

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล
ในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์
เรื่อง
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล
ในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์

.....
นางสาวยุวดี ศรีศิริรุ่งโรจน์
ผู้ศึกษา

.....
รองศาสตราจารย์ อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์
พย.ค.
ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ช่อทิพย์ สันธนะวนิช
ปร.ค. (ประสาทวิทยาศาสตร์)
กรรมการควบคุมสารนิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิริหมงคล
Ph.D.(Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์

สารนิพนธ์
เรื่อง
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล
ในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไตโพลาร์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
วันที่ 18 เดือนกันยายน 2551

.....
นางสาวยุวดี ศรีศิริรุ่งโรจน์
ผู้ศึกษา

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไตร
พย.ด.
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์ อังฉราพร สี่หิรัญวงศ์
พย.ด.
กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ช่อทิพย์ สันธนะวนิช
ปร.ด. (ประสาทวิทยาศาสตร์)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์ พงศ์ คำตึกสกุลชัย
Ph.D.(Nursing)

.....
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
นายแพทย์ ฐานันดร ปิยะศิริศิลป์
ว.ว จิตเวชศาสตร์
กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือ ให้ข้อคิด ชี้แนะแนวทาง ตลอดจนแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ เพื่อให้สารนิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งได้ให้กำลังใจและดูแลเอาใจใส่ ผู้ศึกษาเป็นอย่างดีในทุกขั้นตอนของการค้นคว้า ในช่วงแรกจากคณะกรรมการที่ปรึกษาผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมชื่น สมประเสริฐ และคณะกรรมการที่ปรึกษาร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนาและในช่วงต่อมาจากคณะกรรมการที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะกรรมการที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ สันธนะวนิช และคณาจารย์ทุกท่าน ในภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้ให้กำลังใจมาโดยตลอด ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้เป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภา ยุทธไตร และนายแพทย์ฐานันดร ปิยะศิริศิลป์ นายแพทย์ 8 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่เสนอแนะแนวทางและให้ข้อคิดเห็นในการปรับปรุงสารนิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ได้แก่ นายแพทย์ชาญชัย ปวงนิม นายแพทย์ 8 โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิรัตน์ วัฒนไพลิน นางเพชร คันธสายบัว พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและนางสาวจรรววรรณ หีบท่าไม้ พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลโพธารามจังหวัดราชบุรี ที่ได้กรุณาตรวจสอบและให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน เพื่อนร่วมงานและผู้ป่วยทุก ๆ ท่านของโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรีที่ได้ให้โอกาส ให้ความร่วมมือและให้เวลาในการศึกษาค้นคว้าจนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณอธิบดีกรมสุขภาพจิตที่ได้พิจารณาอนุมัติทุนให้โอกาสผู้ศึกษาได้เข้ารับการศึกษาในครั้งนี้ ทำให้ได้พบ ได้ข้อแนะนำ กำลังใจ แรงบันดาลใจ สนับสนุนจากเพื่อนร่วมรุ่นวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผน ข รุ่น 1 เป็นอย่างดี

ท้ายสุดนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา- มารดา ขอบคุณน้องๆ เพื่อนๆ และคุณรัชดาวรรณรัตนกิจสร ที่ให้ความรัก ความห่วงใยช่วยเหลือ จนเพิ่มพูนกำลังใจและที่สำคัญคือทุกท่านให้เวลาแก่ผู้ศึกษาในการค้นคว้าตลอดมาจนจบการศึกษา

ยุวดี ศรีศิริรุ่งโรจน์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์
(THE DEVELOPMENT OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR
ENHANCING KNOWLEDGE IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDERS)

ยุวดี ศรีศิริรุ่งโรจน์ 4637764 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์: อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, พย.ค., ช่อทิพย์ สันธะนวนิช, ปร.ค.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์โดยประยุกต์รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา มี 4 ระยะ คือ 1) การค้นหาปัญหา 2) การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ 4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน การศึกษานี้ได้ศึกษาถึงระยะที่ 2 จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินคุณภาพ พบงานวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ จำนวน 6 เรื่อง งานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือก แยกออกเป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยแบบ Randomized Controlled Trials จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยแบบ RCT ที่เป็งานวิจัยเดี่ยว จำนวน 4 เรื่อง และการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเดี่ยวแบบ RCT และอื่น ๆ จำนวน 1 เรื่อง ภายหลังการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด ได้นำข้อเสนอแนะมารวบรวมและสร้างเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ซึ่งได้แนวทางการให้สุขภาพจิตศึกษา สามารถทำได้ 2 แบบ คือ แบบกลุ่มและแบบรายบุคคล การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ประยุกต์มาจาก Barcelona Bipolar Disorders Program ลักษณะของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรม เป็นผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ อายุ 18 ถึง 65 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย อยู่ในภาวะสงบ (Euthymic) ติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อยที่สุด 6 เดือน การจัดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา จัดเป็นกลุ่ม ๆ ละ 8 ถึง 12 คน ระยะเวลาและขั้นตอนการดำเนินโปรแกรมใช้เวลาติดต่อกันทุกสัปดาห์ เป็นจำนวน 21 ครั้งๆ ละ 90 นาที ประกอบด้วย 21 หัวข้อ สำหรับ การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคล เป็นผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ถึง 75 ปี จากการใช้แบบสัมภาษณ์มาตรฐานทางจิตเวช ทั้งเพศหญิงและชาย เคยมีประวัติอาการกำเริบตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปและภายใน 12 เดือนที่ผ่านมามีอาการกำเริบ 1 ครั้ง ระยะเวลาการให้สุขภาพจิตศึกษาครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นจำนวน 7 ถึง 12 ครั้ง การสอน มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักอาการนำของการกำเริบ และการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพเมื่อมีอาการนำ ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติในระยะต่อไป คือ การนำแนวปฏิบัติไปทำศึกษานำร่องเพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ หากผลการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัตินี้มีประสิทธิผลจริง ก็จะเผยแพร่แนวปฏิบัติดังกล่าวให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้ต่อไป

THE DEVELOPMENT OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR ENHANCING KNOWLEDGE IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDERS

YUVADEE SRISIRIRUNGROT 4637764 NSMH/ M

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

THEMATIC PAPER ADVISORS: ACHAPORN SEEHERUNWONG, D.N.A.,
CHORTHIP SANTHANAVANICH, PH.D.

ABSTRACT

This thematic paper was aimed to develop nursing practice guidelines for enhancing knowledge in patients with bipolar disorders. The framework of this study was based on the Evidence-Based Practice Model of Soukup (2000). The model suggests 4 phases of guideline development: 1) Evidence-triggered phase, 2) Evidence-supported phase, 3) Evidence-observed phase, and 4) Evidence-based phase. The first two phases of the model were conducted in this study. Six articles were obtained from related literature to provide empirical evidence. They consisted of 1 systematic review of RCTs, 4 RCTs, and 1 systematic review of RCTs and other types of studies. After the review of all materials, evidence was compiled to make recommendations for the development of nursing practice guidelines for enhancing knowledge in patients with bipolar disorders. Two types of psycho-education were suggested: group psycho-education and individual psycho-education. In group psycho-education the participants are either male or female patients with bipolar I or II, aged 18 – 65 years. They should have been in a euthymic state for at least 6 consecutive months. This program is most effective for groups of 8 – 12 patients. The psycho-education should be provided every week for a total of 21 sessions with 90 minutes for each session. The program was adapted from the Barcelona Bipolar Disorder Program, which contains 20 topics. For individual psycho-education the participants are male or female patients with bipolar disorders aged 18 – 75 years with history of at least two relapses, and have had a relapse in the past 12 months. The participants were screened with a standard psychiatric interview. The psycho-education is provided in 60-minute sessions for a total of 7 – 12 sessions. The objective of the psycho-education is to enhance patients' knowledge of early warning signs of relapse and how to seek help from health professionals. For the next phases of guideline development, the guidelines should be piloted to examine the effectiveness in clinical practice. If the outcomes of trials show effectiveness in practice, the guidelines will be introduced to concerned organizations for further implementation.

KEY WORDS: BIPOLAR DISORDERS / MANIC-DEPRESSIVE DISORDER /
PSYCHO- EDUCATION / PSYCHOSOCIAL INTERVENTION /
CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE

168 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่	
1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข	4
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	5
1.4 ประโยชน์และผลที่คาดว่าจะได้รับ	5
2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	6
2.1 การทบทวนมโนคติที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษา	6
2.2 กรอบแนวคิดของการศึกษา	24
3 แผนการดำเนินงาน	27
3.1 การเลือกรูปแบบการดำเนินการ	27
3.2 การประยุกต์รูปแบบการดำเนินการ	28
4 สรุปและข้อเสนอแนะ	41
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	43
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	59
บรรณานุกรม	75
ภาคผนวก	81
ประวัติผู้ศึกษา	168

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการศึกษา	26
2 ผังการสืบค้นงานวิจัย	111



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and significance of the study)

โรคไบโพลาร์ (bipolar disorder) เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งอยู่ในกลุ่มความผิดปกติด้านอารมณ์ (mood disorder) ซึ่งแบ่งโรคออกเป็น 4 ชนิด ได้แก่ โรคไบโพลาร์ I, II ไซโคลทิมิกและแบบไม่ระบุชนิดย่อย ด้วยระบบ DSM-IV (A.P.A., 2002) จากรายงานโรคไบโพลาร์ พบอัตราป่วยของชนิดไบโพลาร์ I ตั้งแต่ร้อยละ 0.3 ถึง 1.5 ของประชากรทั่วไป (Gelder, Mayou, & Cowen, 2001) ความชุกของโรคไบโพลาร์ II จะพบประมาณ ร้อยละ 0.5 ของประชากรทั่วไป (Hirschfeld, et al., 2002) และโรคไบโพลาร์ ที่ไม่ระบุชนิดย่อยจะพบสูงถึงร้อยละ 2.6 ถึง 6.5 (Hirschfeld, William, Spitzer, & Calabrese, 2000) พบได้บ่อยและก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขทั้งยังมีความรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ส่วนการศึกษาความชุกของโรคอารมณ์แปรปรวนในประเทศไทย พบว่าในระยะเมเนีย (manic episode) เพศชายมีความชุกน้อยกว่าเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 0.3 : 0.5 ในระยะไฮโปเมเนีย (hypomania) พบว่าเพศชายและเพศหญิง มีความชุกเท่ากัน คือ ร้อยละ 0.5 : 0.5 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และอัจฉรา จรัสสิงห์, 2546) โรคไบโพลาร์ I มีโอกาสเกิดเป็นซ้ำได้บ่อย มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่มีอาการครั้งแรกจะกลับเป็นซ้ำครั้งที่ 2 (Muller-Oerlinghausen, Berghofer, & Bauer, 2002) และร้อยละ 40 ถึง 50 ของผู้ป่วยจะเกิดการกลับเป็นซ้ำครั้งที่ 2 ในเวลา 2 ปี อีกประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยจะเกิดการกลับเป็นซ้ำมากกว่า 10 ครั้ง ในตลอดช่วงชีวิต (Kaplan, & Sadock, 1997) โดยมีระยะเวลาของช่วงเมเนีย เฉลี่ยนาน 6 เดือน (Gelder et al., 2001) พบว่าอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 50 ใน 1 ปีแรกและร้อยละ 70 ภายใน 4 ปี (Keller, Lavorip, & Kane, 1992; Gitlin, Swendsen, Heller, & Hammen, 1995) ในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคนี้เพิ่มมากขึ้นโดยอาจพบลักษณะอาการผู้ที่เป็นโรคไบโพลาร์ ที่มีอาการทั้งในระยะอาการซึมเศร้าและระยะอาการเมเนีย หรือ ที่เกิดขึ้นในช่วงภาวะเดียวกันทั้งสองแบบเรียกว่าแบบผสม (mixed episode) โดยผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I มักเกิดอาการครั้งแรกเป็นแบบภาวะซึมเศร้า (Kaplan, & Sadock, 1997) และ

มีอัตราการเกิดซ้ำๆ ได้บ่อย โรคไบโพลาร์ II ได้มีการศึกษาผู้ป่วย 138 ราย หลังจากช่วงภาวะซึมเศร้าเป็นเวลา 2 ปีพบว่ามีอาการหลงเหลือถึงร้อยละ 44.9 (Bnazzi, 2001) และอีกร้อยละ 10 ของผู้ป่วยจะมีอาการป่วยเรื้อรัง ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยจะมีอาการเรื้อรังและความสามารถในการใช้ชีวิตในสังคมลดลง (Kaplan, & Sadock, 1997) เมื่อระยะเวลาผ่านไปอาการมักเลวลงเรื่อยๆ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวิช, 2542) การศึกษาที่ผ่านมา การกลับเป็นซ้ำของโรคส่งผลกระทบต่อสูญเสียหน้าที่ สัมพันธภาพของคู่สมรส อาชีพการงานและคุณภาพชีวิต (Gitlin, et al; Ozer, Ulvsahin, Bater, Kabakci, & Saka, 2002) ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยทั้งโรคไบโพลาร์ I และ II เกือบครึ่งหนึ่งมีอาการหลงเหลือในระยะยาว ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียและผลกระทบจากโรคทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและระบบเศรษฐกิจ โดยจะพบว่า ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงเป็น 2 ถึง 3 เท่าของประชากรทั่วไป (Loosen et al., 2000) ประมาณร้อยละ 10 ถึง 20 ของผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต (Muller – Oerlinghausen et al., 2002) การฆ่าตัวตายมักเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในช่วงซึมเศร้าหรือ แบบผสม (Hirschfeld et al., 2002) ในช่วงแมนีเฟส ผู้ป่วยอาจมีการตัดสินใจและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจากภาวะอารมณ์จนเป็นผลเสียต่อตัวผู้ป่วย เช่น การใช้ยาฆ่าฟันเพื่อลงโทษโดยไม่คิดให้รอบคอบ ทะเลาะวิวาท หรือมีพฤติกรรมส่อสอนทางเพศ ซึ่งก็พบได้ในรายงานผู้ป่วยในคนไทย (รุ่งแสง กนกวุฒิ และชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี, 2532) นอกจากนี้ยังพบว่ามีอัตราการใช้สารเสพติดร่วมด้วยถึงร้อยละ 60 ส่วนผลกระทบต่อครอบครัว ในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รวมทั้งคู่สมรสและการดูแลครอบครัว พบว่าผู้ป่วยจะมีอัตราการหย่าร้างสูงเป็น 2 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป (Hirschfeld et al., 2002) และพบว่าผู้ใกล้ชิดที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 จะมีความเครียดระดับปานกลางถึงสูง (Reinares, Colom, Martinez-Aran, Benabarre & Vieta, 2002) นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะรู้สึกถึงภาระในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท แม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม จะเห็นว่ามีการะในการดูแลไม่แตกต่างกัน (Mueser, Webb, Pfeiffer, Glandis, & Levison, 1996)

ผลกระทบต่อสังคม จากการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของโรคไบโพลาร์ ที่มีผลต่อความคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรมของผู้ป่วย อาจนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรงหรือการทำผิดกฎหมาย (Pliszka, Sherman, Barrow, & Irick, 2000) จากการศึกษาโรคจิตเวชในผู้ต้องขังของไทยก็พบผู้ป่วยช่วงแมนีเฟส ร้อยละ 1.4 (ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, 2545) นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง เกิดทุพพลภาพและเป็นภาระกับญาติได้มาก องค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี ค.ศ. 1990 จึงได้จัดอันดับโรคไบโพลาร์เป็นอันดับ 6 ของโรคทั้งหมดที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันสมควรและการ (Wood, 2000) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีการประเมินต้นทุนสำหรับการดูแลโรคไบโพลาร์ของปี

เจ็บป่วยหรือพิการ (Disability Adjusted Life Year หรือ DALY) ในประชากรกลุ่มอายุ 15 ปี ถึง 44 ปี ค.ศ. 1991 ไว้ว่ามีประมาณ 45,200 ดอลลาร์สหรัฐต่อราย (Klienman, Lowin, Flood, Ganhi, dgell, & Revicki, 2003)เช่นเดียวกันในประเทศฝรั่งเศส จากการศึกษาต้นทุนโดยตรง ของผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ในช่วงเมเนีย 137 ราย เป็นเวลา 3 เดือน ที่เริ่มเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยนาน 47 วันและติดตามการรักษาต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอกนั้นพบว่า ต้นทุนโดยตรงเฉลี่ยต่อราย เท่ากับ 22,297 ยูโร ดอลลาร์ ต่อราย (หรือประมาณ 8 แสนบาท) ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมากโดยร้อยละ 98.6 ของ ค่าใช้จ่ายเกิดระหว่างอยู่โรงพยาบาล (Olie, & Levy, 2002) ซึ่งจะเห็นว่าต้นทุนการรักษาช่วงเมเนีย ที่จำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลมีมูลค่าสูงมาก และในประเทศไทยจากการศึกษาวิเคราะห์ ต้นทุนการรักษาผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ โดยรัชชัย ลีพานาจ, สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ และ รณชัย คงสกันธ์ (2545) ได้คำนวณต้นทุนทั้งค่ารักษาโดยตรงและต้นทุนที่ไม่ใช่ค่ารักษา แต่ไม่รวม ต้นทุนทางอ้อมเชิงสังคมพบว่าในการรักษาผู้ป่วย 1 ราย จะมีต้นทุนประมาณ 32,000 บาท ถึง 34,000 บาท ต่อปี แต่เมื่อวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลแล้ว การรักษาผู้ป่วยให้ได้ผล 1 รายต้องมี ต้นทุนถึงประมาณ 72,000 ถึง 82,000 บาท ต่อปี ดังนั้นถ้าหากประมาณโดยอัตราการเกิดโรค ตลอดชีวิตที่ร้อยละ 1 ประเทศไทย คาดว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคไบโพลาร์ประมาณถึง 6 แสนคนจะเกิด ต้นทุนทางตรงในการรักษาให้ได้ผลถึง 43,200 ถึง 49,200 ล้านบาทต่อปี ทั้งนี้ยังไม่รวมถึงต้นทุน ทางอ้อมเชิงสังคม

ปัจจุบันพบว่าการรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดด้วยจิตบำบัดสุขภาพจิตศึกษาจะให้ ผลดีในการลดอาการซึมเศร้าและเมเนีย ลดอาการกำเริบ และลดการป่วยซ้ำ (Colom et al., 2003 a; 2003 b) การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรูปแบบหนึ่งของจิตบำบัด ซึ่งมีทั้งการดำเนินการเป็นกลุ่มและ รายบุคคล การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม เป็นการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับโรคไบโพลาร์ และ ฝึกฝนทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง ส่งเสริมการหายจากโรค และป้องกันการกลับเป็นซ้ำอย่างมี โครงสร้าง ซึ่งพบว่าสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และ ลดการป่วยซ้ำ (Colom et al., 2003 a; 2003 b) การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลเป็นการสอน ให้ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ให้เรียนรู้ถึงอาการเริ่มแรกของการกลับเป็นซ้ำของภาวะเมเนีย และอาการ ซึมเศร้า มีการวางแผนการขอความช่วยเหลือหรือเข้ารับการรักษาเมื่อมีอาการแรกเริ่มกำเริบ ซึ่งพบว่าสามารถทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพได้ดีขึ้น (Perry, Tarrier, Morriss, Mc Carthy, & Limb, 1999) จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้ยา พบว่า สามารถเพิ่มระยะห่างของการกลับเป็นซ้ำและลดระยะเวลาในการกลับเป็นซ้ำ และผู้ป่วยมี การทำหน้าที่ทางสังคม อาชีพ และคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วย ที่ได้รับการดูแลตามปกติ ดังนั้นผู้ป่วย โรคไบโพลาร์ ต้องได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมโดยเฉพาะในเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวัน

และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง [National Institute of Mental Health (NIMH), 2003]

จากสถิติผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ถึง 2550 พบว่ามีจำนวนร้อยละ 2.5 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด จากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยในระยะเวลา 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2548 ถึง 2550 พบว่ามีผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ที่มีอาการกำเริบ ประมาณร้อยละ 8 และมีการกลับเป็นซ้ำจนต้องส่งต่อเพื่อเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลทุกปีประมาณร้อยละ 6 โดยมีการกลับเป็นซ้ำในปีเดียวกัน 3 ครั้งจำนวน 1 คนกลับเป็นซ้ำในปีเดียวกัน 2 ครั้ง จำนวน 2 คน (โรงพยาบาลพระจอมเกล้า, 2550) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยโรคไบโพลาร์มีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำได้บ่อย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการจัดการแก้ไข และหาแนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ที่มารับการรักษาให้เหมาะสมเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด ในปัจจุบันกลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ยังไม่มีรูปแบบแนวปฏิบัติในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ได้รับความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา การให้สุขภาพจิตศึกษานั้นนับว่าเป็นวิธีการหนึ่งในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและช่วยยืดระยะเวลาในการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลที่จะช่วยลดต้นทุนการรักษาและต้นทุนทางอารมณ์เชิงสังคม ผู้ศึกษาจึงให้ความสนใจศึกษาค้นคว้าและรวบรวมวิธีการหรือรูปแบบการให้ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เหมาะสมและสามารถนำมาใช้กับหน่วยงานเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ซึ่งจะช่วยให้บริการการพยาบาลมีคุณภาพและมาตรฐานที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

1.2 ประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Main Issues)

กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชชนิดผู้ป่วยนอกแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านการบำบัดรักษา การส่งเสริม การป้องกัน และการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งในโรงพยาบาล และชุมชน สถิติการบำบัดรักษาพบผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ คิดเป็นจำนวนร้อยละ 2.5 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการทั้งหมด จากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยระยะเวลา 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2548 ถึง 2550 พบว่าผู้ป่วยโรคไบโพลาร์มีอาการกำเริบ ประมาณร้อยละ 8 และมีการกลับเป็นซ้ำจนต้องส่งต่อเพื่อเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลทุกปี เฉลี่ยประมาณร้อยละ 6 โดยมีการกลับเป็นซ้ำ 3 ครั้ง ในปีเดียวกัน จำนวน 1 คนกลับเป็นซ้ำ 2 ครั้งในปีเดียวกัน จำนวน 2 คน (โรงพยาบาลพระจอมเกล้า, 2550) จากสถิติดังกล่าว

กลับเป็นซ้ำ 2 ครั้งในปีเดียวกัน จำนวน 2 คน (โรงพยาบาลพระจอมเกล้า, 2550) จากสถิติดังกล่าว จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคไบโพลาร์มีอาการกำเริบ และกลับเป็นซ้ำได้บ่อย เมื่อรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม พบว่า แม้จะได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยก็ยังคงกลับเป็นซ้ำได้ด้วยวงจรของโรค ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการบำบัดรักษา ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ และการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญ ที่ควรได้รับการจัดการแก้ไข และหาแนวทางช่วยเหลือดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ที่มารับบริการให้เหมาะสมเกิดประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคไบโพลาร์พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการบำบัดรักษา เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม ยึดระยะเวลาการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำ ผู้ศึกษาจึงสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ให้ได้รับความรู้ที่เหมาะสม

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Purpose of the study)

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ให้ได้รับความรู้ที่เหมาะสมในการลดอาการกำเริบ (Relapse) การกลับเป็นซ้ำ (Recurrence) หรือการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Rehospitalization) ของผู้ป่วยโรคไบโพลาร์

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefits/outcomes)

1. ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ได้รับความรู้ เกิดทักษะและมีการปฏิบัติตามแผนการรักษา ช่วยลดการกลับเป็นซ้ำและยึดระยะเวลาในการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล
2. พยาบาลจิตเวชมีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมให้ความรู้และความตระหนักในการรักษาด้วยยาแก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นแนวทางเดียวกัน
3. โรงพยาบาลมีรูปแบบการบริการพยาบาลในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ที่มีคุณภาพ ซึ่งจะมีผลต่อความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการทั้งผู้ป่วยและญาติ

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.1 การทบทวนมโนคติที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษา (Review of Concepts/Theories Related to Issues of Concern)

การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ครอบคลุมหัวข้อและนำเสนอตามลำดับดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไบโพลาร์
2. ความสูญเสียและผลกระทบจากโรคไบโพลาร์
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ได้รับความรู้ เกิดทักษะและ

มีความตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา

1) ความรู้เกี่ยวกับโรคไบโพลาร์

1.1 ความหมายโรคไบโพลาร์

โรคไบโพลาร์ (Bipolar disorder) เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorder) ชนิดหนึ่งที่เกิดอาการขึ้นเป็นช่วงๆ แต่ละช่วงอาการที่ผิดปกติและไม่ผิดปกติสามารถแยกเห็นได้ชัดเจนจากอาการทางคลินิก ช่วงภาวะที่มีอาการ (episode) อาจนานหลายสัปดาห์หรือหลายเดือน ช่วงภาวะที่ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดหลัก 2 แบบ คือ อาจเกิดช่วงภาวะซึมเศร้าหรือช่วงภาวะคลั่ง(พลุ่งพล่าน) ที่เรียกว่าแมเนีย (mania) ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการในกลุ่มอาการซึมเศร้าพร้อมกับอาการแมเนียเกิดในช่วงภาวะเดียวกันที่เรียกว่าภาวะอารมณ์ผสม (mixed episode) เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายจะมีช่วงภาวะผิดปกติทั้งชนิดแมเนียและซึมเศร้าได้หลายครั้งตลอดชีวิต ดังนั้นโรคนี้แต่เดิมจึงเรียกว่าโรค manic-depressive illness (หรือ disorder) ซึ่งอาจแปลเป็นไทยว่า โรคคลั่งเศร้า ต่อมาสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้กำหนดกฎเกณฑ์ การวินิจฉัยช่วงภาวะแมเนีย (manic episode) ช่วงภาวะไฮโปแมเนีย (hypomanic episode) ช่วงภาวะซึมเศร้า (major depressive episode) และช่วงภาวะอารมณ์ผสม ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคไบโพลาร์ อาการสำคัญของช่วงภาวะแมเนีย หรือไฮโปแมเนีย คือการมีสภาวะอารมณ์ที่ครึกครื้น สนุกสนานหรือแปรปรวน หงุดหงิดง่ายผิดปกติเป็นหลัก ร่วมกับการคิดและพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปตามสภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติ เช่น คิดเร็ว พูดเร็ว

นอนหลับน้อย เช่น คิดเร็ว พูดเร็ว นอนหลับน้อย มั่นใจตัวเองมาก ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย เป็นต้น (สรยุทธ วาสีกานนท์, 2547)

ตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่4-TR (text revision) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSM-IV-TR (A.P.A, 2002) ได้แบ่งโรคไบโพลาร์เป็น 4 ชนิด ดังนี้

1. Bipolar I disorder ซึ่งแบ่งเป็นชนิดต่างๆ ดังต่อไปนี้
 - 1.1 single manic episode
 - 1.2 most recent episode hypomanic
 - 1.3 most recent episode manic
 - 1.4 most recent episode mixed
 - 1.5 most recent episode depressed
2. Bipolar II disorder
3. Cyclothymic disorder
4. Bipolar disorder ที่ยังไม่ได้ตั้งชื่อเป็นการเฉพาะ (Bipolar disorder not otherwise specified)

นอกจากนี้ยังมีการจำแนกโรคแบบสากลครั้งที่10ขององค์การอนามัยโลก ICD-10 (ยูทธ โพธารามิกและคณะ, 2537) ได้แบ่งโรคไบโพลาร์เป็นชนิดต่างๆดังนี้

- ก. Manic episode ซึ่งมีชนิดต่างๆ ดังต่อไปนี้ คือ
 1. hypomania ข้อสังเกตคือ ICD-10 จัด hypomanic episode นี้เป็นหัวข้อย่อยหัวข้อหนึ่งของ manic episode
 2. manic without psychotic symptoms
 3. manic with psychotic symptoms
- ข. Bipolar affective disorder ซึ่งมีชนิดต่างๆ ดังต่อไปนี้ คือ
 1. Bipolar affective disorder, current episode hypomanic
 2. Bipolar affective disorder, current episode manic without psychotic symptoms
 3. Bipolar affective disorder, current episode manic with psychotic symptoms
 4. Bipolar affective disorder, current episode mild or moderate depression
 - 4.1 without somatic symptoms
 - 4.2 with somatic symptoms
 5. Bipolar affective disorder, current episode severe depression without psychotic symptoms

6. Bipolar affective disorder, current episode severe depression with psychotic symptoms
7. Bipolar affective disorder, current episode mixed
8. Bipolar affective disorder, currently in remission
- ค. Persistent mood (affective) disorders ซึ่งชนิดที่เป็น bipolar คือ cyclothymia
- ง. Other mood (affective) disorders ได้แก่
 1. Other single mood (affective) disorder หมายถึง mixed affective episode
 2. อื่นๆ เป็นต้น

1.2 อับัติการณ์ของโรคไบโพลาร์

อับัติการณ์ของโรคไบโพลาร์ มีอัตราการเกิดประมาณร้อยละ 1 ของจำนวนประชากร (Gonzalez-Pinto, Gonzalez, & Enjuto, 2004). ความชุกของโรค (lifetime prevalence) มักจะหมายถึง เฉพาะโรคไบโพลาร์ I มีรายงานร้อยละ 0.3 ถึง 1.5 ของประชากรทั่วไปโดยความชุกในเพศชายกับเพศหญิงเท่ากัน (Gelder et al., 2001) ความชุกของโรคไบโพลาร์ II พบประมาณร้อยละ 0.5 ของประชากรทั่วไป โดยมีสัดส่วนการเกิดโรคในเพศหญิงสูงกว่าในเพศชาย แต่เมื่อศึกษาความชุกชั่วชีวิตของกลุ่มโรคไบโพลาร์ (bipolar spectrum disorder) ซึ่งจะรวมถึงโรคไบโพลาร์ I, II ไชโคลที่มีล และแบบที่ไม่ระบุชนิดย่อย จะพบสูงถึงร้อยละ 2.6 ถึง 6.5 (Hirschfeld et al., 2002)

การศึกษาในกลุ่มประชากรวัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ทำผิดกฎหมาย พบว่าเป็นโรคไบโพลาร์ถึงร้อยละ 20 และอีกร้อยละ 20 พบว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Pliszka et al., 2000)

จากการศึกษาความชุกของโรคไบโพลาร์ในประเทศไทย ได้สำรวจโดยสุ่มจากประชากรทั่วประเทศ 7,157 ราย พบกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorder) ร้อยละ 1.8 โดยพบความชุกของโรคไบโพลาร์เพียงร้อยละ 0.3 (อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภักคนพิน กิตติรักษนันทและวรรณ จุฑา, 2524)

โรคไบโพลาร์สามารถเกิดอาการครั้งแรกได้ตั้งแต่เด็กถึงผู้ใหญ่ โดยมีการแสดงอาการครั้งแรกในช่วงอายุระหว่าง 13 ถึง 30 ปี (Pinto et al., 2004) แต่พบว่าสามารถแสดงอาการในผู้สูงอายุได้ โรคไบโพลาร์สามารถพบได้ร้อยละ 1 ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น และมีการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นร่วมด้วย (dual diagnosis with attention deficit hyperactivity disorder) โดยอายุเฉลี่ยที่เกิดอาการครั้งแรกคือ 21 ปี แต่ถ้าแยกอัตราการเกิดอาการครั้งแรกช่วงอายุละ 5 ปี จะพบว่า อัตราการเกิดอาการครั้งแรกมากที่สุดอยู่ที่ช่วงอายุ 15 ถึง 19 ปี รองลงมาอยู่ที่ช่วงอายุ 20 ถึง 24 ปี (Hirschfeld et al., 2002)

1.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคไบโพลาร์

ปัจจัยทางชีววิทยา ในด้านสาเหตุอาจแบ่งเป็นปัจจัยใหญ่ๆ (นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ อ่างโน รัชชัย ลิพหานาจ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549) ได้แก่

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factors) โรคไบโพลาร์ I เป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมมากกว่าความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดอื่นๆ ในรายที่เกิดช่วงอายุน้อยๆ ยังมีความเสี่ยงทางกรรมพันธุ์สูง และแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีความเสี่ยงทางกรรมพันธุ์สูงกว่าแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ

2. ความผิดปกติที่เป็นลักษณะเฉพาะทางชีวเคมี

- 2.1 การทำงานของสารสื่อประสาท (neurotransmitters function) การศึกษาส่วนใหญ่ให้ความสำคัญที่ Norepinephrine (NE) จากการศึกษาของ Swann และคณะ ให้ความเห็นว่าการทำงานของ Norepinephrine เพิ่มขึ้นในภาวะเมเนียและภาวะที่มีทั้งอาการเมเนียและซึมเศร้าผสมกัน และมีระดับของเมตาโบไลต์ ที่ผิดปกติด้วย ซึ่งมีลักษณะขึ้นๆ ลงๆ ทั้งในภาวะเมเนียและภาวะซึมเศร้า ยังมีการศึกษาการทำงานของสารสื่อประสาท ซีโรโทนิน แต่ไม่พบความแตกต่างที่บอกได้ชัดเจนในกลุ่มผู้ป่วยโรคไบโพลาร์และยูนิโพลาร์ นอกจากนี้ยังมีสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การเพิ่มการตอบสนองของอะซิติลโคลีน การลดลงของ Gamma-Amino Butyric Acid (GABA) จะพบได้ในกลุ่มโรคไบโพลาร์ที่มีภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าชนิดอื่นด้วย นอกจากนี้ ยังมีรายงานความผิดปกติของ Hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis (HPA) ที่มีการหลั่งสาร cortisol มากเกินไปซึ่งทำให้ระบบการควบคุมไม่สมดุล

- 2.2 การศึกษาทางสรีรวิทยา

- 2.2.1 ความสมดุลของ Cation พบว่าความผิดปกติของการปรับและการกระจายตัวของไอออน มีความเกี่ยวข้องกับการกระตุ้นหรือความตื่นตัวของสารสื่อประสาท การเคลื่อนย้ายของโซเดียมเข้าในเซลล์ช่วยในการรักษาศักยภาพของเยื่อหุ้มเซลล์ ให้ความตื่นตัวต่อเนื่องและทำให้เกิดความแตกต่างของ cation จึงเกิดการผลักดันให้สารสื่อประสาทและสารอื่นเข้าในเซลล์ เป็นการทำให้เกิดการทำงานและการใช้พลังงานที่เกี่ยวข้องกัน ขบวนการที่เกิดขึ้นตรวจได้โดยการทำ imaging ของสมองและพบว่าในเซลล์สมองของผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ความแตกต่างของ cation มีน้อยลง

- 2.2.2 ความผิดปกติของ Glial cells จากการที่ Glial cells มีความเกี่ยวข้องกับการขจัดกลูตาเมตและการใช้พลังงานของสมอง ถ้า Glial cells ทำงานน้อยลง เกิดการสะสมของกลูตาเมตและเกิดการกระตุ้นมากเกินไป ทำให้เซลล์ตายได้ จากการศึกษาของ Ongur และคณะ รายงานว่าผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ จะพบความหนาแน่นของ glial ลดลงในบริเวณสมองส่วน anterior

cingulated cortex (ACC) และบางส่วนของบริเวณ subgenual ของ prefrontal cortex

3. ความผิดปกติทางโครงสร้างและการทำงานของสมอง

จากการทำ brain imaging ต่างๆในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์พบว่ามีความผิดปกติของโครงสร้างต่างๆของสมอง ได้แก่ white matter hypersensitivity ขนาดของ cerebellum /cortex/ amygdala ลดลง และจากการศึกษาโดยใช้ functional imaging เพื่อดูการทำงานของสมองพบว่าผู้ป่วยโรคไบโพลาร์มีความผิดปกติของกระบวนการเมตาบอลิซึมของ choline โดยเฉพาะในบริเวณ basal ganglia และบริเวณ anterior cingulated cortex จากการศึกษาของ Drevets และคณะ กับ Gray และคณะ พบว่า มีการลดลงอย่างถาวรประมาณร้อยละ 40 ของบริเวณสมองส่วนที่เป็น grey mater ของ prefrontal cortex ซึ่งเป็นส่วนที่มีผลต่อการทำงานของสมองด้านอารมณ์และพุทธิปัญญา

ปัจจัยทางจิตสังคมและปัจจัยอื่นๆ

นอกจากปัจจัยทางพันธุกรรมซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐาน (vulnerability factors) ที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคไบโพลาร์แล้ว ปัจจัยภายนอก เช่น การเผชิญกับความเครียดในชีวิต การสลับเปลี่ยนเวลนอนเวลาตื่น การใช้เหล้าหรือสารเสพติด พบว่าอาจมีผลต่อการกระตุ้นการเกิดอาการของโรคได้ หรือทำให้ผู้ป่วยหายช้าได้ (Hirschfeld et al., 2002) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พันธุกรรม และการเกิดอาการของผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ (Johnson, Andersson-Lundman, Aberg-Wistedt, & Mathe, 2000) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์จะมีเหตุการณ์ความเครียดก่อนเกิดอาการมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติโรคความผิดปกติทางอารมณ์ในครอบครัว ซึ่งบ่งบอกถึงปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดมีความสำคัญต่อการเกิดอาการในผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยทางพันธุกรรม มากกว่าผู้ที่มีปัจจัยทางพันธุกรรม

1.4 การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคผู้ป่วย โรคไบโพลาร์ I มักเกิดอาการครั้งแรกเป็นช่วงภาวะซึมเศร้า (Kaplan, & Sadock, 2004) เกิดอาการซ้ำๆ ได้บ่อย โดยพบว่า กว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่มีอาการครั้งแรกจะเป็นซ้ำครั้งที่ 2 (Muller – Oerlinghausen et al., 2002) และร้อยละ 40 ถึง 50 ของผู้ป่วยจะเกิดการเป็นซ้ำครั้งที่ 2 ในเวลา 2 ปี และประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยจะเกิดการเป็นซ้ำมากกว่า 10 ครั้งในตลอดช่วงชีวิต (Kaplan, & Sadock, 1997) โดยมีระยะเวลาของช่วงภาวะคลุ้มคลั่ง เฉลี่ยนาน 6 เดือน (Gelder et al., 2001)

การพยากรณ์ของโรคไบโพลาร์ไม่ดี ดังการศึกษาติดตามผลการรักษาผู้ป่วย ไบโพลาร์ I ที่มีช่วงภาวะคลุ้มคลั่ง หรือช่วงภาวะอารมณ์ผสม จำนวน 134 ราย เป็นเวลานาน 12 เดือน พบว่ามีเพียงร้อยละ 26 ที่ไม่มีอาการหลงเหลือ และมีเพียงร้อยละ 24 ที่สามารถใช้ชีวิตทำงานได้ปกติเหมือนเดิม (Keck et al., 1998) เมื่อมีการศึกษาระยะยาวพบว่าร้อยละ 15 ของผู้ป่วยจะยังมีการ

ปกติดี อีกร้อยละ 45 ของผู้ป่วยจะยังมีการปกติดีแม้จะมีการเป็นซ้ำหลายครั้ง โดยร้อยละ 30 ของผู้ป่วยจะยังมีการหลงเหลือและอีกร้อยละ 10 ของผู้ป่วยจะยังมีการป่วยเรื้อรัง ประมาณว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยจะยังมีการเรื้อรัง และความสามารถในการใช้ชีวิตในสังคมลดลง (Kaplan, & Sadock, 2004) ส่วนโรคไบโพลาร์ II มักพบอาการหลงเหลือ (residual symptoms) จากช่วงภาวะซึมเศร้า ดังการศึกษาในผู้ป่วย 138 รายเป็นเวลา 2 ปี พบว่ามีการหลงเหลือในผู้ป่วยถึงร้อยละ 44.9 (Bnazzi, 2001) ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยทั้งโรคไบโพลาร์ I และ II เกือบครึ่งหนึ่งมีอาการหลงเหลือในระยะยาว

จากการศึกษาของ Morgan และคณะ (1996) พบว่าผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ร้อยละ 69.6 เกิดการกลับเป็นซ้ำ (recurrent) ร้อยละ 5.4 มีการเฉพา manic episode ร้อยละ 78.6 เคยมีความคิดฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้งและผู้ป่วยร้อยละ 25 มีการดำเนินโรคเรื้อรังที่ไม่มีระยะหายจากอาการชัดเจน ในขณะที่ Gitlin และคณะ (1995) พบว่าผู้ป่วยโรคไบโพลาร์แม้จะอยู่ระหว่างการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 73 เกิดการกลับเป็นซ้ำในเวลา 5 ปี และสองในสามของผู้ป่วยการกลับเป็นซ้ำจะเป็นมากกว่า 2 ครั้ง

1.5 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไบโพลาร์

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ตามคู่มือการรักษาฉบับย่อของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (2002) มีวัตถุประสงค์ เพื่อควบคุมอาการของผู้ป่วย การให้การศึกษาเกี่ยวกับโรคไบโพลาร์ การส่งเสริมกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน และการนอนหลับอย่างเพียงพอ การคาดหมายสถานการณ์ที่กระตุ้นภาวะเครียด การสังเกตอาการนำหรืออาการเตือนแรกเริ่ม (EWS) การจำกัดการสูญเสียการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์การประเมินผลการรักษาว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่จะส่งผลกระทบต่อการรักษา เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ หรือสารเสพติด อาการทางระบบประสาท การได้รับยาสเตอร์อยด์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อรักษาได้ นอกจากนี้การสังเกตภาวะอารมณ์คลุ้มคลั่ง สัมพันธ์กับการนอนหลับอย่างไร จะช่วยในการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยได้ 2) การป้องกันภาวะเสี่ยง ได้แก่ การดูแลความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย เช่น การเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การค้นหาปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัย อยู่ไม่นิ่ง (agitation) การนอนไม่หลับ การควบคุมตนเองไม่ได้ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง อาการทางจิตอื่นๆ และการพิจารณาให้ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลในกรณีที่มีพฤติกรรมจะทำร้ายตนเอง และผู้อื่น หรือไม่มีคนดูแล มีภาวะการตัดสินใจบกพร่อง มีอาการแทรกซ้อนจากการรักษา และไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 3) การดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย เพื่อจะได้ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง 4) การเฝ้าระวังดูแลภาวะคลุ้มคลั่ง และภาวะซึมเศร้า เพื่อการจัดการให้การรักษาอย่างทันทั่วถึง 5) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อจะช่วยให้ ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ

โรคไบโพลาร์ การให้การรักษา และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต 6) การทำให้ผู้ป่วยรับการรักษาต่อเนื่อง เพราะว่า ผู้ป่วยและญาติต้องเผชิญกับอาการที่ไม่คงที่ของผู้ป่วย เช่น บางครั้งก็คลุ้มคลั่ง หรือซึมเศร้า หรือ ไม่มีอาการ อาจส่งผลให้เกิดการเบี่ยงเบนต่อการรักษา 7) ส่งเสริมการตระหนักรู้ถึงภาวะที่กระตุ้นเร้าความเครียด การควบคุมการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การนอนหลับ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย กิจกรรมทางสังคม เป็นต้น 8) ร่วมมือกับผู้ป่วยเพื่อสังเกตและรายงานอาการนำหรืออาการเตือนแรกเริ่ม (EWS) ทั้งอาการคลุ้มคลั่ง และอาการซึมเศร้า 9) การประเมินและจัดการกับความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย

การรักษาพยาบาลผู้ที่ เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนในระยะที่มีอาการรุนแรง เช่น ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ มีอาการ โรคจิต หรือไม่พักผ่อน รบกวนคนในครอบครัว หรือ ผู้อื่น ญาติไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ ควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (มาโนช หล่อตระกูล, 2545) การใช้ยาจัดว่าเป็นหลักสำคัญของการรักษาโรคอารมณ์แปรปรวน ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ การรักษา ระยะเฉียบพลัน การรักษาต่อเนื่อง และการรักษาแบบคงสภาพ รายละเอียดดังต่อไปนี้ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542)

1. การรักษาระยะเฉียบพลัน เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยมาหาขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ เป็นการรักษาโดยมุ่งที่จะบรรเทาอาการเฉียบพลัน เช่น อารมณ์ครุ่นเคร่ง รู้สึกว่าตนเองมีพลังกำลังมากไม่รู้จักพักผ่อน พุดมาก มีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว หรือ อาการซึมเศร้า เช่น มีอารมณ์เศร้า เฉยเมย รู้สึกสิ้นหวัง มีความคิดอยากตาย หรือ ลงมือทำร้ายตนเอง นอกจากนี้ยังมีการรักษาพยาบาลด้วยไฟฟ้า ซึ่งจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยา หรือในรายที่มีอาการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ การรักษาพยาบาลด้วยไฟฟ้าทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ระบบสารสื่อประสาทเช่นเดียวกับการรักษาด้วยยา การรักษาจะทำประมาณ 6 ถึง 12 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1 ถึง 2 วัน หลังการรักษาด้วยไฟฟ้ามักพบว่า ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง สับสน บางรายมีอาการปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้นแต่ละรายจนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

2. การรักษาระยะต่อเนื่อง เป็นการให้การรักษาต่ออีกประมาณ 6 เดือนหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับมามีอาการซ้ำ ซึ่งการให้ยาสามารถลดอัตราการป่วยซ้ำได้ทั้งนี้ พบว่าหากหยุดการรักษาก่อนนี้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงมาก

3. การรักษาแบบคงสภาพ การรักษาในช่วงนี้เป็นการรักษาด้วยยาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; NIMH, 2003) ลดการเสี่ยงฆ่าตัวตาย และการส่งเสริมการทำหน้าที่ในสังคม นอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว การรักษาด้านจิตสังคม (psychosocial treatment) ได้แก่การปรับพฤติกรรม อารมณ์ และความคิด การให้สุขภาพจิตศึกษา

ทั้งการให้ความรู้กับผู้ป่วย และให้ความรู้ครอบครัวการทำครอบครัวบำบัดทำให้สมาชิกของครอบครัวทำหน้าที่ของตนได้ดีขึ้น การสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วยจิตสังคมบำบัดในช่วงระยะซึมเศร้า จะเป็นประโยชน์มากในเรื่องของการปรับตัวทางสังคมในช่วงระยะแมนีเย เน้นที่การจำกัดพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยอาศัย การแยกผู้ป่วย ซึ่งวิธีการนี้นอกจากจะเหมาะสำหรับผู้ป่วย ที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่นแล้ว ยังช่วยลดการกระตุ้นจากสภาพแวดล้อมได้อีกด้วย ดังนั้นจึงมีการศึกษาการรักษาด้านจิตสังคมในผู้ป่วยร่วมด้วย โดยมีการรักษาอยู่ด้วยกันหลายวิธี การรักษาด้วยครอบครัวบำบัด ซึ่งพบว่าทำให้การสื่อสารด้วยวัจนภาษาและอวัจนภาษา ดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติหน้าที่ บทบาทในครอบครัวได้ดีขึ้น รวมถึงการแก้ไขปัญหา ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการดูแลการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การรักษาด้วยครอบครัวบำบัดช่วยลดอาการซึมเศร้า แต่ไม่ช่วยรักษาอาการแมนีเย (Johnson et al., 2000)

1.5.1 การรักษาด้วยยา

ยาลำดับแรก (first-line drug) ในการรักษาภาวะแฉะเนียบ และในการป้องกันทั้งภาวะแฉะเนียบ และภาวะซึมเศร้าในโรคไบโพลาร์ I ได้แก่ ยา lithium ยาวาลไพรเอต ยาคาร์บามาซีพีน การจะเลือกใช้ยาชนิดใดจะขึ้นกับว่าฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์ของยานั้นเหมาะกับผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไรก็ตามทั้งยา lithium โดยให้ขนาด 600 ถึง 900 มิลลิกรัม ต่อวัน โดยให้ระดับยาในเลือดอยู่ระหว่าง 0.8 ถึง 1.4 มิลลิกรัมต่อลิตร และยาแก้ชักทั้ง 2 ชนิดคือยาวาลไพรเอตและยาคาร์บามาซีพีนต่างจะต้องใช้ระยะเวลาหนึ่งยาจึงจะเริ่มออกฤทธิ์ทำให้ภาวะแฉะเนียบ เริ่มมีอาการเสถียร และยาทั้ง 3 ชนิดต่างมีฤทธิ์ระงับประสาท (sedation) ในขนาดจำกัด ดังนั้นในการรักษาในระยะแรก ๆ ของ ภาวะแฉะเนียบ ซึ่งผู้ป่วยมักจะมีอาการกระสับกระส่าย จึงมักจะต้องมีความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มยาที่มีฤทธิ์แรงในการระงับประสาท ในรายที่มีอาการมากในช่วงแรก จำเป็นต้องให้ยารักษาโรคจิต หรือเบนโซไดอะซีพีน (benzodiazepine) ในขนาดสูงรวมไปด้วย ยาเหล่านี้ได้แก่ยาฮาโลเพริดอล (haloperidol) ในขนาด 5 มิลลิกรัม ทุก 2 ถึง 4 ชั่วโมง ยาคโลนาซีแพม (clonazepam) ในขนาด 1 มิลลิกรัม ทุก 4 ถึง 6 ชั่วโมง หรือยาลอราซีแพม (lorazepam) ในขนาด 5 ถึง 10 มิลลิกรัม ทุก 4 ถึง 6 ชั่วโมง เมื่ออาการในระยะแรก ๆ ของภาวะแฉะเนียบดีขึ้นและยา lithium หรือคาร์บามาซีพีนหรือยาวาลไพรเอตเริ่มออกฤทธิ์ให้เห็นแล้ว แพทย์จะต้องค่อย ๆ ลดขนาดของยาที่มีฤทธิ์แรงในการระงับประสาทจนกระทั่งเลิกใช้ไปในที่สุด เพื่อควบคุมพฤติกรรมลดอาการวุ่นวายก้าวร้าว เมื่ออาการด้านอารมณ์ลดลงจึงค่อย ๆ ลดยารักษาโรคจิตลงจนหยุด ผู้ป่วย แฉะเนียบที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วยนั้นต้องให้การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต และลดขนาดเมื่ออาการสงบเช่นกัน (สมพรบุญราที, ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, 2540; สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

ยาที่ใช้ในการรักษาและป้องกันโรคไบโพลาร์ นอกจากจะเป็นยา Lithium ยาคาร์บามาซีพีน และยาวาลโพรเอตแล้ว ยาอื่น ๆ ที่ใช้รักษา ได้แก่ ยาคาลอนาซีแอม ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งช่องแคลเซียม(calcium channel inhibitor) ได้แก่ ยาเวราพามิล (verapamil) ยา β 2-adrenergic agonist ได้แก่ ยาคลอนิดีน (clonidine) ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic) ได้แก่ ยาริสเพอริดอล (risperidol) (สมพร บุษราทิจ, ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, 2540; สุชาติ พหลภักย์, 2542)

1.5.2 การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (ECT)

การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (ECT) จะใช้รักษาผู้ป่วยไบโพลาร์ในรายที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการต่าง ๆ ดังนี้ พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางยาแล้วไม่ได้ผล การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าจะลดอาการซึมเศร้าและการพยายามฆ่าตัวตายได้ผลดีมาก (อรพรรณ ลือนบุญวัชชัยและเรณูการ์ ทองคำรอด, 2544)

1.5.3 จิตบำบัด (Psychotherapy)

การรักษาหลัก สำหรับผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I ใช้ยา Lithium ยาคาร์บามาซีพีน (Carbamazine) ยาวาลโพรเอต (Valproate) ทั้งที่ตอบสนองดีและที่ตอบสนองไม่ดีต่อยา mood stabilizer ก่อนหน้าที่จะเป็นโรคไบโพลาร์ I ผู้ป่วยอาจจะมีปัญหาต่อไปนี้เกิดขึ้น คือ ปัญหาทางสังคม ปัญหาทางอาชีพ ปัญหาทางครอบครัว และปัญหาในชีวิตสมรส อีกประการหนึ่งภายหลังการป่วยเป็นโรคไบโพลาร์ I ผู้ป่วยอาจจะเกิดปัญหาทางจิตใจตามมาจนทำให้ผู้ป่วยหันไปใช้สารเสพติด หรือทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงและอาจจะทำให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นการรักษาโรคไบโพลาร์ I นอกจากจะรักษาด้วย mood stabilizer แล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัดเป็นการเสริมอีกด้วย (adjunctive psychotherapy) จิตบำบัดเสริมยังมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยยินยอมร่วมมือ (compliance) กับการรักษาอย่างเต็มที่ (อรพรรณ ลือนบุญวัชชัย และเรณูการ์ ทองคำรอด, 2544) และ การใช้จิตบำบัด (Psychotherapy) มีความสำคัญในการที่จะป้องกันการกลับซ้ำของผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ (Harvey, & Peet, 1991) ซึ่งจากการทบทวนการศึกษาทางจิตวิทยาถึงวิธีการบำบัดที่ผ่านมามีตั้งแต่ปี ค.ศ.1990 วิธีการที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่

- (1) สุขภาพจิตศึกษา (Psycho-educational interventions)
- (2) การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (Cognitive behavior therapy)
- (3) การบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและสังคม (Interpersonal and Social Rhythm therapy (IPSRT))

การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho-educational interventions)

สุขภาพจิตศึกษา(psycho-education) เป็นรูปแบบเฉพาะของการให้ความรู้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตหรือบุคคลที่สนใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ในการเข้าถึงความจริงของการเจ็บป่วยในระดับกว้าง ให้เกิดความกระจ่าง ซึ่งเป็นกลวิธีหนึ่งในการเข้าถึงและเรียนรู้ที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยทางจิตและเกิดประสิทธิผล

การให้สุขภาพจิตศึกษา แบ่งออกได้ดังนี้ (พิเชษฐ์ อดมรัตน์ อังใน ธวัชชัย ลีพพานาจ และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2549)

1. แบ่งตามจำนวนผู้รับสุขภาพจิตศึกษา จะแบ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (individual) กับ ราชกลุ่ม (group)
2. แบ่งตามประเภทของผู้รับสุขภาพจิตศึกษา จะแบ่งเป็นเฉพาะผู้ป่วย ครอบครัว (family psycho-education) หรือ family focused therapy (FFT) หรือ multifamily psycho-education group (MFPG) หรือให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อมๆกัน
3. แบ่งตามจำนวนของ session แบ่งเป็นชนิดสั้น มีประมาณ 6 ถึง 9 sessions กับชนิดยาว มีประมาณ 20 ถึง 22 sessions โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาชนิดสั้น อาจดำเนินการโดยบุคลากรทางสุขภาพจิตที่มีประสบการณ์น้อยก็ได้ ขณะที่การให้สุขภาพจิตศึกษาชนิดยาว มักจะดำเนินการโดยบุคลากรทางสุขภาพจิตที่มีประสบการณ์มาก

การให้สุขภาพจิตศึกษา เกิดจากการนำเอาวิธีการของจิตบำบัดมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเป็นรายกลุ่ม ปัจจัยที่เกิดขึ้นภายในกระบวนการกลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ปฏิสัมพันธ์ในทางสร้างสรรค์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มและเทคนิคของผู้นำกลุ่มขณะนั้นๆ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

การเข้าร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยไบโโพลาร์มีความสำคัญ การให้สุขภาพจิตศึกษา มีส่วนสำคัญในการให้ความรู้ในการรับประทานยา การเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วย การให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชมีความแตกต่างในผู้ป่วยทางกาย เนื่องจาก ผู้ป่วยทางจิตเวช มักจะขาดในเรื่องของการตระหนักรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้ในตนเอง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและการตัดสินใจอยู่เสมอๆ โดยมีจุดประสงค์ในการชี้แนะผู้ป่วยได้รับความรู้ทางทฤษฎีและการปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจและการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วย การทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับในความเจ็บป่วย ด้วยการลดตราบาป (stigma) และเพิ่มการตระหนักรู้ถึงภาวะความเจ็บป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Harvey, & Peet, 1991)

การบำบัดด้วยวิธี Family Psycho-educational interventions เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษา

สำหรับครอบครัว มีจุดมุ่งหมายที่จะปรับปรุงบทบาทหน้าที่ของครอบครัว การสื่อสาร การแก้ไข และจัดการกับปัญหา ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการกลับเป็นซ้ำ (Honig, Hofman, Rozendaal, & Dingemans, 1997; Miklowitz, et al., 2000)

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (Cognitive Behavior Therapy (CBT))

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา มีหลักสำคัญ คือ การเฝ้าสังเกต การประเมินและการปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิดที่ผิดปกติของผู้ป่วย เพื่อที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีรูปแบบความคิดในการมองปัญหาหรือเรื่องราวต่างๆ ตลอดจนมีการตัดสินใจที่ถูกต้องเหมาะสม

วิธีการประกอบด้วย วิธีการทั่วไป และวิธีการเฉพาะ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา แบบทั่วไป เป็นการรักษาที่ใช้ระยะเวลาสั้น วิธีการรักษามีโครงสร้างแน่นอน การรักษามักจะเป็นแบบปัจเจกบุคคล ผู้รักษาต้องมีความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย (empathy) ผู้รักษาและผู้ป่วยต้องมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (interactive) ในการกำหนดปัญหา ผู้รักษาให้การบ้านและ สอนทักษะที่มีความเฉพาะเจาะจง และทำหน้าที่เป็นตัวเร่งให้ผู้ป่วยมีการรู้คิด (cognition) และพฤติกรรมที่ถูกต้อง

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา แบบเฉพาะ เป็นการสอนผู้ป่วย ผู้รักษาอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเรื่องราวต่างๆ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์กับความคิด การรู้สึกลึก (affect) และพฤติกรรม ใช้เทคนิคทางความคิด (Cognitive technique) คือ การที่ผู้รักษาและผู้ป่วยช่วยกันค้นหาและทดสอบแบบแผนการคิดของผู้ป่วย และใช้เทคนิคทางพฤติกรรม (Behavioral technique) โดยมีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน โดยใช้วิธีการเรียนรู้ที่จะรับมือกับเหตุการณ์ต่างๆ เรียนรู้วิธีการที่จะปรับสิ่งที่ผิดปกตินั้นๆ ให้กลับคืนสู่ปกติ ได้แก่ ความรู้สึกลึกที่ยึดติดกับข้อคิดใดข้อคิดหนึ่ง แรงจูงใจและอาการต่างๆ รวมทั้งเรียนรู้วิธีที่จะป้องกันไม่ให้กลับเป็นซ้ำ

การบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและสังคม (Interpersonal and Social Rhythm therapy (IPSRT))

เป็นการบำบัดที่เน้นเรื่องการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับ circadian (social) rhythms ซึ่งมองว่า การมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและการทำหน้าที่บทบาททางสังคมที่มีความไม่มั่นคงและมีความไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและการมีพยากรณ์โรคไม่ดี การที่ผู้ป่วยเข้าใจจังหวะชีวิตของตนเองได้ดี จะสามารถมองเห็นปัญหาของตนเองได้ง่ายขึ้น และเมื่อได้รับการส่งเสริมให้มีการเฝ้าสังเกตตนเองที่ดี ก็จะทำให้ผู้ป่วยลดพฤติกรรมเชิงลบที่มีผลต่อสุขภาพตนเองได้ (วรลักษณ์ ชีราโมกษ์ และรัชชัย ลิพหานาจ, 2549)

แนวทางการบำบัดด้วย IPSRT คือให้ผู้ป่วยได้เฝ้าระวัง ติดตาม และสังเกต social rhythms ของตนเอง โดยในเดือนแรกจะเน้นที่การให้ผู้ป่วยได้ทราบถึง social rhythms ที่เป็นพื้นฐานเดิมของ

ตนเองว่าเป็นอย่างไรและให้ผู้ป่วยสามารถระบุได้ว่าพฤติกรรมใดบ้างที่ส่งผลทางด้านลบต่อสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง เช่น การงดอาหาร การดูโทรทัศน์มากเกินไป การรักษาขึ้นต่อไป คือ การพัฒนาแผนงานที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตเดิมให้มีความมั่นคงถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น (วรลักษณ์ ชีราโมกษ์ และธวัชชัย ลิพหานาจ, 2549)

2) ความสูญเสียและผลกระทบจากโรคไบโพลาร์

ความสูญเสียและผลกระทบจากโรคไบโพลาร์ เนื่องจากโรคไบโพลาร์เป็นโรคที่รุนแรง ผู้ป่วยเป็นซ้ำได้หลายครั้งตลอดชีวิต อีกทั้งเป็นโรคที่พบอาการหลงเหลือ และทำให้เกิดความเสียหายได้บ่อย ความสูญเสียและผลกระทบจากโรคจึงมีได้ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและระบบเศรษฐกิจ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

2.1 ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงเป็น 2 ถึง 3 เท่าของประชากรทั่วไป (Loosen et al., 2000) ประมาณร้อยละ 10 ถึง 20 ของผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายและประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยเคยพยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต (Muller – Oerlinghausen et al., 2002) การฆ่าตัวตายมักเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในช่วงภาวะซึมเศร้า หรือภาวะอารมณ์ผสม (Hirschfeld et al., 2002) ในช่วงภาวะเมเนีย ผู้ป่วยอาจมีการตัดสินใจและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจากภาวะอารมณ์ จนเป็นผลเสียต่อตัวผู้ป่วย เช่น การใช้ยาฟุ่มเฟือย ลงทุนโดยไม่คิดรอบคอบ ทะเลาะวิวาท หรือมีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ ในรายที่มีความจำเป็นต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มักจะพบบ่อย ๆ ว่าผู้ป่วยมักจะไม่มีสมาธิยอมรับการรักษาภายในโรงพยาบาล ซึ่งมักจะเกิดจากการถูกบังคับ การไม่ยอมให้ความร่วมมือในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า มักจะเกิดจากการตัดสินใจไม่ดี ส่วนการไม่ยอมในผู้ป่วยภาวะเมเนีย มักจะเกิดจากการไม่สามารถเห็นแจ้ง (insight) ว่าตนเองกำลังป่วยและผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการอยู่รับการรักษาภายในโรงพยาบาลเป็นเรื่องเหลวไหลน่าหัวเราะ (รุ่งแสง กนกวุฒิ และเชษฐา พงศ์อนุตริ, 2532) นอกจากนี้ยังพบอัตราการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยไบโพลาร์ร่วมด้วย ถึงร้อยละ 60 ส่วนการติดสุรา ร่วมด้วยนั้นพบว่าทั้งชายและหญิงมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคติดสุราร่วมด้วยมากกว่าประชากรทั่วไป โดยในเพศหญิง จะมีความเสี่ยงกว่าเพศชาย (Frye et al., 2003)

2.2 ผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ มักพบว่า มีความบกพร่องทางจิตสังคม (Psychosocial morbidity) ที่กระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รวมทั้งคู่สมรสและการดูแลครอบครัว โดยผู้ป่วยจะมีอัตราการหย่าร้างสูงเป็น 2 ถึง 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป (Hirschfeld et al., 2002) และผู้ใกล้ชิดที่ดูแลผู้ป่วยกว่าร้อยละ 90 จะมีความเครียดระดับปานกลางถึงสูง (Reinares et al., 2002) นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะรู้สึกถึงการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคไบโพลาร์มากกว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทแม้บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะเห็นว่ามีการะ

ในการดูแลไม่แตกต่างกัน (Mueser et al., 1996)

2.3 ผลกระทบต่อสังคม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของโรคใบโพลาร์ มีผลต่อความคิด การตัดสินใจและพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรงหรือการทำผิดกฎหมาย ซึ่งเป็นปัญหาทางสังคม จากการศึกษาในกลุ่มประชากรวัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ทำผิดกฎหมาย พบว่าเป็นโรคใบโพลาร์ ถึงร้อยละ 20 (Pliszka et al., 2000) นอกจากนี้ ยังมีรายงานถึงอัตราการเป็นโรคใบโพลาร์ ของผู้ต้องขังในเรือนจำสูงเป็น 6 เท่าของประชากรทั่วไป (Quanbeck, Frye, & Altshuler., 2003) และจากการศึกษาโรคจิตเวชในผู้ต้องขังของไทย ก็พบผู้ป่วยช่วงภาวะอาการคลุ้มคลั่ง ร้อยละ 1.4 (ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, 2545)

2.4 ผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยโรคใบโพลาร์ มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง เกิดความเสียหายและเป็นภาระกับญาติได้มาก ในปี ค.ศ.1990 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดอันดับโรคใบโพลาร์ เป็นอันดับ 6 ของโรคทั้งหมดที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years หรือ DALY) ในประชากรกลุ่มอายุ 15 ถึง 44 ปี (Wood, 2000) จากการศึกษาในกลุ่มคนทำงานลูกจ้างเกือบ 4 แสนคน เมื่อปี ค.ศ.1999 ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าใน 10 โรคแรกทางจิตเวชที่ทำให้เกิดภาระต้นทุนการรักษาและการสูญเสียผลิตผล (productivity) สูง มีโรคใบโพลาร์ ที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องมีต้นทุนสูงสุด และยังมีต้นทุนการรักษาช่วงภาวะซึมเศร้าและภาวะเมเนีย อยู่อันดับที่ 3 และ 8 ตามลำดับ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีการประเมินต้นทุนสำหรับโรคใบโพลาร์ ของปี ค.ศ.1991 ไว้ประมาณถึง 45,200 ดอลลาร์สหรัฐต่อราย (Klienman et al., 2003)

3) งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคใบโพลาร์ ได้รับความรู้เกิดทักษะและมีการปฏิบัติตามแผนการรักษา

การศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคใบโพลาร์ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และย่นระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำ หรือ ลดระยะเวลาการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องโดยตลอด จากการปฏิบัติงานของผู้ศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สถิติของผู้ป่วยโรคใบโพลาร์ ที่กลับเป็นซ้ำของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนั้นแล้วการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลยังคงมีระยะเวลาที่เร็วกว่าพยาธิสภาพที่ควรเป็น ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นและทักษะการดูแลตนเองการเปลี่ยนแปลงตนเอง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำมีจำกัด ซึ่งจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า มีการส่งเสริมความรู้และทักษะต่างๆ แก่ผู้ป่วยโรคใบโพลาร์ ดังนี้

การส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ แบบรายบุคคล

การศึกษาของ Perry, Tarrier, Morriss, McCarthy, & Limb (1999) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของการสอนผู้ป่วยไบโพลาร์ในการรับรู้ถึงอาการเริ่มแรกของอาการกำเริบ และเข้ารับการรักษาสถานบริการทางสุขภาพอย่างทันทั่วทั้งที่ ในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ จำนวน 69 ราย ที่มีประวัติการกลับเป็นซ้ำตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป และมีประวัติเป็นซ้ำ 1 ครั้งภายในระยะเวลา 12 เดือน ด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์มาตรฐานทางจิตเวช (Standardized Psychiatric) และการทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning interviews) โดยผู้ช่วยการวิจัย ที่ได้รับการฝึกหัดเป็นผู้สัมภาษณ์ ตั้งแต่ก่อนเริ่มทำการวิจัย (baseline) และทุก 6, 12 และ 18 เดือน หลังจากทำการสุ่มตัวอย่าง และประเมินการกลับเป็นซ้ำ (มีอาการของแมเนีย ไฮโปแมเนีย แบบผสมหรือภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์มาตรฐานเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 5 วัน) ทุก 6, 12 และ 18 เดือนหลังสุ่มเข้ากลุ่มการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า อาการกำเริบครั้งแรกของอาการแมเนียในกลุ่มทดลองจะเกิดใน 65 สัปดาห์ ส่วนในกลุ่มควบคุมจะเกิดใน 17 สัปดาห์ ส่วนอาการกำเริบครั้งแรกของอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลองจะเกิดใน 21 สัปดาห์ ส่วนในกลุ่มควบคุมจะเกิดใน 26 สัปดาห์ กราฟเส้นโค้งเปรียบเทียบอาการกำเริบครั้งแรกอาการแมเนียในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (log rang 7.04, df = 1, p = 0.008) แต่ในกลุ่มอาการซึมเศร้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (log rang 1.65, df = 1, p = 0.19) จำนวนครั้งของอาการแมเนียกำเริบในระหว่างก่อนการทดลอง (baseline) และในทุก 6 เดือนจนถึง 18 เดือนในกลุ่มทดลองเมื่อ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่แตกต่างกันในช่วงระยะเวลาที่มีอาการกำเริบ สำหรับจำนวนครั้งของอาการซึมเศร้ากำเริบไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และการทำหน้าที่ทางสังคมโดยรวม และอาชีพการงานในกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในระยะเวลา 18 เดือน {mean difference 2.0 (0.7 to 3.2), p=0.003} และ {mean difference 0.7 (0.1 to 1.3), p= 0.030 ตามลำดับ}

การส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ แบบกลุ่ม

ที่ผ่านมา มีผู้ศึกษาการใช้ยาร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ เช่น จากการศึกษาของ Baker (2001) ที่ศึกษาในผู้ป่วย 120 ราย มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ถึง การเจ็บป่วย การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ถึงอาการนำและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดการกับอารมณ์ ผลข้างเคียงของยา กลไกการปรับตัว ทักษะการแก้ไขปัญหา ผลการวิจัยพบว่า ภายในระยะเวลา 2 ปี กลุ่มผู้ที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษามีอาการกลับเป็นซ้ำ 67 % ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษามีอาการกลับเป็นซ้ำ 92 %

การศึกษาของ Colom และคณะ (2003a) ศึกษาถึงประสิทธิผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I และ II ที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM- IV อายุ 18 ถึง 65 ปี ขณะผู้ป่วยอยู่ในภาวะอาการสงบ (Euthymic) จำนวน 120 คน ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยทุกคน จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานทางจิตเวช และการรักษาด้วยยาตามปกติ จากโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ของบาซิลโลนา พบว่า จำนวนผู้ป่วยอยู่ในช่วงที่กลับเป็นซ้ำ ขณะให้การรักษา (The Treatment phase) ในกลุ่มควบคุม มีจำนวนการกลับเป็นซ้ำ (ภาวะแมเนีย ไฮโปแมเนีย แบบผสม หรือภาวะซึมเศร้า) จำนวน 36 คน คิดเป็น 60% ส่วนกลุ่มทดลอง มีจำนวน 23 คน คิดเป็น 38% ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ช่วงติดตามการรักษา (The follow-up phase) พบว่ากลุ่มควบคุม มีจำนวนการกลับเป็นซ้ำ (ภาวะแมเนีย ไฮโปแมเนีย แบบผสม หรือภาวะซึมเศร้า) จำนวน 55 คน คิดเป็น 92% ส่วนกลุ่มทดลอง มีจำนวน 40 คน คิดเป็น 67% ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้พบว่าจำนวนภาวะ (episode) ทั้งหมดและจำนวนภาวะซึมเศร้า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญน้อยกว่าช่วงของเวลา สำหรับระยะเวลาของการกลับเป็นซ้ำ พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระยะเวลาของการกลับเป็นซ้ำแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งภาวะแมเนีย แบบผสมและภาวะซึมเศร้ารวมกัน หรือแยกแต่ละช่วงภาวะ (episode) ส่วนระยะเวลา การเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ช่วงให้การรักษา พบว่า กลุ่มควบคุม มีการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลจากการกลับเป็นซ้ำ จำนวน 8 คน คิดเป็น 13.3% จากจำนวนผู้ป่วย 60 คน ส่วนกลุ่มทดลองมีจำนวน 9 คน คิดเป็น 16.1% ($p = .67$) ช่วงติดตามการรักษา พบว่า กลุ่มควบคุม มีการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลจากการกลับเป็นซ้ำ จำนวน 21 คน คิดเป็น 35% จากจำนวนผู้ป่วย 60 คน ส่วนกลุ่มทดลองมีจำนวน 14 คน คิดเป็น 25% ($p = .24$) และการวัดระดับของยาในซีรัม ไม่ว่าจะเป็ระยะเริ่มแรก ขณะให้การรักษาหรือช่วงติดตามการรักษาในระยะเวลา 2 ปี ไม่มีความแตกต่างของปริมาณยาควบคุมอารมณ์ (ทั้งยาลิเทียม ยาคาร์บามาซีเฟน และยาวาลโพรเอด) ในซีรัมทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Colom และคณะ ศึกษาในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I ที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM- IV อายุ 18 ถึง 65 ปี จำนวน 50 คน พบว่า ช่วงการรักษา (The Treatment phase) กลุ่มควบคุม มีการกลับเป็นซ้ำ (ภาวะแมเนีย ไฮโปแมเนีย แบบผสม หรือภาวะซึมเศร้า) มากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .005$) กล่าวคือ กลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ จำนวน 14 คน (56%) ส่วนกลุ่มทดลอง มีผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ จำนวน 4 คน (16%) กลุ่มควบคุม มีการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลจากการกลับเป็นซ้ำ จำนวน 4 คน (16%) ส่วนกลุ่มทดลองไม่มีจำนวนผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ($p = .03$) ช่วงติดตามการรักษา (The follow-up phase) กลุ่มควบคุม มีการกลับเป็นซ้ำมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) กล่าวคือ กลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ จำนวน 23 คน (92%) ส่วนกลุ่มทดลอง

มีการกลับเป็นซ้ำ 15 คน (60%) กลุ่มควบคุม มีการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 9 คน (36%) ส่วนกลุ่มทดลอง มีจำนวน 2 คน (8%) ($p=.01$) การวิเคราะห์ Survival of relapse Bipolar I patient แสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา มีการคงอยู่ของอาการก่อนการกลับเป็นซ้ำที่ยาวนานกว่า ($\log \text{rank}=11.52$, $df=1$, $p=.007$) ผู้ป่วยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา มีจำนวนของการกลับเป็นซ้ำ และจำนวนของผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงซึมเศร้า น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการใช้ยาและระดับลิเทียม ในเลือดไม่แตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญ ทั้งในระหว่างการศึกษาหรือสิ้นสุดการติดตาม และการศึกษาของ Colom และคณะ (2005) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อระดับชีรั่มลิเทียมในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ กลุ่มทดลอง จำนวน 49 คน กลุ่มควบคุม 44 คน ซึ่งผ่านการคัดเลือกจากผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I หรือ II จำนวน 120 ราย จากงานวิจัยก่อนหน้านี้ (III) มาทำการวิเคราะห์ย่อยหาระดับลิเทียมในชีรั่ม ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกทุกคนจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานทางจิตเวช ได้แก่ การรักษาด้วยยา ตามโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยไบโพลาร์ของบาซิลอนา ซึ่งรวมถึงการได้รับยาลิเทียมคาร์บอเนต (ชนิดเม็ด 2 ครั้งต่อวัน) ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับลิเทียมในชีรั่มของแต่ละกลุ่มในแต่ละช่วงเวลาของผู้ป่วยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่ากลุ่มควบคุมในช่วงเวลา 6, 12, 18 และ 24 เดือน และมีความสัมพันธ์คงที่ (ระดับ 0.75-0.79 มิลลิอิควิวาเลนส์ ต่อลิตร) ซึ่งมักจะมากกว่าระดับค่าเฉลี่ยพื้นฐานเริ่มแรก ในขณะที่เดียวกันพบว่า กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยระดับลิเทียมในชีรั่มแปรผันมากกว่า (0.64-0.72 มิลลิอิควิวาเลนส์ ต่อลิตร) และค่าเฉลี่ยระดับลิเทียมพื้นฐานเริ่มแรกมีค่าเฉลี่ยสูงมากที่สุด และโดยทั่วไป แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษามีระดับลิเทียมในชีรั่มสูงกว่ากลุ่มควบคุม

การส่งเสริมความรู้แก่ครอบครัวของผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ แบบกลุ่ม

การทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ศึกษาในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ จำนวน 101 ราย โดยให้โปรแกรม FFT (Family - focused treatment) ร่วมกับการรักษาทางยา ภายใน ระยะเวลา 1 ปี พบว่า อัตราการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้เข้าโปรแกรมฯ การรักษาด้วยครอบครัวบำบัด ทำให้การสื่อสารด้วยวจนภาษา และอวจนภาษาดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติหน้าที่บทบาทในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการแก้ไขปัญหาความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแลการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และยังช่วยลดอาการซึมเศร้าได้อีกด้วย แต่ไม่ช่วยรักษาอาการคลุ้มคลั่ง (Miklowitz et al., 2000)

การส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ แบบกลุ่ม

จากการศึกษาค้นคว้า และทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า

การศึกษาของ Morriss, Faizal, Jones, Williamson, Bolton, & McCarthy (2007) ได้ทบทวนงานวิจัยเชิงทดลองอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับการสอนการระลึกรู้อาการเตือนแรกเริ่มของการกลับเป็นซ้ำ

(EWS) ในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์และหรือผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ พบว่า ข้อมูลที่ได้จากการทดลอง 6 เรื่อง สนับสนุน EWS intervention แบบกลุ่มสามารถลดเวลาที่เกิดการกลับเป็นซ้ำครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญ ข้อมูลที่ได้จากการทดลอง 4 เรื่อง สนับสนุน EWS intervention แบบกลุ่มสามารถลดเวลาที่เกิดแมเนียหรือไฮโปแมเนีย อย่างมีนัยสำคัญ การทดลอง 4 เรื่อง สนับสนุน EWS intervention แบบกลุ่มสามารถลดเวลาที่เกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ และงานวิจัยเชิงทดลองอีก 4 เรื่อง สนับสนุน EWS intervention แบบกลุ่มสามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษาของ Rouget & Aubry (2007) ประเมินประสิทธิภาพของการให้สุขภาพจิตศึกษาในการรักษาผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยและญาติ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ อาการซึมเศร้าและไฮโปแมเนีย และการทำหน้าที่ทางสังคมการทำงานอาชีพ และศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิผลในช่วงใดของการป่วยด้วยโรคไบโพลาร์ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ งานวิจัยที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้สุขภาพจิตศึกษา หรือการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการบำบัดอื่นๆ ผลการศึกษาพบว่า

1. การปฏิบัติตามแผนการรักษา งานวิจัยส่วนใหญ่ เสนอแนะว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา หรือการบำบัดที่มีการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมด้วย สามารถทำให้การปฏิบัติตามแผนการรักษาในการรับประทานยาที่เข้มและยาที่ควบคุมอารมณ์ให้คงที่ตัวอื่นๆ ดีขึ้น แต่ก็มีงานวิจัยเล็กน้อยจำนวน 2 ถึง 3 เรื่องที่ศึกษาในผู้ป่วยและคู่สมรส ไม่สามารถปรับเปลี่ยนการรับประทานยาที่เข้มและยาที่ควบคุมอารมณ์ให้คงที่ตัวอื่นๆ เมื่อการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ ($n = 120$) ของ Colom และคณะ (2005) พบว่ามีความแตกต่างในการรับประทานยาที่เข้ม แต่ไม่พบความแตกต่างในการรับประทานยาควบคุมอารมณ์ให้คงที่ตัวอื่นๆ ในการวิเคราะห์ติดตามระยะยาว เพื่อยืนยันผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อระดับยาที่เข้มในชีรั่ม ผู้วิจัยเสนอแนะว่าการให้สุขภาพจิตศึกษานอกจากจะช่วยให้การรับการรักษาต่อเนื่อง ยังเป็นตัวช่วยให้ระดับอารมณ์คงที่ กล่าวได้ว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับการรักษาด้วยยาตามมาตรฐาน ช่วยหลีกเลี่ยงการกลับเป็นซ้ำ ทำให้การรับประทานยาต่อเนื่องดีขึ้นและลดความแปรปรวนของระดับชีรั่ม

2. ความรู้และทัศนคติของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยและการรักษา มีการศึกษาหลายเรื่องให้ข้อเสนอแนะว่าการให้สุขภาพจิตศึกษามีส่วนช่วยให้ความรู้และทัศนคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาดีขึ้น

3. อาการลดลงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (symptom reduction and relapse prevention) แม้ว่าการศึกษาที่มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนจำกัด ($n = 14$) ของ Kripke, & Robinson (1985) พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษา อาจทำให้อาการทางคลินิกดีขึ้น ซึ่งได้รับการยืนยันจากการศึกษาของคนอื่นๆ

ที่ได้ทำการวิจัยต่อมาในภายหลัง พบว่า อาการลดลงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จากการทดลองที่มีสมาชิกหมุนเวียนเข้ากลุ่มได้ของ Clarkin และคณะ (1990) พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการรักษาที่มีการช่วยเหลือสนับสนุนและการให้คำปรึกษา ช่วยลดระยะเวลาและความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระหว่างที่ให้การบำบัดได้ การให้สุขภาพจิตศึกษามีเนื้อหาอยู่ในการให้การบำบัดอย่างกว้างขวาง เช่น การบำบัดแบบครอบครัว ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นแต่ไม่มีผลต่อภาวะเมเนีย พบการรายงานว่าการซึมเศร้าจะกลับมาในช่วงการติดตามครั้งแรกภายใน 12 เดือน การรับรู้อาการเริ่มแรก (early recognition) และเริ่มต้นบำบัดในภาวะเจ็บป่วยด้านอารมณ์จะมีผลในการป้องกันภาวะเมเนีย มากกว่า การบรรเทาภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง การบำบัดด้วย cognitive โดยมีการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมด้วย พบว่าหลังการรักษา 6 เดือน มีคะแนน ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและทัศนคติในการทำหน้าที่น้อย แต่พบว่าหลังการติดตาม 12 เดือนการบำบัดด้วย cognitive มีคะแนนเมเนียหรือไฮโปเมเนียต่ำกว่าการรักษาตามปกติ

4. การป้องกันภาวะซึมเศร้า การศึกษาจำนวนมากที่ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการสอนให้ผู้ป่วยแยกแยะอาการนำ (prodromal symptoms) และวางแผนในการปฏิบัติเพื่อตอบสนองเมื่อมีอาการเกิดขึ้นครั้งแรก มีการรายงาน ในกลุ่มทดลองขนาดเล็ก การให้สุขภาพจิตศึกษาไม่มีผลต่อการยอมรับการรักษาและอัตราการกลับเป็นซ้ำ อาจเนื่องจากจำนวนที่จำกัดของผู้ป่วย และในความเป็นจริง การให้สุขภาพจิตศึกษาเพียงเดือนละ 1 ครั้งเท่านั้น ยิ่งกว่านั้นการคัดผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแปรปรวนออก มีผลให้มีความสำคัญทางสถิติ อาการเตือน (warning signs) ของภาวะเมเนียง่ายในการแยกแยะกว่าภาวะซึมเศร้า

5. การป้องกันภาวะเมเนีย และไฮโปเมเนีย มีงานวิจัย 2 เรื่อง ที่ผู้ป่วยได้รับสุขภาพจิตศึกษามีอัตราการกลับเป็นซ้ำที่ลดลง (ภาวะเมเนีย ไฮโปเมเนีย แบบผสมและภาวะซึมเศร้า) กว่ากลุ่มควบคุมทั้งระยะสิ้นสุดการรักษาและการติดตาม ระยะ 24 เดือน

6. การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ให้สุขภาพจิตศึกษา มีผลต่อความยาวนานและหรือจำนวนครั้งของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

7. การทำหน้าที่และคุณภาพชีวิต พบการรายงาน หลายเรื่องเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษา รวมทั้งการบำบัดที่มีการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมด้วย ช่วยทำให้การทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น พบการศึกษาถึงผลกระทบที่มีต่อช่วงที่มีภาวะเมเนีย หรือไฮโปเมเนีย อาจส่งผลไม่เป็นที่น่าพอใจ เป็นที่น่าสังเกตจะส่งผลดีในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ที่เป็นผู้หญิงเท่านั้นและการให้จิตสังคมบำบัดจะไม่ส่งผลดีต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

8. โรคไบโพลาร์ร่วมกับความผิดปกติทางจิต (บุคลิกภาพแปรปรวน การใช้สารเสพติด) การศึกษาของ Colom และคณะ (2004) กลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา มีอัตราการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่า

กลุ่มที่ไม่ได้รับ จากการติดตาม 24 เดือน การให้สุขภาพจิตศึกษาี้ระยะห่างช่วงที่ไม่มีอาการเจ็บป่วย ลดจำนวนครั้งของการกลับเป็นซ้ำแมเนีย หรือ ซึมเศร้า

9. การบำบัดสำหรับครอบครัวและผู้ดูแล การศึกษาของ Brennan (1995); Honig, Hatman, Rozendaal, & Dingeman (1997); Van gent & Zwart (1991) การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวและคู่สมรส เพิ่มความรู้เรื่องการเจ็บป่วย และเป็นกลยุทธ์ในการรักษาประคับประคองทางสังคม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Reinares และคณะ (2002) การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวและผู้ดูแล ทำให้บรรเทาความรู้สึกเป็นภาระ ความรู้ที่ได้ช่วยให้รู้สึกเหนื่อยน้อยลงกับภาระในการดูแล สามารถจัดการกับความต้องการของผู้ป่วยได้

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น เห็นได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยไบโพลาร์ให้ได้รับความรู้ที่เหมาะสม เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา (psycho-educational) การสอนให้รับรู้ถึงอาการเตือนแรกเริ่มของการกลับเป็นซ้ำ (EWS) แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ และครอบครัวหรือผู้ดูแล ช่วยป้องกันการเกิดอาการกำเริบ (Relapse) การกลับเป็นซ้ำ (Recurrence) หรือการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Rehospitalization) ของผู้ป่วยโรคไบโพลาร์

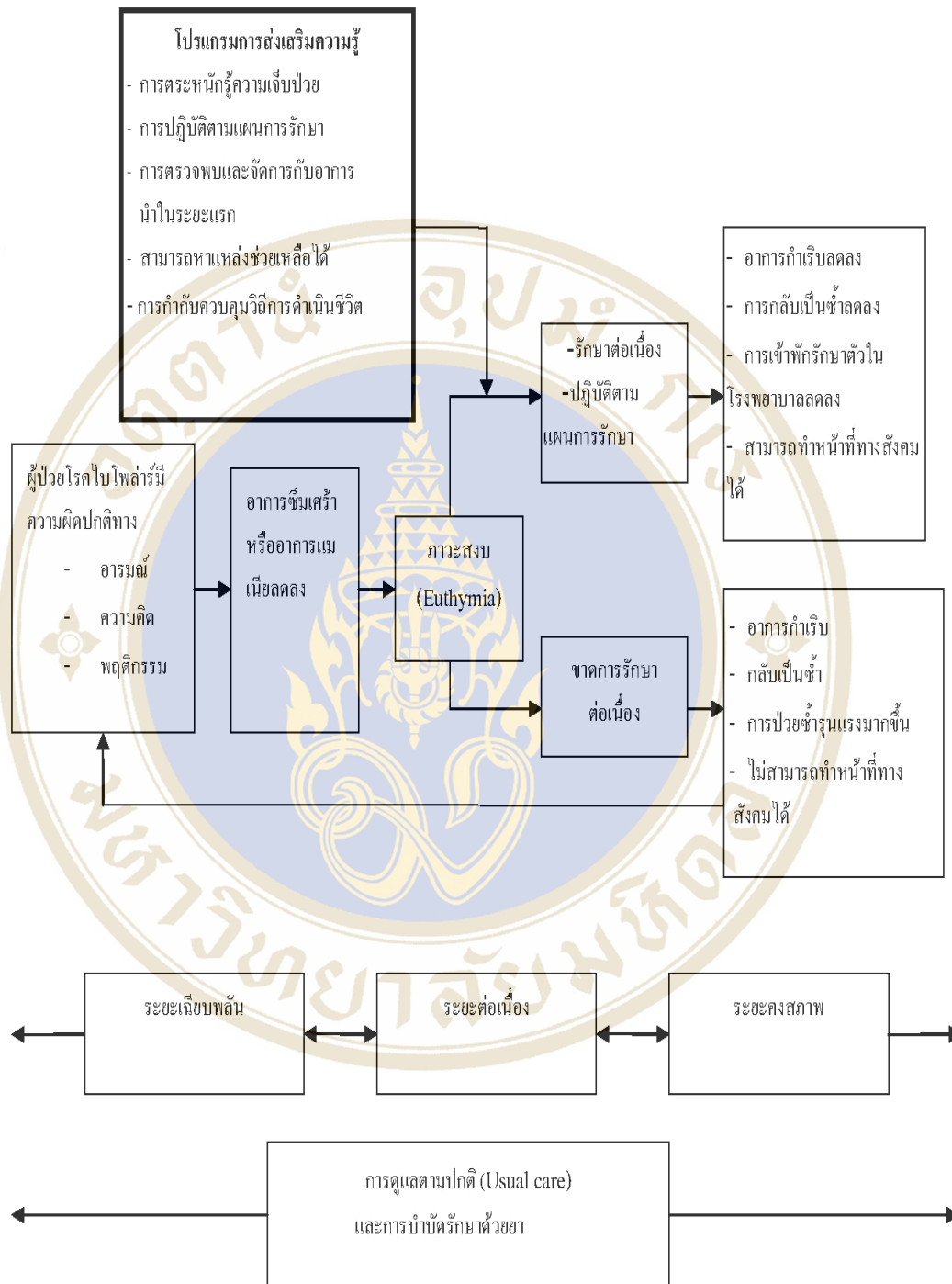
2.2 กรอบแนวคิดของการศึกษา

กรอบแนวคิดนี้มาจากปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ที่มีลักษณะทางคลินิกที่แตกต่างจากโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ซึ่งเป็นความผิดปกติในด้าน อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม มีอารมณ์แปรปรวนที่มีทั้งภาวะซึมเศร้าและภาวะแมเนีย ในช่วงที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะไม่สนใจสิ่งแวดล้อม แบบแผนการนอนเปลี่ยนไป ความอยากอาหาร ความสนใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดต่ำลง รู้สึกสิ้นหวัง โทษตัวเองและมีความคิดฆ่าตัวตาย ส่วนช่วงที่มีภาวะแมเนีย ผู้ป่วยจะรู้สึกครึกครื้นสนุกสนาน หรือหงุดหงิดง่าย คิดเร็ว พูดเร็ว นอนหลับน้อย มีความมั่นใจในตัวเองสูง ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน กระทั่งโดยตรงกับครอบครัว และหรือผู้ดูแล การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคไบโพลาร์มีด้วยกัน 3 ระยะ คือ ระยะเฉียบพลัน โดยเริ่มต้นเมื่อผู้ป่วยมาหาขณะมีอาการแมเนียหรืออาการซึมเศร้าจนถึงผู้ป่วยมีอาการแมเนียและอาการซึมเศร้าลดลง การรักษาจะเป็นการใช้ยา หรือถ้ามีอาการรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อยาอาจใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า ระยะต่อเนื่อง เป็นการรักษาต่ออีกประมาณ 6 เดือน หลังจากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นด้วยการให้ยาอย่างต่อเนื่อง หากหยุดการรักษาผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง ระยะคงสภาพ เป็นการรักษาด้วยยา เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ลดการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคม ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม การให้สุขภาพจิตศึกษาในช่วงนี้มักพบผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ

เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ความไม่สุขสบายที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา และผู้ป่วยบางรายมีความเข้าใจว่าหายป่วยจากโรคแล้ว ส่งผลให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา ทำให้มีอาการกำเริบ (Relapse) การกลับเป็นซ้ำ (Recurrence) หรือมีอาการรุนแรงจนต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Rehospitalization)

จากการศึกษา ค้นคว้า และทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ศึกษามีความเข้าใจปัญหาทางคลินิก ด้วยการใช้ยาจะเป็นรากฐานสำคัญของการรักษาผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ แต่การรักษาทางจิตสังคม ไม่ว่าจะเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษา (psycho-educational) หรือการทำจิตบำบัด ก็มีความสำคัญไม่น้อยในการช่วยเสริมกับการรักษาด้วยยา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ต่อไป นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยทราบอาการ แรกเริ่มของอาการกำเริบ แต่เนิ่นๆ การรับรู้ถึงอาการเตือนแรกเริ่มของการกลับเป็นซ้ำ (EWS) ในการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ได้รับความรู้ที่เหมาะสมโดยการให้สุขภาพจิตศึกษา (psycho-educational) จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง รู้สาเหตุและปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการของโรค และรู้จักวิธีการจัดการกับอาการ ไม่พึ่งประสงค์ของยา การดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต มีทักษะในการจัดการกับความเครียดและการแก้ไขปัญหา ซึ่งผลจากการให้ความรู้และฝึกฝนทักษะใหม่ที่เป็นประโยชน์จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็น และสามารถจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เข้ามาใหม่ได้ โดยการส่งเสริมการให้ความรู้จะครอบคลุม 5 ประเด็นหลัก คือ การตระหนักรู้การเจ็บป่วย การปฏิบัติตามแผนการรักษา การตรวจพบและจัดการกับอาการนำในระยะแรก การหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนการกำกับควบคุมวิถีชีวิต การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ร่วมกับการบำบัดรักษาด้วยยาและการดูแลตามปกติ จะช่วยลดการเกิดอาการกำเริบ (Relapse) การกลับเป็นซ้ำ (Recurrence) หรือการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Rehospitalization) และช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ได้

ในปัจจุบันนี้ กลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลพระจอมเกล้าที่ปฏิบัติงานอยู่ มีจิตแพทย์เป็นผู้ที่ตรวจวินิจฉัยรักษาผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ดูแลให้คำแนะนำช่วยเหลือในเรื่องทั่วไปของผู้ป่วย แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ซึ่งการส่งเสริมความรู้ด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษา ในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสงบ จะช่วยให้ผู้ป่วยรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง รู้จักและจัดการกับอาการกำเริบได้ทันทั่วทั้งที่ ซึ่งพอสรุปได้ดังแผนภูมิที่ 1 ดังนี้



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการศึกษา

บทที่ 3

แผนการดำเนินงาน

3.1 การเลือกรูปแบบในการดำเนินการ (Selected model for implementation)

หลายปีที่ผ่านมา เป็นที่ทราบกันว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ และมาตรฐานนั้น ต้องปฏิบัติบนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งรวมถึงข้อมูลหลักฐานทางคลินิก จากผลการวิจัย จึงมีนักปฏิบัติการพยาบาลได้สร้างกรอบแนวคิดเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งรูปแบบของการใช้ผลงานวิจัยมีหลายรูปแบบ เช่น The CURN project, The WICHE project, Stetler model, Evidence- Based Practice model, IOWA model เป็นต้น

ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคโพลาร์ ผู้ศึกษาดำเนินงานโดยเลือกรูปแบบ Evidence- Based Practice Model (Soukup, 2000) มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้าง และพัฒนาแนวปฏิบัติเนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติมีกระบวนการที่ชัดเจนครอบคลุมเน้นการพัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กร ตลอดจนให้แนวทางในการพัฒนาต่อเนื่อง ขั้นตอนในการพัฒนาจะมีความสัมพันธ์กันทั้งในกระบวนการคิด และสังเคราะห์ รวมทั้งการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อสนับสนุนวิธีปฏิบัติการพยาบาลทุกขั้นตอน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีที่สุดอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้รับบริการ ซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะของการค้นหาปัญหา (Evidence-triggered phase)

เป็นระยะของการค้นหาปัญหา ที่ได้มาจากหลักฐาน 2 ทาง คือ จากการปฏิบัติงานและการทบทวนวรรณกรรม

- 1.1 จากการปฏิบัติงาน (Practice triggers) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในการปฏิบัติงาน
- 1.2 จากความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม (Knowledge triggers)

ระยะที่ 2 ระยะของการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase)

เป็นระยะการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการปฏิบัติที่เป็นเลิศ ในประเด็นที่กำหนดจากระยะที่ 1 แหล่งของการสืบค้นข้อมูลจะมาจากหลายแหล่ง ได้แก่ รายงานวิจัยรูปแบบต่างๆ งานวิจัยเชิงผลลัพธ์ เอกสารจากองค์กรที่เป็นที่ยอมรับมาตรฐานทางคลินิกระดับชาติ แนวปฏิบัติ

ทางคลินิกในระดับชาติข้อเสนอแนะการใช้เครื่องมือจากบริษัทและรายงานการปฏิบัติที่เป็นเลิศจากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นที่ยอมรับ

ผลลัพธ์ของระยะนี้ คือ หลักฐาน/งานวิจัยที่สืบค้นได้ทั้งหมด ประเมินและวิเคราะห์คุณภาพ การสังเคราะห์หลักฐาน/งานวิจัยที่ค้นได้ทั้งหมด เพื่อสรุปเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งการสร้างแนวปฏิบัติจากหลักฐานที่สังเคราะห์ได้

ระยะที่ 3 ระยะที่นำโครงการลงสู่การปฏิบัติ (Evidence-observed phase)

เป็นระยะที่นำเสนอโครงการสู่การปฏิบัติด้วยวิธีการที่เหมาะสม และประเมินได้ โครงการที่นำเสนออาจจะเป็นการศึกษานำร่อง การศึกษาทางคลินิก หรือการประเมินผลการปฏิบัติด้วยการศึกษาเชิงผลลัพธ์

ผลลัพธ์ของระยะนี้ คือ การประเมินความเป็นไปได้ในการนำโครงการลงสู่การปฏิบัติ หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานจากการสังเกต และให้ข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 4 ระยะของการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence - base phase)

เป็นระยะของการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณจากข้อมูลในระยะ Evidence - Support phase และ Evidence - observed phase คำถามคือ โครงการที่นำเสนอประสบความสำเร็จ โดยทำให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศหรือไม่ และมาจากหลักฐานอะไร

ผลลัพธ์ของระยะนี้ คือ การประเมินว่า การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่เกิดขึ้นอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์หรือไม่ และสนับสนุนการปฏิบัติที่เป็นเลิศหรือไม่

ผลลัพธ์สุดท้ายของระยะนี้ คือ การเผยแพร่ข้อค้นพบ ซึ่งอาจจะทำโดยการรายงานในคณะกรรมการประจำหน่วยปฏิบัติ และสหสาขาวิชาชีพ นำเสนอในการประชุมระดับชาตินำเสนอในเครือข่ายคอมพิวเตอร์ หรือการตีพิมพ์ ซึ่งจะทำให้เกิดความน่าเชื่อถือเชิงวิชาชีพ (Professional)

3.2 การประยุกต์รูปแบบในการดำเนินการ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคใบโพลาร์ ในครั้งนี้ได้รูปแบบของการใช้ผลงานวิจัยของ ซุกัพ (Soukup) มาเป็นกรอบแนวคิด ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะของการค้นหาปัญหา (Evidence-triggered phase)

1.1 ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน (Practice triggers)

จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานทางคลินิกของผู้ศึกษาระยะเวลา 5 ปีในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรีได้ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเวชที่อยู่ในความรับผิดชอบ

ภายในจังหวัดเพชรบุรี และพื้นที่ใกล้เคียง พบว่า ร้อยละ 2.5 ของผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ และพบมีการกลับเป็นซ้ำจนต้องส่งต่อเพื่อเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลทุกปี ประมาณร้อยละ 6 การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินสถานะการเจ็บป่วย เช่นการซักประวัติ ประเมินภาวะจิตสังคม การตรวจสัญญาณชีพและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องการส่งต่อเมื่อมีอาการบ่งบอกว่าต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ตามแผนการรักษาของจิตแพทย์

นอกจากนั้นแล้ว การปฏิบัติการที่กระทำ คือ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรับประทานยา การปฏิบัติตัวและความต่อเนื่องของการรักษา ซึ่งส่วนมากทำเป็นรายบุคคลเพื่อการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ณ เวลานั้นๆ ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลที่มีอยู่นั้นไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน การปฏิบัติงานในเวลา 5 ปีที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ยังคงมีการกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ดังกล่าวแล้วข้างต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองและญาติผู้ใกล้ชิดที่ดูแล นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาล คือ เพิ่มค่าใช้จ่ายที่มากขึ้นในการรักษาพยาบาลจากการกลับเป็นซ้ำ จากปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงให้ความสนใจและได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยในระยะเวลา 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2548 ถึง 2550 จำนวน 9 ราย พบว่าผู้ป่วยไม่ให้ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ทราบแบบแผนการรักษา ไม่ทราบวิธีการจัดการเมื่อมีอาการกำเริบ ขาดทักษะการแก้ปัญหาและการจัดการกับความเครียดและการไม่มาพบจิตแพทย์ตามการนัดหมายหรือเมื่อมีอาการกำเริบเป็นต้น

1.2 ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม (Knowledge triggers)

จากการค้นคว้าทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่ผ่านมาข้างต้น พบว่าการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ เมื่อเกิดขึ้นซ้ำๆ ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงร่วมกับพบความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพจะมีมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระในการดูแลแก่ญาติและผู้ใกล้ชิด นอกจากนี้การกลับเป็นซ้ำยังก่อให้เกิดผลเสียตามมาทั้งในด้านระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา มากกว่าผู้ป่วยใหม่ ซึ่งการส่งเสริมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างมีระบบในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาการปฏิบัติตามแผนการรักษา การรับรู้ถึงอาการนำและอาการเตือนก่อนการกลับเป็นซ้ำ การจัดการกับอาการนำรวมถึงการกำกับควบคุมวิถีการดำเนินชีวิตจะช่วยยืดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำและการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลลดจำนวนวันนอนพักในโรงพยาบาล

จากข้อมูลที่ได้ทั้ง 2 แหล่งทั้งจากการปฏิบัติงานและจากแหล่งความรู้ได้นำมาสรุปเพื่อให้ได้ประเด็นปัญหา ผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตระหนักในการรักษา สามารถนำไปปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลในการยืดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย

ระยะที่ 2 ระยะของการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase)

ผู้ศึกษาได้กำหนดแนวทางในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้งานวิจัยที่มีบริบทตรงกับเรื่องที่ต้องการศึกษามากที่สุด

การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

1. ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิด “PICO” (PICO Framework: Population, Intervention, Comparison intervention, Outcome) (Craig, 2002) มาเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ มีรายละเอียดดังนี้

1.1 Population: ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์

1.2 Intervention: การส่งเสริมความรู้ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์

1.3 Comparison intervention: (ไม่มี)

1.4 Outcome: อัตราอาการกำเริบ (Relapse) การกลับเป็นซ้ำ (Recurrence) หรืออัตรา
การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (Rehospitalization) ของผู้ป่วยโรคไบโพลาร์

2. การกำหนดคำสำคัญ เพื่อใช้ในการสืบค้น

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่น ๆ ได้แก่

2.1 Population: Keyword ที่ใช้ คือ Bipolar disorder และ Manic-depressive disorder

2.2 Intervention: Keyword ที่ใช้ คือ Psychosocial Intervention, Psycho-education, education, teaching

2.3 Comparison intervention: Keyword ที่ใช้ (ไม่มี)

2.4 Outcome: Keyword ที่ใช้ คือ Time to Relapse, Rehospitalization, Number of hospitalization, Relapse prevention, Recurrence prevention

3. การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้

3.1 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้ง ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ฐานข้อมูลที่ใช้ ได้แก่ www.guidelines.gov, www.Cochrane.org, www.Joannabriggs.edu.au, OVID, CINAHL, Pub Med, Science Direct, Blackwell-Synergies, MEDLINE, www.google.com

3.2 Hand search

3.3 เอกสารอ้างอิง (Reference List) ของบทความหรืองานวิจัย

4. เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย โดยครอบคลุมงานวิจัย ดังนี้

4.1 งานวิจัยที่ศึกษาผู้ป่วยโรคไบโพลาร์

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้ให้กับผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ในด้านต่างๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ความตระหนักในการรักษา การรับรู้อาการแรกเริ่ม การแก้ปัญหา และการจัดการกับความเครียด เป็นต้น

4.3 งานวิจัยที่มีผลลัพธ์ครอบคลุมการลดอาการซึมเศร้าและแมเนียอัตราการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) อาการกำเริบ (Recurrence) อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Readmission) และการทำหน้าที่ทางสังคม

4.4 เลือกชนิดของงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศเป็นงานในรูปแบบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systemic reviews) การวิจัยเชิงทดลองทั้งแบบที่มีการสุ่มและไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จะมีกลุ่มควบคุมหรือไม่ก็ได้ และการทบทวนงานวิจัยเชิงทดลองและอื่นๆอย่างเป็นระบบ

4.5 งานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ.1999ถึง 2007และเลือกเฉพาะงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (full text)

5. ผลการสืบค้น

การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่าง ๆ พบว่า งานวิจัยส่วนมากตีพิมพ์เฉพาะ Abstract จึงไม่สามารถเข้าถึงงานวิจัยได้ หรือบางงานวิจัยตีพิมพ์ในวารสารที่ไม่ได้รับในประเทศไทย ผลการสืบค้น พบหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ จำนวน 6 เรื่อง

งานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือก แยกออกเป็นงานวิจัยระดับ Randomized Controlled Trials (RCTs) ที่ผ่านการทบทวนอย่างเป็นระบบ จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยระดับ Randomized Controlled Trials (RCTs) ที่เป็นงานวิจัยเดี่ยว จำนวน 4 เรื่อง และการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเดี่ยวแบบ RCTs และอื่น ๆ จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่

1. Morriss, RK., Faizal, MA., Jones, AP., Williamson, PR., Bolton, C, & McCarthy, JP. (2007). Intervention for helping people recognize early signs of recurrence in bipolar disorder. [http://: www. mrw. Interscience.wiley.com/ Cochran Database of SystematicReviews. Issue 1](http://www.mrw.interscience.wiley.com/CochranDatabaseofSystematicReviews), Nottingham: UK.
2. Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Manuel Goikolea, J., et al. (2003a). A randomized trial on the efficacy of group psycho-education in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *American Medical Association. General Psychiatry.* 60, 402-407. Spain.

3. Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Manuel Goikolea, J. et al. (2003b). Psycho-education efficacy in bipolar disorder: beyond compliance enhancement. *Journal Clinical Psychiatry*. 64(9), 1101-1105. Spain.
4. Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, JM., et al. (2005). Stabilizing the stabilizer: group psycho-education enhances the stability of serum lithium levels. *Bipolar Disorder*. 2005. 7(5), 32-36. และ *Blackwell Munksgaard 2005*. Barcelona: Spain.
5. Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medicine Journal*. 318, 149-153.
6. Rouget, B.W., & Aubry, J-M. (2007). Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorder: A review of the literature. *Journal of Affective Disorder*. 98, 11-27. Geneva: Switzerland.

รายละเอียดของผังการสืบค้นงานวิจัยแสดงไว้ในภาคผนวก ค

6. เกณฑ์ที่ใช้ประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของ Recommendations

การประเมินหลักฐานที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย เพื่อสร้างแนวทางส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ เพื่อลดอาการกำเริบ (Relapse) การกลับเป็นซ้ำ (Recurrence) หรืออัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Rehospitalization) ของผู้ป่วยโรคไบโพลาร์โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน (Strength of evidence) ตามระบบการจำแนกหลักฐาน ของ Melnyk and Fineout-Overholt (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005) มีรายละเอียดดังนี้

- ระดับ 1: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่มาจากกลุ่มงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trials หรือ RCTs) หรือเป็นหลักฐานจาก guidelines ที่ได้มาจาก systematic review ของงานวิจัย RCTs
- ระดับ 2: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดีโดยมาจากการวิจัยที่เป็นเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trials) หรือ RCTs

ระดับ 3: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระดับ 4: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดีโดยงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Cohort study) หรือการวิจัยกรณีศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Case-control analytical studies)

ระดับ 5: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 6: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา/บรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 7: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จาก ความคิดเห็น ทศนะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้น ๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

นำงานวิจัยที่ได้มาจัดระดับความเข้มแข็งของ Recommendations ที่ได้จากงานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง จำแนกตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) พบงานวิจัยมีระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 1 จำนวน 1 เรื่อง ระดับ 2 จำนวน 4 เรื่องและระดับ 5 จำนวน 1 เรื่อง

จากนั้นผู้ศึกษาได้นำงานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง มาวิเคราะห์และสกัดเนื้อหาใส่ตาราง ที่ละเรื่องจนครบทุกเรื่อง และมีการประเมินความเป็นไปได้ในการนำผลงานวิจัยไปใช้ โดยใช้กรอบแนวคิดของโพลิตและเบค (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2550 อ้างใน Polit & Beck, 2004) ดังนี้

1. ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก (Clinical Relevance)

1.1 งานวิจัยนั้นตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่กำหนดหรือไม่

1.2 งานวิจัยนั้นสามารถช่วยในการตัดสินใจของพยาบาลในเรื่องต่าง ๆ เหล่านี้ได้หรือไม่

1.3 งานวิจัยนั้นได้มีการทดสอบสมมติฐานที่มีความสอดคล้องกับปัญหาคลินิกที่ต้องการแก้ไขหรือไม่

1.4 งานวิจัยนั้น พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาดตามขอบเขต การปฏิบัติการพยาบาลหรือไม่

1.5 กระบวนการเก็บข้อมูลในงานวิจัย สามารถนำมาใช้จริงทางคลินิกได้หรือไม่

2. การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์ (Scientific Merit)

2.1 ความแม่นยำตรงในเชิงของศาสตร์ ใช้ฐานคิดที่มีเหตุผล

- 2.2 มีความหมายและความสำคัญทางคลินิก
- 2.3 มีความน่าเชื่อถือ
- 2.4 ไม่มีข้อจำกัด หรือข้อจำกัดน้อย
3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Implementation potential)
 - 3.1 การเทียบเคียงผลการวิจัย (Transferability of findings)
 - 3.1.1 ผลงานวิจัยนั้นมีความเหมาะสมกับหน่วยงานหรือไม่
 - 3.1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย มีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้หรือไม่
 - 3.1.3 ประสิทธิภาพการดูแลจากสถานการณ์ของการวิจัยแตกต่างจากประสิทธิภาพการดูแลในหน่วยงานที่จะนำผลการวิจัยไปใช้หรือไม่
 - 3.1.4 มีจำนวนผู้ป่วยในหน่วยงานมากพอที่จะได้รับประโยชน์จากผลการวิจัยนั้นหรือไม่
 - 3.1.5 ผลการวิจัยนั้นต้องใช้เวลาานมากเกินไปในการประยุกต์ใช้ และประเมินผลใช้หรือไม่
 - 3.2 ความเป็นไปได้ (Feasibility)
 - 3.2.1 พยาบาลมีอิสระในการใช้ผลการวิจัยนั้นหรือไม่ และพยาบาลมีอิสระที่จะยกเลิก หากผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามต้องการใช้หรือไม่
 - 3.2.2 การใช้ผลการวิจัยนั้นจะรบกวนการทำงานของพยาบาลในหน่วยงานหรือไม่
 - 3.2.3 ผู้บริหารจะให้การสนับสนุนการใช้ผลการวิจัยนั้นหรือไม่ บรรยากาศขององค์กรเอื้อต่อการใช้ผลการวิจัยนั้นหรือไม่
 - 3.2.4 ระดับของความเห็นพ้องของพยาบาลในหน่วยงาน และผู้บริหารเอื้อต่อการนำผลการวิจัยไปใช้หรือไม่ จะมีการต่อต้านหรือไม่ร่วมมือหรือไม่
 - 3.2.5 การนำผลการวิจัยมาใช้จะเป็นสาเหตุของการต่อต้าน (Friction) ในองค์กรมากน้อยเพียงใด โครงการใช้ผลการวิจัยนี้จะได้รับการสนับสนุน และความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นนอกเหนือจากหน่วยงานของการพยาบาลหรือไม่
 - 3.2.6 ทักษะที่จำเป็นในการใช้ผลการวิจัยนั้น มีอะไรบ้าง พยาบาลในหน่วยงานมีทักษะนั้นแล้วหรือยัง ถ้ายัง การพัฒนาทักษะเหล่านั้นมีความยากลำบากเพียงใด

3.2.7 องค์กรมีเครื่องมือ อุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการนำมาใช้หรือไม่ ถ้าไม่มี มีวิธีการที่จะได้แหล่งประโยชน์เหล่านั้นมาได้หรือไม่

3.2.8 ถ้าพยาบาลจำเป็นต้องลงงานจากที่ทำประจำมาเรียนรู้สิ่งใหม่จากการใช้ผลการวิจัย อะไรจะเกิดขึ้นได้บ้าง

3.2.9 มีเครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินการใช้ผลงานวิจัยทางคลินิกหรือไม่

3.3 ความคุ้มค่า (Cost/benefit ratio of the innovation)

3.3.1 มีความเสี่ยงอะไรบ้างที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระหว่างการใช้ผลการวิจัย

3.3.2 ประโยชน์ที่เป็นผลจากการใช้ผลการวิจัยมีอะไรบ้าง

3.3.3 มีความเสี่ยงอะไรบ้างถ้ายังคงใช้วิธีการที่ปฏิบัติอยู่เดิม

3.3.4 ค่าใช้จ่ายด้านวัตถุจากการใช้ผลการวิจัยมีอะไรบ้าง ค่าใช้จ่ายระยะสั้นและระยะยาวจากการนำผลการวิจัยเข้ามาใช้ในหน่วยงานมีอะไรบ้าง

3.3.5 ค่าใช้จ่ายด้านวัตถุหรือสิ่งของ มีอะไรบ้าง ถ้าไม่นำผลการวิจัยมาใช้

3.3.6 การลงทุน (ที่ไม่ใช่ด้านวัตถุ) ในระหว่างการนำผลการวิจัยมาใช้มีอะไรบ้าง (เช่น ขวัญกำลังใจของคนทำงานต่ำลง การขาดงาน หรือการลาออก เป็นต้น)

3.3.7 ประโยชน์ของการนำผลการวิจัยมาใช้ ที่ไม่ใช่ด้านวัตถุมีอะไรบ้าง (เช่น ขวัญกำลังใจของคนทำงานดีขึ้น มีคนมาสมัครงานเพิ่มขึ้น เป็นต้น)

ในขณะนี้ เมื่อนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทั้งหมดมาสังเคราะห์และสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล แล้วนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ได้แก่

1. แพทย์เฉพาะทางที่ดูแลผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ จำนวน 1 คน
2. อาจารย์ผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน
3. พยาบาลประจำการผู้มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไบโพลาร์เป็นปัญหาที่พบบ่อยในการปฏิบัติงาน และการทำกลุ่ม จำนวน 1 คน
4. พยาบาลประจำการผู้มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีประสบการณ์ในการสร้างแนวปฏิบัติการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคจิตเวช และการทำกลุ่ม จำนวน 1 คน

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ผู้ศึกษานำข้อเสนอแนะนั้นมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ถูกต้องชัดเจนและสามารถนำไปใช้ได้จริง

สรุปข้อเสนอแนะที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยและนำมาสกัดแนวปฏิบัติ การให้สุขภาพจิตศึกษา สามารถทำได้ 2 แบบ คือ แบบกลุ่มและแบบเดี่ยว ดังนี้

การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ลักษณะของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรม เป็นผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I และ II อายุ 18 ถึง 65 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยตามระบบ DSM-IV ทั้งเพศหญิงและชาย อยู่ในภาวะสงบ (Euthymic) ติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อยที่สุด 6 เดือน ซึ่งประเมินจากแบบวัด Young Mania Rating Scale (YMRS) < 6, และแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS) < 8 มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างดี มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อยที่สุด 6 เดือน

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิภาพ เมื่อจัดเป็นกลุ่ม ๆ ละ 8 ถึง 12 คน ระยะเวลาและขั้นตอนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาใช้เวลาติดต่อกันทุกสัปดาห์ เป็นจำนวน 21 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที การดำเนินการในแต่ละครั้ง (session) ช่วงต้นจะมีการเกริ่นเข้าสู่เนื้อเรื่องที่ได้เตรียมไว้ก่อนดำเนินโปรแกรม เป็นระยะเวลา 30 ถึง 40 นาที แล้วตามด้วยการฝึกหัดและอภิปรายกลุ่ม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาใช้กับผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาในโรงพยาบาล สถานที่ที่จะทำการให้สุขภาพจิตศึกษาควรจะเป็นแผนกผู้ป่วยนอก

ผู้ดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เป็นนักจิตวิทยาที่มีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I และ II มีภาวะ การเป็นผู้นำ และได้รับการฝึกฝนและมีทักษะในกระบวนการกลุ่ม

เนื้อหาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาของ Barcelona Bipolar Disorders Program ประกอบด้วย 21 หัวข้อ ดังนี้ 1. บทนำ 2. การเจ็บป่วยด้วยโรคไบโพลาร์ คือ อะไร 3. สาเหตุและปัจจัยกระตุ้น 4. อาการนำของภาวะแมเนียและไฮโปแมเนีย 5. อาการนำของภาวะซึมเศร้าและแบบผสม 6. การดำเนินโรคและผลลัพธ์ 7. การรักษาด้วยยาที่ทำให้อารมณ์คงที่ 8. การรักษาด้วยยาด้านภาวะแมเนีย 9. การรักษาด้วยยาด้านเศร้า 10. ระดับของยาในซีรัม ได้แก่ ยาลิเทียม ยาคาร์บามาซีพีน ยาวาลโพรเอต 11.การให้คำปรึกษาในการตั้งครรภ์และการถ่ายทอดทางพันธุกรรม 12. จิตเวช และการรักษาทางเลือกอื่นๆ 13. ความเสี่ยงที่เกิดจากการขาดการรักษา 14. สุราและยาเสพติดที่หาซื้อได้ง่ายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไบโพลาร์ 15. อาการเริ่มแรกของภาวะแมเนียและไฮโปแมเนีย 16. อาการเริ่มแรกของโรคซึมเศร้าและแบบผสม 17. จะปฏิบัติอย่างไรเมื่อพบอาการนำ 18. การใช้ชีวิตตามปกติ 19. เทคนิคการจัดการความเครียด 20. เทคนิคการแก้ไขปัญา และ 21. บทสรุป

การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคล ลักษณะของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรม เป็นผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ถึง 75 ปี โดยการใช้แบบสัมภาษณ์มาตรฐานทางจิตเวช ทั้งเพศหญิงและชาย เคยมีประวัติอาการกำเริบตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปและภายใน 12 เดือนที่ผ่านมามีอาการกำเริบ 1 ครั้ง ระยะเวลาและขั้นตอนการดำเนินการสอนสุขภาพจิตศึกษาครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นจำนวน 7 ถึง 12 ครั้ง ผู้ดำเนินการสอนสุขภาพจิตศึกษา เป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ทางคลินิกพอสมควร

วิธีการสอน วัตถุประสงค์ในการสอน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักอาการนำของการกำเริบ และการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพเมื่อมีอาการนำ
เนื้อหาในการสอน

1. การฝึกให้ผู้ป่วยสามารถระบุอาการนำของการกำเริบของโรคได้ โดยแยกระบุอาการนำของอาการเมเนีย และซึมเศร้าออกจากกัน ผู้บำบัดจะทำการรวบรวมประวัติของผู้ป่วย โดยซักถามถึงวิถีการดำเนินชีวิต อาการที่เกิดขึ้นก่อนที่มีอาการเมเนียและอาการซึมเศร้ากำเริบขึ้นในครั้งก่อนๆที่ผ่านมาเป็นอย่างไร มีอาการอะไรบ้าง เกิดนานเท่าใด ซึ่งลักษณะและเวลาของการเกิดอาการนำของผู้ป่วยจะถูกนำมาบันทึกในแบบฟอร์มมาตรฐานที่มีรายการอาการ (standard checklist) เพื่อใช้ตรวจสอบอาการ และผู้ป่วยจะได้รับบัตรบันทึกอาการ (card sorting exercise) เพื่อจดบันทึกอาการที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งที่มีอาการเกิดขึ้นเป็นลำดับไป นอกจากนั้นผู้ป่วยจะต้องทำการจดบันทึกประจำวัน (diary) เพื่อจะได้นำไปเปรียบเทียบกับ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ตามปกติได้

2. สอนให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังติดตามอาการหรือสถานการณ์ในชีวิต 3 อาการหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนอาการนำของภาวะเมเนียหรือภาวะซึมเศร้ากำเริบ ซึ่งถือว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะเตือน (warning stage) ที่ผู้ป่วยจะต้องเพิ่มการเฝ้าระวังติดตามให้มากขึ้นจากทุกสัปดาห์เป็นทุกวัน และสอนให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังตรวจสอบอาการหรือสถานการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้นต่อมาอีก 3 อาการหรือสถานการณ์ ถือเป็นอาการนำที่จะต้องเข้าสู่ระยะปฏิบัติการ (action stage) ที่ผู้ป่วยจะต้องขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ

3. วางแผนการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการกำเริบ ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมกันระบุบุคลากรทางสุขภาพ ที่จะไปขอความช่วยเหลือหรือรับการรักษาในระยะแรก 3 ท่านซึ่งหนึ่งในสามท่าน จะต้องสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา ตัวอย่างเช่น พยาบาลหรือแพทย์ในหน่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ ให้ผู้ป่วยบันทึกการวางแผนการขอความช่วยเหลือในระยะเตือน และระยะปฏิบัติเมื่อเกิดอาการซึมเศร้ากำเริบและเมเนียเต็มขั้นไว้ในบัตรที่ห่อหุ้มด้วยพลาสติกอย่างดี ซึ่งผู้ป่วยจะต้องนำติดตัวไปด้วย ผู้บำบัดจะไปให้ข้อมูลกับบุคลากรทางสุขภาพที่ผู้ป่วยอาจจะไปขอรับการรักษาไว้เป็นเบื้องต้น (จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช พยาบาลที่เกี่ยวข้องปฏิบัติเมื่อมีอาการนำ)

อุปกรณ์ที่ใช้

1. แบบฟอร์มมาตรฐานที่มีรายการอาการ บัทรบันที่การวางแผนการเข้ารับการรักษาเหลือจากบุคลากรสุขภาพ
2. สมุดบันทึกประจำวัน (Diary) แสดงให้เห็นความแตกต่างของอาการนำกับอารมณ์ปกติ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถทราบระยะเตือนเพื่อจะได้เฝ้าระวังเป็นพิเศษ และถ้าอาการรุนแรงขึ้นผู้ป่วยจะได้ทราบว่าตนเองอยู่ในระยะที่จะต้องรีบเข้ารับการรักษาโดยด่วน

การประเมินผลลัพธ์

หลังให้สุขภาพจิตศึกษา ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ได้แก่ อาการกำเริบ อัตราการกลับเป็นซ้ำ อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง สามารถทำการประเมินดังต่อไปนี้

1. การประเมินภาวะสงบ (Euthymic) หมายถึง สภาวะทางจิตใจที่อยู่ในภาวะปกติ ไม่มีอารมณ์กรีกกรืนหรือ เสร้ามากจนเกินกว่าปกติ หรือ หมายถึง สภาวะจิตใจที่อยู่ในภาวะสงบ (ใช้ประเมินก่อนการให้สุขภาพจิตศึกษา) ประเมินภาวะสงบจากอาการเมเนีย โดยใช้เครื่องมือ Young Mania Rating Scale (YMRS) ซึ่งมีคะแนนจากแบบวัด YMRS ที่คะแนน < 6, และประเมินภาวะสงบจากอาการซึมเศร้า โดยใช้แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression [(HAM-D-17) หรือ HDRS] ซึ่งใช้คะแนนจากแบบวัด HDRS ที่คะแนน < 8 และมีระยะสงบติดต่อกันนานอย่างน้อยที่สุด 6 เดือน
2. การกำเริบ (relapse) หมายถึง การมีอาการเมเนีย ไฮโปเมเนีย หรือแบบผสม ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ซึ่งเกิดขึ้นในระยะเวลาอย่างน้อย 5 วัน ส่วนอาการของโรคซึมเศร้าใช้อาการตามเกณฑ์มาตรฐานที่มีอาการเกิดขึ้นนานเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ไม่ได้รับการรักษา เกณฑ์มาตรฐานสามารถประเมินโดยStructure clinical interview for DSM III-R, patient edition, 1990
3. การกลับเป็นซ้ำ (recurrence) หมายถึง ผู้ป่วยกลับมามีอาการอีก หลังจากที่มีrecover แล้วนั่นคือการเกิด episodeใหม่ของโรค (มาโนช หล่อตระกูล, 2539) ซึ่งประเมินด้วย แบบวัด Young Mania Rating Scale (YMRS) และ Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) การกลับเป็นซ้ำ หมายถึง คะแนนอาการเมเนีย จากแบบวัด YMRS ≥ 12 และคะแนนอาการซึมเศร้าจากแบบวัด HDRS ≥ 12 และได้รับการยืนยันจากจิตแพทย์ในการวินิจฉัยการเกิด episode ใหม่หลังจากอาการกำเริบ (relapse) ตามเกณฑ์ DSM-IV เครื่องมือที่ใช้ประเมินการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่

3.1 แบบวัด Young Mania Rating Scale (YMRS) ซึ่ง ค่าคะแนนจากแบบวัด YMRS เป็นตัววัดของอาการเมเนีย ถ้ามีคะแนนจากแบบวัด YMRS ≥ 20 แสดงว่า มีอาการเมเนีย ถ้ามี

คะแนนจากแบบวัด YMRS ≥ 12 แสดงว่า มีอาการไฮโปแมเนีย ถ้ามีคะแนนจากแบบวัดของ YMRS ≥ 20 และ HDRS ≥ 12 แสดงว่า มีอาการแบบผสม

3.2 แบบวัด Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) เป็นแบบวัดที่ผู้ให้บริการแพทย์หรือพยาบาล เป็นผู้ประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย ถ้ามีค่า HDRS ≥ 17 แสดงว่า มีอาการซึมเศร้า

3.3 The administration of Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I and SCID-II) ใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัย Major depressive episode และ Manic episode

นอกจากนั้น ยังสามารถประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม ด้วยเครื่องมือแบบสัมภาษณ์การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning interviews) มี 8 กิจกรรมทางสังคม ได้แก่ การจัดการงานบ้าน อาชีพการงาน การจัดการเกี่ยวกับการเงิน การดูแลเด็ก สัมพันธภาพใกล้ชิดกับคู่สมรส สัมพันธภาพที่ห่างเหินใกล้ชิดกับผู้อื่น การแสดงออกทางสังคมกับผู้อื่น การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า แบบวัดนี้มี 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 3

ระดับ 0 หมายถึง มีการแสดงออกพอใช้ ถึง ดี

ระดับ 1 หมายถึง ยังมีปัญหาอยู่แต่บางครั้งแสดงออกได้ดี

ระดับ 2 หมายถึง ยังมีปัญหาอยู่เกือบทุกครั้ง

ระดับ 3 หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมทางสังคมได้

4. การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถประเมิน โดยนับจำนวนวันทั้งหมดของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมแล้ว

ระยะที่ 3 ระยะที่นำโครงการลงสู่การปฏิบัติ (Evidence-observed phase)

แผนการดำเนินการต่อในระยะที่ 3 โดยการนำโครงการลงสู่การปฏิบัติ ดังนี้

1. เข้าพบจิตแพทย์ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช เสนอแนวคิดในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน
2. นำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ เข้าเสนอในการประชุมทีมงานในกลุ่มงานจิตเวช และขอความร่วมมือในการนำแนวปฏิบัติไปใช้
3. ประชุมชี้แจงแนะนำอธิบายถึงขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติและการใช้แบบประเมิน Young Mania Rating Scale และแบบประเมิน Hamilton Depression Rating Scale แก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้
4. นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ (Pilot Study)
 - 4.1 กระบวนการนำไปใช้มีปัญหา อุปสรรคในการใช้หรือไม่ แล้วนำมาปรับแก้ไข
 - 4.2 ผลลัพธ์ที่ต้องการคือ

4.2.1 ผู้ป่วยโรคไตโพลาร์ มีความรู้เกี่ยวกับโรค และปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ถูกต้อง

4.2.2 พยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ใช้แนวปฏิบัติได้ถูกต้อง

4.2.3 ผู้ป่วยโรคไตโพลาร์มีอัตราการกำเริบ การกลับเป็นซ้ำและการกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลง

ระยะที่ 4 ระยะของการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน

(Evidence - base phase)

แผนการดำเนินต่อในระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน ดังนี้

1. นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้ว และผลการนำไปใช้ ต่อทีมพัฒนามาตรฐานคุณภาพการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (Hospital Accreditation หรือ HA) ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Patient Cares Team หรือ PCT) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในองค์กร โดยบูรณาการแนวปฏิบัติให้เข้ากับการทำงานประจำ
2. จัดทำเป็นคู่มือปฏิบัติเข้าแผนพัฒนาคุณภาพในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไตโพลาร์อย่างต่อเนื่อง
3. ทำการศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์ (Outcome Research) เพื่อดูประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไตโพลาร์

บทที่ 4

สรุปและข้อเสนอแนะ

บทสรุป

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ได้รับความรู้ สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง ลดอาการกำเริบ (Relapse) การกลับเป็นซ้ำ (Recurrence) และย่นระยะเวลาการกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Rehospitalization) โดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Soukup (2000) มีขั้นตอนหลักอยู่ 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ระยะของการค้นหาปัญหา (Evidence – trigger phase) เป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกำหนดปัญหาทางคลินิก โดยตัวกระตุ้นนี้อาจจะเกิดจากการปฏิบัติงาน (Practice triggers) ที่พบว่าผู้ป่วยไบโพลาร์มีอาการกำเริบซ้ำและการป่วยซ้ำก่อนข้างบ่อย ซึ่งมีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว และการรักษา สำหรับสิ่งกระตุ้นที่มาจาก การทบทวนวรรณกรรม (Knowledge trigger) พบว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยไบโพลาร์สามารถลดอาการกำเริบ การกลับเป็นซ้ำ และการกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ ระยะที่ 2 ระยะของการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence – supported phase) โดยการค้นหาวรรณกรรม หรืองานวิจัยต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับปัญหา ผู้เขียนได้ค้นหาหลักฐานงานวิจัยทั้งจากงานที่ได้ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์จากฐานข้อมูลทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ซึ่งได้แก่ฐานข้อมูล www.guidelines.gov, www.Cochrane.org, www.Joannabriggs.edu.au, OVID, CINAHL, PubMed, Science Direct, Blackwell-Synergies, MEDLINE, www.google.com, Hand search คำสำคัญที่ใช้ค้นหา คือ Bipolar disorder, Manic-depressive disorder, Psychosocial Intervention, Psycho-education, Relapse prevention, Recurrence prevention, Time to Relapse, Rehospitalization, Number of hospitalization, ได้งานวิจัย 6 เรื่อง งานวิจัยเหล่านี้ประกอบด้วย งานวิจัยที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยเดี่ยว (Randomized Controlled Trials) จำนวน 4 เรื่อง และอีก 1 เรื่อง เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเดี่ยวแบบ RCT และอื่น ๆ นำงานวิจัยทั้ง 6 เรื่องมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ และประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ตามกรอบแนวคิดของ Polit & Beck, 2004 ได้ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย นำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ฉบับร่างแล้ว นำแนวปฏิบัติฉบับร่าง นั้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุม ถูกต้องของเนื้อหา และความเหมาะสม

ของภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำแนวปฏิบัติมาปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นผู้ศึกษาวางแผนที่จะดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติในระยะที่ 3 และที่ 4 ต่อไปในอนาคต โดยในระยะที่ 3 เป็นการนำโครงการลงสู่การปฏิบัติ (Evidence-observed phase) เป็นระยะที่นำเสนอโครงการสู่การปฏิบัติด้วยวิธีการที่เหมาะสม และประเมินได้ โครงการที่นำเสนออาจจะเป็น การศึกษานำร่อง การศึกษาทางคลินิก หรือการประเมินผลการปฏิบัติด้วยการศึกษาเชิงผลลัพธ์ ระยะที่ 4 ระยะของการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence - base phase) การเผยแพร่ข้อค้นพบ ซึ่งอาจจะทำโดยการรายงานให้กับคณะกรรมการกลุ่มงานจิตเวชซึ่งเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า นำเสนอในการประชุมระดับชาติ นำเสนอในเครือข่ายคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลและอื่นๆ และตีพิมพ์เผยแพร่ ซึ่งจะทำให้เกิดความน่าเชื่อถือเชิงวิชาชีพ (Professional)

จากการศึกษาครั้งนี้ ได้ดำเนินการถึงระยะที่ 2 ซึ่งได้แนวทางการปฏิบัติการให้สุขภาพจิตศึกษา สามารถทำได้ 2 แบบ คือ แบบกลุ่มและแบบเดี่ยว สรุปได้ดังนี้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะของการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ในครั้งนี้ คือ

1. ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปทดลองปฏิบัติในรูปแบบของการศึกษานำร่อง (Pilot Study) ในหน่วยงาน เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน
2. นำแนวปฏิบัติที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขไปเผยแพร่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคไบโพลาร์
3. ควรนำแนวปฏิบัติที่ได้ไปทำเป็นคู่มือในการปฏิบัติงานประจำ เพื่อสะดวกต่อการนำไปใช้ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์
(THE DEVELOPMENT OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE
FOR KNOWLEDGE IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDERS)

ยุวดี ศรีศิริรุ่งโรจน์ 4637764 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, พย.ด., ช่อทิพย์ สันธนะวนิช, ปร.ด.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and significance of the study)

โรคไบโพลาร์ (bipolar disorder) เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่อยู่ในกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorder) ที่พบได้บ่อย และก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขทั้งยังมีความรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่ป่วย ประมาณการณ์ในประชากรทั่วไป พบว่ามีความชุกร้อยละ 0.4 ถึง 1.6 [American Psychiatric Association (A.P.A), 2002; Kaplan & Sadock, 1997] เพศชาย และเพศหญิงมีโอกาสพบได้เท่า ๆ กัน (A.P.A, 2002) ส่วนการศึกษาความชุกของโรคอารมณ์แปรปรวนในประเทศไทย พบว่าในระยะแมนี (manic episode) ในเพศชายมีความชุกร้อยละ 0.3 และเพศหญิงร้อยละ 0.5 และในระยะไฮโปแมนี (hypomania) ในเพศชายและเพศหญิงพบว่ามีค่าความชุกเท่ากันคือ ร้อยละ 0.5 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และอัจฉรา จรัสสิงห์, 2546) นอกจากนี้โรคอารมณ์แปรปรวนเป็นโรคที่มีโอกาสเกิดเป็นซ้ำได้บ่อยโดยมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่มีอาการครั้งแรกจะกลับเป็นซ้ำครั้งที่ 2 (Muller-Oerlinghausen, Berghofer, & Bauer, 2002) และร้อยละ 40 ถึง 50 ของผู้ป่วยจะเกิดการกลับเป็นซ้ำครั้งที่ 2 ในเวลา 2 ปี อีกประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยจะเกิดการเป็นซ้ำมากกว่า 10 ครั้งในตลอดช่วงชีวิต (Kaplan & Sadock, 1997) โดยมีระยะเวลาของช่วงแมนี (mania) เฉลี่ยนาน 6 เดือน (Gelder, Mayou, & Cowen, 2001) พบว่าอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 50 ใน 1 ปีแรกและร้อยละ 70 ภายใน 4 ปี (Keller, Lavorip, & Kane, 1992; Gitlin, Swendsen, Heller, & Hammen, 1995) และเมื่อระยะเวลาผ่านไปอาการมักเลวลงเรื่อย ๆ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษขวนิช, 2542) ดังนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนจึงไม่ได้จำกัดเป็นเพียง

ระยะเฉียบพลันเท่านั้น มีโอกาสเป็นแบบเรื้อรังซึ่งต้องให้การดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมโดยเฉพาะในเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวัน และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง [National Institute of Mental Health (NIMH, 2003)] ซึ่งพบว่าในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคนี้เพิ่มมากขึ้นโดยอาจพบลักษณะอาการผู้ที่เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนที่มีอาการทั้งในระยะอาการซึมเศร้าและอาการmania หรือที่เกิดขึ้นในช่วงภาวะเดียวกันทั้งสองแบบเรียกว่าภาวะอารมณ์ผสม (mixed episode) โดยในช่วงภาวะซึมเศร้ามีอาการสำคัญ คือ มีอารมณ์ซึมเศร้าและขาดความสนใจสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่เคยสนใจ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ร่วมกับอาการอื่น เช่น แบบแผนการนอนเปลี่ยนไป ความอยากอาหาร ความสนใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดต่ำลง รู้สึกสิ้นหวัง โทษตัวเองและมีความคิดฆ่าตัวตาย และอาจพบว่ามีอาการทางจิตร่วมด้วย ส่วนอาการสำคัญของช่วงภาวะmania (Mania) หรือ ไฮโปmania (Hypomania) คือ การมีภาวะอารมณ์ที่ครึกครื้น สนุกสนาน หรือ แปรปรวน หงุดหงิดง่ายผิดปกติ เช่น คิดเร็ว พูดเร็ว นอนหลับน้อย มีความมั่นใจในตัวเองสูงมากขึ้น (A.P.A, 2000) ซึ่งโรคอารมณ์แปรปรวน ชนิด 2 ขั้ว สามารถแบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ โรคไบโพลาร์ I, II และ cyclothymia จากรายงานโรคไบโพลาร์ พบอัตราป่วยของโรคไบโพลาร์ I ตั้งแต่ร้อยละ 0.3 ถึง 1.5 ของประชากรทั่วไป (Gelder et al, 2001) ความชุกของโรคไบโพลาร์ II จะพบประมาณ ร้อยละ 0.5 ของประชากรทั่วไป (Hirschfeld, Bowden, Gitlin, & Keck, 2002) และโรคไบโพลาร์ ที่ไม่ระบุชนิดย่อยจะพบสูงถึงร้อยละ 2.6 ถึง 6.5 (Hirschfeld, William, Spitzer, & Calabrese, 2000) โดยผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I มักเกิดอาการครั้งแรกเป็นแบบภาวะซึมเศร้า (Kaplan, & Sadock, 1997) และมีอาการเกิดซ้ำๆ ได้บ่อย

จากการศึกษาระยะยาวพบว่าร้อยละ 15 ของผู้ป่วยจะมีอาการปกติดี อีกร้อยละ 45 ของผู้ป่วยจะมีอาการปกติดีแม้จะมีการเป็นซ้ำหลายครั้ง โดยพบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยจะมีอาการหลงเหลือและอีกร้อยละ 10 ของผู้ป่วยจะมีอาการป่วยเรื้อรัง ประมาณว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยจะมีอาการเรื้อรังและความสามารถในการใช้ชีวิตในสังคมลดลง (Kaplan, & Sadock, 1997) ส่วนโรคไบโพลาร์ II ได้มีการศึกษาอาการหลงเหลือ (residual symptoms) จากช่วงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย พบว่ามีอาการหลงเหลือในผู้ป่วยถึงร้อยละ 44.9 (Bnazzi, 2001) ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยทั้งโรคไบโพลาร์ I และ II เกือบครึ่งหนึ่งมีอาการหลงเหลือในระยะยาว ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียและผลกระทบจากโรคทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และระบบเศรษฐกิจ โดยพบว่าผู้ป่วยโรคไบโพลาร์มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงเป็น 2 ถึง 3 เท่าของประชากรทั่วไป (Loosen et al, 2000) ประมาณร้อยละ 10 ถึง 20 ของผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต (Muller – Oerlinghausen, et al., 2002) และในช่วงภาวะmania ผู้ป่วยอาจมีการตัดสินใจและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจากภาวะอารมณ์จนเป็นผลเสียต่อตัวผู้ป่วย เช่น การใช้ย่ายาเพื่อลงทุนโดยไม่คิดรอบคอบ ทะเลาะวิวาท

หรือมีพฤติกรรมสับสนทางเพศ (รุ่งแสง กนกวุฒิ และชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี, 2532) นอกจากนี้ยังพบว่า มีอัตราการใช้สารเสพติดร่วมด้วยถึงร้อยละ 60 ส่วนผลกระทบต่อการรอบรู้ ในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลรวมทั้งคู่สมรสและการดูแลครอบครัว พบว่าผู้ป่วยจะมีอัตราการหย่าร้างสูงเป็น 2 เท่า (Hirschfeld et al., 2002) และพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 จะมีความเครียดระดับปานกลางถึงสูง (Reinares, Colom, Martinez-Aran, Benabarre & Vieta, 2002) และรู้ถึงถึงภาระในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน (bipolar) มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนผลกระทบต่อการสังคม จากการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของโรคไบโพลาร์ ที่มีผลต่อความคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรมของผู้ป่วย อาจนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรงหรือการทำผิดกฎหมาย (Pliszka, Sherman, Barrow, & Irick, 2000) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจเนื่องจากผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง เกิดทุพพลภาพและเป็นภาระกับญาติได้มากในปี ค.ศ. 1990 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดอันดับโรคไบโพลาร์ เป็นอันดับ 6 ของโรคทั้งหมดที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันสมควรและการเจ็บป่วยหรือพิการ (Disability Adjusted Life Year หรือ DALY) ในประชากรกลุ่มอายุ 15 ปี ถึง 44 ปี (Wood, 2000) ซึ่งปัจจุบันพบว่าการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ นอกจากจะรักษาด้วยเภสัชบำบัด (Pharmacotherapy) แล้วต้องใช้การรักษาด้วยจิตบำบัดเป็นการเสริมอีกด้วย (adjunctive psychotherapy) เพื่อช่วยทำให้ผู้ป่วยยินยอมร่วมมือกับการรักษาอย่างเต็มที่ (อรพรรณ ลีอนุวัธวัชชัย และเรณูการ์ ทองคำรอด, 2544) และจากการทบทวนการศึกษาถึงวิธีการบำบัดที่ผ่านมามีตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 พบว่าวิธีการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพได้แก่ สุขภาพจิตศึกษา โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรูปแบบหนึ่งของการทำจิตบำบัด ซึ่งจะให้ผลดีในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ที่ได้รับการรักษาทางยา เพราะการให้สุขภาพจิตศึกษามีส่วนสำคัญในการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับความเจ็บป่วย และตระหนักถึงภาวะความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ตลอดจนมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Harvey, & Peet, 1991)

การให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชมีความแตกต่างในผู้ป่วยทางกาย เนื่องจากผู้ป่วยทางจิตเวชมักจะขาดการตระหนักรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้ในตนเอง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและการตัดสินใจอยู่เสมอๆ ดังนั้นการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช จึงเน้นการชี้แนะให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ทางทฤษฎีและการปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจและการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วย โดยการสอนผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ให้เรียนรู้ถึงอาการเริ่มแรกของการกลับเป็นซ้ำของภาวะเมเนีย และอาการซึมเศร้า (Perry, Tarrier, Morriss, Mc Carthy, & Limb, 1995; Perry, 1999) จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผลลัพธ์ของการบำบัดที่ต้องการได้แก่ การเพิ่มระยะห่างของการกลับเป็นซ้ำ ลดระยะเวลาในการกลับเป็นซ้ำและอาจมีการปรับบทบาทการทำหน้าที่

ทางสังคม อาชีพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งจากสถิติผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ถึง 2550 พบว่ามีจำนวนร้อยละ 2.5 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด

จากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยในระยะเวลา 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2548 ถึง 2550 พบว่ามีผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ที่มีอาการกำเริบ ประมาณร้อยละ 8 และมีการกลับเป็นซ้ำจนต้องส่งต่อเพื่อเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลทุกปี ประมาณร้อยละ 6 โดยมีการกลับเป็นซ้ำในปีเดียวกัน 3 ครั้งจำนวน 1 คน กลับเป็นซ้ำในปีเดียวกัน 2 ครั้งจำนวน 2 คน (โรงพยาบาลพระจอมเกล้า, 2550) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยโรคไบโพลาร์มีอาการกำเริบ และกลับเป็นซ้ำได้บ่อย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการจัดการแก้ไขและหาแนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ที่มารับการรักษาให้เหมาะสมเกิดประสิทธิผลมากที่สุด แต่ในปัจจุบันกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ยังไม่มีรูปแบบแนวปฏิบัติในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ได้รับความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา เพราะการให้สุขภาพจิตศึกษานั้นนับว่าเป็นวิธีการหนึ่งในการลดการกลับเป็นซ้ำและช่วยย่นระยะเวลาในการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลที่จะช่วยลดต้นทุนการรักษาและต้นทุนทางอ้อมเชิงสังคม ผู้ศึกษาจึงให้ความสนใจศึกษาค้นคว้า และรวบรวมวิธีการหรือรูปแบบการให้ความรู้จากข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) ที่เหมาะสมและสามารถนำมาใช้กับหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ซึ่งจะช่วยให้บริการการพยาบาลได้มีคุณภาพและพัฒนาให้มีมาตรฐานที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Purpose of the study)

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ให้ได้รับความรู้ที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดอาการกำเริบ (Relapse) การกลับเป็นซ้ำ (Recurrence) หรือการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Rehospitalization)

3. วิธีการศึกษา

เป็นการใช้ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อนำมาสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ซึ่งในการวิจัยนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกรูปแบบ Evidence- Based Practice Model (Soukup, 2000) มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ มีกระบวนการที่ชัดเจน

ครอบคลุมเน้นการพัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กรตลอดจนให้แนวทางในการพัฒนาที่ต่อเนื่อง ขั้นตอนในการพัฒนาจะมีความสัมพันธ์กันทั้งในกระบวนการคิดและสังเคราะห์ รวมทั้งการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อสนับสนุนวิธีปฏิบัติการพยาบาลทุกขั้นตอน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีที่สุดและต่อเนื่องสำหรับผู้รับบริการซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะของการค้นหาปัญหา (Evidence-triggered phase)

เป็นระยะของการค้นหาปัญหาที่ได้มาจากหลักฐาน 2 ทาง คือ จากการปฏิบัติงาน และการทบทวนวรรณกรรม

- 1.1 จากการปฏิบัติงาน (Practice triggers) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในการปฏิบัติงาน
- 1.2 จากความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม (Knowledge triggers)

ระยะที่ 2 ระยะของการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase)

เป็นระยะการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการปฏิบัติที่เป็นเลิศ ในประเด็นที่กำหนดจากระยะที่ 1 แหล่งของการสืบค้นข้อมูลจะมาจากหลายแหล่ง ได้แก่ รายงานวิจัยรูปแบบต่างๆ งานวิจัยเชิงผลลัพธ์ เอกสารจากองค์กรที่เป็นที่ยอมรับ มาตรฐานทางคลินิก ระดับชาติ แนวปฏิบัติทางคลินิกระดับชาติ ข้อเสนอแนะการใช้เครื่องมือจากบริษัท และรายงานการปฏิบัติที่เป็นเลิศจากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นที่ยอมรับ

ผลลัพธ์ของระยะนี้ คือ หลักฐาน/งานวิจัยที่สืบค้นได้ทั้งหมด ประเมินและวิเคราะห์คุณภาพ การสังเคราะห์หลักฐาน/งานวิจัยที่ค้นได้ทั้งหมด เพื่อสรุปเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งการสร้างแนวปฏิบัติจากหลักฐานที่สังเคราะห์ได้

ระยะที่ 3 ระยะที่นำโครงการลงสู่การปฏิบัติ (Evidence-observed phase)

เป็นระยะที่นำเสนอโครงการสู่การปฏิบัติด้วยวิธีการที่เหมาะสม และประเมินได้ โครงการที่นำเสนออาจจะเป็นการศึกษานำร่อง การศึกษาทางคลินิก หรือการประเมินผลการปฏิบัติด้วยการศึกษาเชิงผลลัพธ์

ผลลัพธ์ของระยะนี้ คือ การประเมินความเป็นไปได้ในการนำโครงการลงสู่การปฏิบัติ หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานจากการสังเกต และให้ข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 4 ระยะของการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน

(Evidence -base phase)

เป็นระยะของการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณจากข้อมูลในระยะ Evidence - support phase และ Evidence - observed phase คำถามคือ โครงการที่นำเสนอประสบความสำเร็จ โดยทำให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศหรือไม่ และมาจากหลักฐานอะไร

ผลลัพธ์ของระยะนี้ คือ การประเมินว่า การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่เกิดขึ้นอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์หรือไม่ และสนับสนุนการปฏิบัติที่เป็นเลิศหรือไม่

ผลลัพธ์สุดท้ายของระยะนี้ คือ การเผยแพร่ข้อค้นพบ ซึ่งอาจจะทำโดยการรายงานในคณะกรรมการประจำหน่วยปฏิบัติ และสหสาขาวิชาชีพ นำเสนอในการประชุมระดับชาติ นำเสนอในเครือข่ายคอมพิวเตอร์ หรือการตีพิมพ์ ซึ่งจะทำให้เกิดความน่าเชื่อถือเชิงวิชาชีพ (Professional)

ในการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการใน 2 ระยะ คือ ระยะการค้นหาปัญหา และระยะการค้นหาลักษณะเชิงประจักษ์ ที่สามารถสรุปขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะของการค้นหาปัญหา

1. การค้นหาปัญหาจากการปฏิบัติงาน
2. การค้นหาปัญหาจากแหล่งความรู้

ระยะที่ 2 ระยะของการค้นหาลักษณะเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษากำหนดแนวทางในการสืบค้นวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้หลักฐานที่ตรงกับเรื่องที่ต้องการศึกษามากที่สุด ทั้งในกลุ่มประชากร วิธีการบำบัดและผลลัพธ์ของการบำบัด ดังต่อไปนี้

1. กำหนดแนวทางการสืบค้น

ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิด “PICO” (PICO Framework: Population, Intervention, Comparison intervention, Outcome) (Craig, 2002) มาเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกำหนดคำสำคัญเพื่อใช้ในการสืบค้น ดังนี้

- 1.1 Population: Keyword ที่ใช้คือ Bipolar disorder และ Manic-depressive disorder

- 1.2 Intervention: Keyword ที่ใช้ คือ Psychosocial Intervention, Psycho-education, education, teaching

- 1.3 Comparison intervention: Keyword ที่ใช้ (ไม่มี)

- 1.4 Outcome: Keyword ที่ใช้ คือ Time to Relapse, Rehospitalization, Number of hospitalization, relapse prevention, recurrence prevention

2. การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้

2.1 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้ง ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ฐานข้อมูลที่ใช้ ได้แก่ www.guidelines.gov, www.Cochrane.org, www.Joannabriggs.edu.au, OVID, CINAHL, Pub Med, Science Direct, Blackwell-Synergies, MEDLINE, www.google.com

- 2.2 Hand search

- 2.3 ฐานข้อมูลงานวิจัยของห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ในประเทศไทย

2.4 เอกสารอ้างอิง (Reference List) ของบทความหรืองานวิจัย

3. เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย โดยครอบคลุมงานวิจัย ดังนี้

3.1 งานวิจัยที่ศึกษาผู้ป่วยโรคไบโพลาร์

3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนา วิธีการส่งเสริมผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ เพื่อให้เกิดความรู้ในด้านต่างๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ตระหนักในการรักษา การรับรู้การแรกเริ่ม การแก้ปัญหาและการจัดการกับความเครียด เป็นต้น

3.3 งานวิจัยที่มีผลลัพธ์ครอบคลุมการลดอาการซึมเศร้าและเมเนียร์อาการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) อาการกำเริบ (Recurrence) อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Readmission) และการทำหน้าที่ยังสังคม

3.4 เลือกชนิดของงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศเป็นงานในรูปแบบการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systemic reviews) การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง (Randomized Controlled Trails) และการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา

3.5 งานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ.1999 ถึง 2007 และเลือกเฉพาะงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (full text)

4. ผลการสืบค้น

การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่าง ๆ พบว่า งานวิจัยส่วนมากตีพิมพ์เฉพาะ Abstract จึงไม่สามารถเข้าถึงงานวิจัยได้ หรือบางงานวิจัยตีพิมพ์ในวารสารที่ไม่ได้รับในประเทศไทย ผลการสืบค้น พบหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ จำนวน 6 เรื่อง

5. เกณฑ์ที่ใช้ประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐาน

การประเมินหลักฐานที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย เพื่อสร้างแนวทางส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ เพื่อลดอาการกำเริบ (Relapse) การกลับเป็นซ้ำ (Recurrence) หรืออัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Rehospitalization) ของผู้ป่วยโรคไบโพลาร์โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน (Strength of evidence) ตามระบบการจำแนกหลักฐาน ของ Melnyk and Fineout-Overholt (Melnik & Fineout-Overholt, 2005) มีรายละเอียด ดังนี้

ระดับ 1: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่มาจากกลุ่มงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trials หรือ RCTs) หรือเป็นหลักฐานจาก guidelines ที่ได้มาจาก systematic review ของงานวิจัย RCTs

- ระดับ 2: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดีโดยมาจากการวิจัยที่เป็นเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trials) หรือ RCTs
- ระดับ 3: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมแต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
- ระดับ 4: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดีโดยงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Cohort study) หรือการวิจัยกรณีศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Case-control analytical studies) ที่เป็นกลุ่มงานวิจัย หรือจากแหล่งศึกษา มากกว่า 1 แหล่ง
- ระดับ 5: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ
- ระดับ 6: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา/บรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ
- ระดับ 7: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จาก ความคิดเห็น ทรรศนะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้น ๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

มีวิธีการที่ใช้ในการวิเคราะห์หลักฐานจากการใช้วิธีการสกัดวิเคราะห์เนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงตารางโดยมีประเด็นคือ วัตถุประสงค์ รูปแบบงานวิจัย กลุ่มประชากรและสถานที่ศึกษา เครื่องมือที่ใช้ประเมิน วิธีการดำเนินการศึกษา ผลการศึกษา และใช้เกณฑ์ Utilization criteria เทียบเคียงความเป็นไปได้ในการนำผลงานวิจัยไปสู่การปฏิบัติจริงในคลินิก หลังจากนั้นสกัดเนื้อหาที่สำคัญทั้งหมดออกมาเป็นข้อเสนอแนะ นำไปสร้างเป็นแนวปฏิบัติเพื่อให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ที่โรงพยาบาล ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของการสกัดงานวิจัยได้ยืนยันความถูกต้องจากอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ร่วมปรึกษา ส่วนวิธีการตรวจสอบความแม่นยำของแนวปฏิบัติมีการตรวจสอบ ดังนี้ นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหา และภาษาที่ใช้เหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 คน ได้แก่

1. แพทย์เฉพาะทางที่ดูแลผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ จำนวน 1 คน
2. อาจารย์ผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน
3. พยาบาลประจำการผู้มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรค ไบโพลาร์ และการทำกลุ่ม จำนวน 1 คน
4. พยาบาลประจำการผู้มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีประสบการณ์ในการสร้างแนวปฏิบัติการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคจิตเวช และการทำกลุ่ม จำนวน 1 คน

4. สรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้

ผลการสืบค้น พบหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 6 เรื่อง เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยระดับ Randomized Controlled Trials (RCTs) ที่เป็นงานวิจัยเดี่ยว จำนวน 4 เรื่อง และการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเดี่ยวแบบ RCTs และอื่น ๆ จำนวน 1 เรื่อง ดังนี้

ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย	ระดับงานวิจัย
1. Intervention for helping people recognize early signs of recurrence in bipolar disorder. (Morris, RK., Faizal, MA., Jones, AP., Williamson, PR., Bolton, C, & McCarthy, JP. 2007)	การทบทวนอย่างเป็นระบบ(systematic reviews)	1
2. A randomized trial on the efficacy of group psycho-education in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. (Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Manuel Goikolea, J., et al. 2003)	เชิงทดลองและมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง(RCT)	2
3. Psycho-education efficacy in bipolar disorder: beyond compliance enhancement.(Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Manuel Goikolea, J., et al. 2003)	เชิงทดลองและมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง(RCT)	2

ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย	ระดับงานวิจัย
4. Stabilizing the stabilizer: group psycho-education enhances the stability of serum lithium levels. (Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J.M., et al. 2005)	เชิงทดลองและมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง(RCT)	2
5. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. (Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., & Limb, K. 1999)	เชิงทดลองและมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง(RCT)	2
6. A review of the Literature. Journal of Affective Disorder. (Rouget, B.W., & Aubry, J-M. Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorder. 2007)	การทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยเชิงทดลองและอื่นๆ	5

5. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวปฏิบัติ (Recommendation)

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด 6 เรื่อง นำมาสร้างแนวปฏิบัติ เพื่อให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I และ II ที่โรงพยาบาล (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 1 จำนวน 1 เรื่อง ระดับ 2 จำนวน 4 เรื่องและระดับ 5 จำนวน 1 เรื่อง โดยในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ พิจารณา ดังนี้

โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา มีได้ใน 2 ลักษณะ ได้แก่ แบบกลุ่ม และแบบรายบุคคล

การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

ลักษณะของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรม

1. ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์

1.1 ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I และ II อายุ 18 ถึง 65 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยตามระบบ DSM-IV ทั้งเพศหญิงและชาย (หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2)

1.2 อยู่ในภาวะสงบ (Euthymic) ติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อยที่สุด 6 เดือน (หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2)

1.3 มีการติดตามแผนการรักษาอย่างดี มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อยที่สุด 6 เดือน (หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2)

2. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิภาพ เมื่อจัดเป็นกลุ่ม ๆ ละ 8 ถึง 12 คน (หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2)

3. ระยะเวลาและขั้นตอนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

3.1 ระยะเวลาในการทำกลุ่มใช้เวลาติดต่อกันทุกสัปดาห์ เป็นจำนวน 21 ครั้งๆ ละ 90 นาที (หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2)

3.2 การดำเนินการในแต่ละครั้ง (session) ช่วงต้นจะมีการเกริ่นเข้าสู่เนื้อเรื่องที่เตรียมไว้ก่อนดำเนินโปรแกรม เป็นระยะเวลา 30 ถึง 40 นาที แล้วตามด้วยการฝึกหัดและอภิปรายกลุ่ม (หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2)

4. ให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาได้ทั้งในโรงพยาบาล (หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2) สถานที่ที่จะทำการให้สุขภาพจิตศึกษาควรจะเป็นแผนกผู้ป่วยนอก (หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 5)

5. ผู้ดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเป็นนักจิตวิทยาที่มีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I และ II มีภาวะการเป็นผู้นำ และได้รับการฝึกฝนและมีทักษะในกระบวนการกลุ่ม (หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2)

6. เนื้อหาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา {Psycho- education of bipolar disorder (Barcelona Bipolar Disorders Program)} ประกอบด้วย 21 หัวข้อ ดังนี้ (หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2)

6.1 บทนำ (Introduction)

6.2 การเจ็บป่วยด้วยโรคไบโพลาร์ คือ อะไร (What is bipolar illness?)

6.3 สาเหตุและปัจจัยกระตุ้น (Causal and triggering factors)

6.4 อาการนำของภาวะแมเนียและไฮโปแมเนีย (Symptoms (I): Mania and hypomania)

6.5 อาการนำของภาวะซึมเศร้าและแบบผสม (Symptoms (II): Depression and mixed episodes)

6.6 การดำเนินโรคและผลลัพธ์ (Course and outcome)

6.7 การรักษาด้วยยาที่ทำให้อารมณ์คงที่ (Treatment (I): Mood stabilizers)

6.8 การรักษาด้วยยาด้านแมเนีย (Treatment (II): Antimanic agents)

6.9 การรักษาด้วยยาด้านเศร้า (Treatment (III): Antidepressants)

- 6.10 ระดับของยาในซีรัม ได้แก่ ยาลิเทียม ยาคาร์บามาซีพีน ยาแวลโพรเอต (Serum level; lithium, carbamazepine และ valproate)
- 6.11 การให้คำปรึกษาในการตั้งครรภ์และการถ่ายทอดทางพันธุกรรม (Pregnancy and genetic counseling)
- 6.12 จิตเภสัชและการรักษาทางเลือกอื่นๆ (Psychopharmacology vs alternative therapies)
- 6.13 ความเสี่ยงที่เกิดจากการขาดการรักษา (Risks associated with treatment withdrawal)
- 6.14 สุราและยาเสพติดที่หาซื้อได้ง่ายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไบโพลาร์ (Alcohol and street drugs: risk in bipolar illness)
- 6.15 อาการเริ่มแรกของภาวะแมนียและไฮโปแมนีย (Early detection of manic and hypomanic episodes)
- 6.16 อาการเริ่มแรกของโรคซึมเศร้าและแบบผสม (Early detection of depressive and mixed episodes)
- 6.17 จะปฏิบัติอย่างไร เมื่อพบอาการนำ (What to do when a new phase is detected?)
- 6.18 การใช้ชีวิตตามปกติ (Regularity)
- 6.19 เทคนิคการจัดการความเครียด (Stress management techniques)
- 6.20 เทคนิคการแก้ไขปัญหา (Problem-solving techniques)
- 6.21 บทสรุป (Final session)

การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคล

ลักษณะของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรม

1. ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์

1.1 ผู้ป่วยไบโพลาร์ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ถึง 75 ปีโดยการใช้แบบสัมภาษณ์มาตรฐานทางจิตเวชทั้งเพศหญิงและชาย (หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2)

1.2 เคยมีประวัติอาการกำเริบตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปและภายใน 12 เดือนที่ผ่านมามีอาการกำเริบ 1 ครั้ง (หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2)

2. ระยะเวลาและขั้นตอนการดำเนินการสอนสุขภาพจิตศึกษาครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นจำนวน 7 ถึง 12 ครั้ง (หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2)

3. ผู้ดำเนินการสอนสุขภาพจิตศึกษาเป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ทางคลินิกเล็กน้อย (หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2)

4. วิธีการสอน

4.1 วัตถุประสงค์ในการสอน

เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักอาการนำของการกำเริบ และการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพเมื่อมีอาการนำ ได้แก่ (หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2)

4.2 เนื้อหาในการสอน

4.2.1 การฝึกให้ผู้ป่วยสามารถระบุอาการนำของการกำเริบของโรคได้ โดยแยกระบุอาการนำของอาการเมเนีย และซึมเศร้าออกจากกัน ผู้บำบัดจะทำการรวบรวมประวัติของผู้ป่วย โดยซักถามถึงวิธีการดำเนินชีวิต อาการที่เกิดขึ้นก่อนที่มีอาการเมเนียและอาการซึมเศร้ากำเริบขึ้นในครั้งก่อนๆที่ผ่านมาเป็นอย่างไร มีอาการอะไรบ้าง เกิดนานเท่าใด ซึ่งลักษณะและเวลาของการเกิดอาการนำของผู้ป่วยจะถูกนำมาบันทึกในแบบฟอร์มมาตรฐานที่มีรายการอาการ (standard checklist) เพื่อใช้ตรวจสอบอาการ และ ผู้ป่วยจะได้รับบัตรบันทึกอาการ (card sorting exercise) เพื่อจดบันทึกอาการที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งๆที่มีอาการเกิดขึ้นเป็นลำดับไป นอกจากนี้ผู้ป่วยจะต้องทำการจดบันทึกประจำวัน (diary) เพื่อจะได้นำไปเปรียบเทียบกับ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ตามปกติได้

4.2.2 สอนให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังติดตามอาการหรือสถานการณ์ในชีวิต อย่างที่เกิดขึ้นก่อนอาการนำของเมเนียหรือซึมเศร้ากำเริบ ซึ่งถือว่าเป็นระยะเตือน (warning stage) ที่ผู้ป่วยจะต้องเพิ่มการเฝ้าระวังติดตามให้มากขึ้นจากทุกสัปดาห์เป็นทุกวัน และอาการหรือสถานการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้นต่อมาอีก 3 อย่าง ถือเป็นอาการนำที่จะต้องเข้าสู่ระยะปฏิบัติการ (action stage) ที่ผู้ป่วยจะต้องขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ

4.2.3 วางแผนการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการกำเริบ ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมกันระบุบุคลากรทางสุขภาพ ที่จะไปขอความช่วยเหลือหรือรับการรักษาในระยะแรก 3 ท่านซึ่งหนึ่งในสามท่าน จะต้องสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา ตัวอย่างเช่น พยาบาลหรือแพทย์ในหน่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ ให้ผู้ป่วยบันทึกการวางแผนการขอความช่วยเหลือในระยะเตือน และระยะปฏิบัติเมื่อเกิดอาการซึมเศร้ากำเริบและเมเนียเต็มขั้นไว้ในบัตรที่ห่อหุ้มด้วยพลาสติกอย่างดี ซึ่งผู้ป่วยจะต้องนำติดตัวไปด้วย ผู้บำบัดจะไปให้ข้อมูลกับบุคลากรทางสุขภาพที่ผู้ป่วยอาจจะไปขอรับการรักษา ไว้เป็นเบื้องต้น (จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช พยาบาลที่เกี่ยวข้องปฏิบัติเมื่อมีอาการนำ)

5. อุปกรณ์ที่ใช้ (หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2)

5.1 แบบฟอร์มมาตรฐานที่มีรายการอาการ บัตรบันทึกการวางแผนการเข้ารับการรักษาช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ

5.2 สมุดบันทึกประจำวัน (Diary) แสดงให้เห็นความแตกต่างของอาการนำกับอารมณ์ปกติ ซึ่ง ทำให้ผู้ป่วยสามารถทราบระยะเตือนเพื่อจะได้เฝ้าระวังเป็นพิเศษ และถ้าอาการรุนแรงขึ้นผู้ป่วยจะได้ทราบว่าตนเองอยู่ในระยะที่จะต้องรีบเข้ารับการรักษาโดยด่วน

การประเมินผลลัพธ์

ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ได้แก่ อาการกำเริบ อัตราการกลับเป็นซ้ำ อัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง สามารถทำการประเมิน ดังต่อไปนี้

1. การประเมินภาวะสงบ (Euthymic) หมายถึง สภาวะทางจิตใจที่อยู่ในภาวะปกติ ไม่มีอารมณ์ครึกครื้นหรือ เศร้ามากจนเกินกว่าปกติ หรือ หมายถึง สภาพจิตใจที่อยู่ในภาวะสงบ (euthymic:Information and Much More from Answers.com. Retrieved August 29, 2004. from <http://www.answers.com/topic/euthymic>)

ประเมินภาวะสงบจากอาการเมเนีย โดยใช้เครื่องมือ Young Mania Rating Scale ซึ่งมีคะแนนจากแบบวัด Young Mania Rating Scale [YMRS] <6, และประเมินภาวะสงบจากอาการซึมเศร้า โดยใช้แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression [HAM-D]-17 ซึ่งใช้คะแนนจากแบบวัด [HAM-D]-17 ที่คะแนน<8 และมีระยะสงบติดต่อกันนานอย่างน้อยที่สุด 6 เดือน (หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2)

2. การกำเริบ(relapse) หมายถึง การมีอาการเมเนีย ไฮโปเมเนีย หรือแบบผสมในระยะเวลาอย่างน้อย 5 วัน ส่วนอาการของโรคซึมเศร้าใช้อาการตามเกณฑ์มาตรฐานใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ไม่ได้รับการรักษา (หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2) สามารถประเมินโดย Structure clinical interview for DSM III-R, patient edition, 1990.

3. การกลับเป็นซ้ำ (recurrence) หมายถึงผู้ป่วยกลับมามีอาการอีก หลังจากที่มี recover แล้วนั่นคือการเกิด episode ใหม่ของโรค (มานิซ หล่อตระกูล, 2539) ซึ่งประเมินด้วยแบบวัด Young Mania Rating Scale (YMRS) และ Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) การกลับเป็นซ้ำ หมายถึงคะแนนอาการเมเนีย จากแบบวัด YMRS ≥ 12 , และคะแนนอาการซึมเศร้าจากแบบวัด HAM-D ≥ 12 และได้รับการยืนยันจากจิตแพทย์ในการวินิจฉัยการเกิด episode ใหม่หลังจากอาการกำเริบ (relapse) ตามเกณฑ์ DSM-IV (หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2)

เครื่องมือที่ใช้ประเมินการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ (หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2)

3.1 แบบวัด Young Mania Rating Scale (YMRS)

- Young Mania Rating Scale (YMRS) ซึ่งค่าคะแนนจากแบบวัด YMRS เป็นตัววัดของอาการเมเนีย (หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2)

- ถ้ามีคะแนนจากแบบวัด YMRS ≥ 20 แสดงว่า มีอาการเมเนีย
- ถ้ามีคะแนนจากแบบวัด YMRS ≥ 12 แสดงว่า มีอาการไฮโปเมเนีย
- ถ้ามีคะแนนจากแบบวัดของ YMRS ≥ 20 และ HAM-D-17 ≥ 12 แสดงว่า

มีอาการแบบผสม

3.2 แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)-17 Score

- Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)-17 เป็นแบบวัดที่ผู้ให้บริการแพทย์หรือพยาบาล เป็นผู้ประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย ถ้ามีค่า HAM-D-17 ≥ 17 แสดงว่ามีอาการซึมเศร้า (หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2)

3.3 The administration of Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I and SCID-II) เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (First, Spitzer, & Gibbon, 1996; Gomez, Villar, & Renovell, 1994)

นอกจากนั้น พยาบาลยังสามารถประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม ด้วยเครื่องมือแบบสัมภาษณ์การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning interviews) มี 8 กิจกรรมทางสังคม ได้แก่ การจัดการงานบ้าน อาชีพการงาน การจัดการเกี่ยวกับการเงิน การดูแลเด็ก สัมพันธภาพใกล้ชิดกับคู่สมรส สัมพันธภาพที่ห่างเหินใกล้ชิดกับผู้อื่น การแสดงออกทางสังคมกับผู้อื่น การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า แบบวัดนี้มี 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 3 (หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2)

ระดับ 0 หมายถึง มีการแสดงออกพอใช้ ถึง ดี

ระดับ 1 หมายถึง ยังมีปัญหาอยู่แต่บางครั้งแสดงออกได้ดี

ระดับ 2 หมายถึง ยังมีปัญหาอยู่เกือบทุกครั้ง

ระดับ 3 หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมทางสังคมได้

4. การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสามารถประเมินโดยนับจำนวนวันทั้งหมดของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมแล้ว

ระยะที่ 3 ระยะที่นำโครงการลงสู่การปฏิบัติ (Evidence-observed phase)

แผนการดำเนินการต่อในระยะที่ 3 โดยการนำโครงการลงสู่การปฏิบัติ ดังนี้

1. เข้าพบจิตแพทย์ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช เสนอแนวคิดในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน
2. นำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ เข้าเสนอในการประชุมทีมงานในกลุ่มงานจิตเวช และขอความร่วมมือในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

3. ประชุมชี้แจงแนะนำอธิบายถึงขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติและการใช้แบบประเมิน Young Mania Rating Scale และแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression แก่พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้

4. นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ (Pilot Study)

4.1 กระบวนการนำไปใช้มีปัญหา อุปสรรคในการใช้หรือไม่ แล้วนำมาปรับแก้ไข

4.2 ผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ

4.2.1 ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ มีความรู้เกี่ยวกับโรค และปฏิบัติตามแผนการรักษาได้

ถูกต้อง

4.2.2 พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ใช้แนวปฏิบัติได้ถูกต้อง

ระยะที่ 4 ระยะของการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน

(Evidence - base phase) แผนการดำเนินต่อในระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน ดังนี้

1. นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้ว และผลการนำไปใช้ ต่อทีมพัฒนามาตรฐานคุณภาพการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (Hospital Accreditation หรือ HA) การดูแลผู้ป่วยด้วยสหสาขาวิชาชีพ (Patient Cares Team หรือ PCT) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในองค์กรโดยบูรณาการแนวปฏิบัติให้เข้ากับการทำงานประจำ

2. จัดทำเป็นคู่มือปฏิบัติเข้าแผนพัฒนาคุณภาพในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์อย่างต่อเนื่อง

3. ทำการวิจัยเชิงผลลัพธ์ (Outcome Research) เพื่อดูประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์

THE DEVELOPMENT OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE
FOR ENHANCING KNOWLEDGE IN PATIENTS WITH BIPOLAR
DISORDERS

YUVADEE SRISIRIRUNGROT 4637764 NSMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : ACHAPORN SEEHERUNWONG,
D.N.A., CHORTHIP SANTHANAVANICH, PH.D.

EXTENDED SUMMARY

1. Background and significance of the study

Bipolar disorders is a common psychiatric illness categorized as a mood disorder. It is a significant problem in public health because of the severity and strong impact on patients' quality of life. The prevalence of bipolar disorders in general population is estimated at 0.4 – 1.6 percent (American Psychiatric Association [A.P.A], 2000; Kaplan & Sadock, 1997), with near numbers of prevalence in men and women (A.P.A, 2000). Research on the prevalence of bipolar disorders in Thailand found that the prevalence of manic episode is 0.3 percent in men and 0.5 percent in women whereas the prevalence of hypomania is 0.5 percent in both men and women (Siriwanarangsarn et al., 2003). It is also reported that the recurrence of bipolar disorders is frequent as more than 90 percent of patients have illness recurrence after the onset (Muller–Oerlinghausen, Berghofer, & Bauer, 2002). Approximately 40 – 50 percent of patients with bipolar disorders have recurrence for the second time within two years after the onset of illness. It is estimated that about 40 percent of patients with bipolar disorders suffer more than 10 times of recurrence in their lifetime (Kaplan & Sadock, 1997) with the maniac episode extends for averagely 6 months (Gelder, Mayou & Cowen, 2001). The rate of recurrence is 50 percent in the first year and 70 percent in four years (Keller, Lavorip, & Kane, 1992; Gitlin, Swendsen, Heller, & Hammen, 1995).

The illness symptoms usually worsen over a longer period (Srisuraphanon and Dissayawanich, 1999). Therefore, the illness with bipolar disorders is not limited to an acute stage but it may develop to be chronic illness which requires appropriate care and management, especially in aspects of daily living and compliance with medication treatment [National Institute of Mental Health (NIMH), 2003]. The number of patients with bipolar disorders has increased nowadays. The patients may be in depressive or manic episode, and some may be in mixed episode with the presence of both manic and depressive symptoms. Significant symptoms during the depressive episode include depression and lack of interest in the environment, or loss of previous interests. These symptoms usually appear for at least two weeks in addition to other symptoms such as changes in sleep pattern, appetite, and interests. The patients also present with low self-esteem, hopelessness, worthlessness, and suicidal thought. They may also have some psychotic symptoms. Patients in manic or hypermanic episode are in elevated mood and expansive. They also have alternative moods such as being unusually irritable, showing rapid thoughts, being extremely talkative, having decreased need for sleep, and showing extreme self-confidence (A.P.A., 2000). Bipolar disorders is classified into three types comprising bipolar I, bipolar II, and cyclothymia. According to a report on bipolar disorders, the prevalence rate of bipolar I is 0.3 – 1.5 percent of general population (Gelder et al., 2001). For bipolar II, the prevalence rate is approximately 0.5 percent of general population (Hirschfeld, Bowden, Gitlin, & Keck, 2002). The rate of unspecified bipolar, however, is as high as 2.5 – 6.5 percent (Hirschfeld, William, Spitzer & Calabrese, 2000). Patients with bipolar I always have the onset of illness with depressive episode (Kaplan & Sadock, 1997) and they are likely to have frequent recurrence of symptoms.

A long term study has shown that 15 percent of patients with bipolar disorders recover from the illness and 45 percent can recover to normal state despite having recurrence for a number of times. However, 30 percent of patients with bipolar disorders have residual symptoms and 10 percent suffer from chronic symptoms. Approximately one out of three patients with bipolar disorders presents with chronic symptoms and has decreased abilities in living their social life (Kaplan & Sadock, 1997). A study of residual symptoms in depressive patients with bipolar II found that 44.9 percent of the patients had residual symptoms (Bnazzi, 2001). Referring to the aforementioned findings, nearly half of patients with either bipolar I or II have

residual symptoms in a long term. Such condition leads to significant loss, as well as having social and economic impacts on the patients and their family. It is found that patients with bipolar disorders are at risk of suicide by 2 – 3 times higher than general population (Loosen et al., 2000). Approximately 10 – 20 percent of the patients committed suicide or had attempted suicide at least once in their lifetime (Muller – Oerlinghausen, et al., 2002). During the manic episode, the patients may have impaired judgment or inappropriate behavior due to emotional disorders. These conditions may lead to negative consequences such as overspending, making impulsive investment, having arguments, or having promiscuous sexual behavior (Kanokwutti & Ponganutri, 1989). Moreover, it was also found that 60 percent of patients with bipolar disorders used addictive substances. The illness has impacts on family care and interpersonal relationship, including the relationship with spouse. A study found twofold increase of divorce rate among patients with bipolar disorders (Hirschfeld et al., 2002). It was also reported that the care-giving relatives of patients with bipolar disorders demonstrated stress at medium to high level (Reinares, Colom, Martinez-Aran, Benabarre & Vieta, 2002). The relatives of patients with bipolar disorders also felt the burden of care-giving more than the relatives of patients with schizophrenia. The social impact of bipolar disorders is due to emotional changes, which have effects on the patients' thoughts, judgment, and behaviour, and may subsequently lead to aggressive behaviour and illegal activities (Pliszka et al., 2000). Bipolar disorders also has economic impact because of the high rate of suicidal attempts among patients. As a consequence, the patient may become disable thus increasing burden to their family and relatives. According to a report from the World Health Organization (WHO), bipolar disorders is estimated to be the 6th leading cause of disability adjusted life year (DALY) in population aged 15 – 44 years (Wood, 2000). At present, major treatment for bipolar disorders includes adjunctive psychotherapy, in addition to pharmacotherapy, in order to promote patients' compliance with treatment (Luebunthawatchai and Thongkhamrod, 2001). A reviews of related literature and studies from 1990 onwards revealed that an effective management of bipolar disorders is psycho-educational interventions. Psycho-education is a type of psychotherapy which is effective for the prevention of illness recurrence in patients with bipolar disorders who were receiving pharmacotherapy. It provides patients

with knowledge and understanding about the illness, thus promoting patients' acceptance and awareness of their illness. As a result, the patients would conduct appropriate self-care and comply with follow-up visits (Harvey & Peet, 1991).

Psycho-education for psychiatric patients differs from health education for patients with physical illness because psychiatric patients are not generally aware of their illness or do not have perceived illness. Thus these patients tend to constantly change their decision and behaviour. The purpose of psycho-education is to provide patients with both theoretical and practical knowledge for enhancing their understanding and ability to solve problems arising from the illness. The patients are taught to recognize the signs and symptoms that indicate the recurrence of manic and depressive episodes (Perry et al., 1995; Perry, 1999). The review of previous studies has shown that every psycho-education intervention aims to increase the interval between recurrence, reduce the duration of recurrence, and promote patients' adaptation to social role, work, and quality of life.

From the report of psychiatric clinic, Prachomklao Hospital Petchaburi Province from 2005-2007 show that there were 2.5 % patients with bipolar disorders of the total psychiatric patients. Collecting data about relapsing of patients in three years ago finding clients with relapse symptoms 8 % , had recurrent episode and readmit in hospital 6 % , in this group one patients had three times relapsing, and two patients had two times relapsing in one year. (Prachomklao Hospital , 2007). As this report show that bipolar patients who had relapsing symptoms and frequency exacerbation effect to patients 's quality of life and quality of hospital, that is critical problems need to be solved. And should to manage about appropriate therapeutic guideline to have ultimate effectiveness. the Psychiatry Division at Phrachomklao Hospital does not have practice guidelines to enhance knowledge and understanding of the illness or to promote an awareness of the importance of medical treatment in patients with bipolar disorders. Psycho-education is an intervention that can prevent symptom recurrence and extend the length of non-hospitalization period, thus it could indirectly reduce medical and social expenses. The researcher of this study is interested in compiling and examining information about psycho-education interventions from evidence-based practice that could be appropriate and feasible to the work organization. The obtained information could be

used to develop clinical nursing practice guidelines for enhancing knowledge in patients with bipolar disorders. These guidelines should also help in improving nursing services to meet standard quality.

2. Purpose of the study

The purpose of this study is to develop clinical nursing guidelines for enhancing knowledge of preventing relapse, recurrence of illness and rehospitalization in patients with bipolar disorders.

3. Methodology

Related literature and research were analyzed and synthesized for the development of clinical nursing practice guidelines for enhancing knowledge in patients with bipolar disorders. The research methodology was based on the Evidence-Based Practice Model (Soukup, 2000), which is an effective model for applying to practice and provides comprehensive details about the process of guideline development. The model also emphasizes changes at organization level and has guidelines for continuous development. The development process involves the integration of thinking and synthesizing in addition to applying the obtained evidence to support every step of nursing practice, leading to the most effective and continuous practice. The development of guidelines is comprised of four phases, as listed below

Phase 1 Evidence-triggered phase

This phase as search for problems that receive from 2 ways are practice triggers and knowledge trigger. Practice triggers refer to clinical questions often raised by clinicians and from data sources within organizational systems that monitor practice patterns. Knowledge triggers refer to emergent knowledge related to developments in clinical practice, advances in technology, and program development.

The outcome of the evidence-triggered phase is a clear, succinct description of the practice and knowledge triggers.

Phase 2 Evidence-supported phase

This phase focuses on a review of existing evidence for best practice with and area of emphasis on the evidence triggers to guide the search process. There are several source of searching such as research, organization report, clinical standard,

national clinical practice guideline, company suggestion and specialist best practice report.

The outcome of this phase as evidence and research, quality of evaluation and analysis. Evidence synthesis and research outcome collect for summarize to be authentic evidence including creating practice guideline.

Phase 3 Evidence-observed phase

This phase the proposed practice or comprehensive program initiative is designed and implemented using appropriate methods and measurements. Proposed initiatives may be research, a clinical study, a pilot study, a point prevalence study, an incidence study, product evaluation, cost / benefit analysis, patient and clinician surveys, and comprehensive program development and evaluation.

The outcome of this phase is to determine clinical practice relevance of the practice or program change based on observed findings and recommendations.

Phase 4 Evidence –based phase

This phase as critical analysis from data in evidence- support phase and evidence- observed phase. Whether the project presented achieved by best practice happened, and come from what evidence.

The outcome of this phase as evaluate practice changing whether upon authentic evidence and support best practice. For final outcome of this phase is publication findings that can be done by reporting in practical committee and multidisciplinary, present at international conference, website, or publication so that to be profession reliability.

The first two phases of the Evidence- Based Practice Model, the Evidence-triggered phase and the Evidence-supported phase, were conducted in this study. The steps of each phase in the Evidence-Based Practice Model are summarized below.

Phase 1 Evidence-triggered phase

1. Selecting a topic of problem in clinical practice
2. Selecting a topic of problem from sources of knowledge

Phase 2 Evidence-supported phase

The researcher determined the criteria for searching related literature and research in order to obtain the evidence consistent to the topic of problem in terms of population, intervention and outcome.

1. Searching guidelines

The guidelines for searching evidence were based on the PICO Framework (Population, Intervention, Comparison and Outcome Framework) (Craig, 2002). The following keywords for each parameter were used in searching related literature:

1.1 Population: bipolar disorders and manic-depressive disorder

1.2 Intervention: psychosocial Intervention, psycho-education, education, teaching

1.3 Comparison intervention: no specified keyword

1.4 Outcome: time to Relapse, rehospitalization, number of hospitalization, relapse prevention, recurrence prevention

2. Searching evidence from databases

2.1 Electronic databases. Both published and unpublished research paper in either Thai or English were assembled. The searching was performed on the following databases: www.guidelines.gov, www.cochrane.org, www.joannabriggs.edu.au, OVID, CINAHL, Pub Med, Science Direct, Blackwell-Synergies, MEDLINE, and www.google.com

2.2 Hand search

2.3 Research databases of university libraries in Thailand

2.4 Reference lists in research papers or published articles.

3. Selecting literature

The literature was selected with the following criteria:

3.1 The study was conducted with patients with bipolar disorders.

3.2 The research concerned the promotion of knowledge and understanding of bipolar disorders in patients with bipolar disorders. The patients might receive knowledge of bipolar disorders in various aspects, e.g. the disorder and medical treatment, awareness of the treatment process, awareness of the onset of symptoms, problem-solving method, stress management, etc.

3.3 The results of the study included the reduction of depressive and maniac symptoms, recurrence, relapse, rehospitalization, and social functioning.

3.4 The material is a systemic reviews of Thai and foreign studies, as well as reported of Randomized Controlled Trials (RCTs) and systematic reviews of Randomized Controlled Trials (RCTs) and others studies.

3.5 The material is a full-text paper published between 1999 and 2007.

4. Result of literature searching

The search for empirical evidence from various databases found that only abstracts were available for most studies and the full texts were not accessible. Some research papers were published in journals that were not available in Thailand. The search resulted in six materials to be analyzed and synthesized in this study.

5. Assessment of qualities and strengths of the evidence

The assessment of the strength of obtained evidence for the development of guidelines for enhancing knowledge in patients with bipolar disorders was based on Melnyk and Fineout-overholt's system of evidence categorization, as detailed below (Melnik & Fineout-Overholt, 2005).

Level 1: Evidence is from systematic reviews or meta-analysis of Randomized Controlled Trials (RCTs) that are consistent with the topic of problem. It may also be evidence from guidelines developed from systematic reviews of RCTs.

Level 2: Evidence is from well-designed RCTs.

Level 3: Evidence is from well-designed experimental studies with non-randomized controlled trials.

Level 4: Evidence is from well-designed cohort studies or case-control analytical studies with more than one source of data or study site.

Level 5: Evidence is from systematic reviews of descriptive research and qualitative research.

Level 6 : Evidence is from descriptive research or qualitative research.

Level 7 : Evidence is from experts' judgment and/or the consensus of a panel of experts.

Each material was analyzed and evidence was extracted to fill in the evidence table under the following headings: purpose of the study, research design, population, study site, research instrument, research methodology, and results. The transferability of results to clinical practice was estimated with utilization criteria. Significant information was then assembled to develop recommendations for the formulation of guidelines for providing psycho-education to patients with bipolar disorders. The research adviser and co-advisers oversaw every step of material analysis and evidence

assembling to ensure correctness and accuracy of the obtained evidence. The practice guidelines was submitted to a panel of experts for the examination of content validity, comprehensiveness, and appropriateness of language used. The panel of experts was comprised of the following four members:

- 1 physician specialized in caring for patients with bipolar disorders
- 1 nurse instructor specialized in mental health and psychiatric nursing
- 1 professional nurse specialized in mental health and psychiatric nursing with experiences in caring for patients with bipolar disorders and group therapy
- 1 professional nurse specialized in mental health and psychiatric nursing with experiences in developing nursing practice guidelines for psycho-education and in group therapy

4. Summary of obtained evidence

The evidence searching resulted in six materials as follows: 1 systematic review, 4 Randomized Controlled Trials, and 1 systematic review of an RCTs and other studies.

Title	Research of evidence	Level
1. Intervention for helping people recognize early signs of recurrence in bipolar disorder. (Morriss, RK., Faizal, MA., Jones, AP., Williamson, PR., Bolton, C, & McCarthy, JP. 2007)	Systematic reviews	1
2. A randomized trial on the efficacy of group psycho-education in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. (Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Manuel Goikolea, J., et al. 2003)	Randomized Controlled Trials (RCT _s)	2
3. Psycho-education efficacy in bipolar disorder: beyond compliance enhancement. (Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Manuel Goikolea, J., et al. 2003)	Randomized Controlled Trials (RCT _s)	2

Title	Research of evidence	Level
4.Stabilizing the stabilizer: group psycho-education enhances the stability of serum lithium levels. (Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Reinares,M., Goikolea, JM., et al. 2005)	Randomized Controlled Trials (RCT _s)	2
5. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. (Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy , E., & Limb, K.1999)	Randomized Controlled Trials (RCT _s)	2
6.A review of theLiterature. Journal of Affective Disorder.(Rouget, B.W., & Aubry, J-M. Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorder. 2007)	Systematic review of an RCT and other studies	5

5. Recommendations for the development of practice guidelines

The review of six materials to develop practice guidelines for providing psycho-education to patients with bipolar I and II at Phrachromklao Hospital found one article with the strength of evidence at level 1, four articles with level 2, and one article with level 5. The following practices were recommended for enhancing knowledge in patients with bipolar disorders.

Psycho-education could be provided with two types of education: group education and individual education.

Group psycho-education

1. The participants are patients with bipolar disorders whose characteristics met the following criteria:

1.1 Patients are diagnosed with bipolar disorder I and II according to the DSM-IV, and are either male or female aged 18 – 65 years (Level 2).

1.2 Patients have been in euthymic phase for at least six consecutive months (Level 2);

1.3 Patients have good compliance with treatment and have taken medications continuously for at least six months (Level 2).

2. An effective group psycho-education program should have 8 – 12 participants in a group (Level 2).

3. Duration and steps of group psycho-education

3.1 Group psycho-education should be provided every week for the total number of 21 sessions with 90 minutes in each session (Level 2).

3.2 Each session should start with an introduction and continue for 30 – 40 minutes to teach the planned lesson, followed by practice and group discussion (Level 2).

4. Psycho-education could be provided in the Outpatient Department (Level 2).

5. The psycho-education program should be conducted by a psychologist who has knowledge of patients with bipolar I and II, as well as leadership qualities. The psychologist should also have received training and have developed skills in group therapy (Level 2).

6. The content of psycho-education program for patients with bipolar disorders is composed of 21 topics, as in the Barcelona Bipolar Disorder Program (Level 2).

6.1 Introduction

6.2 What is bipolar illness?

6.3 Causal and triggering factors

6.4 Symptoms (I): Mania and hypomania

6.5 Symptoms (II): Depression and mixed episodes

6.6 Course and outcome

6.7 Treatment (I): Mood stabilizers

6.8 Treatment (II): Antimanic agents

6.9 Treatment (III): Antidepressants

6.10 Serum level; lithium, carbamazepine and valproate

6.11 Pregnancy and genetic counseling

6.12 Psychopharmacology vs alternative therapies

6.13 Risks associated with treatment withdrawal

6.14 Alcohol and street drugs: risk in bipolar illness

6.15 Early detection of manic and hypomanic episodes

6.16 Early detection of depressive and mixed episodes

6.17 What to do when a new phase is detected?

- 6.18 Regularity
- 6.19 Stress management techniques
- 6.20 Problem-solving techniques
- 6.21 Final session

Individual psycho-education

1. The participants are patients with bipolar disorders whose characteristics met the following criteria (Level 2):

1.1 Patients are diagnosed with bipolar disorders from a standard psychiatric interview and are either male or female aged 18 -75 years.

1.2 Patients have history of relapse for at least twice and had a relapse in the past 12 months.

2. The psycho-education should be provided in a 60-minute session for the total number of 7 -12 sessions.

3. The psycho-education program should be conducted by a psychologist who has some experience in clinical practice.

4. Teaching method

4.1 Objective: To enhance patients' knowledge of the leading symptoms of relapse and how to seek help from healthcare professional (Level 2).

4.2 Content

4.2.1 Patients are trained to identify the leading symptoms of relapse and to distinguish between manic and depressive symptoms. The therapist will compile the patients' history by making inquiries about their lifestyle, the symptoms before the relapse of depressive and maniac episode in previous incidents, and the duration of each episode. The characteristics, times, and duration of leading symptoms are recorded in a standard checklist for symptom examination. The patients will receive a card sorting exercise to record symptoms in order. In addition, the patients are required to write diary so that they can compare mood alterations during a symptomatic episode with the moods in euthymic period.

4.2.2 The patients are taught to monitor their symptoms or to recognize the three life situations that may precede leading symptoms of maniac or depressive episode. This is a warning stage in which the patients have to monitor their

symptoms more closely and more frequently - from weekly to daily monitoring. The subsequent symptoms or three life situations are considered as leading symptoms that require an action stage, in which the patients should seek help from health professionals.

4.2.3 The plan for seeking medical help is drawn for the relapse of symptoms. The therapists and the patients should discuss and identify three health professionals to seek help at the initial stage of relapse. One of the three professionals should be accessible at anytime; for instance, nurses or doctors in an emergency department. In addition to the help-seeking plan for the warning stage, the patients should also have a plan for the action stage when they have complete relapse of depressive and maniac symptoms. The plan should be written on a laminated card and the patients should have this card with them all the time. The therapist may initially give information about the patients to the health professionals from whom the patients may seek help when they have leading symptoms.

5. Materials (Level 2)

5.1 A standard checklist of symptoms and a card containing a plan for seeking help from health professionals.

5.2 A diary to distinguish leading symptoms from ordinary moods, which will remind the patients of the warning stage for close monitoring. If the symptoms become increasingly severe, the patients would be aware of the action stage.

Evaluation of outcomes

It is expected that the rates of relapse, recurrence and rehospitalization will decrease. The outcomes could be evaluated as detailed below.

1. Euthymic state

Euthymic is a psychological state that is normal, neither elated nor depressed. Euthymic patients are in moderate, peaceful mood.

The euthymic state after a manic episode is evaluated with the Young Mania Rating Scale (YMRS). The score of YMRS should be lower than 6 to indicate the euthymic state. For patients suffering from depressive episodes, the euthymic state can be evaluated with the Hamilton Rating Scale for Depression -17 (HAM-D 17), of which the score should be lower than 8. The patients should have been in the euthymic state for at least six consecutive months (Level 2).

2. Relapse

Relapse refers to the presence of mania, hypermania, or mixed symptoms for at least five days. For depressive relapse, patients present with depressive symptoms without receiving medical treatment for two weeks (Level 2). The relapse of symptoms can be evaluated with the Structured Clinical Interview for DSM III-R (Patient edition, 1990).

3. Recurrence

Recurrence means patients have the illness again despite being recovered before. In other words, the new incidence of illness episode has occurred (Lortrakool, 1996). The recurrence of illness can be evaluated with the Young Mania Rating Scale (YMRS) and the Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D). The YMRS score ≥ 12 and the HAM-D score ≥ 12 indicate the recurrence of illness. In addition, psychiatrists may confirm recurrence of illness from the new episode after the relapse of symptoms by making a diagnosis according to the DSM-IV (Level 2).

The following measures are used for assessing recurrence of illness (Level 2):

3.1 Young Mania Rating Scale (YMRS)

The scores from the measurement with the YMRS are used to determine manic episode (Level 2).

- YMRS score ≥ 20 indicates the presence of manic symptoms.
- YMRS score ≥ 12 indicates the presence of hypomanic symptoms.
- YMRS score ≥ 20 and HAM-D-17 score ≥ 12 indicate mixed symptoms.

3.2 Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)-17 Score

Healthcare providers, physicians, and nurses use the Hamilton Rating Scale for Depression to evaluate depressive symptoms in patients with bipolar disorders. (HAM-D)-17 ≥ 17 indicates depressive symptoms (Level 2).

3.3 Structured clinical interview for DSM-IV (SCID-I and SCIDII)

The SCID is a standard instrument for making diagnosis of psychiatric illness. Nurses can also assess patients' social functioning with the social functioning interviews. The interviews include inquiries about eight social activities comprising household management, work, financial management, childcare, marital relationship,

relationship with other people, social interaction, and immediate problem-solving. The results are reflected on a 4-level scale, ranging from 0 to 3, as listed below (Level 2).

Level 0: the patient performs social functions fairly well to well.

Level 1: the patient has problems sometimes but could perform well at times.

Level 2: the patient has problems almost every time.

Level 3: the patient cannot perform social functions.

4. Rehospitalization

The outcome regarding rehospitalization is evaluated from the number of days of hospital stay after patients participated in the psycho-education program.

Phase 3 Evidence-observed phase

The psycho-education program is to be implemented in clinical practice through the following steps:

1. The implementation of the practice guidelines to clinical practice in the organization is proposed to psychiatrists and the Head of Psychiatric Division.
2. The nursing practice guidelines for enhancing knowledge in patients with bipolar disorders are presented in a staff meeting of the Psychiatric Division. The staff are asked to cooperate in applying the guidelines to clinical practice.
3. The researcher explains details and steps of the practice guidelines. The use of the Young Mania Rating Scale and the Hamilton Rating Scale for Depression are also explained to nurses and concerned parties.

4. Pilot Study

4.1 Problems during the trial period are identified and amendments are made to the guidelines accordingly.

4.2 Expected outcomes

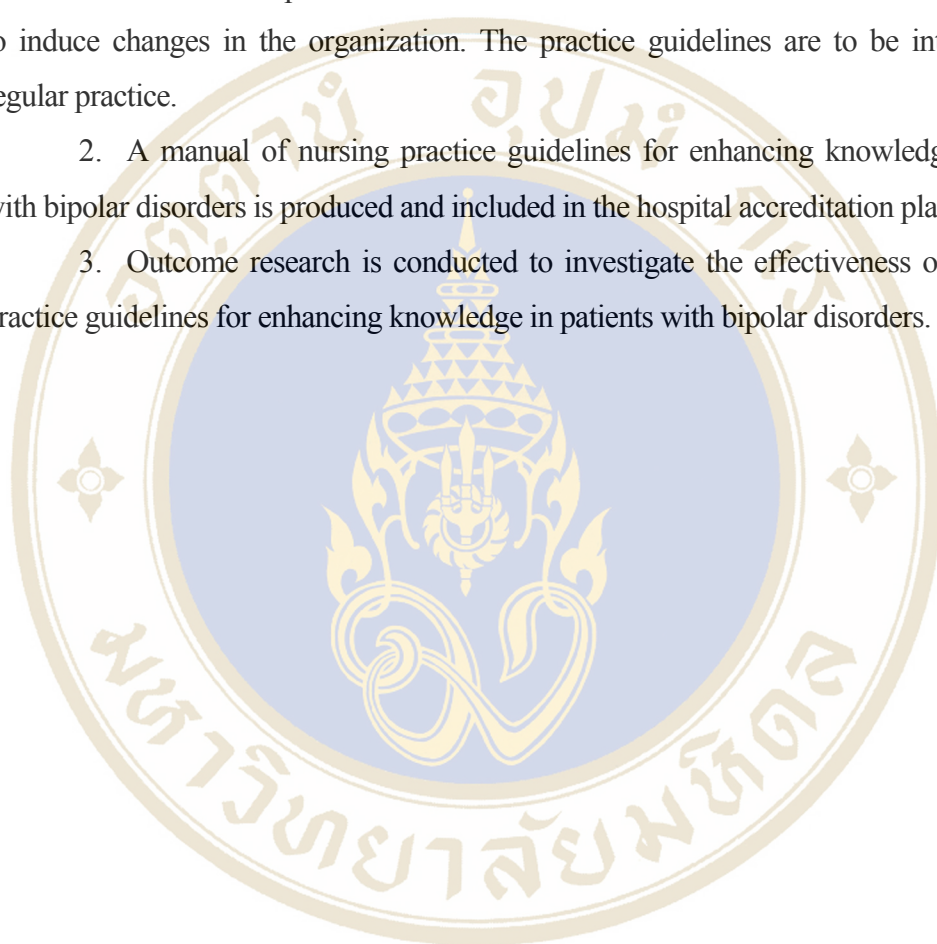
4.2.1 Patients with bipolar disorders have knowledge about the illness and can comply with the treatment plan appropriately.

4.2.2 Nurses and other concerned staff can use the guidelines correctly.

Phase 4 Evidence-base Phase

The amended practice guidelines are implemented in clinical practice as described below.

1. The amended nursing practice guidelines and outcomes of the intervention are submitted to the Hospital Accreditation Committee and the Patient Care Team in order to induce changes in the organization. The practice guidelines are to be integrated with regular practice.
2. A manual of nursing practice guidelines for enhancing knowledge in patients with bipolar disorders is produced and included in the hospital accreditation plan.
3. Outcome research is conducted to investigate the effectiveness of the nursing practice guidelines for enhancing knowledge in patients with bipolar disorders.



บรรณานุกรม

- คณะกรรมการฝ่ายวิชาการ. (2548, 2549 และ 2550). *สรุปรายงานประจำปี โรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี*.
- ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. (2545). ความผิดปกติทางจิตเวชของผู้ต้องขัง: การศึกษาในเรือนจำเขตกรุงเทพมหานครและเรือนจำกลางบางขวาง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 10(2), 77-78.
- รัชชัย ลิฬหاناจ, สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์และรณชัย คงสถนธ์. (2545). เติเทียบเปรียบเทียบกับลิเทียมร่วมกับ carbamazepine ในการรักษา bipolar disorder: การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 47(2), 97-110.
- นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ. (2549). ประสาทชีววิทยา ใน *ตำราโรคใบโพลาร์*. 75-88, กรุงเทพฯ ฯ: บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- พรเทพ อุดมรัตน์. (2549). Psychoeducation ใน Bipolar disorder ใน *ตำราโรคใบโพลาร์*. 241-246, กรุงเทพฯ ฯ: บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันชนภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และ อัจฉรา จรัสสิงห์. (2546). ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12(3), 177 - 188.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2545). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. กรุงเทพฯ ฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวณิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- ยุทธ โพธารามิก, ชูติชัย ปานปรีชา, ธนู ชาติชนานนท์, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, สมชาย จักรพันธ์, อุดม เพชรสังหารและคณะ. (2537). *การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวช (THE ICD-10)*. พิมพ์ขึ้นโดยได้รับอนุญาตจากองค์การอนามัยโลก สถาบันสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ:
- กระทรวงสาธารณสุข.
- รุ่งแสง กนกวุฒิและชะอุทัย พงศ์อนุตริ. (2532). ภาวะลำส่อนทางเพศในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น: รายงานผู้ป่วย 7 ราย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 34(4), 315-325.

- วรลักษณ์ ชีราโมกษ์และวัชชัย ลิพหานาจ. (2549). จัดบำบัดในBipolar disorder. ใน *ตำราโรคไบโพลาร์*. 249-262, กรุงเทพฯ ฯ: บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). *ความผิดปกติทางอารมณ์*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2550). การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล ใน *การวิจัยทางการพยาบาล สารสนเทศและสถิติ*. 14 – 1. 14 – 69, นนทบุรี: มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สมพร บุราทิจและศิริรัตน์ คุปติวุฒิ. (2540). *จิตเวชปฏิบัติ 41*. (พิมพ์ครั้งแรก). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สรยุทธ วาสิณานนท์. (2547). โรคไบโพลาร์. ใน *การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช*. 111-118, กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อนรรักษ์ บัณฑิตยชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภัคนพิน กิตติรักษนนท์และวรวรรณ จุฑา. (2524). ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 46(4), 335-343.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัยและเรณูการ์ ทองคำรอด. (2544). การพยาบาลผู้มีอารมณ์แปรปรวน. *เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช*. หน่วยที่11-15. 173-193. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- American Psychological Association. (2002). *Diagnosis and statistical manual of mental disorder*. (4th ed.). [http://: www.APA.org](http://www.APA.org). Washington: DC.
- Baker, J.A. (2001). Bipolar disorder: an overview of current literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 437-441.
- Bnazzi, F. (2001). Prevalence and clinical correlates of residual depressive symptoms in bipolar II disorder. *Psychother Psychosom*, 70(5), 232-238.
- Brannan, J.W. (1995). A short term psychoeducation multiple-family group for bipolar patients and their families. *Social Work*, 40, 737-743.
- Clarkin, J.F., Glick, I.D., Haas, G.L., Spencer, J.H., Lewis, A.B., Peyser, J., et al. (1990). A randomized clinical trial of inpatient family intervention. V. Results for affective disorders. *Journal. Affective. Disorder*. 18, 17-28.

- Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Manuel Goikolea, J., et al. (2003a). A randomized trial on the efficacy of group psycho-education in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *American Medical Association. General Psychiatry*. 60, 402-407. Spain.
- Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, JM., et al. (2005). Stabilizing the stabilizer: group psycho-education enhances the stability of serum lithium levels. *Bipolar Disorder*. 2005. 7(5), 32-36. และ *Blackwell Munksgaard 2005*. Barcelona: Spain.
- Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Manuel Goikolea, J. et al. (2003b). Psycho-education efficacy in bipolar disorder: beyond compliance enhancement. *Journal Clinical Psychiatry*. 64(9), 1101-1105. Spain.
- Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Reinares, M. et al. (2004). Psycho-education in bipolar patients with co morbid personality disorder. *Bipolar Disorder*, 6, 294-298.
- Craig, J.V. (2002). In J.V. Craig & R.L. Smyth (Eds), *The evidence-based practice manual for nurse*. (23-24). Edinburgh: CL.
- Frye, M.A., Altshuler, L.L., McElroy, S.L., Suppes, T., Keck, P.E., Denicoff, K., et al. (2003). Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder. *American Journal Psychiatry*, 60(5), 883-889.
- Gelder, M., Mayou, R., & Cowen, P. (2001). *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry 4 th ed.* Oxford. Oxford University Press, 271-325.
- Gittin, MJ., Swendsen, J., Heller, T.L., & Hammen, C. (1995). Relapse and Impairment in bipolar disorder. *American Journal Psychiatry*, 152, 1635-1640.

- Gonzalez-Pinto, A., Gonzalez, C., & Enjuto, S. (2004). Psycho-education and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder. An update. *Acta Psychiatry Scand.* 109, 83-90.
- Harvey, N.S. & Peet, M. (1991). Lithium maintenance: effects of personality and attitude on health information acquisition and compliance. *Br. J. Psychiatry.* 158, 200-204.
- Hirschfeld, R.M.A., Bowden, C.L., Gitlin, M.L., Keck, P.E., Suppes, S., & Thase, M.E., et al. (2002). *Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder* (2nd ed): *American psychiatric association*. Washing, DC.
- Hirschfeld, R.M.A., William, J.B.W., Spitzer, R.L., & Calabrese, J.R. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The mood disorder questionnaire. *America Journal Psychiatry*, 157(11), 304-312.
- Honig, A., Hatman, A., Rozendaal, N., & Dingemans, P. (1997). Psycho-education in bipolar disorder: effect on expressed emotion. *Psychiatry Research*, 72, 17-22.
- Johnson, L., Andersson-Lundman, G., Aberg-Wistedt, A., & Mathe, A.A. (2000). Age of onset in affective disorder: Its correlation with hereditary and psychosocial factors. *Journal Affect Disord*, 59(2), 139-148.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1997). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (8th ed). Baltimore: Williams & Wilkins.
- _____. (2004). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry/VII*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Keck, P.Ts., McElroy, S.L., Strakowski, S.M., West, S.A., Sax, K.W., & Hawkins, J.M., et al. (1998). Hospitalization for a manic or mixed episode. *America Journal Psychiatry*, 155, 646-652.

- Keller, M., Lavorip, D., & Kane, L. (1992). Subsyndromal symptoms in bipolar disorder: A comparison of standard and low serum levels of lithium. *Archives of Geneval Psychiatry*, 49, 371-376.
- Klienman, L., Lowin, A., Flood, E., Ganhi, G., Edgell, E., & Revicki, D. (2003). Cost of bipolar disorder. *Pharmacoeconomics*, 21(9), 601-622.
- Loosen, P.T., Beyer, J.L., Sells, S.R., Gwirtsman, H.E., Shelton, R.C., & Baird, R.P., et al. (2000).
- Mood disorder. *Current Diagnosis & Treatment in Psychiatry*. New York: McGraw-Hill.
- Melnik, B.M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-bases practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins.
- Miklowitz, DJ., Simoneau, Th., George, El., Richards, JA., Kalbag, A., & Sachs-Ericsson, N., et al. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: I year effects of a psycho- educational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychialtry*.
- Morriss, RK., Faizal, MA., Jones, AP., Williamson, PR., Bolton, C, & McCarthy, JP. (2007). Intervention for helping people recognize early signs of recurrence in bipolar disorder. [http://: www. mrw. Interscience.wiley.com/ Cochran Database of SystematicReviews. Issue 1](http://www.mrw.interscience.wiley.com/CochranDatabaseofSystematicReviews), Nottingham: UK.
- Muller-Oerlinghausen, B., Berghofer, A., & Bauer, M. (2002). Bipolar disorder. *Lancet*, 359(9302), 241-247.
- Mueser, K.T., Webb, C., Pfeiffer, M., Glandis, M., & Levison, D.F. (1996). Family burden of schizophrenia and bipolar disorder: Perception of relatives and professionals. *Psychiatry Service*, 47(5), 507-511.
- National Instiute of Mental Health. (2003). *Bipolar Disorder*. Retrieved August, 2004, from <http://www.nimh.nihgov>.

- Olie, J.P., & Levy, E. (2002). Manic episodes: the direct cost of a three-month period following hospitalization. *Europsychiatry*, 17(5), 278-286.
- Ozer, S., Ulusahin, A., Batur, S., Kabakci, E., & Saka, M.C. (2003). Outcome measures of interepisode bipolar patients in a Turkish sample. *Social Psychiatry Epidemiol*, 37(1), 31-7.
- Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medicine Journal*. 318, 149-153.
- Pliszka, S.R., Sherman, J.O., Barrow, M.V., & Irick, S. (2000). Affective disorder in juvenile offenders: A preliminary study. *Americal Journal Psychiatry*, 157(1), 130-132.
- Polit, D.F., & Beck, C.K. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods* (4th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Quanbeck, C., Frye, M., & Altshuler, L. (2003). Mania and the law in California: Understanding the criminalization of the mentally ill. *Americal Journal Psychiatry*, 160(7), 1245-1250.
- Reinares, M., Colom, F., Martinez-Aran, A., Benabarre, A., & Vieta, E. (2002). Therapeutic intervention focused on the family of bipolar patients. *Psychotherapy Psychosomatic*, 71(1), 2- 10.
- Rouget, B.W., & Aubry, J-M. (2007). Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorder: A review of the literature. *Journal of Affective Disorder*. 98, 11-27. Geneva: Switzerland.
- Soukup, S.M. (2000). *The center for advanced nursing practice evidence-based practice model*. 35(2), 301-309.
- Van Gent, E.M. & Zwart, F.M. (1991). *Psycho-education of partners of bipolar – manic patients*. *Journal. Affective. Disorder*. 21, 15-18.
- Wood, S.W. (2000). The economic burden of bipolar disease. *Journal Clinical of Psychiatry*, 61(supply13), 38- 41.



ภาคผนวก ก

แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล: แนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์
2. แหล่งอ้างอิงทางบรรณานุกรม: ยุวดี ศรีศิริรุ่งโรจน์. (2008). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
3. ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติไปใช้:
 - 3.1 กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ: โรคไบโพลาร์ I และ II ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยตามระบบ DSM-IV และ ICD 10
 - 3.2 ประเภทของแนวปฏิบัติ: การให้สุขภาพจิตศึกษา
 - 3.3 กลุ่มบุคคลที่ใช้แนวปฏิบัติ: พยาบาลวิชาชีพ
 - 3.4 วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ: เพื่อให้แนวทางและข้อเสนอแนะแก่พยาบาลในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ การตระหนักรู้ความเจ็บป่วย (illness awareness) การปฏิบัติตามแผนการรักษา (treatment compliance) การสังเกตอาการแรกเริ่มของอาการกำเริบ (early detection of prodromal symptoms and relapse) วิธีปฏิบัติเมื่อมีอาการแรกเริ่ม และการกำกับควบคุมวิถีการดำเนินชีวิต (lifestyle regularity)
 - 3.5 ประชากรเป้าหมาย: ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไบโพลาร์ I และ II ที่มีอายุ 18 ปี ถึง 75 ปี
 - 3.6 ผลลัพธ์หลักที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ: อาการกำเริบ อัตราการกลับเป็นซ้ำและอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ลดลง
4. วิธีดำเนินการ
 - 4.1 วิธีการที่ใช้ในการค้นหาและคัดเลือกงานวิจัย
 - 4.1.1 สืบค้นจากฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Databases) โดยสืบค้นจากงานวิจัยฉบับเต็ม ที่ตีพิมพ์ และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้ง ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ จากระบบ

ฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่ ฐานข้อมูล www.guidelines.gov, www.Cochrane.org, www.Joannabriggs.edu.au, OVID, CINAHL, Pub Med, Science Direct, Blackwell-Synergies, MEDLINE และใช้กรอบแนวคิดของ PICO (PICO Framework: Population, Intervention, Comparison intervention และ Outcome) (Craig, 2002) เพื่อสืบค้นงานวิจัยให้มีความเจาะจงกับประเด็นปัญหาที่ต้องการคำตอบ ดังนี้

Population: ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์

Intervention: การส่งเสริมความรู้ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์

Comparison intervention: (ไม่มี)

Outcome: อัตราอาการกำเริบ (Relapse) การกลับเป็นซ้ำ (Recurrence) หรืออัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Rehospitalization) ของผู้ป่วยโรคไบโพลาร์

ใช้คำสำคัญในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ ได้แก่ Bipolar disorder, Manic-depressive disorder, Psycho-education, education, teaching, Psychosocial Intervention, Relapse Prevention, Recurrent Prevention,

ครอบคลุมงานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยโรค Bipolar disorder และ Manic-depressive disorder ที่โรงพยาบาลและเป็น Systematic reviews, Randomized Controlled Trails ที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 1999 ถึง 2007 และเลือกเฉพาะ Full text

4.1.2 Hand search สืบค้นงานวิจัยจากวารสารของห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่างๆ ในประเทศไทย ที่ตีพิมพ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษและสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (Reference List)

4.2 วิธีการที่ใช้ประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐาน

เกณฑ์ที่ใช้ประเมินระดับของหลักฐาน (Level of evidence) ใช้เกณฑ์ของ Melnyk and Fineout-Overholt (2005) มีรายละเอียดดังนี้

- Level I หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือการวิเคราะห์ห่อถักงานวิจัย (meta-analysis) จากงานวิจัยที่เป็น RCTs ที่ตรงกับประเด็นปัญหา หรือเป็นหลักฐานจาก guideline ที่ได้มาจาก Systematic reviews ที่มาจากงานวิจัย RCTs
- Level II หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่เป็น RCTs อย่างน้อย 1 งาน
- Level III หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
- Level IV หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case – control และ Cohort study ที่มีการออกแบบงานวิจัยมาเป็นอย่างดี

- Level V หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยแบบพรรณนา บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ
- Level VI หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยแบบพรรณนา บรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 งาน
- Level VII หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็น ทักษะ ของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้น ๆ หรือรายงานของคณะกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

4.3 วิธีการที่ใช้ในการวิเคราะห์หลักฐาน ใช้วิธีการสกัดวิเคราะห์เนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงตารางโดยมีประเด็นคือ วัตถุประสงค์ รูปแบบงานวิจัย กลุ่มประชากรและสถานที่ศึกษา เครื่องมือที่ใช้ประเมิน วิธีการดำเนินการศึกษา ผลการศึกษาและใช้เกณฑ์ Utilization criteria พิจารณาการถ่ายทอดและประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติจริง(Transferability of the finding) ความเป็นไปได้ในการนำผลงานวิจัยไปสู่การปฏิบัติจริงในคลินิก (Feasibility of implementation) และความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost and benefit ratio) (Polit&Beck, 2004) หลังจากนั้นสกัดเนื้อหาที่สำคัญทั้งหมดออกมาเป็นข้อเสนอแนะ นำไปสร้างเป็นแนวปฏิบัติ เพื่อให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I และ II ที่โรงพยาบาล ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของการสกัดงานวิจัยได้ยืนยันความถูกต้องจากอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ร่วมปรึกษา

ผลการสืบค้น พบหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 6 เรื่อง เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยระดับ Randomized Controlled Trials (RCTs) ที่เป็นงานวิจัยเดี่ยวจำนวน 4 เรื่อง และการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเดี่ยวแบบ RCTs และอื่นๆ จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่

1. Morriss, RK., Faizal, MA., Jones, AP., Williamson, PR., Bolton, C, & McCarthy, JP. (2007). Intervention for helping people recognize early signs of recurrence in bipolar disorder. [http://: www. mrw. Interscience.wiley.com/ Cochran Database of SystematicReviews. Issue 1](http://www.mrw.interscience.wiley.com/CochranDatabaseofSystematicReviews), Nottingham: UK.
2. Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Manuel Goikolea, J., et al. (2003a). A randomized trial on the efficacy of group psycho-education in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *American Medical Association. General Psychiatry.* 60, 402-407. Spain.
3. Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Manuel Goikolea, J. et al. (2003b). Psycho-education efficacy in bipolar disorder: beyond

compliance enhancement. *Journal Clinical Psychiatry*. 64(9), 1101-1105.
Spain.

4. Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, JM., et al. (2005). Stabilizing the stabilizer: group psycho-education enhances the stability of serum lithium levels. *Bipolar Disorder*. 2005. 7(5), 32-36. และ Blackwell Munksgaard 2005. Barcelona: Spain.
5. Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medicine Journal*. 318, 149-153.
6. Rouget, B.W., & Aubry, J-M. (2007). Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorder: A review of the literature. *Journal of Affective Disorder*. 98, 11-27. Geneva: Switzerland.

4.4 วิธีการตรวจสอบความแม่นยำของแนวปฏิบัติ

นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหา และภาษาที่ใช้เหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 คน ได้แก่

1. แพทย์เฉพาะทางที่ดูแลผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ จำนวน 1 คน
2. อาจารย์ผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน
3. พยาบาลประจำการผู้มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรค ไบโพลาร์และการทำกลุ่ม จำนวน 1 คน
4. พยาบาลประจำการผู้มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีประสบการณ์ในการสร้างแนวปฏิบัติทำให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคจิตเวช และการทำกลุ่ม จำนวน 1 คน

5. ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด 6 เรื่อง นำมาสร้างแนวปฏิบัติ เพื่อให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ที่โรงพยาบาล ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 1 จำนวน

1 เรื่อง ระดับ 2 จำนวน 4 เรื่องและระดับ 5 จำนวน 1 เรื่อง โดยในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ พิจารณา ดังนี้

โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา มีได้ใน 2 ลักษณะ ได้แก่ แบบกลุ่มและแบบรายบุคคล

1. การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม มีหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 จำนวน 3 เรื่อง ที่รายงานว่าการลดการกลับเป็นซ้ำได้ ซึ่งจะได้กล่าวดังต่อไปนี้

2. การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคล มีหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 จำนวน 1 เรื่อง ที่รายงานว่าการลดอาการกำเริบได้ ซึ่งจะได้กล่าวดังต่อไปนี้

การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

ลักษณะของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรม

1. ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์

1.1 ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I และ II อายุ 18 ถึง 65 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยตามระบบ DSM-IV ทั้งเพศหญิงและชาย หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2

1.2 อยู่ในภาวะสงบ (Euthymic) ติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อยที่สุด 6 เดือน ซึ่งประเมินจากแบบวัด Young Mania Rating Scale (YMRS) <6, และแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)-17 Score <8 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2

1.3 มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างดี มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อยที่สุด 6 เดือน หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2

2. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิภาพ เมื่อจัดเป็นกลุ่มๆ ละ 8 ถึง 12 คน หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2

3. ระยะเวลาและขั้นตอนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

3.1 ระยะเวลาในการทำกลุ่มใช้เวลาติดต่อกันทุกสัปดาห์ เป็นจำนวน 21 ครั้งๆ ละ 90 นาที หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2

3.2 การดำเนินการในแต่ละครั้ง (session) ช่วงต้นจะมีการเกริ่นเข้าสู่เนื้อเรื่องที่เตรียมไว้ก่อนดำเนินโปรแกรม เป็นระยะเวลา 30 ถึง 40 นาที แล้วตามด้วยการฝึกหัดและอภิปรายกลุ่ม หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2

4. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาใช้กับผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาในโรงพยาบาล หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2 สถานที่ที่จะทำการให้สุขภาพจิตศึกษาควรจะเป็นแผนกผู้ป่วยนอก หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 5

5. ผู้ดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เป็นนักจิตวิทยาที่มีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I และ II มีภาวะ การเป็นผู้นำ และได้รับการฝึกฝนและมีทักษะในกระบวนการกลุ่ม

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2 ซึ่งในสถานที่ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า ยังไม่มีนักจิตวิทยาและคาดว่าพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และมีคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้น จะสามารถเป็นผู้ดำเนินโปรแกรมได้

6. เนื้อหาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา {Psychoeducation of bipolar disorder (Barcelona Bipolar Disorders Program)} ประกอบด้วย 21 หัวข้อ ดังนี้ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2

- 6.1 บทนำ (Introduction)
- 6.2 การเจ็บป่วยด้วยโรคไบโพลาร์ คือ อะไร (What is bipolar illness?)
- 6.3 สาเหตุและปัจจัยกระตุ้น (Causal and triggering factors)
- 6.4 อาการนำของภาวะแมนียและไฮโปแมนีย (Symptoms (I): Mania and hypomania)
- 6.5 อาการนำของภาวะซึมเศร้าและแบบผสม (Symptoms (II): Depression and mixed episodes)
- 6.6 การดำเนินโรคและผลลัพธ์ (Course and outcome)
- 6.7 การรักษาด้วยยาที่ทำให้อารมณ์คงที่ (Treatment (I): Mood stabilizers)
- 6.8 การรักษาด้วยยาด้านแมนีย (Treatment (II): Antimanic agents)
- 6.9 การรักษาด้วยยาด้านเศร้า (Treatment (III): Antidepressants)
- 6.10 ระดับของยาในซีรัม ได้แก่ ยาลิเทียม ยาคาร์บามาซีปีน ยาแวลโปรเอต (Serum level; lithium, carbamazepine และ valproate)
- 6.11 การให้คำปรึกษาในการตั้งครรภ์และการถ่ายทอดทางพันธุกรรม (Pregnancy and genetic counseling)
- 6.12 จิตเภสัชและการรักษาทางเลือกอื่นๆ (Psychopharmacology vs alternative therapies)
- 6.13 ความเสี่ยงที่เกิดจากการขาดการรักษา (Risks associated with treatment withdrawal)
- 6.14 สุราและยาเสพติดที่หาซื้อได้ง่ายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไบโพลาร์ (Alcohol and street drugs: risk in bipolar illness)
- 6.15 อาการเริ่มแรกของภาวะแมนียและไฮโปแมนีย (Early detection of manic and hypomanic episodes)
- 6.16 อาการเริ่มแรกของโรคซึมเศร้าและแบบผสม (Early detection of depressive and mixed episodes)

6.17 จะปฏิบัติอย่างไร เมื่อพบอาการนำ (What to do when a new phase is detected?)

6.18 การใช้ชีวิตตามปกติ (Regularity)

6.19 เทคนิคการจัดการความเครียด (Stress management techniques)

6.20 เทคนิคการแก้ไขปัญหา (Problem-solving techniques)

6.21 บทสรุป (Final session)

การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคล

ลักษณะของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรม

1. ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์

1.1 ผู้ป่วยไบโพลาร์ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ถึง 75 ปีโดยการใช้แบบสัมภาษณ์มาตรฐานทางจิตเวช ทั้งเพศหญิงและชาย หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2

1.2 เคยมีประวัติอาการกำเริบตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปและภายใน 12 เดือนที่ผ่านมามีอาการกำเริบ 1 ครั้ง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2

2. ระยะเวลาและขั้นตอนการดำเนินการสอนสุขภาพจิตศึกษาครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นจำนวน 7 ถึง 12 ครั้ง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2

3. ผู้ดำเนินการสอนสุขภาพจิตศึกษา เป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ทางคลินิกเล็กน้อย หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2

4. วิธีการสอน หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2

4.1 วัตถุประสงค์ในการสอน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักอาการนำของการกำเริบ และการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพเมื่อมีอาการนำ

4.2 เนื้อหาในการสอน

4.2.1 การฝึกให้ผู้ป่วยสามารถระบุอาการนำของการกำเริบของโรคได้ โดยแยกระบุอาการนำของอาการเมเนีย และซึมเศร้าออกจากกัน ผู้บำบัดจะทำการรวบรวมประวัติของผู้ป่วย โดยซักถามถึงวิถีการดำเนินชีวิต อาการที่เกิดขึ้นก่อนที่มีอาการเมเนียและอาการซึมเศร้ากำเริบขึ้นในครั้งก่อนๆที่ผ่านมาเป็นอย่างไร มีอาการอะไรบ้าง เกิดนานเท่าใด ซึ่งลักษณะและเวลาของการเกิดอาการนำของผู้ป่วยจะถูกนำมาบันทึกในแบบฟอร์มมาตรฐานที่มีรายการอาการ (standard checklist) เพื่อใช้ตรวจสอบอาการ และ ผู้ป่วยจะได้รับบัตรบันทึกอาการ (card sorting exercise) เพื่อจดบันทึกอาการที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งๆที่มีอาการเกิดขึ้นเป็นลำดับไป นอกจากนั้นผู้ป่วยจะต้องทำการจดบันทึกประจำวัน (diary) เพื่อจะได้นำไปเปรียบเทียบกับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ตามปกติได้

4.2.2 สอนให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังติดตามอาการหรือสถานการณ์ในชีวิต 3 อาการหรือสถานการณ์ ที่เกิดขึ้นก่อนอาการนำของภาวะเมเนีย หรือภาวะซึมเศร้ากำเริบ ซึ่งถือว่าผู้ป่วยเข้าสู่

ระยะเตือน (warning stage) ที่ผู้ป่วยจะต้องเพิ่มการเฝ้าระวังติดตามให้มากขึ้นจากทุกสัปดาห์เป็นทุกวัน และสอนให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังตรวจสอบอาการหรือสถานการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้นต่อมาอีก 3 อาการหรือสถานการณ์ ถือเป็นอาการนำที่จะต้องเข้าสู่ระยะปฏิบัติการ (action stage) ที่ผู้ป่วยจะต้องขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ

4.2.3 วางแผนการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการกำเริบ ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมกันระบุนุเคราะห์ทางสุขภาพ ที่จะไปขอความช่วยเหลือหรือรับการรักษาในระยะแรก 3 ท่านซึ่งหนึ่งในสามท่าน จะต้องสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา ตัวอย่างเช่น พยาบาลหรือแพทย์ในหน่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ ให้ผู้ป่วยบันทึกการวางแผนการขอความช่วยเหลือในระยะเตือน และระยะปฏิบัติเมื่อเกิดอาการซึมเศร้ากำเริบและเมเนียเต็มขึ้นไว้ในบัตรที่ห่อหุ้มด้วยพลาสติกอย่างดี ซึ่งผู้ป่วยจะต้องนำติดตัวไปด้วย ผู้บำบัดจะไปให้ข้อมูลกับบุคลากรทางสุขภาพที่ผู้ป่วยอาจจะไปขอรับการรักษา ว่าเป็นเบื้องต้น (จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช พยาบาลที่เกี่ยวข้องปฏิบัติเมื่อมีอาการนำ)

5. อุปกรณ์ที่ใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2

5.1 แบบฟอร์มมาตรฐานที่มีรายการอาการ บัตรบันทึกการวางแผนการเข้ารับการรักษาช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ

5.2 สมุดบันทึกประจำวัน (Diary) แสดงให้เห็นความแตกต่างของอาการนำกับอารมณ์ปกติ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถทราบระยะเตือนเพื่อจะได้เฝ้าระวังเป็นพิเศษ และถ้าอาการรุนแรงขึ้นผู้ป่วยจะได้ทราบว่าตนเองอยู่ในระยะที่จะต้องรีบเข้ารับการรักษาโดยด่วน

การประเมินผลลัพธ์

ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ได้แก่ อาการกำเริบ อัตราการกลับเป็นซ้ำ อัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง สามารถทำการประเมินดังต่อไปนี้

1. การประเมินภาวะสงบ (Euthymic) หมายถึง สภาวะทางจิตใจที่อยู่ในภาวะปกติ ไม่มีอารมณ์ครึ้มครื้นหรือ เศร้ามากจนเกินกว่าปกติ หรือ หมายถึง สภาพจิตใจที่อยู่ในภาวะสงบ (euthymic: Information and Much More from Answers.com. Retrieved August 29, 2004. from <http://www.answers.com/topic/euthymic>)

ประเมินภาวะสงบ จากอาการเมเนีย โดยใช้เครื่องมือ Young Mania Rating Scale (YMRS) ซึ่งมีคะแนนจากแบบวัด YMRS < 6 และประเมินภาวะสงบจากอาการซึมเศร้า โดยใช้แบบวัด Hamilton Depression Rating Scale (HDRS หรือ HAM-D) ซึ่งใช้คะแนนจากแบบวัด HDRS ที่คะแนน < 8 และมีระยะสงบติดต่อกันนานอย่างน้อยที่สุด 6 เดือน หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2

2. การกำเริบ(relapse) หมายถึง การมีอาการเมเนีย ไฮโปเมเนีย หรือแบบผสม ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ซึ่งเกิดขึ้นในระยะเวลาอย่างน้อย 5 วัน ส่วนอาการของโรคซึมเศร้าใช้อาการตามเกณฑ์มาตรฐานที่มีอาการเกิดขึ้นนานเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ไม่ได้รับการรักษา หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2 โดยเกณฑ์มาตรฐาน สามารถประเมินโดย Structure clinical interview for DSM III-R, patient edition, 1990.

3. การกลับเป็นซ้ำ (recurrence) หมายถึง ผู้ป่วยกลับมามีอาการอีก หลังจากที่มี recover แล้วนั้นคือการเกิด episode ใหม่ของโรค (มาโนช หล่อตระกูล, 2539) ซึ่งประเมินด้วย แบบวัด Young Mania Rating Scale (YMRS) และ Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) การกลับเป็นซ้ำ หมายถึง คะแนนอาการเมเนีย จากแบบวัด YMRS ≥ 12 , และคะแนนอาการซึมเศร้าจากแบบวัด HDRS ≥ 12 และได้รับการยืนยันจากจิตแพทย์ในการวินิจฉัยการเกิด episode ใหม่หลังจากอาการกำเริบ (relapse) ตามเกณฑ์ DSM-IV หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ประเมินการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2

3.1 แบบวัด Young Mania Rating Scale (YMRS)

- Young Mania Rating Scale (YMRS) ซึ่ง ค่าคะแนนจากแบบวัด YMRS เป็นตัววัดของอาการเมเนีย (Colom et al., 2003a) หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2

- ถ้ามีคะแนนจากแบบวัด YMRS ≥ 20 แสดงว่า มีอาการเมเนีย
- ถ้ามีคะแนนจากแบบวัด YMRS ≥ 12 แสดงว่า มีอาการไฮโปเมเนีย
- ถ้ามีคะแนนจากแบบวัดของ YMRS ≥ 20 และ HDRS-17 ≥ 12 แสดงว่า มีอาการแบบผสม

แบบผสม

3.2 แบบวัด Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

- Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) เป็นแบบวัดที่ผู้ให้บริการ แพทย์ หรือพยาบาล เป็นผู้ประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย ถ้ามีค่า HDRS ≥ 17 แสดงว่า มีอาการซึมเศร้า หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2

3.3 The administration of Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I and SCID-II)

การวินิจฉัย Major depressive episode มีหลักเกณฑ์ดังนี้ (สุชาติ พหลภาคย์, 2549)

1. มีอาการดังต่อไปนี้ 5 ข้อหรือมากกว่าซึ่งเกิดขึ้นในเวลาเดียวกันนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และทำให้หน้าที่ด้านต่างๆเปลี่ยนแปลงไป โดย 1 ใน 5 ข้อจะต้องเป็นอาการอารมณ์ซึมเศร้าหรือไม่สนใจใยดีหรือไม่ใส่ใจไม่สนุกสนานใดๆ อาการต่างๆ ที่จะนับรวมกันให้เข้าเกณฑ์ได้แก่

- 1.1 อารมณ์ซึมเศร้า เป็นเกือบทุกวัน
 - 1.2 ความสนใจใฝ่ดีและความรู้สึกดีใจสนุกสนานลดลง
 - 1.3 น้ำหนักตัวลดลงหรือเพิ่มขึ้น มากกว่าร้อยละ 5 ภายใน 1 เดือน
 - 1.4 นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไปเกือบทุกวัน
 - 1.5 มีอาการกระวนกระวายหรือเชื่องช้า
 - 1.6 อ่อนเพลีย
 - 1.7 รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า
 - 1.8 สมาธิลดลง
 - 1.9 มีความคิดวนเวียนเกี่ยวกับความตาย
 2. อาการต่างๆจะต้องไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย mixed episode
 3. อาการต่างๆทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานหรือกระทบต่อการทำหน้าที่ทางสังคม อาชีพหรือหน้าที่ด้านอื่นๆที่สำคัญ
 4. อาการต่างๆ ไม่ได้เกิดจากโรคทางกายหรือสารต่างๆ
 5. อาการต่างๆ ไม่ได้เกิดจากความเศร้าโศกจากการตายของคนที่คุณเองรัก
- การวินิจฉัย Manic episode มีหลักเกณฑ์ดังนี้ (สุชาติ พหลภักย์, 2549)**
1. เป็นระยะเวลาที่ชัดเจนขึ้นมา (คือ เปลี่ยนไปจากเดิม)ที่ผู้ป่วยมีอาการร่าเริง เบิกบานใจ หรือหงุดหงิดผิดปกติ เป็นนานอย่างน้อย 1 สัปดาห์
 2. ในระยะเวลาที่มีอารมณ์ผิดปกติ ต้องมีอาการต่อไปนี้ร่วมด้วยอย่างน้อย 3 ข้อและถ้าอาการในข้อ 1 เป็นอาการหงุดหงิดอาการในข้อนี้จะต้องมี 4 ข้อ อาการจะต้องเป็นอยู่เรื่อยๆ อาการในข้อนี้ได้แก่
 - 2.1 รู้สึกว่าตนเองเก่งและสำคัญ
 - 2.2 ความต้องการนอนหลับลดลง
 - 2.3 พูดมากกว่าปกติ
 - 2.4 ความคิดแล่นและเปลี่ยนเรื่องเร็วมาก
 - 2.5 วอกแวก
 - 2.6 มีกิจกรรมเพิ่มขึ้นโดยเป็นกิจกรรมที่มีเป้าประสงค์หรือมีอาการกระวนกระวาย
 - 2.7 ปราศจากการยับยั้งชั่งใจ มีความต้องการทางเพศมาก
 3. อาการต่างๆจะต้องไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย mixed episode
 4. อาการต่างๆทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานหรือกระทบต่อการทำหน้าที่ทางสังคม อาชีพหรือหน้าที่ด้านอื่นๆที่สำคัญ

5. อาการต่างๆ ไม่ได้เกิดจากโรคทางกายหรือสารต่างๆ

นอกจากนั้น พยาบาลยังสามารถประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม ด้วยเครื่องมือแบบสัมภาษณ์การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning interviews) มี 8 กิจกรรมทางสังคม ได้แก่ การจัดการงานบ้าน อาชีพการงาน การจัดการเกี่ยวกับการเงิน การดูแลเด็ก สัมพันธภาพใกล้ชิดกับคู่สมรส สัมพันธภาพที่ห่างเหินใกล้ชิดกับผู้อื่น การแสดงออกทางสังคมกับผู้อื่น การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า แบบวัดนี้มี 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 3 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ระดับที่ 2

ระดับ 0 หมายถึง มีการแสดงออกพอใช้ ถึง ดี

ระดับ 1 หมายถึง ยังมีปัญหาอยู่แต่บางครั้งแสดงออกได้ดี

ระดับ 2 หมายถึง ยังมีปัญหาอยู่เกือบทุกครั้ง

ระดับ 3 หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมทางสังคมได้

4. การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล สามารถประเมินโดยนับจำนวนวันทั้งหมดของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมแล้ว

6. หลักฐานที่ใช้ในการสนับสนุนข้อเสนอแนะ

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
Morriss, RK., Faizal, MA., Jones, AP., Williamson, PR., Bolton, C, & McCarthy, JP. (2007). Intervention for helping people recognize early signs of recurrence in bipolar disorder http:// www. mrw. Interscience.wiley. com/ Cochran Database of Systematic.	1. การให้ early warning sign intervention (การบำบัดด้วยการบอกอาการเตือน) ร่วมด้วยการรักษาตามปกติ ส่งผลต่อเวลาที่เกิดการกลับเป็นซ้ำครั้งแรก ของทั้งภาวะเมเนีย ไฮโปเมเนียและภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีผลต่อจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ลดลงและจะส่งผลต่อการปรับปรุงการทำหน้าที่ใน 18 สัปดาห์ แต่ไม่มีผลต่ออาการซึมเศร้าและอาการเมเนีย 2. การบำบัด อาจเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มก็ได้ จำนวน 12 sessions session ละ 1 ชั่วโมงควรใช้ early warning sign intervention ร่วมกับการทำจิตบำบัดอื่นๆ 3. ผู้บำบัด เป็นผู้ซึ่งมีประสบการณ์เกี่ยวกับการบำบัดทางจิต (psychological intervention) และความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยไบโพลาร์โดยตรง 4. ผู้ที่เข้ารับการบำบัด เป็นผู้ป่วยไบโพลาร์ที่มีประวัติการกลับป่วยซ้ำไม่เกิน 12 ครั้งและอยู่ในระยะ remission ที่มี	Level I

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
Reviews Issue 1, Nottingham: UK.	อายุมากกว่า 16 ปี 5. การบำบัดโดยการให้ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์รู้จักและจัดการกับอาการเตือน อาจนำสู่ผลทางลบได้ กล่าวคือผู้ป่วยอาจมีความเชื่อมั่นว่า เขาจะสามารถใช้เทคนิคการจัดการกับอาการเตือน ป้องกันการเป็นซ้ำได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาก่อนกำหนด หรือบางครั้งเมื่อมีอาการแรกเริ่มของอาการซึมเศร้า ก็จะครุ่นคิดหมกมุ่นว่าอาการจะกำเริบรุนแรงมากขึ้น บางครั้งผู้ป่วยอาจแปลความหมายอาการเตือนผิดพลาด อาจส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานยาในขนาดที่สูงขึ้น หรือเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น 6. การวัดการกลับเป็นซ้ำ 6.1 การวัดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำ 6.1.1 ช่วงเวลาที่เกิดการกลับเป็นซ้ำครั้งแรก 6.1.2 ช่วงเวลาที่เกิด manic/ hypomanic episode 6.1.3 ช่วงเวลาที่เกิด depressive episode 6.2 การวัดอาการซึมเศร้า มีแบบวัดทั้งหมด 4 แบบ 6.2.1 BDI scale 6.2.2 HDRS scale 6.2.3 BRMS 6.2.4 MRC Social performance (การแสดงออกทางสังคม)	
Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Manuel Goikolea, J., et al. (2003a).	1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมกลุ่มจิตศึกษา ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมจิตศึกษา เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไบโพลาร์ ชนิด I และ II ที่มีอายุ 18 ปี ถึง 65 ปี อยู่ในภาวะสงบ (Euthymic) ติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อยที่สุด 6 เดือน ซึ่งมีคะแนนจากแบบวัด Young Mania Rating Scale (YMRS) < 6, และแบบวัด Hamilton Rating	Level II

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
A randomized trial on the efficacy of group psycho-education in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. <i>American Medical Association. Gen Psychiatry. 60, 402-407. Spain.</i>	Scale for Depression (HAM-D)-17 Score < 8 และได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง 2. รูปแบบการจัดกลุ่ม 2.1 เป้าหมายของการดำเนินกลุ่ม เพื่อเพิ่มพูนความรู้ใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 2.1.1 การตระหนักรู้ความเจ็บป่วย (illness awareness) 2.1.2 การปฏิบัติตามแผนการรักษา (treatment compliance) 2.1.3 การสังเกตอาการแรกเริ่มของการกลับเป็นซ้ำ (early detection of prodromal symptoms and relapse) 2.1.4 การกำกับควบคุมวิถีการดำเนินชีวิต (lifestyle regularity) การจัดการกับความเครียด หลีกเลี่ยงสารเสพติด รวมทั้งการดำเนินชีวิตปกติและการป้องกันพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย 2.2 ผู้นำกลุ่ม นักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์จำนวน 2 ท่านซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับไบโพลาร์มาก่อนเป็นเวลามากกว่า 3 ปี และมีความรู้เป็นพิเศษในการเป็นผู้นำกลุ่มสมาชิกกลุ่ม เป็นกลุ่มๆละ 8 ถึง 12 คน 2.4 ระยะเวลาในการทำกลุ่ม ใช้เวลาติดต่อกันทุกสัปดาห์ เป็นจำนวน 21 ครั้งๆละ 90 นาที 2.5 การดำเนินกลุ่ม 2.5.1 การนำเสนอตามหัวข้อที่กำหนดไว้ในแต่ละวัน ซึ่งใช้เวลา 30 ถึง 40 นาที 2.5.2 การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับหัวข้อในแต่ละวันเช่น การวาดแผนภูมิชีวิต การเขียนปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญ และมีการอภิปรายร่วมกัน	

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
	3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน 3.1 เครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มจิตศึกษา ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มจิตศึกษาจะต้องเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะสงบ (Euthymic) เป็นระยะเวลาอย่างน้อยที่สุด 6 เดือน โดยมีเครื่องมือที่ใช้ประเมิน ได้แก่ Young Mania Rating Scale (YMRS) < 6, Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)-17 Score < 8 3.2 เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ 3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ประเมินการกลับป่วยซ้ำ ซึ่งได้แก่ The administration of Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I and SCID-II) 3.2.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการของเมเนีย และ ซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ - YMRS - HAM-D-17 4. เนื้อหาของโปรแกรม โปรแกรมจิตศึกษาควรเป็นโปรแกรมที่มีโครงสร้างหัวข้อกำหนดไว้แน่นอน 21 หัวข้อ ดังนี้ 1. บทนำ (Introduction) 2. การเจ็บป่วยด้วยโรคไบโพลาร์ คือ อะไร (What is bipolar illness?) 3. สาเหตุและปัจจัยกระตุ้น (Causal and triggering factors) 4. อาการนำของภาวะเมเนียและไฮโปแมนเนีย (Symptoms (I): Mania and hypomania) 5. อาการนำของภาวะซึมเศร้าและแบบผสม (Symptoms (II): Depression and mixed episodes) 6. การดำเนินโรคและผลลัพธ์ (Course and outcome) 7. การรักษาด้วยยาที่ทำให้อารมณ์คงที่ (Treatment (I):	

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
	Mood stabilizers) 8. การรักษาด้วยยาต้านแมนเนีย (Treatment (II): Antimanic agents) 9. การรักษาด้วยยาต้านเศร้า (Treatment (III): Antidepressants) 10. ระดับของยาในซีรัม ได้แก่ ยาลิเทียม ยาคาร์บามาซีปีน ยาวาลโพรเอต (Serum level; lithium, carbamazepine และ valproate) 11. การให้คำปรึกษาในการตั้งครรภ์และการถ่ายทอดทางพันธุกรรม (Pregnancy and genetic counseling) 12. จิตเภสัชและการรักษาทางเลือกอื่นๆ (Psychopharmacology vs alternative therapies) 13. ความเสี่ยงที่เกิดจากการขาดการรักษา (Risks associated with treatment withdrawal) 14. สุราและยาเสพติดที่หาซื้อได้ง่ายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไบโพลาร์ (Alcohol and street drugs: risk in bipolar illness) 15. อาการเริ่มแรกของภาวะแมนเนียและไฮโปแมนเนีย (Early detection of manic and hypomanic episodes) 16. อาการเริ่มแรกของโรคซึมเศร้าและแบบผสม (Early detection of depressive and mixed episodes) 17. จะปฏิบัติอย่างไร เมื่อพบอาการนำ (What to do when a new phase is detected?) 18. การใช้ชีวิตตามปกติ (Regularity) 19. เทคนิคการจัดการความเครียด (Stress management techniques) 20. เทคนิคการแก้ไขปัญหา (Problem-solving techniques) 21. บทสรุป (Final session)	

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Manuel Goikolea, J. et al. (2003b). Psychoeducation efficacy in bipolar disorder: beyond compliance enhancement. <i>Journal Clinical Psychiatry</i>. 64(9), 1101-1105. Spain.	1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมกลุ่มจิตศึกษา ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมจิตศึกษา เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไบโพลาร์ I ที่มีอายุ 18 ปี ถึง 65 ปี อยู่ในภาวะสงบ (Euthymic) ติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อยที่สุด 6 เดือน ซึ่งมีคะแนนจากแบบวัด Young Mania Rating Scale (YMRS) < 6, และแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)-17 Score < 8 และได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง 2. รูปแบบการจัดกลุ่ม 2.1 เป้าหมายของการดำเนินกลุ่ม เพื่อเพิ่มพูนความรู้ใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 2.1.1 การตระหนักรู้ความเจ็บป่วย (illness awareness) 2.1.2 การปฏิบัติตามแผนการรักษา (treatment compliance) 2.1.3 การสังเกตอาการแรกเริ่มของการกลับเป็นซ้ำ (early detection of prodromal symptoms and relapse) 2.1.4 การกำกับควบคุมวิถีการดำเนินชีวิต (lifestyle regularity) 2.2 ผู้นำกลุ่ม นักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์จำนวน 2 ท่านซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคไบโพลาร์มาก่อนเป็นเวลา มากกว่า 3 ปี และมีความรู้เป็นพิเศษในการเป็นผู้นำกลุ่ม 2.3 สมาชิกกลุ่ม เป็นกลุ่มๆละ 8 ถึง 12 คน 2.4 ระยะเวลาในการทำกลุ่ม ใช้เวลาติดต่อกันทุกสัปดาห์ เป็นจำนวน 21 ครั้งๆละ 90 นาที 2.5 การดำเนินกลุ่ม 2.5.1 การนำเสนอตามหัวข้อที่กำหนดไว้ในแต่ละวัน	Level II

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
	ซึ่งใช้เวลา 30 ถึง 40 นาที 2.5.2 การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับหัวข้อในแต่ละวันเช่น การวาดแผนภูมิชีวิต, การเขียนปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญ และมีการอภิปรายร่วมกัน 3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน 3.1 เครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มจิตศึกษา ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มจิตศึกษาจะต้องเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะสงบ (Euthymic) เป็นระยะเวลาอย่างน้อยที่สุด 6 เดือน โดยมีเครื่องมือที่ใช้ประเมินได้แก่ Young Mania Rating Scale (YMRS) < 6, Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)-17 Score < 8 3.2 เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ 3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ประเมินการกลับป่วยซ้ำ ซึ่งได้แก่ The administration of Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I and SCID-II) 3.2.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการของแมเนีย และ ซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ - YMRS - HAM-D-17 4. เนื้อหาของโปรแกรม โปรแกรมจิตศึกษา เป็นโปรแกรมที่มีโครงสร้างหัวข้อกำหนดไว้แน่นอน 21 หัวข้อดังที่กล่าวไว้ในงานวิจัยก่อนหน้านี้ ผู้เข้าร่วมกลุ่ม จิตศึกษา ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมจิตศึกษา เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไบโพลาร์ I ที่มีอายุ 18 ปี ถึง 65 ปี อยู่ในภาวะสงบ (Euthymic) ติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อยที่สุด 6 เดือน ซึ่งมีคะแนนจากแบบวัด Young Mania Rating Scale	

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
	(YMRS) < 6, และแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)-17 Score < 8 และได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง รูปแบบการจัดกลุ่ม - การให้ความรู้ควรให้เป็นกลุ่มๆละ 8 ถึง 12 คนอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ - ช่วงการบำบัด (The Treatment phase) ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลตามมาตรฐาน (standard care) และโปรแกรมจิตศึกษาเป็นกลุ่มๆละ 8 ถึง 12 คนโดยมีนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์จำนวน 2 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ เป็นผู้ควบคุม จำนวน 20 ครั้ง (sessions) ครั้งละ 90 นาที ซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มพูนความรู้ใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ การตระหนักรู้ความเจ็บป่วย (illness awareness) การปฏิบัติตามแผนการรักษา (treatment compliance) การสังเกตอาการแรกเริ่มของการกลับเป็นซ้ำ (early detection of prodromal symptoms and relapse) และการกำกับควบคุมวิถีการดำเนินชีวิต (lifestyle regularity) - การบำบัดควรจะมีการสอนการปรับเปลี่ยนนิสัยในช่วงแรกจะดีกว่าหรือง่ายกว่าการสอนการตรวจหาอาการนำ (prodromal symptom) - โครงสร้างของกลุ่มแต่ละครั้งประกอบด้วย: 1. การนำเสนอตามหัวข้อที่กำหนดไว้ในแต่ละวัน ซึ่งใช้เวลา 30 ถึง 40 นาที 2. การฝึกเกี่ยวกับประเด็นต่างๆ เช่น การวางแผนภูมิชีวิต การเขียนปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญ และมีการอภิปรายร่วมกันตามหัวข้อของ Psychoeducation of bipolar disorder (Barcelona Bipolar Disorders Program)	

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
	เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มจิตศึกษา ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มจิตศึกษาจะต้องเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะสงบ (Euthymic) เครื่องมือที่ใช้ประเมินได้แก่ -The administration of Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I and SCID-II) -YMRS -HAM-D-17 - The Holmes and Rahe inventory for stressful life events การประเมินการกลับป่วยซ้ำ ประเมินจากคะแนนจากแบบวัด YMRS ≥ 12, HAM-D-17 ≥ 12 และหลังจากอาการกำเริบ (relapse) ได้รับการยืนยันจากจิตแพทย์ ใช้เกณฑ์ DSM-IV-TR ในการตัดสินการเกิด episode ใหม่	
Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, JM., et al. (2005). Stabilizing the stabilizer: group psycho-education enhances the stability of serum lithium levels. <i>Bipolar Disorder</i> และ <i>Blackwell</i>	กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเหมาะที่จะนำไปใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาตามมาตรฐานทางจิตเวช โดยกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา มีสาระสำคัญ ดังนี้ 1. งานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I และ II อายุ 18 ถึง 65 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย ในคลินิกของโรงพยาบาล 2. ผู้บำบัดในการศึกษานี้เป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ในการเป็นผู้นำ 3. การบำบัดที่สามารถนำไปใช้ได้มีลักษณะเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบเป็นกลุ่ม ๆ ละ 8 ถึง 12 คน 4. มีการกำหนดหัวข้อไว้ล่วงหน้า และใช้เวลาในการทำกลุ่ม 21 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที ห่างกันทุกสัปดาห์ 5. ในแต่ละครั้งจะมีการนำเสนอหัวข้อที่เตรียมไว้ประมาณ 30 ถึง 40 นาที และตามมาด้วยการทำแบบฝึกหัดและอภิปรายร่วมกัน	Level II

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
Munksgaard. 7(5), 32-36. Barcelona: Spain.	6. Psycho-education of bipolar disorder (Barcelona Bipolar Disorders Program) มีสาระสำคัญ จำนวน 21 ข้อ ดังที่กล่าวไว้ในงานวิจัยก่อนหน้านี้ 7. การประเมิน ให้ดูจากลิเทียมในซีรัม จำนวน 5 ครั้ง คือ ก่อนให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา หลังให้ประเมินต่ออีก ในช่วง 6, 12, 18, และ 24 เดือน	
Perry , A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy , E., & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. <i>British Medicine Journal</i>. 318, 149-153.	1. การสอนผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ให้รู้จักอาการเตือนแรกเริ่มของอาการกำเริบ และการเลือกการรักษาเริ่มแรก ร่วมด้วย จะเป็นสิ่งสำคัญในการปรับปรุงในเรื่องเวลาการเกิดอาการกำเริบครั้งแรกของอาการเมเนีย แต่ไม่มีผลในเรื่องเวลาการเกิดอาการกำเริบครั้งแรกหรือจำนวนครั้งการเกิดอาการกำเริบของอาการซึมเศร้าแต่มีผลในการปรับปรุงการทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพการงาน 2. การทำกลุ่มอยู่ระหว่าง 7 ถึง 12 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมงโดย - การฝึกให้ผู้ป่วยแยกแยะอาการนำของอาการกำเริบโดยแยกออกจากกันของอาการเมเนียและซึมเศร้า - นำมาพิจารณาและฝึกซ้อม วางแผนปฏิบัติการโดยผู้ป่วยสามารถระลึกหรือการนำได้ด้วยตัวเอง ซึ่งประวัติที่ได้มาจากสภาพชีวิตและอาการ (symptoms) นำมาก่อนการกลับเป็นซ้ำของเมเนียและซึมเศร้า ลักษณะและการปฏิบัติต่ออาการนำ (prodromal symptoms) ถูกนำมาใช้ด้วยรายการตรวจสอบที่เป็นมาตรฐานและบัตรฝึกหัดที่จัดแบ่งไว้เป็นพวก ซึ่งผู้ป่วยจะเขียนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นชั่วขณะลงในช่องของอาการนำ สมุดบันทึกประจำวันแสดงให้เห็นความแตกต่างอาการร่วมกับอารมณ์ปกติซึ่งแตกต่างจากอาการนำ 3. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ถึง 75 ปี โดยการใช้แบบสัมภาษณ์มาตรฐานทางจิตเวช โดยผู้ที่ผ่านการฝึกเป็นผู้ช่วยการวิจัย (EmcC, KL, AP)	Level II

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
	เคยมีประวัติอาการกำเริบตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปและภายใน 12 เดือนที่ผ่านมามีอาการกำเริบ 1 ครั้ง 4. การกำเริบ (relapse) หมายถึง การมีอาการเมเนีย ไฮโปเมเนีย หรือแบบผสม ในระยะเวลา 5 วัน ส่วนอาการของโรคซึมเศร้าใช้อาการตามเกณฑ์มาตรฐานใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ไม่ได้รับการรักษา 5. แบบสัมภาษณ์การทำหน้าที่ทางสังคม มี 8 กิจกรรมทางสังคม ได้แก่ การจัดการงานบ้าน อาชีพการงาน การจัดการเกี่ยวกับการเงิน การดูแลเด็ก สัมพันธภาพใกล้ชิดกับคู่สมรส สัมพันธภาพที่ห่างเหินใกล้ชิดกับผู้อื่น การแสดงออกทางสังคมกับผู้อื่น การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า แบบวัดนี้มี 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 3 ระดับ 0 หมายถึง มีการแสดงออกพอใช้ ถึง ดี ระดับ 1 หมายถึง ยังมีปัญหาอยู่แต่บางครั้งแสดงออกได้ดี ระดับ 2 หมายถึง ยังมีปัญหาอยู่เกือบทุกครั้ง ระดับ 3 หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมทางสังคมได้ 6. ผู้บำบัดหรือผู้สอนเป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ทางคลินิกเล็กน้อยเป็นผู้ทำการสอน ซึ่งพยาบาลที่มีประสบการณ์ทางคลินิกไม่มาก ก็สามารถทำการสอนได้ 7. วิธีการปฏิบัติประกอบด้วย 2 ขั้นตอน 1) การฝึกให้ผู้ป่วยระบุนำของอาการเมเนียกำเริบ และอาการซึมเศร้า โดยแยกอาการเมเนีย และซึมเศร้าออกจากกัน 2) นำมาปฏิบัติและฝึกซ้อมวางแผนการปฏิบัติเมื่อมีอาการนำเกิดขึ้น ผู้วิจัยจะทำการรวบรวมประวัติของผู้ป่วย โดยซักถามถึงการดำเนินชีวิต อาการที่เกิดขึ้นก่อนอาการเมเนียและอาการซึมเศร้ากำเริบในครั้งก่อนๆ ลักษณะและเวลา	

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
	ของการเกิดอาการนำของผู้ป่วย จะนำมาบันทึกในแบบฟอร์มมาตรฐานที่ใช้ตรวจสอบอาการ(standard checklist) และบัตรบันทึกอาการ (card sorting exercise) ซึ่งผู้ป่วยจะบันทึกอาการที่เกิดขึ้นช่วงระยะเวลาหนึ่งๆ เป็นลำดับไป นอกจากนั้นผู้ป่วยจะต้องทำการจดบันทึกชีวิตประจำวัน (diary) เพื่อให้สามารถนำไปแยกอาการนำออกจากอาการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ตามปกติได้ อาการหรือสถานการณ์ในชีวิต 3 อาการหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนอาการนำของเมเนียหรือซึมเศร้ากำเริบ จะถือว่าเป็นระยะเตือน (warning stage) ที่ผู้ป่วยจะต้องเพิ่มการเฝ้าระวังติดตามให้มากขึ้นจากทุกสัปดาห์เป็นทุกวัน และอาการหรือสถานการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้นต่อมาอีก 3 อาการหรือสถานการณ์ ถือเป็นอาการนำที่จะต้องเข้าสู่ระยะปฏิบัติการ (action stage) ที่ผู้ป่วยจะต้องขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมกันระบุบุคลากรทางสุขภาพที่จะไปขอความช่วยเหลือหรือรับการรักษาในระยะแรก 3 ท่านซึ่งหนึ่งในสามท่าน จะต้องสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา ตัวอย่างเช่น พยาบาลหรือแพทย์ในหน่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ บันทึกการวางแผนการขอความช่วยเหลือในระยะเตือน และระยะปฏิบัติเมื่อเกิดอาการซึมเศร้ากำเริบและเมเนียเต็มขั้นไว้ในบัตรที่ห่อหุ้มด้วยพลาสติกอย่างดี ซึ่งผู้ป่วยจะต้องนำติดตัวไปด้วย ผู้บำบัดจะไปให้ข้อมูลกับบุคลากรทางสุขภาพที่ผู้ป่วยอาจจะไปขอรับการรักษา(จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช พยาบาลที่เกี่ยวข้อง)	

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
Rouget, B.W., & Aubry, J-M. (2007). Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorder: A review of the Literature. <i>Journal of Affective Disorder</i>. 98, 11-27. Geneva: Switzerland.	1. ผู้วิจัยส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะว่าสถานที่ที่จะทำการให้สุขภาพจิตศึกษาควรจะเป็นแผนกผู้ป่วยนอกและควรจะทำกับผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ที่มีอาการสงบ (Euthymic) 2. การให้สุขภาพจิตศึกษาควรนำไปบูรณาการกับการบำบัดรักษาอื่นๆ ของจิตแพทย์หรือสมาชิกในทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์จากการรักษานี้ ผู้ป่วยทุกคนไม่ได้เหมือนกัน มีความแตกต่างกันในเรื่องของ การรู้คิด บุคลิกภาพ และบริบทของครอบครัว ดังนั้นควรประเมินความต้องการการบำบัดทางจิตในผู้ป่วยแต่ละคน ผู้ป่วยที่มีการรู้จักตนเองในระดับดี มีสัญญาใจที่ดี (commitment) และมีอาการเล็กน้อย ควรจะใช้การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นลำดับแรก ของการทำจิตบำบัด แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำมาก หรือผู้ป่วยที่ไม่ค่อยรู้จักตัวเอง ไม่พิจารณาตัวเอง ไม่มีสัญญาใจ ผู้วิจัยแนะนำว่าการทำจิตบำบัดแบบมีโครงสร้างหรือทำกลุ่มบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางปัญญา จะเหมาะสมกว่า 3. ถ้านำการให้จิตศึกษาไปใช้กับผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ในระยะแรกหรือในการเจ็บป่วยครั้งแรก อาจช่วยเพิ่มทักษะการจัดการกับความเจ็บป่วย เพื่อลดระยะเวลาการเจ็บป่วยและลดการกลับเป็นซ้ำ แต่ยังไม่มีการวิจัยเปรียบเทียบในกลุ่มผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำหรือเรื้อรังเป็นเวลาหลายปี 4. การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับการบำบัดรักษาด้วยยาตามมาตรฐานช่วยให้ - การปฏิบัติตามแผนการรักษาในการรับประทานยาที่เข้มและยาที่ควบคุมอารมณ์ให้คงที่ตัวอื่นๆ ดีขึ้น - ลดการกลับเป็นซ้ำและยืดช่วงเวลาก่อนมีอาการ - การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	Level v

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
	- ลดจำนวนครั้งของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล - ช่วยเพิ่มทักษะการจัดการกับความเจ็บป่วย เพื่อลดระยะเวลาการเจ็บป่วย - ความรู้และทัศนคติต่อการเจ็บป่วยและการรักษาโรคไบโพลาร์ดีขึ้น - การปฏิบัติตามแผนการรักษา - ป้องกันอาการซึมเศร้ากำเริบ - การป้องกันอาการไฮโปแมนเนีย กำเริบ - การทำหน้าที่ทางสังคมอาชีพและคุณภาพชีวิตดีขึ้น - การเกิดโรคร่วมกับโรคไบโพลาร์ เช่น ยึดระยะเวลาการกลับใช้แอลกอฮอล์ - การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (ยาเสริม) ป้องกันการเกิดการฆ่าตัวตาย 5. ประสิทธิภาพของการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์มีผลต่อการบำบัด ดังนี้ - ความรู้และทัศนคติต่อการเจ็บและการรักษาโรคไบโพลาร์ - การปฏิบัติตามแผนการรักษา - การลดอาการ - การป้องกันอาการซึมเศร้ากำเริบ - การป้องกันอาการไฮโปแมนเนียกำเริบ - ยึดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำ - ลดจำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาล - การทำหน้าที่ทางสังคมอาชีพและคุณภาพชีวิตดีขึ้น - การเกิดโรคร่วมกับโรคไบโพลาร์ - การบำบัดครอบครัวและผู้ดูแล - การป้องกันการฆ่าตัวตาย	

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
	6. การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวและผู้ดูแล ทำให้บรรเทาความรู้สึกเป็นภาระ ความรู้ที่ได้ช่วยให้รู้สึกเหนื่อยน้อยลงกับภาระในการดูแล สามารถจัดการกับความต้องการของผู้ป่วยได้ ครอบครัวและผู้ดูแลได้รับประโยชน์ในการยืดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำ ยืดช่วงเวลามีอาการ มีการรักษาดีขึ้นและต่อเนื่องช่วยลดอาการของผู้ป่วยได้ 7. สถานที่ที่จะทำการให้สุขภาพจิตศึกษาควรจะเป็นแผนกผู้ป่วยนอก 8. ควรจะกระทำกับผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ประเภทต่างๆ แต่จะรวมเป็นโรคไบโพลาร์ I และ II ไปด้วยกัน แต่ควรทำกับผู้ป่วยที่มีอาการสงบ (Euthymic) 9. ประสิทธิภาพของสุขภาพจิตศึกษา ให้ในวัยต่างๆ (วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย) 10. การให้สุขภาพจิตศึกษาควรนำไปบูรณาการกับการบำบัดรักษาอื่นๆของจิตแพทย์หรือสมาชิกในทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์จากการรักษานี้ ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ทุกคนไม่ได้เหมือนกัน มีความแตกต่างกันในเรื่องของ การรู้คิด บุคลิกภาพ และบริบทของครอบครัว ดังนั้นควรประเมินความต้องการการบำบัดทางจิตในผู้ป่วยแต่ละคน ผู้ป่วยที่มีการรู้จักตนเองในระดับดี มีสัญญาใจที่ดี (commitment) และมีอาการเล็กน้อย ควรจะใช้การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นลำดับแรก ของการทำจิตบำบัด แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำมาก หรือผู้ป่วยที่ไม่ค่อยรู้จักตัวเอง ไม่พิจารณาตัวเอง ไม่มีสัญญาใจ ผู้วิจัยแนะนำว่าการทำจิตบำบัดแบบมีโครงสร้างหรือทำกลุ่มบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางปัญญา จะเหมาะสมกว่า	

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
	11. ถ้านำวิธีการให้สุขภาพจิตศึกษาไปใช้กับผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ในระยะแรกหรือในการเจ็บป่วยครั้งแรก อาจช่วยเพิ่มทักษะการจัดการกับความเจ็บป่วย เพื่อลดระยะเวลาการเจ็บป่วยและลดการกลับเป็นป่วยซ้ำ	

7. ประเด็นและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการนำข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติไปใช้

7.1 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติ

7.1.1 ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I และ II ได้รับความรู้ ทักษะในการดูแลตนเอง ช่วยลดการกลับเป็นซ้ำและยืระยะเวลาในการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

7.1.2 พยาบาลจิตเวชมีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมให้ความรู้และความตระหนักในการรักษาด้วยยาแก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I และ II ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นแนวทางเดียวกัน

7.1.3 โรงพยาบาลเกิดมาตรฐานคุณภาพการบริการผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I และ II ซึ่งจะเป็นที่พึงพอใจแก่ผู้รับบริการทั้งผู้ป่วยและญาติ

7.2 อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ

การใช้แนวปฏิบัติไม่ก่อให้เกิดความเสียหายหรืออันตรายทั้งต่อตัวผู้ปฏิบัติ ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล เนื่องจากแนวปฏิบัติได้พัฒนามาจากงานวิจัยที่ได้รับการประเมินคุณภาพแล้ว

7.3 ข้อควรพิจารณาในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ควรพิจารณาถึง ความพร้อมขององค์กร ในด้านต่างๆ เช่น บุคคล เวลา สถานที่ การกำหนดเนื้อหาในการให้ความรู้ ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ ควรเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ที่จะใช้แนวปฏิบัติทั้งในด้านความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาและทักษะการดำเนินงาน

8. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิก

การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน ดำเนินการดังนี้

1. ชี้แจงและขอความร่วมมือกับผู้บริหาร ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน
2. ประชุมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อปรึกษา กำหนดความเป็นไปได้ในการทดลองใช้แนวปฏิบัติในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I และ II ในหน่วยงาน

3. ฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน ผู้รับผิดชอบในการสอน
4. นำแนวปฏิบัติในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไตโพลาร์ I และ II ที่สร้างขึ้น ไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคไตโพลาร์ I และ II ที่มารับบริการในหน่วยงานผู้ป่วยนอกกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า ในรูปแบบของ pilot study
5. วิจัยประเมินผลโครงการ โดยกำหนดการประเมินผล สภาพแวดล้อม บุคลากร ค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยและครอบครัว นำผลการประเมินมาพัฒนา เพื่อได้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไตโพลาร์ I และ II
6. นำเสนอผลของโครงการต่อกลุ่มงานวิชาการเพื่อขยายผล โดยมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไตโพลาร์ I และ II ในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและมีการเผยแพร่ในวงกว้างต่อไป

9. ข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติ

9.1 วัน เดือน ปีที่สร้าง

18 กันยายน 2551

9.2 ผู้สร้าง

นางสาวยวดี ศรีศิริรุ่งโรจน์

9.3 อาจารย์ที่ปรึกษา

1. รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สิริบุญวงศ์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ช่อทิพย์ สันธนะวนิช

9.4 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์ชาญชัย ปวงนิยม
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อติรัตน์ วัฒนไพลิน
2. นางเพชรี คันธสายบัว
3. นางสาวจรรุวรรณ หีบท่าไม้

9.5 แหล่งเงินทุน

ทุนตัวเอง

9.6 เอกสารอ้างอิง

- American Psychological Association. (2001). *Diagnosis and statistical manual of mental disorder*. (4th ed.). [http://: www.APA.org](http://www.APA.org). Washington: DC.
- Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J.M., et al. (2005). Stabilizing the stabilizer: group psycho-education enhances the stability of serum lithium levels. *Bipolar Disorder and Blackwell Munksgaard*. 7(5), 32-36. Barcelona: Spain.
- Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Manuel Goikolea, J., et al. (2003a). A randomized trial on the efficacy of group psycho-education in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *American Medical Association General Psychiatry*. 60, 402-407. Spain.
- Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Manuel Goikolea, J. et al. (2003b). Psycho-education efficacy in bipolar disorder: beyond compliance enhancement. *Journal Clinical Psychiatry*. 64(9), 1101-1105. Spain.
- Craig, J.V. (2002). In J.V. Craig & R.L. Smyth (Eds), *The evidence-based practice manual for nurse*. (23-24). Edinburgh: CL.
- Melnyk, B.M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-bases practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins
- Morriss, R.K., Faizal, M.A., Jones, A.P., Williamson, P.R., Bolton, C., & McCarthy, J.P. (2007). Intervention for helping people recognize early signs of recurrence in bipolar disorder [http://: www. mrw. Interscience.wiley.com/ Cochran Database of Systematic. Reviews](http://www.mrw.interscience.wiley.com/CochranDatabaseofSystematicReviews) Issue 1, Nottingham: UK.
- Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medicine Journal*. 318, 149-153.
- Polit, F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Seventh Edition. published by Lippincott Williams & Wilkins.
- Rouget, B.W., & Aubry, J-M. (2007). Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorder: A review of the Literature. *Journal of Affective Disorder*. 98, 11-27. Geneva: Switzerland.
- Soukup, S.M. (2000). *The center for advanced nursing practice evidence-based practice model*. 35(2), 301-309.

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

แพทย์เฉพาะทางที่บำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช

5. นายแพทย์ชาญชัย ปวงนิยม นายแพทย์ 8 โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

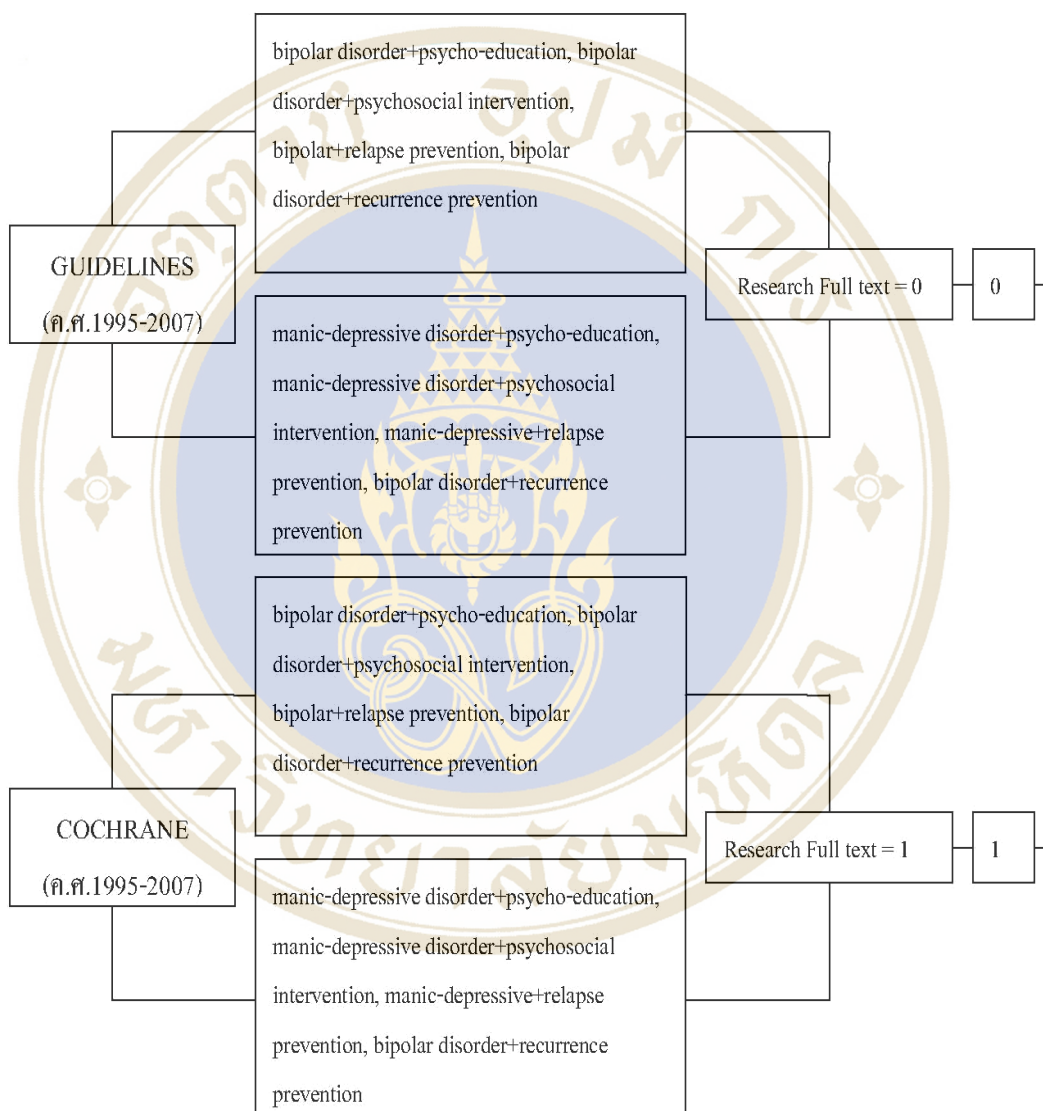
วิทยากรผู้มีส่วนร่วมนโยบายการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

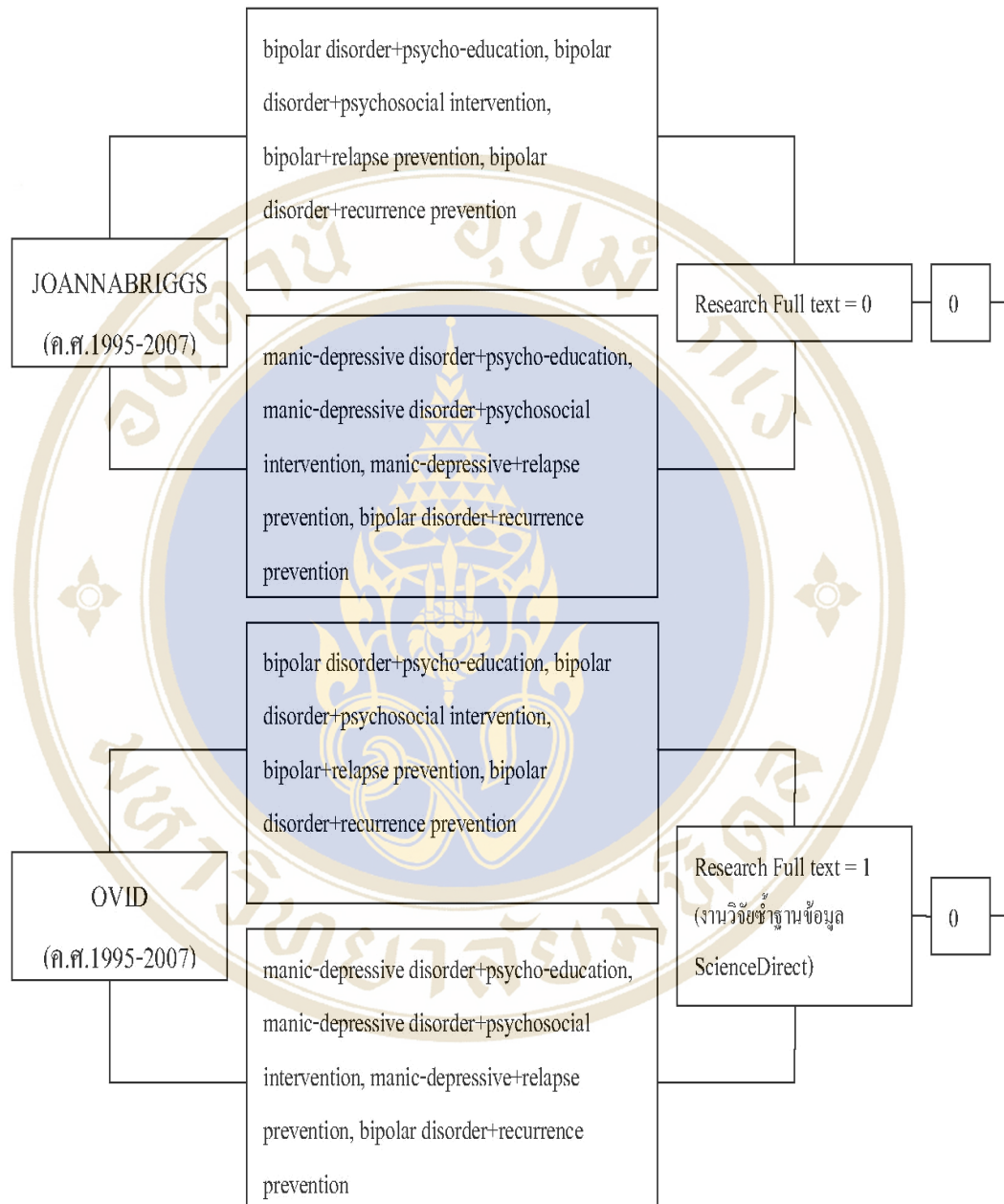
1. ผศ.ดร.อดิศักดิ์ วัฒนไพลิน กศ.ค (การวิจัยและการพัฒนาหลักสูตร) ภาควิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

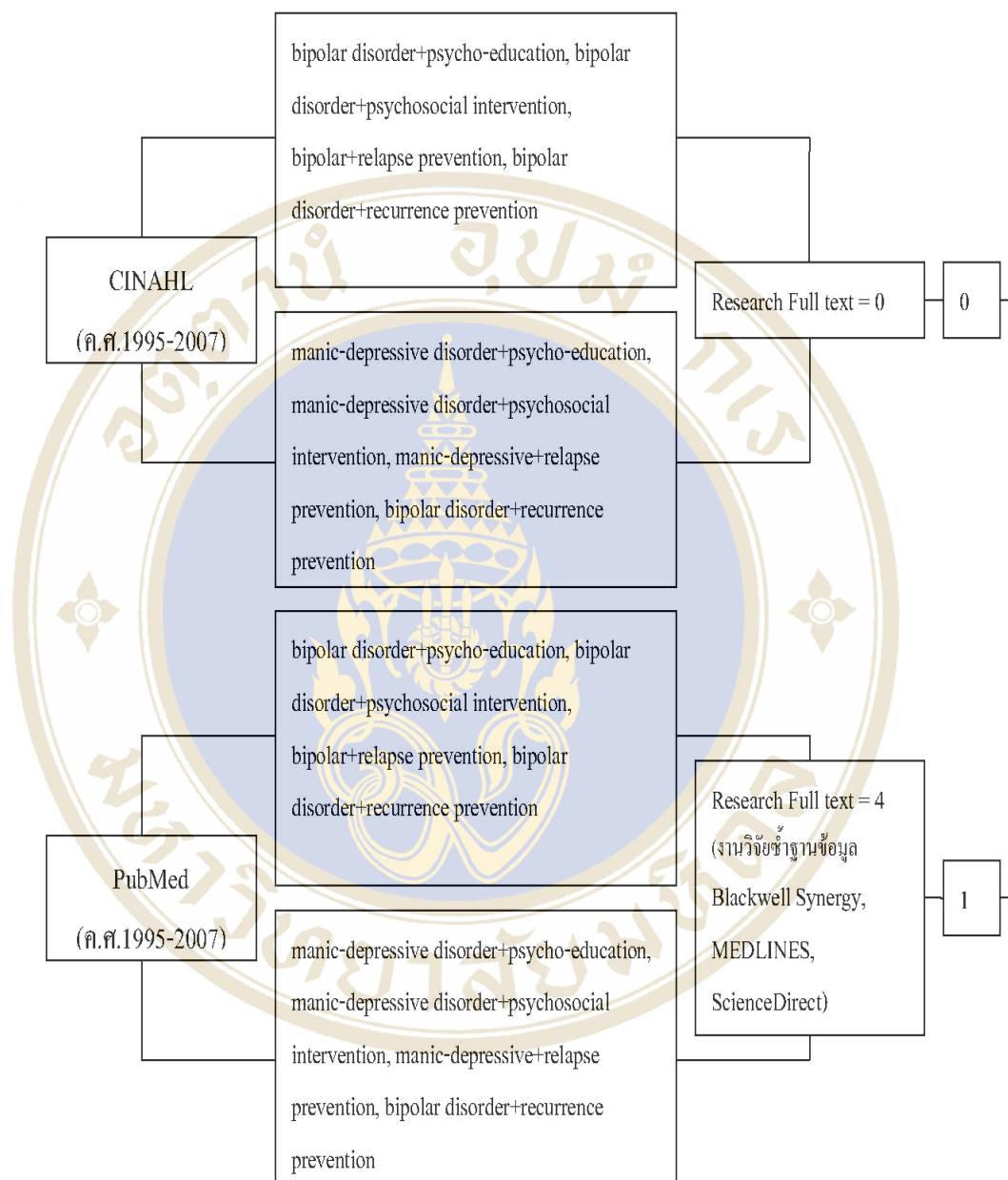
พยาบาลผู้มีส่วนร่วมนโยบายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

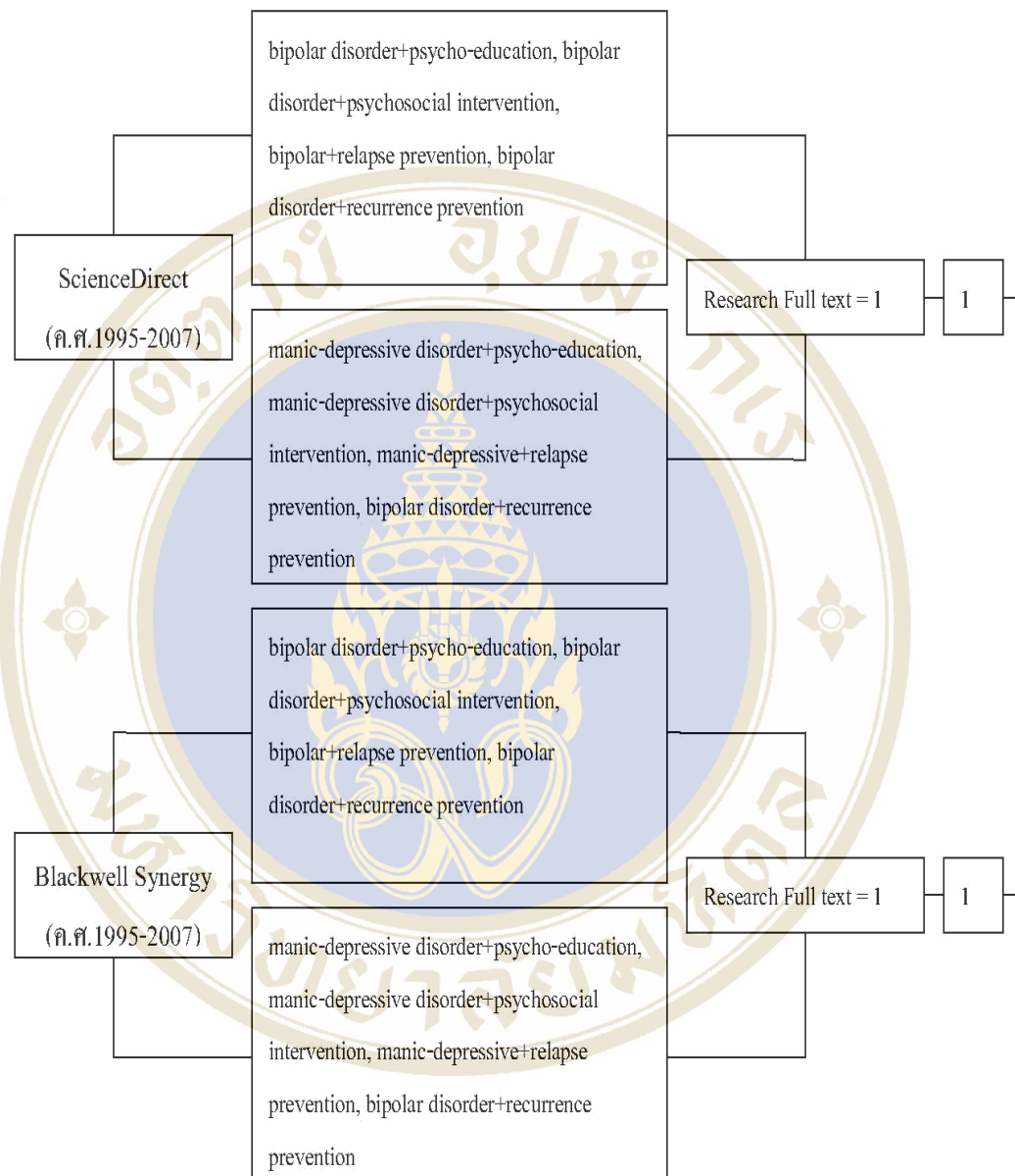
1. นางเพชรี คันธสายบัว พยาบาลวิชาชีพ 7 ผู้มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรค ไบโพลาร์ I และ II และการทำ
กลุ่ม
2. นางสาวจรรุวรรณ หีบทำไม้ พยาบาลวิชาชีพ 7 ผู้มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง สาขา
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีประสบการณ์ในการสร้างแนวปฏิบัติการให้สุขภาพจิตศึกษา
แก่ผู้ป่วยโรคจิตเวช และการทำกลุ่ม

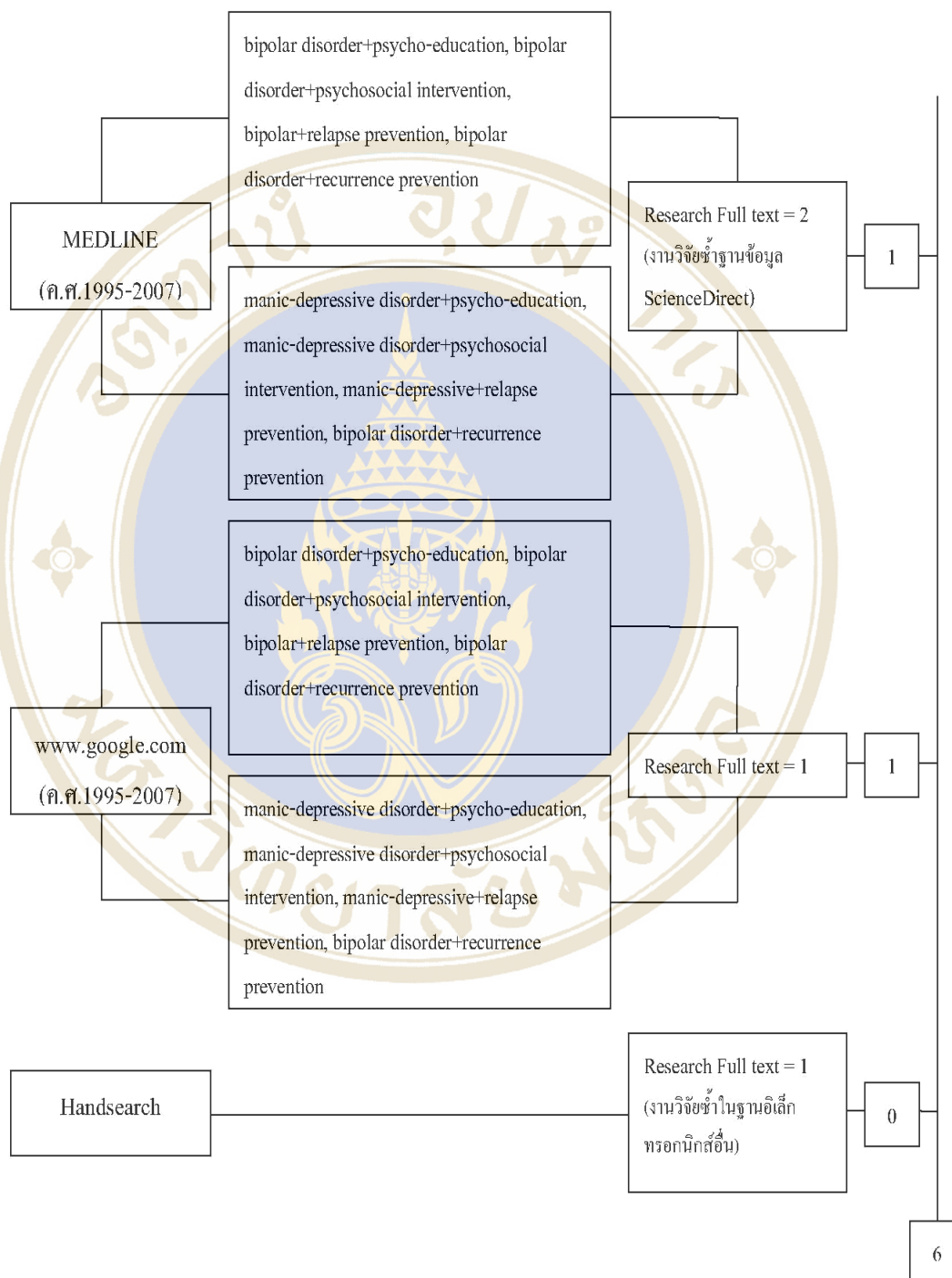
ภาคผนวก ค ผังการสืบค้นงานวิจัย











ภาคผนวก ง

ตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

ตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย (เรื่องที่ 1)

เรื่องงานวิจัย Intervention for helping people recognize early signs of recurrence in bipolar disorder

ผู้แต่ง Morriss, RK., Faizal, MA., Jones, AP., Williamson, PR., Bolton, C, & McCarthy, JP.

แหล่งตีพิมพ์ [http:// www. mrw. interscience.wiley.com/cochrane](http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane) Database of Systematic Reviews 2007. Issue 1, Nottingham: UK.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	การทบทวนงานวิจัยเชิงทดลองอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับการสอนการระลึกรู้อาการเตือนแรกเริ่มของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ และหรือผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ 1. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของ early warning sign intervention (การบำบัดด้วยการบอกอาการเตือน) ร่วมด้วยการรักษาตามปกติ กับการรักษาตามปกติที่ไม่มีการรักษาด้วยจิตบำบัดร่วมด้วย 2. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของ early warning sign intervention (การบำบัดด้วยการบอกอาการเตือน) ร่วมด้วยการรักษาตามปกติ กับการรักษาตามปกติที่มีการทำจิตบำบัดร่วมด้วย 3. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้ยา mood stabilizing เป็นช่วงๆ กับการให้ยา mood stabilizing อย่างต่อเนื่อง ต่อการระลึกรู้ EWS
เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย	เกณฑ์การคัดเข้า: งานวิจัยเชิงทดลอง แบบสุ่มกลุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มควบคุม (RCT) ในทุกภาษา ทุกประเทศ และ ทุกชนิดของการเผยแพร่ตีพิมพ์ เกณฑ์การคัดออก: งานวิจัยที่ไม่ใช่แบบสุ่มกลุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มควบคุม ซึ่งได้แก่ case series, pre & post-intervention studies และงานวิจัยที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

หัวข้อ	รายละเอียด
ขั้นตอนการทบทวนงานวิจัย	ผู้ทบทวนงานวิจัย จำนวน 6 คน คัดเลือกค้นคว้างานวิจัย ในช่วงปี 1978 ถึง 2005 จากฐานข้อมูล ดังนี้ 1. Electronic bibliographic databases; CCDANCTR-Studies-searched 20/10/2005) และ CCDANCTR-References-searched (20/10/2005) 2. Hand searches 3. NHS National Research Register (NRR) 4. Reference Lists 5. Personal communication ผู้ทบทวนงานวิจัย ทั้ง 6 คน ได้ดำเนินการดังนี้ 1. ร่วมกันคัดเลือกและนำงานวิจัยมาใช้ 2. ทำการประเมินคุณภาพของงานวิจัย และสกัดข้อมูลจากงานวิจัยที่ดีที่สุด 3. กำหนดเกณฑ์กลุ่มประชากร เกณฑ์การคัดเข้า: ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไบโพลาร์ หรือการวินิจฉัยอื่นๆ ที่สัมพันธ์กันตามเกณฑ์มาตรฐานทางจิตเวช ด้วยระบบ DSM IV และ ICD 10 อายุมากกว่า 18 ปีเป็นต้นไป ไม่ว่าจะป่วยอยู่ในระดับใด และสถานพยาบาลใด ๆ แต่มีประวัติการป่วยกลับเป็นซ้ำไม่เกิน 12 เดือน เกณฑ์การคัดออก: 1) การวินิจฉัยครั้งแรก (Primary diagnosis) ที่เป็นโรคอื่น เช่น ตื่นตระหนก การรับประทานผิดปกติ 2) ผู้ที่เข้าร่วมวิจัยไม่ได้มีปัญหาทางจิตเวชเนื่องด้วยโรคทางอายุรศาสตร์ เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ เป็นต้น 3) อายุเท่ากับหรือน้อยกว่า 16 ปี 4) อาศัยอยู่ในสถาบันพิเศษ เช่น สถานพักฟื้น จำคุก ยกเว้นผู้ที่ออกมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลชั่วคราว 5) กลุ่มเสี่ยงที่ไม่แน่ใจว่าจะเป็นโรคไบโพลาร์หรือไม่

หัวข้อ	รายละเอียด
ขั้นตอนการทบทวนงานวิจัย (ต่อ)	เกณฑ์การคัดเลือก intervention เกณฑ์การคัดเข้า: 1. การบำบัดที่มีการสอนให้ผู้ป่วยรู้จักอาการเตือนจะต้องฝึกฝนอบรมอย่างเป็นระบบแก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ให้รู้จักกับอาการเตือนแรกเริ่มของการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งจะต้องใช้เวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมงในการสอนให้รู้จักและจัดการกับอาการเตือนแรกเริ่ม ในการบำบัดนั้นต้องมีการซักประวัติอย่างละเอียด อาจมีเทคนิคเพิ่มเติม เช่น การจดบันทึกประจำวัน คู่มือ และแผนการปฏิบัติกับอาการเตือนแรกเริ่ม ซึ่งจำเป็นต้องใช้เวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมงในการพบกับเจ้าหน้าที่โดยตรง การบำบัดนั้นอาจมีอาการแรกเริ่มเป็นหลักในการบำบัดหรือใช้เป็นส่วนหนึ่งในชุดของการบำบัดก็ได้ จะเป็นการบำบัดรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มก็ได้ หรืออาจมีการใช้วิธีการให้การช่วยเหลือกันเองร่วมด้วยก็ได้ การบำบัดนี้จะเป็นการบำบัดกับสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลก็ได้ และจะเป็นการบำบัดในชุมชนหรือในสถานบริการใดๆก็ได้ (ระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิก็ได้) 2. การศึกษาที่ไม่ได้ให้รายละเอียดในการฝึกอบรมอาการเตือนแรกเริ่ม แต่การศึกษาที่มีการบำบัดแบบ cognitive family psychosocial education self-monitoring, interpersonal, relapse prevention, self help, problem-solving, counseling, or targeted/intermittent medication ที่นำเข้ามาใช้ด้วยเนื่องจากเห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวจะมีการฝึกอบรมเรื่องอาการเตือนแรกเริ่มด้วย
ระดับของงานวิจัย	จัดอยู่ระดับที่ 1 (Level I) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic reviews)
ผลการวิจัย	ผลลัพธ์หลัก 1. เวลาที่เกิดการกลับเป็นซ้ำครั้งแรก ข้อมูลที่ได้จากการทดลอง 6 เรื่อง สนับสนุน EWS intervention แบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ (random effects, hazards ratio 0.57, 95% CI 0.39 to 0.82) แต่ผลก็ยังไม่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน 2. เวลาที่เกิดภาวะแมนีย ไฮโปแมนีย ข้อมูลที่ได้จากการทดลอง 4 เรื่อง สนับสนุน EWS intervention

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	แบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ (random effects, hazards ratio 0.66, 95% CI 0.40 to 1.06) แต่ผลก็ยังไม่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (heterogeneity) 3. เวลาที่เกิดภาวะซึมเศร้า ข้อมูลที่ได้จากการทดลอง 4 เรื่อง สนับสนุน EWS intervention แบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ (random effects, hazards ratio 0.57, 95% CI 0.33 to 0.99) แต่ผลก็ยังไม่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (heterogeneity) ผลลัพธ์รอง 1. ร้อยละของผู้ป่วยที่กลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล งานวิจัยเชิงทดลอง 4 เรื่อง สนับสนุน EWS intervention แบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ (fixed effect, RR 0.67, 95% CI 0.47 to 0.95) และพบความแตกต่างในระหว่างผลลัพธ์เพียงเล็กน้อย 2. การวัดอาการซึมเศร้า 2.1 BDI scale มีงานวิจัย 2 เรื่องที่ใช้แบบวัด BDI หลังการทดลองครั้งที่ 6 และ 12 โดยไม่มีค่าคะแนนก่อนการทดลอง (baseline) จึงไม่นำมาวิเคราะห์ meta-analysis แต่พบว่าคะแนนหลังการทดลองมีค่าลดลง 2.2 HDRS scale มีงานวิจัย 3 เรื่องใช้แบบวัด HDRS scale ตัวแปรค่อนข้างแตกต่างกันมาก จึงไม่นำมาวิเคราะห์ meta-analysis 2.3 BRMS มีงานวิจัย 2 เรื่องใช้แบบวัด BRMS ตัวแปรค่อนข้างแตกต่างกันมาก จึงไม่นำมาวิเคราะห์ meta-analysis 2.4 MRC Social performance (การแสดงออกทางสังคม) มีงานวิจัย 2 เรื่องที่วัด MRC หลังการทดลอง มี 1 เรื่องไม่มีค่า baseline จึงไม่นำมาวิเคราะห์ meta-analysis ส่วนอีก 1 เรื่องรายงานค่า baseline ไว้ ซึ่งพบว่า เมื่อวัดในเดือนที่ 6 และเดือนที่ 12 ไม่พบว่าคะแนนมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนในเดือนที่ 18 มีความแตกต่างในระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. สามารถนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ และมีประวัติการป่วยกลับเป็นซ้ำไม่เกิน 12 ครั้ง โดยใช้ในศูนย์บริการสุขภาพที่มีผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการบำบัด 2. วัดเวลาของการกลับมีอาการซ้ำครั้งแรก เวลาที่เกิดช่วงเมเนีย ไฮโปเมเนีย และเวลาที่เกิดช่วงซึมเศร้า 3. ผู้บำบัดมีคุณสมบัติมีประสบการณ์เกี่ยวกับการบำบัดทางจิต (psychological intervention) และความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ 4. การบำบัดมี 12 sessions session ละ 1 ชั่วโมง อาจใช้เป็นแบบบำบัดแบบเดี่ยว หรือใช้ร่วมกับการบำบัดทางจิตอย่างอื่นร่วมด้วยก็ได้ ถ้านำไปใช้ร่วมกับการบำบัดทางจิตแบบอื่น โดยมีการสอนเรื่องการประเมินอาการและการจัดการกับอาการเริ่มแรก ก็ช่วยลดการกลับเข้ารับซ้ำในโรงพยาบาลและเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคม intervention ที่นำมาใช้มีลักษณะดังนี้ 1. การบำบัดที่มีการสอนให้ผู้ป่วยรู้จักอาการเตือนจะต้องฝึกฝนอบรมอย่างเป็นระบบแก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ให้รู้จักกับอาการเตือนแรกเริ่มของการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งจะต้องใช้เวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมงในการสอนให้รู้จักและจัดการกับอาการเตือนแรกเริ่ม ในการบำบัดนั้นต้องมีการซักประวัติอย่างละเอียด อาจมีเทคนิคเพิ่มเติม เช่น การจดบันทึกประจำวัน คู่มือ และแผนการปฏิบัติกับอาการเตือนแรกเริ่ม ซึ่งจำเป็นต้องใช้เวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมงในการพบกับเจ้าหน้าที่โดยตรง การบำบัดนั้นอาจมีอาการแรกเริ่มเป็นหลักในการบำบัดหรือใช้เป็นส่วนหนึ่งในชุดของการบำบัดก็ได้ จะเป็นการบำบัดรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มก็ได้ หรืออาจมีการใช้วิธีการให้การช่วยเหลือกันเองร่วมด้วยก็ได้ การบำบัดนี้จะเป็นการบำบัดกับสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลก็ได้ และจะเป็นการบำบัดในชุมชนหรือในสถานบริการใดๆ ก็ได้ 2. การบำบัดแบบ cognitive family psychosocial education self-monitoring, interpersonal, relapse prevention, self help, problem-solving, counseling, or targeted/intermittent medication นำเข้ามาใช้ด้วยเนื่องจากเห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวจะมีการฝึกอบรมเรื่องอาการเตือนแรกเริ่มด้วย

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1.การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบได้แสดงให้เห็นถึงการกลับเป็นซ้ำ แต่ไม่มีรายละเอียดของ intervention ที่ให้กับผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ 2.งานวิจัยสามารถช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาล 3.งานวิจัยไม่ได้ตั้งสมมุติฐาน 4.งานวิจัยนั้นพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ Cochrane Database of Systematic Reviews 2007 Issue 1 2. ผู้ทำการวิจัย Morriss, RK., Faizal, MA., Jones, AP., Williamson, PR., Bolton, C & McCarthy, JP. 3. ทุนสนับสนุน ไม่ระบุไว้ 4. คุณภาพงานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเชิงประจักษ์อยู่ในระดับ I
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) สามารถนำไปประยุกต์ออกแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์จัดการกับอาการเตือนแรกเริ่ม (EWS) ได้ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) การช่วยให้ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์รู้จักและจัดการกับอาการเตือนแรกเริ่ม (EWS) สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลทั้งการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและกลุ่ม 3. ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) อาจต้องคำนึงถึงความคุ้มทุนในการฝึกอบรมผู้ป่วยให้เข้าใจหรือจัดการกับอาการเตือนแรกเริ่ม (EWS) เพราะต้องใช้ระยะเวลานานในการฝึกอบรม

ตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย (เรื่องที่ 2)

ชื่อเรื่องงานวิจัย A randomized trial on the efficacy of group psycho-education in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission

ผู้แต่ง Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Manuel Goikolea, J., et al.

แหล่งตีพิมพ์ American Medical Association. Gen Psychiatry. 2003, 60, 402-407. Spain.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์
ทุน	ได้รับทุนสนับสนุนจาก The Stanley Medical Research Institute, Bethesda, Md, grant 98/0700 from instituto de salud Calos III-Fondos para la Investigacion Sanitaria, Madrid, Spain, grant 028/97 from fundacio Marato de TV3, Barcelona, Catalonia, Spain, and fundacio Rovirata, Barcelona, Catalonia.
สมมติฐานงานวิจัย	สุขภาพจิตศึกษา มีประสิทธิภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์
Setting งานวิจัย	คลินิกของโรงพยาบาล ในมหาวิทยาลัยบาซีโลนา ประเทศสเปน
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	- งานวิจัยนี้รายงานว่าได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ แต่ไม่ได้ระบุว่าจากที่ใด - กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยนี้ได้เซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกคน - การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มด้วยคอมพิวเตอร์ - ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I และ II ที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM- IV ที่มีอายุ 18 ถึง 65 ปี ขณะอยู่ในภาวะอาการสงบ (Euthymic) จำนวน 120 คน จากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม Bipolar disorders ของคลินิกในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย บาซีโลนา ประเทศสเปน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 60 คนและกลุ่มควบคุม จำนวน 60 คน เกณฑ์การคัดเข้า: 1.ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I และ II ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM- IV ขณะอยู่ในภาวะสงบ (Euthymic) (Young Mania Rating Scale

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	(YMRS) < 6, Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)-17 Score < 8) เป็นระยะเวลาอย่างน้อยที่สุด 6 เดือน 2. ผู้ป่วยยอมรับการรักษาอย่างดี มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาอย่างน้อยที่สุด 6 เดือนก่อนทำการศึกษา 3. มีข้อมูลการเจ็บป่วยก่อนหน้านี้เพียงพอซึ่งได้จากการติดตามการรักษาอย่างน้อยที่สุด 24 เดือน 4. ผู้ป่วยเห็นให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออก: 1. ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ DSM- IV Axis I comorbidity ยกเว้นผู้ที่เสพยาเสพติดกัญชาและนิโคติน 2. ผู้ที่มีภาวะปัญญาอ่อน (mental retardation) IQ < 70 สมองได้รับการทำลาย (organic brain damage) หรือ หูหนวก (Deafness) 3. ผู้ป่วยได้รับการทำจิตบำบัดใดๆ ก็ตามหรือได้รับการทดลองยาใดๆ ในขณะที่ทำการศึกษานี้ 4. ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะต้องเคารพกติกาการเข้ากลุ่ม ถ้าผู้ป่วยคนใดขาดการเข้าร่วมกลุ่มมากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป จะถูกคัดออกจากกลุ่ม 5. กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเหลือจำนวน 44 คน (73.3%) อีก 16 คน (26.6%) ถอนตัวออกจากกลุ่ม ซึ่งในกลุ่มที่ถอนตัวได้รับการติดตามเป็นเวลา 2 ปี จำนวน 12 คน และอีก 4 คนไม่ได้ติดตามหลังถอนตัวออกจากกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เนื่องจากมีภาวะซึมเศร้า 3 คน และเมเนีย 1 คน ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามต่อเนื่อง มีเหตุผลที่ถอนตัวออกจากกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา คือ การกลับเป็นเมเนียซ้ำ (7 คน) ไม่สามารถมาตามเวลาเข้ากลุ่มได้ (2 คน ใ้ทำงานใหม่ช่วงการบำบัด) ไม่ยอมรับกฎของกลุ่ม (1 คน) ปัญหาระหว่างบุคคลกับสมาชิกกลุ่มอื่น (1 คน) กลับเป็นโรคซึมเศร้าซ้ำ (1คน) ในกลุ่มควบคุม มีผู้ป่วยจำนวน 7 คน (11.6%) ขาดการเข้ากลุ่มทุกสัปดาห์ แต่มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยจิตแพทย์ การรักษาด้วยยา

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	และติดตามการรักษา สาเหตุที่ถอนตัวออกจากกลุ่ม มีภาวะเมเนีย (4 คน) โรคซึมเศร้า (1 คน) ไม่ยอมรับกฎของกลุ่ม (2 คน)
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล	กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการประเมินโดย จิตแพทย์ที่ทำการศึกษา ทุกเดือน และผู้ช่วยวิจัยจะทำการประเมินทุก 2 สัปดาห์ตามคู่มือ หากสงสัยว่าจะมีอาการกลับเป็นซ้ำก็จะปรึกษาจิตแพทย์ที่ทำการศึกษา ทั้งจิตแพทย์และผู้ช่วยวิจัยจะไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างคนใดอยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง และขอร้องให้กลุ่มตัวอย่างไม่บอกรายละเอียดในการเข้ากลุ่มให้ผู้ประเมินทราบ การประเมินแบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ 1. การประเมินพื้นฐาน (Baseline assessment) และการติดตามประเมินผลซ้ำทุก 2 เดือน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) The administration of Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I and SCID-II) 2) YMRS 3) HAM-D-17 4) The Holmes and Rahe inventory for stressful life events นอกจากนั้นมีการบันทึกการใช้ยาทางจิตเวช เหตุผลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการใช้ยา จำนวนวันที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เหตุผลการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวนวันทั้งหมดของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การยอมรับการรักษา ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์กับผู้ป่วย บุคคลสำคัญใกล้ชิดกับผู้ป่วย (a compliance-focused interview with the patient, a compliance-focused interview with significant first degree relatives or a partner) 2. ช่วงติดตามผล (The follow-up phase) การบำบัดด้วยโปรแกรมโรคไบโพลาร์ของบาซิลอนาเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี โดยมีการประเมินการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) การตรวจอาการแสดง (symptom checking) และทะเบียนการมารับการรักษาโดยทำการประเมินอย่างน้อยทุก 2 เดือน

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล (ต่อ)	การวัดผลลัพธ์หลัก: การกลับเป็นซ้ำ เป็นผลลัพธ์หลักของการศึกษานี้ ซึ่งหมายถึงคะแนนจากแบบวัด YMRS เป็นตัววัดการกลับเป็นซ้ำของอาการแมเนีย ซึ่งมีค่า YMRS ≥ 20 ถ้า ≥ 12 แสดงว่ามีการกลับเป็นซ้ำของอาการไฮโปแมเนียและแบบวัด HAM-D-17 ถ้ามีค่า ≥ 17 เป็นตัววัดการกลับเป็นซ้ำของอาการซึมเศร้า และถ้าคะแนนจากแบบวัดของ YMRS ≥ 20 และ HAM-D-17 ≥ 12 แสดงว่า มีการกลับเป็นซ้ำแบบผสม
การบำบัด	1. กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการประเมินโดย จิตแพทย์ที่ทำการศึกษา ทุกเดือน และผู้ช่วยวิจัยจะทำการประเมินทุก 2 สัปดาห์ ตามคู่มือหากสงสัยว่าจะมีอาการกลับเป็นซ้ำก็จะปรึกษาจิตแพทย์ที่ทำการศึกษา ทั้งจิตแพทย์และผู้ช่วยวิจัยจะไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างคนใดอยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง และขอร้องให้กลุ่มตัวอย่างไม่บอกรายละเอียดในการเข้ากลุ่มให้ผู้ประเมินทราบ 2. การศึกษาเป็นกลุ่มทดลองแบบสุ่มทางเดียว แบ่งเป็น 2 กลุ่มเท่าๆกัน ประกอบด้วย 2 ช่วงเวลา คือ ระยะเวลาให้การบำบัดรักษา และติดตามการรักษาภายหลังให้การบำบัดรักษา - ช่วงแรก (The Treatment phase) ใช้ระยะเวลา 20 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับสุขภาพจิตศึกษา ขณะที่กลุ่มควบคุมจะมีการพบกันทุกสัปดาห์แบบเป็นกลุ่มๆ ละ 8 ถึง 12 คน - ช่วงที่ 2 (The follow-up phase) ใช้ระยะเวลาในการติดตาม 2 ปี กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตามปกติโดยไม่มีการบำบัดทางจิตและมีการประเมินผลลัพธ์ทุกเดือน ด้วยการวัดผลลัพธ์หลายตัว 3. หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อเข้าร่วมในการวิจัย ก็จะได้รับประเมินในเบื้องต้น และสุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่าง แบ่งกลุ่มจัดเป็นชั้นๆ โดยเพศ อายุ และจำนวนครั้งที่เคยมีอาการป่วย สุ่มโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	4. ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกทุกคนจะได้รับการดูแลจากจิตแพทย์ 2 ท่าน (E.V.or A.B.) ผู้ซึ่งมีประสบการณ์ทางคลินิกและงานวิจัยในการดูแลเป็นพิษของผู้ป่วยโรคไบโพลาร์อย่างน้อย 4 ปี ทุกๆ 4 สัปดาห์ 5. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาตามปกติตามโปรแกรมการรักษา ผู้ป่วยไบโพลาร์ของบาซิลโลนา โดยจิตแพทย์ไม่ทราบธรรมชาติของการรักษาที่ให้กับผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยจะไม่บอกจิตแพทย์ ถ้าเขาได้รับการบำบัดโดยการให้สุขภาพจิตศึกษา จิตแพทย์จะไม่ได้รับอนุญาตที่จะชี้แนะตามแบบของจิตบำบัด หรือการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบพิเศษ กลุ่มทดลอง : ขณะให้การบำบัดรักษา (The Treatment phase) ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลตามมาตรฐาน standard care และโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เป็นกลุ่ม ๆ ละ 8 ถึง 12 คนโดยมีนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ จำนวน 2 ท่าน (F.C และ A.M.A.) ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคไบโพลาร์มาก่อนเป็นเวลามากกว่า 3 ปี และมีความรู้เป็นพิษในการเป็นผู้นำกลุ่ม เป็นผู้ควบคุม จำนวน 21 ครั้ง (sessions) ครั้งละ 90 นาที ซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มพูนความรู้ใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ การตระหนักรู้ความเจ็บป่วย (illness awareness) การปฏิบัติตามแผนการรักษา (treatment compliance) การสังเกตอาการแรกเริ่มของอาการกำเริบ (early detection of prodromal symptoms and relapse) และการกำกับควบคุมวิถีการดำเนินชีวิต (lifestyle regularity) <u>โครงสร้างของกลุ่มแต่ละครั้งประกอบด้วย</u> 1. การนำเสนอตามหัวข้อที่กำหนดไว้ในแต่ละวัน ซึ่งใช้เวลา 30 ถึง 40 นาที 2. การฝึกเกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ เช่น การวาดแผนภูมิชีวิต การเขียนปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญ และมีการอภิปรายร่วมกัน โดยมี - เป้าหมายแรก คือ การตระหนักรู้อาการนำ และการปฏิบัติตามแผนการรักษา

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	- เป้าหมายที่ 2 คือ การจัดการกับความเครียด หลีกเลี่ยงสารเสพติด รวมทั้งการดำเนินชีวิตปกติและการป้องกันพฤติกรรมที่ฆ่าตัวตาย - เป้าหมายที่ 3 คือ เพิ่มความรู้และการจัดการปัญหาเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดตามมาทั้งก่อนและหลังมีอาการด้วยจิตสังคมบำบัด ปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคม การจัดการกับ subsyndromal อาการที่ยังเหลืออยู่ (residual symptoms) และทำความเข้าใจตลอดจนเพิ่มการมีสุขภาพที่ดีขึ้นและปรับปรุงคุณภาพชีวิต Psycho-education of bipolar disorder (Barcelona Bipolar Disorders Program) มีหัวข้อดังนี้ 1. บทนำ (Introduction) 2. การเจ็บป่วยด้วยโรคไบโพลาร์ คือ อะไร (What is bipolar illness?) 3. สาเหตุและปัจจัยกระตุ้น (Causal and triggering factors) 4. อาการนำของภาวะแมนีและไฮโปแมนี (Symptoms (I): Mania and hypomania) 5. อาการนำของภาวะซึมเศร้าและแบบผสม (Symptoms (II): Depression and mixed episodes) 6. การดำเนิน โรคและผลลัพธ์ (Course and outcome) 7. การรักษาด้วยยาที่ทำให้อารมณ์คงที่ (Treatment (I): Mood stabilizers) 8. การรักษาด้วยยาด้านแมนี (Treatment (II): Antimanic agents) 9. การรักษาด้วยยาด้านเศร้า (Treatment (III): Antidepressants) 10. ระดับของยาในซีรัม ได้แก่ ยาลิเทียม ยาคาร์บามาซีเฟน ยาวาลโปรเอต (Serum level; lithium, carbamazepine และ valproate) 11. การให้คำปรึกษาในการตั้งครรภ์และการถ่ายทอดทางพันธุกรรม (Pregnancy and genetic counseling) 12. จิตเภสัชและการรักษาทางเลือกอื่นๆ (Psychopharmacology vs alternative therapies) 13. ความเสี่ยงที่เกิดจากการขาดการรักษา (Risks associated with treatment withdrawal)

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	14. สุราและยาเสพติดที่หาซื้อได้ง่ายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไบโพลาร์ (Alcohol and street drugs: risk in bipolar illness) 15. อาการเริ่มแรกของภาวะแมนีและไฮโปแมนี (Early detection of manic and hypomanic episodes) 16. อาการเริ่มแรกของโรคซึมเศร้าและแบบผสม (Early detection of depressive and mixed episodes) 17. จะปฏิบัติอย่างไร เมื่อพบอาการนำ (What to do when a new phase is detected?) 18. การใช้ชีวิตตามปกติ (Regularity) 19. เทคนิคการจัดการความเครียด (Stress management techniques) 20. เทคนิคการแก้ไขปัญหา (Problem-solving techniques) 21. บทสรุป (Final session) กลุ่มควบคุม: ขณะให้การบำบัดรักษา (The Treatment phase) ผู้ป่วยแบ่งเป็นกลุ่มๆ ละ 8 ถึง 12 คนมีการพบปะกันในกลุ่มทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 20 สัปดาห์โดยมีนักจิตวิทยา 2 ท่าน (F.C และ A.M.A.) ซึ่งให้การสนับสนุนให้มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน โดยปราศจากการให้จิตศึกษาในการโต้ตอบจากผู้ให้การบำบัด ยกเว้นถ้ามีความจำเป็นสำหรับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย
ระดับของงานวิจัย	จัดอยู่ระดับที่ 2 (Level II) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่เป็น RCT
ผลการวิจัย	จากการวิจัยมีการประเมินผล 4 อย่างด้วยกัน 1. จำนวนผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ: - ช่วงของการบำบัดรักษา (The Treatment phase) พบว่ากลุ่มควบคุมมีจำนวนการกลับเป็นซ้ำ (ภาวะแมนี ไฮโปแมนี แบบผสม หรือ ซึมเศร้า) จำนวน 36 คน คิดเป็น 60% ส่วนกลุ่มทดลอง มีจำนวน 23 คน คิดเป็น 38% ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	- ช่วงติดตามการรักษา (The follow-up phase) พบว่ากลุ่มควบคุม มีจำนวนการกลับเป็นซ้ำ (ภาวะแมเนีย ไฮโปแมเนีย แบบผสม หรือ ซึมเศร้า) จำนวน 55 คน คิดเป็น 92% ส่วนกลุ่มทดลอง มีจำนวน 40 คน คิดเป็น 67% ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้พบว่าจำนวนภาวะ (episode) ทั้งหมดและจำนวนภาวะ ซึมเศร้า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญน้อยกว่าช่วงเวลา ระยะเวลาก่อนการกลับเป็นซ้ำ: พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระยะเวลาของการกลับเป็นซ้ำแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งภาวะแมเนีย ภาวะแบบผสมและภาวะซึมเศร้ารวมกันหรือแยกแต่ละช่วง ภาวะ (episode) 2. ระยะเวลา การเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล: - ช่วงบำบัด (The Treatment phase) พบว่า กลุ่มควบคุม มีการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลจากการกลับเป็นซ้ำ จำนวน 8 คน คิดเป็น 13.3% จากจำนวนผู้ป่วย 60 คน ส่วนกลุ่มทดลองมีจำนวน 9 คน คิดเป็น 16.1% ($p=.67$) - ช่วงติดตามการรักษา (The follow-up phase) พบว่า กลุ่มควบคุม มีการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลจากการกลับเป็นซ้ำ จำนวน 21 คน คิดเป็น 35% จากจำนวนผู้ป่วย 60 คน ส่วนกลุ่มทดลองมีจำนวน 14 คน คิดเป็น 25% ($p=.24$) 3. การวัดระดับของยาในซีรัม ไม่ว่าจะเป็นระยะเริ่มแรก ช่วงการบำบัดรักษาหรือช่วงติดตามการรักษาในระยะเวลา 2 ปีไม่มีความแตกต่างของปริมาณยาในซีรัมที่ใช้ในการควบคุมอารมณ์ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งยาลิเทียม ยาคาร์บามาซีฟีน และยาวาลโพรเอด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. งานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I และ II อายุ 18 ถึง 65 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย ในคลินิกของโรงพยาบาล 2. ประเมินผลลัพธ์หลัก ที่การกลับเป็นซ้ำ เครื่องมือประเมิน คือ แบบวัด YMRS และ HAM-D-17 และ ประเมินการกลับเป็นซ้ำจากแบบวัด The administration of Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I and SCID-II) โดยจิตแพทย์

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	- ค่าคะแนนจากแบบวัด YMRS ≥ 20 แสดงว่ามีการกลับเป็นซ้ำของอาการแมเนีย - ค่าคะแนนจากแบบวัด YMRS ≥ 12 แสดงว่ามีการกลับเป็นซ้ำของอาการไฮโปแมเนีย - ค่าคะแนนจากแบบวัด HAM-D-17 ≥ 17 แสดงว่ามีการกลับเป็นซ้ำของอาการซึมเศร้า - ค่าคะแนนจากแบบวัด YMRS ≥ 20 และ ค่าคะแนนจากแบบวัด HAM-D-17 ≥ 12 แสดงว่ามีการกลับเป็นซ้ำแบบผสม 3. ผู้บำบัดในการศึกษาครั้งนี้เป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ (≥ 3 ปี) และมีความรู้เป็นพิเศษในการเป็นผู้นำกลุ่ม 4. การบำบัดที่สามารถนำไปใช้ได้มีลักษณะเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบเป็นกลุ่ม ๆ ละ 8 ถึง 12 คน มีการกำหนดหัวข้อไว้ล่วงหน้าตามโปรแกรม Barcelona Bipolar Disorders ซึ่งมี 21 หัวข้อ และใช้เวลาในการทำกลุ่ม 21 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที ห่างกันทุกสัปดาห์ ในแต่ละครั้งจะมีการนำเสนอหัวข้อที่เตรียมไว้ประมาณ 30 ถึง 40 นาที และตามมาด้วยการทำแบบฝึกหัดและอภิปรายร่วมกัน 5. เป้าหมายของการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา มีดังนี้ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้การเจ็บป่วย สามารถตรวจพบอาการนำของการกลับเป็นซ้ำ และการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ 2) เพื่อสามารถจัดการกับความเครียด หลีกเลี่ยงสารเสพติด รวมทั้งการกำกับควบคุมการดำเนินชีวิต และป้องกันพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย 3) เพื่อเพิ่มพูนความรู้และการเผชิญปัญหาทางจิตสังคมที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยในอดีตและที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการทำหน้าที่ทางสังคม สามารถจัดการกับอาการที่มีอยู่ที่ยังไม่มากจนเข้าเกณฑ์การวินิจฉัย (subsyndroma) อาการที่ยังเหลืออยู่ (residual symptoms) และความเลื่อมที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนเพิ่มความพึงพอใจและเพิ่มพูนคุณภาพชีวิต

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก(ต่อ)	1. งานวิจัยนี้ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกของผู้ศึกษา ซึ่งปฏิบัติงานอยู่คลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า เนื่องจากคลินิกของโรงพยาบาลมีผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I และ II มาติดตามการรักษาและรับยาต่อเนื่อง แต่ยังไม่มีการให้ความรู้อย่างเป็นระบบ และพบผู้ป่วยมีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำอยู่เสมอ 2. งานวิจัยสามารถช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลในการพิจารณาเลือกวิธีการบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I และ II โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาตามหัวข้อที่กำหนด กับผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยยาและอยู่ในระหว่างช่วงเวลาที่ค่อนข้างอยู่ระหว่างภาวะ (episodes) ที่ติดต่อกัน อาจจะไม่ถึงขั้นหายจากโรค (Remission) ที่มีภาวะสงบ (Euthymic) 3. งานวิจัยมีการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 4. งานวิจัยนี้เป็นการให้ความรู้กับผู้ป่วยแบบเป็นกลุ่มซึ่งพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาดตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล 5. กระบวนการเก็บข้อมูลในการประเมินข้อมูลพื้นฐานและประเมินผลลัพธ์และติดตามผลด้วยแบบวัด YMRS และ HAM-D-17 สามารถปฏิบัติได้ เนื่องจากแบบวัดทั้งสองฉบับนั้นมีการแปลเป็นฉบับภาษาไทยและมีการทดสอบคุณภาพของแบบวัดไว้แล้ว ส่วนการประเมินการกลับเป็นซ้ำด้วยแบบวัด The administration of Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I and SCID-II) อาจจำเป็นต้องส่งต่อให้แพทย์พิจารณา ส่วนการประเมินเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (The Holmes and Rahe inventory for stressful life events) ผู้ศึกษาคิดว่าอาจไม่สามารถนำมาใช้จริงในคลินิกได้ เนื่องจากมีรายละเอียดมาก ผู้ศึกษาอาจใช้การสอบถามเหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตที่ผ่านมาแทนได้

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมาย หรือมีคุณค่าใน เชิงของศาสตร์	1. งานวิจัยได้ตีพิมพ์ในวารสาร Archeive of General Psychiatry และสงวนลิขสิทธิ์โดย American Medical Association เป็นวารสารนานาชาติที่มีความเชื่อถือได้ เนื่องจากมี peer review 2. ผู้ทำการวิจัยหลัก คือ Colom, F เป็นผู้ที่มีการวิจัยและบทความในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ จำนวนมาก และ ต่อเนื่องสม่ำเสมอ นอกจากนั้นยังมีทีมงานที่มีความรู้ทางการแพทย์ และการวิจัยเป็นอย่างดี สังเกตได้จากคุณสมบัติของทีมวิจัย 3. งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก The Stanley Medical Research Institute, Bethesda, Md, grant 98/0700 from instituto de salud Calos III-Fondos para la Investigacion Sanitaria, Madrid, Spain, grant 028/97 from fundacio Marato de TV3, Barcelona, Catalonia, Spain, and fundacio Rovirata, Barcelona, Catalonia. 4. คุณภาพงานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเชิงประจักษ์อยู่ในระดับ II
แนวโน้มที่จะ นำไปใช้ได้ในการ ปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) สามารถนำไปประยุกต์ออกแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ซึ่งจะช่วยให้ระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำและระยะเวลาการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลได้นอกจากนั้นยังช่วยให้ผู้ป่วยมีการตระหนักรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองและมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลสามารถนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ในสังคมไทย โดยปรับหัวข้อและเนื้อหาเหมาะสมกับพื้นฐานความรู้ของผู้ป่วย ทำให้ง่ายต่อการเข้าใจและพยาบาลสามารถถ่ายทอดให้กลุ่มผู้ป่วยเข้าใจและนำไปใช้ได้ นอกจากนั้นแล้วหัวข้อซึ่งมีจำนวน 21 เรื่อง ทำการสอนสัปดาห์ละ 1 เรื่อง เป็นเวลานานถึง 5 เดือน อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมาเข้าร่วมกลุ่มได้ไม่ต่อเนื่อง เพราะระยะเวลายาวนานเกินไป

หัวข้อ	รายละเอียด
	3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) การจัดโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยไบโพลาร์เป็นกลุ่ม ๆ ละ 8 ถึง 12 คน มีความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์ เพราะมีการจัดเป็นกลุ่ม และจากผลการศึกษาพบว่าสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้จริง ซึ่งจะเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยยา และยาระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำได้ ลดจำนวนวันในการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นการลดภาระของโรงพยาบาลที่จะต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะยาว

ตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย (เรื่องที่ 3)

ชื่อเรื่องงานวิจัย Psychoeducation efficacy in bipolar disorder: beyond compliance enhancement

ผู้แต่ง Colomb, F., Vieta, E., Reinares, M., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Manuel Goikolea, J. et al.

แหล่งตีพิมพ์ Journal Clinical Psychiatry. 2003. 64(9), 1101-1105. Spain.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อการกลับเป็นซ้ำ และการเข้ารับการรักษาดังในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ที่มีอาการสงบ
ทุน	งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก Stanley Medical Research Institute และจาก The Fundacio Maria Francisca Roviralta (Barcelona Spain)
สมมติฐานงานวิจัย	โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิผลมากกว่าการเพิ่มการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือไม่ และในกลุ่มทดลองมีประสิทธิผล มากกว่า กลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่
Setting งานวิจัย	คลินิกของโรงพยาบาล ในมหาวิทยาลัยบาเซโลนา ประเทศสเปน
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	1. งานวิจัยนี้ไม่ได้รายงานว่าได้มีการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์จากที่ใด แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยนี้ได้เซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกคน 2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I ที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยของ

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	DSM- IV ที่มีอายุ 18 ถึง 65 ปี จำนวน 50 คน ได้มาโดยการรับสมัครจากผู้ป่วยจำนวน 400 คน ที่เข้ารับการรักษานในโปรแกรมโรคไบโพลาร์ (Bipolar disorder program) ในคลินิกของโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบาชีโลนา ประเทศสเปน เกณฑ์การคัดเข้า : 1. ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I ที่เคยได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์ของ DSM- IV ในช่วงหนึ่งของชีวิต และอยู่ในอาการสงบ (Euthymic) [Young Mania Rating Scale (YMRS) < 6, Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) < 8] เป็นระยะเวลาอย่างน้อยที่สุด 6 เดือน 2. ผู้ป่วยยอมรับการรักษาอย่างดี มีการรับประทานอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาอย่างน้อยที่สุด 6 เดือนก่อนทำการศึกษา 3. มีข้อมูลการติดตามการรักษาอย่างเพียงพอ เป็นเวลาอย่างน้อย 24 เดือน 4. ผู้ป่วยเห็นให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออก: 1. ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ DSM- IV Axis I comorbidity ยกเว้นผู้ที่เสพติกาเฟและนิโคติน 2. ผู้ที่มีภาวะปัญญาอ่อน (IQ < 70) และสมองได้รับการทำลาย 3. ผู้ป่วยได้รับการทำจิตบำบัดใดๆก็ตามหรือได้รับการทดลองยา ในขณะที่ทำการศึกษารั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน ถูกแบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน โดยการคัดกรองตามลำดับชั้น (Stratified) จากจำนวนของภาวะ (episode) ที่มีมาก่อนหน้านี้ และใช้คอมพิวเตอร์ในการสุ่มซึ่งควบคุมโดยผู้ร่วมงานที่ทำอย่างเป็นอิสระและ ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการประเมินผลการศึกษาในครั้งนี้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เข้าร่วมการวิจัย อยู่ร่วมการวิจัยจนการวิจัยแล้วเสร็จ จนถึงระยะการติดตามผล ไม่มีผู้ร่วมวิจัยคนใดออกในระหว่างการบำบัด

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีลักษณะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในเรื่องเพศ (sex) จำนวนครั้งของการป่วยก่อนหน้านี้ (polarity of first episode) ประวัติวงจรการป่วยซ้ำ (history of rapid cycling) แบบแผนการเจ็บป่วยตามฤดูกาล (seasonal pattern) อาการทางจิต (psychotic features) ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย (history of suicide attempts) การมีโรคอื่นร่วม (Axis II comorbidity) และ ประเภทของการรักษาที่ได้รับ (Type of treatment received)
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล	การวัดผลลัพธ์หลัก: การกลับเป็นซ้ำ (recurrence) เป็นผลลัพธ์หลักของการศึกษานี้ ซึ่งประเมินด้วย แบบวัด Young Mania Rating Scale (YMRS) และ Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) การกลับเป็นซ้ำ หมายถึง คะแนนจากแบบวัด YMRS ≥ 12, HAM-D ≥ 12 และได้รับการยืนยันจากจิตแพทย์ หลังจากอาการกำเริบ (relapse) โดยใช้เกณฑ์ DSM-IV ในการตัดสินการเกิดภาวะ (episode) ใหม่ กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการประเมินโดยจิตแพทย์ที่ทำการศึกษา ทุกเดือน และผู้ช่วยวิจัยจะทำการประเมินทุก 2 สัปดาห์ตามคู่มือ หากสงสัยว่าจะมีอาการกำเริบ (relapse) ก็จะปรึกษาจิตแพทย์ที่ทำการศึกษา ทั้งจิตแพทย์และผู้ช่วยวิจัยจะไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างคนใดอยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง และขอร้องให้กลุ่มตัวอย่างไม่บอกรายละเอียดในการเข้ากลุ่มให้ผู้ประเมินทราบ การประเมินพื้นฐาน (Baseline assessment) และประเมินซ้ำทุก 2 เดือน ได้แก่ การประเมินด้วยแบบวัด ดังต่อไปนี้ -The administration of Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I and SCID-II) -YMRS -HAM-D -The Holmes and Rahe inventory for stressful life events นอกจากนั้นมีการการบันทึกการใช้ยาทางจิตเวช เหตุผลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการใช้ยา จำนวนวันที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล (ต่อ)	เหตุการณ์การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวนวันทั้งหมดของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ช่วงติดตามผล (The follow-up phase) มีการประเมินการกลับเป็นซ้ำ การตรวจอาการแสดง และ ทะเบียนการมารับการรักษา โดยทำการประเมินอย่างน้อยทุก 2 เดือน การวัดผลลัพธ์รอง: ประเมินการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Compliance assessment) ใช้การประเมินร่วมกัน 3 อย่าง คือ 1. การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษา 2. การสัมภาษณ์ญาติที่ใกล้ชิดที่สุดของผู้ป่วย หรือคู่สมรส (partner) เกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษา 3. การตรวจหาระดับของยาที่รักษาอารมณ์ให้คงที่ในพลาสมา ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินทั้ง 3 อย่างร่วมกันจึงเป็นข้อบ่งชี้ ว่ามีการปฏิบัติตามแผนการรักษาเป็นอย่างดี โดยมีการประเมินทุกๆ 3 เดือน คนที่ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาจะถูกคัดออกจากการวิจัย ในการศึกษา นี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดถูกคัดออกตามเกณฑ์นี้ สถิติที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ การศึกษานี้ใช้ สถิติ Chi square ในการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการกลับเป็นซ้ำโดยแยกคำนวณระหว่างช่วงที่ให้การทดลอง และช่วงติดตามผล โดยกำหนดค่านัยสำคัญที่ระดับ $p < .05$ และวิเคราะห์กราฟของผู้ที่รอดพ้นจากการกลับเป็นซ้ำด้วยสถิติ Kaplan-Meyer's survival analysis
การบำบัด	ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยทุกคนจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานทางจิตเวชและการรักษาด้วยยาตามปกติจากโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ของบาชีโลนาโดยจิตแพทย์ (ผู้ซึ่งมีประสบการณ์ทางคลินิกอย่างน้อย 4 ปีและมีประสบการณ์การวิจัยในการดูแลผู้ป่วยโรคไบโพลาร์) ผู้ป่วยทุกคนจะได้พบกับจิตแพทย์ทุกๆ 4 สัปดาห์ และถ้ามีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์หรือปัญหาใดๆ เช่น การนอนไม่หลับ

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	จะถูกส่งต่อไปยังศูนย์ที่ให้การดูแลเฉพาะผู้ป่วยทุกคนได้รับการรักษาตามแนวปฏิบัติของ Barcelona Bipolar Disorders Program ซึ่งขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย จิตแพทย์จะไม่ทราบว่าผู้ป่วยคนไหนเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม จะมีการตรวจอาการเหมือนกันทั้งสองกลุ่ม และไม่มี การให้จิตบำบัดหรือสุขภาพจิตศึกษาใดๆทั้งสิ้น การศึกษาประกอบด้วย 2 ช่วง ช่วงบำบัด และช่วงติดตามการรักษา การศึกษาเริ่มในปี ค.ศ.1997 สิ้นสุดในเดือนมกราคมในปี ค.ศ. 2002 ช่วงแรก (The Treatment phase) ใช้ระยะเวลา 20 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับสุขภาพจิตศึกษา ขณะที่กลุ่มควบคุมจะมีการพบกันทุกสัปดาห์แบบเป็นกลุ่มๆละ 8 ถึง 12 คนโดยผู้บำบัดไม่มีการจัดกลุ่มที่มีโครงสร้างพิเศษใดๆ ช่วงที่ 2 (The follow-up phase) ใช้ระยะเวลาในการติดตาม 2 ปี กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตามปกติโดยไม่มีการบำบัดทางจิตและมีการประเมินผลลัพธ์ทุกเดือน กลุ่มทดลอง : ช่วงการบำบัด (The Treatment phase) ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะได้รับ standard care และโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเป็นกลุ่มๆละ 8 ถึง 12 คนโดยมีนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์จำนวน 2 ท่านเป็นผู้ควบคุม จำนวน 20 ครั้ง (sessions) ครั้งละ 90 นาที ซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มพูนความรู้ใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ การตระหนักรู้ความเจ็บป่วย (illness awareness) การปฏิบัติตามแผนการรักษา (treatment compliance) การสังเกตอาการแรกเริ่มของอาการกำเริบ (early detection of prodromal symptoms and relapse) และ การกำกับควบคุมวิถีการดำเนินชีวิต (lifestyle regularity) โครงสร้างของกลุ่มแต่ละครั้งประกอบด้วย: 1.การนำเสนอตามหัวข้อที่กำหนดไว้ในแต่ละวัน ซึ่งใช้เวลา 30 ถึง 40 นาที 2.การฝึกเกี่ยวกับประเด็นต่างๆ เช่น การวางแผนภูมิชีวิต การเขียนปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญ และมีการอภิปรายร่วมกัน โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาก็คล้ายๆ กับโปรแกรมอื่นๆ ที่มีอยู่

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	เน้นที่การเฝ้าระวังอาการ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และทักษะการจัดการกับความเจ็บป่วย Psycho-education of bipolar disorder (Barcelona Bipolar Disorders Program) มี 21 หัวข้อเช่นเดียวกับเรื่องที่ 2 กลุ่มควบคุม: ช่วงการบำบัด (The Treatment phase) ผู้ป่วยแบ่งเป็นกลุ่มๆละ 8 ถึง 12 คน มีการพบปะกันในกลุ่มทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 20 สัปดาห์ ซึ่งจะได้รับ การสนับสนุนให้มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ถ้ามีคำถามก็จะให้เปิดอภิปรายกัน โดยมีนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์คนเดียวกับในกลุ่มควบคุมจำนวน 2 ท่านเป็นผู้ดำเนินการ ประเด็นส่วนมากที่ใช้ในการอภิปรายในกลุ่ม ได้แก่ การตระหนักรู้ถึง การเจ็บป่วย ตราบาททางสังคมและความต้องการการรักษา โดยปราศจากการโต้ตอบจากผู้ให้การบำบัด
ระเบียบวิธีวิจัย	การวิจัยเชิงทดลอง แบบ Randomized single-blind มี 2 กลุ่ม สุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม การสุ่มใช้คอมพิวเตอร์ ซึ่งควบคุมโดยผู้ร่วมงานที่ทำงานอย่างเป็นอิสระได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 25 คน ต่อกลุ่ม การจัดผู้ป่วยเข้ากลุ่ม ใช้วิธี Stratified จากจำนวนของภาวะ (episode) ที่มีมาก่อนหน้านี้
ระดับของงานวิจัย	จัดอยู่ระดับที่ 2 (Level II) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่เป็น RCT, อย่างน้อย 1 งาน
ผลการวิจัย	ช่วงบำบัด (The Treatment phase) กลุ่มควบคุม มีการกลับเป็นซ้ำ (ภาวะแมเนีย ไฮโปแมเนีย แบบผสม หรือซึมเศร้า) มากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .005$) กล่าวคือ กลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ จำนวน 14 คน (56%) ส่วนกลุ่มทดลองมีผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ จำนวน 4 คน (16%) กลุ่มควบคุม มีการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลจากการกลับเป็นซ้ำ จำนวน 4 คน (16%) ส่วนกลุ่มทดลองไม่มีจำนวนผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ($p = .03$)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	ช่วงติดตามการรักษา (The follow-up phase) กลุ่มควบคุม มีการกลับเป็นซ้ำมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) กล่าวคือ กลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ จำนวน 23 คน (92%) ส่วนกลุ่มทดลอง มีการกลับเป็นซ้ำ 15 คน (60%) กลุ่มควบคุม มีการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 9 คน (36%) ส่วนกลุ่มทดลอง มี จำนวน 2 คน (8%) ($p = .01$) การวิเคราะห์ Survival of relapse Bipolar I patient แสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา มีการคงอยู่ของอาการก่อนการกลับเป็นซ้ำที่ยาวนานกว่า (log rank=11.52, df=1, $p = .007$) ผู้ป่วยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษามีจำนวนของการกลับเป็นซ้ำ และจำนวนของผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการใช้ยาและระดับลิเทียม ในเลือด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในระหว่างการศึกษาหรือสิ้นสุดการติดตาม
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. งานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I อายุ 18 ถึง 65 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย ในคลินิกของโรงพยาบาล 2. การกลับเป็นซ้ำ (recurrence) เป็นผลลัพธ์หลักของการศึกษานี้ ซึ่งประเมินด้วย แบบวัด Young Mania Rating Scale (YMRS) และ Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) การกลับเป็นซ้ำ หมายถึง คะแนนจากแบบวัด YMRS ≥ 12, HAM-D ≥ 12 และได้รับการยืนยันจากจิตแพทย์ หลังจากอาการกำเริบ (relapse) โดยใช้เกณฑ์ DSM-IV ในการตัดสินการเกิดภาวะ (episode) ใหม่ 3. ผู้บำบัดในการศึกษานี้เป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ในการเป็นผู้นำกลุ่ม แต่ในโรงพยาบาลทั่วไปบางแห่งไม่มีนักจิตวิทยาประจำ จึงอาจให้พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไบโพลาร์มาก่อนทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแทนได้ 4. โปรแกรมการบำบัดประกอบด้วยหัวเรื่องจำนวน 21 เรื่อง ซึ่งมีเป้าหมายเพิ่มพูนความรู้ใน 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การตระหนักรู้การ

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	เจ็บป่วย 2) การปฏิบัติตามแผนการรักษา 3) การตรวจพบอาการนำในระยะแรก และอาการกำเริบ 4) การกำกับควบคุมวิถีชีวิต การบำบัดที่สามารถนำไปใช้ได้มีลักษณะเป็นการให้สุขภาพสุขภาพจิตศึกษาแบบเป็นกลุ่มๆ ละ 8 ถึง 12 คน โดยมีการกำหนดหัวข้อไว้ล่วงหน้า และใช้เวลาในการทำกลุ่ม 21 ครั้งๆ ละ 90 นาที ห่างกันทุกสัปดาห์ ซึ่งในแต่ละครั้งจะมีการนำเสนอหัวข้อที่เตรียมไว้ประมาณ 30 ถึง 40 นาที และตามมาด้วยการทำแบบฝึกหัดและอภิปรายร่วมกัน Psycho-education of bipolar disorder (Barcelona Bipolar Disorders Program) มีโปรแกรมเหมือนเรื่องที่ 2 5. โปรแกรมการให้สุขภาพสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการให้การดูแลตามมาตรฐานการรักษาตามปกติโดยจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยโรคไบโพลาร์จะช่วยเหลือระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำ (ทุก episode) แม้จะมีการติดตามหลังจากให้สุขภาพจิตศึกษาแล้ว เป็นระยะเวลา 2 ปี 6. โปรแกรมสุขภาพสุขภาพจิตศึกษาที่ใช้ร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานนี้ นอกจาก ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องแล้ว ยังช่วยลดการกลับเป็นซ้ำ และการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลได้ด้วย
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยนี้ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกของผู้ศึกษา ซึ่งปฏิบัติงานอยู่คลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า เนื่องจากคลินิกของโรงพยาบาลมีผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ มาติดตามการรักษาและรับยาต่อเนื่อง แต่ยังไม่มีการให้ความรู้อย่างเป็นระบบ และพบผู้ป่วยมีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำอยู่เสมอ 2. งานวิจัยสามารถช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลในการพิจารณาเลือกวิธีการบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสงบ (Euthymic) โดยมีหัวข้อตามที่กำหนด 3. งานวิจัยมีการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (ต่อ)	4.งานวิจัยนี้เป็นการให้ความรู้กับผู้ป่วยแบบเป็นกลุ่มซึ่งพยาบาลมีเอกลักษณ์ในการนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาดตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล 5. กระบวนการเก็บข้อมูลในการประเมินข้อมูลพื้นฐานและประเมินผลลัพธ์ด้วยแบบวัด YMRS และ HAM-D เป็นระยะๆ ทุก 2 เดือน ภายหลังสิ้นสุดการให้สุขภาพสุขภาพจิตศึกษา และระยะติดตามผลสามารถปฏิบัติได้ ส่วนการประเมินการกลับเป็นซ้ำด้วยแบบวัด The administration of Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I and SCID-II) อาจจำเป็นต้องส่งต่อให้แพทย์พิจารณา ส่วนการประเมินเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (The Holmes and Rahe inventory for stressful life events) ผู้ศึกษาคิดว่าอาจไม่สามารถนำมาใช้จริงในคลินิกได้ เนื่องจากมีรายละเอียดมาก ผู้ศึกษาอาจใช้การสอบถามเหตุการณ์ความเครียดที่เกิดในชีวิตที่ผ่านมาแทนได้
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. งานวิจัยได้ตีพิมพ์ในวารสาร Journal of Clinical Psychiatry เป็นที่วารสารนานาชาติที่มีความเชื่อถือได้ เนื่องจากมี peer review 2. ผู้ทำการวิจัยหลัก คือ Colom, F เป็นผู้ที่มีการวิจัยและบทความในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ จำนวนมาก และ ต่อเนื่องสม่ำเสมอ นอกจากนั้นยังมีทีมงานที่มีความรู้ทางการแพทย์ และการวิจัยเป็นอย่างดี สังเกตได้จากคุณภาพของทีมงานวิจัย 3. งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก Stanley Medical Research Institute และจาก The Foundacio Maria Francisca Roviralta (Barcelona Spain) 4. คุณภาพงานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเชิงประจักษ์อยู่ในระดับ II
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) สามารถนำไปประยุกต์ออกแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ซึ่งจะช่วยให้ระยะเวลาการกลับป่วยซ้ำได้ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลสามารถนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติให้เหมาะสมสอดคล้องกับ

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนที่ จะนำไปใช้ได้ ในการปฏิบัติ(ต่อ)	ความต้องการของผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ในสังคมไทย โดยปรับหัวข้อและเนื้อหาเหมาะสมกับพื้นความรู้ของผู้ป่วย ทำให้ง่ายต่อการเข้าใจและพยาบาลสามารถถ่ายทอดให้กลุ่มผู้ป่วยเข้าใจและนำไปใช้ได้ 3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) การจัดโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์เป็นกลุ่ม มีความคุ้มค่า ประโยชน์ เพราะมีการจัดเป็นกลุ่ม และจากผลการศึกษาพบว่าสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้จริง ซึ่งเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยยา และยืดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำ ในผู้ป่วยได้ และลดภาระของโรงพยาบาลที่จะต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะยาว

ตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย (เรื่องที่4)

ชื่อเรื่องงานวิจัย Stabilizing the stabilizer: group psycho-education enhances the stability of serum lithium levels.

ผู้แต่ง Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, JM., et al.

แหล่งตีพิมพ์ Bipolar Disorder และ Blackwell Munksgaard. 2005. 7(5), 32-36. Barcelona: Spain.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อระดับชีวิตร่วมลิเทียมในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์
ทุน	ได้รับทุนสนับสนุนจาก The Stanley Medical Research Institute, Bethesda, Md, grant 98/0700 from instituto de salud Calos III-Fondos para la Investigacion Sanitaria, Madrid, Spain, grant 028/97 from fundacio Marato de TV3, Barcelona, Catalonia, Spain, and fundacio Rovirata, Barcelona, Catalonia.
สมมติฐานงานวิจัย	โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีผลต่อระดับลิเทียมในชีวิตร่วมในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์
Setting งานวิจัย	คลินิกในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบาเซโลนา ประเทศสเปน

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	กลุ่มทดลอง จำนวน 49 คน กลุ่มควบคุม 44 คน ซึ่งผ่านการคัดเลือกจากผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I หรือ II จำนวน 120 ราย จากงานวิจัยก่อนหน้านี้ มาทำการวิเคราะห์หัยย่อยระดับลิเทียมในซีรัม เกณฑ์การคัดเข้า : 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไบโพลาร์ I หรือ II ที่อยู่ในอาการสงบ (Euthymic) ซึ่งผ่านการคัดเลือก โดยจิตแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรม 2. มีอาการสงบเป็นระยะเวลาติดต่อกันนานอย่างน้อย 6 เดือน (คะแนนจากแบบประเมิน Young Mania Rating Scale น้อยกว่า 6 และคะแนนจากแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression -17 น้อยกว่า 8) 3. มีข้อมูลการเจ็บป่วยเพียงพอซึ่งได้จากข้อมูลการติดตามผลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 24 เดือน 4. เสนอยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก: 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV axis I comorbidity ยกเว้นผู้ที่เสียดึกาแฟและนิโคติน 2. ผู้ที่มีภาวะปัญญาอ่อน (mental retardation) IQ < 70 สมองได้รับการทำลาย (organic brain damage) และหูหนวก (Deafness) 3. ผู้ป่วยที่กำลังได้รับจิตบำบัดแบบใด ๆ ก็ตามหรือได้รับคัดเลือกทดลองใช้ยา
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล	การวัดผลลัพธ์หลัก: โดยการวัดระดับลิเทียมในซีรัมในห้องปฏิบัติการแบ่งเป็น 5 ระยะ ได้แก่ ครั้งแรก วัดทันทีก่อนที่จะมีการสุมการทดลอง และต่อไปในช่วงระยะเวลา 6, 12, 18 และ 24 เดือนตามลำดับ การวัดผลลัพธ์รอง: ประเมินการปฏิบัติตามแผนการรักษาร่วมกัน โดย 1. การสัมภาษณ์ผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษา 2. การสัมภาษณ์ญาติสายตรงที่สำคัญของผู้ป่วย หรือผู้ใกล้ชิด (Partner) ในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด	1. การศึกษาประกอบด้วย 2 ช่วง - ช่วงแรก (The Treatment phase) ใช้ระยะเวลา 21 สัปดาห์ - ช่วงที่ 2 (The follow-up phase) ใช้ระยะเวลาในการติดตาม 2 ปี 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกทุกคนจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานทางจิตเวช ได้แก่ การรักษาด้วยยา ตามโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ของบาเซโลนา ซึ่งรวมถึงการได้รับยาที่เข้มข้น (ชนิดเม็ด 2 ครั้งต่อวัน) กลุ่มทดลอง : 1. ช่วงแรก (The Treatment phase) ผู้ป่วยแบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ละ 8 ถึง 12 คน จะได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา จำนวน 21 ครั้ง (sessions) โดยมีจุดมุ่งหมายในการเพิ่มการตระหนักรู้ในการเจ็บป่วย และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง การสอนผู้ป่วยให้แยกแยะอาการเริ่มแรกของการกลับเป็นซ้ำและการกำกับควบคุมวิถีการดำเนินชีวิต โดยมีนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์จำนวน 2 ท่าน เป็นผู้ดำเนินการ 2. การทดลองเป็นการจัดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีโครงสร้าง จะมีหัวข้อเฉพาะของแต่ละวัน 30 ถึง 40 นาที โดยมีการนำเสนอก่อนแล้วตามมาด้วยการฝึกหัดและอภิปรายกลุ่มร่วมกัน กลุ่มควบคุม : ช่วงบำบัด (The Treatment phase) แบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่ม ๆ ละ 8 ถึง 12 คน มีการพบปะกันในกลุ่มทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 21 สัปดาห์ โดยมีนักจิตวิทยาคนเดียวกับในกลุ่มทดลอง โดยการจัดกลุ่มพูดคุยแบบไม่มีโครงสร้าง
ระเบียบวิธีวิจัย	การวิจัยเชิงทดลอง ซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีลักษณะเหมือนกัน โดยการสุ่มเข้ากลุ่มทั้งสอง ให้การบำบัดด้วยโปรแกรม Bipolar Disorders Program of the Hospital Clinic of Barcelona

หัวข้อ	รายละเอียด
ระดับของงานวิจัย	จัดอยู่ระดับที่ 2 (Level II)
ผลการวิจัย	ผลลัพธ์หลัก: 1. วัดค่าเฉลี่ยระดับลิเทียมในซีรัมของแต่ละกลุ่มในแต่ละช่วงเวลา พบว่าค่าเฉลี่ยระดับลิเทียมในซีรัมของผู้ป่วยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่ากลุ่มควบคุมในช่วงเวลา 6, 12, 18 และ 24 เดือน 2. ค่าเฉลี่ยระดับลิเทียมในซีรัมของผู้ป่วยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา มีความสัมพันธ์คงที่ (ระดับ 0.75-0.79 mEq/L) ซึ่งมักจะมากกว่าระดับค่าเฉลี่ยพื้นฐานเริ่มแรก 3. ในขณะเดียวกันพบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับลิเทียมในซีรัมแปรผันมากกว่า (0.64-0.72 mEq/L) และค่าเฉลี่ยระดับลิเทียมพื้นฐานเริ่มแรกมีค่าเฉลี่ยสูงมากที่สุด 4. ไม่มีความแตกต่างของระดับลิเทียมในซีรัมภายในกลุ่ม ตลอดจนถึงระยะติดตาม แต่โดยทั่วไปแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษามีระดับลิเทียมในซีรัมสูงกว่ากลุ่มควบคุม การวัดผลลัพธ์รอง: ประเมินไว้ในงานวิจัยฉบับแรกของ Colom, F., et al. (2003)
การสรุปเพื่อนำไปใช้	กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเหมาะที่จะนำไปใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาตามมาตรฐานทางจิตเวช โดยกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา มีสาระสำคัญ ดังนี้ 1. งานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I และ II อายุ 18 ถึง 65 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย ในคลินิกของโรงพยาบาล 2. ผู้บำบัดในการศึกษาครั้งนี้เป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ในการเป็นผู้นำ 3. การบำบัดที่สามารถนำไปใช้ได้มีลักษณะเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบเป็นกลุ่ม ๆ ละ 8 ถึง 12 คน 4. มีการกำหนดหัวข้อไว้ล่วงหน้า และใช้เวลาในการทำกลุ่ม 21 ครั้งๆ ละ 90 นาที ห่างกันทุกสัปดาห์

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	5. ในแต่ละครั้งจะมีการนำเสนอหัวข้อที่เตรียมไว้ประมาณ 30 ถึง 40 นาที และตามมาด้วยการทำแบบฝึกหัดและอภิปรายร่วมกัน 6. Psycho-education of bipolar disorder (Barcelona Bipolar Disorders Program) มีสาระสำคัญ จำนวน 21 ข้อ เหมือนเรื่องที่ 2 stabilizers) 7. การประเมินด้วยการวัดระดับลิเทียมในซีรัม จำนวน 5 ครั้ง คือ ก่อนให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา หลังให้ประเมินต่ออีกในช่วง 6, 12, 18, และ 24 เดือน
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยนี้ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกของผู้ศึกษา ซึ่งปฏิบัติงานอยู่คลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า เนื่องจากคลินิกของโรงพยาบาล มีผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I และ II ที่รับยา ลิเทียม มาติดตามการรักษาและรับยาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่มีการให้ความรู้อย่างเป็นระบบ และพบผลข้างเคียงของยาในบางราย 2. งานวิจัยสามารถช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลในการพิจารณาเลือกวิธีการบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I และ II โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาตามหัวข้อที่กำหนด กับผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยยาและอยู่ในระหว่างช่วงเวลาที่ค่อนข้างอยู่ระหว่างภาวะ (episodes) ที่ติดต่อกัน อาจจะไม่ถึงขั้นหายจากโรค (Remission) ที่มีภาวะสงบ (Euthymic) 3. งานวิจัยมีการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 4. งานวิจัยนี้เป็นการให้ความรู้กับผู้ป่วยแบบเป็นกลุ่ม ซึ่งพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาดตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล 5. กระบวนการเก็บข้อมูลในการประเมินข้อมูลพื้นฐานและประเมินผลลัพธ์และติดตามผลระดับลิเทียมในซีรัม ผู้ศึกษาคิดว่าสามารถนำมาใช้ได้จริงในคลินิกและไม่ยุ่งยาก

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมาย หรือมีคุณค่าในเชิง ของศาสตร์	1. งานวิจัยได้ตีพิมพ์ใน Bipolar Disorder เป็นวารสารนานาชาติที่มีความเชื่อถือได้ และ Blackwell-Synergies ที่เป็นฐานข้อมูล Electronic สากล 2. ผู้ทำการวิจัยหลัก คือ Colom, F เป็นผู้ที่มีการวิจัยและบทความในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ จำนวนมาก และ ต่อเนื่องสม่ำเสมอ นอกจากนั้นยังมีทีมงานที่มีความรู้ทางการแพทย์ และการวิจัยเป็นอย่างดี สังเกตได้จากคุณภาพของทีมวิจัย 3. คุณภาพงานวิจัยความน่าเชื่อถือเชิงประจักษ์อยู่ในระดับ II
แนวโน้มที่จะ นำไปใช้ได้ในการ ปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) สามารถนำไปประยุกต์ออกแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ซึ่งจะช่วยให้ระดับยาที่เพิ่มในกระแสเลือดคงที่ ช่วยเพิ่มการทำนายในการยืดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำและระยะเวลาการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล และยังช่วยให้ผู้ป่วย มีการตระหนักรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลสามารถนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ในสังคมไทยโดยปรับหัวข้อและเนื้อหาเหมาะสมกับพื้นฐานความรู้ของผู้ป่วย ทำให้ง่ายต่อการเข้าใจ และพยาบาลสามารถถ่ายทอดให้กลุ่มผู้ป่วยเข้าใจและนำไปใช้ได้ นอกจากนั้นแล้วหัวข้อซึ่งมีจำนวน 21 เรื่อง ทำการสอนสัปดาห์ละ 1 เรื่อง นาน 30 ถึง 40 นาที และตามด้วยการอภิปรายกลุ่มร่วมกันในหัวข้อนั้น ๆ เป็น 5 เดือน อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมาเข้าร่วมกลุ่มได้ไม่ต่อเนื่อง เพราะระยะเวลายาวนานเกินไป 3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) การจัดโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ I และ II เป็นกลุ่มๆ ละ 8 ถึง 12 คน มีความคุ้มค่า ประโยชน์ เพราะมีการจัดเป็นกลุ่ม และจากผลการศึกษา พบว่าสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้จริง ซึ่งจะเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยยา และยืดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำได้ ลดจำนวนวันในการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นการลดภาระของโรงพยาบาลที่จะต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะยาว

ตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย (เรื่องที่ 5)

ชื่อเรื่องงานวิจัย Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment.

ผู้แต่ง Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., & Limb, K.

แหล่งตีพิมพ์ British Medicine Journal. 1999, 318, 149-153.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของการสอนผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ในการรับรู้ถึงอาการเริ่มแรกของอาการกำเริบ และเข้ารับการรักษาสถานบริการทางสุขภาพอย่างทันท่วงที
ทุน	การศึกษานี้ได้รับทุนจาก Project grant awarded by the North West Regional Health Authority
สมมติฐานงานวิจัย	การสอนการรับรู้ถึงอาการเริ่มแรกของอาการกำเริบและเข้ารับการรักษาสถานบริการทางสุขภาพอย่างทันท่วงทีในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ช่วยลดอาการกำเริบ
Setting งานวิจัย	สถานบริการทางสุขภาพจิต (in four NHS trusts) ทางทิศตะวันตกเฉียงเหนือของประเทศไทย
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	1. งานวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์ในแต่ละสถาบันของ NHS trust 2. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยได้เซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 3. ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ จำนวน 69 ราย ที่มีประวัติอาการกำเริบตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป และมีประวัติอาการกำเริบอย่างน้อย 1 ครั้งภายในระยะเวลา 12 เดือน เกณฑ์การคัดเข้า : 1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์มาตรฐานทางจิตเวช โดยผู้ที่ผ่านการฝึกเป็นผู้ช่วยการวิจัย (EMcC, KL,AP) 2. ในประวัติการเจ็บป่วยเคยมีอาการกำเริบตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป 3. ภายใน 12 เดือนที่ผ่านมามีอาการกำเริบอย่างน้อย 1 ครั้ง 4. อายุตั้งแต่ 18 ถึง 75 ปี

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	เกณฑ์การคัดออก: 1. ผู้ที่ไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาอังกฤษได้ 2. มีการใช้หรือเสพติด แอลกอฮอล์ หรือ สารเสพติดชนิดต่างๆ 3. ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ที่มีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพทางสมอง เช่น จากโรคตับแข็งหรือโรคหัวใจ คุณลักษณะทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิเสธการเข้าร่วมกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย มีอายุและเพศไม่แตกต่างกัน (mean age 43(SD 15) years, 39/57 (68%) woman) ผู้ป่วย 7 คน ที่เข้าร่วมการทดลอง ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดการทดลองได้ เนื่องจากเรื่องเวลาไม่สอดคล้องกัน จำนวน 5 คน ตั้งครรภ์ 1 คน และอีกคนมีอาการซึมเศร้า เนื่องจากคิดว่าการเข้าร่วมกลุ่มไม่สามารถช่วยได้ เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีข้อมูลเกี่ยวกับอาการกำเริบสมบูรณ์จำนวน 33 คน และเสียชีวิตด้วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด 1 คน และมีข้อมูลเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางสังคมจำนวน 17 คน และในกลุ่มควบคุมมีข้อมูลเกี่ยวกับอาการกำเริบสมบูรณ์จำนวน 35 คนและมีข้อมูลเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางสังคมจำนวน 32 คน
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล	การวัดผลลัพธ์หลัก : ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์มาตรฐานทางจิตเวช (Standardized Psychiatric) และการทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning interviews) โดยผู้ช่วยการวิจัย ที่ได้รับการฝึกหัดเป็นผู้สัมภาษณ์ (EMcC, KL) ตั้งแต่ก่อนเริ่มทำการวิจัย (baseline) และทุก 6, 12 และ 18 เดือน หลังจากทำการสุ่มตัวอย่าง และประเมินอาการกำเริบ (มีอาการของแมนียา ไฮโปแมนียา แบบผสมหรือภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์มาตรฐานเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 5 วัน) ทุก 6, 12 และ 18 เดือนหลังสุ่มเข้ากลุ่มการทดลอง

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล(ต่อ)	เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ 1. แบบสัมภาษณ์ Standardized Psychiatric ทำการสัมภาษณ์โดยผู้ช่วยวิจัย ในแต่ละเดือนผู้วิจัยจะพบกับจิตแพทย์ หรือพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อดูว่าผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือไม่ ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ผู้วิจัยก็จะทำการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์ Standardized Psychiatric แล้วทำการประเมินอาการกำเริบอีก 6 เดือนถัดไป แบบสัมภาษณ์นี้มีค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้บำบัด (interrater reliability) เมื่อวัดในคนที่มีอาการ คนที่ปราศจากอาการ และคนที่เคยมีประวัติอาการแมเนียหรือซึมเศร้า มีค่า kappa เท่ากับ 0.84, 0.93 และ 0.94 2. แบบสัมภาษณ์การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning interviews) เป็นแบบวัดกิจกรรมทางสังคมใน 8 ด้าน ซึ่งได้แก่ การทำงานบ้าน การทำงานในที่ทำงาน การบริหารการเงิน การดูแลเด็ก ความสัมพันธ์กับคู่สมรสหรือคู่รัก ความสัมพันธ์กับคนอื่นๆ การเข้าร่วมงานสังคมกับคนอื่นๆ และการแก้ปัญหาฉุกเฉิน แบบวัดนี้มี 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 3 - ระดับ 0 หมายถึง มีการแสดงออกระดับพอใช้ ถึง ดี - ระดับ 1 หมายถึง ยังมีปัญหาอยู่แต่บางครั้งแต่แสดงออกได้ดี - ระดับ 2 หมายถึง ยังมีปัญหาอยู่เกือบทุกครั้ง - ระดับ 3 หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมทางสังคมได้ คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมทั้ง 8 ด้านจะนำมารวมกัน
การบำบัด	การทดลองครั้งนี้ทำเป็นรายบุคคล ครั้งละ 1 ชั่วโมง ซึ่งเมื่อสิ้นสุดการทดลองพบว่า จำนวนการทดลองทั้งหมดอยู่ระหว่าง 7 ถึง 12 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง (median 9, range 0-12) สาเหตุที่มีการทดลองมีจำนวนครั้งไม่เท่ากันเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยบางคนมีอาการแมเนียกำเริบเพียงอย่างเดียว ใช้จำนวนครั้งในการทดลองน้อยกว่า และผู้ป่วยบางคนมีอาการกำเริบในระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจะต้องย้อนกลับไปเริ่มต้นการทดลองใหม่ และผู้ป่วยบางคนใช้เวลานานกว่าคนอื่นๆ ในการระบุนาการนำ กลุ่มทดลอง : การทดลองเป็นการร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและนักจิตวิทยา

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	ผู้ทำการวิจัยที่มีประสบการณ์ทางคลินิกเล็กน้อย วิธีการปฏิบัติประกอบด้วย 2 ขั้นตอน 1. การฝึกให้ผู้ป่วยระบุนำของการกำเริบของโรคได้โดยแยกระบุนำของการเมเนีย และซึมเศร้าออกจากกัน 2. นำมาปฏิบัติและฝึกซ้อมวางแผนการปฏิบัติเมื่อมีอาการนำเกิดขึ้น ผู้วิจัยจะทำการรวบรวมประวัติของผู้ป่วย โดยซักถามถึงการดำเนินชีวิต อาการที่เกิดขึ้นก่อนอาการเมเนียและอาการซึมเศร้ากำเริบในครั้งก่อนๆ ลักษณะและเวลาของการเกิดอาการนำของผู้ป่วย จะนำมาบันทึกในแบบฟอร์มมาตรฐานที่ใช้ตรวจสอบอาการ (standard checklist) และบัตรบันทึกอาการ (card sorting exercise) ซึ่งผู้ป่วยจะบันทึกอาการที่เกิดขึ้นช่วงระยะเวลาหนึ่งๆ เป็นลำดับไป นอกจากนั้นผู้ป่วยจะต้องทำการจดบันทึกชีวิตประจำวัน (diary) เพื่อให้สามารถนำไปแยกอาการนำออกจากอาการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ตามปกติได้ อาการหรือสถานการณ์ในชีวิต 3 อาการหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนอาการนำของเมเนียหรือซึมเศร้ากำเริบ จะถือว่าเป็นระยะเตือน (warning stage) ที่ผู้ป่วยจะต้องเพิ่มการเฝ้าระวังติดตามให้มากขึ้นจากทุกสัปดาห์เป็นทุกวัน และอาการ หรือสถานการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้นต่อมาอีก 3 อาการหรือสถานการณ์ ถือเป็นอาการนำที่จะต้องเข้าสู่ระยะปฏิบัติการ (action stage) ที่ผู้ป่วยจะต้องขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ ผู้บำบัด และผู้ป่วยร่วมกันระบุนักการทางสุขภาพ ที่จะไปขอความช่วยเหลือหรือรับการรักษาในระยะแรก 3 ท่าน ซึ่งหนึ่งในสามท่านจะต้องสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา ตัวอย่างเช่น พยาบาลหรือแพทย์ในหน่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ บันทึกการวางแผนการขอความช่วยเหลือในระยะเตือน และระยะปฏิบัติเมื่อเกิดอาการซึมเศร้ากำเริบ และเมเนียเต็มขั้นไว้ในบัตรที่หุ้มด้วยพลาสติกอย่างดี ซึ่งผู้ป่วยจะต้องนำติดตัวไปด้วย ผู้บำบัดจะไปให้ข้อมูลกับบุคลากรทางสุขภาพที่ผู้ป่วยอาจจะไปขอรับการรักษา (จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช พยาบาลที่เกี่ยวข้อง)

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด(ต่อ)	กลุ่มควบคุม: ได้รับการรักษาตามปกติ หมายเหตุ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติโดยจิตแพทย์และทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยการรักษาด้วยยา การฝังระวาง และการติดตามอาการและการให้การรักษอย่างต่อเนื่อง การปรับประคอง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไบโพลาร์ และรับไว้เป็นผู้ป่วยในถ้ามีความจำเป็น
ระเบียบวิธีวิจัย	การวิจัยเชิงทดลอง มี 2 กลุ่ม กลุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มโดยใช้คอมพิวเตอร์ โดยผู้ร่วมงานที่ทำอย่างเป็นอิสระ และเป็นกลุ่มรู้ฝ่ายเดียว (Single blind) คือ ผู้ป่วยและผู้บำบัด แต่ผู้ช่วยการวิจัย (EMcC, KL) ไม่รู้ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 69 คน แล้วแบ่งออกเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 34 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 35 คน
ระดับของงานวิจัย	จัดอยู่ระดับที่ 2 (Level II)
ผลการวิจัย	1.อาการกำเริบครั้งแรกของอาการเมเนียในกลุ่มทดลองจะเกิดใน 65 สัปดาห์ ส่วนในกลุ่มควบคุมจะเกิดใน 17 สัปดาห์ ส่วนอาการกำเริบครั้งแรกของอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลองจะเกิดใน 21 สัปดาห์ ส่วนในกลุ่มควบคุมจะเกิดใน 26 สัปดาห์ กราฟเส้นโค้งเปรียบเทียบอาการกำเริบครั้งแรกอาการเมเนียในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (log rang 7.04, df = 1, p = 0.008) แต่ในกลุ่มอาการซึมเศร้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (log rang 1.65, df = 1, p = 0.19) 2.จำนวนครั้งของอาการเมเนียกำเริบในระหว่างก่อนการทดลอง (baseline)และในทุก 6 เดือนจนถึง 18 เดือนในกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่แตกต่างกันในช่วงระยะเวลาที่มีอาการกำเริบ สำหรับจำนวนครั้งของอาการซึมเศร้ากำเริบไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 3. การทำหน้าที่ทางสังคมโดยรวม และอาชีพการงานในกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในระยะเวลา 18 เดือน {mean difference 2.0 (0.7 to 3.2), p=0.003} และ {mean difference 0.7 (0.1 to 1.3), p= 0.030 ตามลำดับ}

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. การสอนผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ให้รับรู้ถึงอาการเริ่มแรกของอาการกำเริบและเข้ารับการรักษาสถานบริการทางสุขภาพอย่างทันท่วงทีที่มีประสิทธิภาพ ช่วยลดอาการกำเริบ 2. การสอน สอนในสถานบริการทางสุขภาพจิต 3. การสอนมีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ อายุตั้งแต่ 18 ถึง 75 ปี ภายใน 12 เดือนที่ผ่านมามีอาการกำเริบอย่างน้อย 1 ครั้ง และในประวัติการเจ็บป่วยเคยมีอาการกำเริบตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป 4. การวัดผลลัพธ์ ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์มาตรฐานทางจิตเวช (Standardized Psychiatric) และการทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning interviews) เมื่อเริ่มต้นศึกษา 5. ประเมินอาการกำเริบ (มีอาการของแมนีย ไฮโปแมนียแบบผสม หรือภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์มาตรฐานเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 5 วัน) ด้วยแบบประเมิน มาตรฐานทางจิตเวช (Standardized Psychiatric) และการทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning interviews) ประเมินทุก 6, 12 และ 18 เดือน ต่อมา 6. นักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ทางคลินิกเล็กน้อยเป็นผู้ทำการสอน 7. วิธีการปฏิบัติประกอบด้วย 2 ขั้นตอน 1) การฝึกให้ผู้ป่วยแยกแยะอาการนำของอาการกำเริบโดยแยกออกจากอาการแมนีย และซึมเศร้า โดยนำมาพิจารณาและฝึกซ้อมวางแผนปฏิบัติ โดยผู้ป่วยสามารถระลึกอาการนำได้ด้วยตัวเอง ซึ่งประวัติที่ได้มาจากสภาพชีวิตและอาการ (symptoms) นำมาก่อนการกลับเป็นซ้ำของแมนียและซึมเศร้า ลักษณะและการปฏิบัติต่ออาการนำ (prodromal symptoms) ถูกนำมาใช้ด้วยรายการตรวจสอบที่เป็นมาตรฐานและบัตรบันทึก (Card) ที่จัดแบ่งไว้เป็นพวก ซึ่งผู้ป่วยจะเขียนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นชั่วขณะลงในช่องของอาการนำ สมุดบันทึกประจำวันแสดงให้เห็นความแตกต่างของอาการร่วมกับอารมณ์ปกติซึ่งแตกต่างจากอาการนำ อาการ 3 อาการ หรือเหตุการณ์ในชีวิตซึ่งไวใจได้เริ่มเกิดขึ้นก่อนอาการนำของแมนียหรือซึมเศร้า ทำให้เกิดระยะเตือนสำหรับผู้ป่วย ในการที่จะเพิ่มคำเตือนจากทุกสัปดาห์เป็นทุกวัน ทำให้เข้าสู่ระยะปฏิบัติการ

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	เพื่อที่จะเลือกขอความช่วยเหลือจากผู้นำทางสุขภาพ 2) อาการกำเริบเพิ่มขึ้น วางแผนไว้ในระยะเตือน และระยะปฏิบัติ เมื่อมีอาการนำของอาการกำเริบของเมเนีย และซึมเศร้ากับแผนการรักษาที่เลือก ได้รับการบันทึกลงบนบัตรที่เป็นแผ่นบันทึก (card) หุ้มพลาสติกบางๆ ซึ่งผู้ป่วยนำติดตัวไปได้ 8. อุปกรณ์ที่ใช้ 1) แผ่นบันทึก (card) หุ้มพลาสติก ประกอบด้วยรูปแบบประเมินที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการตรวจสอบ (checklist) เพื่อใช้บันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นชั่วขณะลงในช่องของอาการนำ 2) สมุดบันทึกประจำวัน (diary) แสดงให้เห็นความแตกต่างของอาการร่วมกับอารมณ์ปกติซึ่งแตกต่างจากอาการนำ อาการ 3 อาการ หรือเหตุการณ์ในชีวิตซึ่งไวใจได้เริ่มเกิดขึ้นก่อนอาการนำของเมเนียหรือซึมเศร้า ทำให้เกิดระยะเตือนสำหรับผู้ป่วย 9. บันทึกจากทุกสัปดาห์เป็นทุกวัน ทำให้เข้าสู่ระยะปฏิบัติการ เพื่อที่จะเลือกขอความช่วยเหลือจากผู้นำทางสุขภาพ 10. การสอนทำเป็นรายบุคคล
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยนี้ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกของผู้ศึกษา ซึ่งปฏิบัติงานอยู่คลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า เนื่องจากคลินิกของโรงพยาบาลมีผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ มารับการรักษาและรับยาต่อเนื่อง แต่ยังพบว่าผู้ป่วยมีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำอยู่เสมอ นอกจากนั้นในคลินิกยังไม่มี การให้ความรู้ในการสังเกตอาการนำ และการวางแผนการมารับบริการเมื่อมีอาการกำเริบ 2. งานวิจัยสามารถช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลในการพิจารณาเลือกวิธีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ เป็นรายบุคคล 3. งานวิจัยมีการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 4. งานวิจัยนี้เป็นการให้ความรู้กับผู้ป่วยแบบรายบุคคลซึ่งพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาดตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (ต่อ)	5. คิดว่าสามารถนำมาใช้ได้จริงในคลินิก เนื่องจากพยาบาลได้มีโอกาสพบและพูดคุยกับผู้ป่วยก่อนและหลังการพบแพทย์
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. งานวิจัยได้ตีพิมพ์ในวารสาร British Medicine Journal. ปี 1999 ซึ่งเป็นวารสารนานาชาติที่มีคุณภาพ 2. ผู้ทำการวิจัย คือ Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., & Limb, K. และมีทีมงานที่มีความรู้ทางการแพทย์ และการวิจัยเป็นอย่างดี สังเกตได้จากคุณภาพของทิมวิจัย 3. งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก Project grant awarded by the North West Regional Health Authority 4. คุณภาพงานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเชิงประจักษ์อยู่ในระดับ II
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) สามารถนำไปประยุกต์ออกแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ซึ่งจะช่วยให้ระยะเวลาการเกิดอาการกำเริบและเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมแก่ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ในภาวะเมเนียได้ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้ โดยทำการสอนให้ผู้ป่วยได้รู้จักอาการเตือนและอาการนำ รวมทั้งวางแผนปฏิบัติในการแสวงหาการรักษาร่วมกับผู้ป่วย 3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) การเตรียมให้ผู้ป่วยรู้จักอาการนำและวางแผนการขอรับการรักษา ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากนัก เพียงแต่จะต้องออกแบบคู่มือหรือเอกสารให้ผู้ป่วยได้บันทึก ซึ่งใช้ค่าใช้จ่ายเพียงเล็กน้อย แต่ผลลัพธ์สามารถยืดระยะเวลาการเกิดอาการเมเนียกำเริบของผู้ป่วยได้และเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพการงาน

ตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย (เรื่องที่ 6)

ชื่อเรื่องงานวิจัย Efficacy of psycho-educational approaches on bipolar disorder: A review of the literature

ผู้แต่ง Rouget, B.W., & Aubry, J-M.

แหล่งตีพิมพ์ Journal of Affective Disorder. 2007. 98, 11-27. Geneva: Switzerland.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	1. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการให้สุขภาพจิตศึกษาในการรักษาผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยและญาติ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ อาการซึมเศร้าและไฮโปแมนเนีย และการทำหน้าที่ทางสังคม การงานอาชีพ 2. การให้สุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิผลในช่วงใดของการป่วยด้วยโรคไบโพลาร์
เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ งานวิจัยที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้สุขภาพจิตศึกษา หรือการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการบำบัดอื่นๆ เกณฑ์การคัดเข้า : งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างเดียว หรืองานวิจัยที่ให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการบำบัดอื่นๆ เกณฑ์การคัดออก : งานวิจัยที่มีการบำบัดที่ซับซ้อนและมีการอธิบายวิธีการปฏิบัติในคลินิกเพียงเล็กน้อย หรือไม่อธิบาย
ขั้นตอนการทบทวนงานวิจัย	ผู้ทบทวนงานวิจัย จำนวน 2 คน คัดเลือก คั่นคว้างานวิจัย ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ จนถึงเดือนกรกฎาคม ปี พ.ศ 2549 โดยค้นคว้าจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Medline, Pub Med) เป็นหลัก คำที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ bipolar disorder, psycho-education, depression, mania, relapse prevention and treatment compliance

หัวข้อ	รายละเอียด
ขั้นตอนการทบทวนงานวิจัย (ต่อ)	ผู้ทบทวนงานวิจัย ได้ดำเนินการดังนี้ 1. ร่วมกันคัดเลือกและนำผลงานวิจัยมาใช้ 2. ทำการประเมินคุณภาพของงานวิจัยและสกัดข้อมูลจากงานวิจัยที่ดีที่สุด คณะผู้วิจัยประเมินประสิทธิภาพของการให้สุขภาพจิตศึกษา 1. ประเมินประสิทธิผลต่อตัวแปรตามของงานวิจัยแต่ละเรื่องและนำเสนอการวิเคราะห์งานวิจัยแต่ละเรื่องเป็นตารางเรียงตามลำดับปี ค.ศ. โดยการให้สัญลักษณ์ตัวแปรตามดังนี้ - เครื่องหมาย + หมายถึง ตัวแปรนั้นมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก (เช่น การเพิ่มการปฏิบัติตามแผนการรักษา) - เครื่องหมาย - หมายถึง ตัวแปรนั้นมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ (เช่น มีระดับความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น) - เครื่องหมาย ⊖ หมายถึง ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงตัวแปรนั้น 2. ตรวจสอบประสิทธิผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อเป้าหมายของการบำบัดที่เฉพาะเจาะจง (specific therapeutic target) เช่น การลดอาการ โดยใช้สัญลักษณ์ ดังนี้ ++ หมายถึง มีหลักฐานอย่างเข้มแข็ง (มีงานวิจัย RCT ที่ให้ผลทางบวกอย่างน้อย 2 เรื่อง แม้ว่าจะมีข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกันอยู่บ้างในการศึกษาอื่นๆ) + หมายถึง มีหลักฐานอยู่บ้าง 3. กำหนดเกณฑ์กลุ่มประชากร โรคไบโพลาร์ที่มีอาการสงบ (Euthymic) การศึกษาทั้งหมดเป็น งานวิจัยที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้สุขภาพจิตศึกษา หรือการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการบำบัดอื่นๆ (psycho-education delivered alone or in combination with other therapeutic approaches)
ระดับของงานวิจัย	จัดอยู่ระดับที่ 5 (Level V) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของงานวิจัยแบบพรรณนา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีงานวิจัยที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการทบทวนวรรณกรรมหลายแบบ ทั้งแบบ RCT แบบกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว แบบติดตามระยะยาว เป็นต้น

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	ผลลัพธ์ที่เป็นกระบวนการ (process measures) 1. การปฏิบัติตามแผนการรักษา งานวิจัยส่วนใหญ่ เสนอแนะว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาหรือการบำบัดที่มีการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมด้วย สามารถทำให้การปฏิบัติตามแผนการรักษาในการรับประทานยาที่เข้มและยาที่ควบคุมอารมณ์ให้คงที่ตัวอื่นๆ ดีขึ้น แต่ก็มีงานวิจัยเล็กน้อยจำนวน 2 ถึง 3 เรื่องที่ศึกษาในผู้ป่วยและคู่สมรส ไม่สามารถปรับเปลี่ยนการรับประทานยาที่เข้มและยาที่ควบคุมอารมณ์ให้คงที่ตัวอื่นๆ เมื่อการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ (n = 120) ของ Colom, F., et al. (2003a) พบว่ามีความแตกต่างในการรับประทานยาที่เข้มแต่ไม่พบความแตกต่างในการรับประทานยาควบคุมอารมณ์ให้คงที่ตัวอื่นๆ ในการวิเคราะห์หัตถ์ตามระยะยาว เพื่อยืนยันผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อระดับที่เข้มในชีรั่ม ผู้วิจัยเสนอแนะว่าการให้จิตศึกษานอกจากจะช่วยให้การรับการรักษาต่อเนื่องยังเป็นตัวช่วยให้ระดับอารมณ์คงที่ กล่าวได้ว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับการรักษาด้วยยาตามมาตรฐานช่วยหลีกเลี่ยงการกลับเป็นซ้ำ ทำให้ การรับประทานยาต่อเนื่องดีขึ้นและลดความแปรปรวนของระดับชีรั่ม 2. ความรู้และทัศนคติของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยและการรักษา มีการศึกษาหลายเรื่อง ให้ข้อเสนอแนะว่าการให้สุขภาพจิตศึกษามีส่วนช่วยให้ความรู้และทัศนคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาดีขึ้น ผลลัพธ์สุดท้าย (outcome measures) 1. อาการลดลงและป้องกันอาการกำเริบ (symptom reduction and relapse prevention) แม้ว่าการศึกษาที่มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนจำกัด (n = 14) ของ Kripke, D.F., & Robinson, D., (1985) พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษา อาจทำให้อาการทางคลินิกดีขึ้น ซึ่งได้รับการยืนยันจากการศึกษาของคนอื่นๆ ที่ได้ทำการวิจัยต่อมาในภายหลัง พบว่า อาการลดลงและป้องกันอาการกำเริบ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	จากการทดลองที่มีสมาชิกหมุนเวียนเข้ากลุ่มได้ของ Clarkin, J.F., et al. (1990) พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการรักษาที่มีการช่วยเหลือสนับสนุนและการให้คำปรึกษาช่วยลดระยะเวลาและความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระหว่างที่ให้การบำบัดได้ การให้สุขภาพจิตศึกษามีเนื้อหาอยู่ในการให้การบำบัดอย่างกว้างขวาง เช่น การบำบัดแบบครอบครัว ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นแต่ไม่มีผลต่อภาวะเมเนีย พบการรายงานว่า อาการซึมเศร้าจะกลับมาในช่วงการติดตามครั้งแรกภายใน 12 เดือน การรับรู้การเริ่มแรก (early recognition) และเริ่มต้นบำบัดในภาวะเจ็บป่วยด้านอารมณ์จะมีผลในการป้องกันภาวะเมเนีย มากกว่า การบรรเทาภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง การบำบัดด้วย cognitive โดยมีการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมด้วย พบว่าหลังการรักษา 6 เดือน มีคะแนน ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และทัศนคติในการทำหน้าที่น้อย แต่พบว่าหลังการติดตาม 12 เดือนการบำบัดด้วย cognitive มีคะแนนเมเนียหรือไฮโปเมเนียต่ำกว่าการรักษาตามปกติ สรุปว่า การกระตุ้นในช่วงระยะเวลา หัวเลี้ยวหัวต่อ อาจจะยังคงมีประโยชน์ต่อการรักษา 2. การป้องกันภาวะซึมเศร้า การศึกษาจำนวนมากที่ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการสอนให้ผู้ป่วยแยกแยะอาการนำ (prodromal symptoms) และวางแผนในการปฏิบัติเพื่อตอบสนองเมื่อมีอาการเกิดขึ้นครั้งแรก มีการรายงาน ในกลุ่มทดลองขนาดเล็ก การให้สุขภาพจิตศึกษาไม่มีผลต่อการยอมรับการรักษาและอัตราการกลับเป็นซ้ำ อาจเนื่องจากจำนวนที่จำกัดของผู้ป่วย และในความเป็นจริง การให้สุขภาพจิตศึกษาเพียงเดือนละ 1 ครั้งเท่านั้น ยิ่งกว่านั้นการคัดผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแปรปรวนออก มีผลให้มันัยสำคัญทางสถิติ อาการเตือน (warning signs) ของภาวะเมเนียง่ายในการแยกแยะกว่าภาวะซึมเศร้า

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	3. การป้องกันภาวะเมเนีย และไฮโปเมเนีย มีงานวิจัย 2 เรื่อง ที่ผู้ป่วยได้รับสุขภาพจิตศึกษามีอัตราการกลับเป็นซ้ำที่ลดลง (ภาวะไฮโปเมเนีย เมเนีย แบบผสมและภาวะซึมเศร้า) กว่ากลุ่มควบคุมทั้งระยะสิ้นสุดการรักษาและการติดตาม ระยะ 24 เดือน 4. การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การให้สุขภาพจิตศึกษามีผลต่อความยาวนานและหรือจำนวนครั้งของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 5. การทำหน้าที่และคุณภาพชีวิต พบการรายงาน หลายเรื่องเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษา รวมทั้งการบำบัดที่มีการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมด้วย ช่วยทำให้การทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น พบการศึกษาถึงผลกระทบที่มีต่อช่วงที่มีภาวะคลั่งคลุ้มหรือมีอาการเล็กน้อย อาจส่งผลไม่เป็นที่น่าพอใจ เป็นที่น่าสังเกตจะส่งผลดีในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ที่เป็นผู้หญิงเท่านั้นและการให้จิตสังคมบำบัดจะไม่ส่งผลดีต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 6. โรคไบโพลาร์ร่วมกับความผิดปกติทางจิต (บุคลิกภาพแปรปรวนการใช้สารเสพติด) การศึกษาของ Colom, F., et al. (2004) กลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา มีอัตราการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ จากการติดตาม 24 เดือน การให้สุขภาพจิตศึกษายี่ดะยะห่างช่วงที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยลดจำนวนครั้งของการกลับเป็นซ้ำ manic หรือ depressive Weiss, R.D., et al. (1999, 2004, 2005) การปรับเปลี่ยนกลุ่มพฤติกรรมบำบัด ความสัมพันธ์ของการใช้ยามีค่าคะแนนของการใช้ยาลดลงและมีจำนวนเดือนของการงดเว้นการใช้ยาและแอลกอฮอล์มากขึ้น 7. การบำบัดสำหรับครอบครัวและผู้ดูแล การศึกษาของ Brennan, G.W., (1995); Honig, A., et al. (1997); Van gent, E.M., Zwart, F.M. (1991) การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวและคู่สมรส เพิ่มความรู้เรื่องการเจ็บป่วย และเป็นกลยุทธ์ในการรักษาประคับประคองทางสังคม

หัวข้อ	รายละเอียด																								
ผลการวิจัย (ต่อ)	Reinares, M., et al. (2002) การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวและผู้ดูแล ทำให้บรรเทาความรู้สึกเป็นภาระ ความรู้ที่ได้ช่วยให้รู้สึกเหนื่อยน้อยลงกับภาระในการดูแล สามารถจัดการกับความต้องการของผู้ป่วยได้ สรุป ครอบครัวและผู้ดูแลได้รับประโยชน์ในการยืดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำ ยืดช่วงเวลากลับมาอาการ มีการรักษาดีขึ้นและต่อเนื่องช่วยลดอาการของผู้ป่วยลงได้ 8. การป้องกันการฆ่าตัวตาย 2. ประสิทธิภาพของการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยไบโพลาร์ต่อเป้าหมายการบำบัดมีดังนี้ <table> <tr> <th>เป้าหมายการบำบัด</th><th>ประสิทธิภาพของการให้สุขภาพจิตศึกษา</th></tr> <tr> <td>- ความรู้และทัศนคติต่อการเจ็บและการรักษาโรคไบโพลาร์</td><td>++</td></tr> <tr> <td>- การปฏิบัติตามแผนการรักษา</td><td>++</td></tr> <tr> <td>- การลดอาการ</td><td>++</td></tr> <tr> <td>- การป้องกันอาการซึมเศร้ากำเริบ</td><td>++</td></tr> <tr> <td>- การป้องกันอาการ hypomanic กำเริบ</td><td>++</td></tr> <tr> <td>- ยืดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำ</td><td>++</td></tr> <tr> <td>- ลดจำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาล</td><td>++</td></tr> <tr> <td>- การทำหน้าที่ทางสังคมอาชีพและคุณภาพชีวิตดีขึ้น</td><td>++</td></tr> <tr> <td>- การเกิดโรคร่วมกับโรคไบโพลาร์</td><td>+</td></tr> <tr> <td>- การบำบัดครอบครัวและผู้ดูแล</td><td>++</td></tr> <tr> <td>- การป้องกันการฆ่าตัวตาย</td><td>+</td></tr> </table>	เป้าหมายการบำบัด	ประสิทธิภาพของการให้สุขภาพจิตศึกษา	- ความรู้และทัศนคติต่อการเจ็บและการรักษาโรคไบโพลาร์	++	- การปฏิบัติตามแผนการรักษา	++	- การลดอาการ	++	- การป้องกันอาการซึมเศร้ากำเริบ	++	- การป้องกันอาการ hypomanic กำเริบ	++	- ยืดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำ	++	- ลดจำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาล	++	- การทำหน้าที่ทางสังคมอาชีพและคุณภาพชีวิตดีขึ้น	++	- การเกิดโรคร่วมกับโรคไบโพลาร์	+	- การบำบัดครอบครัวและผู้ดูแล	++	- การป้องกันการฆ่าตัวตาย	+
เป้าหมายการบำบัด	ประสิทธิภาพของการให้สุขภาพจิตศึกษา																								
- ความรู้และทัศนคติต่อการเจ็บและการรักษาโรคไบโพลาร์	++																								
- การปฏิบัติตามแผนการรักษา	++																								
- การลดอาการ	++																								
- การป้องกันอาการซึมเศร้ากำเริบ	++																								
- การป้องกันอาการ hypomanic กำเริบ	++																								
- ยืดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำ	++																								
- ลดจำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาล	++																								
- การทำหน้าที่ทางสังคมอาชีพและคุณภาพชีวิตดีขึ้น	++																								
- การเกิดโรคร่วมกับโรคไบโพลาร์	+																								
- การบำบัดครอบครัวและผู้ดูแล	++																								
- การป้องกันการฆ่าตัวตาย	+																								

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	3. ประสิทธิภาพของการให้สุขภาพจิตศึกษามีในช่วงของการป่วยด้วยโรคไบโพลาร์ ข้อมูลยังไม่เพียงพอหรือไม่มีข้อมูลที่จะใช้สุขภาพจิตศึกษากับ mixed, hypomanic symptoms, or rapid cycling นอกจากนั้นงานวิจัยส่วนใหญ่ก็จะไม่แยกเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ประเภทต่างๆ แต่จะรวมเป็น โรคไบโพลาร์ I และ II ไปด้วยกัน แต่ผู้วิจัยส่วนใหญ่เสนอแนะว่าควรทำกับผู้ป่วยในระยะอาการสงบ นอกจากนั้นยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอต่อประสิทธิภาพของสุขภาพจิตศึกษาในวัยต่างๆ (วัยรุ่น ผู้ใหญ่ ผู้ใหญ่ตอนปลาย) ซึ่งพบว่ามี 1 เรื่องทำในผู้สูงอายุ และอีก 1 เรื่องทำในวัยรุ่น
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. ผู้วิจัยส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะว่าสถานที่ที่จะทำการให้สุขภาพจิตศึกษาควรจะเป็นแผนกผู้ป่วยนอกและควรจะทำกับผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ที่มีอาการสงบ (Euthymic) 2. การให้สุขภาพจิตศึกษาควรนำไปบูรณาการกับการบำบัดรักษาอื่นๆ ของจิตแพทย์หรือสมาชิกในทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์จากการรักษานี้ ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ทุกคนไม่ได้เหมือนกัน มีความแตกต่างกันในเรื่องของ การรู้คิด บุคลิกภาพ และบริบทของครอบครัว ดังนั้นควรประเมินความต้องการการบำบัดทางจิตในผู้ป่วยแต่ละคน ผู้ป่วยที่มีการรู้จักตนเองในระดับดี มีสัญญาใจที่ดี (commitment) และมีอาการเล็กน้อย ควรจะใช้การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นลำดับแรก ของการทำจิตบำบัด แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำมาก หรือผู้ป่วยที่ไม่ค่อยรู้จักตัวเอง ไม่พิจารณาตัวเอง ไม่มีสัญญาใจ ผู้วิจัยแนะนำว่าการทำจิตบำบัดแบบมีโครงสร้างหรือทำกลุ่มบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางปัญญา จะเหมาะสมกว่า 3. ถ้านำการให้จิตศึกษาไปใช้กับผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ในระยะแรกหรือในการเจ็บป่วยครั้งแรก อาจช่วยเพิ่มทักษะการจัดการกับความเจ็บป่วย เพื่อลดระยะเวลาการเจ็บป่วยและลดการกลับเป็นซ้ำ แต่ยังไม่มีการวิจัยเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำหรือเรื้อรังเป็นเวลานานหลายปี

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	4. การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับการบำบัดรักษาด้วยยาตามมาตรฐาน ช่วยให้ - การปฏิบัติตามแผนการรักษาในการรับประทานยาที่เข้มและยาที่ควบคุมอารมณ์ให้คงที่ตัวอื่นๆ ดีขึ้น - ลดการกลับเป็นซ้ำและยืดช่วงเวลากลับมีอาการ - การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล - ลดจำนวนครั้งของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล - ช่วยเพิ่มทักษะการจัดการกับความเจ็บป่วย เพื่อลดระยะเวลาการเจ็บป่วย - ความรู้และทัศนคติต่อการเจ็บและการรักษาโรคไบโพลาร์ดีขึ้น - การปฏิบัติตามแผนการรักษา - ป้องกันอาการซึมเศร้ากำเริบ - การป้องกันอาการ ไฮโปแมนเนีย กำเริบ - การทำหน้าที่ทางสังคมอาชีพและคุณภาพชีวิตดีขึ้น - การเกิดโรคร่วมกับโรคไบโพลาร์ เช่น ยืดระยะเวลาการกลับใช้แอลกอฮอล์ - การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (ยาที่เข้ม) ป้องกันการเกิดการฆ่าตัวตาย 5. ประสิทธิภาพของการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยไบโพลาร์มีผลต่อการบำบัด ดังนี้ - ความรู้และทัศนคติต่อการเจ็บและการรักษาโรคไบโพลาร์ - การปฏิบัติตามแผนการรักษา - การลดอาการ - การป้องกันอาการซึมเศร้ากำเริบ - การป้องกันอาการ ไฮโปแมนเนีย กำเริบ - ยืดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำ - ลดจำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาล - การทำหน้าที่ทางสังคมอาชีพและคุณภาพชีวิตดีขึ้น - การเกิดโรคร่วมกับโรคไบโพลาร์

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	- การบำบัดครอบครัวและผู้ดูแล - การป้องกันการฆ่าตัวตาย 6. การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวและผู้ดูแล ทำให้บรรเทาความรู้สึกเป็นภาระ ความรู้ที่ได้ช่วยให้รู้สึกเหนื่อยน้อยลงกับการดูแล สามารถจัดการกับความต้องการของผู้ป่วยได้ ครอบครัวและผู้ดูแลได้รับประโยชน์ในการยืดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำ ยืดช่วงเวลาก่อนมีอาการ มีการรักษาดีขึ้นและต่อเนื่องช่วยลดอาการของผู้ป่วยได้ 7. สถานที่ที่จะทำการให้สุขภาพจิตศึกษาควรจะเป็นแผนกผู้ป่วยนอก 8. ควรจะกระทำกับผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ประเภทต่างๆ แต่จะรวมเป็นโรคไบโพลาร์ I และ II ไปด้วยกัน แต่ควรทำกับผู้ป่วยในระยะอาการสงบ (Euthymic) 9. ประสิทธิภาพของสุขภาพจิตศึกษา ให้ในวัยต่างๆ (วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้ใหญ่อ่อนปลาย) 10. การให้สุขภาพจิตศึกษาควรนำไปบูรณาการกับการบำบัดรักษาอื่นๆของจิตแพทย์หรือสมาชิกในทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์จากการรักษานี้ ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ทุกคนไม่ได้เหมือนกัน มีความแตกต่างกันในเรื่องของ การรู้คิด บุคลิกภาพ และบริบทของครอบครัว ดังนั้นควรประเมินความต้องการการบำบัดทางจิตในผู้ป่วยแต่ละคน ผู้ป่วยที่มีการรู้จักตนเองในระดับดี มีสติปัญญาที่ดี (commitment) และมีอาการเล็กน้อย ควรจะใช้การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นลำดับแรก ของการทำจิตบำบัด แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำมาก หรือผู้ป่วยที่ไม่ค่อยรู้จักตัวเอง ไม่พิจารณาตัวเอง ไม่มีสติปัญญา ผู้วิจัยแนะนำว่าการทำจิตบำบัดแบบมีโครงสร้างหรือทำกลุ่มบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางปัญญา จะเหมาะสมกว่า 11. ถ้านำการให้สุขภาพจิตศึกษาไปใช้กับผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ในระยะแรกหรือในการเจ็บป่วยครั้งแรก อาจช่วยเพิ่มทักษะการจัดการกับความเจ็บป่วย เพื่อลดระยะเวลาการเจ็บป่วยและลดการกลับเป็นซ้ำ

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบได้แสดงให้เห็นถึงการกลับเป็นซ้ำ และไม่มีรายละเอียดของ intervention ที่ให้กับผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ 2. งานวิจัยสามารถช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาล 3. งานวิจัยไม่ได้ตั้งสมมุติฐาน 4. งานวิจัยนั้นพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ Journal of Affective Disorder 98 (2007) page 11-27 เป็นวารสารที่เฉพาะกับความผิดปกติทางอารมณ์ที่เชื่อถือได้ในระดับนานาชาติ 2. ผู้ทำการวิจัย Rouget, BW. & Aubry, JM. อยู่ในโปรแกรมโรคไบโพลาร์ ของ department of Psychiatry, HUG, Geneva, Switzerland ซึ่งน่าจะเป็นที่เชื่อถือได้ 3. ทุนสนับสนุน ไม่ปรากฏ 4. คุณภาพงานวิจัย 4.1 ชื่อเรื่อง แสดงถึงตัวแปรที่ทำการศึกษา คือ psychological approaches กลุ่มตัวอย่าง คือ โรคไบโพลาร์ วิธีการศึกษา คือ การทบทวนวรรณกรรม และบอกด้วยว่าจะทำการศึกษาอะไร 4.2 งานวิจัยได้ระบุถึงปัญหาและเหตุผลในการทำการวิจัยเนื่องจากประสิทธิผลของการให้สุขภาพจิตศึกษายังมีความหลากหลาย เพื่อให้เกิดความชัดเจนในผลลัพธ์ของการให้สุขภาพจิตศึกษาและเป็นประโยชน์ในการนำไปเป็นแนวปฏิบัติต่อไป 4.3 ไม่มีการระบุนกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย 4.4 มีการระบุวัตถุประสงค์ชัดเจน แต่ไม่ได้ระบุสมมุติฐานการวิจัย เนื่องจากเป็นการวิจัยทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนา 4.5 มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวางทั้งที่เป็นการสนับสนุนและคัดค้านงานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1984 ถึง 2006 ซึ่งถือว่าได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง และนำเสนอสรุปอย่างเป็นระบบ 4.6 มีการระบุประชากรเป้าหมายคือ ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่าง

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมาย หรือมีคุณค่าในเชิง ของศาสตร์ (ต่อ)	เดียว หรือการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการบำบัดทางจิตอื่นๆ จนถึงเดือน กรกฎาคม ปี ค.ศ. 2006 แต่ไม่ได้ระบุเดือนและปีที่เริ่มต้นคัดเลือกงานวิจัย ไม่ได้ระบุจำนวนงานวิจัยที่คัดเลือกมาทั้งหมด และงานวิจัยที่คัดออก และไม่มีการใช้สถิติในการทดสอบความพอเพียงของกลุ่มตัวอย่าง 4.7 งานวิจัยบอกวิธีการ ได้มาซึ่งงานวิจัยอย่างหลวมๆ ไม่ได้มีการประเมินคุณภาพของงานวิจัยที่คัดเลือกเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง และไม่ได้บอกเหตุที่ไม่ได้ใช้วิธีการทางสถิติในการวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อตัวแปรตาม 4.8 งานวิจัยนี้ไม่จำเป็นต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ เนื่องจากการวิจัยที่ใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้ว (Secondary data) 4.9 ไม่ได้มีแหล่งอ้างอิงในเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์หลักและรองที่นำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินประสิทธิภาพต่อตัวแปรตาม 4.10 ไม่ได้ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นเพียงการจัดหมวดหมู่ของผลลัพธ์ และวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการวิจัยที่ได้ค้นพบในหมวดหมู่ดังกล่าว รวมทั้งแสดงประสิทธิภาพของการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อตัวแปรตามด้วยสัญลักษณ์ 4.11 ผลการวิจัยบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัย 4.12 มีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย งานวิจัยในการศึกษานี้มาจากงานวิจัยที่ใช้การให้สุขภาพจิตศึกษาเพียงอย่างเดียวมากกว่าการใช้จิตศึกษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการบำบัดอื่นๆ จึงควรมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างระมัดระวังเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อไป 4.13งานวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติที่สอดคล้องกับข้อค้นพบที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม
แนวโน้มที่จะ นำไปใช้ได้ในการ ปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) สามารถนำไปประยุกต์ออกแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ ได้รับความรู้

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลสามารถนำผลการทบทวนวรรณกรรมไปใช้ในการคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมในการให้จิตบำบัด เลือกสถานที่ในการให้การบำบัด และการให้การบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) การให้สุขภาพจิตศึกษา มีความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ ยุวดี ศรีศิริรุ่งโรจน์

วันเดือนปีเกิด 4 กันยายน 2510

สถานที่เกิด จังหวัดเพชรบุรี ประเทศไทย

สถาบันการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์
ชั้นสูง พ.ศ. 2534
มหาวิทยาลัยมหิดล, พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
พ.ศ. 2551

สถานที่ทำงานและตำแหน่ง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี ประเทศไทย
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
โทร 0 3240 1251-7

ที่อยู่ 28 ถนนเดโช ตำบลท่าราบ อำเภอเมือง
จังหวัดเพชรบุรี ประเทศไทย
โทร 0 3241 3651