ครั้ง นาน 9 เดือน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ สุขภาพจิตศึกษา(Psychoeducation) การฝึกทักษะการสื่อสาร (Communication enhancement training) และการฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem- solving skills training) 3) การประเมินผลลัพธ์การบำบัด ประเมินจาก อาการของผู้ป่วย ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการป่วยซ้ำของผู้ป่วย โดยประเมินก่อนเข้ารับการบำบัด 1 เดือน และเมื่อครบเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 เดือนที่ 9 และเดือนที่ 12 ของการบำบัด 4) ผู้ให้การบำบัดการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยามีการศึกษาระดับปริญญาโท และปริญญาตรีมีประสบการณ์ทางคลินิกและได้รับการฝึกตามแนวทางการฝึกที่มีมาตรฐาน โดยการอ่านคู่มือการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยา สังเกตตัวอย่างการบำบัดจากวิดีโอเทป รับการนิเทศสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และฝึกเป็นผู้ร่วมการบำบัดแก่ครอบครัวจำนวน 2 ครอบครัว
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหา	1) งานวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาในการเพิ่มความรู้ให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโดยเป็นการเน้นที่ครอบครัว ผลการวิจัยพบว่าสามารถลดการป่วยซ้ำของผู้ป่วยได้ 2) การให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการใช้ยาสามารถนำไปใช้ได้จริงกับครอบครัวผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว และมีกระบวนการติดตามเก็บข้อมูลเป็นระยะที่นำไปใช้ปฏิบัติได้ทางคลินิกได้

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial ที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างไม่เฉพาะเจาะจง และอธิบายถึงกลุ่มตัวอย่างที่ออกจากการศึกษาไว้อย่างละเอียด มีการอธิบายเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ และการเก็บข้อมูลทั้งสองกลุ่มไว้อย่างละเอียดเป็นขั้นตอน และมีการเปรียบเทียบคะแนนการประเมินผลลัพธ์ก่อนการบำบัดและตลอดการบำบัดด้วยการใช้ค่าสถิติที่เหมาะสม โดยแสดงการเปรียบเทียบให้เห็นในรูปตารางและกราฟเส้น เป็นงานวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนหลายแหล่งทุน
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability) ลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยในหน่วยงานมีความเหมาะสมกับพันธกิจของโรงพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ในโรงพยาบาลและหลังจำหน่าย โรงพยาบาลสามารถนำไปใช้ในหน่วยงานได้ 2. ความเป็นไปได้ (Feasibility of implementation) โรงพยาบาลสามารถนำสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัว ร่วมกับการใช้ยาไปใช้ได้ตามขอบเขตแห่งวิชาชีพเป็นการบำบัดรายครอบครัวที่พยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ไปพร้อมงานประจำได้ เป็นวิธีการที่มีคู่มือ และมีกระบวนการฝึกฝนในการให้การบำบัดให้พยาบาลได้ศึกษาเพื่อนำไปใช้การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ซึ่งเป็นงานประจำที่ได้พยาบาลปฏิบัติอยู่แล้วเพียงเพิ่มเวลาในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของการบำบัดนี้ 3. ความคุ้มค่า (Cost – benefit ratio) การบำบัดด้วยสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัว ร่วมกับการใช้ยาเป็นวิธีที่ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ทั้งยังช่วยให้ลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการช่วยลดภาระของดูแลในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา และเวลาในการดูแลผู้ป่วย

เรื่องที่ 3

ชื่อเรื่องงานวิจัย: Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients

ชื่อผู้แต่ง: Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martí, n.-A. n. A., Torrent, C., Comes, M., et al.

แหล่งที่พิมพ์: Psychotherapy Psychosomatics, 73, 312-319 (2004)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อประเมินประสิทธิผลของสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (Psychoeducation Family Intervention) ที่มีต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว
ทุน	1) The Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS 01/1489) 2) The Stanley Medical Research Institute (Bethesda, Md, USA)
สมมติฐานงานวิจัย	สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มสามารถ 1) เพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเกี่ยวกับโรคและการรักษา 2) ลดภาระ (burden) ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว 3) ช่วยให้ผู้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวดีขึ้นได้
Settings งานวิจัย	โรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยบาร์เซโลนา ประเทศสเปน
กลุ่มตัวอย่าง	งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยของโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยบาร์เซโลนา ประเทศสเปน กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายถึงรายละเอียดของการวิจัยทั้งหมดและได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกคน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามา The Bipolar Disorders Program ของคลินิกในโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยบาร์เซโลนา ประเทศสเปน และเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์สองขั้วตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM – IV ที่มีอาการสงบ อายุระหว่าง 18 – 60 ปี เกณฑ์การคัดเลือกนี้ใช้คัดเลือกผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์ครั้งแรก และสัมภาษณ์ครั้งที่สองในอีก 3 เดือนต่อมาเพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยมีอาการสงบติดต่อกันเป็นระยะเวลา 3 เดือน

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ผู้ป่วยมีโรคร่วมตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM – IV axis I ได้แก่ภาวะปัญญาอ่อน มีการเจ็บป่วยทางร่างกายที่มีอาการไม่คงที่ และไม่มีผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว เป็นผู้ที่ผู้ป่วยมีความเห็นว่าเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วย และอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี ก่อนเข้าร่วมการวิจัย ติดต่อกับผู้ป่วยทุกวันและมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วสามารถเข้าร่วมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาได้อย่างมากจำนวน 2 คนต่อผู้ป่วย 1 คน แต่จะนำข้อมูลของผู้ดูแลหลักมาวิเคราะห์เพียง 1 คนเท่านั้น ในกรณีที่ไม่มีแนวโน้มผู้วิจัยจะเป็นผู้ระบุผู้ดูแลที่ติดต่อกับผู้ป่วยบ่อยครั้งที่สุดเป็นผู้ดูแลหลัก เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ผู้ดูแลที่ไม่สามารถอ่านเขียนได้ มีความบกพร่องทางสติปัญญา และมีความเจ็บป่วยทางจิต ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มีคุณลักษณะเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก ทั้งนี้ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะเมเนียทุกเดือนเป็นระยะเวลา 3 เดือนก่อนการบำบัด เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยมีอาการสงบ โดยมีคะแนนจากแบบประเมิน Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) น้อยกว่า 9 คะแนน และคะแนนจากแบบประเมิน Young Mania Rating Scale (YMRS) น้อยกว่า 7 คะแนน ผู้ป่วยที่มีการฟื้นกลับ ติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือนจะเป็นผู้ที่ได้รับเลือกเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพ ตัวแปรทางประชากร และทางคลินิก การรับการรักษาด้วยยาก่อนการบำบัด และประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อายุ เพศ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา จำนวนชั่วโมงที่ติดต่อกับผู้ป่วยในแต่ละวัน และทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา และสุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัยด้วยอัตราส่วน 2 : 1 ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทั้งหมดจะได้รับการรักษาที่เป็นมาตรฐานของ The Barcelona Bipolar Disorders Program ของโรงพยาบาลบาร์เซโลนาประเทศสเปน ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในกลุ่มทดลองจะได้รับ

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	สุขภาพจิตศึกษาเป็นระยะเวลา 3 เดือน ขณะเดียวกันผู้ป่วยทุกคนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินอาการทางอารมณ์ด้วย Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) และ Young Mania Rating Scale (YMRS) ทุกเดือนตลอดการวิจัย ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจำนวน 52 คน มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกและเมื่อผู้ป่วยได้รับการประเมินเป็นเวลา 3 เดือน คงเหลือผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจำนวน 45 คน มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้าผู้วิจัยสู่กลุ่มตัวอย่างด้วยอัตราส่วน 2 : 1 มีผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จำนวน 15 คน เป็นกลุ่มควบคุม มีผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วออกจากการวิจัยก่อนการสิ้นสุดการวิจัย จำนวน 2 คน (ออกจากกลุ่มทดลองจำนวน 1 คน ออกจากกลุ่มควบคุม จำนวน 1 คน)
การบำบัด	การบำบัดครอบคลุมประกอบด้วยทำให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มจำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ที่จัดขึ้นที่โรงพยาบาล ประกอบด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจำนวน 10 คนในแต่ละกลุ่ม โดยผู้ป่วยไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มด้วย การบำบัดทุกครั้งจะเป็นการให้ข้อมูลอย่างมีโครงสร้างเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคอารมณ์สองขั้วและแนวทางการจัดการกับอาการเพื่อพัฒนาการเผชิญความเครียดของครอบครัว ผู้บำบัดส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้ผู้ดูแลอภิปรายร่วมกันแทนที่จะใช้วิธีการชี้นำ เมื่อสิ้นสุดการบำบัดแต่ละครั้งผู้ดูแลได้รับบันทึกสรุปประเด็นการบำบัดในวันนั้น ผู้บำบัดเป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและการจัดและดำเนินกลุ่มคนเดียวกันตลอดทุกครั้งที่ของการบำบัด โดยจัดเนื้อหาเป็นจำนวน 12 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคอารมณ์สองขั้ว (Understanding the nature of the illness) ครั้งที่ 2 อาการสำคัญและการระบุอาการเตือนในระยะเริ่มแรกทั้งภาวะเมเนีย และภาวะไฮโปเมเนีย (Main symptoms and early identification of prodromes: manic and hypomanic episode)

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	ครั้งที่ 3 อาการสำคัญและการระบุอาการเตือนในระยะเริ่มแรกของภาวะซึมเศร้า และภาวะผสม (Main symptoms and early identification of prodromes: depressive and mixed episodes) ครั้งที่ 4 การระบุปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ (Identification of triggering factors) ครั้งที่ 5 การรักษาด้วยยาทำให้อารมณ์คงที่ (Treatment: mood stabilizers) ครั้งที่ 6 การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต และยาด้านเศร้า (Treatment: antipsychotics and antidepressants) ครั้งที่ 7 ครอบครัวและการรักษา การส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา (Family and treatment: enhancing compliance) ครั้งที่ 8 การวางแผนการเผชิญความเครียด (Planning of coping strategies) ครั้งที่ 9 ข้อมูลอื่นๆที่สำคัญ ได้แก่ ความคิดฆ่าตัวตาย การเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล การตั้งครรภ์ และการปรึกษาทางพันธุกรรม (Emergencies: suicidal thoughts, hospitalization, pregnancy and counseling on genetic factors) ครั้งที่ 10 การป้องกันและจัดการความเครียดของครอบครัว ได้แก่ การฝึกทักษะการสื่อสาร (Prevention and management of family stress: communication skills training) ครั้งที่ 11 การป้องกันและจัดการกับความเครียดในครอบครัว ได้แก่ การแก้ไขปัญหา (Prevention and management of family stress: problem solving training) ครั้งที่ 12 แนะนำแหล่งประโยชน์ทางสังคม และประเด็นทางกฎหมาย (Legal and social resources)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	ก่อนและหลังการบำบัดผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้รับการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้ว ภาระของผู้ดูแล และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยจิตแพทย์และนักจิตวิทยาที่ไม่รู้สถานภาพความเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของผู้ป่วย ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วอย่างมีโครงสร้างตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM – IV เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้ว 1) ประเมินอาการทางอารมณ์ด้วย 1.1) Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) ฉบับภาษาสเปน ที่มี 17 ข้อคำถาม ประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว 1.2) Young Mania Rating Scale (YMRS) ฉบับภาษาสเปน ประเมินอาการเมเนียของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว 2) ประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วด้วย The Social and Occupational Functioning Assessment Scale ผู้วิจัยประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วดังนี้ 1) ประเมินความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้ว และการรักษา โดยใช้ The Bipolar Disorder Knowledge Questionnaire มีคะแนนระหว่าง 0 – 10 คะแนน (0 คะแนนหมายถึงระดับความรู้น้อย 10 คะแนนหมายถึงระดับความรู้มาก) 2) ประเมินภาระ (burden) ของครอบครัวโดยใช้ข้อย่อยของ The Social Behavior Assessment Schedule ฉบับภาษาสเปน เพื่อประเมิน 2.1) ภาระการดูแลด้านวัตถุวิสัย (objective burden) ได้แก่ การรบกวนชีวิตของผู้ดูแล (0 คะแนนหมายถึงไม่มีปัญหา 1 คะแนนหมายถึงมีปัญหาปานกลาง 2 คะแนนหมายถึงมีปัญหารุนแรง) 2.2) ภาระที่สัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ ความเชื่อของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้ป่วยและการรบกวนชีวิตของผู้ดูแล (0 คะแนนหมายถึงปัญหาของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วย 1 คะแนนหมายถึงมีความเป็นไปได้ที่ปัญหาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วย 2 คะแนนหมายถึงปัญหาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างแน่ชัด)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	2.3) ภาระการดูแลด้านอัตตวิสัย (subject burden) ได้แก่ ความทุกข์ใจของผู้ดูแลที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสดงออกทางสังคมของผู้ป่วย และผลของพฤติกรรมของผู้ป่วยในทางลบต่อผู้อื่น (0 คะแนนหมายถึง ไม่ทุกข์ใจ 1 คะแนนหมายถึงทุกข์ใจปานกลาง 2 คะแนนหมายถึงทุกข์ใจมาก) 3) ประเมินสัมพันธภาพกับผู้ป่วย (ความผูกพัน การแสดงอารมณ์ และความขัดแย้งในครอบครัว โดยใช้ชื่อย่อของ The Family Environment Scale ฉบับภาษาสเปน ประกอบด้วยข้อคำถามให้ตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ในการประเมินการรับรู้ของครอบครัว คะแนนในหัวข้อย่อยนี้จะมีคะแนนระหว่าง 0 – 9คะแนน (0 คะแนน หมายถึง มีความสัมพันธ์ไม่ดี 9 คะแนน หมายถึง มีความสัมพันธ์ดี)
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	Level II
ผลการวิจัย	1) ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะทางสังคมประชากร ตัวแปรทางคลินิก ลักษณะการรักษาด้วยยาก่อนการบำบัดแตกต่างกันไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ผลวิเคราะห์พบว่ามีการสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้วมากกว่ากลุ่มควบคุม มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีความรู้สูงขึ้นกว่าก่อนรับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้วสูงขึ้นกว่าก่อนรับการบำบัดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.069$) 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในกลุ่มทดลองที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษามีคะแนนความเชื่อของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้ป่วยและการรบกวนชีวิตของผู้ดูแลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.015$)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	4) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในกลุ่มควบคุมมีคะแนนภาระการดูแลด้านอัตตวิสัย (subject burden) ภายหลังได้รับการบำบัดสูงกว่าผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับการสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.040$) และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในกลุ่มทดลองที่ได้รับการสุขภาพจิตศึกษามี คะแนนภาระการดูแลด้านอัตตวิสัย (subject burden) ต่ำกว่าก่อนการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1) สุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่มที่ให้แกผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ประกอบไปด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีโครงสร้างเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคอารมณ์สองขั้ว แนวทางการจัดการกับอาการเพื่อพัฒนาการเผชิญความเครียดของครอบครัว การแนะนำด้านกฎหมายและแหล่งประโยชน์แก่ครอบครัวสามารถเพิ่มความรู้แกผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเกี่ยวกับโรคและการรักษาได้ และลดภาระ (burden) ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทั้งภาระการดูแลด้านวัตถุวิสัย (objective burden) และภาระการดูแลด้านอัตตวิสัย (subject burden) 2) ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัด มีอายุระหว่าง 18 – 60 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Bipolar I หรือ Bipolar II ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM – IV ที่มีอาการสงบ (มีคะแนน Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) น้อยกว่า 9 คะแนนและคะแนน Young Mania Rating Scale (YMRS) น้อยกว่า 7 คะแนน) ในช่วง 3 เดือนก่อนเข้าร่วมการวิจัย อยู่ร่วมกับผู้ดูแลและติดต่อกันทุกวันอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 1 ปีก่อนเข้าร่วมการวิจัย 3) การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่มที่โรงพยาบาล จำนวน 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที มีสมาชิกที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเข้าร่วมกลุ่มครั้งละ 10 คน โดยผู้บำบัดเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในโรคอารมณ์สองขั้ว และการเป็นผู้จัดและดำเนินกลุ่ม โดยเน้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการอภิปรายในกลุ่ม มากกว่าการชี้แนะ และให้บันทึกสรุปการทำกลุ่มแก่สมาชิกทุกครั้งหลังปิดกลุ่มในแต่ละครั้ง

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหา	งานวิจัยนี้เป็นการเพิ่มความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับอย่างมีโครงสร้างเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคอารมณ์สองขั้ว แนวทางการจัดการกับอาการเพื่อพัฒนาการเผชิญความเครียดของครอบครัว และช่วยแนะนำด้านกฎหมายและแหล่งประโยชน์แก่ครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถสังเกตและจัดการกับอาการนำก่อนอาการกำเริบได้ ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา และยังช่วยลดภาระ(burden) การดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทั้งด้านวัตถุวิสัย (objective burden)และด้านอัตวิสัย (subject burden) ของผู้ดูแลได้ด้วย
การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	การวิจัยนี้มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และได้ระบุว่ามีการปกปิดกลุ่มตัวอย่างในการเข้ากลุ่ม การประเมินก่อนการบำบัดใช้แบบประเมิน Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) และแบบประเมิน Young Mania Rating Scale (YMRS) ในการประเมินอาการซึมเศร้าและอาการเมเนียของผู้ป่วย ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีมาตรฐาน และใช้แบบประเมินที่เฉพาะเจาะจงในการประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ภาระ(burden) การดูแลผู้ป่วยและสัมพันธภาพในครอบครัว ทั้งก่อนและหลังการบำบัด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1.การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) สุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่มที่ให้แกผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จัดขึ้นที่โรงพยาบาล เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โรงพยาบาลประจำการสามารถปฏิบัติได้ โดยสามารถประยุกต์เข้าเป็นงานประจำได้ เนื่องจากการจัดและดำเนินกลุ่มนั้นเป็นบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาล 2.ความเป็นไปได้ (Feasibility of implementation) พยาบาลจิตเวชสามารถทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา(psychoeducation) ได้ มีสถานที่เอื้ออำนวยเหมาะสม เนื่องจากมีห้องสำหรับทำกลุ่มอยู่แล้ว โรงพยาบาลสามารถจัดกลุ่มบำบัดในหอผู้ป่วยได้ โดยไม่รบกวนการทำงานปกติของบุคลากร

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ(ต่อ)	3.ความคุ้มค่า (Cost – benefit ratio) สุขภาพจิตศึกษาที่ให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว สามารถเพิ่มความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยได้ อีกทั้งยังลดภาระ (burden) การดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทั้งด้านวัตถุวิสัย (objective burden)และด้านอัตวิสัย (subject burden)ของผู้ดูแลได้ เป็นการบำบัดที่ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ช่วยให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความรู้ในการจัดการกับอาการและอาการนำก่อนกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้ ซึ่งจะช่วยลด ค่าใช้จ่ายในการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย

เรื่องที่ 4

ชื่อเรื่องงานวิจัย: Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial

ชื่อผู้แต่ง: Reinares, M., Colom, F., Sa, n.-M. J., Torrent, C., Martí, n.-A. n. A., Comes, M., et al.

แหล่งที่พิมพ์: Bipolar Disorders, 10, 511–519 (2008)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อประเมินประสิทธิผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา(Psychoeducational Group Intervention) ต่อการดำเนินโรคอารมณ์สองขั้วสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการสงบ
ทุน	งานวิจัยนี้ได้รับทุนจาก 1) The Fondo de Investigaciones Sanitarias Grants No FIS 01/1489 2) The Spanish Ministry of Health, Instituto de Salud Carlos III grants No RETICS RD06/0011(REM-TAP Network) 3) The Stanley Medical Research Institute (Bethesda, MD, USA).
สมมติฐานงานวิจัย	ผู้ป่วยที่ผู้ดูแลได้รับสุขภาพจิตศึกษาจะมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำ (relapse) น้อยกว่า และมีระยะห่างของการกลับมาป่วยซ้ำ (recurrence) นานกว่าผู้ป่วยที่ผู้ดูแลไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา
Settings งานวิจัย	โรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยบาร์เซโลนา ประเทศสเปน
กลุ่มตัวอย่าง	งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยของโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยบาร์เซโลนา ประเทศสเปน กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายถึงรายละเอียดของการวิจัยทั้งหมดและได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกคน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว เป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่เข้ารับการรักษามา The Bipolar Disorders Program ของคลินิกโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยบาร์เซโลนา ประเทศสเปน และเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Bipolar I หรือ Bipolar II ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM – IV มีอายุระหว่าง 18 – 60 ปี มีอาการสงบ ในช่วง 3 เดือนก่อนเข้าร่วมการวิจัย คือ มีคะแนนน้อยกว่า 9 จากแบบประเมิน Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) และคะแนนน้อยกว่า 7 จากแบบ

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	ประเมิน Young Mania Rating Scale (YMRS) และได้รับการรักษาด้วยยาตามมาตรฐานการรักษาโรคอารมณ์สองขั้วและอยู่ร่วมกับผู้ดูแลและติดต่อกันทุกวันอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 1 ปีก่อนเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคร่วมตาม DSM – IV axis I มีภาวะปัญญาอ่อน และอาการทางจิตไม่สงบ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วสามารถเข้าร่วมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาได้อย่างมากจำนวน 2 คนต่อผู้ป่วย 1 คน แต่จะนำข้อมูลของผู้ดูแลหลักมาวิเคราะห์เพียง 1 คนเท่านั้น โดยที่ผู้ป่วยอนุญาตให้ผู้วิจัยเป็นผู้ระบุผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลหลักจะเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง ในกรณีที่สงสัยว่าผู้ดูแลที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 1 คน จะระบุให้ผู้ติดต่อกับผู้ป่วยบ่อยที่สุดเป็นผู้ดูแลหลัก เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่อ่านหนังสือไม่ออก ปัญญาอ่อนป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วหรือโรคจิตชนิดอื่น ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจำนวน 300 คน มีผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 136 คน ผู้ป่วยที่ปฏิเสธให้ผู้ดูแลเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 1 คน และผู้ดูแลที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 22 คน โดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาจำนวน 9 คน มีปัญหาสุขภาพจำนวน 2 คน บำบัดอยู่ไกลจากโรงพยาบาลจำนวน 4 คน ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 7 คน ดังนั้นจึงมีผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่อาการสงบเข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 113 คน ผู้วิจัยทำการสุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วด้วยคอมพิวเตอร์แบบอัตราส่วน 1:1 เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์จำนวน 57 คน กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานและไม่ได้ รับการบำบัดพิเศษใดๆ จำนวน 54 คน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษามีผู้ดูแลอยู่รับการบำบัดไม่ครบจำนวน 1 คน และผู้ดูแลจำนวน 2 คน มีความสับสนกับตารางการ

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	บำบัด ผู้ดูแลที่เหลืออยู่รับสุขภาพจิตศึกษาอย่างน้อยจำนวน 8 – 12 ครั้ง และผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานออกจากการวิจัยจำนวน 4 คน เนื่องจากไม่ได้รับการประเมินอาการทางอารมณ์อย่างต่อเนื่อง
การบำบัด	ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการรักษาตามมาตรฐานการรักษาของ The Barcelona Bipolar Disorders Program ทั้งด้านการได้รับยาและการนัดตรวจทุก 1 เดือนโดยจิตแพทย์ผู้รักษาที่ไม่ทราบสถานภาพของผู้ป่วยว่าอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม และผู้ป่วยทุกคนสามารถพบแพทย์ได้ทุกเวลาเมื่อรู้สึกว่าอารมณ์หรือนิสัยของตนเองเปลี่ยนแปลงไป ผู้รักษาจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลอาการแก่ผู้ป่วยได้ แต่จะไม่ให้การบำบัดทางจิตสังคมที่เฉพาะแก่ผู้ป่วย และผู้ป่วยจะไม่มีโอกาสเข้าร่วมในกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาของผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับการกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา จะได้รับการเข้าร่วมกลุ่มจิตศึกษาเป็นจำนวน 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ที่โรงพยาบาล และมีผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่มๆละ 10 – 12 คน โดยมีผู้ดูแลที่เข้าร่วม กลุ่มสุขภาพจิตศึกษามีจำนวนเฉลี่ย 1.17 คนต่อผู้ป่วย 1 คน ผู้ให้สุขภาพจิตศึกษาคำนึงถึงกฎการสื่อสารภายในกลุ่มในการบำบัดแต่ละครั้ง จะมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับธรรมชาติของการเจ็บป่วย และการฝึกทักษะในการจัดการกับอาการเพื่อพัฒนากลยุทธ์ในการเผชิญกับการเจ็บป่วยและตามด้วยเนื้อหาการบำบัดแต่ละครั้ง ผู้บำบัดสอนให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวต่อการรักษา ขณะเดียวกันจะเน้นความสำคัญของการลดความรู้สึกผิดของผู้ดูแล รวมทั้งประเด็นต่างๆ กล่าวคือ ข้อมูลเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคอารมณ์สองขั้วโดยให้ความสำคัญกับความเปราะบางของการเกิดช่วงระยะที่มีอาการรุนแรง (acute episode) การยอมรับการเจ็บป่วยโดยไม่ปฏิเสธ ทักษะติดต่อผู้ป่วย การแสดงความรู้สึกทางอารมณ์มากเกินไป (over involvement) ที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง สาเหตุและปัจจัยกระตุ้นของการกลับเป็นซ้ำ เช่น ความเครียด การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาและนิสัยที่ไม่สม่ำเสมอ อาการ

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	และการสังเกตอาการนำ ความจำเป็นของการรักษาอย่างต่อเนื่อง การรักษาประเภทต่างๆ ความพยายามในการแก้ไขความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการรักษา ปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา และบทบาทของครอบครัวในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา กลยุทธ์ในการเผชิญกับการเจ็บป่วยในระยะต่างๆและสิ่งที่เกิดตามมา ปรับความคาดหวังต่อการเจ็บป่วยในระยะต่างๆของผู้ดูแล ป้องกันและจัดการกับความเครียดของครอบครัวโดยฝึกทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหา ความสำคัญของการดูแลตนเองของผู้ดูแล และประเด็นต่างๆเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น ความคิดฆ่าตัวตาย การรับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล การตั้งครรรภ์ และความเลื่อมทางพันธุกรรม แหล่งประโยชน์ทางสังคมและประเด็นทางกฎหมาย ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ดูแลใช้เทคนิคการแก้ปัญหาและการอภิปรายร่วมกัน แทนที่จะให้การชี้นำ ผู้ดูแลจะได้รับบันทึกสรุปประเด็นการบำบัดแต่ละครั้งภายหลังจากการบำบัดทุกครั้ง ผู้บำบัดเป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว การบำบัดครอบครัว การจัดและดำเนินการกลุ่มคนเดียวกันตลอดทุกครั้งของการบำบัด โดยจัดเนื้อหาออกเป็นกลุ่มจำนวน 12 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคอารมณ์สองขั้ว (Understanding the nature of the illness) ครั้งที่ 2 อาการสำคัญและการระบุอาการเตือนในระยะเริ่มแรกทั้งภาวะเมเนีย และภาวะไฮโปเมเนีย (Main symptoms and early identification of prodromes: manic and hypomanic episode) ครั้งที่ 3 อาการสำคัญและการระบุอาการเตือนในระยะเริ่มแรกของภาวะซึมเศร้า และภาวะผสม (Main symptoms and early identification of prodromes: depressive and mixed episode) ครั้งที่ 4 การระบุปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ (Identification of triggering factors) ครั้งที่ 5 การรักษาด้วยยาทำให้อารมณ์คงที่ (Treatment: mood stabilizers)

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	ครั้งที่ 6 การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต และยาด้านเศร้า (Treatment: antipsychotics and antidepressants) ครั้งที่ 7 ครอบครัวและการรักษา การส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา (Family and treatment: enhancing compliance) ครั้งที่ 8 การวางแผนการเผชิญความเครียด (Planning of coping strategies) ครั้งที่ 9 ภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ ความคิดฆ่าตัวตาย การเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล การตั้งครรภ์ และการปรึกษาทางพันธุกรรม (Emergencies: suicidal thoughts, hospitalization, pregnancy and counseling on genetic factors) ครั้งที่ 10 การป้องกันและจัดการความเครียดของครอบครัว ได้แก่ การฝึกทักษะการสื่อสาร (Prevention and management of family stress: communication skills training) ครั้งที่ 11 การป้องกันและจัดการกับความเครียดในครอบครัว ได้แก่ การแก้ไขปัญหา (Prevention and management of family stress: problem solving training) ครั้งที่ 12 แนะนำแหล่งประโยชน์ทางสังคม และประเด็นทางกฎหมาย (Legal and social resources)
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัยได้รับการดูแลรักษาตามแนวปฏิบัติมาตรฐานของ The Bipolar Disorders Program of the Hospital Clinic และได้รับการประเมินผลลัพธ์ก่อนการบำบัดและหลังการบำบัดทุก 1 เดือนเป็นระยะเวลา 12 เดือน ด้วย 1) การประเมินพื้นฐาน ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ทางคลินิกอย่างมีโครงสร้างตามแนวทางการวินิจฉัยของ DSM-IV (The Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) Axis I and II) 2) ประเมินอาการทางอารมณ์ด้วย 2.1) Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) ฉบับภาษาสเปน ที่มี 17 ข้อคำถาม ประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย 2.2) Young Mania Rating Scale (YMRS) ฉบับภาษาสเปน ประเมินอาการเมเนียของผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	3) การทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพของผู้ป่วยโดยใช้ The Social and Occupational Functioning Assessment Scale
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	Level II
ผลการวิจัย	ผู้วิจัยประเมินคุณลักษณะทางสังคมประชากรและข้อมูลทางคลินิกในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและผู้ดูแลแยกจากกัน โดยประเมินประสิทธิภาพ และทัศนคติต่อการเจ็บป่วยและการรักษา การประเมินการปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยข้อมูลของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและผู้ดูแลร่วมกับระดับยาทำให้อารมณ์คงที่ในกระแสเลือด การนิยามการกลับป่วยซ้ำ(recurrence) หมายถึง ผู้ป่วยมีช่วงระยะที่มีอาการรุนแรงเฉียบพลันตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM – IV โดยมีคะแนนประเมินอาการทางอารมณ์ดังนี้ ถ้า Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) มีคะแนน ≥ 12 แสดงว่าผู้ป่วยกลับมีอาการป่วยซ้ำด้วยภาวะซึมเศร้า (depressive) ถ้า Young Mania Rating Scale (YMRS) มีคะแนน ≥ 12 แสดงว่าผู้ป่วยกลับมีอาการป่วยซ้ำด้วยภาวะไฮโปเมเนีย (hypomania) ถ้ามีคะแนน ≥ 20 แสดงว่าผู้ป่วยกลับมีอาการป่วยซ้ำด้วยภาวะเมเนีย (mania) และถ้า HDRS มีคะแนน ≥ 17 ร่วมกับคะแนน YMRS ที่ ≥ 20 แสดงว่าผู้ป่วยกลับมีอาการป่วยซ้ำด้วยภาวะผสม (mixed) ผู้วิจัยใช้สถิติ χ^2 เพื่อทดสอบคุณลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และทดสอบความแตกต่างของตัวแปรเชิงปริมาณโดยใช้สถิติ t-test และวิเคราะห์ระยะปลอดเหตุการณ์โดยใช้จำนวนวันตั้งแต่ช่วงระยะที่มีอาการรุนแรงครั้งแรก และวิเคราะห์จำนวนของผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำโดยใช้สถิติ χ^2 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของการปฏิบัติตามแผนการรักษาและไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาและใช้ McNemar's test เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างในกลุ่ม โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย(ต่อ)	1) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทางสังคมประชากร ตัวแปรทางคลินิกและการได้รับการรักษาด้วยยา รวมทั้งคุณลักษณะพื้นฐานของผู้ดูแลและจำนวนครั้งของการติดต่อกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในแต่ละวันแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.767$) ก่อนการทดลอง 2) ผลการวิเคราะห์ระยะปลอดเหตุการณ์ (survival time) ของการกลับป่วยซ้ำ พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มควบคุมมีการกลับป่วยซ้ำ(recurrence) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.044$) 3) ผู้ป่วยที่มีอาการครบตามเกณฑ์ของการกลับป่วยซ้ำ(recurrence) จำนวน 61 คน (54 %) เป็นผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม จำนวน 37 คน (66 %) ขณะที่ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษามีการกลับป่วยซ้ำจำนวน 24 คน (42 %) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.011$) 4) ผู้ป่วยในกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาไม่มาตรวจตามนัดจำนวน 3 คน และผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมไม่มาตรวจตามนัดจำนวน 4 คน ซึ่งพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ออกจากการศึกษาก่อนสิ้นสุดการวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.679$) 5) การวิเคราะห์ระยะปลอดเหตุการณ์ (survival time) ของช่วงที่มีอาการรุนแรงแยกตามภาวะเมเนีย ภาวะไฮโปเมเนีย ภาวะซึมเศร้า และภาวะผสม พบว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาสามารถป้องกันการกลับป่วยซ้ำ(recurrence) ด้วยภาวะเมเนีย และภาวะไฮโปเมเนียได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.017$) แต่สามารถป้องกันการกลับป่วยซ้ำ(recurrence) ด้วยภาวะซึมเศร้า และภาวะผสมได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.211$ และ $p = 0.468$)
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1) สุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่มที่ให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ประกอบไปด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคอารมณ์สองขั้ว สาเหตุปัจจัยกระตุ้นการเกิดอาการ การรักษา การสังเกตอาการนำ การฝึกทักษะในการจัดการกับอาการ และการจัดการกับปัญหา ช่วยแนะนำด้านกฎหมายและแหล่งประโยชน์แก่ครอบครัว ช่วยลดการกลับเป็นซ้ำผู้ป่วย และเพิ่มระยะห่างของการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	2) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา มีอายุระหว่าง 18 – 60 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Bipolar I หรือ Bipolar II ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM – IV ที่มีอาการสงบ (มีคะแนน Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) น้อยกว่า 9 คะแนนและคะแนน Young Mania Rating Scale (YMRS) น้อยกว่า 7 คะแนน) ในช่วง 3 เดือนก่อนเข้าร่วมการวิจัย อยู่ร่วมกับผู้ดูแลและติดต่อกันทุกวันอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 1 ปีก่อนเข้าร่วมการวิจัย 3) การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่มที่โรงพยาบาล จำนวน 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที มีสมาชิกที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเข้าร่วมกลุ่มครั้งละ 10 – 12 คน โดยผู้บำบัดเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในโรคอารมณ์สองขั้ว การบำบัดครอบคลุมและการเป็นผู้จัดและดำเนินกลุ่ม โดยเน้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการใช้เทคนิคในการแก้ปัญหาและการอภิปรายในกลุ่ม มากกว่าการชี้แนะ และให้บันทึกสรุปการทำกลุ่มแก่สมาชิกทุกครั้งหลังปิดกลุ่มในแต่ละครั้ง
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหา	งานวิจัยนี้เป็นการเพิ่มความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคอารมณ์สองขั้ว สาเหตุปัจจัยกระตุ้นการเกิดอาการ การรักษา การสังเกตอาการนำ การฝึกทักษะในการจัดการกับอาการ และการจัดการกับปัญหา ช่วยแนะนำด้านกฎหมายและแหล่งช่วยเหลือแก่ครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สามารถสังเกตและจัดการกับอาการนำก่อนอาการกำเริบได้ ทำให้ลดการกลับเป็นซ้ำผู้ป่วย เพิ่มระยะห่างของการกลับมาป่วยซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา
การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	การวิจัยนี้มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และได้ระบุว่ามีการปกปิดกลุ่มตัวอย่างในการเข้ากลุ่ม การประเมินผลลัพธ์การบำบัดใช้แบบประเมิน Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) และแบบประเมิน Young Mania Rating Scale (YMRS) ในการประเมินอาการซึมเศร้าและอาการเมเนียของผู้ป่วย ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีมาตรฐาน
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่มแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จัดขึ้นที่โรงพยาบาล เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และ

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	มีระยะการติดตามผล 12 เดือน พยาบาลประจำการสามารถปฏิบัติได้ โดยอาจต้องเพิ่มเวลามากขึ้นจากงานประจำ 2. ความเป็นไปได้ (Feasibility of implementation) พยาบาลจิตเวชสามารถทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา(psychoeducation) ได้ มีสถานที่เอื้ออำนวยเหมาะสม เนื่องจากมีห้องสำหรับทำกลุ่มอยู่แล้ว พยาบาลสามารถจัดกลุ่มบำบัดในหอผู้ป่วยได้ ซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาล ไม่รบกวนการทำงานปกติของบุคลากร 3. ความคุ้มค่า (Cost – benefit ratio) การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลสามารถลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้ เป็นการบำบัดที่ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย ซึ่งคุ้มค่า และเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลในการปฏิบัติงานประจำ

เรื่องที่ 5

ชื่อเรื่องงานวิจัย: Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives.

ชื่อผู้แต่ง: Bernhard, B., Schaub, A., Kümmler, P., Dittmann, S., Severus, E., Seemüller, F., et al.

แหล่งที่พิมพ์: European Psychiatry, 21, 81-86 (2006)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาผลของการบำบัดการรู้คิด-สุขภาพจิตศึกษา (Cognitive-Psychoeducation Intervention) แบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและผู้ดูแล
ทุน	ไม่ระบุ
สมมติฐานงานวิจัย	ไม่ระบุ
Settings งานวิจัย	ศูนย์ผู้ป่วยนอก Bipolar Stanley ของมหาวิทยาลัย Ludwig-Maximilians เมือง Munich ประเทศ Germany
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยเกณฑ์การวินิจฉัย DSM - IV ว่าเป็นผู้ป่วยโรค Bipolar disorder I หรือ II มีอายุ 18 – 70 ปี ไม่มีภาวะปัญญาอ่อน ไม่มีอาการทางจิต และมีค่าคะแนน Young mania rating scale (YMRS) น้อยกว่า 10 และ Hamilton depression rating scale (HAMD) น้อยกว่า 14 จำนวน 90 คน มีผู้ป่วยออกจากการทดลองจำนวน 16 คน เนื่องจากบางคนต้องทำงานไม่สามารถเข้ากลุ่มได้ บางคนมีปัญหาในเรื่องของการรู้คิด (Cognitive) และบางคนย้ายโรงพยาบาล และมีผู้ป่วย 32 คนไม่ได้ทำ Pre หรือ Post assessment ทำให้มีผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มจำนวน 62 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว เป็นญาติหรือเพื่อนของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ยินดีเข้าร่วมการบำบัดแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการ (workshop) ครั้งละ 4 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง จำนวน 49 คน ผู้ดูแลให้ข้อมูลการประเมินภายหลังการได้รับกลุ่มบำบัดการรู้คิด-สุขภาพจิตศึกษาจำนวน 26 คน ในจำนวนนี้ตอบแบบสอบถามภายหลังการบำบัด 1 ปี จำนวน 9 คน

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด	กลุ่มบำบัดการรู้คิด-สุขภาพจิตศึกษา (cognitive-psychoeducation intervention) ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดการรู้คิด-สุขภาพจิตศึกษา (cognitive-psychoeducation intervention) แบบกลุ่ม กลุ่มละ 8- 12 คน ครั้งละ 90 นาที 2 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 14 ครั้ง การบำบัดทุกครั้งจะประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้วและแนวทางในการจัดการกับโรค เพื่อยกระดับการเผชิญกับโรคอารมณ์สองขั้วของผู้ป่วย รูปแบบและเนื้อหาการบำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง (active participation) และให้ความสำคัญกับสถานการณ์ความเครียด และอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจะได้รับเอกสารสรุปเนื้อหาของหัวข้อที่ได้รับการบำบัดทุกครั้งเมื่อสิ้นสุดการบำบัด ประกอบด้วยเนื้อหา 14 หัวข้อดังนี้ 1) แนะนำและชี้แจงภาพรวมของการบำบัดรายกลุ่ม (Introduction and overview) 2) สาเหตุและสิ่งกระตุ้นการกลับเป็นซ้ำ (Causal and triggering factors) 3) การรักษาด้วยยา (Medical treatment) 4) อาการข้างเคียงของยาและทางเลือกในการรักษา (Side effects and alternative treatments) 5) ภาวะซึมเศร้าครั้งที่ 1 : อาการและกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ (Depression part 1: symptoms and coping strategies) 6) ภาวะซึมเศร้าครั้งที่ 2 : การมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวให้มากขึ้น (Depression part 2 : activity (“getting more active”)) 7) ภาวะซึมเศร้าครั้งที่ 3 : การปรับเปลี่ยนความคิด (Depression part 3 : thoughts (“cognitive restructuring”)) 8) ภาวะซึมเศร้าครั้งที่ 4 : การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Depression part 4 : relapse prevention) 9) ภาวะเมเนียครั้งที่ 1 : อาการและกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ (Mania part 1: symptoms and coping strategies)

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	10) ภาวะเมเนียครั้งที่ 2 : การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การเพิ่มความสามารถ (Mania part 1: symptoms and coping strategies) 11) ภาวะสุขภาพครั้งที่ 1 : จังหวะการดำเนินชีวิตทางสังคม แอลกอฮอล์และสารเสพติด (. Health care part 1: social rhythm, alcohol and drugs) 12) ภาวะสุขภาพครั้งที่ 2 : เป้าหมายในชีวิตรายบุคคล จิตบำบัด (Health care part 2 : individual goals, psychotherapy) 13) ภาวะสุขภาพครั้งที่ 3 : วิธีการทำ life chart (Health care part 3 : life chart method) 14) สรุปและการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Summary and feedback) ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินด้วย The Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) และ The Young Mania Rating Scale (YMRS) และได้รับการประเมินความรู้ด้วยแบบประเมินความรู้ภาษาเยอรมันที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ก่อนและหลังการเข้ารับการบำบัด และประเมินความพึงพอใจของการบำบัด ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการประเมินภาระและระดับการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงด้วยแบบสอบถามภาษาเยอรมันที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นใช้ในโรงพยาบาลก่อนและหลังการบำบัดทันที และ 1 ปี หลังการบำบัดด้วยกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation intervention) เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการ (workshop) ในวันศุกร์สัปดาห์ (โดยไม่มีผู้ป่วยร่วมด้วย) จำนวน 8 – 12 คน/กลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 240 นาที ใน 1 เดือน โดยผู้ดูแลได้รับเอกสารตามหัวข้อการบำบัด และกระตุ้นให้มีการอภิปรายร่วมกัน ประกอบด้วยเนื้อหา 8 หัวข้อดังนี้ 1) การแนะนำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและภาพรวมของการบำบัด (Introduction and overview) 2) สาเหตุและปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ (Causal and triggering factors) 3) การรักษาด้วยยา (Medical treatment) 4) อาการซึมเศร้า การจัดการและการป้องกันการเป็นซ้ำ (Depression:

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	symptoms, coping strategies, relapse prevention) 5) อาการเมเนีย การจัดการและการป้องกันการเป็นซ้ำ (Mania: symptoms, coping strategies, relapse prevention) 6) การคงไว้ซึ่งความเข้มแข็งของการสนับสนุนที่มีอยู่ (Strengthen the own resources) 7) การสื่อสาร การแก้ไขปัญหา และการจัดการกับการฆ่าตัวตาย (Communication and problem solving strategies, coping with suicidal behaviour) 8) การตอบคำถามและการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Questions and feedback)
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ผู้วิจัยประเมินความรู้และอาการทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วด้วย 1) The Hamilton depression rating scale (HAMD) ใช้ประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการบำบัด 2) The Young mania rating scale (YMRS) ใช้ประเมินอาการเมเนียของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการบำบัด 3) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้วและการรักษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเป็นภาษาเยอรมัน ประกอบด้วยข้อคำถามให้เลือกตอบ (multiple choice) จำนวน 28 ข้อ โดยผู้วิจัยคิดคะแนนจากข้อที่ตอบถูก 4) แบบประเมินวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการจัดการ/เผชิญอาการเจ็บป่วยและความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการบำบัด ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามที่ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเป็นภาษาเยอรมัน ประกอบด้วย 1) ประเมินภาระการดูแลด้วย The questionnaire includes the burden scale (Coyne, 1987) 2) ประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ระหว่างกันสูงด้วย The German family questionnaire (Feinstein et al., 1989)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	3) ประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้ The Beck Depression Inventory (BDI) 4) ประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่
ระเบียบวิธีวิจัย	One Group Pre-Post Test Design
ระดับของงานวิจัย	Level IV
ผลการวิจัย	ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้วเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังรับการบำบัดการรู้คิด - สุขภาพจิตศึกษา ($P = 0.02$) ผู้ป่วยให้ข้อมูลป้อนกลับแก่กลุ่มการรู้คิด - สุขภาพจิตศึกษาว่า - ทุกคนได้รับความรู้และประโยชน์จากการบำบัดการรู้คิด - สุขภาพจิตศึกษา - ผู้ป่วยร้อยละ 89 มีความเห็นว่า ควรแนะนำกลุ่มบำบัดการรู้คิด - สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยอื่นสูง และผู้ป่วยร้อยละ 11 มีความเห็นว่า ควรแนะนำกลุ่มบำบัดการรู้คิด - สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยอื่น - ผู้ป่วยร้อยละ 48 มีความเห็นว่ากลุ่มบำบัดการรู้คิด - สุขภาพจิตศึกษา ให้ความรู้ดีมาก และผู้ป่วยร้อยละ 51 มีความเห็นว่ากลุ่มให้ความรู้ดี - ผู้ป่วยร้อยละ 97 มีความเห็นว่ากลุ่มบำบัดการรู้คิด - สุขภาพจิตศึกษา มีประโยชน์ดีมาก และผู้ป่วยร้อยละ 84 มีความเห็นว่ากลุ่มบำบัดการรู้คิด - สุขภาพจิตศึกษาสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ - ผู้ป่วยร้อยละ 87 มีความเห็นว่าภายหลังเข้าร่วมกลุ่มบำบัดการรู้คิด - สุขภาพจิตศึกษาช่วยให้มีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหา ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว 1) ปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย (ภาวะที่สัมพันธ์กับอาการ) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการบำบัด ($P = 0.02$) และเมื่อติดตามผล 1 ปี ($P = 0.03$) ปัญหาทั่วไปในชีวิตของผู้ดูแล (ภาวะที่เป็นวัตถุวิสัย) ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการบำบัด ($P = 0.3$) แต่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อติดตามผล 1 ปี ($P = 0.03$)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	2) การแสดงอารมณ์ระหว่างกันสูงลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการบำบัด ($P = 0.13$) แต่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อติดตามผล 1 ปี ($P = 0.004$) 3) อาการซึมเศร้าของผู้ดูแลโรคอารมณ์สองขั้ว (คะแนนจาก BDI) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อติดตามผล 1 ปี ($P = 0.013$) 4) ผู้ดูแลรู้สึกว่าได้รับข้อมูลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการบำบัด ($P = 0.001$) และเมื่อติดตามผล 1 ปี ($P = 0.02$) ผู้ดูแลทุกคนเห็นว่ากลุ่มบำบัดการรู้คิด – สุขภาพจิตศึกษาช่วยให้สัมพันธภาพกับผู้ป่วยดีขึ้น
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1) การให้สุขภาพจิตศึกษาด้วยกลุ่มบำบัดการรู้คิด – สุขภาพจิตศึกษา (cognitive-psychoeducation intervention) แก่ผู้ป่วยมีผลช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคมมากขึ้นและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ส่วนผู้ดูแลนั้นกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation intervention) ช่วยทำให้การดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงลดลง ภาวะซึมเศร้าลดลงด้วยเช่นกัน ผู้ดูแลรู้สึกว่าได้รับข้อมูลเพิ่มขึ้นและเพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลอีกด้วย หลังจบการบำบัดและติดตามประเมินผล 1 ปี 2) เนื้อหาในกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วประกอบด้วย - ความรู้เกี่ยวกับโรคได้แก่สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค, การรักษาด้วยยาและอาการข้างเคียงของยาและทางเลือกในการรักษา - อาการซึมเศร้า (Depression) ได้แก่ การจัดการอาการ, การมีกิจกรรมการเคลื่อนไหว, การปรับเปลี่ยนความคิดและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ - อาการเมเนีย (Mania) ได้แก่ การจัดการกับอาการ, การป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการกลับสู่สภาพปกติโดยเร็ว - เรื่องสุขภาพทั่วไป ได้แก่ การนอนที่เป็นปกติ แอลกอฮอล์และสารเสพติด เป้าหมายเฉพาะบุคคล จิตบำบัดและวิธีการทำ life chart เนื้อหาในกลุ่มสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วประกอบด้วยความรู้ในเรื่องสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค, การรักษาด้วยยา การจัดการอาการซึมเศร้าและการป้องกันการเป็นซ้ำ การจัดการอาการเมเนียและการป้องกันการเป็นซ้ำ การคงไว้ซึ่งความเข้มแข็งของการสนับสนุนที่มีอยู่

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ทักษะการสื่อสาร และการแก้ไขปัญหา การจัดการกับปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว 3) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาที่แยกกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ช่วยทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสบายใจที่จะพูดถึงพฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วยได้มากกว่าในกลุ่มที่เข้าร่วมกันทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหา	1) งานวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่ศึกษา คือ การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วช่วยลดความรู้สึกละอายใจที่สัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย ลดปัญหาทั่วไปในชีวิตประจำวัน ลดการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูง ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้ว การรักษา การจัดการกับอาการและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และช่วยให้สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งตรงกับปัญหาทางคลินิกของผู้ศึกษา 2) การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับความรู้ของผู้ดูแล ภาระการดูแล และสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้
การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ)	งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยที่ประเมินผลก่อนและหลังการเข้ากลุ่มการเรียนรู้ – จิตศึกษา มีการอธิบายถึงเครื่องมือและการเก็บข้อมูลไว้อย่างละเอียดเป็นขั้นตอน อธิบายการสรรหาของผู้ดูแลไว้อย่างละเอียด และมีการเปรียบเทียบคะแนนการประเมินผลลัพธ์ก่อนการบำบัด เมื่อสิ้นสุดการบำบัด และเมื่อติดตามผล 1 ปี โดยแสดงการเปรียบเทียบให้เห็นในรูปตารางและมีการอธิบายผลการศึกษาอย่างละเอียดและมีความสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่ผ่านมา มีความน่าเชื่อถือในแหล่งพิมพ์ที่มีชื่อเสียงโดยตีพิมพ์ใน European Psychiatry
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในทางปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วสามารถนำไปใช้ในหอผู้ป่วยได้จริง เนื่องจากพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยได้ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายก่อนกลับบ้าน ถ้าประยุกต์เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลเป็นรายกลุ่มกลุ่มละ 8-12 คนในหอผู้ป่วยครั้งละ 4 ชั่วโมงเป็นจำนวน 2 ครั้งใน 1 เดือน จะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ลดภาระการดูแลและลดการแสดงอารมณ์ต่อกันลงได้

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	2. ความเป็นไปได้ (Feasibility of implementation) พยาบาลมีทักษะและสามารถให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้จริง เป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยาก เพียงแต่ประยุกต์เป็นการปฏิบัติตามโปรแกรมและเพิ่มเวลาในการปฏิบัติจากงานประจำมากขึ้น 3. ความคุ้มค่า (Cost – benefit ratio) ไม่เป็นวิธีที่มีค่าใช้จ่ายมาก ไม่มีความเสี่ยงใดๆต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้ จัดการกับอาการต่างๆได้ ช่วยย่นระยะเวลาการป่วยซ้ำได้ เป็นเป้าหมายที่หน่วยงานพึงพอใจ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้การยอมรับ

ตาราง 3 ตารางสรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table)

ชื่อผู้แต่ง/ ระดับ	Miklowitz, et al. (2000). RCT; Level II	Miklowitz, et al. (2003). RCT; Level II	Reinares, et al.. (2004). RCT; Level II	Reinares, et al. (2008). RCT; Level II	Bernhard, et al (2006) Pre-Post Test Level IV
ผู้รับการ บำบัด	ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จำนวน 101 คน - อายุระหว่าง 18-60 ปี - อยู่ในระยะอาการ รุนแรง - อาศัยอยู่หรือติดต่อกับผู้ดูแล ผู้ดูแลสม่ำเสมอ (≥ 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์) ผู้ดูแล- พ่อแม่จำนวน 37 คน คู่สมรสจำนวน 56 คน พี่น้องจำนวน 7 คน และ บุตรจำนวน 1 คน	ผู้ป่วย- กลุ่มตัวอย่าง เดียวกันกับเรื่องที่ 1 - อายุระหว่าง 18- 62 ปี (35.6 ± 10.2 ปี) ผู้หญิง = 64 คน ผู้ชาย = 37 คน	ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จำนวน 52 คน - อายุระหว่าง 18- 60 ปี - อยู่ในระยะอาการ สงบ	ผู้ป่วยโรคอารมณ์ สองขั้ว จำนวน 113 คน - อายุ 18-60 ปี - อยู่ในระยะอาการ สงบ	-ผู้ป่วยโรคอารมณ์ สองขั้ว จำนวน 90 คน - อายุ 18-70 ปี - อยู่ในระยะอาการ สงบ • HAMD < 14 • YMRS < 10 - ผู้ดูแลเป็นญาติหรือ เพื่อนของผู้ป่วย

ชื่อผู้แต่ง/ ระดับ	Miklowitz, et al. (2000). RCT; Level II	Miklowitz, et al. (2003). RCT; Level II	Reinares, et al.. (2004). RCT; Level II	Reinares, et al. (2008). RCT; Level II	Bernhard, et al (2006) Pre-Post Test Level IV
การบำบัด	-กลุ่มควบคุม ^๒ ได้รับ CM+ยา 9 เดือน จำนวน 70 คน -กลุ่มทดลอง ^๒ ได้รับ FFT+ยา 9 เดือน บำบัดครอบครัว/ บำบัดการสมรส (ผู้ป่วย+ ผู้ดูแล) ครั้งละ 1 ชั่วโมง จำนวน 21 ครั้ง -ที่บ้าน 1/สัปดาห์ x 12 ครั้ง 1 /2สัปดาห์ x 6 1 /เดือน x 3 ครั้ง 1.สุขภาพจิตศึกษา ≥ 7 ครั้ง 2.ฝึกทักษะการสื่อสาร	การบำบัดเช่นเดียวกับเรื่องที่ 1	-ผู้ป่วยทุกคน ^๒ ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน The Barcelona Bipolar Disorders Program -ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง ^๒ ได้รับการบำบัดด้วยสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (ผู้ป่วยไม่ ^๒ ได้เข้าร่วมกลุ่ม) -ครั้งละ 90 นาที 1/สัปดาห์ x 12 ครั้ง -ที่โรงพยาบาล - กลุ่มละ 10 คน -ผู้ป่วย ^๒ เป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ ^๒ เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและการจัดและดำเนินกลุ่ม	-ผู้ป่วยทุกคน ^๒ ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน The Barcelona Bipolar Disorders Program -ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง ^๒ ได้รับการบำบัดด้วยสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (ผู้ป่วยไม่ ^๒ ได้เข้าร่วมกลุ่ม) -ครั้งละ 90 นาที 1/สัปดาห์ x 12 ครั้ง -ที่โรงพยาบาล -กลุ่มละ 10– 12 คน -ผู้ป่วย ^๒ เป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ ^๒ เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว การบำบัดและครอบครัว การจัดและ	ผู้ป่วย ^๒ ได้รับ “การบำบัดการรู้คิด-สุขภาพจิตศึกษา” รายกลุ่ม - ครั้งละ 90 นาที x 14 ครั้ง -ที่โรงพยาบาล - กลุ่มละ 8- 12 คน ผู้ดูแล ^๒ ได้รับ “สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม” (ผู้ป่วยไม่ ^๒ ได้เข้าร่วมกลุ่ม) - ครั้งละ 240 นาที x 2 ครั้ง ใน 1 เดือน - กลุ่มละ 8 – 12 คน -

ชื่อผู้แต่ง/ ระดับ	Miklowitz, et al. (2000). RCT; Level II	Miklowitz, et al. (2003). RCT; Level II	Reinares, et al.. (2004). RCT; Level II	Reinares, et al. (2008). RCT; Level II	Bernhard, et al (2006) Pre-Post Test Level IV
	7-10 ครั้ง 3.ฝึกทักษะการแก้ปัญหา 4-5 ครั้ง -ผู้บำบัดได้รับการ ฝึกหัดและนิเทศการบำบัด จากผู้วิจัยหลัก			ดำเนินการกลุ่ม	
การ ประเมิน ผลลัพธ์	ผู้ป่วย 1) ประเมินอาการที่ เป็นผลลัพธ์ของการบำบัด และการปฏิบัติตาม แผนการรักษา โดยใช้ -ตารางการสัมภาษณ์ ความผิดปกติทางอารมณ์ และโรคจิตเภทฉบับ ปรับปรุง (Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia, change	ใช้เครื่องมือเดียวกัน กับเรื่องที่ 1	ผู้ป่วย ประเมินอาการทาง อารมณ์ โดยใช้ 1)Hamilton Depression Rating Scale ฉบับภาษา สเปน ประเมินอาการ ซึมเศร้าของผู้ป่วย 2)Young Mania Rating Scale ฉบับภาษาสเปน ประเมินอาการเมเนียของ ผู้ป่วย	ผู้ป่วย 1)ประเมินอาการทาง อารมณ์ โดยใช้ 1.1) Hamilton Depression Rating Scale ประเมินอาการซึมเศร้าของ ผู้ป่วย คะแนน ≥ 12 =ผู้ป่วย เข้าด้วยภาวะซึมเศร้า 1.2) Young Mania Rating Scale (YMRS)	ผู้ป่วย 1)The Hamilton depression rating scale ใช้ ประเมินอาการซึมเศร้า ของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการ บำบัด 2)The Young mania rating scale ใช้ประเมิน อาการเมเนียของผู้ป่วย ก่อนเข้ารับการบำบัด

ชื่อผู้แต่ง/ ระดับ	Miklowitz, et al. (2000). RCT; Level II	Miklowitz, et al. (2003). RCT; Level II	Reinares, et al.. (2004). RCT; Level II	Reinares, et al. (2008). RCT; Level II	Bernhard, et al (2006) Pre-Post Test Level IV
	version(SADS-C) Spitzer and Endicott 1978) -มาตรการปฏิบัติ ตามแผนการรักษาอย่าง สม่ำเสมอ (The Maintenance Treatment Scales (Ellicott et al 1990; Gitlin et al 1995; Keller 1988))ประเมินการ รับประทานยาอย่าง สม่ำเสมอตามแผนการ รักษา		และประเมินการทำหน้าที่ ทางสังคมและอาชีพของ ผู้ป่วยด้วย The Social and Occupational Functioning Assessment Scale	ประเมินอาการเมื่อนั้นของผู้ ผู้ป่วย คะแนน ≥ 12 = ผู้ป่วยด้วยภาวะไฮโปเม นี คะแนน ≥ 20 =ผู้ป่วย ด้วยภาวะเมเนีย (mania) คะแนน HDRS $\geq$ 17 และคะแนน YMRS ที่ ≥ 20 =ผู้ป่วยด้วยภาวะ ผสม 2) การทำหน้าที่ทาง สังคมและอาชีพของผู้ป่วย โดยใช้ The Social and Occupational Functioning Assessment Scale	3)แบบประเมินความรู้ เกี่ยวกับโรคอารมณ์สอง ขั้วและการรักษาที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นเองเป็น ภาษาเยอรมัน จำนวน 28 ข้อ

ชื่อผู้แต่ง/ ระดับ	Miklowitz, et al. (2000). RCT; Level II	Miklowitz, et al. (2003). RCT; Level II	Reinares, et al.. (2004). RCT; Level II	Reinares, et al. (2008). RCT; Level II	Bernhard, et al (2006) Pre-Post Test Level IV
	ผู้ดูแล 1) การแสดงอารมณ์ของผู้ดูแล โดย The Camberwell Family Interview.,(Vaughn and Leff 1976)		ผู้ดูแล 1)ความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้ว และการรักษาโดยใช้ The Bipolar Disorder Knowledge Questionnaire 2)การประเมิน (burden) ใช้ข้อข้อย่อยของ The Social Behavior Assessment Schedule 1. ด้านวัตถุวิสัย (objective burden) 2.-ภาระที่สัมพันธ์กับผู้ป่วย3.-ด้านอัตวิสัย (subject burden) 3)ประเมินสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ใช้ข้อข้อย่อยของ The Family Environment Scale		ผู้ดูแล 1)การประเมินด้วย The questionnaire includes the burden scale (Coyne, 1987) 2.)การแสดงผลออกทางอารมณ์ระหว่างกันสูงด้วย The German family questionnaire (Feinstein et al., 1989) 3)ประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้ The Beck Depression Inventory (BDI) 4)ประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่

ชื่อผู้แต่ง/ ระดับ	Miklowitz, et al. (2000). RCT; Level II	Miklowitz, et al. (2003). RCT; Level II	Reinares, et al.. (2004). RCT; Level II	Reinares, et al. (2008). RCT; Level II	Bernhard, et al (2006) Pre-Post Test Level IV
ผลการวิจัย	ในระยะ 1 ปี ผู้ป่วย ที่ได้รับ FFT จำนวน 31 คน • กลับเป็นซ้ำจำนวน 8 คน • ไม่มีการกลับเป็นซ้ำ จำนวน 18 คน • มีอาการไม่เปลี่ยนแปลง จำนวน 2 คน • ออกจากการวิจัยจำนวน 3 คน • มีระยะปลอดการกลับเป็นซ้ำ ใน 1 ปี = 71 % ซึ่งแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.037) • มีผลเหนือกว่าในการ	ในระยะ 2 ปี ผู้ป่วยที่ได้รับ FFT จำนวน 31 คน • กลับเป็นซ้ำจำนวน 11 คน (35%) ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจำนวน 70 คน • - กลับเป็นซ้ำจำนวน 38 คน (54%) • ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.005) - ผู้ป่วย FFT ฟื้นกลับหรือฟื้นกลับบางส่วน นานกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.003)	เมื่อสิ้นสุดการบำบัด ผู้ดูแล - กลุ่ม PE มีความรู้สูงกว่าก่อนรับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) และมีความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001)	เมื่อสิ้นสุดการบำบัด ผู้ป่วย - กลุ่ม PE และกลุ่มควบคุมมีการกลับป่วยซ้ำ (recurrence) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.044) - ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่มีการครบตามเกณฑ์ของการกลับป่วยซ้ำ (recurrence) มีจำนวนมากกว่ากลุ่ม PE อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.011) - กลุ่ม PE สามารถป้องกันกำเริบกลับป่วยซ้ำ (recurrence) ด้วยภาวะ	เมื่อสิ้นสุดการบำบัด ผู้ป่วย - ร้อยละ 48 เห็นว่ากลุ่ม PE ให้ความรู้ดีมาก - ร้อยละ 97 เห็นว่ากลุ่ม PE มีประโยชน์ดีมาก - ร้อยละ 87 เห็นว่ากลุ่ม PE ช่วยให้ความมั่นใจในการจัดการกับปัญหา - ผู้ดูแล - ภาวะที่มีความสัมพันธ์กับการของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการบำบัด (p = 0.02) และเมื่อติดตามผล 1 ปี (p = 0.03)

ชื่อผู้แต่ง/ ระดับ	Miklowitz, et al. (2000). RCT; Level II	Miklowitz, et al. (2003). RCT; Level II	Reinares, et al.. (2004). RCT; Level II	Reinares, et al. (2008). RCT; Level II	Bernhard, et al (2006) Pre-Post Test Level IV
	ป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ($p = 0.042$)	- ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมี ระยะปลอดการกลับเป็นซ้ำ นานกว่าอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p = 0.002$)	-กลุ่ม PE มีความเชื่อ ว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยการ รับทวนชีวิตของผู้ดูแลต่ำ กว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.015$) -กลุ่ม PE มีคะแนน ภาระการดูแลด้านอัตตวิสัย (subject burden) ต่ำกว่าก่อน การบำบัด อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.001$)	เมเนียบและภาวะไฮโปเมเนีย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.017$) แต่ไม่สามารถ ป้องกันการกลับป่วยซ้ำ (recurrence) ด้วยภาวะ ซึมเศร้า และภาวะผสมได้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.211$ และ $p = 0.468$)	-การแสดงอารมณ์ ระหว่างกันสูงลดลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติภายหลัง การบำบัด ($p = 0.13$) แต่ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ ติดตามผล 1 ปี ($p = 0.004$) -ผู้ดูแลทุกคนเห็นว่า กลุ่มบำบัดการรู้คิด – สุขภาพจิตศึกษาช่วยให้ สัมพันธภาพกับผู้ป่วยดีขึ้น -ผู้ดูแลรู้สึกว่าได้รับ ข้อมูลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติภายหลังการ บำบัด ($p = 0.001$) และเมื่อ ติดตามผล 1 ปี ($p = 0.02$)

สรุปประเด็นจากหลักฐานเชิงประจักษ์

การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ประกอบด้วย 1) การให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวซึ่งเป็นการบำบัดรายครอบครัว (ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว) ครั้งละ 90 นาที จำนวน 21 ครั้ง ในระยะเวลา 9 เดือนที่บ้านของผู้ป่วยโดยเริ่มให้การบำบัดครอบครัวหรือบำบัดการสมรสได้ภายหลังระยะที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง (acute period of illness) และได้รับการรักษาด้วยยาจนมีอาการคงที่ (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, et al., 2003) (Level II) 2) สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มสำหรับผู้ดูแล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที จำนวน 12 ครั้ง ที่โรงพยาบาล (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II) และสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มสำหรับผู้ดูแลครั้งละ 240 นาที จำนวน 2 ครั้ง ในระยะเวลา 1 เดือน ที่โรงพยาบาล (Bernhard, et al., 2006) (Level IV) โดยผู้ป่วยมีอาการสงบ 3 เดือนต่อเนื่องก่อนการให้สุขภาพจิตศึกษา (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II)

ผู้ให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวต้องเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกเป็นผู้บำบัดครอบครัวหรือบำบัดการสมรส (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, et al., 2003) (Level II) ผู้ให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มต้องมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว และการจัดและดำเนินการกลุ่ม (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II)

การให้สุขภาพจิตศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพิ่มความรู้ ความเข้าใจในธรรมชาติสาเหตุ อาการ การรักษา ปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การวางแผนป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การสังเกตและระบุอาการนำของโรคอารมณ์สองขั้วทั้งภาวะเมเนียและภาวะซึมเศร้า การจัดการกับอาการนำ 2) ฝึกทักษะการสื่อสารและทักษะการแก้ปัญหาเพื่อแก้ไขความขัดแย้งและความเครียดในครอบครัว 3) ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับ แหล่งประโยชน์ทางสังคม และประเด็นทางกฎหมาย การจัดการกับภาวะฉุกเฉินต่างๆ เช่น ความคิดฆ่าตัวตาย การตั้งครร์ก (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, et al., 2003; Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II)

สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มสำหรับผู้ดูแลสามารถเพิ่มความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Reinares, et al., 2004) (Level II) และสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและรายกลุ่มสามารถลดการกลับเป็นซ้ำ เพิ่มระยะห่างของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, et al., 2003; Reinares, et al., 2008) (Level II)

3.4 ข้อเสนอแนะ

ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงาน RCT (Level II) จำนวน 4 เรื่อง งานวิจัยวัดก่อนและหลังการบำบัด (Level IV) จำนวน 1 เรื่อง ผู้ศึกษาได้สกัดเนื้อหา สรุปประเด็น ได้ข้อเสนอแนะในการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ดังนี้

3.4.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่เข้ารับสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวเป็น พ่อแม่ คู่สมรส พี่น้อง หรือบุตร ที่อาศัยอยู่ด้วยกันหรือติดต่อกับผู้ป่วยมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, et al., 2003) (Level II) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่รับสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วย อาศัยอยู่กับผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II) เป็นญาติหรือเพื่อนของผู้ป่วย (Bernhard, et al., 2006) (Level IV)

3.4.2 ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่อยู่ในช่วงระยะอาการรุนแรงด้วยภาวะเมเนียหรือภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลและผู้ป่วยควรได้รับการแนะนำให้เข้ารับสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวซึ่งเป็นการบำบัดครอบครัวหรือการบำบัดการสมรส (ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว) ทั้งนี้ผู้บำบัดควรประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการบำบัดครอบครัวหรือการบำบัดการสมรส (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, et al., 2003) (Level II) ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่อยู่ในช่วงระยะอาการสงบ ผู้ดูแลควรเข้ารับสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II) หรือการอบรมเชิงปฏิบัติการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแล (Bernhard, et al., 2006) (Level IV)

3.4.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วควรได้รับการประเมินในเรื่องความสะดวกในการมาเข้ารับสุขภาพจิตศึกษาที่โรงพยาบาล ถ้าผู้ดูแลมีความสะดวกและสามารถเข้ารับการบำบัดได้ติดต่อกันควรจัดให้ผู้ดูแลรับสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มจำนวน 12 ครั้ง (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II) ถ้าไม่สามารถเข้ารับการบำบัด 12 ครั้งได้ควรจัดให้ผู้ดูแลรับการอบรมเชิงปฏิบัติการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลจำนวน 2 ครั้งต่อที่โรงพยาบาล (Bernhard, et al., 2006) (Level IV)

3.4.4 ผู้ให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวต้องเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกเป็นผู้บำบัดครอบครัวหรือบำบัดการสมรส (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, et al., 2003) (Level II) ผู้ให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มต้องมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว และการจัดและดำเนินการกลุ่ม (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II)

3.4.5 การให้สุขภาพจิตศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพิ่มความรู้ ความเข้าใจในธรรมชาติ สาเหตุ อาการ การรักษา ปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การวางแผนป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การสังเกตและระบุอาการนำของโรคอารมณ์สองขั้วทั้งภาวะเมเนียและภาวะซึมเศร้า การจัดการกับอาการนำ 2) ฝึกทักษะการสื่อสารและทักษะการแก้ปัญหาเพื่อแก้ไขความขัดแย้งและความเครียดในครอบครัว 3) ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับ แหล่งประโยชน์ทางสังคม และประเด็นทางกฎหมาย การจัดการกับภาวะฉุกเฉินต่างๆ เช่น ความคิดฆ่าตัว การตั้งครรภ์ (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, et al., 2003; Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II)

3.4.6 การให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวซึ่งเป็นการบำบัดครอบครัวหรือบำบัดการสมรส ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาจนอาการของโรคอารมณ์สองขั้วลดลงจึงสามารถเข้ารับสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับครอบครัวได้ (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, et al., 2003) (Level II) และในกรณีผู้ดูแลเข้ารับสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยาตามมาตรฐานการรักษาโรคอารมณ์สองขั้วด้วย (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II)

3.4.7 รูปแบบและเนื้อหาของ การให้สุขภาพจิตศึกษา

- ในระยะที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วอยู่ในช่วงระยะอาการรุนแรงด้วยภาวะเมเนียหรือภาวะซึมเศร้าควรได้รับสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยาซึ่งเป็นการบำบัดครอบครัวหรือบำบัดการสมรสรายครอบครัว เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่สามารถเข้ารับการบำบัดร่วมกับสมาชิกครอบครัวได้ จำนวน 21 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ในระยะเวลา 9 เดือน (สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน 3 ครั้ง 2 สัปดาห์ต่อครั้งเป็นระยะเวลา 3 เดือน และเดือนละ 1 ครั้งเป็นระยะเวลา 3 เดือน) ที่บ้านของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและผู้ดูแล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) จำนวน 7 ครั้ง หรือมากกว่า โดยให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและผู้ดูแลได้รับข้อมูลและอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับอาการ ธรรมชาติ สาเหตุและการรักษาของโรคอารมณ์สองขั้ว อาการเตือนในระยะแรก แผนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ บทบาทของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง และความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย 2) การฝึกทักษะการสื่อสาร (Communication enhancement training) ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการกับความเครียดในครอบครัว จำนวน 7-10 ครั้ง ประกอบด้วย การฝึกการพูดที่มีประสิทธิภาพ การฟังอย่างตั้งใจ ทักษะการเจรจาต่อรอง การขอให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งกันและกัน การให้ข้อมูลป้อนกลับทั้งทางบวกและทางลบโดยใช้การแสดงบทบาทสมมติ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติเป็นการบ้าน และ 3) การฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem-solving skills training) จำนวน 4 - 5 ครั้ง เป็นการฝึกให้ผู้รับการบำบัดระบุปัญหาครอบครัวที่เฉพาะเจาะจง หาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่หลากหลาย

ประเมินผลได้ผลเสียของแต่ละทางเลือก เลือกทางเลือกในการแก้ปัญหาของครอบครัว พัฒนาแผนการปฏิบัติตามทางเลือก และฝึกปฏิบัติเป็นการบ้าน (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, et al., 2003) (Level II)

- ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการสงบ ผู้ดูแลผู้ป่วยควรได้รับสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มสำหรับผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จำนวน 10 – 12 คน/กลุ่ม โดยไม่มีผู้ป่วยร่วมในกลุ่ม จำนวน 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ที่โรงพยาบาล เป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคอารมณ์สอง ขั้ว โดยให้ความสำคัญกับความเปราะบางของการเกิดช่วงระยะที่มีอาการรุนแรง (acute episode) การยอมรับความเจ็บป่วยโดยไม่ปฏิเสธ ทศนคติต่อผู้ป่วย และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป (over-involvement) ที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง สาเหตุและปัจจัยกระตุ้นของการกลับเป็นซ้ำ เช่น ความเครียด การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาและนิสัยที่ไม่สม่ำเสมอ อาการและการสังเกต อาการนำ ความจำเป็นของการรักษาอย่างต่อเนื่อง การรักษาประเภทต่างๆ ความพยายามในการแก้ไขความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการรักษา ปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาและบทบาทของครอบครัวในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา กลยุทธ์ในการเผชิญกับการเจ็บป่วยในระยะต่างๆและสิ่งที่เกิดตามมา ปรับความคาดหวังของผู้ดูแล ต่อการเจ็บป่วยในระยะต่างๆ การป้องกันและจัดการกับความเครียดของครอบครัวโดยฝึกทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหา ความสำคัญของการดูแลตนเองของผู้ดูแล และประเด็นต่างๆเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น ความคิดฆ่าตัวตาย การรับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล การตั้งครร์ก และความเสี่ยงทางพันธุกรรม แหล่งประโยชน์ทางสังคมและประเด็นทางกฎหมาย (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II) ถ้าผู้บำบัดประเมินว่าผู้ดูแลสามารถเข้ารับการบำบัดติดต่อกันทุกสัปดาห์ได้เป็นระยะเวลา 3 เดือน

- ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการสงบและผู้บำบัดประเมินว่าผู้ดูแลไม่สามารถเข้ารับการบำบัดติดต่อกันได้เป็นระยะเวลา 3 เดือนควรจัดให้ผู้ดูแลได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการ (workshop) การให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่อยู่ในช่วงระยะอาการสงบ จำนวน 8 – 12 คน/กลุ่ม โดยไม่มีผู้ป่วยร่วมในกลุ่ม ครั้งละ 240 นาที จำนวน 2 ครั้ง ใน 1 เดือน ประกอบด้วย การแนะนำกลุ่มและภาพรวมของการบำบัด สาเหตุและปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ การรักษา อาการ การจัดการและการป้องกันการเป็นซ้ำ การคงไว้ซึ่งความเข้มแข็งของการสนับสนุนที่มีอยู่ การสื่อสาร การแก้ไขปัญห และจัดการกับการฆ่าตัวตายการตอบคำถามและการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Bernhard, et al., 2006) (Level IV)

3.4.8 การประเมินการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วสามารถใช้

1) ตารางการสัมภาษณ์ความผิดปกติทางอารมณ์และโรคจิตเภท (Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia) ของ Endicott & Spitzer (1978) (Miklowitz, et al., 2000) (Level II), (Miklowitz, et al., 2003) (Level II)

2) แบบประเมิน Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) ประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II)

- คะแนน ≥ 12 แสดงว่าผู้ป่วยกลับมีอาการป่วยซ้ำเป็นภาวะซึมเศร้า (depressive)

3) แบบประเมิน Young Mania Rating Scale (YMRS) ประเมินอาการเมเนียของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II)

- คะแนน ≥ 12 แสดงว่าผู้ป่วยกลับมีอาการป่วยซ้ำเป็นภาวะไฮโปเมเนีย (hypomania)

- คะแนน ≥ 20 แสดงว่าผู้ป่วยกลับมีอาการป่วยซ้ำเป็นภาวะเมเนีย (mania) และคะแนน HDRS ≥ 17 ร่วมกับคะแนน YMRS ≥ 20 แสดงว่าผู้ป่วยกลับมีอาการป่วยซ้ำเป็นภาวะผสม (mixed)

3.4.9 การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้วและการรักษาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วผู้ให้สุขภาพจิตศึกษาสามารถใช้แบบประเมิน The Bipolar Disorder Knowledge Questionnaire (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II) หรือใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้วและการรักษาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วภาษาเยอรมัน (Bernhard, et al., 2006) (Level IV) ที่พัฒนาขึ้นเองให้เหมาะสมกับสังคมและวัฒนธรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ซึ่งต้องประกอบด้วยการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแลและลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วโดยมีขั้นตอนในการปฏิบัติ 3 ขั้นตอน ดังนี้

1) กำหนดประเด็นของปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา คือ “สุขภาพจิตศึกษาเพื่อเพิ่มความรู้ของผู้ดูแล และลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีรูปแบบอย่างไร”

2) สืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกจากระบบฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์และการสืบค้นด้วยมือ ได้งานวิจัยเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทั้งหมด 5 เรื่อง เมื่อประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) พบว่างานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ II (randomized controlled trials) จำนวน 4 เรื่อง งานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ IV จำนวน 1 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยเดี่ยวแบบวัดผลก่อนหลังการบำบัด และหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 5 เรื่องมีแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติได้

3) นำงานวิจัยทั้ง 5 เรื่องมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ลงในตาราง (collective table) จากนั้นนำมาสรุปเป็นข้อแนะนำ (recommendation) การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วนั้นมี 3 รูปแบบ ประกอบด้วย 1) สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัว 2) สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม 3) การอบรมเชิงปฏิบัติการสุขภาพจิตศึกษา ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพิ่มความรู้ ความเข้าใจในธรรมชาติ สาเหตุ อาการ การรักษา ปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยปกป้องการกลับเป็นซ้ำ การวางแผนป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การสังเกตและระบุอาการนำของโรคอารมณ์สองขั้วทั้งภาวะเมเนียและภาวะซึมเศร้า การจัดการกับอาการนำ 2) ฝึกทักษะการสื่อสารและทักษะการแก้ปัญหาเพื่อแก้ไขความขัดแย้งและความเครียดในครอบครัว 3) ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับ แหล่งประโยชน์ทางสังคม และประเด็นทางกฎหมาย การจัดการกับภาวะฉุกเฉินต่างๆ เช่น ความคิดฆ่าตัวตาย การตั้งครีท (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, et al., 2003; Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II) (Bernhard, et al., 2006) (Level IV)

ข้อเสนอแนะ

1) การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วนี้สามารถให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้ตั้งแต่ในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ด้วยภาวะเมเนียหรือภาวะซึมเศร้า เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการสงบจึงสามารถเข้ารับสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวซึ่งเป็นครอบครัวบำบัดหรือสมรสบำบัดที่บ้านร่วมกับผู้ดูแลได้ และสามารถให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลของผู้ป่วยรายกลุ่มในระยะเวลาที่มีอาการสงบที่สามารถมาร่วมกลุ่มที่โรงพยาบาลได้ ทั้งนี้สามารถเลือกให้การสุขภาพจิตศึกษาให้เหมาะสมกับความต้องการ และความสะดวกของผู้ดูแลในการมารับการบำบัดที่โรงพยาบาล

2) การนำการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วไปใช้ในหน่วยงานควรเป็นการทดลองนำร่อง (Pilot Study) เพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาก่อนขยายผลไปสู่หน่วยงานอื่น โดย

2.1) ระบุผลลัพธ์ที่ต้องการ ได้แก่ การลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

2.2) ระบุจำนวนผู้ดูแลที่จะร่วมการทดลองนำร่อง และกำหนดระยะเวลาการประเมินผลลัพธ์

2.3) ประชาสัมพันธ์การใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว และฝึกอบรมพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

2.4) ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ตามระยะเวลาที่กำหนด

2.5) นำผลการประเมินมาพัฒนารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่เหมาะสมกับหน่วยงาน และขยายผลสู่หน่วยงานอื่น

3) ควรมีการเผยแพร่รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วแก่ พยาบาลจิตเวช พยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วภายนอกองค์กร โดยเผยแพร่ในวารสารและสิ่งตีพิมพ์ต่างๆ เพื่อให้มีการพัฒนาการให้บริการทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแลและลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

PSYCHOEDUCATION TO INCREASE KNOWLEDGE OF CAREGIVERS AND REDUCE
RELAPSE OF PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDERS: EVIDENCE-BASED NURSING

ภัทราวรรณ สุนทโร 4836939 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร),
อติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ที่ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความผิดปกติการแสดงออกของทางอารมณ์เป็นอาการสำคัญ อาจเป็นอารมณ์เศร้าหรืออารมณ์เรื้อรังสนุกสนานผิดปกติ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548; Videbeck, 2006) ในช่วงระยะอารมณ์ซึมเศร้า (Depress episode) ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า หดหู่ ร้องไห้ง่าย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ไม่มั่นใจตัวเอง คิดช้า (difficulty thinking) ไม่มีสมาธิ (poor concentrate) รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า (worthlessness) และมีความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) และในช่วงที่มีอารมณ์คลุ้มคลั่ง (Mania episode) ผู้ป่วยจะรู้สึกมีความสุขมาก อารมณ์ดี ขยันกว่าปกติแต่ทำได้ไม่ดี ความต้องการนอนน้อยลง (decreased need for sleep) พูดคุยชักทายผู้อื่น แม้แต่กับคนแปลกหน้า พูดมาก พูดเร็ว กิจกรรมทางเพศเพิ่มขึ้น (hypersexuality) ใช้จ่ายเปลือง (expensive) มีโครงการในกิจการต่างๆ มากมาย เชื้อมั่นตนเองมาก การตัดสินใจไม่เหมาะสม ขาดความยับยั้งชั่งใจ ในรายที่มีอาการรุนแรงจะพบมีอาการหลงผิดแบบมีความสามารถพิเศษเหนือคนอื่น (grandiosity) จนถึงมีภาวะหวาดระแวง (Paranoid) ได้ (มานิซ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; Antai-Otong, 2003; American Psychiatric Association, 2000)

โรคอารมณ์สองขั้วนั้นพบว่ามีสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกันหลายประการ กล่าวคือ 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม ความผิดปกติของสารสื่อประสาท 2) ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ ความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตและสิ่งแวดล้อม (life and environment) ได้แก่ การสูญเสียพ่อแม่หรือคู่ครอง ปัญหาด้านการเงิน การเจ็บป่วย หรือความล้มเหลวในชีวิต การสูญเสียบิดามารดาก่อนอายุ 11 ปี อาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) และ 3) ปัจจัยกระตุ้นด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดอาการ ได้แก่ การเปลี่ยนที่อยู่หรืองานใหม่ การตกงาน (ธวัชชัย ลิฬหานาจ และ สรยุทธ วาสิกานนท์, 2549; Sadock & Sadock, 2005; Shives, 2005) โดยเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จะมีอาการราว 4 ครั้ง (episode) ในช่วงเวลา 10 ปี และตลอดชีวิตอาจถึง 10 ครั้ง โดยในระยะเริ่มแรกช่วงห่างระหว่างแต่ละช่วงระยะป่วย (episode) จะห่างกันมากเช่น 5 ปี หลังจากนั้นช่วงห่างของแต่ละช่วงระยะป่วยจะสั้นลงเรื่อยๆจนกระทั่ง หลังผู้ป่วยมีอาการแล้วราว 4 - 5 ครั้ง อย่างไรก็ตามความถี่ห่างของช่วงระยะป่วยแต่ละครั้งยังขึ้นอยู่กับปัจจัยกระตุ้นอื่นๆด้วย เช่น การนอนน้อยอาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเมเนีย (Mania episode) ได้บ่อย (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยณิซ, 2542)

โรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรคที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง ผู้ป่วยมีโอกาสกลับป่วยซ้ำได้ตลอดช่วงชีวิต โดยพบว่าผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 60 มีอาการกำเริบซ้ำทั้งภาวะเมเนีย (mania) หรือภาวะซึมเศร้า (depressive) ภายใน 2 ปี และผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 75 มีอาการกำเริบซ้ำภายใน 5 ปี การดำเนินโรคของโรคอารมณ์สองขั้วนั้นอธิบายได้ด้วยรูปแบบชีวจิตสังคม (biopsychosocial model) กล่าวคือ การพันหาย-การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเปราะบางทางพันธุกรรม (genetic vulnerability) ความโน้มเอียงทางชีวภาพ (biological predispositions) ความเครียดในชีวิตหรือในครอบครัว (family or life events stress) และความเปราะบางทางจิตใจ (psychological vulnerability) (Miklowitz, 2007) เช่น ผู้ป่วยที่มีความเครียด ปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ นอนน้อย และไม่ร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) โดยที่ Scott & Pope (2002) ได้ศึกษาถึงความร่วมมือในการรักษาด้วยยาทำให้อารมณ์คงที่ (mood stabilizers) และระดับของยาในกระแสเลือด (plasma level) กับการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยโรคผิดปกติทางอารมณ์ (Mood Disorder) จำนวน 98 คน โดยการใช้แบบรายงานด้วยตนเอง (Self-Reported) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจำนวน 6 คนไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้ป่วยจำนวน 29 คนปฏิบัติตามแผนการรักษาบางส่วน มีระดับของยาในกระแสเลือดต่ำกว่าขนาดรักษา ผู้ป่วยจำนวน 46 คนปฏิบัติตามแผนการรักษา และพบว่าผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาบางส่วน มีการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำจำนวนมากกว่าผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติตามแผนการรักษา

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วนั้นนอกจากจะสัมพันธ์กับปัจจัยด้านผู้ป่วยแล้วยังมีปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ได้แก่ 1) การไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้ว การรักษา การสังเกตอาการนำและการจัดการกับอาการอย่างถูกต้องเหมาะสม 2) ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลส่งผลต่อการแสดงอารมณ์ระหว่างกันในครอบครัวสูง โดยพบว่าผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองในการเผชิญกับอาการของผู้ป่วยและสถานการณ์การดูแล ไม่มีข้อมูลในการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยว่าพฤติกรรมใดแสดงถึงอาการทางจิตและพฤติกรรมใดเป็นบุคลิกภาพของผู้ป่วย (Van Der Voot, Goossens & Van Der Bijl, 2007) จะมีความเครียด วิตกกังวล โศกเศร้า และทุกข์ใจเมื่อให้การดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้รู้สึกเป็นภาระในการดูแล (Reinares, et al., 2006) เมื่อผู้ดูแลมีความเครียดทุกข์ใจ และรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลต่อการตอบสนองทางอารมณ์ โดยที่ Perlick, et al. (2004) ได้ศึกษาถึงความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว (family burden) กับการตอบสนองทางอารมณ์ต่อผลการรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับสูง จะมีระดับการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยมากเกินไป (over-involvement) สูงด้วยเช่นกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยไม่ดี ซึ่งเป็นสิ่งสนับสนุนให้อาการทางอารมณ์กำเริบซ้ำบ่อยครั้ง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Dore & Romans (2001) ที่เกี่ยวกับผลกระทบของโรคอารมณ์สองขั้วต่อครอบครัวและคู่ของผู้ป่วย ในผู้ดูแลจำนวน 41 คน พบว่า ผู้ดูแลจำนวนร้อยละ 71 บอกว่ามีความเครียดมากในการดูแลผู้ป่วย และยังพบอีกว่าคู่ของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้วมาก่อนและไม่รู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคนี้ด้วย

ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเป็นผู้ป่วยเรื้อรังมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงจึงทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถประกอบอาชีพหาเลี้ยงตนเองได้ สูญเสียคุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา Roijen, et al. (2004) ได้ทำการศึกษาถึงค่าใช้จ่ายทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่าง ไม่สามารถทำงานได้เพราะปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต และค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยยาต่อผู้ป่วยต่อรายต่อปีเท่ากับ 848.33 เหรียญสหรัฐ โดยที่ในประเทศไทยนั้น ชวัชชัย ลิฬหนาจ, สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์ และสรยุทธ วาสิกนันท์ (2545) ได้รายงานถึงผลการศึกษาในการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของการรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว พบว่ามีค่าใช้จ่ายประมาณ 32,000 ถึง 34,000 บาทต่อรายต่อปี ถ้าในกรณีที่ต้องการให้การรักษาได้ผลและผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาดี ไม่มีผลข้างเคียงของยาและไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 70,000 ถึง 82,000 บาทต่อรายต่อปี

จากข้อมูลของศูนย์สารสนเทศกองแผนงาน กรมสุขภาพจิต (2551) ได้รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ใช้บริการของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตว่า มีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 – 2551 ดังนี้คือ ปี พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยจำนวน 37,826 ราย ปี พ.ศ. 2550 มีผู้ป่วยจำนวน 53,890 ราย ส่วนในปี พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยจำนวนถึง 57,173 ราย และจากรายงานประจำปี พ.ศ. 2552 ของโรงพยาบาล ศิริธัญญา แสดงให้เห็นเช่นกันว่า ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาล มีจำนวนผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมาใช้บริการเป็นจำนวนมาก โดยมีผู้ป่วยนอกจำนวน 6,431 ราย และมีจำนวนผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสูงเป็นอันดับที่ 2 รองจากผู้ป่วยโรคจิตเภท อีกทั้งยังมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันถึงร้อยละ 5.3 และมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 90 วันร้อยละ 10.1 ของผู้ป่วยโรคนี้ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศิริธัญญา ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป อายุระหว่าง 27 – 64 ปี มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาถึงระดับปริญญาตรี ประกอบด้วยบิดา/มารดาจำนวน 2 ราย พี่/น้องจำนวน 2 รายและคู่สมรสจำนวน 6 ราย ให้ข้อมูลดังนี้ ผู้ดูแลส่วนมากไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไร ทราบเพียงว่าเป็นอาการทางโรคจิต มีความกลัวผู้ป่วย ไม่รู้ถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการกำเริบ ยังไม่รู้ว่าอาการนำก่อนอาการกำเริบของผู้ป่วยเป็นอย่างไร และไม่รู้ว่าคุณดูแลสามารถจัดการกับอาการนำได้อย่างเหมาะสมสมผู้ป่วยอาจจะไม่กลับป่วยซ้ำ และไม่เข้าใจว่าเพราะเหตุใดหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วผู้ป่วยยังมีพฤติกรรม พุดมาก ช่างคุย มักไม่ค่อยอยู่ติดบ้าน ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน มีคู่สมรสของผู้ป่วยหลายรายให้ข้อมูลว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการพุดมาก ออกนอกบ้าน ห้ามปรามไม่รับฟังได้เสียง จนเกิดการทะเลาะกันในครอบครัวบ่อยครั้ง มีผู้ป่วยจำนวน 3 รายที่เป็นผู้หารายได้เลี้ยงครอบครัวเพียงคนเดียว เมื่อผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำบ่อยและไม่สามารถทำหน้าที่ในครอบครัวได้เช่นเดิม มีปัญหาทางการเงินจากการสูญเสียรายได้และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้ทั้งครอบครัวมีความเครียดมาก แต่ไม่รู้จะจัดการกับปัญหาอย่างไร และขอความช่วยเหลือในการจัดการกับผู้ป่วยได้จากแหล่งใด เมื่อมีความเครียดทำให้มีการคว่ำหรือตำหนิผู้ป่วย

การรักษาโรคอารมณ์สองขั้วในปัจจุบันเน้นการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ก้าวร้าว มีอาการทางจิต ควบคุมคนในครอบครัว ผู้ดูแลควบคุมพฤติกรรมไม่ได้โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ตามลักษณะอาการของโรค คือ 1) การรักษาในระยะเฉียบพลัน (Acute Phase) เมื่อผู้ป่วยมีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วทั้งในภาวะเมเนีย (mania) และภาวะซึมเศร้า (depress) ด้วยการให้ยาเพื่อช่วยลดความรุนแรงในระยะ

เฉียบพลัน ทั้งยาทำให้อารมณ์คงที่ (mood stabilizer) ได้แก่ lithium หรือยากันชัก (anticonvulsant) ได้แก่ valproate ร่วมกับยาต้านโรคจิต (antipsychotic drug) เช่น olanzapine, haloperidol และใช้ยาต้านเศร้า (antidepressant) เมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ยาที่นิยมใช้จะเป็นยาในกลุ่ม SSRI ได้แก่ Fluoxetine (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; Hirschfeld, et al., 2002) รวมทั้งการใช้การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy (ECT)) เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาที่เป็นการรักษาตามมาตรฐาน หรือไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาได้ (Hilty, Brady & Hales, 1999) รวมถึงผู้ป่วยมีอาการทางจิตมากหรือมีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงจนมีโอกาสดำชีวิตได้ (Hirschfeld, et al., 2003; APA.2002 อ้างใน Baldassono, 2007) 2) การรักษาในระยะยาว (Maintenance Phase) ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำตลอดช่วงชีวิต การรักษาในระยะยาวจึงมีเป้าหมายในการลดความถี่ของการเกิดระยะเฉียบพลัน การทำให้ภาวะอารมณ์ไม่คงที่เจือจางที่สุด การเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดำเนินชีวิต การป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย (วิชชัย ลิพพานาจ และ สรยุทธ วาลิกนันท์, 2549) ซึ่งยาที่ใช้ได้ผลดีในการรักษาในระยะยาวนี้ก็ยังได้แก่ Lithium และกลุ่มยากันชัก คือ lamotrigine, carbamazepine หรือ oxcarbazepine ร่วมกับยาต้านโรคจิต และยาต้านเศร้าเช่นเดียวกับที่ได้ผลดีในการรักษาระยะเฉียบพลัน (Baldassono, 2007; Fountoulakis, et al., 2005) โดยที่จะต้องมีการติดตามระดับของยาในกระแสเลือดเป็นระยะเพื่อประสิทธิภาพในการรักษา (Sadock & Sadock, 2005) ร่วมกับการทำจิตสังคมบำบัด (Psychosocial Intervention) ที่มีความสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยา ช่วยให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการเตือนก่อนกลับเป็นซ้ำ (Hirschfeld, et al., 2002) ซึ่งส่งผลต่อการลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ของ Scott & Gutierrez (2004) และ Beynon, Weiser, Woolacott, Duffy & Geddes (2008) ที่ได้ทบทวนเกี่ยวกับการบำบัดทางจิต (Psychological Treatments) และการบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Interventions) ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้ โดยที่ Rouget & Aubry (2007) ได้ศึกษาทบทวนถึงประสิทธิผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษานั้นเป็นการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาโรคอารมณ์สองขั้ว และเพิ่มกลยุทธ์ในการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีอัตราการกลับเป็นซ้ำลดลง มีระยะห่างของการมีอาการ (episodes) นานขึ้น มีความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาดีขึ้นและลดอาการของโรคอารมณ์สองขั้ว ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนร่วมงานจะมีการ

ฟื้นหายจากการป่วย (Recovery) ได้เต็มที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย (Johnson, Lundstrom, Wistedt & Mathe, 2003)

การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วนั้น ประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยา (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, George, Richards, Simoneau & Suddath, 2003) การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มสำหรับผู้ดูแล (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008; Bernhard, et al., 2006) โดยการให้สุขภาพจิตศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพิ่มความรู้ ความเข้าใจในธรรมชาติ สาเหตุ อาการ การระบุอาการนำ และการจัดการ ปัจจัยกระตุ้นการกลับเป็นซ้ำ และการรักษาของโรคอารมณ์สองขั้ว 2) ฝึกทักษะการสื่อสารและทักษะการแก้ปัญหา 3) สามารถป้องกันและจัดการกับความเครียดในครอบครัวได้ 4) สามารถจัดการกับภาวะฉุกเฉินต่างๆ ได้แก่ ความคิดฆ่าตัวตาย 5) การแนะนำแหล่งประโยชน์ทางสังคม และประเด็นทางกฎหมาย ซึ่งผลของการให้สุขภาพจิตศึกษารูปแบบต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นสามารถเพิ่มความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้ สามารถลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว และเพิ่มระยะห่างของการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้

ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยชาย 1 จึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทาง เพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้วแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย ฝึกทักษะการสื่อสารและทักษะการแก้ปัญหา สามารถป้องกันและจัดการกับความเครียดในครอบครัว และ ภาวะฉุกเฉินต่างๆ ลดภาระแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.1 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแลและลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

1.2 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

พยาบาลจิตเวชมีแนวทางที่ชัดเจนในการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ และลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

2. วิธีการดำเนินการศึกษา

วิธีดำเนินการศึกษานี้ประกอบด้วย การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบการสืบค้น การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ สกัดเนื้อหา สรุปประเด็น และเสนอข้อแนะนำในการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1.1 กรอบการสืบค้น

การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้ได้งานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่ศึกษา ผู้ศึกษากำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิกโดยใช้กรอบ PICO (Craig & Smyth, 2002; Melnyk & Fineout-Overholt, 2002 อ้างใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549) คือ “สุขภาพจิตศึกษาเพื่อเพิ่มความรู้ของผู้ดูแล และลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีรูปแบบอย่างไร” เพื่อเป็นกรอบในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลสารสนเทศ ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

Population: ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (Caregiver, Relatives, Bipolar Disorders)

Intervention: กิจกรรมบำบัดทางการพยาบาล (Intervention, Psychoeducation)

Comparision: ไม่มีการเปรียบเทียบ

Outcome: การกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ความรู้ (Knowledge)

เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเมื่อผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จะเข้าใจธรรมชาติของโรค สามารถจัดการกับพฤติกรรม อาการ และอาการนำของผู้ป่วยได้ จะมีทักษะในการแก้ไขปัญหา และทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งทราบถึงแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม เป็นการเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลซึ่งจะลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้ ผู้ศึกษาจึงได้ใช้คำสำคัญในการสืบค้น Outcome ทั้ง 2 คำ คือ การกลับเป็นซ้ำ (Relapse) และความรู้ (Knowledge)

2.1.2 ผู้ศึกษากำหนดประเภทของหลักฐาน ที่ใช้ในการพัฒนาแนวทางการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อเพิ่มความรู้ของผู้ดูแลและลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ที่มีความน่าเชื่อถือและความเข้มแข็งระดับ Randomized Controlled Trials, Quasi - experimental, Case control และ Cohort study และงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ตีพิมพ์โดยใช้ภาษาอังกฤษและภาษาไทยตั้งแต่ปีค.ศ.1995 ถึง ค.ศ.2009

2.1.3 กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล www.guidelines.gov, Cochrane Database of Systematic Reviews, www.Joannabriggs.edu.au, PubMed, ProQuest, CINAHL, Ovid, Science Direct, Blackwell Synergy, HighWire Press และการสืบค้นด้วยมือ

ผลการสืบค้นพบหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก จำนวน 5 เรื่อง

2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาประเมินความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical Relevance) โดยใช้เกณฑ์การประเมินความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกของ Polit & Beck (2004) พบว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 5 เรื่องที่สืบค้นได้มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้แนวทางการประเมินคุณภาพงานวิจัยที่มีการเน้นเกี่ยวกับการควบคุมแหล่งของความคลาดเคลื่อนโดยระบบทั้ง 4 รูปแบบของฟองคำ ดิลกสกุลชัย (2549) จัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์การจัดระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) เป็นงานวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ II จำนวน 4 เรื่องและงานวิจัยระดับ IV จำนวน 1 เรื่อง และประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ โดยใช้ประเด็นความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) 2) ความเป็นไปได้ (Feasibility) และ 3) ความคุ้มค่า (Cost – benefit ratio)

2.3 วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาวิเคราะห์แต่ละเรื่องลงตารางสัดงาน และสรุปประเด็นหลักของงานวิจัยแต่ละเรื่องลงในตารางรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table)

2.4 สังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 5 เรื่อง

เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสรุปเป็นข้อแนะนำการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

3. ข้อแนะนำ

ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงาน RCT (Level II) จำนวน 4 เรื่อง งานวิจัยวัดก่อนและหลังการบำบัด (Level IV) จำนวน 1 เรื่อง ผู้ศึกษาได้สกัดเนื้อหา สรุปประเด็น ได้ข้อแนะนำในการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ดังนี้

3.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่เข้ารับสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวเป็น พ่อแม่ คู่สมรส พี่น้อง หรือบุตร ที่อาศัยอยู่ด้วยกันหรือติดต่อกับผู้ป่วยมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, et al., 2003) (Level II) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่รับสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วย อาศัยอยู่กับผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II) เป็นญาติหรือเพื่อนของผู้ป่วย (Bernhard, et al., 2006) (Level IV)

3.2 ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่อยู่ในช่วงระยะอาการรุนแรงด้วยภาวะเมเนียหรือภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลและผู้ป่วยควรได้รับการแนะนำให้เข้ารับสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวซึ่งเป็นการบำบัดครอบครัวหรือการบำบัดการสมรส (ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว) ทั้งนี้ผู้บำบัดควรประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการบำบัดครอบครัวหรือการบำบัดการสมรส (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, et al., 2003) (Level II) ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่อยู่ในช่วงระยะอาการสงบ ผู้ดูแลควรเข้ารับสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II) หรือการอบรมเชิงปฏิบัติการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลรายกลุ่ม (Bernhard, et al., 2006) (Level IV)

3.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วควรได้รับการประเมินในเรื่องความสะดวกในการมาเข้ารับสุขภาพจิตศึกษาที่โรงพยาบาล ถ้าผู้ดูแลมีความสะดวกและสามารถเข้ารับการบำบัดได้ติดต่อกันควรจัดให้ผู้ดูแลรับสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มจำนวน 12 ครั้ง (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II) ถ้าไม่สามารถเข้ารับการบำบัด 12 ครั้งได้ควรจัดให้ผู้ดูแลรับการอบรมเชิงปฏิบัติการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลจำนวน 2 ครั้ง ที่โรงพยาบาล (Bernhard, et al., 2006) (Level IV)

3.4 ผู้ให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวต้องเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกเป็นผู้บำบัดครอบครัวหรือบำบัดการสมรส (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, et al., 2003) (Level II) ผู้ให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มต้องมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว และการจัดและดำเนินการกลุ่ม (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II)

3.5 การให้สุขภาพจิตศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพิ่มความรู้ ความเข้าใจในธรรมชาติสาเหตุ อาการ การรักษา ปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การวางแผนป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การสังเกตและระบุนาอาการนำของโรคอารมณ์สองขั้วทั้งภาวะเมเนียและภาวะซึมเศร้า การจัดการกับอาการนำ 2) ฝึกทักษะการสื่อสารและทักษะการแก้ปัญหาเพื่อแก้ไขความขัดแย้งและความเครียดในครอบครัว 3) ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับ แหล่งประโยชน์ทางสังคม และประเด็นทางกฎหมาย การจัดการกับภาวะฉุกเฉินต่างๆ เช่น ความคิดฆ่าตัว การตั้งครมภ์ (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, et al., 2003; Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II)

3.6 การให้สุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวซึ่งเป็นการบำบัดครอบครัวหรือบำบัดการสมรส ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาจนอาการของโรคอารมณ์สองขั้วลดลงจึงสามารถเข้ารับสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับครอบครัวได้ (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, et al., 2003) (Level II) และในกรณีผู้ดูแลเข้ารับสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยา

ตามมาตรฐานการรักษาโรคอารมณ์สองขั้วด้วย (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II)

3.7 รูปแบบและเนื้อหาของการให้สุขภาพจิตศึกษา

- ในระยะที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วอยู่ในช่วงระยะอาการรุนแรงด้วยภาวะเมเนียหรือภาวะซึมเศร้าควรได้รับสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยาซึ่งเป็นการบำบัดครอบครัวหรือบำบัดการสมรสสายครอบครัว เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่สามารถเข้ารับการบำบัดร่วมกับสมาชิกครอบครัวได้ จำนวน 21 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ในระยะเวลา 9 เดือน (สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน 3 ครั้ง 2 สัปดาห์ต่อครั้งเป็นระยะเวลา 3 เดือน และเดือนละ 1 ครั้งเป็นระยะเวลา 3 เดือน) ที่บ้านของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและผู้ดูแล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) จำนวน 7 ครั้ง หรือมากกว่า โดยให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและผู้ดูแลได้รับข้อมูลและอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับอาการ ธรรมชาติ สาเหตุและการรักษาของโรคอารมณ์สองขั้ว อาการเตือนในระยะแรก แผนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ บทบาทของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง และความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย 2) การฝึกทักษะการสื่อสาร (Communication enhancement training) ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการกับความเครียดในครอบครัว จำนวน 7-10 ครั้ง ประกอบด้วย การฝึกการพูดที่มีประสิทธิภาพ การฟังอย่างตั้งใจ ทักษะการเจรจาต่อรอง การขอให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งกันและกัน การให้ข้อมูลป้อนกลับทั้งทางบวกและทางลบโดยใช้การแสดงบทบาทสมมติ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติเป็นการบ้าน และ 3) การฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem-solving skills training) จำนวน 4 - 5 ครั้ง เป็นการฝึกให้ผู้รับการบำบัดระดมปัญหาครอบครัวที่เฉพาะเจาะจง หาทางเลือกในการแก้ปัญหามากมาย ประเมินผลได้ผลเสียของแต่ละทางเลือก เลือกทางเลือกในการแก้ปัญหของครอบครัว พัฒนาแผนการปฏิบัติตามทางเลือก และฝึกปฏิบัติเป็นการบ้าน (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, et al., 2003) (Level II)

- ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการสงบ ผู้ดูแลผู้ป่วยควรได้รับสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มสำหรับผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จำนวน 10 - 12 คน/กลุ่ม โดยไม่มีผู้ป่วยร่วมในกลุ่ม จำนวน 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ที่โรงพยาบาล เป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคอารมณ์สอง ขั้ว โดยให้ความสำคัญกับความเปราะบางของการเกิดช่วงระยะที่มีอาการรุนแรง (acute episode) การยอมรับความเจ็บป่วยโดยไม่ปฏิเสธ หักสนคิดต่อผู้ป่วย และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป (over-involvement) ที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง สาเหตุและปัจจัยกระตุ้นของการกลับเป็นซ้ำ เช่น ความเครียด การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาและนิสัยที่ไม่สม่ำเสมอ อาการและการสังเกต อาการนำ ความจำเป็นของการรักษาอย่างต่อเนื่อง การรักษา

ประเภทต่างๆ ความพยายามในการแก้ไขความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการรักษา ปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาและบทบาทของครอบครัวในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา กลยุทธ์ในการเผชิญกับการเจ็บป่วยในระยะต่างๆ และสิ่งที่เกิดตามมา ปรับความคาดหวังของผู้ดูแล ต่อการเจ็บป่วยในระยะต่างๆ การป้องกันและจัดการกับความเครียดของครอบครัวโดยฝึกทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหา ความสำคัญของการดูแลตนเองของผู้ดูแล และประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น ความคิดฆ่าตัวตาย การรับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล การตั้งครุฑ และความเสี่ยงทางพันธุกรรม แหล่งประโยชน์ทางสังคมและประเด็นทางกฎหมาย (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II) ถ้าผู้บำบัดประเมินว่าผู้ดูแลสามารถเข้ารับการบำบัดติดต่อกันทุกสัปดาห์ได้เป็นระยะเวลา 3 เดือน

- ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการสงบและผู้บำบัดประเมินว่าผู้ดูแลไม่สามารถเข้ารับการบำบัดติดต่อกันได้เป็นระยะเวลา 3 เดือนควรจัดให้ผู้ดูแลได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการ (workshop) การให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่อยู่ในช่วงระยะอาการสงบ จำนวน 8 – 12 คน/กลุ่ม โดยไม่มีผู้ป่วยร่วมในกลุ่ม ครั้งละ 240 นาที จำนวน 2 ครั้ง ใน 1 เดือน ประกอบด้วย การแนะนำกลุ่มและภาพรวมของการบำบัด สาเหตุและปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ การรักษาอาการ การจัดการและการป้องกันการเป็นซ้ำ การคงไว้ซึ่งความเข้มแข็งของการสนับสนุนที่มีอยู่ การสื่อสาร การแก้ไขปัญหา และการจัดการกับการฆ่าตัวตายการตอบคำถามและการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Bernhard, et al., 2006) (Level IV)

3.8 การประเมินการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วสามารถใช้

1) ตารางการสัมภาษณ์ความผิดปกติทางอารมณ์และโรคจิตเภท (Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia) ของ Endicott & Spitzer (1978) (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, et al., 2003) (Level II)

2) แบบประเมิน Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) ประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II)

- คะแนน ≥ 12 แสดงว่าผู้ป่วยกลับมีอาการป่วยซ้ำเป็นภาวะซึมเศร้า (depressive)

3) แบบประเมิน Young Mania Rating Scale (YMRS) ประเมินอาการเมเนียของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II)

- คะแนน ≥ 12 แสดงว่าผู้ป่วยกลับมีอาการป่วยซ้ำเป็นภาวะไฮโปเมเนีย (hypomania)

- คะแนน ≥ 20 แสดงว่าผู้ป่วยกลับมีอาการป่วยซ้ำเป็นภาวะเมเนีย (mania)

และคะแนน HDRS ≥ 17 ร่วมกับคะแนน YMRS ≥ 20 แสดงว่าผู้ป่วยกลับมีอาการป่วยซ้ำเป็นภาวะผสม (mixed)

3.9 การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้วและการรักษาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วให้ผู้สุขภาพจิตศึกษาสามารถใช้แบบประเมิน The Bipolar Disorder Knowledge Questionnaire (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II) หรือใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้วและการรักษาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วภาษาเยอรมัน (Bernhard, et al., 2006) (Level IV) ที่พัฒนาขึ้นเองให้เหมาะสมกับสังคมและวัฒนธรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ซึ่งต้องประกอบด้วยการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์

4. ข้อเสนอแนะ

1) การให้ผู้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วนี้สามารถให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้ตั้งแต่ในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง และมีภาวะซึมเศร้าได้รับการรักษาจนอาการสงบจึงสามารถเข้ารับสุขภาพจิตศึกษาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวที่บ้านร่วมกับผู้ดูแลได้ และสามารถให้ผู้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลของผู้ป่วยในระยะเวลาที่มีอาการสงบที่สามารถมาร่วมกลุ่มที่โรงพยาบาลได้ ทั้งนี้สามารถเลือกใช้การสุขภาพจิตศึกษาให้เหมาะสมกับความต้องการและความสะดวกของผู้ดูแลได้

2) การนำการให้ผู้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วไปใช้ในหน่วยงานควรเป็นการทดลองนำร่อง (Pilot Study) เพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการให้ผู้สุขภาพจิตศึกษาก่อนขยายผลไปสู่หน่วยงานอื่น โดย

2.1) ระบุผลลัพธ์ที่ต้องการได้แก่ การลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

2.2) ระบุจำนวนผู้ดูแลที่จะร่วมการทดลองนำร่อง และกำหนดระยะเวลาการประเมินผลลัพธ์

2.3) ประชาสัมพันธ์การใช้รูปแบบการให้ผู้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว และฝึกอบรมพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

2.4) ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการให้ผู้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ตามระยะเวลาที่กำหนด

2.5) นำผลการประเมินมาพัฒนารูปแบบการให้ผู้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่เหมาะสมกับหน่วยงาน และขยายผลสู่หน่วยงานอื่น

3) ควรมีการเผยแพร่รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วแก่ พยาบาลจิตเวช พยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วภายนอกองค์กร โดยเผยแพร่ในวารสารและสิ่งตีพิมพ์ต่างๆ เพื่อให้มีการพัฒนาการให้บริการทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

PSYCHOEDUCATION TO INCREASE KNOWLEDGE OF CAREGIVERS
AND REDUCE RELAPSE OF PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDERS:
EVIDENCE-BASED NURSING

PHATTRAWAN SUNTHARO 4836939 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: ATIRAT WATTANAPAILIN,
Ed.D., ATITTAYA PORNCHAIKATE AU YEONG, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

1. Background and Significance of Problem

Patients with Bipolar disorder experienced abnormally state of mood; mania or depressive (Somphop Ruengtrakul, 2005; Videbeck, 2006). During Depressive episode, patient experienced sadness, depressive, loss of appetite, weight decrease, lack of self confidence, difficulty thinking, poor concentrate, feeling of worthlessness, and suicide ideation. During Mania episode, the patients experienced elevated mood, happiness, more diligent with poor result, decreased need to sleep, pressured and racing conversation, hypersexuality, expensive, increased initiative and activity, highly self confidence, impaired judgment, even grandiosity and paranoid in severe case (Manoj Lortrakul and Pramote Sukhanit, 2005; Antai-Otong, 2003; American Psychiatric Association, 2000).

The precipitation factors of bipolar disorders were multiple related, that is 1) Biological factor such as genetic, neurotransmitter dysfunction, 2) psychosocial factors such as life stress and environment e.g. loss of important person in life, financial problem, illness or failure in life, loss of parents before 11 years old also a precipitation factor of bipolar disorders (Somphop Ruengtrakul, 2005), and 3)

environmental triggers such as home relocating or job changing or losing (Tawatchai Lerahanat & Sorayuth Wasiknanon, 2006; Sadock & Sadock, 2005; Shives, 2005).

Averagely, patients with bipolar disorders experienced 4 episodes in 10 years and may reach 10 episodes in a lifetime. The interval between first and second episode would be as long as 5 years then shorter until even after 4-5 episodes. However, the interval between episodes depend on the other factors, that is sleep deprivation would induce Mania episode (Manit Srisurapanon and Chumlong Disayawanit, 1999).

Bipolar disorders are severe and chronic disease which the patients could have relapse along their lifetime, there were found that 60% of patients experienced relapse both mania and depressive episode within 2 years and 75% of patients experienced relapse within 5 years. The longitudinal course of bipolar disorders can be described by biopsychosocial model as the recovery-relapse cycle in patients with bipolar disorders occurred by the interaction genetic vulnerability, biological predisposition, family or life events stress and psychological vulnerability (Miklowitz, 2007). For instance, the patient with stress having poor self-care such as inadequate sleep or not comply with medication would have high relapse risk (Manoj Lortrakul and Pramote Sukhanit, 2005). Scott & Pope (2002) studied how the patient medication compliance in taking mood stabilizer and the mood stabilizer level in plasma were related with re-hospitalization in 98 patients with mood disorder using self-report. It was found that 6 patients did not comply with medication, 29 patients partially complied with medication and had lower medication level in plasma than the effective level, and 46 patients complied with medication. The result further showed that patient who partially complied with medication had higher re-hospitalization rate than the patient who complied with medication.

Relapse in patients with bipolar disorders not only related to patient's factor, but also related to caregivers, that is 1) caregivers did not possess bipolar disorders knowledge in treatment, sign observation, and symptom management, 2) feeling of burden in caregiving which adversely affect emotional expression in the family. It was found that the caregivers demonstrated inadequate bipolar disorders knowledge, lacked of self confidence in coping with patient's symptom and caregiving situation, possess no information on patient's behavior whether it was psychotic

behavior or normal behavior of patient (Van der Voot, Goossens & Van Der Bijl, 2007). They were stressful, anxious, sad, and grief on performing caregivers duty which increased their feeling burden in taking caregiver's role (Rainares, et al., 2006). Stress and feeling of burden of caregiver would affect their emotional response. Perlick, et al. (2004) studied the effect of family' burden and emotional response to treatment outcome in patients with bipolar disorders and found that caregivers had significantly high level of burden and highly emotional over-involvement with patients. These emotional conditions stimulated patient's defiance in medication compliance which elevated the relapse rate. Likewise, Dore and Romans (2001) studied the effect of bipolar disorders to the family and spouse of patient in 41 caregivers which 71% of caregivers demonstrated high level of stress. Furthermore, most spouse of patients with bipolar disorders did not possess bipolar disorders knowledge and did not even know that the patients had bipolar disorders.

Bipolar disorders are chronic and patients would have high rate of relapse, as a result, some patients can not carry on their career, loss their quality of life and medical and care expense. Roijen, et al. (2004) studied social and quality of life expense of patient with bipolar disorder in the Netherlands and found that 50% of samples were not able to work due to psychotic problem and the average annual medical expense was USD 848.33. In Thailand, Tawatchai Lerahanat, Suwanna Ruengkanjanaset, and Sorayuth Wasiknanon (2002) reported the result of cost-benefit ration study on patient with bipolar disorder treatment and found that the annual medical expense per patient was 32,000-34,000 baht per year. If caregivers and patients could afford effective treatment with no drug side effect and no complication they had to pay for annual medical expense for the amount of 70,000-82,000 baht per year.

According to the report of Information Center, Planning Division, Department of Mental health , the number of in and out patients with bipolar disorders in the hospital under the command of Department of Mental Health continuously increased during 2006-2008 as follows; 37,826 patients in 2006, 53,890 in 2007, and 57,173 in 2008. Likewise, the 2009 annual report of Srithanya hospital stated 6,431 patients with bipolar disorders visited out-patient department and the number of in-patient with bipolar disorders was the second highest amount following patients with

schizophrenia. In addition, the number of relapse and re-admitted as in-patients within 28 days were 5.3 % and the numbers of re-admitted within 90 days were 10.1 %.

According to surveying interview with caregivers of patients with bipolar disorders visited Srithanya hospital at least the second times aged 27-64 years old, educated from high school to bachelor degree comprising of 2 father/mother, 2 siblings, and 6 spouses; most of caregivers did not know that the patients had bipolar disorders and knew only the patients had psychotic disease. They were afraid of patients and did not know how to take care of patients when they had the relapse and even did not know the prodrome before relapse. They did not even know how to manage the prodrome in order to prevent relapse. They did not understand why the patients still demonstrated pressured talking, urge to going out of home, ignoring house keeping. Many spouse caregivers stated that patients demonstrated pressured speech, urged to go out, the patients also argued and resisted when caregiver prohibit to do such action. There were 3 patients who solely earned family income thus the families faced financial problem once the patients got relapse from loss of income and medical expense incurred. These problems caused the families stressful but they did not know how to manage the problem or how to manage the patient's symptom. When the caregivers were stressful, they insulted or blamed the patients.

Patients with bipolar disorders are admitted in the hospital when they had severe symptoms, aggressive, having psychotic symptom, intruding family members, and caregivers could not control their behaviors. Bipolar disorders therapy can be divided into 2 phases, 1) Acute phase therapy was carried out when patients were diagnosed as bipolar disorders both in mania or depress episodes by mood stabilizer such as lithium or anticonvulsant such as valproate in adjuvant with antipsychotic drug such as olanzapine, haloperidol and use antidepressant such as fluoxetine when patients experience depression episode (Manoj Lortrakul and Pramote Suchanit, 2005; Hirschfeld, et al., 2002), including Electroconvulsive therapy (ECT) when patients did not respond to standard medical therapy or could not withstand the side effect from medication. (Hilty, Brady, & Hales, 1999) including the patients who had severe psychotic symptom or depression until at risk of suicide (Hirschfeld et al., 2003; APA, 2002 cited in Baldassono, 2007), 2) Maintenance phase therapy; as patients with bipolar disorders could get many relapses in their life time, the maintenance phase

therapy aiming at reduce the frequency of acute phase, minimized the mood instability, enhance patients' life efficacy, prevent relapse and reduce suicidal risk of patients (Tawatchai Lerahanat and Sorayuth Wasiknanon, 2006). The medication used in this phases was mood stabilizer, i.e., Lithum, anticonvulsive, i.e., lamotrigine, carbamazepine or oxcarbazepine incorporating with antipsychotic and antidepressant the same as used effectively in acute phase (Baldassono, 2007; Fountoulakis, et al., 2005) which the level of drug in plasma need to be followed up to evaluate the effectiveness of therapy (Sadock & Sadock, 2005) incorporating with psychosocial education which plays important roles in motivating patients to comply with medication and let the patients detect the warning sign before relapse (Hirschfeld, et al., 2002) which can reduce the risk of relapse.

According to systematic review of Scott & Gutierrez (2004) and Beynon, Weiser, Woolacott, Duffy & Geddes (2008) who conducted systematic review on psychological treatment and psychosocial intervention, it was found that psychoeducation given to patients and family was able to reduce relapse in patients with bipolar disorders. Likewise, Rouget and Aubry (2007) studied the effectiveness of psychoeducation intervention provided to the caregivers of patients with bipolar disorders. The result showed that psychoeducation intervention to caregivers was able to educate caregivers on bipolar disorders and enhance social support strategies which could reduce rate of relapse, prolonged the interval between episodes and motivate patient's medication compliance and eventually reduced patient psychotic symptoms. The patient who got adequate social support from family members, peers, or colleague had full recovery than the patients with lesser social support (Johnson, Lundstrom, Wistedt, & Mathe, 2003).

Psychoeducation intervention for caregivers of patients with bipolar disorders comprised providing psychoeducation with family participants in adjuvant with pharmacological therapy (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, George, Richards, Simoneau & Suddath, 2003). The psychoeducation group intervention for caregivers (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008; Bernhard, et al., 2006) aimed at 1) educate caregivers in bipolar disorders nature, cause, symptom, prodrome identification and management, relapse precipitating factors, and therapy, 2) communication and problem solving skill training, 3) family stress management and

prevention, 4) emergency management such as suicidal idea, 5) social support and legal advice. The above psychoeducation intervention facilitated bipolar disorders knowledge in caregivers, reduce relapse of patients, and prolong the interval between relapse of patients.

Investigator as a nurse staff on duty in 1st male ward was interested in developing the psychoeducation intervention for caregivers of patients with bipolar disorders to educate them knowledge on bipolar disorders, communication and problem solving skill training, family stress prevention and management, and emergency management in order to alleviate the caregivers' burden by means of evidence based nursing.

1.1 Objective of study

The objective of this study was to analyze and synthesize the empirical evidence concerning psychoeducation intervention to increase knowledge to caregivers and reduce relapse of patients with bipolar disorders.

1.2 Expected outcome

Psychiatric nurses possessed clear guideline on psychoeducation intervention for caregivers of patients with bipolar disorders to increase knowledge and capacity of caregiver and to reduce relapse of patient with bipolar disorder.

2. Methodology

The methodology in this study comprised of searching the empirical evidence based on searching framework, evidence quality and strength level assessment, evidence content extraction, summary and getting recommendation on psychoeducation intervention for caregivers of patients with bipolar disorders.

2.1 Evidence searching

2.1.1 Searching framework

In getting the evidence related to the study issues, investigator identified clinical problem of study using PICO framework (Craig & Smyth, 2002; Melnyk & Fineout – Overholt, 2002, cited in Fongcum Tiloksakulchai, 2006) which was “what is the format of psychoeducation intervention to increase knowledge of caregivers and reduce relapse in patients with bipolar disorders?” in order to construct the evidence searching framework from information database as follows;

Population: Caregiver, Relatives, Bipolar Disorder

Intervention: Intervention, Psychoeducation

Comparison: N/A

Outcome: Relapse, Knowledge

According to literature review, caregivers who possessed sound knowledge in bipolar disorders care would understand the nature of disease and able to manage patient's behavior, symptom and prodrome effectively. In addition, they possess problem solving skill and communication skill as well as able to access social support needed. These educations enhanced caregiver's capability in providing effective care to reduce relapse of patient with bipolar disorder. Investigator therefore used 2 Outcome keywords, i.e., Relapse and Knowledge.

2.1.2 Specify the evidence searching criteria from the document related to development of psychoeducation intervention to increase knowledge to caregiver and reduce relapse in patient with bipolar disorder with reliability and strength level in Randomized Controlled Trial, Quasi-experiment, Case control, and Cohort study that published in full text in Thai or English from 1995 to 2009.

2.1.3 Identify searching database: www.guidelines.gov, Cochrane Database of Systematic Reviews, www.Joannabriggs.edu.au, PubMed, ProQuest, CINAHL, Ovid, Science Direct, Blackwell Synergy, HighWire Press, and manual searching.

As a result of evidence searching, 5 evidences were obtained

2.2 Evidence quality and reliability assessment

The clinical relevance assessment was carried out using Polit and Beck (2004) clinical relevance assessment criteria. According to the assessment all 5 evidences had sound clinical relevance with the clinical problem of study. The quality assessment was carried out using research quality assessment guideline by means of 4 systems to control source of errors (Fongcum Tiloksakulchai, 2006). The evidence rating system of Melnyk & Fineout - Overholt (2005) was adopted to assess the 5 obtained evidences resulting in 4 of level II evidences and 1 of level IV evidence. The assessment of implementation potential was carried out by considering 3 issues of

implementation potential (Fongcum Tiloksakulchai, 2006), that is 1) transferability, 2) feasibility, and 3) Cost-benefit ratio.

2.3 Analysis of evidences

The contents of 5 obtained evidences were analyzed and extract into content extracting table then the main issues were summarized into a collective table.

2.4 Synthesis of main issues from 5 obtained evidences

The main issues was synthesized to get the recommendations on psychoeducation intervention for caregivers of patients with bipolar disorders.

3. Recommendation

The obtained evidence concerning psychoeducation intervention for caregivers of patients with bipolar disorders comprised 4 RCTs (Level II) evidences and 1 Pre-post test study (Level IV) evidence. The content of these evidences were extracted and summarized into recommendations on psychoeducation for caregivers of patients with bipolar disorders as follows.

3.1 The caregivers of patients with bipolar disorders who participated family focused psychoeducation treatment should be parent, spouse, sibling, or offspring who lived with patient at least 4 hours per week (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, et al., 2003) (Level II). The caregivers who participated group psychoeducation should be the significant person in patient's life and lived with patient at least one year (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008), (Level II) or being relatives or peers of patient (Bernhard, et al., 2006) (Level IV)

3.2 Psychoeducation intervention for caregivers of patients with bipolar disorders in acute mania or depressive episode should be recommended to participate family focused psychoeducation treatment which was the family therapy or marriage therapy. However, the therapist should assess the readiness of patient in participating the therapy (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, et al., 2003). The caregivers of patients with bipolar disorders in latent phase should participated group psychoeducation for caregivers (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II) or psychoeducation group workshop (Bernhard, et al., 2006) (Level IV)

3.3 The caregivers of patients with bipolar disorders should be assessed on traveling convenience to participate psychoeducation course at hospital. If the

caregivers were able to participate in the course conveniently, they should joint 12 sessions of psychoeducation (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008). If they could not participate the 12 sessions, they should participate 2 sessions psychoeducation group workshop (Bernhard, et al., 2006) (Level IV).

3.4 Family focused psychoeducation treatment therapist should possess bipolar disorders care experience and used to be trained as family or marriage therapist (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, et al., 2003) (Level II). Group psychoeducation therapist should possess bipolar disorders care experience and group management (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II).

3.5 The objective of psychoeducation 1) increase knowledge to caregivers to understand nature, cause, symptom, therapy, precipitation factors and prevention factors of relapse, relapse prevention planning, monitoring and identifying prodrome of bipolar disorder both mania and depress episode, prodrome management, 2) communication and problem solving skill training to solve conflict and stress in families, 3) Providing sources of social support, legal issues, emergency management such as suicidal idea and pregnancy (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, et al., 2003; Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II) (Bernhard, et al., 2006) (Level IV)

3.6 For family focused psychoeducation treatment the patients should get pharmacological treatment until having alleviated bipolar symptoms before they could participate with their family (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, et al., 2003) (Level II). In case that the caregiver participating in group psychoeducation intervention, the patient must also take standard medication for bipolar disorder (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008).

3.7 Psychoeducation intervention content and program

- If patients with bipolar disorders in acute mania or depressive episode, family focused psychoeducation treatment in adjuvant with pharmacological therapy should be provided in family therapy or marriage therapy if patient's symptom is stable. The duration was 1 hours per time totally 21 times in 9 months (one time a week for 3 times then once in two week for 3 months, and once a month for 3 months) at the caregiver and patient's house comprising of 1) Psychoeducation course took 7 times or more by teaching and discussing caregivers and patients in bipolar disorders nature, symptom, cause, risk and protective factors, including importance of treatment

regimen compliance, 2) communication enhancement training between patients and caregivers in family stress management. The training takes 7-10 times comprising of effective speaking, active listening, negotiation skill, requesting changes in each other's behavior, giving positive or negative feedback using role playing and homework practice, and 3) Problem solving skill training took 4-5 times by letting the participants identify family problem then finding problem solving alternative, evaluate pros and cons of each alternative and select the problem solving then develop action plan following alternatives then practice as home assignment (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, et al., 2003) (Level II)

- If patients with bipolar disorders were in latent phase, group psychoeducation for caregivers should be provided. The group psychoeducation for caregiver took 12 times, once a week, at 90 minutes per times at the hospital.. The group participants were 10-12 caregivers. The contents comprised of bipolar disorder nature focusing on the fragility of acute episode, acceptance on patient illness, attitude toward patient, over-involvement which lead to conflict, cause and precipitating factors of relapse such as stress, the effect if patients do not comply with treatment regimen, symptom and observation, prodrome, necessity of continuous treatment, correct understanding in therapy, factor related to poor treatment regimen compliance and family role in enhancing treatment regimen compliance., illness coping strategy in various phases and consequences, caregiver expectancy adjustment to illness in various phases, family stress management and prevention by communication enhancement training and problem solving skill training, importance of a caregiver's self-care, and other issues related to patients, i.e., suicidal idea, in-patient admission, pregnancy, heredity risk, source of social support and legal issue (Reinares,. et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II) if the caregivers were assessed to be capable of participating the psychoeducations every week for 3 months.

- If the patients with bipolar disorders were in latent phase and the caregiver were assess as not capable of participating the course every week for 3 months, psychoeducation workshop should be provided. The psychoeducation workshop for caregivers for 8-12 caregivers per group without patient participant. The workshop took 240 minutes per time for 2 times a month comprising of group introduction and overview of therapy, cause and precipitating factors, therapy,

symptom, symptom management, relapse prevention, social support maintenance, communication, problem solving, suicidal idea management, question and answer, and feedback (Bernhard, et al., 2006) (Level IV).

3.8 Assessment relapse of patients

1) Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia of Endicott & Spitzer (1978) (Miklowitz, et al., 2000; Miklowitz, et al., 2003) (Level II)

2) Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) for depressive symptom assessment of patients with bipolar disorders (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II)

- Score ≥ 12 signified patient experienced depressive episode relapse

3) Young Mania Rating Scale (YMRS) for mania symptom assessment of patients with bipolar disorders (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II)

- Score ≥ 12 signified patient experienced hypomania episode relapse

- Score ≥ 20 signified patient experienced mania episode relapse

- HDRS score ≥ 17 and YMRS ≥ 20 signified patient experienced mixed episode relapse

3.9 Assessment of knowledge on bipolar disorders nature and therapy of caregivers: The Bipolar Disorder Knowledge Questionnaire (Reinares, et al., 2004; Reinares, et al., 2008) (Level II) or Caregiver's Bipolar Disorder disease and treatment Knowledge assessment in German language (Bernhard, et al., 2006) (Level IV) were modified in appropriate with social and culture context which comprised of bipolar disorders knowledge, treatment and care assessment.

4. Suggestions

1) Psychoeducation intervention can be given to caregivers of patients with bipolar disorders in acute mania or depressive episode whose the symptoms were medically controlled so that they can participated with caregivers in home based family focused psychoeducation treatment. In addition, the group psychoeducation can

be given to caregivers of patients with bipolar disorders in latent phase at the hospital. The choice of psychoeducation programs can be done in appropriate with caregiver's needs and convenience.

2) The implementation of psychoeducation intervention in the organization should commence with pilot study to assess the efficacy of intervention before extend the implementation to the other organization

2.1 Identify the desired outcome such as relapse reduction of patients with bipolar disorders

2.2 Identify the numbers of caregivers who participates in pilot study as well as time frame of outcome assessment.

2.3 Make the public relation of psychoeducation intervention for caregivers of patients with bipolar disorders and train the relevant nurse.

2.4 Assess the pilot study process and outcome according to the time frame.

2.5 Develop the psychoeducation intervention based on the assessment results to get appropriate psychoeducation program for caregivers of patients with bipolar disorders

3) The psychoeducation program for caregivers of patients with bipolar disorders should be publicized for psychiatric nurse, community nurse, public health officer, and relevant personnel in patients with bipolar disorders care outside the organization by means of publication in journal and article in order to develop the nursing care efficacy.

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. (2551). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2551. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบล็อก.
- เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ. (2542). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธวัชชัย ลิฬหานาจ, & สรยุทธ วาสิกนันท์. (2549). คำราโรคไบโพลาร์. กรุงเทพฯ: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- ธวัชชัย ลิฬหานาจ, สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, & สรยุทธ วาสิกนันท์. (2545). ลิเทียมเปรียบเทียบกับลิเทียมร่วมกับ carbamazepine ในการรักษา bipolar disorder: การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 47(3), 97-109.
- ปราโมทย์ สุนิษฐ์, & มาโนช หล่อตระกูล. (2541). เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-4 ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10) (พิมพ์ครั้งที่ 2 ed.). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- พิเชษฐ์ อุดมรัตน์. (2547). การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.
- มาโนช หล่อตระกูล, & ปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2548). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 2 ed.). กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2547). คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 2 ed.). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- มานิต ศรีสุรภานนท์, & จำลอง ดิษยวณิช. (2542). คำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2552). รายงานประจำปี 2552. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 9 ed.). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2009). *บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับประเทศไทย*. กรุงเทพฯ.
- สุชาติ พหลภักย์. (2542). *ความผิดปกติทางอารมณ์*. ขอนแก่น. โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซต.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 ed.). Washington,DC: American psychiatric Association.
- Antai-Otong, D. (2003). *Psychiatric nursing: biological & behavioral concept*. Texas: Thomson Delmar Learning.
- Baldassano, C. F. (2007). Management of bipolar disorder in the acute and maintenance setting. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 13(5), s16-s22.
- Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., et al. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of general psychiatry*, 60(4), 402-407.
- Dore, G., & Romansb, S. E. (2001). Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *Journal of Affective Disorders*, 67, 47-158.
- Fountoulakis, K. N., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Kaprinis, S. G., Goikolea, J. M., & Kaprinis, G. S. (2005). Treatment guidelines for bipolar disorder: A critical review. *Journal of Affective Disorders*, 86, 1-10.
- Gonzalez, J. M., Perlick, D. A., Miklowitz, D. J., Kaczynski, R., Hernandez, M., Rosenheck, R. A., et al. (2007). Factors associated with stigma among caregivers of patients with bipolar disorder in the STEP-BD study. *Psychiatric Services*, 58(1), 41-48.
- Heru, A. M., & Ryan, C. E. (2004). Burden, reward and family functioning of caregivers for relatives with mood disorders: 1-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 83, 221-225.
- Hilty, D. M., Brady, K. T., & Hales, R. E. (1999). A Review of bipolar disorder among adults. *Psychiatric Services*, 50(2), 201-213.

- Hirschfeld, R. M. A., Bowden, C. L., Gitlin, M. J., Keck, P. E., Perlis, R. H., Suppes, T., et al. (2003). Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (Revision). *Focus*, 1(1), 64-110.
- Lam, D., Donaldson, C., Brown, Y., & Malliaris, Y. (2005). Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. *Bipolar Disorders*, 7, 431-440.
- Johnson, L., Lundstrm, O., Aberg-Wistedt, A., & Mathe, A. A. (2003). Social support in bipolar disorder: its relevance to remission and relapse. *Bipolar Disorders*, 5(2), 129-137
- Melnik, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Miklowitz, D. J. (2007). The role of the family in the course and treatment of bipolar disorder. *Journal of the American Psychological Society*, 16(4), 192-196.
- Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Suddath, R. L. (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(9), 904-912.
- Miklowitz, D. J., Simoneau, T. L., George, E. L., Richards, J. A., Kalbag, A., Sachs-Ericsson, N., et al. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Society of Biological Psychiatry*, 48, 582-592.
- Ogilvie, A. D., Morant, N., & Goodwin, G. M. (2005). The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 7(Suppl. 1), 25-32.
- Perlick, A. D., Rosenheck, A. R., Miklowitz, J., David, J., Chessick, C., Wolff, N., Kaczynski, R., et al. (2007). Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 9(3), 262-273.
- Perlick, D. A., Hohenstein, J. M., Clarkin, J. F., Kaczynski, R., & Rosenheck, R. A. (2005). Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disorders*, 7(2), 126-135.

- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Maciejewski, P. K., Sirey, J., Struening, E., et al. (2004). Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 55(9), 1029-1035.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reinares, M., Colom, F., Sanchez-Moreno J, Torrent, C., Martinez-Aran A, Comes, M., et al. (2008). Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. *Bipolar Disorders*, 10, 511-519.
- Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Comes, M., et al. (2004). Impact of a psychoeducation family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 312-319.
- Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martnez-Aran, A., Torrent, C., Comes, M., et al. (2006). What really matters to bipolar patients' caregivers: Sources of family burden. *Journal of Affective Disorders*, 94(1-3), 157-163.
- Roijsen, L. H.-v., Hoeijenbos, M. B., Regeer, E. J., Have, M. t., Nolen, W. A., Veraart, C. P. W. M., et al. (2004). The societal costs and quality of life of patients suffering from bipolar disorder in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 383-392.
- Rouget, B. W., & Aubry, J. M. (2007). Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: A review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 98, 11-27.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2005). *Kaplan & Sadock's pocket book of clinical psychiatry* (4 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Scott, J., & Gutierrez, M. J. (2004). The current status of psychological treatments in bipolar disorders: a systematic review of relapse prevention. *Bipolar Disorders*, 6, 498-503.
- Scott, J., & Pope, M. (2002). Self-reported adherence to treatment with mood stabilizers, plasma levels, and psychiatric hospitalization. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 1927-1929.
- Shives, L. R. (2005). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing* (6 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

- Van Der Voort, T. Y. G. , Goossens, P. J. J., & Van Der Bijl, J. J. (2007). Burden, coping and needs for support of caregivers for patients with a bipolar disorder: a systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(7), 679-687.
- Videbeck, S. L. (2006). *Psychiatric mental health nursing* (3 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

ภาคผนวก

ตารางแสดงการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ฐานข้อมูล	คำสืบค้น	ผล	ใช้ได้	ซ้ำ
PubMed	Bipolar Disorders+Caregivers+Intervention+Knowledge	15	3	-
	Bipolar Disorders+Caregivers+Intervention+Relapse	36	3	1
	Bipolar Disorders+Caregivers+Psychoeducation+Knowledge	1	1	1
	Bipolar Disorders+Caregivers+Psychoeducation+Relapse	5	1	1
	Bipolar Disorders+Relatives+Intervention+Knowledge	15	3	3
	Bipolar Disorders+Relatives+Intervention+Relapse	36	4	4
	Bipolar Disorders+Relatives+Psychoeducation+Knowledge	10	1	1
	Bipolar Disorders+Relatives+Psychoeducation+Relapse	36	2	2
	Bipolar Disorders+Relatives+Psychoeducation+Relapse			
CINAHL	Bipolar Disorders+Caregivers+Intervention+Knowledge	8726	0	-
	Bipolar Disorders+Caregivers+Intervention+Relapse	62942	0	-
	Bipolar Disorders+Caregivers+Psychoeducation+Knowledge	58051	0	-
	Bipolar Disorders+Caregivers+Psychoeducation+Relapse	31225	0	-
	Bipolar Disorders+Relatives+Intervention+Knowledge	2	0	-
	Bipolar Disorders+Relatives+Intervention+Relapse	8	0	-
	Bipolar Disorders+Relatives+Psychoeducation+Knowledge	1185	1	1
	Bipolar Disorders+Relatives+Psychoeducation+Relapse	2	0	-
HighWire Press	Bipolar Disorders+Caregivers+Intervention+Knowledge	379	1	1
	Bipolar Disorders+Caregivers+Intervention+Relapse	209	1	1
	Bipolar Disorders+Caregivers+Psychoeducation+Knowledge	58	1	1
	Bipolar Disorders+Caregivers+Psychoeducation+Relapse	59	1	1
	Bipolar Disorders+Relatives+Intervention+Knowledge	1471	1	1
	Bipolar Disorders+Relatives+Intervention+Relapse	793	1	1
	Bipolar Disorders+Relatives+Psychoeducation+Knowledge	183	1	1
	Bipolar Disorders+Relatives+Psychoeducation+Relapse	27	1	1

ฐานข้อมูล	คำสืบค้น	ผล	ใช้ได้	ซ้ำ
Ovid	Bipolar Disorders+Caregivers+Intervention+Knowledge	7860	2	2
	Bipolar Disorders+Caregivers+Intervention+Relapse	5709	2	2
	Bipolar Disorders+Caregivers+Psychoeducation+Knowledge	7305	2	2
	Bipolar Disorders+Caregivers+Psychoeducation+Relapse	5701	3	3
	Bipolar Disorders+Relatives+Intervention+Knowledge	8939	1	1
	Bipolar Disorders+Relatives+Intervention+Relapse	8966	0	-
	Bipolar Disorders+Relatives+Psychoeducation+Knowledge	8964	0	-
	Bipolar Disorders+Relatives+Psychoeducation+Relapse	6365	1	1
Blackwell Synergy	Bipolar Disorders+Caregivers+Intervention+Knowledge	0	0	-
	Bipolar Disorders+Caregivers+Intervention+Relapse	0	0	-
	Bipolar Disorders+Caregivers+Psychoeducation+Knowledge	0	0	-
	Bipolar Disorders+Caregivers+Psychoeducation+Relapse	0	0	-
	Bipolar Disorders+Relatives+Intervention+Knowledge	0	0	-
	Bipolar Disorders+Relatives+Intervention+Relapse	0	0	-
	Bipolar Disorders+Relatives+Psychoeducation+Knowledge	0	0	-
	Bipolar Disorders+Relatives+Psychoeducation+Relapse	0	0	-
Science Direct	Bipolar Disorders+Caregivers+Intervention+Knowledge	630	1	1
	Bipolar Disorders+Caregivers+Intervention+Relapse	421	1	1
	Bipolar Disorders+Caregivers+Psychoeducation+Knowledge	113	2	2
	Bipolar Disorders+Caregivers+Psychoeducation+Relapse	124	1	1
	Bipolar Disorders+Relatives+Intervention+Knowledge	2739	1	1
	Bipolar Disorders+Relatives+Intervention+Relapse	1709	1	1
	Bipolar Disorders+Relatives+Psychoeducation+Knowledge	236	1	1
	Bipolar Disorders+Relatives+Psychoeducation+Relapse	294	1	1

ฐานข้อมูล	คำสืบค้น	ผล	ใช้ได้	ซ้ำ
ProQuest	Bipolar Disorders+Caregivers+Intervention+Knowledge	1	0	-
Nursing &	Bipolar Disorders+Caregivers+Intervention+Relapse	0	0	-
Allied	Bipolar Disorders+Caregivers+Psychoeducation+Knowledge	0	0	-
Health	Bipolar Disorders+Caregivers+Psychoeducation+Relapse	0	0	-
Source	Bipolar Disorders+Relatives+Intervention+Knowledge	1	0	-
	Bipolar Disorders+Relatives+Intervention+Relapse	2	0	-
	Bipolar Disorders+Relatives+Psychoeducation+Knowledge	0	0	-
	Bipolar Disorders+Relatives+Psychoeducation+Relapse	2	0	-

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางภัทราวรรณ สุนทโร
วัน/เดือน/ปีเกิด	5 กันยายน พ.ศ.2508
จังหวัดที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 2531 มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
ทุนการศึกษา	กรมสุขภาพจิต
ที่อยู่ปัจจุบัน	167 ซอย นนทบุรี 33 ต. ท่าทราย อ. เมือง จ. นนทบุรี 11000
ประวัติการทำงาน	ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลศรีธัญญา 47 ต. ตลาดขวัญ อ. เมือง จ. นนทบุรี โทร. 02-525-0981-5 ต่อ 2343