


ปัจจัยคัตสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว



นางนันทนา สุขสมนรินทร์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE OF PATIENT WITH BIPOLAR DISORDER



MRs. Nantana Suksomnirundorn

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์
แปรปรวนสองขั้ว

โดย

นางนันทนา สุขสมนรินทร์

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

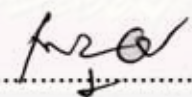
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

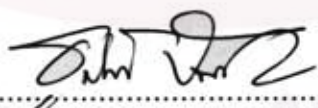
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลชิต)

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

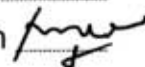
นันทภา สุขสมณิรันดร : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว. (FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE OF PATIENT WITH BIPOLAR DISORDER) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ.ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 136 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาคุณภาพชีวิต และ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้า จำนวนครั้งของการป่วยในระยะแมนีย์ ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว การใช้สารเสพติด อาการซึมเศร้า และอาการแมนีย์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลศรีธัญญา และ โรงพยาบาลรามารินทร์ จำนวน 140 คน ได้จากการสุ่มแบบบังเอิญ ตามเกณฑ์คุณสมบัติ เครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดอาการซึมเศร้า 3) แบบวัดอาการแมนีย์ และ 4) แบบวัดคุณภาพชีวิต เครื่องมือทุกชุดได้ผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และ เครื่องมือ 3 ชุดหลังมีค่าความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบารค เท่ากับ .73, .79 และ .81 ตามลำดับ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย ค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีรีส์เรียล และ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย ที่สำคัญสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 89.04$) และมีคุณภาพชีวิตรายด้านทุกองค์ประกอบย่อยในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านร่างกาย ($\bar{X} = 24.12$) ด้านจิตใจ ($\bar{X} = 20.34$) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{X} = 10.87$) และด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 28.19$)
2. เพศ อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้า จำนวนครั้งของการป่วยในระยะแมนีย์ ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และการใช้สารเสพติด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. อาการซึมเศร้าและอาการแมนีย์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -.62$ และ $.37$ ตามลำดับ)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต นันทภา สุขสมณิรันดร
ปีการศึกษา 2552 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก 

5077574036 : MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS : SELECTED FACTOR / QUALITY OF LIFE / BIPOLAR PATIENTS

NANTANA SUKSOMNIRUNDORN : FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE OF PATIENT WITH BIPOLAR DISORDER. THESIS ADVISOR : ASSIST. PROF.

PENPAKTR UTHIS, Ph.D., 136 pp.

The purposes of this descriptive research were to study: 1) quality of life of patient with bipolar disorder and 2) the relationships between selected factors including gender, age of onset, duration of illness, number of depressive episode, number of manic episode, type of patient with bipolar disorder, substance abuse, depressive symptoms and manic symptoms with quality of life. A total of 140 subjects, who met the inclusion criteria, was accidentally sampled from patients with bipolar disorder who sought treatment at outpatient department of Psychiatry in Sritanya and Ramathibodi hospitz!. The research instruments were demographic questionnaires, Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS), Thai Mania Rating Scale (TMRS) and WHOQOL - BRIEF - THAI. All instruments were tested for content validity and reliability. The Cronbach's alpha coefficient reliability of the three latter instruments were .73, .79 and .81 respectively. Statistic technique utilized in data analysis were frequency, percentage, standard deviation, mean, Point biserial correlation and Pearson's product moment correlation

Major findings of this study were as follows :

1. Bipolar patients had score on overall quality of life in the moderate level ($\bar{X} = 89.04$). In addition, all subscales of quality of life including physical domain, psychological domain, social relation domain and environmental domain were in the moderate level ($\bar{X} = 24.12$, $\bar{X} = 20.34$, $\bar{X} = 10.87$ and $\bar{X} = 28.19$, respectively).
2. Gender, age of onset, duration of illness, number of depressive episode, number of manic episode, type of bipolar disorder and substance abuse were not significantly related to quality of life of patient with bipolar disorder.
3. Depressive symptoms and manic symptoms were significantly related to quality of life of patient with bipolar disorder ($r = -.62$ and $.37$, respectively, $p = 0.05$).

Field of study: Mental Health and Psychiatric
Academic Year: 2009

Student's Signature *Nantana Suksumnirundorn*
Advisor's Signature *Penpaktr Uthis*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งได้เมตตาให้ความรู้ คำแนะนำ และข้อคิดอันมีคุณค่าในการทำวิจัย ตลอดทั้งเป็นผู้สร้างแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยมีกำลังใจและรู้จักที่จะพัฒนาตนเอง ผู้วิจัยขอรำลึกความกรุณาของท่านด้วยความซาบซึ้งอย่างจริงใจ และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะอันมีคุณค่าในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พเยาว์ พูลเจริญ ที่ให้กำลังใจ เป็นที่ปรึกษา และสร้างแรงบันดาลใจในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสทางการศึกษาที่ดี

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ รณชัย คงสกนธ์ ที่กรุณาให้คำชี้แนะและข้อมูลทางวิชาการอันเป็นประโยชน์ รวมถึงให้ความอนุเคราะห์ในการใช้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

ขอบคุณพี่ๆ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอบคุณเพื่อนๆ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชทั้ง 3 คน ที่ศึกษาร่วมกันมา ที่คอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือ และอยู่เคียงข้างกันเสมอมาทั้งในยามทุกข์และยามสุข

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณ อาจารย์กัลยาณี วิริยสิทธิวัฒน์ ผู้เป็นมารดา คุณบุษกร ไชยแสง คุณนิคม สุขสมนิรันดร ที่คอยเป็นกำลังใจ ห่วงใย และให้การสนับสนุนผู้วิจัยในทุกๆ ด้านอย่างดีเสมอมา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวเหตุและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว.....	15
ลักษณะอาการสำคัญทางคลินิก.....	20
การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว.....	33
แนวคิดคุณภาพชีวิต.....	36
ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว.....	46
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	60
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	61
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	63
การหาความตรงตามเนื้อหา.....	66
การหาความเที่ยง.....	68
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	68
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	70

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
5 สรุปและอภิปรายผล	
สรุปผลการวิจัย.....	85
อภิปรายผลการวิจัย.....	86
ข้อเสนอแนะ.....	93
รายการอ้างอิง.....	95
ภาคผนวก.....	111
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ.....	113
ภาคผนวก ข ใบพิทักษ์สิทธิผู้ตอบแบบสอบถาม.....	114
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	120
ภาคผนวก ค จดหมายขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ.....	131
เอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในคน.....	131
ภาคผนวก ง ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบระหว่าง โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลศรีธัญญา.....	134
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	136

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญญัตินำ

ตารางที่		หน้า
1	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเมื่อนำไปทดลองใช้ และเมื่อนำไปเก็บข้อมูลจริง.....	68
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำแนกตามเพศ อายุ และสถานภาพสมรส.....	73
3	จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำแนกตามอาชีพ ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว การใช้สารเสพติด	74
4	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำแนกตามอายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้า และ จำนวนครั้งของการป่วยในระยะmania.....	75
5	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของคะแนนอาการซึมเศร้า และอาการmania.....	76
6	จำนวนและร้อยละ ของระดับคะแนนคุณภาพชีวิต.....	76
7	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตโดยรวม.....	77
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่า t ของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำแนกตามเพศ การใช้สารเสพติด และ ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว.....	78
9	ค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียลระหว่างเพศ และการใช้สารเสพติดกับคุณภาพชีวิต.....	79
10	ค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียลประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กับคุณภาพชีวิต.....	80
11	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด จำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้า จำนวนครั้งของการป่วยในระยะmania ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อาการซึมเศร้า อาการmaniaกับคุณภาพชีวิต.....	80

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจัดอยู่ในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ที่เป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุข (ชวรัตน์ ชาญศิลป์, 2544) เนื่องจากเป็นโรคที่มีระยะการดำเนินโรคนาน มีการกลับเป็นซ้ำสูง และยังเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตสังคมที่สำคัญซึ่งไม่เพียงกระทบกับชีวิตผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังกระทบกับครอบครัว และสังคม (Vornik and Hirschfeld, 2005)

ปัจจุบันแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น โดยอัตราความชุกของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีประมาณร้อยละ 2.8 - 6.5 ของประชากรโลก (Bauer and Pfenning, 2005) ในประเทศได้หวั่นพบอัตราการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประมาณร้อยละ 0.3 ประเทศนิวซีแลนด์พบร้อยละ 1.5 (Weissman et al, 1996) ส่วนในประเทศไทยพบร้อยละ 0.3 (อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ และคณะ, 2544) และพบว่ามีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากสถิติผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา ในปี 2547 มีจำนวน 3,776 คน ปี 2548 จำนวน 4,274 คน ปี 2549 มีจำนวน 4,455 และในปี 2550 มีจำนวน 5,633 คน (งานเวชสถิติ ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2551) สอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งพบว่ามีจำนวนมากขึ้นตามลำดับเช่นกัน โดยในปี 2547 มีจำนวน 364 คน ปี 2548 จำนวน 406 คน ปี 2549 จำนวน 435 คน ปี 2550 จำนวน 471 คน และปี 2551 มีจำนวน 494 คน (งานเวชสถิติหน่วยบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ, 2551) เมื่อพิจารณาจัดอันดับ ตามจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ พบว่าโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่อยู่ในห้าอันดับแรกของโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการสูงสุดของทั้งสองโรงพยาบาล (งานเวชสถิติศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2551; งานเวชสถิติหน่วยบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ, 2551)

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) มีการดำเนินโรคทั้งในระยะแมนีเย และระยะซึมเศร้าเกิดได้หลายครั้งตลอดช่วงชีวิต โดยอาการในแต่ละระยะจะมีช่วงเวลาของการเกิดที่คงอยู่ยาวนาน (Morgan, Mitchell and Jablensky, 2005) ด้วยเหตุนี้องค์การอนามัยโลกจึงได้จัดอันดับให้โรคนี้เป็นอันดับ 6 ของโรคทั้งหมด ที่ทำให้สูญเสียปีสมรรถภาพจากการตายก่อนวัยอันสมควร (the year of life lost due to premature mortality: YLL) และการเจ็บป่วยหรือพิการ (the years lost due to disability: YLD) ในประชากรกลุ่มอายุ 15 ถึง 44 ปี (Wood, 2000)

เนื่องจากเป็นโรคทางจิตเวชที่มีการป่วยซ้ำสูง และเมื่อเวลาผ่านไปอาการ มักเลวลงเรื่อยๆ (Post, Rubinow and Ballenger, 1986) ดังนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จึงไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแค่การเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลันเท่านั้น แต่ความผิดปกติด้านอารมณ์จะคงอยู่ และนำไปสู่การบกพร่องทางจิตสังคม และการประกอบอาชีพอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน (United State Department of Health Education and Welfare อ้างถึงใน ธวัชชัย ดีพิณนาท, สุวรรณเรืองกาญจนศรัญญ์ และวรรษัย คงสกันธ์, 2545)

ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (Michalak, 2005) เนื่องจากเป็นโรคที่มีระยะการเจ็บป่วยเป็นช่วงๆ (intermittent episodes) โดยมีช่วงเวลาของการเจ็บป่วยทางอารมณ์เด่นๆ 2 ระยะได้แก่ ระยะแมนี (manic episode) และระยะซึมเศร้า (depressive episode) ในระยะแมนีนั้น ผู้ป่วยจะมีอาการที่สำคัญ ได้แก่ มีพลังมาก กระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่ง (restless) และมีความสุขมาก (Euphoria) นอกจากนั้นผู้ป่วยยังมีสภาวะที่ขาดการยับยั้งชั่งใจตนเอง (impulsivity) มีการใช้จ่ายเงินอย่างสุรุ่ยสุร่าย (reckless) เข้าสังคมอย่างมากจนเกินความเหมาะสม (social intrusiveness) และมีความต้องการนอนน้อยลง อาการเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง และผู้อื่น (Vornik and Hirschfeld, 2005; APA, 2000; มาโนช หล่อตระกูล, 2546; สุชาติ พหลภาคย์, 2549) ในทางตรงกันข้าม ระยะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะมีลักษณะของอารมณ์เศร้า (depressed mood) ขาดความสนใจหรือพึงพอใจในกิจกรรมต่างๆ รอบตัว มีน้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ มีอาการนอนไม่หลับ (insomnia) หรือนอนหลับมากเกินไป (hypersomnia) โดยอาการจะเป็นเกือบทุกวัน มีการเคลื่อนไหวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแบบเชื่องช้า หรือกระสับกระส่าย (Psychomotor retardation or agitation) อ่อนเพลีย (fatigue) หรือไม่มีแรง (loss of energy) มีความรู้สึกไร้ค่า หรือรู้สึกผิดมากเกินไปกว่าปกติ ขาดสมาธิในการคิด หรือจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ร่วมกับมีความคิดเกี่ยวกับเรื่องความตาย (thought of death) หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) หรือมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal attempt) (APA, 2000; มาโนช หล่อตระกูล, 2546; สุชาติ พหลภาคย์, 2549)

อาการและอาการแสดงทั้งหมดของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการทำหน้าที่ทางสังคมของบุคคล ซึ่งล้วนแล้วแต่กระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งสิ้น (Vornik and Hirschfeld, 2005) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Singh, Mattoo, Sharan and Basu (2005) ในประเทศอินเดียซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าคนปกติ และการศึกษาของ Akinson, Zibin and Chuang (1997) ในสหรัฐอเมริกาซึ่งพบเช่นกันว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคะแนนคุณภาพชีวิตทุกด้านต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น (Singh et al., 2005) นอกจากนี้ Cooke et al. (1996) ซึ่งทำการศึกษา

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศแคนาดา เปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายอื่นๆ ก็พบผลการศึกษที่สอดคล้องกัน โดยพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆทุกด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย สังคม บทบาท และการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนปกติ สำหรับผลการศึกษาในประเทศไทยก็มีความสอดคล้องกับที่พบในต่างประเทศ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Kongsakon et al. (2008) ซึ่งทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจากโรงพยาบาลตติยภูมิ 4 แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 285 ราย โดยใช้แบบวัด SF - 36 ในการประเมินคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตทุกด้านต่ำกว่าประชาชนไทยทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านการเจ็บป่วยทางกาย และการทำกิจกรรมทางสังคม ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การศึกษาคูณภาพชีวิตในปัจจุบันไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแค่การไม่เป็นโรคเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงการมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล (Testa and Simonson, 1996 cited in Gatchel et al., 1998) โดยเน้นที่การฟื้นฟูส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมาทำหน้าที่ได้เป็นปกติ (Lubkin, 1995) รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2537) ดังนั้นการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นจะต้องเข้าใจความหมายของคูณภาพชีวิตและองค์ประกอบพื้นฐานตามแนวคิดคูณภาพชีวิตที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายต้องการศึกษา (Hoffmann, 1999) ซึ่งตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ได้กล่าวถึงความหมายของคูณภาพชีวิตไว้ว่า คูณภาพชีวิต คือ การรับรู้ชีวิตของแต่ละบุคคลซึ่งขึ้นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม ค่านิยมของท้องถิ่นที่เขาอาศัยอยู่ มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ ถือเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อนของบุคคล ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นผู้มีปัญหาคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดองค์ประกอบคูณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกข้างต้น สรุปได้ดังนี้

ด้านร่างกาย พบว่าปัญหาการเปลี่ยนแปลงของ Circadian rhythm ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตหลายอย่าง เช่น ด้านการนอนหลับพักผ่อนนั้น ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะอาการซึมเศร้าผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป ส่วนในระยะแมนียผู้ป่วยจะมีความต้องการนอนน้อย ทำให้วงจรการนอนแปรปรวน การพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งจากการศึกษาของ Kupka et al. (2002) and Gruber et al. (2009) พบว่าการที่

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนมีวงจรการนอนหลับได้เพียงช่วงสั้นๆนั้น จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Gazalle et al. (2005) ที่พบว่าปัญหาการนอนของผู้ป่วยที่มีอาการแมเนียนั้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนมีการใช้สารเสพติดสูงกว่าโรคจิตเวชอื่นๆ โดยพบความชุกของการใช้สารเสพติดทั้งชนิดแอลกอฮอล์และชนิดอื่นในผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงถึงร้อยละ 51.6 (Reiger, 1990) การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้มีความเสี่ยงของการเกิดภาวะโรคร่วม (Co-morbid condition) ได้ถึงร้อยละ 84 (Nilsson, 1999) ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางระบบหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน โรคอ้วน และโรคไทรอยด์เป็นพิษ เป็นต้น (fagiolini et al., 2003; Angst et al., 2002; Cassidy et al., 1999; Cole et al., 2002) ซึ่งนำไปสู่อุบัติการณ์การป่วย การตายและความพิการเป็นจำนวนมาก (Hajek et al., 2005)

ด้านจิตใจ พบว่าอาการของโรค และปัญหาต่างๆที่รุมเร้า ส่งผลต่อด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง (Cohen, Hammen, Henry and Daley, 2004) อีกทั้งยังพบว่าความรุนแรงของโรคส่งผลให้การทำงานที่ในการรู้คิด (cognitive function) สมาธิ และความจำ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้บกพร่อง (สุชาติ พหลภาคย์, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ormel et al. (1998) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการซึมเศร้าและมีโรคร่วมของปัญหาสุขภาพร่างกายร่วมด้วยจะมีความสามารถในการทำงานที่ด้านความรู้คิดต่ำลง ซึ่งเป็นผลจากความเสื่อมของ neurocognitive function

สำหรับปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสังคม พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ผู้ป่วยมีอาการแมเนีย และซึมเศร้านั้น ไม่เพียงแต่กระทบต่อบทบาทในสังคมและการประกอบอาชีพเท่านั้น แต่ยังกระทบต่อความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยอีกด้วย ซึ่งจากการศึกษาของ Dore and Roman (2001) พบว่าความตึงเครียดจากปัญหาภาวะต่างๆที่เพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรับผิดชอบงานได้ตามปกติ ทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวเปลี่ยนไปในทางลบ เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะมีความกังวล ถึงผลกระทบต่อการเงิน การงานของตนเอง รวมถึงความสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม อันเป็นผลมาจากความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะแมเนีย ตลอดทั้งมีความยากลำบากในการรักษาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Lam et al. (2005) ที่พบว่า คู่สมรสของผู้ป่วยจะเกิดความเครียดเรื่องปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ การดูแลบ้าน การขาดความพึงพอใจต่อกิจกรรมทางเพศ และเกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วย ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวดังที่ได้กล่าวมานี้ ทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีอัตราการหย่าร้างสูงกว่าประชากรทั่วไป (Hirschfeld et al., 2002 อ้างถึงใน สรยุทธ วลีกันานนท์, 2547)

และในส่วน of ปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมนั้น เกิดจากความเสื่อมของการทำหน้าที่จากอาการของโรคทั้งในระยะอาการแมเนียและซึมเศร้า ประกอบกับระยะเวลาการ

เจ็บป่วยที่ยาวนาน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีอัตราการหยุดงานสูงกว่าคนที่ไม่ได้ป่วย 11.2 วัน / ปี ร่วมกับมีประสิทธิภาพการผลิตลดลงกว่าคนที่ไม่ได้ป่วยถึงร้อยละ 20 (Kleiman et al., 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mason (1998) ที่พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแมนี และ ซึมเศร้ามีอัตราการว่างงานสูงถึงร้อยละ 70

จะเห็นได้ว่าปัญหาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นปัญหาที่สำคัญ ดังนั้นการที่จะแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงต้องค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุหรือส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่ามีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวนมากพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) ปัจจัยทางด้านสังคมประชากร (Socio - demographic) ได้แก่ เพศ โดยผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพศหญิงจะมีระดับการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย (Robb, Young and Cooke, 1998) 2) ปัจจัยด้านอาการ (Clinical Symptoms) ได้แก่ อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก โดยผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอายุเริ่มป่วยครั้งแรกเมื่ออายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ทางสังคมในระดับต่ำ (Robb, Young, Cooke et al., 1997) ระยะเวลาการเจ็บป่วย ผลการศึกษาพบว่าอาการเจ็บป่วยด้วยปัญหาทางอารมณ์ที่ยาวนานจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (Robb et al., 1997) การใช้สารเสพติด ผลการศึกษาพบว่าผลกระทบจากการใช้สารเสพติดส่งผลให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตต่ำในทุกด้าน (Singh, Mattoo, Sharan et al., 2005) ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่สอง (Type II) จะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่หนึ่ง (Type I) (Robb et al., 1997) อาการแมนี พบว่าระดับของอาการแมนีมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทุกด้านของผู้ป่วยโรคนี้ (Gazalle et al., 2007) และอาการซึมเศร้า (Depressive symptom) โดยพบว่าระดับของภาวะซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตและถือเป็นตัวแปรที่มีความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Goldberg and Harrow, 2005; Goossens et al., 2008)

แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาหลายเรื่องในต่างประเทศข้างต้นยังมีช่องว่างในการศึกษาบางประการ เช่น ประการแรกพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย เนื่องจากในแต่ละระยะ ผู้ป่วยจะมีอาการแตกต่างกันและอาการเหล่านี้มีผลต่อความน่าเชื่อถือของการประเมินคุณภาพชีวิต จึงทำให้งานวิจัยแต่ละเรื่องนั้นมีข้อจำกัดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เช่นการศึกษาของ Sierra et al. (2005) ที่เลือกศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อยู่ในระยะอาการสงบเท่านั้น ส่วนประการที่สองพบว่าการศึกษาแต่ละเรื่องยังใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาเพียงเรื่องเดียว ของ Kongsakon et al. (2008) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคนี้มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชาชนไทยทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความสนใจ ที่จะศึกษาคูณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเลือกศึกษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามาริบัติและโรงพยาบาลศรีรัษฎงญา เนื่องจากสถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วของโรงพยาบาลทั้งสองแห่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น อีกทั้งยังเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในระดับตติยภูมิ ที่เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ และเป็นตัวแทนโรงพยาบาลจิตเวชที่สังกัดกรมสุขภาพจิต ที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชทั่วประเทศอย่างครบวงจร ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ และรับผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนเข้ารับการรักษาจากการส่งต่อของโรงพยาบาลที่อยู่ในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิจากทั่วประเทศ จึงทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่มากและมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน โดยผู้วิจัยคาดว่าผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมและปรับปรุงให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพในสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้า จำนวนครั้งของการป่วยในระยะแมนียะ ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว การใช้สารเสพติด อาการซึมเศร้า และอาการแมนียะ กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

แนวเหตุผลสมมติฐานการวิจัย

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยยาวนาน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตสังคม และปัญหาสุขภาพด้านสุขภาพ สังคม ครอบครัว และการประกอบอาชีพ ซึ่งแม้ว่าอาการเจ็บป่วยจะทุเลาลงจนเข้าสู่ระยะสงบ (remission) แล้ว แต่ก็พบว่าความบกพร่องต่างๆ ยังคงหลงเหลืออยู่ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วย (Vornik and Hirschfeld, 2005) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

- 1) ด้านร่างกาย พบว่าผู้ป่วยจะมีปัญหาในการนอนหลับพักผ่อน การเกิดภาวะโรคร่วม (Co morbid condition) (Nilsson ,1999) ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางระบบหลอดเลือดหัวใจ

โรคเบาหวาน โรคอ้วน และโรคไตรอยด์เป็นพิษ เป็นต้น (fagiolini et al., 2003; Angst et al., 2002; Cassidy et al., 1999; Cole et al., 2002)

2) ด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาความเครียด ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง (Cohen et al., 2004) ความบกพร่องในด้านความรู้คิด (cognitive function) สมาธิ และความจำ (สุชาติ พหลภาคย์, 2549)

3) ด้านสังคม พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาการหย่าร้าง (Hirchfeld et al., 2002) สัมพันธภาพทางลบที่เกิดขึ้นในครอบครัว (Dore and Roman, 2001) รวมถึงปัญหาการขาดความพึงพอใจทางเพศ (Lam et al., 2005)

และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาการว่างงาน (Mason, 1998) และการเสื่อมของการทำหน้าที่ (Kleiman et al., 2003)

การศึกษาคุณภาพชีวิตในปัจจุบันมีเป้าหมายคือ มุ่งที่การฟื้นฟูสภาพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมาทำหน้าที่ได้เป็นปกติ (Lubkin, 1995) รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว (จริยวัตร คมพยัคฆ์, 2537) ซึ่งการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นจะต้องเข้าใจความหมายของคุณภาพชีวิต องค์ประกอบพื้นฐานตามแนวคิดคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา (Hoffmann, 1999) ดังนั้นการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงเลือกแนวคิดคุณภาพชีวิตให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยใช้แบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF- THAI) ที่ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (Physical domain) 2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) และคัดสรรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต โดยใช้การศึกษาของ Sierra et al. (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้แก่

เพศ พบว่าสาเหตุของการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในเพศชาย และเพศหญิงแตกต่างกัน (Robb et al., 1998) โดยผลการศึกษาของ Benazzi (2000) และ Robb et al. (1998) พบว่า อัตราการมีภาวะซึมเศร้าในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบได้ในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงจะถูกกำหนดให้มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลงานบ้าน และความสุขสบายของสมาชิกในครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทที่รับผิดชอบ ความสามารถที่ลดลงทำให้รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตไม่มีค่า เกิดความรู้สึกทางลบต่อตนเอง (Servellen, Chung and Lombardi, 2002) สอดคล้องกับผลจากการศึกษาของ Robb et al. (1998) พบว่าเพศหญิงมีการ

รับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีคะแนน ขององค์ประกอบย่อยต่ำ ด้าน Bodily Pain และสุขภาพร่างกาย (Physical health) อีกทั้งยังมีแนวโน้มของด้านการทำ หน้าที่ตามบทบาทจะลดต่ำลงเช่นกัน

อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก การป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเมื่ออายุน้อยจะมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางจิตสังคมที่รุนแรงและบกพร่องมากขึ้น (Ernst and Goldberg, 2004) ซึ่งหากผู้ป่วยมีอายุเริ่มป่วยยิ่งน้อยเท่าใด ก็จะมีแนวโน้มในหน้าที่การงานและสังคม รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่แย่งลงเท่านั้น (Zisook et al., 2007 อ้างถึงใน ธัญชนก พรหมภักดี และ พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2551) สอดคล้องกับผลจากการศึกษาของ Robb et al. (1997) ที่พบว่าผู้ป่วย โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอายุเริ่มป่วยครั้งแรกเมื่ออายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตด้านการ ทำหน้าที่ทางสังคมในระดับต่ำ

ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน จะทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้การ เจ็บป่วยได้ 2 อย่าง ได้แก่ การเรียนรู้ทางบวก จะทำให้ผู้ป่วยมีความคุ้นเคยกับแผนการรักษา และการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสร้างแบบแผนความเข้าใจที่มีต่อการเจ็บป่วยได้ดี และยัง ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Morino and Kooser, 1981 อ้างถึงใน กุลธิดาพาณิชกุล, 2536) ส่วนการเรียนรู้ทางลบ พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ ยาวนาน จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึก ท้อแท้ หดท้อกำลังใจ และมีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยในทางลบมากขึ้น (สุมาพร บรรณสาร, 2545) จากการศึกษาของ Robb et al. (1997) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วย ด้วยปัญหาทางอารมณ์ที่ ยาวนานจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ

การใช้สารเสพติด การใช้สารเสพติดนั้นส่งผลกระทบต่อให้การดำเนินโรคแย่งลงความ สม่่าเสมอในการกินยาลดลง (ธวัชชัย ลิฬหนาจ, 2548, 2549) มีโอกาสหายเป็นปกติช้า การตอบสนองต่อการรักษาด้วยลิเทียมต่ำ และยังมีผลทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ (Goldberg, 1995) ซึ่งการทุพพลภาพนั้นจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่บกพร่อง (Falvo, 2005) สอดคล้องกับผล จากการศึกษาของ Vojta et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีประวัติการใช้ แอลกอฮอล์ มีคุณภาพชีวิตต่ำเช่นเดียวกับการศึกษาของ Singh et al. (2005) ที่ได้ทำการศึกษา เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีประวัติการใช้สารเสพติดกับคนปกติ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการใช้สารเสพติดมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคน ปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ป่วยใน ระยะซึมเศร้าจะมีความบกพร่องของคุณภาพชีวิตมากกว่าระยะแมนีเย เนื่องจากช่วงเวลาที่

อาการซึมเศร้านี้ยาวนานกว่าช่วงเวลาที่มึอาการแมเนียถึง 3 เท่า (Berlim et al., 2004) และช่วงเวลาที่ยาวนานของภาวะซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความบกพร่องของการรู้คิดและความสามารถในการทำงาน (Berk and Dodd, 2005) สอดคล้องกับผลจากการศึกษาของ McQueen and colleague (2000) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ป่วยในระยะซึมเศร้าหลายครั้งจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ที่ป่วยในระยะแมเนียหลายครั้ง

จำนวนครั้งของการป่วยในระยะแมเนีย ผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงอาการของแมเนียมักจะรายงานความพอใจต่อคุณภาพชีวิตของตนเองสูง เนื่องจากผู้ป่วยมักจะขาดการยั้งรู้ในตนเอง (Vojta et al, 2001) ดังนั้นจึงมักพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในช่วงแมเนียมักจะไม่คงเส้นคงวา แม้จะมีการเจ็บป่วยหลายครั้ง (Michalak, Yatham and Lam, 2005) แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาบางเรื่องกลับพบว่าจำนวนครั้งของการป่วยในระยะแมเนียมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Gazalle et al. (2007) ที่พบว่าผู้ป่วยแมเนียมีรายงานคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ ต่ำกว่าคนปกติทุกด้าน

ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 2 เป็นโรคที่มีการกลับเป็นซ้ำสูงกว่าประเภทที่ 1 ผู้ป่วยมักจะมีภาวะ hypomania หรือ depression ที่เกิดขึ้นใหม่บ่อยครั้ง (Berk and Dodd, 2005) และ เป็นโรคที่วินิจฉัยได้ยาก จึงเป็นโรคที่มีความเรื้อรังสูง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาบกพร่องในหน้าที่การงาน หน้าที่ในครอบครัว ปัญหาความสัมพันธ์และ ปัญหาการหย่าร้างสูงกว่าผู้ป่วย bipolar I disorder (Berk and Dodd, 2005) จากการศึกษาของ Robb et al. (1997) พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 2 มีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 1

อาการซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการซึมเศร้าเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลกระทบต่อระบบการรู้คิด (Cognitive) ซึ่งความรู้คิดที่บกพร่อง จะส่งผลกระทบต่อให้เกิดความเลื่อมของหน้าที่ (Suppes and Dennehy, 2005) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่ดีในการทำนายคุณภาพชีวิต (Zhang et al., 2006)

อาการแมเนีย พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการในระยะแมเนียในระหว่างช่วงที่ต้องติดตามการรักษานั้นจะมีปัญหาด้าน Interpersonal sensitivity (Dunner, 2003) และการมีอาการแมเนียยังสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมการยับยั้งชั่งใจ (impulsivity) ที่ลดลง และมีแนวโน้มของการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้น (Mitchell et al, 2001; Angst et al, 2002) จากการศึกษาของ Gazalle et al. (2007) ที่ศึกษาอิทธิพลของอาการแมเนียต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าคะแนนของอาการแมเนียมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทุกด้าน

จากแนวคิดและผลการศึกษาดังกล่าวจึงกำหนดสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย
2. การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ใช้สารเสพติดจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้
3. ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 2 จะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 1
4. อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
5. ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้า และอาการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
6. จำนวนครั้งของการป่วยในระยะแมนีย์ และอาการแมนีย์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ ภาคตัดขวาง (Crosssectional Correlation Descriptive research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลศรีธัญญา

ตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ เพศ อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการป่วยในระยะแมนีย์ จำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้า ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว การใช้สารเสพติด อาการซึมเศร้า และอาการแมนีย์

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิต

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิต หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความรู้สึกต่อชีวิตของตนเองตามบริบททางวัฒนธรรม ค่านิยมของท้องถิ่นที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ โดยประเมินได้จากแบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด ที่สุวัฒน์ มหัตถินันดรกุล และคณะ (2540) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่

1) **ด้านร่างกาย (Physical domain)** หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีสภาพร่างกายแข็งแรง มีความสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด และรู้วิธีที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ มีผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีการนอนหลับและพักผ่อนอย่างเพียงพอ มีอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน การเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การรับรู้ว่าคุณเองไม่ต้องพึ่งพายาต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ

2) **ด้านจิตใจ (Psychological domain)** หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความรู้สึกทางบวกต่อตนเอง ภาพลักษณ์ ทัศนคติ ความมั่นใจในตนเอง มีความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ สามารถจัดการกับความเศร้า หรือกังวลของตน

3) **ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship)** หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม รวมถึงการมีกิจกรรมทางเพศ อารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) **ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)** หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี มีการคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ ได้รับข่าวสาร หรือมีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง

เพศ หมายถึง สถานภาพซึ่งแสดงถึงความเป็นหญิงหรือชายของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก หมายถึง อายุเริ่มต้นของการป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วครั้งแรก โดยมีอาการแสดงที่พบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามระบบ DSM ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 ปรับปรุงใหม่ (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder- IV- TR [DSM – IV - TR]) หรือองค์การอนามัยโลก (ICD - 10)

ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง ช่วงระยะเวลาที่นับตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จนถึงระยะเวลาที่ตอบแบบสอบถาม มีหน่วยเป็นปี

จำนวนครั้งของการเจ็บป่วยในระยะแมนี หมายถึง ความถี่ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบบผู้ป่วยในด้วยอาการแมนี โดยมีอาการแสดงที่พบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ตามระบบ DSM ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 ปรับปรุงใหม่ (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder- IV- TR [DSM – IV - TR]) หรือองค์การอนามัยโลก (ICD - 10) โดยนับเป็นจำนวนครั้ง เริ่มตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคครั้งแรกจนถึงระยะเวลาที่ตอบแบบสอบถาม

จำนวนครั้งของการเจ็บป่วยในระยะซึมเศร้า หมายถึง ความถี่ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบบผู้ป่วยในด้วยอาการซึมเศร้า โดยมีอาการแสดงที่พบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ตามระบบ DSM ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 ปรับปรุงใหม่ (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder- IV- TR [DSM – IV - TR]) หรือองค์การอนามัยโลก (ICD - 10) โดยนับเป็นจำนวนครั้ง เริ่มตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคครั้งแรกจนถึงระยะเวลาที่ตอบแบบสอบถาม

ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้รับการวินิจฉัยจำแนกว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 1 (Bipolar I Disorder) หรือประเภทที่ 2 (Bipolar II Disorder) โดยมีอาการแสดงตามที่ระบุตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามระบบ DSM ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 ปรับปรุงใหม่ (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder- IV- TR [DSM – IV - TR])

การใช้สารเสพติด หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งนับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือ โดยวิธีอื่นๆ เข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วแล้วมีผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

อาการซึมเศร้า หมายถึง สิ่งที่แสดงออกถึงความรู้สึกตึงเครียดและซึมเศร้าทั้งที่อยู่ภายในและปรากฏให้เห็น การนอนหลับ ความอยากอาหาร การตอบสนองทางอารมณ์ สมาธิและความจำที่ลดลง ความอ่อนเปลี้ยเพลียแรง ความคิดในด้านลบ และความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดอาการซึมเศร้าของ Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) (1979) ที่ รณชัย คงสกนธ์ ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย (2546)

อาการแมนี หมายถึง สิ่งที่แสดงออกถึงความรู้สึกครั่นคราง การทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหวที่เพิ่มขึ้น ความสนใจทางเพศ การนอนหลับ ความหงุดหงิด การพูด ภาษาและความผิดปกติรวมถึงเนื้อหาความคิด พฤติกรรมก่อความวุ่นวายก้าวร้าว ลักษณะภายนอกการแต่งตัวและความเข้าใจตนเอง ประเมินได้จากแบบวัดอาการแมนี (Thai Mania Rating Scale: TMRS)

ที่ รณชัย คงสกนธ์ ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย (2548) โดยพัฒนามาจากแบบวัด Young Mania Rating Scale ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Young et al. (1978)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรในทีมสุขภาพจิตและจิตเวชได้ตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และนำปัจจัยเหล่านั้นมาจัดกระทำในกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมและปรับปรุงให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. เป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เพื่อให้สามารถดำรงชีวิต และทำหน้าที่ต่างๆ ได้ใกล้เคียงปกติในอนาคต



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยคัดเลือกตัวแปรต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งหมด 9 ตัวแปร ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแหล่งความรู้ต่างๆ ทั้งเอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 1.1 ความหมายของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรค
 - 1.3 การจำแนกชนิดของความผิดปกติทางอารมณ์
 - 1.4 ลักษณะอาการสำคัญทางคลินิก
 - 1.5 การวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM- IV- TR
 - 1.6 การดำเนินโรค
 - 1.7 ผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 1.8 การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
2. แนวคิดคุณภาพชีวิต
 - 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
 - 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - 2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
 - 2.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต
 - 2.5 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 2.6 การพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 2.6.1 บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย
 - 2.6.2 กิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
3. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 3.1 ปัจจัยด้านสังคมประชากร ได้แก่
 - 3.1.1 เพศ
 - 3.2 ปัจจัยด้านอาการ ได้แก่

- 3.2.1 อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก
- 3.2.2 ระยะเวลาการเจ็บป่วย
- 3.2.3 การใช้สารเสพติด
- 3.2.4 จำนวนครั้งของการป่วยในระยะแมนีย์
- 3.2.5 จำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้า
- 3.2.6 ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 3.2.7 อาการซึมเศร้า
- 3.2.8 อาการแมนีย์

- 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

1.1 ความหมายของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของอารมณ์ ลักษณะของอารมณ์ที่ผิดปกติ มีอยู่ 2 ชนิดเด่นๆ คือ อารมณ์เศร้า (Depression) และแมนีย์ (Mania) มีผู้ได้อธิบายความหมายของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ไว้ พอสรุปได้ ดังนี้

Kahn (1998) กล่าวถึง โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) ไว้ว่า เป็นโรคที่มีการสลับขั้วกันระหว่างอารมณ์แมนีย์ (mania) หรือแมนีย์อย่างอ่อน (hypomania) กับอารมณ์เศร้า (Depression) ซึ่งสภาพอารมณ์ทั้งสองลักษณะนี้จะมีการเกิดเป็นช่วงๆ (episode) ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม (behavior) อารมณ์ (Mood and Affect) ความคิด (Cognition) และการเคลื่อนไหว (Psychomotor)

มาโนช หล่อตระกูล (2546) กล่าวถึงโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วไว้ว่า เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางอารมณ์ โดยที่ผู้ป่วยจะมีอาการ Mania หรือ Hypomania สลับกับ Major depressive episode

Suppes and Dennehy (2005) และสุชาติ พหลภาคย์ (2549) กล่าวว่าโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) เป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงของวงรอบทางอารมณ์ (Cyclic mood change) โดยพบว่าผู้ป่วยจะมีสภาพของอารมณ์ที่ผิดปกติสลับกันระหว่างสภาพอารมณ์ของอารมณ์แมนีย์ (Manic episode) หรือ แมนีย์อย่างอ่อน (Hypomania) กับอารมณ์ซึมเศร้าเต็มขั้น (Major depressive episode)

จากนิยามดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่าโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นโรคที่ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางอารมณ์เป็นอาการเด่น โดยจะมีอารมณ์ช่วงที่ป่วยในขณะหนึ่งเป็น แมเนีย (manic episode) หรือแมเนียอย่างอ่อน (hypomanic episode) สลับกับเป็นอารมณ์ซึมเศร้าเต็มขั้น (major depressive episode) ซึ่งลักษณะของสภาพอารมณ์ที่ผิดปกติเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรม อารมณ์ และ ความคิด

1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วนั้น มีผู้ได้อธิบายไว้มากกว่าเกิดจากปัจจัยหลายประการผสมผสานกัน พอสรุปได้ดังนี้ (อรรถวรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549; มาโนช หล่อตระกูล, 2546; สุชาติ พหลภาคย์, 2549; Kahn, 1998; Suppes and Dennehy, 2005; Breslin, 1996; Miklowitz, 2002; Dobovsky, Davies and Dobovsky, 1998)

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological Factor)

กล่าวว่าปัจจัยทางชีวภาพ ที่มีผลทำให้อารมณ์ผิดปกติ นั้น เนื่องมาจากสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ชนิด biogenic amine ในสมอง ขาดความสมดุล โดยในระยะ depression จะมีระดับของ Norepinephrine ต่ำ และในระยะแมเนียมี Norepinephrine สูง แต่ทั้งนี้เชื่อว่าโรคมิได้เกิดจากความผิดปกติของสื่อประสาทเพียงชนิดใดชนิดหนึ่งเท่านั้น (อรรถวรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549; มาโนช หล่อตระกูล, 2546; สุชาติ พหลภาคย์, 2549; Kahn, 1998; Suppes and Dennehy, 2005; Breslin, 1996; Miklowitz, 2002; Dobovsky et al., 1998)

1.2.2 ปัจจัยทางพันธุศาสตร์ (Genetic Factor)

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางพันธุศาสตร์แต่ไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดว่าความผิดปกติที่ถูกถ่ายทอดคืออะไร จากการศึกษาในแฝดพบว่า อัตราการป่วยเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ในคู่แฝดจากไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic twin หรือ MZ) สูงเป็น 2-4 เท่าของแฝดจากไข่คนละใบ (dizygotic twin หรือ DZ) นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) จะมีบิดาหรือมารดา อย่างน้อยหนึ่งคนป่วยด้วยความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งมักจะเป็น major depression และยังมีอีกการศึกษาที่พบว่า ถ้าบิดามารดาคนใดคนหนึ่งป่วยด้วย bipolar disorder บุตรแต่ละคนจะมีโอกาสป่วยด้วยความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดใดชนิดหนึ่งร้อยละ 50-75 และ ญาติสายตรงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้ ร้อยละ 3-8 หรือเป็น 7 เท่าของประชากรทั่วไป (อรรถวรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549; มาโนช หล่อตระกูล, 2546 ; สุชาติ พหลภาคย์, 2549 ; Kahn, 1998; Suppes and Dennehy, 2005; Breslin, 1996; Miklowitz, 2002; Dobovsky et al., 1998; Sadock and sadock, 2005)

1.2.3 ปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive factors)

ทฤษฎีทาง Cognition กล่าวว่า ผู้ป่วยอารมณ์เศร้าจะมีขบวนการคิดที่มุ่งพิจารณาว่าอะไรผิด หรืออะไรเป็นลบ แทนที่จะพิจารณาว่าอะไรถูกหรืออะไรเป็นบวก ผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศ้ามักจะมี cognitive triad คือ ตีความเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตไปในทางลบ ความคิดเห็นเชิงลบที่เป็นเช่นนี้เวลาประสบปัญหา จะทำให้ผู้ป่วยมีความคิดที่เกิดขึ้นต่อปัญหาเป็นทางลบ (negative automatic thought)ทันที เมื่อคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นหมดหนทางแก้ไขแล้ว automatic thought ที่เกิดขึ้นจะหายไปอย่างรวดเร็ว และทำให้เกิดอารมณ์เศร้าตามมา ในผู้ป่วยที่มีอาการเมเนี่ยนั้น automatic thought ที่เกิดขึ้นกลับเป็นตรงข้าม คือ จะเป็นบวก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงความจริง ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเมเนี่ยนั้นด้วยวิธี cognitive therapy ไม่ค่อยได้ผล

1.2.4 ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors)

สาเหตุของความผิดปกติทางอารมณ์มีความสลับซับซ้อน และเกิดจากปัจจัยทางจิตสังคมหลายปัจจัยด้วยกัน ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

ทัศนะทางจิตวิเคราะห์ อธิบายว่า ความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย (Ambivalent) ระหว่างความรักและความเกลียดของเด็ก ในวัยทารก (Infantile) อันเนื่องมาจากความผิดหวัง ความขัดแย้งด้านสัมพันธภาพ และบาดแผลทางใจจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางบุคลิกภาพของเด็ก ทำให้เด็กเกิดความขัดแย้งเกี่ยวกับตนเอง และเกิดเป็นอารมณ์เศร้าตามมาได้ (สุชาติ พหลภาคย์, 2549; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549; Sadock and sadock, 2005) ในส่วนของอาการเมเนี่ยนั้น อธิบายได้ว่าเป็นการถดถอยของวัยอย่างรุนแรง จนส่งผลกระทบต่อ id ego และ superego โดยผู้ป่วยจะใช้หลักการแห่งความสุข (Pleasure principle) เป็นหลัก Superego จะหลอมหายไปกับ ego ผู้ป่วยเมเนี่ยนั้นจะจินตนาการว่าตัวเองเป็นคนเดียวกับคนที่เก่งมาก ๆ ในจินตนาการ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถรอบด้าน นอกจากนั้นผู้ป่วยยังใช้กลไกทางจิตแบบปฏิเสธความเป็นจริง (denial) อย่างมาก นักวิชาการบางท่านให้ความเห็นว่า อาการเมเนี่ยนั้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องการควบคุมความทรงจำและประสบการณ์ที่เจ็บปวดจนทนไม่ได้ อาการเมเนี่ยนั้นจึงเป็นปฏิกิริยาต่อการเจ็บปวด ซึ่งแตกต่างจากอารมณ์เศร้า (Kaplan and Sadock, 2005 ; สุชาติ พหลภาคย์, 2549)

ทัศนะทางด้านพื้นอารมณ์ (Temperament) อธิบายว่า คนที่มีแนวโน้มจะป่วยเป็นเมเนี่ยนั้น และภาวะซึมเศ้ามักจะมีพื้นอารมณ์บางอย่างโดยเฉพาะ เช่น เป็น Cyclothymia หรือ dysthymia เก็บกดความวิตกกังวล มีอาการโรคประสาท (Neurotism) แบบเจ้าอารมณ์มากนิสัยทางอารมณ์เหล่านี้จะถูกถ่ายทอดไปสู่ลูกหลานได้ และทำให้คนนั้นอ่อนแอทางอารมณ์ มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคได้ พื้นอารมณ์นี้จะเป็นอย่างยาวนานหลายปีก่อนจะป่วย พื้นอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม

จะทำให้ปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น เกิดความขัดแย้ง เกิดการกระตุ้นทางอารมณ์ เมื่อมีความเครียด ความเครียดก็จะเป็นตัวกระตุ้นให้ป่วย ด้วยความผิดปกติทางอารมณ์ (สุชาติ พหลภาคย์, 2549)

ทัศนะเกี่ยวกับความเครียดในชีวิต (Life stress) พบว่า ความเครียดนั้นมีผล โดยตรงต่อการกำเริบของโรคในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จากการศึกษาของ Johnson et al. (2000) ที่ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลจากปัจจัยความเครียดในชีวิต และปัจจัยทางพันธุกรรม ต่อการกลับเป็นซ้ำ (relapse) ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติการป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในครอบครัวที่มี ประสบการณ์ความเครียดในชีวิตนำมาก่อน จะมีอัตราการกำเริบของอาการมากกว่าผู้ที่ไม่มีความเครียดในชีวิต แสดงให้เห็นว่าไม่เพียงแต่เฉพาะปัจจัยทางด้านพันธุกรรมเท่านั้น แต่ความเครียดในชีวิตยังมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

1.3 การจำแนกชนิดของความผิดปกติทางอารมณ์

ในปัจจุบันการจำแนกโรคทางจิตเวชที่ใช้ มีอยู่ 2 ระบบ คือ การจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM) และการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD)

ตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4 - TR (text revision) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic Statistic Manual of Mental disorder - IV - TR) ได้ กำหนดชนิดของความผิดปกติทางอารมณ์ไว้ดังนี้ (สุชาติ พหลภาคย์, 2549; APA, 2000)

Mood episode เป็นชื่อที่ใช้เรียกอารมณ์ที่ผิดปกติใน episode ใด episode หนึ่ง mood episode มีหลายชนิด ได้แก่

1. Major depressive episode
2. Manic episode
3. Mixed episode
4. Hypomanic episode

โดย mood episode ไม่ใช่คำที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค เป็นเพียงคำที่ใช้เรียกสภาพอารมณ์ที่ผิดปกติไปในช่วงใดช่วงหนึ่ง หรือในช่วงปัจจุบันก็ได้ เวลาใช้คำเหล่านี้ อาจต้องมีคำเพิ่มเติม เพื่อระบุความเฉพาะเจาะจงยิ่งขึ้นไปอีก ซึ่งรายละเอียดจะได้กล่าวต่อไป

Bipolar Disorder เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดหนึ่ง ผู้ป่วยอาจจะป่วยด้วย manic episode, mixed episode, major depressive episode และ/ หรือ cyclothymic episode ซึ่งโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตาม DSM- IV- TR มี 4 ชนิดดังต่อไปนี้ (สุชาติ พหลภาคย์, 2549; APA, 2000)

1. Bipolar I disorder แบ่งเป็นชนิดต่างๆ ดังต่อไปนี้

- 1.1 Single manic episode
- 1.2 most recent episode hypomanic
- 1.3 most recent episode manic
- 1.4 most recent episode depressed

2. Bipolar II disorder

3. Cyclothymic disorder

4. Bipolar disorder ที่ยังไม่ได้ตั้งชื่อเป็นทางการเฉพาะ (Bipolar disorder not otherwise specified)

ส่วนการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลกนั้น ใช้การจำแนกโรคแบบสากลครั้งที่ 10 ขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Diseases 10 [ICD -10]) ได้แบ่ง bipolar disorder เป็นชนิดต่างๆ ดังต่อไปนี้ (สุชาติ พหลภาคย์, 2549)

ก. Manic episode ซึ่งมีชนิดต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. Hypomania ข้อสังเกต คือ ICD 10 จัด hypomanic episode นี้เป็นหัวข้อย่อย หัวข้อหนึ่งของ manic episode

2. Mania without psychotic symptoms
3. Mania with psychotic symptoms

ข. Bipolar affective disorder ซึ่งมีชนิดต่างๆ ดังต่อไปนี้

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) disorder ซึ่งชนิดที่เป็น bipolar คือ cyclothymia
- ง. Other mood (affective) disorder ได้แก่
 1. Other single mood (affective) disorder หมายถึง mixed affective episode
 2. อื่นๆ เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การจำแนกทั้ง 2 ระบบ คือ ทั้งตามระบบของ DSM และ ICD-10 ร่วมกับความเห็นของแพทย์ที่ทำการตรวจผู้ป่วย ในกรณีที่การวินิจฉัยในแบบบันทึกการรักษาของโรงพยาบาลไม่สมบูรณ์

1.4 ลักษณะสำคัญทางคลินิก

การบรรยายลักษณะสำคัญทางคลินิกของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) จะประกอบด้วยการบรรยายลักษณะสำคัญทางคลินิกของแต่ละชนิด โดยบรรยายทั้งที่เป็น episode และ disorder ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.4.1 Major depressive episode

ลักษณะอาการสำคัญทางคลินิก

ผู้ป่วย Major depressive episode จะมีอาการสำคัญ คือ เศร้า ไม่สนใจใฝ่ดี (lost of interest) ไม่ร่าเริง ไม่รู้สึกสนุกสนาน (Loss of pleasure) ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกสิ้นหวัง (hopeless) รู้สึกตนเองไม่มีค่า (Worthless) รู้สึกว่าพลังงานลดลง (reduced energy) เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ทำงานเสร็จยาก (difficult to finishing tasks) ขาดแรงจูงใจที่จะริเริ่มงานใหม่ๆ การเรียนและการงานถูกกระทบกระเทือน

อาการทาง vegetative ของผู้ป่วย major depressive episode จะผิดปกติ ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ ผู้ป่วยจะตื่นแต่เช้ามืด (terminal insomnia) ตื่นบ่อย ในขณะที่เมื่อผู้ป่วยตื่นก็จะหมกมุ่นคิดถึงแต่ปัญหา ความอยากอาหารลดลง น้ำหนักตัวลด ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการอยากอาหาร น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น นอนหลับมากขึ้น อาการเช่นนี้เรียกว่า atypical depression อาการผิดปกติอื่นๆทาง vegetative ได้แก่ ระบุผิดปกติ ความต้องการทางเพศ และการมีกิจกรรมทางเพศลดลง

ผู้ป่วย major depressive episode จะมีอาการผิดปกติทางการรู้คิด (cognition) เช่น ไม่มีสมาธิ (concentrate) หรือมีความบกพร่องของการคิด ทำให้ไม่สามารถคิดคำนวณเลขได้ ผู้ป่วยจำนวน 2 ใน 3 จะมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 10- 15 จะฆ่าตัวตายสำเร็จ อาการอื่นๆ ในขณะที่ผู้ป่วยกำลังป่วยเป็น major depressive episode ได้แก่ อาการวิตกกังวล โดยเฉพาะผู้ป่วย atypical depression จะมีอาการวิตกกังวลอย่างรุนแรง ผู้ป่วยที่มีอาการไม่

รุนแรงมักจะไปพบแพทย์ด้วยปัญหาอาการทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ จุกแน่นลิ้นปี่ แน่นหน้าอก และอื่นๆ อาการเหล่านี้เรียกว่า masked depression ผู้ป่วยบางรายก็ไม่ได้ตระหนักว่าตนเองกำลังมีอาการซึมเศร้า ทั้งที่มีอาการแยกตัวออกจากครอบครัวและเพื่อน แยกตนเองออกจากกิจกรรมที่เคยสนใจ ในผู้ป่วยเด็กอาจมีอาการเกาะติดบิดา มารดา มากกว่าปกติ กลัวโรงเรียน (School phobia) ผลการเรียนไม่ดี มีการเสพยาเสพติด หนีออกจากบ้าน เป็นต้น (Kaplan and Sadock, 2005)

1.4.2 Manic episode

ลักษณะอาการสำคัญทางคลินิก

อาการด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกมีความสุขมาก (Elated mood) อารมณ์ดี หรือ หงุดหงิด (Irritability) เป็นอาการสำคัญ มีการแสดงออกของอารมณ์หรือความต้องการอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่คำนึงถึงผู้อื่น หรือกฎเกณฑ์ของสังคม ญาติหรือผู้ใกล้ชิด จะบอกว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากเดิมจนผิดปกติ บางรายเมื่อถูกขัดใจ หรือถูกห้ามปรามไม่ให้เกิดทำ ในสิ่งที่ต้องการจะมีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวอย่างรุนแรง จนทำให้เกิดปัญหาตามมาได้

อาการด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยจะรู้สึกคึกคัก มีกำลังวังชา ชยันมากกว่าปกติ แต่ผลผลิตของงานมักออกมาไม่ดี ชอบพูดคุยทักทายผู้อื่นแม้กับคนที่ตนเองไม่รู้จัก พูดมาก พูดเร็ว มีกิจกรรมทางเพศเพิ่มมากขึ้น ใช้จ่ายเงินฟุ่มเฟือย ความต้องการนอนลดลง บางรายอาจจะมีพฤติกรรม ถดถอยอย่างมากถึงกับเล่นอุจจาระ ปัสสาวะของตนเองก็มี ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถยับยั้งพฤติกรรมของตนเองได้ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีปัญหาการใช้สารเสพติด หรือมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม หรือพยายามฆ่าตัวตาย

อาการด้านความคิด ผู้ป่วยจะมีความคิดสร้างสรรค์มากมาย มีโครงการต่างๆ ที่อยากทำหลายอย่าง ซึ่งเมื่อผู้อื่นพิจารณาดูแล้วพบว่าเกินกำลังที่ผู้ป่วยสามารถจะทำได้ มีความคิดแล่นเร็ว (Flight of idea) วอกแวก (Distractibility) และมีความเชื่อมั่นในตัวเองสูง ร่วมกับมีการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม ไม่รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ผู้ป่วยมักมีความคิดหมกมุ่นกับเรื่องศาสนา ปรัชญา การเมือง การเงิน เรื่องเพศ หรือมีความคิดว่าจะถูกทำร้าย (persecutory) การหมกมุ่นมากๆ ในเรื่องใดจะนำไปสู่อาการหลงผิดในเรื่องนั้นๆ ในรายที่เป็นรุนแรงจะพบว่ามีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนร่วมด้วย (Kaplan and Sadock, 2005)

1.4.3 Hypomanic episodes

ลักษณะอาการสำคัญทางคลินิก

ภาวะ Hypomania เป็น แม่น้ำที่ความรุนแรงไม่ถึงขั้นเสียหายมากนัก (disruptive) และไม่มีอาการของโรคจิต ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองมีความสุขมากกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเองก็รู้ตัว แต่ผู้ป่วยบางคนจะปฏิเสธความจริง ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการหงุดหงิด หรือทรมานใจ

(Dysphoric) แทนได้ hypomanic episode จะแตกต่างกับ manic episode ตรงที่ hypomania จะไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่มากนัก ยกเว้นเป็นผู้ป่วย hypomania ที่มีอาการหงุดหงิดมากๆ เป็นเวลานานก็อาจจะกระทบหน้าที่การทำงาน และหน้าที่ทางสังคมได้ (Suppes and Dennehy, 2005)

1.4.4 Bipolar I Disorder

ลักษณะอาการสำคัญทางคลินิก

Bipolar I Disorder เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่ผู้ป่วย เคยป่วยด้วย manic episode หรือ mixed episode มักจะเริ่มเป็นในช่วงวัยรุ่น ถึงอายุ 40 ปี episode แรกของ bipolar I Disorder อาจจะเป็น manic, mixed หรือ depressive episode ที่พบมาก คือ เริ่มป่วยด้วยอาการซึมเศร้า เชื่องช้าเล็กน้อยๆ หรือนอนมากๆ นานเป็นสัปดาห์ หรือหลายสัปดาห์ หรืออาจเป็นเดือน จากนั้นก็จะกลายเป็น manic episode ผู้ป่วยบางคนเริ่มป่วยด้วย manic episode ชนิดที่มีอาการคล้ายโรคจิตเภทร่วมด้วย บางคนก็ป่วยด้วย depressive episode หลายๆ episodes ก่อน จากนั้นจึงค่อยป่วยเป็น manic episode

1.4.5 Bipolar II Disorder

ลักษณะอาการสำคัญทางคลินิก

Bipolar II Disorder เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่ผู้ป่วยป่วยทั้ง major depressive episode และ hypomanic episode ผู้ป่วยจะป่วยทั้ง 2 ชนิดเป็นแล้วเป็นอีก และเป็น major depressive episode บ่อยกว่า hypomanic episode เมื่อเทียบกับ bipolar I disorder แล้วจะเห็นว่า bipolar II มีลักษณะความเป็นสองขั้ว (bipolarity) อ่อนกว่า

1.5 การวินิจฉัยโรค

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า การจำแนกโรคทางจิตเวชที่ใช้ มีอยู่ 2 ระบบ คือ การจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM) และการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD) แต่ระบบการวินิจฉัยที่นิยมใช้กันในวงการจิตเวชของไทย คือระบบ DSM ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ซึ่งปัจจุบันที่ใช้คือ DSM ฉบับที่ 4 ซึ่งเป็นฉบับปรับปรุงใหม่ (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder- IV- TR [DSM – IV - TR]) แต่อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยและลงบันทึกในทะเบียนของราชการไทยยังกำหนดให้ใช้ระบบ ICD ขององค์การอนามัยโลกอยู่ เนื่องจากโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) ในระบบ DSM และ ICD มีแนวคิดไม่แตกต่างกัน (ชวรัตน์ ชาญศิลป์, 2544) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงขอกล่าวถึงเฉพาะเกณฑ์การวินิจฉัยของความผิดปกติทางอารมณ์ตามระบบ DSM ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 ซึ่งเป็นฉบับปรับปรุงใหม่ ของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (DSM IV- TR) เนื่องจากเป็นเกณฑ์ที่ผู้วิจัยใช้ในการคัดเลือกผู้ป่วย ดังนี้ (APA, 2000)

การวินิจฉัย Major depressive episode

ตามเกณฑ์ของ DSM – IV – TR ประกอบด้วยเกณฑ์ต่อไปนี้ คือ (APA, 2000)

1. ผู้ป่วยมีอาการดังจะกล่าวต่อไปนี้ 5 ข้อหรือมากกว่า อาการทั้งหมดที่เกิดขึ้นจะต้องเป็นระยะเวลาเดียวกัน และนาน 2 สัปดาห์ติดต่อกันเป็นอย่างน้อย อาการที่เป็นต้องทำให้การทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป อาการที่เป็น 5 ข้อ หรือมากกว่าดังจะกล่าวนั้น อย่างน้อย 1 ข้อจะต้องเป็นอาการของอารมณ์ซึมเศร้า (depressed mood) หรือไม่สนใจใฝ่ดีต่อสิ่งแวดลอม (loss of interest) หรือไม่มีความรู้สึกสนุกสนานต่อกิจกรรมใดๆ (loss of pleasure) ก็ได้ ทั้งนี้ต้องไม่นับรวมอาการที่เกิดจากโรคทางกาย และอาการที่เกิดจากการหลงผิดที่ไม่สอดคล้องกับอารมณ์เศร้า (mood - incongruent delusion) หรือประสาทหลอนที่ไม่สอดคล้องกับอารมณ์ซึมเศร้า (mood - incongruent hallucination) อาการต่างๆที่จะนับรวมกันเพื่อให้เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยมีดังนี้ คือ

1.1 อารมณ์ซึมเศร้า (depressed mood) เกือบทั้งวัน หรือเกือบทุกวัน โดยอาจเป็นการบอกเล่าของผู้ป่วย (Subjective report) หรือจากการสังเกตของผู้อื่น ในเด็กหรือวัยรุ่น อาจมีอาการหงุดหงิดได้

1.2 ความสนใจ หรือความยินดีลดลงเป็นอย่างมาก (marked diminished interest or pleasure) ในเกือบ หรือทุกเกือบกิจกรรม โดยเป็นอยู่เกือบทั้งวัน หรือเกือบทุกวัน

1.3 น้ำหนักลด (weight loss) ลงอย่างมีนัยสำคัญโดยมิได้ควบคุมอาหาร หรือ น้ำหนักเพิ่ม (weight gain) หรือมีความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้น (decrease or increase in appetite) เกือบทุกวัน ในเด็กอาจมีน้ำหนักน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

1.4 นอนไม่หลับ (insomnia) หรือนอนมากเกินไป (hypersomnia) เกือบทุกวัน

1.5 มีการเคลื่อนไหวของทางด้านจิตใจและการเคลื่อนไหว ในลักษณะเชื่องช้าลง (Psychomotor retardation) หรือกระวนกระวาย (Psychomotor agitation) เกือบทุกวัน

1.6 อ่อนเพลีย (fatigue) หรือหมดเรี่ยวแรง (loss of energy) เกือบทุกวัน

1.7 รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า (feeling of worthlessness) หรือมีความรู้สึกผิดมากเกินไปเกินความเหมาะสม (excessive or inappropriate guilty) เกือบทุกวัน

1.8 ความสามารถในการคิด หรือสมาธิลดลง (diminished ability to think or concentrate) หรือไม่สามารถตัดสินใจ (indecisiveness) ซึ่งเป็นอยู่เกือบทุกวัน

1.9 มีความคิดซ้ำๆเกี่ยวกับการตาย (recurrent thought of death) หรือมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายซ้ำๆ (recurrent suicidal ideation) โดยไม่มีการวางแผนที่ชัดเจน หรือมีการพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) หรือมีการวางแผนที่จะทำให้ฆ่าตัวตายได้สำเร็จ (committing suicide)

2. อาการดังกล่าวต้องไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสำหรับ Mixed Episode
3. อาการที่เกิดขึ้นเป็นเหตุให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานใจ (distress) อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก หรือทำให้เกิดความเสียหายหน้าที่ในด้านสังคม ด้านอาชีพ หรือด้านอื่นๆที่สำคัญ
4. อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นผลโดยตรงทางสรีรวิทยาของสารอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ยาเสพติด หรือยารักษาโรค หรือ ภาวะความเจ็บป่วยทางร่างกายทั่วไป เช่น hypothyroidism
5. อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (bereavement) ตัวอย่างเช่น ภายหลังจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก อาการดังกล่าวยังคงอยู่นานกว่า 2 เดือน หรือมีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ สูญเสียความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่อย่างมาก (marked functional impairment) มีความคิดหมกมุ่นอยู่กับความรู้สึกไร้ค่าอย่างผิดปกติ (morbid preoccupation with worthlessness) มีความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) มีอาการโรคจิต (Psychotic symptoms) หรือมีอาการด้านการเคลื่อนไหวและจิตใจอย่างเชื่องช้า (Psychomotor retardation) เช่นนี้จะป็น major depressive episode

การระบุเพื่อบอกความรุนแรงของโรค และสภาพการหายจากโรค

การระบุเพื่อบอกความรุนแรงของโรค และสภาพการหายจากโรค สำหรับ major depressive episode ที่เป็น episode ปัจจุบัน หรือที่เป็น episode ใหม่ล่าสุด ตามเกณฑ์ของ DSM- IV- TR ประกอบด้วยคำตอบต่อไปนี้ คือ

1. เป็นเล็กน้อย หมายความว่า ถ้าจำนวนอาการที่ผู้ป่วยเป็น เกินเกณฑ์ที่ต้องการในการวินิจฉัย major depressive episode ไปเพียงเล็กน้อย อาการที่เป็นจะส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทางอาชีพ หรือทางสังคม หรือต่อความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น
2. เป็นปานกลาง หมายความว่า อาการและการส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ด้านต่างๆ อยู่ระหว่างเป็นเล็กน้อยและเป็นรุนแรง
3. เป็นรุนแรงแต่ไม่มีอาการโรคจิต หมายความว่า มีอาการเกินเกณฑ์ที่ต้องการในการวินิจฉัยหลายอาการ อาการไม่สลายส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทางอาชีพ หรือทางสังคม หรือต่อความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างรุนแรง
4. เป็นรุนแรง และมีอาการโรคจิต หมายความว่า มีอาการหลงผิด และประสาทหลอนร่วมด้วย ถ้าเป็นไปได้ให้ระบุชนิดดังนี้

4.1 อาการโรคจิตสอดคล้องกับอารมณ์ที่เป็น หมายความว่า อาการหลงผิดหรือประสาทหลอน มีรายละเอียดที่สอดคล้องกับความนึกคิด ที่เป็นแบบฉบับของอารมณ์ซึมเศร้า เช่น รายละเอียดที่เป็นเรื่องไม่ดีเกี่ยวกับตนเอง สำนึกผิด ควรถูกลงโทษ หรือมีรายละเอียดที่เกี่ยวกับการเป็นโรค เกี่ยวกับความตาย nihilism เป็นต้น

4.2 อาการโรคจิตไม่สอดคล้องกับอารมณ์ที่เป็น หมายความว่า รายละเอียดของอาการหลงผิด หรือประสาทหลอน ไม่สอดคล้องกับความนึกคิดที่เป็นแบบฉบับของอารมณ์ ซึมเศร้า คือไม่มีรายละเอียดที่เกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้ คือ ตนเองไม่ดี สำนึกผิด ควรถูกลงโทษ หรือไม่มีรายละเอียดที่เกี่ยวกับการเป็นโรค เกี่ยวกับความตาย หรือ nihilism เป็นต้น อาการหลงผิด หรือประสาทหลอนกลับมีลักษณะต่อไปนี้ คือ อาการหลงผิดว่าถูกปองร้ายซึ่งไม่สัมพันธ์ หรือไม่เกี่ยวข้องกับความนึกคิดของอารมณ์ซึมเศร้า หลงผิดว่ามีความคิดของคนอื่นแปลกปลอมเข้าไปอยู่ในความคิดของตนเอง (thought insertion) หลงผิดว่าความคิดของตนเองถูกถ่ายทอดออกอากาศได้ (thought broadcasting) และอาการหลงผิดว่าถูกควบคุม (delusion of control) เป็นต้น

5. อยู่ในสภาพหายจากโรคบางส่วน หมายความว่า ยังคงมีอาการของ major depressive episode อยู่ แต่อาการไม่ครบเกณฑ์สำหรับการวินิจฉัยโรค หรือเมื่อสิ้นสุด major depressive episode แล้ว ช่วงต่อจากนี้ไปผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ที่มีนัยสำคัญของ major depressive episode อีก แต่ยั้งนานไม่เกิน 2 เดือน ถ้าเป็น major depressive episode ต่อไปอีกแล้ว ก็จะเหลือคำวินิจฉัย dysthymic disorder ไว้เพียงอย่างเดียวเท่านั้น

6. อยู่ในสภาพหายจากโรคเต็มที่ หมายความว่า ช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยไม่มีอาการ และอาการแสดงใดๆ ของ major depressive episode อีก

หรือโดยนิยาม ระยะ full remission นั้นผู้ป่วยจะต้องมีคะแนนรวมจากการประเมินโดยแบบวัด MADRS (Montgomery and Asberg, 1979) แต่กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อยู่ในระยะ Partial to full remission ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดนิยามของ full remission ในการศึกษาครั้งนี้ว่า ผู้ป่วยจะต้องมีคะแนนรวมจากการประเมินโดยแบบวัด MADRS ≤ 11 (Hawley et al.,2002)

การวินิจฉัย Manic episode

ตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR ประกอบด้วยเกณฑ์ต่อไปนี้ คือ (APA, 2000; Hines-Martin and Thomas, 2003)

1. การมีช่วงระยะที่มีอารมณ์ครื้นเครง (elevated) คึกคัก หรือหงุดหงิด (irritability) อย่างผิดปกติเป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 1 สัปดาห์ (หรือนานเท่าไรก็ได้ในกรณีที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล)

2. ในช่วงที่มีอารมณ์ผิดปกติ ผู้ป่วยต้องมีอาการต่อไปนี้ร่วมด้วย 3 (หรือมากกว่า) และถ้าอาการในข้อ 1 เป็นอาการหงุดหงิด อาการในข้อนี้จะต้องมี 4 ข้อ โดยอาการจะต้องเป็นอยู่เรื่อยๆ และต้องมีความรุนแรงถึงขั้นมีนัยสำคัญระดับหนึ่ง และอาการที่เกิดขึ้นต้องสามารถสังเกตเห็นได้ อย่างชัดเจน อาการในข้อนี้ได้แก่

2.1 ความภาคภูมิใจในตัวเองอย่างยิ่ง (inflated self-esteem) หรือรู้สึกว่าคุณค่าตนเอง เก่ง ตนเองสำคัญ ยิ่งใหญ่ (grandiosity)

2.2 ความต้องการนอนน้อยลง (decreased need for sleep)

2.3 พูดมากกว่าปกติ หรือมีความรู้สึกว่าคุณค่าต้องพูดอยู่ตลอดเวลา

2.4 มีความรู้สึกว่าคุณค่าคิดตนเองแล่นเร็ว (flight of idea)

2.5 ถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้โดยง่าย (distractibility)

2.6 มีกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเพิ่มขึ้น (goal-directed activity) ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมทางสังคม การงาน การเรียน หรือเรื่องทางเพศ หรือมีอาการทางจิตใจ และการเคลื่อนไหวแบบกระวนกระวาย (Psychomotor agitation)

2.7 เข้าไปเกี่ยวข้องกับอย่างมากในกิจกรรมที่นำมาซึ่งความยินดี (Pleasurable activity) แต่กิจกรรมดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดผลเสียตามมาภายหลัง

3. อาการดังกล่าวต้องไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสำหรับ Mixed Episode

4. อาการที่ผิดปกติต้องมีความรุนแรงถึงขั้นเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายอย่างยิ่งเกี่ยวกับหน้าที่ในด้านอาชีพ (occupational functioning) หรือกิจกรรมทางสังคม (social activity) หรือสัมพันธ์กับผู้อื่น (interpersonal relationship) หรือรุนแรงถึงขั้นต้องให้อยู่รับการรักษาภายในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง หรือต่อบุคคลอื่น หรือมีอาการแบบโรคจิต (psychotic features)

5. อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นผลโดยตรงทางสรีรวิทยาของสารอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ยาเสพติด หรือยารักษาโรค หรือ ภาวะความเจ็บป่วยทางร่างกายทั่วไป เช่น hyperthyroidism

ข้อสังเกต ถ้ามีความชัดเจนว่าอาการที่คล้ายแมนี (Manic - like episode) ซึ่งมีสาเหตุโดยตรงจากการรักษาโรคซึมเศร้า เช่น การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) การบำบัดด้วยแสง (light therapy) หรือยาต้านเศร้า (antidepressant) จะไม่นำอาการที่คล้ายแมนีนั้นรวมอยู่ในเกณฑ์การวินิจฉัยโรค bipolar I disorder

การระบุเพื่อบอกความรุนแรงของโรค และสภาพการหายจากโรค

การระบุเพื่อบอกความรุนแรงของโรค และสภาพการหายจากโรค สำหรับ manic episode ที่เป็น episode ปัจจุบัน หรือที่เป็น episode ใหม่ล่าสุด ตามเกณฑ์ของ DSM- IV- TR ประกอบด้วยคำต่อไปนี้ คือ

1. เป็นเล็กน้อย หมายความว่า มีอาการเพียงเข้าเกณฑ์ที่น้อยที่สุดของการวินิจฉัย manic episode เท่านั้น หรือมีอาการ เพียง 3- 4 อาการเท่านั้น

2. เป็นปานกลาง หมายความว่า มีกิจกรรมเพิ่มขึ้นอย่างสุดขีด หรือการตัดสินใจเสียไป (impaired)

3. เป็นรุนแรงแต่ไม่มีอาการโรคจิต หมายความว่า ต้องคอยควบคุมดูแลเกือบตลอดเวลา เพื่อป้องกันอันตรายทางกายภาพต่อตัวผู้ป่วยเอง หรือต่อบุคคลอื่น

4. เป็นรุนแรง และมีอาการโรคจิต หมายความว่า มีอาการหลงผิด และประสาทหลอนร่วมด้วย ถ้าเป็นไปได้ให้ระบุชนิดดังนี้

4.1 อาการโรคจิตสอดคล้องกับอารมณ์ที่เป็น หมายความว่า อาการหลงผิด หรือประสาทหลอน มีรายละเอียดที่สอดคล้องกับความนึกคิด ที่เป็นแบบฉบับของ manic episode เช่น พองตนว่ามีความรู้ มีอำนาจ เอกลักษณะตนเอง หรือว่าตนเองมีความสัมพันธ์พิเศษกับพระเจ้า หรือบุคคลที่มีชื่อเสียง

4.2 อาการโรคจิตไม่สอดคล้องกับอารมณ์ที่เป็น หมายความว่า รายละเอียดของอาการหลงผิด หรือประสาทหลอน ไม่สอดคล้องกับความนึกคิดที่เป็นแบบฉบับของ manic episode คือไม่มีรายละเอียดที่เกี่ยวกับการพองตนว่ามีความรู้ มีอำนาจ เอกลักษณะตนเอง หรือว่าตนเองมีความสัมพันธ์พิเศษกับพระเจ้า หรือบุคคลที่มีชื่อเสียง แต่อาการหลงผิด หรือประสาทหลอนกลับมีลักษณะต่อไปนี้ คือ อาการหลงผิดว่าถูกปองร้ายซึ่งไม่สัมพันธ์ หรือไม่เกี่ยวข้องกับ ความนึกคิดสำคัญตนเอง หลงผิดว่ามีความคิดของคนอื่นแปลกปลอมเข้าไปอยู่ในความคิดของตนเอง (thought insertion) และอาการหลงผิดว่าถูกควบคุม (delusion of control) เป็นต้น

5. อยู่ในสภาพหายจากโรคบางส่วน หมายความว่า ยังคงมีอาการของ manic episode อยู่ แต่อาการไม่ครบเกณฑ์สำหรับการวินิจฉัยโรค หรือเมื่อสิ้นสุด manic episode แล้ว ช่วงต่อจากนี้ไปผู้ป่วย ไม่มีอาการของ manic episode อีก แต่ยังนานไม่เกิน 2 เดือน

6. อยู่ในสภาพหายจากโรคเต็มที่ หมายความว่า ช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยไม่มีอาการ และอาการแสดงใดๆ ของ manic episode อีก

การระบุให้เฉพาะเจาะจงยิ่งขึ้นว่า เป็นเล็กน้อย เป็นปานกลาง เป็นรุนแรง แต่ไม่มีอาการของโรคจิต เป็นรุนแรงและมีอาการของโรคจิต ใช้ได้กับ manic episode ครั้งปัจจุบันที่มีอาการครบเกณฑ์ ส่วนคำว่าอยู่ในสภาพหายจากโรคบางส่วน อยู่ในสภาพหายจากโรคเต็มที่ ให้ใช้กับ manic episode ที่กำลังเป็นอยู่ และใน bipolar disorder

หรือโดยนิยามแล้ว ระยะ full remission นั้นผู้ป่วยจะต้องมีคะแนนรวมจากการประเมินโดยแบบวัด YMRS (Young et al., 1978) แต่กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อยู่ในระยะ Partial to full remission ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดนิยามของ full remission ในการศึกษาครั้งนี้ว่า ผู้ป่วยจะต้องมีคะแนนรวมจากการประเมินโดยแบบวัด TMRS ≤ 10 (Robb et al., 1997; Yen et al., 2002)

การวินิจฉัย Bipolar I disorder ชนิด most recent episode hypomanic

ตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR ประกอบด้วยเกณฑ์ต่อไปนี้ คือ

1. ปัจจุบันกำลังเป็น hypomanic episode (หรือล่าสุดเป็น hypomanic episode)
2. ก่อนหน้านี้อย่างน้อยที่สุดจะต้องเคยเป็น manic episode 1 ครั้งหรือ mixed episode อย่างน้อย 1 ครั้ง
3. อาการทางอารมณ์ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางคลินิกจนมีนัยสำคัญ หรือส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทางสังคม อาชีพ หรือการทำงานที่ด้านอื่นๆ ที่สำคัญ
4. mood episode ตามเกณฑ์ข้อ 1 และข้อ 2 จะต้องไม่สามารถอธิบายได้ว่าเกิดจาก Schizoaffective disorder และต้องไม่เกิดทับซ้อนไปบนโรคจิตเภท, Schizophreniform disorder, delusional disorder หรือ โรคจิตที่ยังไม่ได้ตั้งชื่อเป็นการเฉพาะเจาะจง
5. ให้ระบุให้เฉพาะเจาะจงยิ่งขึ้นในกรณีต่อไปนี้
 - 5.1 ระบุการดำเนินโรคระยะยาวว่า ช่วงที่ค่อนข้างอยู่ระหว่าง episode ของ 2 episodes สุดท้ายนั้นผู้ป่วยหายดี หรือไม่หายดี
 - 5.2 มีการเป็นตามฤดูกาล (ใช้กับ major depressive episode เท่านั้น)
 - 5.3 วงรอบของการเป็นเร็ว

การวินิจฉัย Bipolar II disorder

ตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR ประกอบด้วยเกณฑ์ต่อไปนี้ คือ

1. เป็น (หรือมีประวัติว่าเคยเป็น) major depressive episode 1 episode หรือมากกว่านี้
2. เป็น (หรือมีประวัติว่าเคยเป็น) hypomanic episode อย่างน้อยที่สุด 1 episode
3. ไม่เคยเป็น manic episode หรือ mixed episode มาก่อน
4. Mood episode ตามเกณฑ์ข้อ 1 และข้อ 2 จะต้องไม่สามารถอธิบายได้ว่าเกิดจาก Schizoaffective disorder และต้องไม่เกิดทับซ้อนไปบนโรคจิตเภท, Schizophreniform disorder, delusional disorder หรือ โรคจิตที่ยังไม่ได้ตั้งชื่อเป็นการเฉพาะเจาะจง
5. อาการที่เป็นทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางคลินิกจนมีนัยสำคัญ หรือส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทางสังคม อาชีพ หรือการทำงานที่ด้านอื่นๆ ที่สำคัญ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการแมเนีย

1. Young Mania Rating Scale (YMRS) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย Young et al. (1978) แบบวัดนี้ออกแบบมาเพื่อใช้วัดความรุนแรงของอาการแมเนีย และดูผลการเปลี่ยนแปลงต่อการรักษา และสามารถใช้ในการประเมินการกลับเป็นซ้ำของโรค ลักษณะของข้อคำถามจะมีข้อที่เป็นอาการหลักของอาการแมเนีย รวมถึงข้อที่วัดความรุนแรงมากและรุนแรงน้อยของโรค ข้อคำถามจะประกอบไปด้วย elevated mood, increased motor activity energy, sexual interest,

sleep, irritability, speech (rate and amount) language - thought disorder, content, disruptive - aggressive behavior, appearance and insight

2. **Thai Young Mania Rating Scale (TMRS)** สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Young et al. (1978) ซึ่งรณชัย คงสกนธ์ ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย (2548) ใช้วัดอาการแมเนีย 11 อาการ ได้แก่ 1) อารมณ์ครื้นเครง 2) การเพิ่มขึ้นของกิจกรรมการเคลื่อนไหว 3) ความสนใจทางเพศ 4) การนอนหลับ 5) ความหงุดหงิด 6) การพูด 7) ภาษา-ความผิดปกติของความคิด 8) เนื้อหาความคิด 9) พฤติกรรมก่อนความรุนแรงก้าวร้าว 10) ลักษณะภายนอกการแต่งตัว 11) ความเข้าใจตนเอง แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยผู้ประเมินจะต้องประเมินลักษณะอาการ และความรุนแรงของอาการตามข้อคำถามที่ระบุไว้ในแบบวัด เครื่องมือนี้เป็นแบบวัดมาตรฐานที่มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ได้ถูกนำไปใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการแมเนีย จำนวน 76 คน ได้ค่า Standardized cronbach's coefficient alpha ของทั้งฉบับจากการวัดเท่ากับ .89 และกนกรัตน์ พิมพ์รุณ (2549) ยังได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 80 คน ได้ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาคเท่ากับ .89

3. **Manic State Rating Scale** เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นที่ National Institute of Mental Health ในประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อใช้ในการประเมินผู้ป่วยแมเนีย โดยสามารถใช้ต่อเนื่องในการติดตามผลการตอบสนองต่อการรักษา แนวทางของแบบประเมิน คือ ผู้ป่วยจะถูกสังเกตพฤติกรรม 26 อย่าง ซึ่งแต่ละพฤติกรรมจะถูกประเมินในแง่ของความถี่และความรุนแรงด้วยคะแนนที่กำหนดไว้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัด Thai Young Mania Rating Scale (TMRS) เนื่องจากแบบวัดนี้มีจำนวนข้อคำถามไม่มาก ง่ายต่อการนำไปใช้ และมีค่าความเที่ยงเป็นที่ยอมรับซึ่งสามารถนำมาใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้เป็นอย่างดี

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้า

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าทั่วไปจะมีแบบวัดมากมาย ภาวะซึมเศร้าจะเป็นกลุ่มอาการ ความผิดปกติ (Syndrome) มากกว่าเป็นเพียงอาการเดียว (Single entity) ในการใช้เพื่อทำการวินิจฉัย จึงมีแนวคิดในการตั้งเกณฑ์การวัดที่แตกต่างกันไปในแต่ละแบบวัด อยู่ที่แนวคิดว่าจะมองปัญหาอาการซึมเศร้าในลักษณะใด

ในการค้นหาผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคซึมเศร้านั้น จะใช้แบบสอบถามในการคัดกรอง (Screening Questionnaires) ซึ่งจะมีการใช้กันค่อนข้างมาก แบบวัดที่พบว่าใช้อย่างแพร่หลาย ได้แก่ Beck Depression Inventory (BDI), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) และ Zung Self-Rating Depression Scale (SDS) ซึ่งทั้ง 3 แบบประเมินนี้มีการนำมาใช้ค้นหาผู้ป่วยใน Primary care settings ได้ค่อนข้างดี (รณชัย คงสกนธ์, 2549)

ในปัจจุบันประเทศไทยมีการพัฒนาแบบประเมินเป็นฉบับภาษาไทยเพื่อการวินิจฉัย และ ประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าอยู่หลายฉบับ ได้แก่ (รณชัย คงสกนธ์, 2549; สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน์, 2548)

1. Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD- 17) แบบวัดนี้ได้รับการพัฒนาโดย ศาสตราจารย์ Hamilton จิตแพทย์ชาวอังกฤษ และเริ่มมีการนำมาใช้ในปี ค.ศ. 1960 เป็นแบบวัด มาตรฐานที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และ ติดตามผลการรักษา เนื่องจากมีความแม่นยำ และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่เป็นที่ยอมรับ ว่าสามารถจำแนกระหว่างผู้ที่มีอาการและผู้ที่ไม่มีอาการได้ดี ลักษณะของแบบวัดนี้เป็นมาตร ประเมินค่าแบบเรียงลำดับ (Ordinal rating scale) แบบ 3 - 5 มาตร มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 17 ข้อ ผู้ที่ทำการทดสอบควรเป็นจิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก ผู้ที่ได้รับการอบรม หรือผู้ที่มี ประสบการณ์ในการทำงานทางจิตเวชเป็นอย่างดี

ต่อมามานิซ หล่อตระกูลและคณะ (2539) ได้พัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression เป็นฉบับภาษาไทย และได้รายงานค่าความเที่ยงโดยมีค่า interrater reliability อยู่ในเกณฑ์ดี (Kappa = 0.87) ค่า Cronbach's Alpha coefficient = 0.7380

2. Thai Depression inventory แบบวัดนี้ มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ ได้ทำการพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย และมีการนำมาใช้เมื่อปี พ.ศ. 2542 ใช้วัดความรุนแรงของ อาการซึมเศร้า ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรประเมินค่าแบบเรียงลำดับ (Ordinal rating scale) มีข้อคำถามทั้งสิ้น 20 ข้อ วัดอาการซึมเศร้า 6 ด้าน ได้แก่ 1) Anxiety 2) Suicide 3) Hypochondriasis 4) Lethargy 5) Social withdrawal 6) Psychomotor retardation

3. Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างมาจากแนวคิดของ Montgomery and Asberg (1979) ซึ่งรณชัย คงสกนธ์ และคณะ (2546) ได้พัฒนามาเป็นฉบับ ภาษาไทย เป็นแบบวัดที่ออกแบบให้ง่ายและสั้นเพื่อสามารถประเมินอาการได้รวดเร็ว เหมาะกับการใช้ประเมินทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุที่มีอาการซึมเศร้า แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อ คำถามทั้งสิ้น 10 ข้อ เป็นมาตรประเมินค่าแบบเรียงลำดับ ใช้วัดอาการซึมเศร้า 10 อาการดังนี้ คือ 1) ความซึมเศร้าที่ปรากฏให้เห็น 2) ความซึมเศร้าที่รายงาน 3) ความตึงเครียดที่อยู่ภายใน 4) การนอนหลับ ที่ลดลง 5) ความอยากอาหารลดลง 6) ปัญหาในการรวบรวมสมาธิ 7) ความอ่อนเปลี้ยเพลียแรง 8) การตอบสนองทางอารมณ์ที่ลดลง 9) ความคิดในด้านลบ 10) ความคิดฆ่าตัวตาย

4. Self Rating Depression Scale เป็นแบบวัดที่พัฒนาโดย Zung (1965) ใช้วัดความ รุนแรงของอาการซึมเศร้า ลักษณะของเครื่องมือเป็นมาตรประเมินค่าแบบเรียงลำดับ แบบ 4 มาตร มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ จากการวิเคราะห์พบว่าแบบวัดนี้มี 7 องค์ประกอบ คือ 1) Feeling of emptiness

2) Mood disorder 3) General somatic symptoms 4) Specific somatic symptoms 5) Psycho-motor symptoms 6) Suicidal ideas 7) Irritability-indecisiveness

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัด Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) เนื่องจากแบบวัดนี้มีจำนวนข้อคำถามไม่มาก ง่ายต่อการนำไปใช้ และมีค่าความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับซึ่งสามารถนำมาใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้เป็นอย่างดี

1.6 การดำเนินโรค

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (bipolar disorder) สามารถเกิดอาการครั้งแรกได้ตั้งแต่เด็กถึงผู้ใหญ่ โดยอายุเฉลี่ยที่เกิดอาการครั้งแรก คือ 21 ปี (Gelder, Mayou and Cowen, 2001; Hireld et al., 2002) แต่ถ้าแยกอัตราการเกิดอาการครั้งแรกช่วงอายุละ 5 ปี จะพบว่าอัตราการเกิดอาการครั้งแรกมากที่สุดอยู่ที่ช่วงอายุ 15 - 19 ปี รองลงมาที่ช่วงอายุ 20 - 24 ปี (Hireld et al., 2002) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 1 (bipolar I disorder) มักเกิดอาการครั้งแรกเป็นช่วงภาวะซึมเศร้า (Kaplan and Sadock, 1997) โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 1 (bipolar I disorder) เป็นโรคที่เกิดอาการซ้ำๆ ได้บ่อย โดยพบว่ากว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่มีอาการครั้งแรกจะเป็นซ้ำครั้งที่สอง (Muller- Oerlinghausen, Berghofer and Bauer, 2002) และร้อยละ 40 ถึง 50 ของผู้ป่วยจะเกิดการเป็นซ้ำครั้งที่สองในเวลา 2 ปี (Muller-Oerlinghausen, Berghofer and Bauer, 2002) ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยจะเกิดการเป็นซ้ำมากกว่า 10 ครั้ง ในตลอดช่วงชีวิต (Kaplan and Sadock, 1997) โดยมีระยะเวลาของช่วงแวมเนียเฉลี่ยนาน 6 เดือน (Gelder, Mayou and Cowen, 2001)

1.7 ผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่คุกคามต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังทางกายอื่นๆ เนื่องจากระยะเวลาของการป่วยนั้นยาวนาน เป็นไปอย่างเรื้อรัง ประกอบกับมีการกลับเป็นซ้ำสูง และมีอาการรุนแรงได้หลายครั้งตลอดชีวิต จึงทำให้โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคหนึ่งที่มีอาการหลงเหลือ หรือทุพพลภาพ (Disability) ได้มาก แม้ว่าอาการจะสงบ (พิเชษฐ ฤกษ์มรรตน์, 2547) ปัญหาดังกล่าวนี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ ดังสรุปได้ดังนี้

ผลกระทบต่อผู้ป่วย

การเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วนั้นมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในทางลบ จากการศึกษาของ Muller- Oerlinghausen, Berghofer and Bauer (2002) พบว่าผู้ป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วนั้นมีความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชาชนทั่วไป และมีแนวโน้มของการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 20- 30 เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย และ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัว

ตายมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต (Muller- Oerlinghausen, Berghofer and Bauer, 2002) โดยพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จจะเกิดขึ้นในช่วง depressive episode เป็นหลัก (Mitchell and Malhi, 2004) ในทำนองเดียวกันการป่วยในระยะแมนี (manic episode) ผู้ป่วยก็ จะมีการแสดงออกของพฤติกรรมอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ ร่วมกับมีการตัดสินใจ ทำให้ผู้ป่วย ต้องประสบกับปัญหาด้านการเงิน (Financial problem) การถูกเลิกจ้าง การติดสารเสพติด (Substance addicted) รวมไปถึงปัญหาด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Suppes and Dennehy, 2005) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอัตราการป่วยซ้ำจะมีความเสื่อมของการรู้คิด (cognitive impairment) และการทำหน้าที่ (Impaired function) ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการทำงานและการทำหน้าที่ด้านอื่นๆตามบทบาทในสังคมตามมา

ผลกระทบต่อครอบครัว

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วนั้นเป็นโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาทางจิตสังคม ซึ่งสภาพปัญหา มักจะกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) รวมทั้งคู่สมรส (Spouse) และการดูแลครอบครัว พบว่าผู้ดูแล (caregiver) ที่อยู่ใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วย มากกว่าร้อยละ 90 มีระดับความเครียดในระดับปานกลางถึงมาก โดยผู้ดูแลจะมีความกังวลถึงผลกระทบต่อ การเงิน การงานของตนเอง และความสัมพันธ์ต่อผู้อื่นในสังคมจากความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะแมนี อีกทั้งยังมีความยากลำบากในการรักษาความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ เป็นไปอย่างปกติ (Reinares et al., 2002) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมี อัตราการหย่าร้างสูงกว่าประชาชนทั่วไป (Hirchfeld et al., 2002) จากการศึกษาเปรียบเทียบการ รับรู้ภาวะการดูแลของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วย โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะมีการรับรู้ภาวะการดูแลมากกว่าโรคจิตเภท แม้ว่าบุคลากรในทีม สุขภาพจะเห็นว่าภาวะการดูแลผู้ป่วยทั้งสองโรคนี้ไม่แตกต่างกัน (Mueser et al., 1996 อ้างถึงใน กนกรัตน์ พิมพ์อรุณ, 2549)

ผลกระทบต่อสังคม

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีผลต่อความคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรงหรือการทำผิดกฎหมาย ซึ่งเป็นปัญหา ทางสังคม จากการศึกษาของ Pliszka et al. (2000) ที่ได้ทำการศึกษากลุ่มประชากร วัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ทำผิดกฎหมาย พบว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วถึงร้อยละ 20 นอกจากนี้ยังมีรายงานถึงอัตราการเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วของผู้ต้องขังในเรือนจำสูง เป็น 6 เท่าของประชากรทั่วไป (Quanbeck, Frye and Altshuler, 2003) ซึ่งจากการศึกษา โรคจิตเวชในผู้ต้องขังของไทยก็พบว่า ผู้ป่วยช่วงอาการแมนีมีร้อยละ 1.4 (ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, 2545)

ผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ

เนื่องจากผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีอัตราการฆ่าตัวตายสูง เกิดทุพพลภาพและเป็นภาระกับญาติมาก องค์การอนามัยโลก (WHO, 1990 อ้างถึงใน พิเชษฐ์ ฤกษ์, 2547) จึงจัดอันดับให้โรคนี้เป็นอันดับ 6 ของโรคทั้งหมด ที่ทำให้สูญเสียปีสมบูรณ์จากการตายก่อนวัยอันสมควร (the year of life lost due to premature mortality: YLL) และการเจ็บป่วยหรือพิการ (the years lost due to disability: YLD) ในประชากรกลุ่มอายุ 15 ถึง 44 ปี (Wood, 2000) จากการศึกษาในกลุ่มคนทำงานลูกจ้างเกือบ 4 แสนคนในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อปี ค.ศ. 1999 พบว่าใน 10 โรคแรกทางจิตเวชที่ทำให้เกิดภาระต้นทุนการรักษาและการสูญเสียผลิตภาพ (Productivity) สูง มีโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ต้องการดูแลต่อเนื่องมีต้นทุนสูงสุดและยังมีต้นทุนค่ารักษาช่วงภาวะซึมเศร้าและmania อยู่อันดับ 3 และ 8 ตามลำดับ (Goetzel et al., 2003 อ้างถึงใน พิเชษฐ์ ฤกษ์, 2547) ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการประเมินต้นทุนของปี ค.ศ. 1991 สำหรับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วไว้ประมาณ 45,200 ดอลลาร์สหรัฐต่อราย (Klienman, Lowin, Flood et al., 2003) ซึ่งจะเห็นว่าสำหรับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แม้รัฐจะรับผิดชอบต้นทุนด้านสาธารณสุขโดยตรงสูงแล้ว แต่ผลกระทบเชิงเศรษฐกิจต่อสังคมจะมีสัดส่วนสูงกว่ามาก

1.8 การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีลักษณะของอาการเจ็บป่วยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะซึมเศร้า และระยะmania ดังนั้นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจึงแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้ (อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2537; Wood, 2005)

ระยะซึมเศร้า

ด้านชีวภาพ (Biologic domain)

ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต้องมีการรวบรวมข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ แบบแผนการนอน ความสมดุลของภาวะโภชนาการ พลังกำลัง ความสนใจในการดูแลตนเอง รวมถึงด้านกระบวนการคิด และแบบแผนการมีเพศสัมพันธ์

การพยาบาลผู้ป่วยด้านนี้จะเน้นที่การให้คำปรึกษา และการให้ความรู้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนี้

1. เน้นให้ผู้ป่วยฝึกสร้างสุขนิสัยการนอนของตนเอง เพราะการนอนมีความสำคัญเนื่องจากปัญหาการนอนที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานนั้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าอาการแย่ลง
2. เน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย ว่ามีส่วนสำคัญในการช่วยให้อารมณ์เศร้าดีขึ้น และควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ด้านจิตใจ (Psychological domain)

การพยาบาลด้านจิตใจนั้นจะให้ความสำคัญกับอารมณ์ที่อยู่ภายใน (Mood) และอารมณ์ที่ผู้ป่วยแสดงออก (Affect) กระบวนการคิดและเนื้อหาของความคิด การรู้คิด (Cognition) ความจำและสมาธิ ข้อมูลที่สำคัญที่พยาบาลจะต้องทำการรวบรวมเพื่อเข้าสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย การเห็นคุณค่าในตัวเอง ความสิ้นหวัง ความสามารถในการเผชิญปัญหา ความสามารถในการตัดสินใจ ความกดดัน และความเศร้าโศกเสียใจ ซึ่งการพยาบาลด้านจิตใจนั้นไม่เพียงแต่จะให้การรักษาเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังมีการผสมผสานการบำบัดทางจิตสังคมควบคู่กันไป ได้แก่ การสอนสุขภาพจิตศึกษา การทำจิตบำบัดทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม การบำบัดพฤติกรรมความคิด (CBT) การใช้หลักพฤติกรรมบำบัด การบำบัดครอบครัวและคู่สมรส รวมถึงการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด เป็นต้น

ด้านสังคม (Social domain)

ด้านสังคมจะมุ่งที่การประเมินประวัติด้านพัฒนาการของบุคคล ครอบครัว ประวัติทางด้านจิตเวช แบบแผนของสัมพันธภาพ การสนับสนุนทางสังคม การศึกษา ประวัติการทำงาน และผลกระทบทางด้านร่างกาย หรือการถูกละเมิดทางเพศ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมถึงประวัติของสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ

ในระยะซึมเศร้านั้นผู้ป่วยจะมีลักษณะแยกตัวเองออกจากสังคม และไม่สนใจสิ่งแวดล้อม พยาบาลจะต้องมีบทบาทในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สมดุลของการทำหน้าที่ต่างๆในสังคม ตามปกติให้ได้มากที่สุด แม้ว่าผู้ป่วยจะปฏิเสธก็ตาม พยาบาลควรตั้งให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ติดต่อกับชุมชนภายนอกเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูอย่างเป็นระบบ

ระยะแมนีเย

ด้านชีวภาพ (Biological domain)

พยาบาลต้องประเมินอาการและอาการแสดงของอาการแมนีเย โดยเฉพาะในเรื่องของแบบแผนการนอน ในระยะแมนีเยนั้นผู้ป่วยมักจะนอนน้อย ซึ่งส่งผลทำให้อารมณ์หงุดหงิด และร่างกายอ่อนเพลีย เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของสัณฐานลักษณะนิสัยในช่วงที่มีอาการ นอกจากนั้นพยาบาลยังต้องมีการประเมินภาวะโภชนาการ น้ำหนัก แบบแผนการรับประทานอาหาร ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การทำงานของต่อมไทรอยด์ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของอาการแมนีเย หรือมีส่วนส่งเสริมให้อาการด้านอารมณ์แปรปรวนมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าในระยะแมนีเยผู้ป่วยจะมีความต้องการทางเพศสูง จึงจำเป็นต้องประเมินแบบแผนของการมีเพศสัมพันธ์ร่วมด้วย

ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการในระยะเฉียบพลันผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ได้รับสารอาหารและโภชนาการครบถ้วน และการเสริมสร้างสุขภาพทางร่างกาย เนื่องจากอาการของโรคในระยะนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง พยาบาลจึงจำเป็นต้องดูแลและจัดหาอาหารที่ให้พลังงานสูงแก่ผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเต็มที่ ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ไม่อยู่นิ่งอาจต้องให้การจำกัดพฤติกรรมเข้ามาช่วย เพื่อช่วยผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนได้ รวมถึงดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาครบถ้วนตามแผนการรักษา

ด้านจิตใจ (Psychological domain)

ในการประเมินด้านจิตใจนั้น ประกอบไปด้วย การรับรู้ และความคิดของผู้ป่วยที่แปรปรวนไป การใช้กลไกทางจิตที่ใช้ในการเผชิญปัญหา การเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมรุนแรง

การพยาบาลด้านจิตใจนั้นนอกจากการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาเป็นหลักแล้ว ยังต้องนำเอาการบำบัดทางจิตสังคมเข้ามาช่วยในการรักษาด้วย ได้แก่ การสอนสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) การบำบัดพฤติกรรมความคิดแบบรายบุคคล (individual cognitive-behavioral therapy) การทำจิตบำบัดรายบุคคล (individual psychotherapy) เนื่องจากยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์ในการป่วยซ้ำ หรือปัจจัยที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผล ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วไม่สามารถเข้าสู่ระยะอาการสงบได้ ซึ่งปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมานี้ ได้แก่ การขาดความต่อเนื่องในการรับประทานยา โรคอื่น ความขัดแย้งในชีวิตสมรสซึ่งนำไปสู่การหย่าร้าง แยกกันอยู่ หรือปัญหาการว่างงาน เป็นต้น ดังนั้นการบำบัดทางจิตสังคมจึงเป็นทางเลือกหนึ่งซึ่งพบว่าได้ผลดีและเป็นที่ยอมรับนอกจากการรักษาด้วยยา (Thase and Sachs, 2000 cited in wood, 2005)

ด้านสังคม (Social domain)

การเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วนั้น จะกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านสังคมและการทำหน้าที่ด้านอาชีพการงาน (Occupational functioning) เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเป็นโรคที่มักไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ในช่วงที่มีอาการเฉียบพลัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักแสดงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสังคม จึงพบมากกว่าผู้ป่วยมักให้ถูกออกจากงาน เกิดปัญหาหย่าร้าง ดังนั้นในการประเมินปัญหาด้านสังคมนั้นพยาบาลจึงต้องจำเป็นต้องประเมินผลกระทบที่เกิดจากอาการในระยะเฉียบพลันและระยะซึมเศร้าด้วย

การพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฉียบพลันนั้นจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่พยาบาลควรจัดห้องให้ผู้ป่วยมีความเป็นส่วนตัว และห่างไกลจากสิ่งกระตุ้น เนื่องจากผู้ป่วยมักเข้าไปปรบกวนและถูกล้ำสิทธิผู้อื่นอย่างมาก และผู้ป่วยกลุ่มนี้มักกระตุ้นให้ผู้ป่วยอื่นมีอาการก้าวร้าว เกิดปัญหาความรุนแรงขึ้นได้

ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมาก ในการบริหารจัดการป้องกันปัญหาความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอื่น นอกจากนั้นการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด พยาบาลควรจัดให้ผู้ป่วยที่มีลักษณะกลุ่มอาการใกล้เคียงกันได้มีโอกาสพบปะและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ปัญหาาร่วมกัน รวมถึงช่วยให้ผู้ป่วยได้จัดการกับความรู้สึกต่อตราบาปที่เกิดขึ้นจากการป่วยร่วมกัน

2. แนวคิดคุณภาพชีวิต

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายกว้าง เป็นนามธรรม (Subjective) จึงยากในการที่จะอธิบายให้เข้าใจ หรือนิยามตรงกันในแต่ละบุคคล และยังมีความหมายหลายมิติ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามการรับรู้ของบุคคล ดังนั้นจึงมีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996 อ้างถึงใน สุวัฒน์ มหัตถินรันดรกุล และคณะ, 2540) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยมของท้องถิ่นที่เขาอาศัยอยู่ มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ ซึ่งเป็นแนวคิดที่กว้าง และซับซ้อนของบุคคล

Zhan (1992) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า เป็นความพึงพอใจของบุคคลตามสภาวะความเป็นอยู่ และประสบการณ์ชีวิต รวมถึงสังคมเศรษฐกิจ (Socioeconomic) และสถานะทางสุขภาพ (Health Status)

Katsching และคณะ (1997) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ความ ผาสุก ความสุข และความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล ที่แสดงออกทั้งในทางบวกและทางลบ

Ware (1993) ได้กำหนดความหมายของคุณภาพชีวิตไว้อย่างกว้างๆ ซึ่งเป็นการอ้างอิง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) ที่สะท้อนให้เห็นถึงสุขภาพร่างกาย (Physical) สุขภาพจิต (Mental health) บทบาท (Role) และสภาวะ (Well-being) ของบุคคล

Ferrans and Powers (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความรู้สึก ผาสุกของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจแต่ละด้านของชีวิต และการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบต่างๆในชีวิต

จากนิยามข้างต้นสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของบุคคล ตามสภาวะที่ตนดำรงอยู่ ซึ่งเกิดจากการรับรู้ และการตัดสินใจของบุคคลนั้นต่อองค์ประกอบ ที่สำคัญในชีวิต

2.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตนั้นมีความหลากหลาย แตกต่างกันไปตามแนวคิดที่ศึกษา ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

ตามแนวคิดของ Zhan (1992) ได้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. ความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไป เป็นความรู้สึกพึงพอใจในทุกด้านของชีวิต บุคคลจะรับรู้โดยองค์รวมถึงความแตกต่างโดยการเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่เป็นอยู่ กับสิ่งที่คาดหวังในโลกแห่งความเป็นจริง หรืออาจกล่าวได้ว่า เป็นการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่บุคคลตั้งไว้ ซึ่งเป็นกระบวนการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขภายนอก โดยขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ลักษณะนิสัย สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของบุคคล

2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึก หรือความเชื่อเกี่ยวกับตัวเองโดยรวม หรือรายด้านในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยเกิดจากการรับรู้ปฏิกริยาของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น เป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่และเปลี่ยนแปลงได้ยาก

3. ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ หมายถึง สุขภาพที่ปราศจากโรคและความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย อาทิ ความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย อาทิ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว

4. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม คือสถานภาพทางสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกมั่นคงในชีวิต ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ (resource) ที่บุคคลสามารถหาได้จากองค์ประกอบสามประการ คือ การศึกษา อาชีพ รายได้

Ferrans and Power (1992) ได้วิเคราะห์ปัจจัยองค์ประกอบคุณภาพชีวิตไว้ โดยแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ

1. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning) ได้แก่ การดูแลสุขภาพตนเอง การพักผ่อน การทำกิจกรรมต่าง ๆ ในเวลาว่าง การมีกิจกรรมในครอบครัว การเดินทาง

2. ด้านสังคมเศรษฐกิจ (Socioeconomic) ได้แก่ ภาพความเป็นอยู่ รายได้ การทำงาน เพื่อนร่วมงาน ที่อยู่อาศัย

3. ด้านจิตวิญญาณ (Psychological spiritual) ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสงบทางจิตใจ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต ความพึงพอใจในเรื่องทั่วไป

4. ด้านครอบครัว (Family) ได้แก่ ความสุขในครอบครัว ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บุตร ภาวะสุขภาพของครอบครัว

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 6 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (WHOQOL group, 1996) ต่อมาทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตของ WHO ได้จัดองค์ประกอบใหม่โดยรวมองค์ประกอบบางด้านเข้าด้วยกัน จึงเหลือเพียง 4 องค์ประกอบ (WHOQOL group, 1996) ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) หมายถึง การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ความสุขสบาย การไม่มีความเจ็บปวด ความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับและพักผ่อน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าตนเองไม่ต้องพึ่งพายาต่างๆ หรือการรักษาทางกายแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) หมายถึง การรับรู้สภาพทางจิตใจของบุคคล เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง ภาพลักษณ์ของตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) หมายถึง การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเอง กับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ที่ตน ได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ที่ตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ที่

ตนมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าจะตนได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินหรือการวัดคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับแนวคิดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตและวัตถุประสงค์ของเรื่องที่ต้องการศึกษา รวมถึงผลกระทบจากโรคและการรักษา

Meeberg (1993) ได้เสนอเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (Objective) การประเมินด้านวัตถุวิสัย เป็นการประเมินโดยการอาศัยข้อมูลที่เป็นจริงด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจเป็นความรู้สึกที่ได้จากการสอบถาม และเจตคติของบุคคลต่อประสบการณ์ชีวิต การรับรู้ต่อสภาวะความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจของชีวิต ซึ่งน่าเชื่อถือเพราะเป็นการตัดสินคุณภาพชีวิตด้วยตัวของบุคคลนั่นเอง

Frank- Stromberg (1988 อ้างถึงใน ถนอมศักดิ์ ทองมัน, 2547) อธิบายว่า การประเมินคุณภาพชีวิต สามารถพิจารณาเลือกเครื่องมือได้หลายรูปแบบ และหลายประเด็น ดังนี้

วิธีแรก คือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ (Qualitative and quantitative data) เครื่องมือประเมินคุณภาพแบบเชิงคุณภาพเป็นการระบุประเด็นที่มีผลกระทบจากโรค ส่วนเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการระบุประเด็นคุณภาพชีวิต สามารถนำคะแนนไปรวมเป็นคะแนนรวมได้

วิธีที่ 2 คือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย และเชิงจิตวิสัย (Objective and subjective instrument) การประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย คือการประเมินคุณภาพชีวิตโดยบุคลากรสุขภาพ ผู้ประเมินสามารถสังเกตได้โดยตรง ส่วนการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย คือการที่บุคคลเป็นผู้ทำการประเมินคุณภาพชีวิตของตนเอง โดยตอบแบบสอบถาม หรือให้ข้อมูล และเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงสิ่งที่บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิต

1. The Euroqol Quality Of Life Scale (EuroQol)

เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตทั่วไป (generic health) ครอบคลุมคุณภาพชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการดูแลตนเอง (Self care) 2) ด้านกิจกรรมตามบทบาท (Role or main

activity) 3) ด้านครอบครัว 4) กิจกรรมในการพักผ่อนหย่อนใจ และ 5) ด้านความปวดและอารมณ์ (Pain and mood) ลักษณะแบบวัดแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1. เป็นแบบสอบถาม วัดสุขภาพ 5 ด้าน ลักษณะแบบวัดเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ 1) Mobility 2) Self care 3) Usual activities 4) Pain discomfort 5) Anxiety/ Depression

ส่วนที่ 2. เป็นแบบประเมินสถานะทางสุขภาพ (Health state) ลักษณะแบบวัดเป็น Visual analogue scale ตั้งแต่ 0 – 100 (Bowling, 2005)

2. Spitzer's Quality of life index (QLI)

เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย Spitzer et al (1981) ใช้ในการเปรียบเทียบด้านสถานะทางสุขภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ activity, performance of activities of daily living, perception of health, support from family and friends และ outlook on life ลักษณะแบบวัดเป็นแบบ Uniscale เริ่มตั้งแต่คุณภาพชีวิตต่ำสุดจนถึงคุณภาพชีวิตสูงสุด วิธีการประเมินทำได้โดยการที่ผู้ถูกประเมินจะเป็นคนประเมินตนเอง โดยการกากบาทตำแหน่งที่ตรงกับคุณภาพชีวิตตนเองมากที่สุด (Fayers and Machim, 2000)

3. The medical Outcome Study (MOS) แบบวัดที่อยู่ในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้ได้แก่ แบบวัด SF - 36, SF - 20 และ SF - 12 เป็นเครื่องมือที่มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย ในลักษณะของการวัดสถานะทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต (Fayers and Machim, 2000)

4. แบบวัดคุณภาพชีวิตของ WHO มี 2 ชุด ได้แก่ ฉบับ 100 ตัวชี้วัด (WHOQOL - 100) และฉบับย่อชุด 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL - BREF) รายละเอียดมีดังนี้ (สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์, 2548)

4.1 แบบวัดคุณภาพชีวิตของ WHO ฉบับ 100 ตัวชี้วัด (WHOQOL-100) ที่กิติกร มีทรัพย์ (2537) เป็นผู้แปล ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือแบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self - report subjective) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 100 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ มีองค์ประกอบ 6 ด้าน (domain) ดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical domain)
2. ด้านจิตใจ (Psychological domain)
3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (level of independent domain)
4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships domain)
5. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental domain)
6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality religion/personal belief domain)

4.2 แบบวัดคุณภาพชีวิตของ WHO ฉบับย่อชุด 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL - BREF-THAI) ที่สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเอง มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านร่างกาย (Physical domain)
- 2) ด้านจิตใจ (Psychological domain)
- 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship)
- 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อ (WHOQOL - BREF - THAI) เนื่องจากแบบวัดนี้มีลักษณะองค์ประกอบและโครงสร้างเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อีกทั้งยังพบว่าลักษณะข้อคำถามเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน จำนวนข้อคำถามไม่มากจนเกินไป ซึ่งง่ายต่อการนำไปใช้

2.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตพบว่ามีหลายปัจจัย ซึ่งแตกต่างกันไปตามกรอบแนวคิดที่ต้องการศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต พบปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตดังนี้

Lauer (1999) ได้ทำการทบทวนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตใน mental health care พบว่ามีปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. ปัจจัยทางด้านสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านวัตถุวิสัย (Objective) ซึ่งข้อมูลจากปัจจัยทางสังคมนี้จะเป็นตัวสะท้อนให้เห็นถึงความเป็นอยู่ของบุคคลในสังคม รวมถึงอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและลักษณะของสังคมประชากรได้เป็นอย่างดี จากการศึกษพบว่าตัวแปรด้านสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตได้แก่ การศึกษา รายได้ที่อยู่อาศัย เพื่อนบ้าน (Andrew, 1986 cited in Lauer, 1999) สถานทางเศรษฐกิจ (Lehman, 1988 cited in Lauer, 1999) การว่างงาน (Unemployment) (Brenner, 1973)

2. ปัจจัยด้านจิตใจ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมาก เนื่องจากสภาวะทางอารมณ์และจิตใจของบุคคล จะส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตได้แตกต่างกัน และการรับรู้ของบุคคลนั้นมีพื้นฐานมาจากประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา ซึ่งจะส่งผลต่อการประเมินคุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัย (Subjective) (Warr, 1978 cited in Lauer, 1999) บุคคลที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ มักจะประเมินคุณภาพชีวิตตามอารมณ์ความรู้สึกของตนเองแตกต่างกันไป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตัวแปรด้านจิตใจที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความพึงพอใจ

ในชีวิต (life satisfaction) ความสุข (happiness) (Okun and Stock, 1987) การนับถือตนเอง (Self esteem) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self efficacy) (Am and Linney, 1993) อาการซึมเศร้า การปรับตัวทางสังคม (Social adjustment) (Corrigan and Buican, 1995)

3. ปัจจัยด้านการรักษา เป็นปัจจัยที่ได้รับการกล่าวถึงอย่างมากในการศึกษาคุณภาพชีวิต เพราะหากการรักษาให้ประโยชน์กับผู้ป่วยอย่างแท้จริงก็จะส่งผลต่อผู้ป่วยในระยะยาว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาและจะช่วยลดปัญหาการขาดยาได้อีกทางหนึ่ง ตัวแปรด้านการรักษาที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ อาการข้างเคียงจากยา (Lauer and Bahr, 1988; Diamond, 1985; Testa et al., 1993 cited in Lauer, 1999) ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Corrigan et al., 1990 cited in Lauer, 1999)

Rojas et al. (2008) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกับประชาชนทั่วไป และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร (demographic variables) และตัวแปรด้านอาการ (Clinical variables) กับคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชาชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วย (Duration of illness) อาการซึมเศร้า (depressive symptoms) การพึ่งพานิโคติน (nicotine dependence) และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.5 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งพอสรุปเป็นประเด็นต่างๆได้ดังนี้

2.5.1 การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกับประชาชนทั่วไป และผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบ การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกับคนปกติ พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (Sierra et al., 2005; Arnold et al., 2000) และยิ่งต่ำกว่าผู้ป่วยโรคอื่น เช่น ผู้ป่วยโรคปวดหลังเรื้อรัง (Arnold, Witzeman, Swank et al., 2004) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Atkinson et al., 1997) จากการศึกษาของ cook et al. (1996) ที่ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย พบว่าโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และการทำหน้าที่ตามบทบาทสูง แต่ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป การทำหน้าที่ทางสังคม และสุขภาพจิตต่ำอย่างมีนัยสำคัญ

2.5.2 การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกับผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่น

Atkinson et al. (1997) ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกับโรคซึมเศร้า พบว่าคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.5.3 การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีระยะของการเจ็บป่วยแตกต่างกัน

จากผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระหว่างกลุ่มที่มีอาการโรคจิต (Psychotic) และไม่มีอาการโรคจิต (nonpsychotic) ระหว่าง index episode พบว่า อาการโรคจิตไม่ได้ส่งผลให้ระดับความถี่ของการทำงานมากขึ้น (MacQueen, Young, Robb, Cooke and Joffe, 1997) จากการศึกษาเปรียบเทียบตามระยะของอาการ (across mood state) พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการแมเนีย/ แมเนียอย่างอ่อน (hypomania) มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่ม euthymia (Vojta et al., 2001)

2.6 การพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2.6.1 บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตมีดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542; จริยา คมพยัคฆ์, 2535; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

1. บทบาทในด้านการให้ความรู้ โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุน ชี้แนะให้บุคคลสามารถดึงพลังอำนาจที่มีอยู่ มาใช้ในการเยียวยาตัวเองได้อย่างเหมาะสม นั่นคือต้องมีความสามารถในเชิงวิชาชีพ โดยใช้ความรู้ทั้งศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาอื่นมา ใช้เพื่อทำความเข้าใจ เกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคล ทั้งทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ กระบวนการเจ็บป่วย การเกิดโรค รวมถึงประสบการณ์และการตอบสนองทางวิญญาณ ที่เกี่ยวข้องกับสติปัญญา การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด การเผชิญปัญหา และความเครียด เหตุการณ์ในชีวิตและระบบครอบครัว (จอมสุวรรณ์, 2542 อ้างถึงใน เห่งษ์ บันเทิงสุข, 2545)

2. บทบาทการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยทำการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย จัดหาและให้การพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยใช้ความรู้จากทฤษฎีการพยาบาลและผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข และในการวางแผนการพยาบาลนั้นจะต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วย ร่วมกับแบบแผนในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งพาตนเอง และพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพ ความแข็งแกร่ง ความชอบ ไม่ชอบของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการปฏิบัติตัว ตามแผนการพยาบาลที่ได้วางไว้อย่างต่อเนื่อง (Lubkin, 1995)

3. บทบาทการเป็นผู้บริหารจัดการ เป็นผู้นำการปรับปรุงระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ให้มีคุณภาพการให้บริการพยาบาล จัดระบบบริการให้เหมาะสม พึงทักษ์สิทธิและผลประโยชน์ ของผู้รับบริการ ให้ได้รับบริการที่เหมาะสมและเป็นธรรมชาติ พยาบาลต้องตระหนักถึงการทำงานร่วมกันเป็นทีมกับบุคลากรอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด จากการดูแล ต้องให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหนึ่งในสมาชิกของทีมสุขภาพ มีการส่งเสริมการสื่อสารที่ดีภายในทีม พร้อมทั้งต้องมีการกำหนดเป้าหมายของการทำงาน

4. บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา เป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการในด้านปัญหาสุขภาพ และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพพร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา

5. บทบาทการเป็นนักวิจัย จะต้องมีการทำวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ ศึกษาค้นคว้าติดตามผลการวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งในสาขาการพยาบาล และสาขาอื่นๆ ตลอดจนนำผลการวิจัยมาใช้เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2.6.2 กิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ผู้ป่วยจิตเวชมีความทุกข์จากการที่มีคุณภาพชีวิตบกพร่อง พยาบาลเป็นผู้ที่มีโอกาสได้ใกล้ชิด เข้าถึงการรับรู้ของผู้ป่วย เกี่ยวกับกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ การเข้าถึงการรับรู้ดังกล่าว จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลในการจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยได้ตรงตามความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วย เพราะการบำบัดที่ไม่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยจะส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ในขณะเดียวกัน (Kelly et al., 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากิจกรรมที่พยาบาลสามารถนำมาจัดเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วแบ่งออกเป็นกิจกรรม 5 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ (Pitkanen et al., 2008)

1. Empowering intervention: คือการที่พยาบาลได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับผู้ป่วย ด้วยท่าทีสนใจ ใส่ใจ สนับสนุน ส่งเสริม ให้ข้อมูลกับผู้ป่วย รวมทั้งให้โอกาสผู้ป่วยได้ตัดสินใจกระทำการต่างๆด้วยตนเอง ลักษณะของ empowering discuss นั้นจะเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิต (mental health) การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงสัมพันธ์ภาพทางสังคมอื่นๆ ซึ่งพยาบาลอาจทำเป็นรายบุคคล ในรูปของพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nurse) หรือแบบกลุ่ม ที่จัดขึ้นในรูปแบบของกิจกรรมกลุ่มที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน โดยมีพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการ ร่วมรับฟัง และแสดงความสนใจในรายละเอียดต่างๆเกี่ยวกับ แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมรวมถึงบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย

เช่น ครอบครัว เพื่อน สัตว์เลี้ยง และสถานการณ์ด้านการเงิน ชีวิตการทำงาน ตลอดจนทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาด้วยตนเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลต่างๆอย่างเหมาะสม

2. Social intervention : คือ การที่พยาบาลได้พบกับครอบครัวของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสติดต่อกับสังคม และกลับไปเยี่ยมบ้านในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยใน ผู้ป่วยได้ให้ความเห็นว่า การที่ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบกับครอบครัวนั้น ถือเป็น การส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีแก่พวกเขา รวมถึงการให้การบำบัดครอบครัว (Family intervention) การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) กับญาติและผู้ดูแล มีการศึกษายืนยันว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตทางบวกให้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ (Pekkala and Merinder., 2002 cited in Pitkanen et al., 2008; Colom and Vieta, 2004) ดังนั้นจึงจัดได้ว่า Social intervention เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างหนึ่ง

3. Activating intervention: ได้แก่ กิจกรรมประเภท อาชีวนำบัด กิจกรรมที่ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ต่างๆ (Creative activity) หรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ร่างกาย (Physical activities) เช่นเดียวกับกิจกรรมที่พยาบาลได้ให้โอกาสผู้ป่วยได้มีงานอดิเรกของตนเอง ตัวอย่างของกิจกรรมต่างๆมีดังนี้ กิจกรรมอาชีวนำบัด ได้แก่ งานประดิษฐ์ (Craft) และ handiwork กิจกรรมส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ ได้แก่ การวาดภาพ การฟังเพลง กิจกรรมทางร่างกาย เช่น การว่ายน้ำ การออกกำลังกายบริหารร่างกายในตอนเช้า หรือ การเดินออกกำลังกายบริเวณโรงพยาบาล กิจกรรมสันทนาการต่างๆ เช่น การเล่นเกมที่ทำให้เกิดความสนุกสนาน การดูทีวี หรืออ่านหนังสือที่เหมาะสมกับความสนใจของตนเอง เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมที่ถือเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นจะต้องเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล

4. Security intervention: หรือ การดูแลของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกปลอดภัย และได้รับความเคารพในสิทธิของความเป็นส่วนตัว

5. Intervention supporting physical health: เป็นการกระทำของพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพร่างกาย เช่น การให้ยา การติดตามสุขภาพะทางร่างกายของผู้ป่วย รวมถึงการสังเกตอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับ และให้โอกาสผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อน

3. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปร โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต โดยคัดเลือกตัวแปรมาจากแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกและการศึกษาของ Sierra et al. (2005) พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วซึ่งสามารถจำแนกเป็น 2 ด้าน ได้แก่

- 1) ปัจจัยด้านสังคมประชากร (Socio - demographic variables) ได้แก่ เพศ (Robb et al., 1998)
- 2) ปัจจัยด้านอาการ (Clinical variables) พบว่าอายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้า และระยะแมนีเยส ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Robb et al., 1997) การใช้สารเสพติด (Singh et al., 2005) อาการแมนีเยส (Gazalle et al., 2007) และอาการซึมเศร้า (Goldberg and Harrow, 2005; Goossens et al., 2008) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านสังคมประชากร (Sociodemographic variables)

1.1 ปัจจัยทางด้านเพศ (Gender)

เพศเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัวและสังคม ซึ่งเพศหญิงจะถูกกำหนดให้มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลงานบ้าน และความสุขสบายของสมาชิกในครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทที่รับผิดชอบ ความสามารถที่ลดลงทำให้รู้สึกตัวตนเองไม่มีค่า เกิดความรู้สึกทางลบต่อตนเอง (Servellen, Chung and Lombardi, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุของการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในเพศชาย และเพศหญิงแตกต่างกัน (Robb et al., 1998) โดยผลการศึกษาของ Benazzi (2000) และ Robb et al. (1998) พบว่า อัตราการมีภาวะซึมเศร้าในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบได้ในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย

ความสัมพันธ์ของเพศกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

Robb et al. (1998) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างเพศชาย เพศหญิง ที่ป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในระยะอารมณ์ปกติ (Euthymic mood) โดยใช้แบบวัด SF-12 พบว่าเพศหญิงมีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีคะแนน ขององค์ประกอบย่อยรายด้านต่ำในด้านความปวด (Pain) และสุขภาพร่างกาย (Physical health) อีกทั้งยังมีแนวโน้มของคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ตามบทบาทลดลงเช่นกัน ดังนั้นเพศจึงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2. ปัจจัยด้านอาการ (Clinical variables)

2.1 อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก (Age at onset)

เป็นการเริ่มต้นของการป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วครั้งแรก โดยมีอาการแสดงที่พบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วของ DSM – IV – TR หรือ ICD – 10 (สุชาติ พหลภาคย์, 2549) โดยการป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเมื่ออายุน้อย จะมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางจิตสังคมที่รุนแรงและบกพร่องมากขึ้น (Ernst and Goldberg, 2004) ซึ่งหากผู้ป่วยมีอายุเริ่มป่วยยิ่งน้อยเท่าใด ก็จะมีแนวโน้มความเสื่อมในหน้าที่การงานและสังคมรวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลงเท่านั้น (Zisook et al., 2007 อ้างถึงใน ธัญชนก พรหมภักดี และ พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2551)

ความสัมพันธ์ของอายุที่เริ่มป่วยครั้งแรกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากการศึกษาของ Robb et al. (1997) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอายุเริ่มป่วยครั้งแรกเมื่ออายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ทางสังคมในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rojas et al. (2008) ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยครั้งแรกเมื่ออายุน้อยจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตต่ำ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าอายุเริ่มป่วยครั้งแรกมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2.2 ระยะเวลาการเจ็บป่วย (Duration of illness)

ระยะเวลาของอาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบ และการแสดงของการเจ็บป่วย ซึ่งโรคเรื้อรังมักจะมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยมาเกี่ยวข้อง ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน จะทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้การเจ็บป่วยได้ 2 อย่าง ได้แก่ การเรียนรู้ทางบวกจะทำให้ผู้ป่วยมีความคุ้นเคยกับแผนการรักษา และการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสร้างแบบแผนความเข้าใจที่มีต่อการเจ็บป่วยได้ดี และยังทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Morino and Kooser, 1981 อ้างถึงใน กุลธิดาพาณิชกุล, 2536) ส่วนการเรียนรู้ทางลบ พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ หดงำลังใจ และมีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยในทางลบมากขึ้น (สุมาพร บรรณสาร, 2545)

ความสัมพันธ์ของระยะเวลาการเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากการศึกษาของ Robb et al. (1997) ที่ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการอยู่ในระยะ Euthymia จำนวน 68 คน พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วย (Duration of illness) ด้วยปัญหาทางอารมณ์ที่ยาวนานจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ และเมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษานี้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย 3 โรค พบว่าความสัมพันธ์ของระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานกับคุณภาพชีวิตเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้นระยะเวลาการเจ็บป่วยจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2.3 การใช้สารเสพติด

การใช้สารเสพติดคือการใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือ โดยวิธีอื่นๆ เข้าสู่ร่างกาย ซึ่งการใช้สารเสพติดนั้นจะส่งผลกระทบต่อให้การดำเนินโรค แย่ลง และผู้ป่วยมักขาดความสม่ำเสมอในการกินยา (ธวัชชัย ลีพิหนาด, 2548, 2549) จากการสำรวจความชุกของการใช้สารเสพติดในประเทศสหรัฐอเมริกา ช่วงต้นปี 1980 พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วนั้นมีปัญหาการใช้สารเสพติดสูงกว่าโรคจิตเวชอื่นๆ พบความชุกของการใช้สารเสพติดทั้งชนิดแอลกอฮอล์และชนิดอื่นในผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงถึงร้อยละ 51.6 (Reiger, 1990) ซึ่งจากการศึกษาของ Goldberg et al. (1999) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีประวัติการใช้สารเสพติด ไม่เพียงแต่จะมีโอกาสหายเป็นปกติช้า อันเนื่องมาจากการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาที่เลวร้าย แต่ยังมีผลทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และการทุพพลภาพนั้นจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่บกพร่อง (Quality of life impairment) (Falvo, 2005)

ความสัมพันธ์ของการใช้สารเสพติดกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากการศึกษาของ Vojta et al. (2005) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีประวัติการใช้แอลกอฮอล์ มีคุณภาพชีวิตต่ำเช่นเดียวกับการศึกษาของ Singh et al. (2005) ที่ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีประวัติการใช้สารเสพติด กับคนปกติ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการใช้สารเสพติดมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนปกติอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อพิจารณาคะแนนตามองค์ประกอบย่อยพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนปกติในทุกด้าน ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2.4 จำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้า

หมายถึงความถี่ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบบผู้ป่วยในด้วยอาการซึมเศร้า โดยมีอาการแสดงที่พบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ตามระบบ DSM – IV - TR หรือ ICD – 10 (สุชาติ พหลภาคย์, 2549) จากการศึกษาของ Berlim, Pargendler, Caldiero et al. (2004) พบว่าการที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ป่วยในระยะซึมเศร้านั้น จะมีความบกพร่องของคุณภาพชีวิตมากกว่าระยะแมนีย์ เนื่องจากช่วงเวลาที่มียาอาการซึมเศร้านี้นานกว่าช่วงเวลาที่มียาอาการ mania ถึง 3 เท่า และช่วงเวลาที่ยาวนานของภาวะซึมเศร้านี้จะก่อให้เกิดความบกพร่องของการรู้คิด (cognitive impairment) และความสามารถในการทำงาน (Berk and Dodd, 2005)

ความสัมพันธ์ของจำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

McQueen and colleague (2000) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบของการเจ็บป่วยในระยะแมนีย์ และ ระยะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อยู่ในระยะ euthymia จำนวน 62 คน พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ป่วยในระยะซึมเศร้าหลายครั้งจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ที่ป่วยในระยะแมนีย์หลายครั้ง จึงกล่าวได้ว่าจำนวนครั้งของการป่วยในแต่ละ Episode มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2.5 จำนวนครั้งของการป่วยในระยะแมนีย์

ผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงอาการของแมนีย์จะรายงานความพอใจต่อคุณภาพชีวิตสูง เนื่องจาก จะขาดการหยั่งรู้ในตนเอง (Vojta et al, 2001) ดังนั้นจึงมักพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในช่วงแมนีย์มักจะไม่คงเส้นคงวาแม้จะมีการเจ็บป่วยหลายครั้ง (Michalak, Yatham and Lam, 2005) จากการศึกษาของ Gazalle et al. (2007) ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 1 จำนวน 120 คน เปรียบเทียบกันระหว่างระยะแมนีย์ 40 คน ซึมเศร้า 40 คน และช่วงอารมณ์ปกติ (Euthymic mood) 40 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยแมนีย์รายงานคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตต่ำทุกด้าน เช่นเดียวกับกลุ่มซึมเศร้าและกลุ่มอารมณ์ปกติ แต่รายงานความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตสูง

ความสัมพันธ์ของจำนวนครั้งของการป่วยในระยะแมนีย์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

McQueen and colleague (2000) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของการเจ็บป่วยในระยะแมนีย์ และ ระยะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อยู่ในระยะ euthymia จำนวน 62 คน พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ป่วยในระยะแมนีย์หลายครั้งจะมี

คุณภาพชีวิตที่สูงกว่าผู้ที่ป่วยในระยะซึมเศร้าหลายครั้ง จึงกล่าวได้ว่าจำนวนครั้งของการป่วยในระยะ
 แม่นยำมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2.6 ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Type of Bipolar)

ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หมายถึง การวินิจฉัยจำแนกว่าเป็นโรค
 อารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 1 (Bipolar I Disorder) หรือประเภทที่ 2 (Bipolar II Disorder)
 โดยมีอาการแสดงตามที่ระบุตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามระบบ DSM
 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 ปรับปรุงใหม่ (Diagnostic Statistical Manual of Mental
 Disorder- IV- TR [DSM – IV - TR]) โดยพบว่าโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 2 เป็นโรคที่มี
 การกลับเป็นซ้ำสูงกว่าประเภทที่ 1 เนื่องจากประเภทที่ 2 ผู้ป่วยมักจะมีภาวะ hypomania หรือ
 depression ที่เกิดขึ้นใหม่บ่อยครั้งโดยไม่มีอาการของ mania เกิดขึ้น จึงทำให้การวินิจฉัยยากกว่า
 ประเภทที่ 1 (Berk and Dodd, 2005) เช่นเดียวกับผลที่ได้จากการศึกษาความเรื้อรังของโรคในผู้ป่วยนอก
 bipolar I disorder จำนวน 135 ราย และ bipolar II disorder 71 ราย ของ Judd et al. (2003) ที่พบว่าช่วง
 ระยะเวลาที่ติดตามผู้ป่วย bipolar II disorder เฉลี่ย 13.2 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาอารมณ์ซึมเศร้าอยู่
 คิดเป็นร้อยละ 51.9 ของช่วงเวลาในชีวิต มีอาการ hypomania หรือ mixed state อยู่ร้อยละ 1.4 และ 2.5
 ของช่วงเวลาในชีวิต เนื่องจาก bipolar II disorder เป็นโรคที่วินิจฉัยได้ยาก และใช้เวลานานกว่าจะวินิจฉัย
 ได้ถูกต้อง จึงเป็นโรคที่มีความเรื้อรังสูง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาบกพร่องในหน้าที่การงาน หน้าที่ใน
 ครอบครัว ปัญหาความสัมพันธ์และ ปัญหาการหย่าร้างสูงกว่าผู้ป่วย bipolar I disorder

ความสัมพันธ์ของประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากการศึกษาของ Robb et al. (1997) ที่ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อยู่ในระยะ Euthymia จำนวน 68 คน เป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์
 แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 1 (Bipolar I disorder) จำนวน 55 คน ประเภทที่ 2 (Bipolar II
 disorder) จำนวน 13 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 2
 (Bipolar II disorder) มีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 1
 (Bipolar I disorder) จึงกล่าวได้ว่าประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความสัมพันธ์กับ
 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2.7 อาการซึมเศร้า (Depressive symptoms)

หมายถึง ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงที่สังเกตเห็นได้ใน 3 ด้านหลัก ดังนี้

1) ด้านพฤติกรรม ได้แก่ ผู้ป่วยจะมีอาการเชื้อช้าของอาการทางจิตใจและการ
 เคลื่อนไหว (Psychomotor retardation) ได้แก่ มีอาการเฉื่อยชาลง พุดน้อย หรือซึมลง อาการนอน
 ไม่หลับ หรือนอนหลับมากเกินไป (Hypersomnia)

2) อาการด้านอารมณ์ ได้แก่ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า (Depressed mood) ไม่สนใจใฝ่ดีต่อสิ่งแวดล้อม (loss of interest) ไม่ร่าเริง เบื่อหน่าย หรือหงุดหงิดบ่อย รู้สึกสิ้นหวัง (hopeless) ท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า (Worthless) อ่อนเพลีย จนมีผลกระทบต่อการเรียนรู้และการทำงาน

3) อาการด้านความคิด ได้แก่ ผู้ป่วยจะมองโลกและมองตัวเองในทางลบ ผู้ป่วยมักจะตำหนิตนเอง (Self reproach) และไม่ภาคภูมิใจในตัวเอง ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่มีสมาธิและ หลงลืมง่าย

Suppes and Dennehy, (2005) ได้กล่าวว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการซึมเศร้าเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลกระทบต่อระบบการรู้คิด (Cognitive) ซึ่งความรู้คิดที่บกพร่อง (Cognitive impairment) จะส่งผลกระทบต่อเนื้อให้เกิดความเสื่อมของหน้าที่ (Functional impairment) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าอาการซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่ดีในการทำนายคุณภาพชีวิต (Zhang et al., 2006; Goldberg and Harrow, 2005; Goossens et al., 2008)

การประเมินอาการซึมเศร้า

ผู้วิจัยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale : MADRS) ของ Montgomery and Asberg (1979) ซึ่งรณชัย คงสกนธ์ และคณะ (2546) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย เป็นแบบวัดมาตรฐานที่มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย และมีการนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการซึมเศร้า จำนวน 70 คน ได้ค่า Standardized cronbach's coefficient alpha ของทั้งฉบับจากการวัดเท่ากับ .8048 และกนกรัตน์ พิมพ์รุณ (2549) ยังได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 80 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88

ความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากการศึกษาของ Olrey et al. (1998) and Ritsner et al. (2000) ระบุว่าอารมณ์ทางลบ (negative affect) ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อยู่ในภาวะซึมเศร้านั้นเป็นตัวบ่งบอกได้ถึงคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2.8 อาการแมเนีย (Manic Symptoms)

หมายถึง ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงที่สังเกตเห็นได้ใน 3 ด้านหลัก ดังนี้

1) อาการด้านพฤติกรรม ได้แก่ ผู้ป่วยจะมีอาการคึกคัก ขยันมากกว่าปกติ พุดมาก พุดเร็ว หยุดพูดไม่ได้ มีกิจกรรมทางเพศเพิ่มมากขึ้น ใช้จ่ายเงินฟุ่มเฟือย ความต้องการนอนลดลง

2) อาการด้านอารมณ์ ได้แก่ ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงของท่าทางที่บ่งบอกว่า มีความสุขมาก (Elated mood) อารมณ์ดี หรือ หงุดหงิด (Irritability) มีพฤติกรรมที่แสดงออกของ อารมณ์ หรือความต้องการอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ

3) อาการด้านความคิด ได้แก่ ผู้ป่วยจะมีความคิดอยากทำโครงการหลายอย่าง ในเวลาเดียวกัน ร่วมกับมีการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม ความคิดแล่นเร็ว (Flight of idea) วอกแวก (Distractibility) และมีความเชื่อมั่นในตัวเองสูง ในรายที่เป็นรุนแรงจะพบว่ามีอาการหลงผิดหรือ ประสาทหลอนร่วมด้วย

จากการศึกษาของ Dunner (2003) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มี อาการในระยะแมนีเย ในระหว่างช่วงที่ต้องติดตามการรักษา นั้นมักจะมีปัญหาด้าน interpersonal sensitivity และการมีอารมณ์แมนีเยยังสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมก้าวร้าว (impulsivity) ที่ลดลงและมีแนวโน้มของการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้น (Mitchell et al., 2001; Angst et al., 2002)

การประเมินอาการแมนีเย

ผู้วิจัยใช้แบบวัดอาการแมนีเย (Thai Mania Rating Scale: TMRS) ที่ รณชัย คง สกนธ์ ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย (2548) โดยพัฒนามาจากแบบวัด Young Mania Rating Scale ตามแนวคิดของ Young et al. (1978) เป็นแบบวัดมาตรฐานที่มีการนำไปใช้อย่าง แพร่หลาย และมีการนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการ แมนีเยมาแล้ว จำนวน 76 คน ได้ค่า Standardized cronbach's coefficient alpha ของทั้งฉบับจากการวัด เท่ากับ .89 และกนกรัตน์ พิมพ์รุณ (2549) ยังได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 80 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89

ความสัมพันธ์ของอาการแมนีเยกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากการศึกษาของ Gazalle et al. (2007) ที่ศึกษาอิทธิพลของอาการแมนีเยต่อ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย bipolar disorder ที่ได้รับการ วินิจฉัยตามระบบ DSM – IV ว่าเป็น Bipolar I, Bipolar II Disorder และ Not otherwise specific bipolar ที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และได้รับการรักษา ก่อนเข้าร่วมการ ศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 125 คน ผลการศึกษาพบว่าคะแนนของอาการแมนีเยมีความสัมพันธ์ทาง ลบกับคุณภาพชีวิตทุกด้าน แสดงให้เห็นว่าเมื่อความรุนแรงของอาการแมนีเยเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำลง จึงอาจกล่าวได้ว่า อาการแมนีเยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

กนกรัตน์ พิมพ์รุณ (2549) ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการในระยะ partial remission จำนวน 100 คน ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชโรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามธิบดี เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) ใช้แบบวัด SF-36 ในการวัดคุณภาพชีวิต และ 3) แบบวัดการจัดการด้วยอาการของตนเองของ Murphy and Moller (1993) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตสูงสุดในด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย รองลงมาคือการทำหน้าที่ทางสังคม และมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำสุดในด้านการถูกจำกัดบทบาทอันเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ รองลงมาคือด้านสุขภาพทั่วไป และพบคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความถี่และการรับรู้ประสิทธิผลในการจัดการกับอาการด้วยตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

Kongsakon et al. (2008) ศึกษาความรุนแรงของอาการเมเนีย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 4 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 285 ราย ใช้แบบวัด Thai Mania Rating Scale (TMRS) และแบบวัด SF-36 ในการประเมินคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ย TMRS 4.42 ± 5.87 คะแนนคุณภาพชีวิตที่ศึกษาพบว่าต่ำกว่าคะแนนของประชากรไทยทั่วไปในทุกด้านยกเว้นด้านการเจ็บป่วยทางกาย และการทำกิจกรรมทางสังคม

งานวิจัยต่างประเทศ

Robb et al. (1997) ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย 3 โรค ได้แก่ โรค Multiplesclerosis (MS) โรครูมาตอยด์ (RA) และโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) โดยใช้แบบวัด Illness Intrusiveness Rating Scale (IIRS) คู่กับ Life Event Rating Scale (LERS) เป็นเครื่องมือศึกษาคุณภาพชีวิต และทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 155 คน ที่เข้ารับการรักษาใน Clarke Institute of Psychiatry ประเทศแคนาดา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังและโรครูมาตอยด์ แต่ใกล้เคียงกับโรค Multiplesclerosis ผลการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตพบว่าประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก และระยะเวลาของการ

เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อายุ จำนวนครั้งของการป่วย ในระยะซึมเศร้า และระยะแมนีเย สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

Akinson, Zibin and Chung (1997) ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางจิตเวช 3 กลุ่มได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 69 คน โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 37 คน โรคซึมเศร้าจำนวน 35 คน โดยใช้เครื่องมือ Quality of Life Index (QLI) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท

Robb et al. (1998) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับการรับรู้คุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 69 คน ที่เข้ารับการรักษาใน Clarke Institute of Psychiatry, University of Toronto ประเทศแคนาดา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อยู่ในระยะอาการสงบมาแล้วอย่างน้อยเป็นเวลา 1 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบไปด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัด SF-12 ใช้วัดคุณภาพชีวิต แบบวัด Global Assessment Functioning (GAF) ใช้วัดการทำหน้าที่ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพศหญิงมีอาการแมนีเยครั้งแรกช้ากว่าเพศชาย และจะมีวงรอบของการป่วยเร็ว (Rapid cycling) อาการในระยะอารมณ์ผสม (mixed episode) และช่วงระยะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่าเพศหญิงมีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชายในทุกๆ ด้าน

McQueen and colleague (2000) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการเจ็บป่วยในระยะแมนีเย และระยะซึมเศร้า ที่อยู่ในระยะ euthymia จำนวน 62 คน ใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัด SF - 36 เป็นเครื่องมือศึกษาคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ป่วยในระยะซึมเศร้าหลายครั้งจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ที่ป่วยในระยะแมนีเยหลายครั้ง

Arnold et al. (2000) ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 44 คน ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง จำนวน 30 คน กับประชากรทั่วไปจำนวน 2,474 คน ใช้แบบวัด SF - 36 ในการศึกษาคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สูงกว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง

Vojta and colleagues (1998 cited in Namjoshi and Buesching, 2001) ศึกษาคุณภาพชีวิตและสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 94 ราย ในประเทศสหรัฐอเมริกา ประกอบไปด้วยผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนที่มีอาการสงบ อาการแมนีเย

อาการแมเนียอย่างอ่อน (hypomania) อารมณ์ผสม (mixed mood) และอารมณ์ซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM - IV ใช้ Euroqol thermometer (EQ - 5D) เป็นเครื่องมือในการศึกษาคุณภาพชีวิต และ SF - 12 เป็นเครื่องมือประเมินสถานะทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการสงบจะมีคะแนนสูงสุด ทั้งจากแบบวัดคุณภาพชีวิต (EQ - 5D) และสถานะทางสุขภาพ (SF - 12) รองลงมาคือผู้ที่มีอาการแมเนีย และสุดท้ายคือผู้ที่มีอารมณ์ผสมและอารมณ์ซึมเศร้า

Yatham et al. (2004) ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 1 กับประชาชนทั่วไป และศึกษาความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้าต่อคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 920 คน ที่เคยมีการเจ็บป่วยในระยะซึมเศร้ามาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้งในระยะเวลา 2 เดือน ใช้เครื่องมือ SF - 36 เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิต และแบบวัด HAM - D ใช้วัดอาการซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชาชนทั่วไปในทุกด้านขององค์ประกอบย่อย โดยมีคะแนนต่ำสุดในด้านสุขภาพจิต การทำหน้าที่ทางสังคม และบทบาททางอารมณ์ตามลำดับ และผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตพบว่า ค่าคะแนนซึมเศร้าจากแบบวัด HAM - D มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนจากแบบวัด SF - 36 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนของอาการซึมเศร้าน้อย จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีคะแนนซึมเศร้ามาก

Gazalle et al. (2005) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการแมเนียกับคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 125 คน โดยใช้แบบวัด Young Mania Rating Scale (YMRS) เป็นเครื่องมือวัดอาการแมเนีย และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL - BREF) ในการศึกษาคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่าระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอยู่ในระดับปานกลาง และผลการศึกษาความสัมพันธ์ของอาการแมเนียกับคุณภาพชีวิตพบว่าอาการแมเนียมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Singh et al. (2005) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ไม่มีการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีประวัติการใช้สารเสพติด และกลุ่มคนปกติ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มละ 40 คนเท่าๆกัน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL-BREF) Hindi version ในการศึกษาคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ไม่มีการใช้

สารเสพติดมีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางถึงระดับดี เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่าง 3 กลุ่มพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งที่ใช้และไม่ใช้สารเสพติด มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนปกติทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีประวัติการใช้สารเสพติด จะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Sierra et al. (2005) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตและตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการในระยะสงบจำนวน 50 คน ที่เข้ามาใช้บริการในเมือง Valencia เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ 1) แบบวัด Halmliton Scale for depression ใช้วัดอาการซึมเศร้า 2) แบบวัด Clinician - Administered Rating Scale for Mania (CARS - M) ใช้วัดอาการแมเนีย 3) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย ข้อมูลด้านสังคมประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงาน และข้อมูลด้านอาการ ได้แก่ อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก ระยะเวลาการเจ็บป่วย ลักษณะการเจ็บป่วยใน episode แรก จำนวนครั้งของการป่วยในระยะแมเนีย และจำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้าจนถึงปัจจุบัน ระยะเวลาของการป่วยซ้ำ นับจาก episode ก่อนหน้า คะแนนจากแบบวัด CARS - M และ Halmliton Scale for depression จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการแมเนีย และอาการซึมเศร้า ประวัติของการฆ่าตัวตาย 4) แบบวัด SF - 36 Spanish version ใช้ศึกษาคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตทุกด้านต่ำกว่าคนปกติทั่วไปอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบตัวแปรด้านสังคมประชากรกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกับคนปกติทั่วไปพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับตัวแปรเพศ สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงาน อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้าจนถึงปัจจุบัน ระยะเวลาของการป่วยซ้ำ นับจาก episode ก่อนหน้า จำนวนครั้งของการป่วยในระยะแมเนีย และจำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้า จนถึงปัจจุบัน จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการแมเนีย และอาการซึมเศร้า คะแนนจากแบบวัด CARS - M พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนจากแบบวัด Halmliton Scale for depression พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพทั่วไป การทำหน้าที่ทางสังคม สุขภาพจิต และปัญหาการทำหน้าที่อื่น เนื่องจากปัญหาทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)

Zhang et al. (2006) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบระยะของอาการต่อความสัมพันธ์ในการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและเปรียบเทียบผลการรายงานคุณภาพชีวิตระหว่างแบบวัดคุณภาพชีวิต 2 ชุด ได้แก่ แบบวัด SF - 36 กับแบบวัด Quality of Life Enjoyment and Satisfaction (QLESQ) ตัวแปรที่ทำการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ด้านสังคม - ประชากร ได้แก่ ตัวแปรอายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส และการศึกษา

2) ด้านอาการ ได้แก่ ตัวแปรระยะของอาการ [อาการซึมเศร้า ระยะอารมณ์ผสม (Mixed) อาการแมเนีย /แมเนียอย่างอ่อน อาการต่อเนื่อง (continued symptomatic) ระยะ roughening, ระยะกำลังฟื้นตัว (recovering) และระยะฟื้นตัวเต็มที่ (recovered)] อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว การใช้สารเสพติด อาการวิตกกังวล การมีโรคร่วมอื่นๆ ทางจิตเวช และ ลักษณะบุคลิกภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 2,000 คน ที่มารับบริการในโครงการ Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP - BD) ผลการศึกษาพบว่า ระยะของอาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าจะรายงานคุณภาพชีวิตต่ำสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดลงมากกว่าผู้ที่อยู่ในระยะอื่นๆ ผู้ป่วยที่มีอาการแมเนียจะรายงานคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยระยะอารมณ์ผสมและผู้ที่มีการเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ต่ำกว่าระยะฟื้นตัวเต็มที่ (recovered) ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการอย่างต่อเนื่องจะรายงานคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่มีการฟื้นตัวเต็มที่ ในขณะที่ผู้ที่ฟื้นตัวเต็มที่ จะรายงานคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่น นอกจากนี้ยังพบว่าผลการรายงานคุณภาพชีวิตเมื่อเปรียบเทียบระหว่างแบบวัด 2 ชุด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Piccinni et al. (2007) ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม 1: เป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการในระยะสงบ (Fully remitted) กลุ่ม 2: มีอาการสงบมาแล้วอย่างน้อย 2 เดือน กลุ่ม 3: มีอาการในระยะแมเนีย กลุ่ม 4: มีอาการในระยะซึมเศร้า การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบวัด SF - 36 ในการศึกษาคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่ม 1 จะมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุดในทุกด้านขององค์ประกอบย่อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม 4 ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อยู่ในกลุ่ม 2 และ กลุ่ม 3 จะมีการรายงานคุณภาพชีวิตโดยรวม การทำหน้าที่ด้านร่างกาย และสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่ม 2

Gazalle et al. (2007) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกับคนปกติ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 120 คน (เป็นผู้ป่วยที่มีอาการแมเนีย 40 คน อาการซึมเศร้า 40 คน และอารมณ์ปกติ 40 คน) และคนปกติจำนวน 40 คน ซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศบราซิล จำนวน 3 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ 1) แบบวัด Structured Clinical Interview for DSM - IV Axis I (SCID - I) ใช้เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบวัด Global Assessment of Functioning Scale (GAF) ใช้วัดการทำหน้าที่ 4) แบบวัด Halmiton Depression Rating Scale (HDRS) ใช้วัดระดับอาการซึมเศร้า 5) แบบวัด Young mania Rating Scale (YMRS) ใช้วัดระดับอาการแมเนีย และ 6) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL - BREF)

Portuguese version ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการเมเนียจะมีคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ต่ำที่สุด แต่ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับผู้ที่อยู่ในอารมณ์ปกติ และคนปกติทั่วไปแต่สูงกว่าผู้ที่มีอาการซึมเศร้า ในกลุ่มผู้ที่มีอาการเมเนียนั้นพบว่าระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

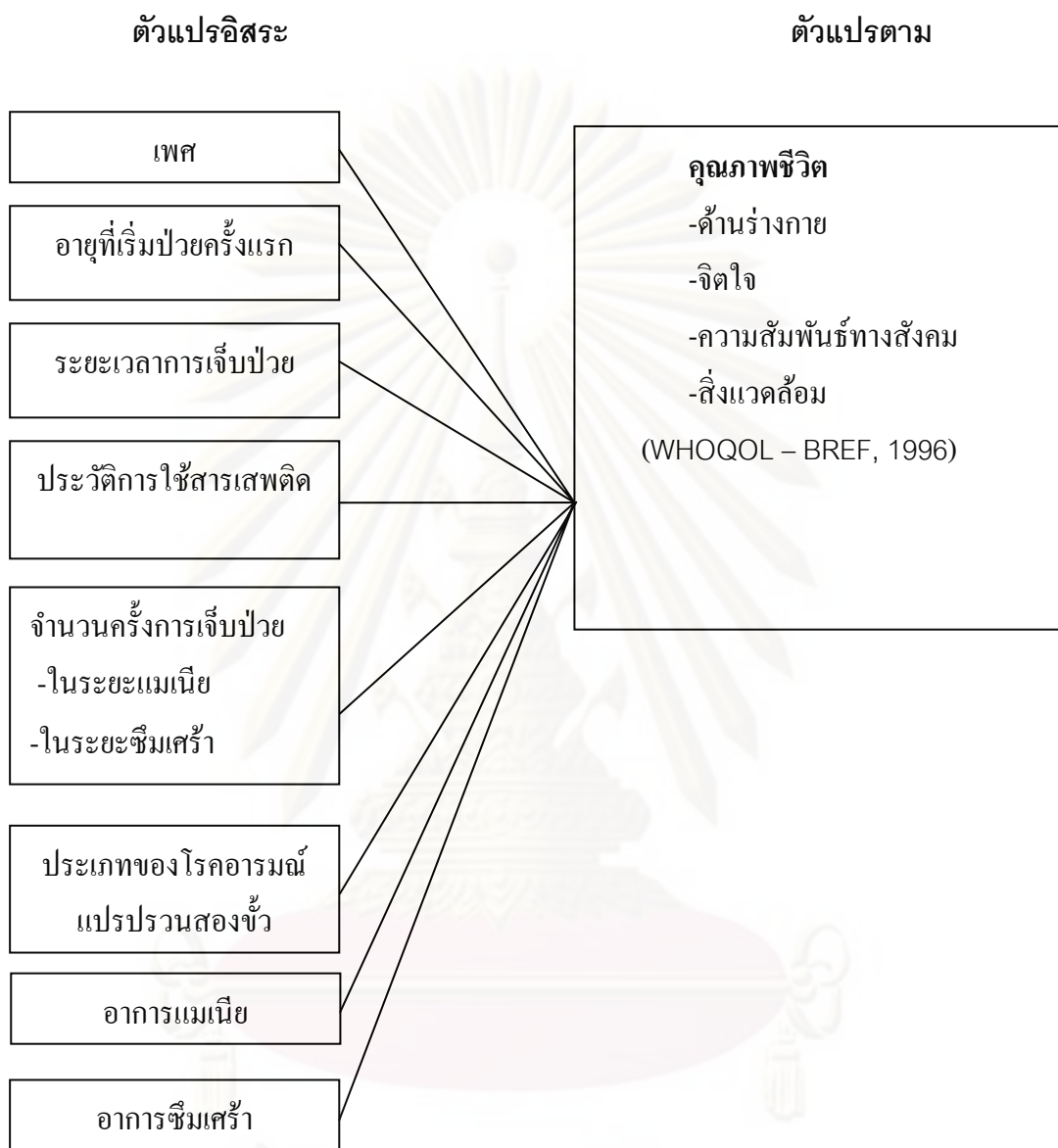
Goossens et al. (2008) ทำการศึกษาการรับรู้พยาธิสภาพของอาการทางจิต (Psychopathological symptoms) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก 5 แห่งในประเทศเนเธอร์แลนด์ จำนวน 157 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ 1) แบบวัดการรับรู้พยาธิสภาพของอาการทางจิตใช้ Dutch version of symptoms Checklist - 90 (SCL - 90) 2) คุณภาพชีวิตใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL - BREF) Dutch version ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่าประชาชนทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าอาการซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

Dias et al. (2008) ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 3 กลุ่ม ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล Santareem ประเทศโปรตุเกส จำนวน 70 คน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการในระยะสงบ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีความบกพร่องในการตระหนักรู้ตนเอง (Poor insight) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการตระหนักรู้ตนเองอยู่ในเกณฑ์ดี เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF) Portuguese version แบบวัดการตระหนักรู้ตนเอง (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder SUMD) – Short version ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระหว่างกลุ่มที่มีการรับรู้ตนเองในเกณฑ์ดี กับกลุ่มที่มีการตระหนักรู้ตนเองบกพร่องมีระดับคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้ป่วยที่มีการตระหนักรู้ตนเองบกพร่องจะมีการรายงานค่าคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีการรับรู้ตนเองในเกณฑ์ดี และผู้ที่มีอาการในระยะสงบ

Gruber et al. (2009) ทำการศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดปัญหาการนอนในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และความสัมพันธ์ของลักษณะอาการ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่สมัครเข้าร่วมโครงการของ The National Institute of Mental Health Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) จำนวน 2,024 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ 1) The Clinical Monitoring Form (CMF) ใช้ในการแบ่งกลุ่มอาการผู้ป่วย 2) Young Mania Rating Scale (YMRS) ใช้วัดอาการเมเนีย 3) Montgomery Asberg Depression Rating Scale

(MADRS) ใช้วัดอาการซึมเศร้า 4) แบบวัดการนอน ใช้การคำนวณการนอนโดยเฉลี่ย (TST) ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีระยะเวลาการนอนสั้น (SS) กลุ่มที่มีระยะเวลาการนอนปกติ (NS) และกลุ่มที่มีระยะเวลาการนอนยาว (LS) 5) แบบวัดคุณภาพชีวิตใช้ Quality of Life Enjoyment and Satisfaction-Short Form (Q-LES-Q) 6) แบบวัดการทำหน้าที่ใช้ Global Assessment Functioning (GAF) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ร้อยละ 32 เป็นผู้ที่มีระยะเวลาการนอนสั้น ร้อยละ 38 เป็นผู้ที่มีระยะเวลาการนอนปกติ ร้อยละ 23 เป็นผู้ที่มีระยะเวลาการนอนยาว ผู้ที่มีระยะเวลาการนอนสั้นจะมีลักษณะของอารมณ์ที่ผิดปกติมากขึ้น มีอายุที่ป่วยครั้งแรกเร็วขึ้น และมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ยาวนานมากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น ทั้งผู้ที่มีระยะเวลาการนอนสั้นและการนอนยาวจะมีระดับของอาการซึมเศร้ารุนแรงมากกว่ากลุ่มที่มีการนอนปกติ และมีคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ต่ำกว่ากลุ่มที่มีการนอนปกติ เช่นกัน

5. กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional Correlation Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยมีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และมารับบริการทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติและโรงพยาบาลศรีรัษฎา

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติและโรงพยาบาลศรีรัษฎา เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ที่สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ และเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลจิตเวชที่สังกัดกรมสุขภาพจิต ที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชทั่วประเทศอย่างครบวงจรครอบคลุมการให้บริการทั้ง 4 มิติ โดยเน้นหนักที่งานบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช และให้บริการด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชนทั่วประเทศ รวมถึงมีการรับผู้ป่วยจากการส่งต่อทั้งจากโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิเพื่อเข้ารับการรักษาที่จิตแพทย์และเป็นผู้ป่วยใน จึงทำให้มีผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นจำนวนมาก

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง มีดังต่อไปนี้

1 เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder)

1.1 เป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ววัยผู้ใหญ่ มีอายุระหว่าง 18- 59 ปี

1.2 สามารถพูด และฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ด้วยการเซ็นยินยอมในการให้ข้อมูล

1.3 เป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามาริบัติและโรงพยาบาลศรีรัษฎา

1.4 มีอาการอยู่ในระยะ Partial to full remission โดยมีคะแนนรวมจากการประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบวัด MADRS น้อยกว่า 11 และมีคะแนนรวมจากการประเมิน

อาการเมเนียโดยใช้แบบวัด TMRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 เนื่องจากในแต่ละระยะ ผู้ป่วยจะมีอาการแตกต่างกันและอาการเหล่านี้มีผลต่อความน่าเชื่อถือของการประเมินคุณภาพชีวิต

1.5 ไม่มีอาการทางจิตต่างๆ ดังนี้

1. มีอาการหูแว่วอย่างเห็นได้ชัดเจน โดยมีพฤติกรรมโต้ตอบกับเสียงหูแว่วที่ได้ยิน
2. มีอาการหลงผิดคิดว่าตนเองใหญ่โต มีอำนาจ ร่ำรวย มีอำนาจพิเศษเหนือกว่าผู้อื่น
3. ความคิดสับสน กระวนกระวาย ไม่สามารถอยู่นิ่งๆกับที่ได้ หรือมีโรคร่วมทางระบบประสาท

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยสูตรของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้ $N = 10k + 50$ (เมื่อ $N =$ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง $k =$ จำนวนของตัวแปรที่ศึกษา) การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรอิสระ 9 ตัวแปร ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จึงเท่ากับ 140 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นต้นจะทำการคัดเลือกผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลศรีรัฐัญญา และโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่มารับบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสุ่มแบบบังเอิญตามเกณฑ์คุณสมบัติ (Accidental sampling method) โดยทำการเก็บข้อมูลจากผู้รับบริการคนที่ 1 จนเสร็จ แล้วจึงมาเลือกผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คนต่อไปที่ถูกสุ่มได้ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบทั้งสิ้น 140 คน เนื่องจากผู้ที่มารับบริการทั้งสองโรงพยาบาลมีคุณสมบัติส่วนบุคคลไม่แตกต่างกันดังรายละเอียดในภาคผนวก จึงถือว่ามาจากประชากรกลุ่มเดียวกัน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูล โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาให้มีจำนวนโรงพยาบาลละ 70 คน เท่าๆ กัน เพื่อให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด และสามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่ศึกษาของทั้งสองโรงพยาบาลได้

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลศรีรัฐัญญา ระหว่างวันจันทร์- ศุกร์ เวลา 08.00-16.00 น. ในช่วงวันที่ 4 กรกฎาคม - 18 สิงหาคม พ.ศ. 2552 และโรงพยาบาลรามาริบัติ ในเวลา 08.00- 12.00 น. ในช่วงวันที่ 20 สิงหาคม- 30 กันยายน พ.ศ. 2552

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัยมี 4 ชุด คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบวัดอาการซึมเศร้า
3. แบบวัดอาการเมเนีย
4. แบบวัดคุณภาพชีวิต

โดยรายละเอียดของเครื่องมือมีดังต่อไปนี้

1. **แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล** ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ และเป็นปลายเปิดให้เติมข้อความ ได้แก่ เพศ อายุปัจจุบัน สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก และการใช้สารเสพติด

2. **แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale: MADRS)** สร้างมาจากแนวคิดของ Montgomery and Asberg (1979) ซึ่งรณชัย คงสกนธ์ และคณะ (2546) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย ใช้วัดอาการซึมเศร้า 10 ด้านได้แก่ 1) ความซึมเศร้าที่ปรากฏให้เห็น 2) ความซึมเศร้าที่รายงาน 3) ความตึงเครียดที่อยู่ภายใน 4) การนอนหลับที่ลดลง 5) ความอยากอาหารลดลง 6) ปัญหาในการรวบรวมสมาธิ 7) ความอ่อนเปลี้ยเพลียแรง 8) การตอบสนองทางอารมณ์ที่ลดลง 9) ความคิดในด้านลบ 10) ความคิดฆ่าตัวตาย

แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ โดยผู้ประเมินจะต้องประเมินลักษณะอาการ และความรุนแรงของอาการตามข้อความที่ระบุไว้ในแบบวัด โดยให้ค่าลำดับคะแนน เป็น 0, 2, 4, 6 หรือระหว่างค่าลำดับคะแนนนั้นก็ได้ ซึ่งก็คือ 1, 3, 5 ในบางกรณีไม่สามารถประเมินจากผู้ป่วยได้โดยตรง ก็ให้ใช้ข้อมูลแวดล้อมทางคลินิกอื่นๆ ที่เชื่อถือได้แทนการประเมิน

เครื่องมือนี้พัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back translation 2 รอบโดยนักภาษาศาสตร์ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช 5 คน พบว่ามีความครบถ้วนของเนื้อหา และเหมาะสมกับวัฒนธรรมของคนไทย ซึ่งเครื่องมือนี้ถือเป็นแบบวัดมาตรฐาน ภายหลังจากพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยแล้วได้ถูกนำไปใช้ สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการซึมเศร้า จำนวน 70 คน ได้ค่า Standardized cronbach's coefficient alpha ของทั้งฉบับจากการวัดเท่ากับ .8048 และกนกรัตน์ พิมพ์รุณ (2549) ยังได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 80 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88 ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ได้เท่ากับ .71 ซึ่งถือว่ามีเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้

การคิดค่าคะแนน ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0- 60 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Bech et al., 1993; Angst et al., 1995; Mittmann, 1997 cited in Muller et al., 2000)

0 – 17 คะแนน หมายถึง มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย

18 – 34 คะแนน หมายถึง มีอาการซึมเศร้าปานกลาง

35 - 60 คะแนน หมายถึง มีอาการซึมเศร้ามาก

3. แบบวัดอาการแมเนีย (Thai Mania Rating Scale: TMRS) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Young et al. (1978) ซึ่งรณชัย คงสกนธ์ ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย (2548) ใช้วัดอาการแมเนีย 11 ด้านได้แก่ 1) อารมณ์ครื้นเครง 2) การเพิ่มขึ้นของกิจกรรมการเคลื่อนไหว 3) ความสนใจทางเพศ 4) การนอนหลับ 5) ความหงุดหงิด 6) การพูด 7) ภาษา - ความผิดปกติของความคิด 8) เนื้อหาความคิด 9) พฤติกรรมก่อความวุ่นวายก้าวร้าว 10) ลักษณะภายนอกการแต่งตัว 11) ความเข้าใจตนเอง แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยผู้ประเมินจะต้องประเมินลักษณะอาการ และความรุนแรงของอาการตามข้อความที่ระบุไว้ในแบบวัด โดยให้ค่าลำดับคะแนน เป็น 0 - 4 คะแนน หรือผู้ประเมินสามารถให้คะแนนระหว่างตัวเลือกโดยสามารถให้ 1 หรือ ½ คะแนนได้ ในกรณีที่ระดับความรุนแรงไม่ได้เป็นไปตามตัวเลือกที่กำหนดไว้ให้

เครื่องมือนี้พัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back translation 2 รอบโดยนักภาษาศาสตร์ และผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน พบว่ามีความครบถ้วนของเนื้อหาและเหมาะสมกับวัฒนธรรมของคนไทยและเป็นแบบวัดมาตรฐานที่มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ได้ถูกนำไปใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการแมเนีย จำนวน 76 คน ได้ค่า Standardized cronbach's coefficient alpha ของทั้งฉบับจากการวัดเท่ากับ .89 และ กนกรัตน์ พิมพ์รุณ (2549) ยังได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 80 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษาแต่ต่างกลุ่มกัน จำนวน 30 คน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ได้เท่ากับ .72 แสดงว่าโดยรวมของแบบประเมินนี้สามารถนำมาใช้วัดภาวะแมเนียได้เป็นอย่างดี

การคิดค่าคะแนน ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ต่ำกว่า 13 คะแนน หมายถึง มีอาการแมเนียเล็กน้อย

14 - 20 คะแนน หมายถึง มีอาการแมเนียอย่างอ่อน

21 – 26 คะแนน หมายถึง มีอาการแมเนียปานกลาง-มาก

26 – 37 คะแนน หมายถึง มีอาการเมื่อยมาก

38 – 60 คะแนน หมายถึง มีอาการเมื่อยมากที่สุด

4. แบบวัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF-THAI) ที่สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย ใช้วัดคุณภาพชีวิต ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (Physical domain) 2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเอง ดังนี้

- 1 หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
- 2 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่
- 3 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอในระดับกลางๆ รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแยในระดับปานกลาง
- 4 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
- 5 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

การคิดค่าคะแนน ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 26 - 130 คะแนนการแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

26 - 60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

61 - 95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และ

96 - 130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เครื่องมือนี้พัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลจากฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทย- อังกฤษ ตรวจสอบความหมายของคำถามที่แปลว่าได้ความหมายตรงกับความหมายที่ WHO ต้องการและสมบูรณ์ที่สุด จากนั้นนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นประชาชนคนไทยทั่วไปจำนวน 20 คน เพื่อวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .8406 ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ได้เท่ากับ .81

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1) แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale : MADRS) ของ Montgomery and Asberg (1979) ซึ่งรณชัย คงสกนธ์ และคณะ (2546) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย เป็นแบบวัดมาตรฐานที่มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย และมีการนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการซึมเศร้า จำนวน 70 คน ได้ค่า Standardized cronbach's coefficient alpha ของทั้งฉบับจากการวัดเท่ากับ .8048 และกนกรัตน์ พิมพ์รุณ (2549) ยังได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 80 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88

2) แบบวัดอาการแมเนีย (Thai Mania Rating Scale : TMRS) ของ Young et al. (1978) ซึ่งรณชัย คงสกนธ์ ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย (2548) ภาษาไทย เป็นแบบวัดมาตรฐานที่มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย และมีการนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการ แมเนียมาแล้ว จำนวน 76 คน ได้ค่า Standardized cronbach's coefficient alpha ของทั้งฉบับจากการวัดเท่ากับ .89 และกนกรัตน์ พิมพ์รุณ (2549) ยังได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 80 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89

3) แบบวัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด ที่สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) ได้พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย เป็นแบบวัดมาตรฐานที่มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย และมีการนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชมาแล้ว พบว่าผลการรายงานค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี จึงสามารถนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้นำแบบวัดอาการซึมเศร้า และแบบวัดอาการแมเนีย มาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาใหม่ เนื่องจากเป็นแบบวัดมาตรฐานที่มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย และมีการนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมาแล้วพบว่าผลการรายงานค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี จึงสามารถนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ แต่ผู้วิจัยได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิต พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ ไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์ผู้มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Mood disorder จำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม mood disorder จำนวน 2 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ที่มีความรู้ และความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสมของเนื้อหา ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความสอดคล้องของเนื้อหาในข้อคำถามการวิจัย ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ในเรื่องของความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยปรับข้อคำถามบางข้อให้กระชับ เพื่อช่วยให้เข้าใจง่ายขึ้น เหมาะสม

ในการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งข้อคำถามที่มีการปรับปรุง

ได้แก่ ข้อ 3, 8, 9, 12, 13 และข้อ 16 สรุปได้ดังนี้

ข้อ 3. ท่านมีพลังกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)

ข้อ 8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองเพียงใด

ข้อ 9. ท่านมีความรู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลบ่อยแค่ไหน

ข้อ 12. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานอย่างที่เคยทำมาน้อยเพียงใด

ข้อ 13. ที่ผ่านมามีท่านพอใจในมิตรภาพที่มีกับคนอื่นๆมาน้อยแค่ไหน

ข้อ 16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่ท่านอยู่ตอนนี้มาน้อยเพียงใด

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำผลการพิจารณาตามความหมายค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้อง ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป โดยจัดทำเป็นตารางให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงระดับความคิดเห็นแบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 ดังนี้

คะแนน 1 หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆ ไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

คะแนน 2 หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับคำนิยามน้อย

คะแนน 3 หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆ ค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม

คะแนน 4 หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับคำนิยามมาก

คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้จากสูตร (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2549)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

เมื่อนำมาวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 7 คน พบว่า

แบบวัดคุณภาพชีวิต: มีจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนลงความเห็นในระดับ 3 และ 4 มีจำนวนทั้งสิ้น 23 ข้อ จากข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .88

การหาความเที่ยง (Reliability)

การวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

1. นำเครื่องมือชุดที่ 1 2 3 และชุดที่ 4 ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา ในช่วงวันที่ 29 มิถุนายน- 2 กรกฎาคม ซึ่งในระหว่างการเก็บข้อมูลเพื่อทดลองใช้เครื่องมือ ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี
2. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับกลับมา และลงคะแนนเพื่อเตรียมข้อมูลให้สมบูรณ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความคงที่ภายในของเครื่องมือทุกชุด รวมทั้งหมด 3 ชุด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อิทธิพลฟ้าของครอนบาค (Cronbach's alpha) ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอรายละเอียดไว้ในตาราง ดังนี้

ตารางที่ 1 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเมื่อนำไปทดลองใช้ และเมื่อนำไปเก็บข้อมูลจริง

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง	
	ข้อมูลทดลองใช้ (30 คน)	ข้อมูลเก็บจริง (140 คน)
1. แบบวัดอาการซึมเศร้า	.71	.72
2. แบบวัดอาการแฉะเนี่ย	.70	.79
3. แบบวัดคุณภาพชีวิต	.81	.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 4 กรกฎาคม- 30 กันยายน 2552 ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา และ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

1.2 เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา และคณะบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบในการทำวิจัยของโรงพยาบาลทั้งสองแห่งเพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของขั้นตอนการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนดำเนินการ

2.1 ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของทั้งสองโรงพยาบาล

2.2 ภายหลังจากได้รับการอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยโรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2.3 ผู้วิจัยดำเนินการและประสานงานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก ในการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการดังนี้

2.3.1 เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ในช่วงเวลาดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยดูจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.3.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบประเมินที่ใช้เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง หากพบว่าคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้จึงให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามส่วนต่อไป โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถาม คนละ 15 นาที

2.4 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 140 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของโรงพยาบาลศรีรัษฎาและโรงพยาบาลรามาริบัติก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยเริ่มจากการประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ รวบรวมข้อมูลบางส่วนก่อนพบผู้ป่วยจากเวชระเบียน เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด ผู้วิจัยจะประสานงานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และพยาบาลที่ประจำหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ก่อนเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อรวบรวมข้อมูล เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เพื่อขอความร่วมมือในการเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยยึดถือความสมัครใจของผู้ป่วยเป็นหลัก

เมื่อได้ผู้ป่วยที่สมัครใจในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นรายบุคคล เพื่ออธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ ประโยชน์ของการนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติ โดยแสดงให้เห็นถึงการเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์ ความยุติธรรม ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ให้ทราบว่าผู้ป่วยมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการให้บริการแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยแล้วไม่พอใจ หรือต้องการตอบแบบสอบถามต่อ สามารถบอกเลิกได้ รวมทั้งผู้วิจัยจะทำการชี้แจงข้อมูลว่าข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวม และในระหว่างเก็บข้อมูลหากพบว่าผู้ป่วยรายใดที่มีปัญหาทางจิตใจสูง ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาและมีการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดอย่างเหมาะสมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว การใช้สารเสพติด นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่ และร้อยละ

2. การศึกษาอายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการป่วยใน ระยะซึมเศร้า และระยะเมเนีย อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การศึกษาค่าคะแนนอาการซึมเศร้า อาการเมเนีย และคุณภาพชีวิต หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของแต่ละแบบวัด

4. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการป่วย ในระยะที่เริ่มแรก และระยะเมื่อย อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก กับคุณภาพชีวิต ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

และเปรียบเทียบค่า r โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ (อวยพร เรื่องตระกูล, 2551)

เมื่อ r มีค่า .8-1.0 แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์สูงมาก

เมื่อ r มีค่า .6-.79 แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์สูง

เมื่อ r มีค่า .4-.59 แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์ปานกลาง

เมื่อ r มีค่า .2-.39 แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์ต่ำ

เมื่อ r มีค่า .00-0.19 แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์ต่ำมาก

5. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรเพศ ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และการใช้สารเสพติดกับคุณภาพชีวิต ด้วยสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point Biserial Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 ข้อมูลอาการซึมเศร้า อาการเมเนีย และคุณภาพชีวิต

ตอนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต จำแนกตามเพศ การใช้สารเสพติด และประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ตอนที่ 4 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด จำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้า จำนวนครั้งของการป่วยในระยะเมเนีย ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อาการซึมเศร้า อาการเมเนียกับคุณภาพชีวิต

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางต่างๆ มีการใช้สัญลักษณ์ ดังนี้

\bar{X}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
S.D.	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
Range	หมายถึง	ค่าพิสัย
P	หมายถึง	ระดับของความมีนัยสำคัญ

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก การใช้สารเสพติด ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้า และจำนวนครั้งของการป่วยในระยะmania

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำแนกตามเพศ อายุ และสถานภาพสมรส (n = 140)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	Range	\bar{X}	S.D.
เพศ					
ชาย	65	46.4			
หญิง	75	53.6			
อายุ					
ต่ำกว่า 20 ปี	4	2.9		41.49	11.69
20 - 30 ปี	26	18.6			
31 - 40 ปี	31	22.1			
41 - 50 ปี	41	29.3			
มากกว่า 50 ปี	38	27.1			
สถานภาพสมรส					
โสด	67	47.9			
คู่	59	42.1			
หม้าย	8	5.7			
หย่า	5	3.6			
แยกกันอยู่	1	0.7			

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.6) มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี (ร้อยละ 29.3) รองลงมาคือช่วงอายุ มากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 27.1) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 41.49 ปี (S.D. = 11.689) และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส โสด (ร้อยละ 47.9) รองลงมาคือสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 42.1)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำแนกตามอาชีพ ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (n = 140)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้าง	31	22.1
ข้าราชการ	22	15.7
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	9	6.4
ค้าขาย	14	10
งานบ้าน	23	16.4
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	36	25.7
อื่นๆ	5	3.6
ประเภทของโรค		
Type I	93	66.4
Type II	34	24.3
ไม่ระบุ	13	9.3
การใช้สารเสพติด		
ใช้	38	27.1
ไม่ใช้	102	72.9

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 22.1) รองลงมาคืองานบ้าน (ร้อยละ 16.4) และข้าราชการ (ร้อยละ 15.7) ตามลำดับ

นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 1 (Bipolar I Disorder) (ร้อยละ 66.4) และส่วนใหญ่ไม่ใช้สารเสพติด (ร้อยละ 72.9)

ตารางที่ 4 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำแนกตามอายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้า และจำนวนครั้งของการป่วยในระยะแมนี (n = 140)

ตัวแปร	Range	\bar{X}	S.D.
อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก (ปี)	13- 53	29.39	9.345
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)	1-39	11.81	8.02
จำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้า	0-6	1.13	1.216
จำนวนครั้งของการป่วยในระยะแมนี	0-12	1.84	2.305

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เริ่มป่วยครั้งแรกโดยเฉลี่ยเมื่ออายุ 29.39 ปี (S.D. = 9.34) และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 11.81 ปี (S.D. = 8.02) โดยนับจากภายหลังการได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ครั้งแรก มีจำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้า โดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.13 ครั้ง (S.D. = 1.216) และมีจำนวนครั้งของการป่วยในระยะแมนีโดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.84 ครั้ง (S.D. = 2.305)

ตอนที่ 2 ข้อมูลอาการซึมเศร้า อาการเมเนีย และคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 5 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนอาการซึมเศร้า และอาการเมเนีย (n = 140)

ตัวแปร	Range	\bar{X}	S.D.	ระดับ
อาการซึมเศร้า	0 - 11	3.33	3.44	ต่ำ
อาการเมเนีย	0 - 10	1.60	2.42	ต่ำ

จากตารางที่ 5 อาการซึมเศร้ามีค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 0 - 60 คะแนน โดยผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0 - 11 คะแนน คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 (S.D. = 3.44) ซึ่งถือว่ามีอาการซึมเศร้าโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ

อาการเมเนียมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 0- 60 คะแนน โดยผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.60 (S.D. = 2.42) ซึ่งถือว่ามีอาการเมเนียโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนคุณภาพชีวิต

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดี	42	30
ปานกลาง	95	67.9
ไม่ดี	3	2.1

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.9) รองลงมาคือระดับดี (ร้อยละ 30)

ตารางที่ 7 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตโดยรวม

คุณภาพชีวิต	Range	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านสิ่งแวดล้อม	16 - 40	28.19	4.00	ปานกลาง
ด้านร่างกาย	12 - 32	24.12	3.18	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	7 - 27	20.34	3.53	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	6 - 15	10.87	1.86	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	53 - 114	89.04	11.41	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 89.04$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับ ปานกลาง โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย คือ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{X} = 28.19, 24.12, 20.34$ และ 10.87 ตามลำดับ)

ตอนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต จำแนกตามเพศ การใช้สารเสพติด และประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำแนกตามเพศ การใช้สารเสพติด และประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ด้วยการใช้สถิติทดสอบค่า t (t-test) โดยนำเสนอในรูปแบบของตารางดังนี้

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบค่า t ของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำแนกตามเพศ การใช้สารเสพติด และประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ตัวแปร	n	คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม			
		\bar{X}	S.D.	t	p - value
เพศ				- 1.38	.169
ชาย	65	87.62	11.88		
หญิง	75	90.28	10.91		
การใช้สารเสพติด				- 1.50	.136
ใช้	38	86.68	11.95		
ไม่ใช้	102	89.92	11.13		
ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว				- 1.54	.126
ประเภทที่ 1	93	88.20	11.18		
ประเภทที่ 2	34	91.16	12.50		

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระหว่างเพศชายและเพศหญิง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระหว่างผู้ที่ใช้สารเสพติดและไม่ใช้สารเสพติด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระหว่างประเภทที่ 1 และประเภทที่ 2 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 4 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด จำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้า จำนวนครั้งของการป่วยในระยะmania ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อาการซึมเศร้า อาการmaniaกับคุณภาพชีวิต

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเพศ การใช้สารเสพติด และประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกับคุณภาพชีวิต ด้วยการคำนวณหาค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล (Point Biserial Correlation) และความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้า จำนวนครั้งของการป่วยในระยะmania อาการซึมเศร้า อาการmaniaกับคุณภาพชีวิต ด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยนำเสนอค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และระดับของการมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value) ในรูปแบบของตารางดังนี้

ตารางที่ 9 ค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียลระหว่าง เพศ และการใช้สารเสพติดกับคุณภาพชีวิต (n = 140)

ปัจจัย	ค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล (r_{pb})	p - value
- เพศ	.117	.169
-การใช้สารเสพติด	.127	.136

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านเพศ และการใช้สารเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 10 ค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียลระหว่างประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกับคุณภาพชีวิต (n = 127)

ปัจจัย	ค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (r_{pb})	p - value
- ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว*	.136	.126

* n = 127 เนื่องจากแพทย์ไม่ได้ระบุการจำแนกประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทุกรายในแบบบันทึกการรักษาของโรงพยาบาล

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้า จำนวนครั้งของการป่วยในระยะแมนีเย อากาการซึมเศร้า และอาการแมนีเยกับคุณภาพชีวิต

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
- อากาการซึมเศร้า	-.620*	สูง
- อากาการแมนีเย	.366*	ต่ำ
- จำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้า	.098	-
- จำนวนครั้งของการป่วยในระยะ แมนีเย	-.138	-
- ระยะเวลาการเจ็บป่วย	-.082	-
- อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก	-.030	-

*p < 0.05

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านอายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการป่วยในซีมีเศร้า และจำนวนครั้งของการป่วยในระยะเฉียบพลัน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ อาการซีมีเศร้า ($r = -.620$)

ส่วนอาการเฉียบพลันพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .366$)



ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายความสัมพันธ์ แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Correlation Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย
2. การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ใช้สารเสพติดจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้
3. ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 2 จะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 1
4. อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
5. ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้า และอาการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
6. จำนวนครั้งของการป่วยในระยะแมนี และอาการแมนีมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติและโรงพยาบาลศรีธัญญา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติและโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 140 คน ซึ่งได้รับการสุ่มแบบบังเอิญตามเกณฑ์คุณสมบัติ คือ มีอายุระหว่าง 18 - 59 ปี สามารถพูด และฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยการยินยอมในการให้ข้อมูล มีอาการอยู่ในระยะ Partial to full remission โดยมีคะแนนรวมจากการประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบวัด MADRS

น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 และมีคะแนนรวมจากการประเมินอาการเมเนียโดยใช้แบบวัด TMRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 เนื่องจากในแต่ละระยะ ผู้ป่วยจะมีอาการแตกต่างกันและอาการเหล่านี้มีผลต่อความน่าเชื่อถือของการประเมินคุณภาพชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 4 ชุด คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด ให้เลือกตอบ และเป็นปลายเปิดให้เติมข้อความ ได้แก่ เพศ อายุปัจจุบัน สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก และการใช้สารเสพติด

2. แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale: MADRS) สร้างมาจากแนวคิดของ Montgomery and Asberg (1979) ซึ่งรณชัย คงสกนธ์ และคณะ (2546) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย ใช้วัดอาการซึมเศร้า 10 ด้าน ได้แก่ 1) ความซึมเศร้าที่ปรากฏให้เห็น 2) ความซึมเศร้าที่รายงาน 3) ความตึงเครียดที่อยู่ภายใน 4) การนอนหลับที่ลดลง 5) ความอยากอาหารลดลง 6) ปัญหาในการรวบรวมสมาธิ 7) ความอ่อนเปลี้ยเพลียแรง 8) การตอบสนองทางอารมณ์ที่ลดลง 9) ความคิดในด้านลบ 10) ความคิดฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ หากความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .72

3. แบบวัดอาการเมเนีย (Thai Mania Rating Scale: TMRS) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Young et al. (1978) ซึ่งรณชัย คงสกนธ์ ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย (2548) ใช้วัดอาการเมเนีย 11 ด้าน ได้แก่ 1) อารมณ์ครื้นเครง 2) การเพิ่มขึ้นของกิจกรรมการเคลื่อนไหว 3) ความสนใจทางเพศ 4) การนอนหลับ 5) ความหงุดหงิด 6) การพูด 7) ภาษา – ความผิดปกติของความคิด 8) เนื้อหาความคิด 9) พฤติกรรมก่อความวุ่นวายก้าวร้าว 10) ลักษณะภายนอกการแต่งตัว 11) ความเข้าใจตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .79

4. แบบวัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF THAI) ที่สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย ใช้วัดคุณภาพชีวิต ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (Physical domain) 2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบว่าค่า $CVI = .88$ และค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ $.81$

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล นำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยโรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
3. ผู้วิจัยเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงวันที่ 4 กรกฎาคม – 30 กันยายน 2552
4. จัดเตรียมข้อมูลและวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติเพื่อสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว การใช้สารเสพติด นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่ และร้อยละ
2. การศึกษาอายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการป่วยใน ระยะซึมเศร้า และระยะแมนีเย อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การศึกษาค่าคะแนนอาการซึมเศร้า อาการแมนีเย และคุณภาพชีวิต หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของแต่ละแบบวัด
4. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการป่วยใน ระยะซึมเศร้า และระยะแมนีเย อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก กับคุณภาพชีวิต ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
5. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรเพศ ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว การใช้สารเสพติดกับคุณภาพชีวิต ด้วยสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล (Point biserial correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีผลการวิจัยที่สามารถสรุปได้ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.6) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี (ร้อยละ 29.3) รองลงมาคือช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 27.1) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 41.49 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 47.9) รองลงมาคือสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 42.1) และพบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 31) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 11,550.61 บาท (S.D. = 14,044.97) ส่วนใหญ่ไม่ใช้สารเสพติด (ร้อยละ 72.9) เริ่มป่วยครั้งแรกโดยเฉลี่ยเมื่ออายุ 29.39 ปี โดยนับจากภายหลังการได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ครั้งแรก และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1- 39 ปี มีจำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้า โดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.13 ครั้ง (S.D. = 1.216) และมีจำนวนครั้งของการป่วยในระยะแมนีเนีย โดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.84 ครั้ง (S.D. = 2.305) นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 1 (Bipolar I Disorder) (ร้อยละ 66.4)

2. คะแนนคุณภาพชีวิต

2.1 จากผลการวัดคะแนนอาการซึมเศร้าพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าคะแนนของอาการซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 (S.D. = 3.44) ถือว่าอยู่ในระดับต่ำ และค่าคะแนนของอาการแมนีเนียเฉลี่ยเท่ากับ 1.60 (S.D. = 2.42) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน

2.2 ด้านคุณภาพชีวิตพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 89.04$) (ร้อยละ 67.9) รองลงมาคือระดับดี (ร้อยละ 30) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย คือ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{X} = 28.19, 24.12, 20.34$ และ 10.87 ตามลำดับ)

3. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า

1. เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. การใช้สารเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
4. อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
5. ระยะเวลาการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
6. จำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
7. จำนวนครั้งของการป่วยในระยะแมเนีย ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
8. อาการแมเนีย มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
9. อาการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 89.04$) การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมบางเรื่อง เช่น ของ Akinson et al. (1997) และ Gazalle et al. (2005) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Singh et al. (2005) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศอินเดียมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางนั้น ได้แก่ มีบริบทบางประการของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่ยังมีความสามารถในการประกอบอาชีพ ดังจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนั้นส่วนใหญ่สามารถประกอบอาชีพและมีรายได้เป็นของตนเอง (ร้อยละ 74.3) การที่ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพและเลี้ยงดูตนเองได้นั้น จะส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง การมีรายได้เป็นของตนเองก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถตอบสนองความต้องการตนเองได้ โดยที่ไม่ต้องเป็นภาระของผู้อื่น ไม่รู้สึกมีปมด้อย และพร้อมที่จะ

สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคม รวมทั้งสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ (สุจรรยา แสงเขียวงาม, 2545) เพราะการที่คนเราสามารถดำรงบทบาทของคนทำงาน และสามารถประกอบอาชีพได้นั้น จะทำให้ได้รับการยอมรับว่าเป็นคนมีคุณค่า (จันทรา ธีระสมบุญ, 2539) สอดคล้องกับ Chan (2004) ที่กล่าวไว้ว่า การทำงานนั้นมีบทบาทสำคัญในชีวิตคนเรา เพราะงานไม่เพียงแต่ทำให้มีรายได้เท่านั้น แต่ยังทำให้คนเรามีปฏิสัมพันธ์และเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้เช่นคนปกติทั่วไป และการมีส่วนร่วมในสังคมก็จะช่วยส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงระบบการดูแลผู้ป่วยของทั้งสองโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าได้มีการใช้แนวคิดของการดูแลแบบองค์รวมเป็นหลัก และปรับปรุงกลยุทธ์การให้บริการจากตั้งรับเป็นเชิงรุกมากขึ้น ด้วยการปรับเปลี่ยนรูปแบบจากการรักษาในโรงพยาบาลเป็นการดูแลที่บ้าน และมีการจัดบริการผ่านสื่อต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยที่อาศัยในชุมชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (ปัทมา ศิริเวช, 2545) โดยในส่วนของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้น ได้นำเอาแนวคิดด้านครอบครัว จิตเวชชุมชนมาผสมผสานกัน โดยให้การพยาบาลทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชน เน้นให้ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้กิจกรรมการพยาบาลที่ให้ในรูปแบบของการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการวางแผน แก้ปัญหา เน้นให้ผู้ป่วยพึ่งตนเอง และมีการติดตามผลหลังจากที่ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนแล้ว (อรพรรณ ลีอนุญัตวิชัย, 2542) ส่งผลให้ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้รับการยอมรับและใช้ชีวิตได้อย่างเช่นคนปกติทั่วไป เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการที่จะดำเนินชีวิตในชุมชน ไม่แยกตัวจากสังคม (Lubkin, 1995) เกิดความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง ซึ่งการพึงพอใจในชีวิตถือเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Lauer (1999) ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วของการศึกษาครั้งนี้ได้

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการป่วยในระยะซึมเศร้า จำนวนครั้งของการป่วยในระยะแมเนีย ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว การใช้สารเสพติด อาการซึมเศร้า และอาการแมเนีย กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า ความเป็นเพศชาย หรือความเป็นเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าเพศหญิงจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย (Robb et al., 1998) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Sierra et al. (2005) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับ

คุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Robb et al. (1998) ที่พบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชายทุกด้าน ยกเว้นด้านสุขภาพจิต ที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้เนื่องจากไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นไม่ว่าจะเกิดจากสภาวะเสื่อมของร่างกายหรือการเจ็บป่วย ย่อมที่จะแสวงหาหนทางที่จะปรับตัวยอมรับ และเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตให้ถูกต้องเหมาะสมกับสภาวะนั้นๆ (วิลลาซีนี แฝวชนะ, 2541) และในยุปัจจุบันพบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงต่างมีวิถีชีวิตที่คล้ายคลึงกัน เช่น การทำงานนอกบ้าน การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร รวมถึงระดับการศึกษา จึงทำให้ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้ไม่แตกต่างกันมากนัก อีกทั้งยังพบว่าเมื่อเพศหญิงเจ็บป่วยเพศชายยังสามารถรับผิดชอบงานในบ้านแทนได้ ดังนั้นจึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ใช้สารเสพติดและไม่ใช้สารเสพติดมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาที่ได้ครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการใช้สารเสพติดมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Singh et al., 2005) เนื่องจากการใช้สารเสพติดจะเกิดผลกระทบต่อร่างกายและสมองส่วนที่ควบคุม จนทำให้มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น อารมณ์รุนแรง สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ (Corsini and Auerbach, 1998 อ้างถึงใน ปริยศ กิตติธีระศักดิ์, 2547) รวมถึงทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพ (ลักขณา ธรรมไพโรจน์, 2536) และส่งผลให้เกิดความบกพร่องต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว (Singh et al., 2005) ก็ต่อเมื่อมีการใช้สารเสพติดในลักษณะพึ่งพา (Substance dependence) หรือเสพติด (addicted) เท่านั้น แต่จากการศึกษานี้พบว่า แต่ลักษณะของการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพียงการใช้เพียงครั้งคราวเท่านั้น ไม่ได้มีการใช้ในลักษณะเสพติดหรือพึ่งพาแต่อย่างใด และสารเสพติดที่ใช้ส่วนใหญ่ได้แก่ บุหรี่จำนวน 39 คน สุราจำนวน 23 คน และกัญชาจำนวน 3 คน แอมเฟตามีน จำนวน 4 คน และไบโครทอม จำนวน 1 คน จึงไม่ได้กระทบต่อการดำเนินชีวิตและพยาธิสภาพของโรค ดังนั้นจึงไม่พบความสัมพันธ์ของการใช้สารเสพติดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 1 และประเภทที่ 2 นั้นมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน การศึกษานี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่าประเภทของ

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่สองจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประเภทที่หนึ่ง (Robb et al., 1997) เนื่องจากโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 2 นั้นวินิจฉัยได้ยากกว่าประเภทที่ 1 จึงทำให้ผู้ป่วยจะต้องทนทุกข์ทรมานกับช่วงเวลาที่มีอาการเป็นเวลานาน ซึ่งผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประเภทที่ 2 จะมีช่วงเวลาก่อเกิดอาการซึมเศร้าได้บ่อยกว่าประเภทที่ 1 การที่ผู้ป่วยมีช่วงของอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นบ่อยครั้งและเป็นเวลานานนั้นจะส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Olrey et al., 1998; Ritsner et al., 2000) แต่ในปัจจุบันพบว่าการแพทย์เจริญก้าวหน้าไปมาก ทำให้การตรวจวินิจฉัยโรคในปัจจุบันมีความรวดเร็วและแม่นยำมากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้อย่างรวดเร็วเท่าเทียมกัน ดังนั้นผลการศึกษาที่ได้ครั้งนี้จึงมีความขัดแย้งกัน อาจเนื่องมาจากบริบทของโรงพยาบาลศรีธัญญา และรามาธิบดีนั้นเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านจิตเวชจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง และผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย ประกอบกับทั้งสองโรงพยาบาลมีระบบบริการด้านคลินิกให้คำปรึกษาและมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มผิดปกติทางอารมณ์โดยตรง ซึ่งเอื้อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอันเป็นการส่งเสริมการฟื้นฟูและกลับเข้าสู่สังคมได้เร็วขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Ruggeri et al. (2002) ที่พบว่าระบบการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มป่วยครั้งแรกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรกไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่เป็นไปตามการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอายุเริ่มป่วยครั้งแรกเมื่ออายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ทางสังคมในระดับต่ำ (Robb et al., 1997) แสดงให้เห็นว่าไม่ว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะมีอายุที่เริ่มป่วยครั้งแรกเท่าไรก็ตามแต่ ก็ไม่ได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากในสมัยก่อนการวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วนั้นวินิจฉัยได้ยาก (Berk and Dodd, 2005) ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง การดำเนินโรคจึงเป็นไปอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะมีช่วงเวลาที่อาการคงอยู่เป็นเวลานาน และมีความรุนแรงโดยเฉพาะอาการซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องต่อคุณภาพชีวิต (Bauer et al., 2001 cited in Dias et al., 2008) แต่ปัจจุบันพบว่าความก้าวหน้าทางการแพทย์ได้เจริญก้าวหน้าไปมาก การวินิจฉัยโรคและการรักษาสามารถทำได้อย่างรวดเร็ว ประกอบกับผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพได้ง่าย จึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งยังช่วยให้การวินิจฉัยโรคง่ายและมีความ

แม่นยำมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาครั้งแรกตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วย ส่งผลต่อการฟื้นฟูและการทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเองในสังคมได้อย่างคนปกติทั่วไป และในบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคั้งนี้ ส่วนใหญ่มีอายุที่เริ่มป่วยเฉลี่ยครั้งแรกเมื่ออายุ 29.39 ปี (S.D. = 9.0345) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ สามารถดูแลรับผิดชอบตนเองได้ และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า ส่วนใหญ่มีการติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และเข้ารับการรักษาคั้งตั้งแต่ระยะแรกของการเจ็บป่วย อีกทั้งยัง ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมในรูปแบบต่างๆมาแล้ว ประกอบกับมี การแสวงหาข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพ เพื่อใช้ในการดูแลตนเอง จึงทำให้อาการอยู่ในระยะสงบเป็นเวลานานและสามารถประกอบอาชีพได้ ดังนั้นผลการศึกษาคั้งนี้จึงสอดคล้องกับการศึกษาของ Singh et al. (2005) และ Sierra et al. (2005) ที่พบว่า อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรกของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยแตกต่างกัน จะมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน เนื่องจากในยุคปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีและการสื่อสารได้พัฒนาไปมาก ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ง่าย ประกอบกับมีเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยที่ทันสมัยเกิดขึ้นมากมาย ทำให้ผู้ป่วยที่ไม่ว่าจะเจ็บป่วยในระยะใดก็สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการต่างๆด้านสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว และได้รับการบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วย ซึ่งช่วยให้พยาธิสภาพของโรคนั้นไม่ลุกลามไปมาก ในส่วนของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน พบว่าระยะเวลาของการเจ็บป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ โดยผู้ป่วยจะค่อยๆเรียนรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา มีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง และผลการรักษาที่ดีขึ้น ความสามารถในการดูแลตนเองและความเชื่อมั่นในตนเองจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (อัจจวรา เบ็รื่องเวทย์ และคณะ, 2543) นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาเป็นเวลานานจะช่วยให้ผู้ป่วยค่อยๆเรียนรู้การเผชิญความเครียดที่เหมาะสม สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Kottket, 1982) เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และบุคคล ใช้ช่วงเวลาดั้งเพื่อพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น (Ray et al, 1982) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sierra et al. (2005) และ Singh et al. (2005) ที่พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งของการป่วยในระยะเวลาสี่มกราคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าจำนวนครั้งของการป่วยในระยะเวลาสี่มกราคม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าของการรักษาในยุคปัจจุบันเจริญไปมาก ทำให้ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยอาการซึมเศร้าในครั้งแรกๆ ได้รับการบำบัดอย่างถูกต้องรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการอยู่ในระยะสงบ และสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้เช่นคนปกติ แม้ว่าการป่วยด้วยอาการซึมเศร้าหลายครั้งจะส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมก็ตาม แต่วิธีการบำบัดรักษา รวมทั้งระยะเวลาที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยเข้าใจพยาธิสภาพของโรค รวมถึงวิธีการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น และสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ ประกอบกับแนวความคิดดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันได้มีการขยายขอบเขตไปสู่ชุมชนมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยและคนในชุมชนมีความรู้ในเรื่องโรคและการดูแลผู้ที่มีอาการซึมเศร้าดีขึ้น เกิดการยอมรับขึ้นในชุมชน ในบริบทของการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนครั้งของการป่วยในระยะเวลาสี่มกราคมโดยเฉลี่ยเพียง 1.13 ครั้ง (S.D. = 1.216) ซึ่งมีจำนวนครั้งไม่มากจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ต่างเคยได้รับการบำบัดทางจิตสังคมมาแล้ว ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าจำนวนครั้งของการป่วยในระยะเวลาสี่มกราคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Robb et al., 1997; Singh et al., 2005; Sierra et al. 2005)

8. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งของการป่วยในระยะเวลาแมเนียบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าจำนวนครั้งของการป่วยในระยะเวลาแมเนียบไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีจำนวนครั้งของการป่วยในระยะเวลาแมเนียบหลายครั้งไม่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำลง ผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Singh et al. (2005) และ McQueen and colleague (2000) ที่พบว่าจำนวนครั้งของการป่วยในระยะเวลาแมเนียบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามศึกษาผลการศึกษาที่ได้ครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Robb et al. (1997) และ Sierra et al. (2005) ที่พบว่า จำนวนครั้งของการป่วยในระยะเวลาแมเนียบไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้อาจอธิบายได้ว่า ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการแมเนียบผู้ป่วยจะมีอารมณ์เรื้อรัง สนุกสนาน มองคุณค่าของตัวเองสูงมากไป hyperactive ความคิดกว้างไกล ไม่หยุดนิ่ง (นันทิกา ทวีชาชาติ, 2548) ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยก็ขาดความตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยของตนเอง (Awareness of illness) แม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่

ในช่วงที่มีอาการเมเนียบ่อยๆ ก็ตาม (Dias et al., 2008) ผู้ป่วยบางรายจะรู้สึกพึงพอใจที่ตนเองอยู่ในช่วงอาการ เมเนียบ่อยหรือเมเนียบ่อยอย่างอ่อน เพราะทำให้ตนเองรู้สึกมีความสุขและมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งต่างจากช่วงที่มีผู้ป่วยอยู่ในช่วงอาการซึมเศร้าที่ผู้ป่วยจะรู้สึกเป็นทุกข์ และทรมานกับอาการที่เป็นอยู่ (Gazalle et al., 2007) ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนครั้งของการป่วยในระยะเมเนียบ่อยเฉลี่ยเพียง 1.84 ครั้ง (S.D. = 2.305) ซึ่งมีจำนวนครั้งไม่มาก และไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิตจนเป็นปัญหารุนแรง ดังนั้นจึงไม่พบความสัมพันธ์ของจำนวนครั้งของการป่วยในระยะเมเนียบ่อย ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

9. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการเมเนียบ่อยกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า อาการเมเนียบ่อยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = 0.37$) กับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่าอาการเมเนียบ่อยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการเมเนียบ่อยในระดับต่ำ ประกอบกับบริบทบางประการของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ เชื้อต่อการดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ เช่น สามารถประกอบอาชีพมีรายได้เป็นของตนเอง และการมีโอกาสได้ดำรงบทบาทในสังคมได้เช่นคนปกติทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Vojta et al. (2001) ที่ยืนยันว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อยู่ในระยะอาการสงบจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่อยู่ในระยะเมเนียบ่อยและการศึกษาของ Gazalle et al (2007) ที่พบว่าอาการเมเนียบ่อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

10. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ($r = - 0.62$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ที่กล่าวว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการซึมเศร้ามากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่มีอาการซึมเศร้าน้อย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ระบุว่าระดับของอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Russo et al., 1997; Vojta et al., 2001; Sierra et al., 2005; Yatham et al., 2004; Olrey et al., 1998; Ritsner et al., 2000) เช่นเดียวกับการศึกษาของ (Bauer et al., 2001 cited in Dias et al., 2008) ที่พบว่าระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงเป็นตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang et al. (2006) ที่ระบุว่าอาการซึมเศร้าเป็นตัวแปรทำนายที่ดีของคุณภาพชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากอาการซึมเศรานั้นจะทำให้ผู้ป่วยผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีอาการด้านร่างกาย ได้แก่ อ่อนเพลียขาดพลังกำลังในการทำงาน ด้านอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยจะเศร้า เบื่อหน่าย ห่อแทะ หดหู่ สิ้นหวัง

ความจำบกพร่อง ขาดสมาธิ เกิดความเสื่อมของการรู้คิด ด้านสังคม พบว่าผู้ป่วยจะแยกตัวและถอยห่างจากสังคม ซึ่งการดำเนินโรคของอาการซึมเศร้านั้นจะคงอยู่เป็นเวลานาน และช่วงเวลาที่มียาอาการจะนานกว่าช่วงที่มีอาการเมื่อยถึง 3 เท่า (Judd et al., 2002) การที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้านั้นคงอยู่เป็นเวลานานนั้น อาการต่างๆที่ได้กล่าวมานั้นจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Vornik and Hirschfeld, 2005) ดังนั้นจึงสามารถอธิบายผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ว่าอาการซึมเศร้านี้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางและคะแนนเฉลี่ยรายด้านที่ต่ำที่สุด คือ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกาย จิตใจ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคมตามลำดับ ดังนั้นการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตจึงควรคำนึงถึงองค์ประกอบย่อยรายด้านของคุณภาพชีวิตร่วมด้วย เพื่อช่วยให้ลักษณะของกิจกรรมการพยาบาลนั้นๆสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตได้ ตรงตามปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

2. จากผลการวิจัยพบว่า อาการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว นั่นคือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการซึมเศร้านามากก็จะมีคุณภาพชีวิตต่ำลง ดังนั้นพยาบาลจึงควรจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยลดอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยจัดกิจกรรมในลักษณะของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการซึมเศร้าด้วยตนเองได้ (Self management) หรือการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นต้น

3. จากผลการวิจัยพบว่าอาการเมื่อย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว นั่นคือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการเมื่อยน้อยจะมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ เมื่อพยาบาลได้พิจารณาตามพยาธิสภาพของโรคแล้ว จะพบว่ากิจกรรมที่ควรจัดให้ผู้ป่วยควรจะเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเอง (Insight) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟู ซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว

4. ควรให้ความสำคัญ และส่งเสริมการนำผลการวิจัยที่ได้ ไปจัดเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้มากขึ้น

5. ควรส่งเสริมระบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีการขยายขอบเขตการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในชุมชน โดยมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เพื่อช่วยดูแลผู้ป่วย จัดกิจกรรมเพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ และกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนทั้งมีการติดตามประเมินผลของกิจกรรมเป็นระยะ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในระยะยาว

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วแบบศึกษาติดตามไปข้างหน้าภายหลังจากที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะอาการสงบ เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตในระยะยาว

2. ควรนำปัจจัยอื่นๆ เช่น การตระหนักรู้ในตนเอง (insight) ความร่วมมือในการรักษา (Drug compliance) การจัดการกับอาการด้วยตนเอง (Self management) และตัวแปรทางด้านจิตสังคมอื่นๆ มาเป็นตัวแปรในการศึกษาคุณภาพชีวิต เพื่อนำผลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ควรมีการนำผลศึกษาที่ได้ครั้งนี้ไปจัดโปรแกรมการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมสำหรับดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยต่อไป

4. ควรมีการกำหนดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ partial to full remission มาเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างร่วมด้วย

5. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีระยะอาการแตกต่างกันและอยู่ในช่วง active phase

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกรัตน์ พิมพ์รุณ. (2549). **คุณภาพชีวิตและการจัดการกับอาการตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กุลชลี เพียรทอง. (2547). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กุลธิดา พานิชกุล. (2536). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ. (2542). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- งานเวชสถิติโรงพยาบาลรามธิบดี. (2551). **การสำรวจสถิติจำนวนผู้ป่วยในจิตเวช จำแนกตาม กลุ่มโรค ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2549**. โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- งานเวชสถิติ ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2551). **รายงานสถิติประจำปี 2551**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จริยาวัตร คมพาศน์. (2535). **การพยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตสตรีไทย**. **สภากาชาดไทย**. กันยายน: 32-37.
- จันทรา ธีระสมบุญ. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์**. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ชวรัตน์ ชาญศิลป์. (2544). **แนวทางการรักษาผู้ป่วย bipolar disorder**. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 46 (4) : 345-352.
- ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. (2545). **ความผิดปกติทางจิตเวชของผู้ต้องขัง: การศึกษาในเรือนจำเขตกรุงเทพมหานครและเรือนจำบางขวาง**. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย** 10 (2) : 77-88.

- ดวงใจ กษานติกุล และเดชา ลิลิตอนันต์พงศ์. (2542). แนวโน้มการวินิจฉัยโรคจิตเภทและโรคทางอารมณ์ในผู้ป่วยไทยช่วง 10 ปี. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 44: 89-97.
- ดาวชมพู พัฒนประภาพันธ์, รณชัย คงสกนธ์, ชัชวาล ศิลปะกิจ และหทัยชนนี บุญเจริญ. (2546). ต้นทุนต่อหน่วยของโรคอารมณ์แปรปรวนในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 48: 171-184.
- ถนอมศักดิ์ ทองมัน. (2547). การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอ็ดส์ในโครงการ **ธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธัญชนก พรหมภักดี และพิเชษฐ อดมรัฐ. (2551). การดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ : ศึกษาในผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาไม่น้อยกว่า 10 ปี. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 53 (1): 81-97.
- ธวัชชัย ลีพิหานาจ. (2548). หลักทั่วไปในการรักษา Bipolar Disorder. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 50: 41-48.
- ธวัชชัย ลีพิหานาจ สุวรรณา เรื่องกาณจนเศรษฐ์ และรณชัย คงสกนธ์. (2545). ลิเทียมเปรียบเทียบกับลิเทียมร่วมกับ Cabamazepine ในการรักษา bipolar disorder: การวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 47 (2): 97-110.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2549). **ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร : ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ตเดีย.
- ปรีศ กิตติธระศักดิ์. (2547). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอ็ดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปัทมา ศิริเวช. (2545). การดูแลอย่างต่อเนื่องบริการที่เลือกได้. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย** 10 (1): 1-5.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรรนัท กงสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และอัจฉรา จรัสสิงห์. (2547). ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย : การสำรวจระดับชาติ ปี 2546. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย** 12: 177-188.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2544). **จิตเวชศาสตร์ รามาริบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: สุวีชาญการพิมพ์.

มาโนช หล่อตระกูล. (2545). **โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์
หมอชาวบ้าน.

รณชัย คงสกนธ์. (2542). **สถานะทางคลินิกและความสามารถทางหน้าที่การงานของผู้ป่วย
โรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาทางจิตเวชระยะเวลา 3 เดือน**.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รณชัย คงสกนธ์. (2549). เครื่องมือที่ใช้ประเมิน Bipolar Disorder. ใน ธวัชชัย ลีพิพานาจ และ
สรยุทธ วสิกกานนท์, **ตำราไบโพลาร์**, 343-360. กรุงเทพมหานคร : สมาคมจิตแพทย์
แห่งประเทศไทย.

ลักขณา ธรรมไพโรจน์. (2536). **การพยาบาลจิตเวชศาสตร์: ประยุกต์**. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร: สุพรการพิมพ์.

วิลาสินี แก้วชนะ. (2541). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายใน
ตนด้านสุขภาพ ความเชื่อภายนอกตนด้านสุขภาพการปฏิบัติตนเพื่อควบคุม
โรคเบาหวานกับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน
โรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สรยุทธ วสิกกานนท์. (2547). โรคทางจิตเวชที่สำคัญ. ใน พิเชษฐ อุดมรัตน์, **การทบทวนองค์
ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและ
โรคทางจิตเวช**, 77-111. กรุงเทพมหานคร: กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์
ผ่านศึก.

สรยุทธ วสิกกานนท์. (2549). ระบาดวิทยาและภาวะโรค. ใน ธวัชชัย ลีพิพานาจ และสรยุทธ
วสิกกานนท์, **ตำราไบโพลาร์**, 63-73. กรุงเทพมหานคร: สมาคมจิตแพทย์
แห่งประเทศไทย.

สุจรรยา แสงเขียวงาม. (2545). **ผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระ
เจ้าพระยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). **“คุณภาพชีวิต” การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนมติสำคัญ
สำหรับการดูแล**. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

สุชาติ พหลภาคย์. (2542). **ความผิดปกติทางอารมณ์**. ขอนแก่น : สำนักพิมพ์ศิริพันธ์.

- สุชาติ พหลภาคย์. (2549). ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ Bipolar Disorder. ใน ธวัชชัย ลีพิพานาจ และ สรยุทธ วลีกันานนท์, **ตำราไบโพลาร์**, 3-41. กรุงเทพมหานคร : สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน. (2548). **คู่มือการวัดทางจิตวิทยา**. กรุงเทพมหานคร: เมติคัลมีเดีย.
- สุมาพร บรรณสาร. (2545). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไตวายเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒน์สกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิต วงศ์สุวรรณ และ ราณี พรมานะจรัสกุล. (2540). **เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด**. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง.
- หงษ์ บันเทิงสุข. (2547). **ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย. (2542). รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่และครอบครัวด้วยการให้คำปรึกษาที่บ้าน. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต** 13 (ก.ค.- ธ.ค.) : 32- 44.
- อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย. (2542). กิจกรรมการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. **เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน วันที่ 29- 30 กรกฎาคม 2542 ณ โรงแรมวังใต้ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี**.
- อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย. (2549). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อวยพร เรืองตระกูล. (2551). **สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ 1**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภัคนพิน กิตติรักษันนท์ และ วรวรรณ จุฑา. (2544). **ระบาคติวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย**. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 46 (4): 335-343.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2537). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ**. กรุงเทพมหานคร: วี เจ พรินท์ติ้ง.

อัจฉรา เปรื่องเวทย์ และคณะ. (2543). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก.
วารสารพยาบาลศาสตร์ 18 (2): 66-75.

ภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association . (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder**. 4th edition Revision (DSM- IV- TR).Washington, DC.

Angst, F., Stassen, H. H., Clayton, P. J. and Angst, J. (2002). Mortality of patients with mood disorders: follow- up over 34-38 years. **Journal of Affective Disorders** 68: 167- 181.

Altman, E.G., Hedeker, D. R., Peterson, J. L. and Davis, J. M. (1997). The Altman Self-Rating Mania Scale. **Biol Psychiatry** 42: 948-955.

Altman, E.G., Hedeker, D., Janicak, P. G., Peterson, J. L and Davis, J. M., 1994. (1994). The Clinical- Administred Rating scale for Mania (CARS-M) : development, reliability, and validity . **Biol Psychiatry** 36(2): 124-134.

Atkinson, M; Zibin, S. and Chuang,H. (1997). Characterizing quality of life among patients with Chronic mental illness : a critical examination of the self-report methodology. **American Journal Psychiatry** 154: 99-105.

Arn, P, G. and Linney, J. A. (1993). Work, Self and life satisfaction for person with severe and persistent mental disorder. **Psychosocial rehabilitation Journal** 17, 63 – 79.

Arnold, L. M., Witzeman, K. A., Swank, M. L., Mcelroy, S.L. and Keck, P.E. (2000). Health-related quality of life using the SF-36 in patient with bipolar disorder compared with patients with chronic back pain and general population. **Journal of Affective Disorder** 57(1-3) : 235-239.

Bauer, M. and Pfenning, A. (2005). Epidemeology of bipolar disorder. **Epilepsia** 46(Suppl 4) : 8-13.

Benazzi. F. (2000). Female VS male outpatient depression : a 448 case study in private practice. **ProgressNeuropharmacol Biol Psychiatry** 24: 475-481.

Berk, M. and Dodd, S. (2005). Bipolar II disorder: a review. **Bipolar disorder** 7(1): 11- 21.

- Berlim, M. T., Pargendler, J., Caldieraro, M. A., Almeida, E. A., Fleck, M. P. and Joiner, T. E. (2004). Quality of life in unipolar and bipolar depression: are there significant differences? *J Nerv Ment Dis* 192: 792- 795.
- Bowden, C. L., Brugger, A. M., Swann, A. C., Calabrese, J. R., Janicak, P. G., Petty, F, et al. (1994). Efficacy of Dovalproex vs lithium and placebo in the treatment of mania. *JAMA* 271 (12): 918-924.
- Bowling, A. (2005). **Measuring Health**. 3rd edition. England: University Press.
- Brenner. (1973). **Mental illness and the economy**. Cambridge: Havard University press
- Breslin, N. A. (1996). **Psychiatry**. USA: Williams& Willeins.
- Calabrese, J. R., Hirschfeld, R. M., Reed, M. et al. (2003). Impact of bipolar disorder on a US community sample. *J Clin Psychiatry* 64: 425-432.
- Carlson, G. A., Bromet, E. J., Driessens, C., Mojtabai, R. and Schwartz, J. E. (2002). Age at onset, childhoodpsychopathology, and 2- year outcome in psychotic bipolar disorder. *American journal Psychiatry* 159: 307-309.
- Carlson, G. A., Kotin, J., Davenport, Y. B. and Adland, M. (1974). Follow-up of 53 Bipolar Manic- Depressive Patients. *Brit J. Psychiat* 124: 134-139.
- Cassidy, F., Ahearn, E. and Carroll, B. (1999). Elevated frequency of diabetes mellitus in hospitalized manic- depressive patients. *Am J Psychiatry* 156 : 1417-1420.
- Chan, S. (2004). Quality of life of clients with schizophrenia. *Journal of Advance Nursing* 45(1): 72-83.
- Cohen, A. N., Hammen, C., Henry, R. M. and Daley, S. H. (2004). Effect of stress and social support on recurrence in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorder* 82: 143- 147.
- Cole, D. P., Thase, M., Mallinger, A. G., Soares, J. C., Luther, J. F., Kufer, D. J. et al. (2002). Slower treatment response in bipolar depression predicted by lower treatment thyroid function. *Am J Psychiatry* 159: 116-21.
- Colom, F. and Vieta, E. (2004). A perspective on the use of psychoeducation, Cognitive- behavioral therapy and interpersonal therapy for bipolar patients. *Bipolar Disorder* 6: 480-486.

- Corrigan, P. W. and Buican, B. (1995). The construct validity of subjective quality of life for the severe mentally ill. **Journal of Nervous and Mental Disease** 183, 281- 285.
- Coryell, W., Scheftner, W., Keller, M., Edincott, J., Maser, J. and Klermann, G. I. (1993). The enduring psychosocial consequences of mania and depression. **Am J Psychiatry** 150: 720-727.
- Das, A. K., Olfon, M., Gameraff, M. J, et al. (2005). Screening for bipolar disorder in a primary care practice. **JAMA** 293: 956-963.
- Das Gupta, R and Guest, J. F. (2002). Annual cost of bipolar disorder to UK society. **Br Journal Psychiatry** 80: 227-233.
- Dean, B. B., Gerner, D. and Gerner, R.H. (2004). A systematic review evaluating health-related quality of life. **Curr Med Res** 20(2): 139-154.
- Dias, V. V., Brissos, S., Frey, B. N. and Kapazinski, F. (2008). Insight, quality of life and cognitive function in euthymic patients with bipolar disorder. **Journal of Affective Disorder** 110: 75-83.
- Dobovsky, S , Davies and Dobovsky, A. (1998). Mood disorder. In Hales, R. E and Yudofsky, S. C., eds, **Essential of clinical psychiatry**. 2nd ed. USA: American Psychiatric Publishing.
- Dore, G. and Romans, S. E. (2001). Impact of bipolar affective disorder on family and partners. **J Affect Disord** 67(1-3): 147-158.
- Dunner, D. L. (2003). Clinical consequences of under- recognized bipolar spectrum disorder. **Bipolar Disorder** 5: 456-463.
- Emilien, G., Matoteaux, J. M., Seghers, A. and Charles, G. (1996). Lithium compared to valproic acid and carbamazepine in the treatment of mania : statistical meta – analysis. **Eur Neuropsychopharmacol** 6(3) : 245-252.
- Emrich, H. M. (1990). Studies with oxcarbamazepine(Trileptal) in acute mania. **Int Clin Psychopharmacol**; 5(Suppl): 83-88.
- Emrich, H. M. Dose, M, von Zerssen, D. (1985). The use of sodium valproate, carbamazepine and oxcarbamazepine in patients with affective disorders. **J Affect Disord**; 8(3): 243-250.

- Fagiolini, A., Kupfer, D. J., Houck, P. R., Novick, D. M. and Frank, E. (2003). Obesity as a correlate of outcome in patient with bipolar I disorder. **AM J Psychiatry** 160: 112-7.
- Ferrans, C. E. and Power, M. J. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. **Research in Nursing & Health** 15(1): 29-38.
- Flashman, L. A., McAllister, T. W., Andreasen, N. C. and Saykin, A. J. (2000). Smaller brain size associated with unawareness of illness in patients with schizophrenia. **AM J Psychiatry** 157(7): 1167-1169.
- Freeman, T. W., Clothier, J. L., Pazzaglia, P., Lesem, M. D. and Swann, A. C. (1992). A double-blind comparison of valproate and lithium in the treatment of acute mania. **AM J Psychiatry** 149(1): 108-111.
- Gazalle, F. K., Hallal, P. C., Andreatza, A. C. et al. (2007). Manic symptoms and quality of life in bipolar disorder. **Psychiatric Research** 153: 33-38.
- Gazalle, F. K., Frey, B. N., Hallal, P. C. et al. (2007). Mismatch between self-reported quality of life and functional assessment in acute mania: A matter of unawareness of illness?. **Journal of Affective Disorder** 103: 247-252.
- Gelder, M., Mayou, R. and Cowen, P. (2001). **Shorter Oxford Textbook of Psychiatry**. 4th ed. Oxford: Oxford University Press.
- Goldberg, J. F., Harrow, M. and Grossman, L. S. (1995a). Course and outcome in bipolar affective disorder : a longitudinal follow up study. **American Journal of Psychiatry** 152: 379-384.
- Goldberg, J. F. and Harrow, M. C. (2005). Subjective life satisfaction and objective functional outcome in bipolar and unipolar mood disorder : A longitudinal analysis. **Journal of Affective Disorder** 89: 79-89.
- Goossens, P. J., Hartong, M., Klein, E. A. and Achterberg, T. (2008). Self – Reported psychopathological symptoms and quality of life in outpatients with bipolar disorder. **Perspectives in Psychiatric Care** 44(4): 275–284.
- Gruber, J., Harvey, A. G., Wang, P. W. et al. (2009). Sleep functioning in relation to mood, function, and quality of life at entry to the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). **Journal of Affective Disorder** 114: 41-49.

- Hajek, T., Slaney, C., Garnham, J., Ruzickova, M., Passmore, A. and Alda, M. (2005). Clinical correlates of current level of functioning in primary care treated bipolar patients. **Bipolar Disorders** 7(3): 286-91.
- Harrow, M., Goldberg, J. F., Grossman, L. S. and Meltzer, H.Y. (1990). Outcome in manic disorders. A naturalistic follow-up study. **Arch Gen Psychiatry** 59: 530- 537.
- Hawley, C. J., Gale, T. M., Sivakumaran, T. and Hertfordshire Neuroscience Research Group. (2002). Defining remission by cut off score on the MADRS: Selecting the optimal value. **Journal of Affective Disorder** 72(2): 177-184.
- Hilty, D. M., Brady, K. T. and Hales, R. E. (1999). A review of bipolar disorder among adults. **Psychiatric Service** 50: 201 - 213.
- Hine-Martin, V. and Thomas, D. (2003). The Client with a Bipolar Disorder. In Antai-Otong, D.,eds, **Psychiatric nursing: Biological and Behavioral concepts**. USA: Thomson Delmar Learning.
- Hirschfeld, R. A., Boeden, C. L., Giltin, M. L, Keck, P. E, Suppes, S.,Thase, M. E . et al. (2002). Practice guideline for the treatment of patient with bipolar disorder, 2 nd ed . In **American Psychiatric Association. American Psychiatric Association Practice guideline for the treatment of Psychiatric Disorder, Compendium**. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Hoffman, K. (1999). The use of quality of life measures for service evaluation in mental health care. In Priebe,S., Oliver, J. P.J. and Kaiser, W.,eds, **Quality of life and mental health care**. Philadelphia: Wrightson.
- John, E., Ware, Jr. and Babara, G. (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. **Journal of epidemio** 51 (11): 903-912.
- Johnson, L., Anderson- Lundman, G., Aberg-Wistedt, A. and Mathe, A. A. (2000). Age of onset in affective disorder : Its correlation with hereditary and psychosocial. **Journal of affective disorder** 59: 139-148.
- Judd, L. L., Akiskal, H., Schettler, P.J. et al. (2003). A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. **Arch Gen Psychiatry** 60: 261-269.

- Kahn, D. A. (1998). Mood disorder. In Cutler, J. L. and Marcus, E. R., eds, **Psychiatry**. Philadelphia: W.B Saunders.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (1997). **Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry : Behavioral sciences/ Clinical Psychiatry** 8th ed. Baltimore : Williams & Wilkins.
- Kelly, S., McKenna, H., Parahoo, K. and Dusoir, A. (2001). The relationship between involvement in activities and quality of life for people with severe and enduring mental illness. **J Psychiatr Ment Health Nurs** 8 (2): 139-146.
- Klienman, L., Lowin, A., Flood, E., Ganhi, G., Edgell, E. and Revicki, D. (2003). Cost of bipolar disorder. **Pharmacoeconomics** 21 (9): 601-622.
- Kongsakon, R., Zartrungpak, S., Rotjananirunkit, A. and Buranapichet, U. (2003). The reliability and validity of the Thai version of Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS). **Journal of Psychiatric Association Thailand** 48(4): 211-219.
- Kongsakon, R. and Bhatanaprabhabhun, D. (2005). Validity and reliability of the Young Mania Rating Scale: Thai Version. **Journal Medical Association** 88(11): 1598-1604.
- Kongsakon, R. and Silpakit, C. (2000). Thai version of the Medical Outcome Study 36 Items short form health survey : an instrument for measuring clinical result in mental disorder patients. **Rama Medical Journal** 23(1): 8-19.
- Kongsakon, R., Thomyangkoon, P., Kanchanatawan, B. and Janenawasin, S. (2008). Health-Related Quality of Life in Thai bipolar disorder. **Journal Medical Association Thai** 91(6): 913-918.
- Kottket, F. J. (1982). Philosophic consideration of quality of life for the disable. **Arch Phys Med Rehab** 63: 60-62.
- Lam, D., Donaldson, C., Brown, Y. and Malliaris, Y. (2005) . Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. **Bipolar disorder** 7(5): 431-40.
- Lauer, G. (1999). **Concept of quality of life in mental health care**. Philadelphia: Wrightson.
- Lehman, A. F. (1983). The well-being of chronic mental patients : Assessing their quality o life. **Archive of General Psychiatry** 40: 369-373.

- Leidy, N. K., Palmer, C., Murray, M., Robb, J. and Revicki, D. A. (1998). Health- related quality of life assessment in euthymic and depressed patients with bipolar disorder. Psychometric performance of four self- report measures. **J Affect Disord** 48: 207- 214.
- Lewinsohn, P. M., Klein, D. N. and Seeley, J. R. Bipolar disorder in a community sample of older adolescents : prevalence, phenomenology, comorbidity and course. (1995). **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 34: 454- 463.
- Lubkin, I. M. (1995). **Chronic Illness : Impact and interventions**. Boston : Jones and Bartlett.
- Mason, P. 1998. Users at the top. **Mental health Nursing** 18, 28-29.
- MacQueen, G. M., Young, L. T., Robb, J. C., Marriott, M., Cooke, R. G. and Joffe, R. T. (2000) Effect of number of episodes on well being and functioning of patients with bipolar disorder. **Acta Psychiatr Scand** 101 (5): 374-381.
- MacQueen, G. M., Young, L. T., Robb, J. C., Cooke, R. G. and Joffe, R. T. (1997). Level of functioning and well- being in recovered psychotic versus nonpsychotic mania. **Journal of Affective Disorder** 46: 69-72.
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life : a concept analysis. **Journal of advanced Nursing** 18: 45-60.
- Michalak, E. E., Yatham, L. and Lam, R. W. (2005). Quality of life in bipolar disorder: A review of literature. Available from : <http://www.hqlo.com/content/3/1/72> [25 /April /2008]
- Mitchell, P. B., Wilhelm, K., Parker, G., Austin, M. P., Rutgers, P. and Malhi, G. S. (2001). The clinical features of bipolar depression: a comparison with matched major depressive disorder patients. **Journal of Clinical Psychiatry** 62: 212- 216 (quiz 217).
- Miklowitz and David, J. (2002). **The bipolar disorder survival guide : what you and your family need to know**, New York: Guilford Press.
- Morgan, V. A., Mitchell, P. B. and Jablensky, A. V. (2005). The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorder. **Bipolar Disord** 7(4): 326-337.

- Muller, M. J., Szegedi, A., Wetzell, H. and Benkert, O. (2000). Moderate and severe depression: Gradation for Montgomery-Asberg Depression Rating Scale. **Journal of Affective Disorder** 60: 137-140.
- Muller- Oerlinghausen, B., Berghofer, A. and Bauer, M. (2002). Bipolar Disorder. **Lancet**, 359 (9302): 241-247.
- Namjoshi, M. A. and Buesching, D. P. (2001). A review of the health- related quality of life literature in bipolar disorder. **Qual Life Res** 10: 105-115.
- Neil, H. (2005). **Bipolar Disorder: your question answered**. Edinburgh: Elsevier Churchill livingstone.
- Nilsson, A. (1999). Lithium therapy and suicide risk. **Journal of Clinical Psychiatry** 60: 85-88.
- Okun, M. A. and Stock, W. A. (1987). The construct validity of subjective well – being measure: an assessment via quantitative research syntheses. **Journal of Community Psychology** 15: 481–492.
- Ormel, J., Kempen, G. I., Deeg, D. J., Brilman, E. L., van Sonderen, E. and Relyveld, J. (1998). Functioning wellbeing and the health perception in late middle- aged and older people : comparing the effects of depressive symptom and chronic medical conditions. **J AM Geriatric, Soc** 40: 39-45.
- Pitkanen, A., Hatonen, H., Kuosmanen, L. and Valimaki, M. (2008). Patient descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study. **International Journal of Nursing Studies** 45: 1598-1606.
- Pliszka, S. R., Sherman, J. O., Barrow, M. V. and Irick, S. (2000). Affective disorder in juvenile offenders: A preliminary study. **Am J Psychiatry** 157 (1): 130-132.
- Poolsup, N., Li Wan Po A, de Oliveira, I. R. (2000). Systematic overview of lithium treatment in acute mania. **J Clin Pharm Ther** 25 (2): 139-156.
- Post, R. M., Rubinow, D. R. and Ballenger, J. C. (1986). Conditioning and sensitization in the longitudinal course of affective illness. **Br J Psychiatry** 149: 191-201.
- Priebe, S., Oliver, J. P.J. and Kaiser, W. (1999). **Quality of life and mental health care**. Hamshire: Guildford.

- Quanbeck, C., Frye, M. and Altshuler, L. (2003). Mania and the law in California: Understanding the criminalization of the mentally ill. **Am J Psychiatry** 160 (7): 1245-1250.
- Ray, C., Lindop, J. and Gibson, S. (1982). The concept of coping. **Psychol Med** 12(2): 385-395.
- Reiger, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J. and Judd, L. L. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. **JAMA** 264 (19): 2522-2518.
- Reinstein, M. J., Sonneneberg, J. G., Hedberg, T. G., Jone, L. E. and Reyngold, R. (2003). Oxcarbamazepine versus dovalproex sodium for the continuing treatment of mania. **Clin Drug invest** 23 (10): 671-677.
- Rhimer, Z. and Angst, J. (2005). Mood Disorder. In Sadock, B.J and Sadock, V.A., eds, **Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry**. 8th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Robb, J.C., Young, L. T., Cooke, R.G. and Joffe, R. T. (1998). Gender difference in patients with bipolar disorder, Influence outcome in the medical outcome survey (SF-20) Subscale Scores. **Journal of Affective Disorder** 49: 189-193.
- Robb, J. C., Cooke, R. G., Devin, G. M., Young, L. T. and Joffe, R. T. (1997). Quality of life and life style disruption in euthymic bipolar disorder. **Journal Psychiatric Research** 31 (5): 509-517.
- Rojas, G., Gurpegui, M., Ayuso-Mateos, J. L., Ariza, G. and Jurado, D. (2008). Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample. **Bipolar Disorder** Jul; 10 (5): 625-34.
- Ruggeri, M. et al. (2002). Determinants of subjective quality of life in patients attending community-based mental health services: the South-Verona outcome project 5. **Acta Psychiatry Scandinavia** 105: 131-140.
- Sadock, B. J. and Sadock, V. A. (2005). **Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry**. 8th ed. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins.

- Satorius, N. (1997). Quality of life and mental disorder: a global perspective. In Katsching, H., Freeman, H. and Satorius, N., eds, **Quality of life and mental disorder**. Chichester: John Wiley & Sons.
- Servellen, G. V., Chang, B. and Lombardi, E. (2002). Acculturation, Socioeconomic Vulnerability and quality of life in Spanish-Speaking and bilingual Latino HIV-Infected Men and Women. **Western Journal of Nursing Research** 24(3): 246-263.
- Sierra, P., Livianos, L. and Rojo, L. (2005). Quality of life for patient with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables. **Bipolar Disorder** 7: 159-165.
- Singh, J., Mattoo, S. K., Sharan, P. and Basu, D. (2005). Quality of life and its correlations in patients with dual diagnosis of bipolar affective disorder and substance dependence. **Bipolar Disorder** 7: 187-191.
- Small, J. G., Klapper, M. H., Milstein, V., Kellams, J. J., Miller, M. J., Marhenke, J. D. et al. (1991). Carbamazepine compared with lithium in the treatment of mania. **Arch Gen Psychiatry** 48(10): 915-921.
- Solomon, D. A., Keitner, G. I., Miller, I. W., Shea, M. T. and Keller, M. B. (1995). Course of illness and maintenance treatments for patient with bipolar disorder. **Journal of Clinical Psychiatry** 56: 5-13.
- Suppes, T. and Dennehy, E. B. (2005). **Bipolar disorder: The latest assessment and treatment strategies**. Missouri: Compact clinicals.
- Tohen, M., Zarate, CA. Jr., Hennen, J. et al. (2003). The McLean - Harvard First - Episode Mania Study: prediction of recovery and first recurrence. **Am J Psychiatry** 160: 2099-2107.
- Vojta, C., Kinosian, B., Glick, H., Altshuler, L. and Bauer, M. (2001). Self reported quality of life across mood states in bipolar disorder. **Compr Psychiatry** 42: 190-195.
- Vojta, C., Glick, H., Bauer, M. et al. (1998). Would manic rather land? Function and quality of life in patients with bipolar disorder. **Med Decis Making** 18: 490.

- Vornik, L. A. and Hirschfeld, R. M. (2005). Bipolar Disorder: Quality of life and the impact of Atypical Antipsychotics. **The American Journal of Manage Care** 11 (9) Supp.
- Ware, J. E., Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36- Items Short-Form Health Survey (SF-36) : I conceptual framework and item selection. **Medical care** 30: 473-483.
- Ware, J. E., McHorney, C. A. and Raczek, A. E. (1993). The MOS 36 –Item Short- From Health Survey (SF-36) : II Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. **Medical care** 31: 247-263.
- Weissman, M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, P. G. et al. (1996). Cross- National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder. **JAMA** 276(4): 293-299.
- Wood, S. W. (2000). The economic burden of bipolar disease. **J Clin Psychiatry** 61 (Supp 13): 38-41.
- Wood, S. J. (2005). **Mood Disorder**. Philadelphia: Williams&Wilkins.
- WHOQOL group. (1996). People and health. What quality of life. **World Health Forum** 17: 354-356.
- Yatham, L. N., Lecrubier, Y., Fieve, R. R., Davis, K. H., Harris, S. D. and Krishnan, A. A. (2004). Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. **Bipolar Disorder** 6: 379-385.
- Yen, Cheng- Fang., Chung, Li- Chen. And Chen, Cheng- Sheng. (2002). Insight and neuropsychological function in bipolar outpatients in remission. **The journal of Nervous and Mental Disease** 190 (10): 713-715.
- Young, R. C., Briggs, J. T., Ziegler, B. E and Mayer, D. A. (1978). A rating scale for mania : reliability, validity and sensitivity. **Br J Psychiatry** 133: 429-435.
- Zhang, H., Wisniewski, S. R., Bauer, M. S, Sachs, G. S. and Thase, M. E. (2006). Comparisons of perceived quality of life across clinical states in bipolar disorder : data from the first 2000 Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP- BD) participants. **Comprehensive Psychiatry** 47: 161-168.

Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advance Nursing* 17(7): 795-800.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล	รองหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย	อาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร.อัฉรวาพร สี่หิรัญวงศ์	อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ พรศิริ พุกษชาติ	อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต โรงเรียนพยาบาล รามาริบดี ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบดี
นางสกาวัฒน์ พวงลัดดา	พยาบาลวิชาชีพ 8 ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา

ศูนย์วิทยุโทรพยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
ใบพิทักษ์สิทธิผู้ตอบแบบสอบถาม
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ บังคับคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ชื่อผู้วิจัย นาง นันทนา สุขสมนิรันดร

สถานที่วิจัย โรงพยาบาลรามาริบัติ และ โรงพยาบาลศรีธัญญา

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

นาง นันทนา สุขสมนิรันดร

สถานที่ทำงาน: หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ

สถานที่ที่สามารถติดต่อได้ : 270 หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ถ.พระรามหก
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 โทร 02- 2011797- 8 โทรศัพท์มือถือ
081-4411914

อาจารย์ พรศิริ พฤกษชาติ

สถานที่ทำงาน: โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ งานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

สถานที่ที่สามารถติดต่อได้ : 270 งานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

ถ.พระรามหก แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 โทร 02-2011603

โทรศัพท์มือถือ 089-7655021

นางสาว คุสิตา เครือคำปิว

สถานที่ทำงาน : หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ

สถานที่ที่สามารถติดต่อได้ : 270 หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ถ.พระรามหก
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 โทร 02- 2011797- 8 โทรศัพท์มือถือ
084- 1294886

ความเป็นมาของโครงการ

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) จัดอยู่ในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ที่เป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุข โดยอัตราความชุกของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีประมาณร้อยละ 2.8- 6.5 ของประชากรโลก เนื่องจากเป็นโรคที่มีระยะการดำเนินโรคนาน มีการกลับเป็นซ้ำสูง อีกทั้งพยาธิสภาพของโรค ยังกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ การทำหน้าที่ทางสังคมของบุคคล ซึ่งล้วนแล้วแต่กระทบต่อคุณภาพชีวิต (Quality of life) ทั้งสิ้น

จากงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด จำนวนครั้งของการป่วยด้วย Depressive episode จำนวนครั้งของการป่วยด้วย Manic episode ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อาการเมเนีย และอาการซึมเศร้า

การที่จะแก้ไขปัญหาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ จำเป็นต้องค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุหรือปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งพบว่าในประเทศไทยนั้นยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงทำให้ขาดข้อมูลที่มีส่วนช่วยในการวางแผนการจัดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงทำขึ้นเพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้ทำการวิจัยขอความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมงานวิจัยในการเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
2. ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ได้แก่
 - อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรกตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์
 - การใช้สารเสพติด
 - จำนวนครั้งของการป่วยด้วยช่วงระยะอาการซึมเศร้า (number of depressive episodes)
 - จำนวนครั้งของการป่วยด้วยช่วงระยะอาการเมเนีย (number of manic episodes)
 - ความรุนแรงของอาการเมเนีย โดย Young Mania Rating Scales (YMRS) ฉบับภาษาไทย
 - ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า โดย Montgomery- Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ฉบับภาษาไทย
3. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ ชุด 26 ตัวชี้วัด เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้จะช่วยให้บุคลากรในทีมสุขภาพจิตและจิตเวชได้ตระหนักถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งเป็นประโยชน์ในการจัดกิจกรรมการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ผลการศึกษาครั้งนี้ใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยชื่อ-สกุล หรือรหัสใดๆ ที่ทำให้สืบค้นถึงตัวท่าน ผู้วิจัยจะปกป้องและรักษาข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับจากการเข้าถึงข้อมูลโดยบุคคลอื่น รายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น สถาบัน หรือองค์การของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น เพื่อประเมินว่าการทำวิจัยนั้นดำเนินไปด้วยความถูกต้อง

ถ้าท่านมีปัญหาข้องใจหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับ
 ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะ
 แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ปลูกถ่ายคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ชื่อผู้วิจัย นางนันทนา สุขสมนรินทร์

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสียที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ..... (ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

..... (พยาน)

..... (พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ..... (แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเอง

ชื่อโครงการ วิจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว.....

ชื่อผู้วิจัย นางนันทนา สุขสมนรินทร์.....

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทน
นาย/นาง/นางสาว/ค.ช./ค.ญ. ในฐานะ ได้ทราบรายละเอียด
ของโครงการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน
ไม่ลังเลปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อ
สงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับ
ตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัว
ผู้เข้าร่วมการวิจัยต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้มีอำนาจกระทำการแทน)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้ทำวิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะ
เกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ผู้มีอำนาจกระทำการแทนทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่องปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท

1. เครื่องมือที่ใช้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.1 แบบวัดอาการซึมเศร้า
 - 1.2 แบบวัดอาการแมเนีย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์
 - 2.1 แบบบันทึกส่วนบุคคล
 - 2.2 แบบวัดคุณภาพชีวิต



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุปัจจุบันปี
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย () หย่า () แยกกันอยู่
4. อาชีพ () รับจ้าง () ข้าราชการ () พนักงานรัฐวิสาหกิจ () ค้าขาย () งานบ้าน
() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () อื่นๆ ระบุ.....
5. รายได้เฉลี่ย / เดือน บาท
6. อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วครั้งแรก ปี
7. ตั้งแต่ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ท่านมีการใช้สารเสพติดหรือไม่: บุหรี่ () ใช่ () ไม่ใช่
: สุรา () ใช่ () ไม่ใช่
: ยาบ้า () ใช่ () ไม่ใช่
: อื่นๆ () ใช่ ระบุ..... () ไม่ใช่

ส่วนของผู้วิจัย

1. การวินิจฉัยโรคครั้งล่าสุด.....
2. ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว () ประเภทที่ 1 () ประเภทที่ 2
3. ป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมาเป็นระยะเวลานานปี..... เดือน
4. จำนวนครั้งของการป่วยด้วย
ช่วงระยะอาการซึมเศร้า (Depressive episode)ครั้ง
ช่วงระยะอาการแมนีย์ (Manic episode)ครั้ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย
(WHOQOL- BREF- THAI)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างหนึ่งอย่างใดของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์ หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและตรงกับความเป็นจริงของตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอในระดับกลางๆ รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแยในระดับปานกลาง

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ มากนักเพียงใด					
5.....					
6.					

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	แย่มาก	เล็กน้อย	ปาน กลาง	ดี	ดีมาก ที่สุด
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

เลขที่แบบประเมิน.....

วันที่ประเมิน.....

แบบวัดอาการซึมเศร้า MONTGOMERY- ASBERG DEPRESSION RATING SCALE**(MADRS) ฉบับภาษาไทย**

การให้คะแนนจะให้โดยการประเมินลักษณะอาการ และความรุนแรงของอาการ ผู้ประเมินจะต้องให้เป็นค่าลำดับคะแนน (0, 2, 4, 6) หรือระหว่างค่าลำดับคะแนนก็ได้ (1, 3, 5)

ในบางกรณีที่ไม่สามารถประเมินจากผู้ป่วยได้โดยตรงขอให้ประเมินจากข้อมูลแวดล้อมทางคลินิกอื่นๆที่เชื่อถือได้แทน

การประเมินสามารถประเมินโดยใช้ระยะเวลาที่ห่างเท่าใดก็ได้

1. ความซึมเศร้าที่ปรากฏให้เห็น คะแนน.....

หมายถึง ความสลดใจ ความเศร้า และความสิ้นหวัง (ไม่ได้เป็นเพียงความเบื่อหน่าย ซึ่งเกิดขึ้นเพียงชั่วครั้งชั่วคราว) โดยสะท้อนออกมาเป็นคำพูด การแสดงออกทางสีหน้าและท่าทาง

ประเมินจากความรุนแรง และความสามารถที่จะร่าเริงและมีชีวิตชีวา

- 0- ไม่มีความเศร้า
- 2- ดูเหมือนไม่มีชีวิตชีวา แต่สดชื่นขึ้นได้โดยไม่ลำบาก
- 4- แลดูเศร้า และไม่มีความสุขเกือบตลอดเวลา
- 6- ดูเหมือนมีความทุกข์ตลอดเวลา รู้สึกสิ้นหวังอย่างมาก
- 1.....
- 3.....
- 5.....

2. ความซึมเศร้าที่รายงาน คะแนน.....

ปรากฏชัดถึงอารมณ์ที่รู้สึกหดหู่ โดยไม่คำนึงถึงว่าจะแสดงออกมาหรือไม่ รวมถึงความเบื่อหน่าย ความสลดใจ หรือความรู้สึกที่สิ้นหวัง คงไม่มีใครช่วยเหลือได้

ประเมินความรุนแรง ความถี่ ระยะเวลาและผลกระทบของเหตุการณ์ต่ออารมณ์และความรู้สึก

- 0- มีความซึมเศร้าเป็นครั้งคราว เหมาะสมกับเหตุการณ์
- 2- รู้สึกซึมเศร้าและเบื่อหน่าย แต่สดชื่นได้โดยไม่ยาก
- 4- มีอารมณ์เศร้าและหดหู่ไปทุกเรื่อง แต่อารมณ์ยังเปลี่ยนแปลงตามสิ่งแวดล้อมภายนอก
- 6- มีอารมณ์เศร้าต่อเนื่อง หรือสลดใจอยู่ตลอดเวลาโดยไม่เปลี่ยนแปลงตามเหตุการณ์

10. ความคิดฆ่าตัวตาย คะแนน.....

แบบวัดอาการเมเนีย YOUNG MANIA RATING SCALE (YMRS) ฉบับภาษาไทย

คำแนะนำในการให้คะแนน

วัตถุประสงค์ของการให้คะแนนแต่ละข้อ คือการประเมินความรุนแรงของความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเลือกให้คะแนนเพียงข้อเดียว

ตัวเลือกที่ให้เพียงแนวทาง ถ้าจำเป็นอาจจะให้คะแนนโดยไม่ต้องใช้ตัวเลือก

สามารถให้คะแนนระหว่างตัวเลือกได้ (1 หรือ ½ คะแนน) ในกรณีที่ระดับความรุนแรงไม่ได้เป็นไปตามตัวเลือกที่ให้ไว้

1. อารมณ์ครื้นเครง

คะแนน.....

0- ไม่มี

1- เพิ่มขึ้นเล็กน้อย หรือเพิ่มขึ้นจากการซักถาม

2- อารมณ์ครื้นเครงอย่างชัดเจน โดยความรู้สึกของผู้ป่วย มองโลกในแง่ดี มั่นใจตัวเอง ร่าเริง อารมณ์เหมาะสมกับเนื้อหาเรื่องราว มีอารมณ์ขันตลอดเวลา

3- อารมณ์ครื้นเครงมาก ไม่เหมาะสมกับเนื้อหาเรื่องราว มีอารมณ์ขันตลอดเวลา

4- สนุกสนานครื้นเครง หัวเราะอย่างไม่เหมาะสม ร้องเพลงขึ้นมาไม่สมเหตุสมผล

2. การเพิ่มขึ้นของกิจกรรม การเคลื่อนไหว

คะแนน.....

0- ไม่มี

1- เพิ่มขึ้น โดยความรู้สึกของผู้ป่วย

2- กระปรี้กระเปร่า ร่าเริง แสดงท่าทางมากขึ้น

3- มีพลังเหลือเฟือ ทำกิจกรรมมากเกินไปบางครั้ง อยู่ไม่สุข กระวนกระวาย (สามารถทำให้สงบได้)

4- ท่าทางตื่นตัวมาก ทำกิจกรรมมากตลอดเวลา (ไม่สามารถทำให้สงบได้)

3. ความสนใจทางเพศ

คะแนน.....

0- ปกติ ไม่เพิ่มขึ้น

1- เพิ่มขึ้นเล็กน้อย หรืออาจจะเพิ่มขึ้น

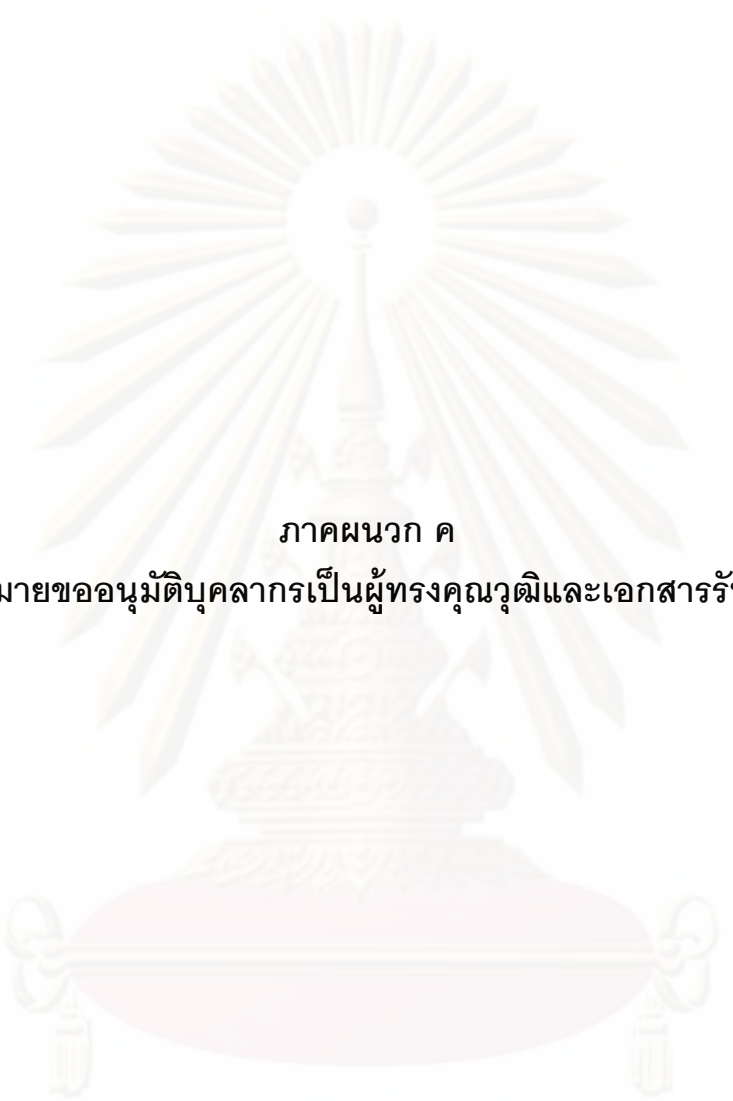
2- เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยความรู้สึกของผู้ป่วย จากการซักถาม

3- พุคคุยถึงเรื่องทางเพศขึ้นมาเอง ต่อเติมรายละเอียด เนื้อหาเรื่องทางเพศ พุคถึงตัวเองว่ามีความต้องการทางเพศสูง

4- แสดงพฤติกรรมทางเพศมากเกินไป (ต่อผู้ป่วยคนอื่น เจ้าหน้าที่หรือผู้สัมภาษณ์)

11. ความเข้าใจตนเอง

คะแนน.....



ภาคผนวก ค
จดหมายขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิและเอกสารรับรอง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศบ 0512.11/0919

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๗ เมษายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

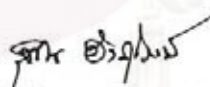
เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนันทนา สุขสมนรินทร์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ มาโนช หล่อตระกูล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิติตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. อุสินี อังสุโรจน์)

คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ มาโนช หล่อตระกูล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-9822

ข้อนิสิต

นางนันทนา สุขสมนรินทร์ โทร. 08-1441-1914

ศูนย์วิทยบริการพยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศร 0512.11/08๕๙

วันที่ ๑๑ เมษายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนันทนา สุขสมนรินทร์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พีรพันธ์ ลีอนุชวณิช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ร.ค.อ.หญิง ดร. สุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พีรพันธ์ ลีอนุชวณิช

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-9822

ชื่อ นิสิต

นางนันทนา สุขสมนรินทร์ โทร. 08-1441-1914

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศษ 0512.11/ ๐๕๑๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทย์กิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๑ เมษายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

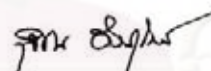
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนันทนา สุขสมนิรันดร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยกีดขวางที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

<u>สำเนาเรียน</u>	รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์
<u>งานบริการการศึกษา</u>	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-9822
<u>ชื่อนิสิต</u>	นางนันทนา สุขสมนิรันดร์ โทร. 08-1441-1914

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศร 0512.11/09๒๙

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกคส์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

1๑ เมษายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

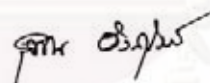
เรียน หัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนันทนา สุขสมนิรันดร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ พรศิริ พฤกษ์ชาติ อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. พุทิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

<u>สำเนาเรียน</u>	อาจารย์ พรศิริ พฤกษ์ชาติ
<u>งานบริการการศึกษา</u>	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-9822
<u>ชื่อนิสิต</u>	นางนันทนา สุขสมนิรันดร โทร. 08-1441-1914

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศบ 0512.11/0๑๑๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๑ เมษายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

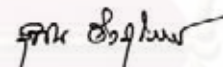
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนันทนา สุขสมนรินทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาววรัตน์ พวงถัดดา พยาบาลชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ด.อ.หญิง ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาววรัตน์ พวงถัดดา

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-9822

ชื่อนิสิต นางนันทนา สุขสมนรินทร์ โทร. 08-1441-1914

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการด้านการวิจัยโรงพยาบาลศรีธัญญา โทร ๒๑๓๑

ที่ สธ.๐๙๐๗.๒๐๒/๐๙๖

วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๕๒

เรื่อง การแจ้งผลการพิจารณางานวิจัยที่ขอดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยในโรงพยาบาลศรีธัญญา

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

ตามหนังสือเลขที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑ / ๑๑๒๓ ลงวันที่ ๓ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๒ จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ นางนันทนา สุขสมนิรันดร นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งอยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดย

- อยู่ระหว่างรอการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในคน ของกระทรวงสาธารณสุข
- ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในคน ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว
- ไม่ต้องผ่านการอนุมัติการทำวิจัยในคน ของกระทรวงสาธารณสุข

บัดนี้ คณะกรรมการด้านการวิจัยโรงพยาบาลศรีธัญญาขอแจ้งว่าวิทยานิพนธ์ของ นางนันทนา สุขสมนิรันดร ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการด้านการวิจัยฯ เมื่อวันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๒ คณะกรรมการฯ มีมติ ดังนี้

- อนุญาต ให้ทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บข้อมูลการวิจัย โดยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้.....

๑. ขอให้ทบทวนเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอีกครั้งว่า ต้องการหาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ละตัว หรือทำพร้อมกันทุกตัว เพื่อการเลือกใช้สถิติที่ถูกต้อง
๒. ควรเพิ่มการศึกษาปัจจัยคัดสรรซึ่งเป็นตัวแปรต้นที่สามารถนำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น เช่น ในเรื่องกิจกรรมการพยาบาล มีกิจกรรมอะไรบ้าง เพื่อนำไปวางแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต
๓. กำหนดกลุ่มตัวอย่างให้ชัดเจนว่าจะได้จากการสุ่มอย่างไร เนื่องจากในงานวิจัยกำหนดว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการอยู่ในระยะ partial to full remission
๔. กรณีที่ผู้วิจัยต้องการผู้ช่วยวิจัยจากโรงพยาบาลศรีธัญญา ให้ขอรายชื่อผู้ที่สามารถช่วยดำเนินการได้ทำงานวิจัย ดำเนินติดต่อเป็นการส่วนตัว พร้อมทั้งนำเอกสารที่ยินยอมให้เป็นผู้ช่วยวิจัยโดยหัวหน้างานของผู้ช่วยวิจัยแจ้งแก่งานวิจัยก่อนดำเนินการ
๕. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยนำเอกสารแจ้งผลการพิจารณาฯ แสดงต่อหน่วยงานที่ท่านต้องการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการดำเนินการ
๖. ให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา ๖ เดือน (๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๒ ถึง ๑๖ ธันวาคม ๒๕๕๒)

ศูนย์วิจัยทรัพยากรสุขภาพ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

๗. กรณีที่ไม่สามารถดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วเสร็จภายในกำหนดเวลา ต้องดำเนินการขอขยายเวลาดำเนินการเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมชี้แจงเหตุผล

๘. หลังจากดำเนินการศึกษาวิจัยเสร็จเรียบร้อยแล้ว กรุณาส่งเอกสารฉบับสมบูรณ์จำนวน ๑-๒ เล่มที่กลุ่มงานพัฒนางานวิจัย โรงพยาบาลศรีธัญญาเพื่อเผยแพร่ต่อไป

๙. ระหว่างดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะกรรมการวิจัยฯ มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับ / ติดตามการดำเนินการวิจัยให้เป็นไปตามจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

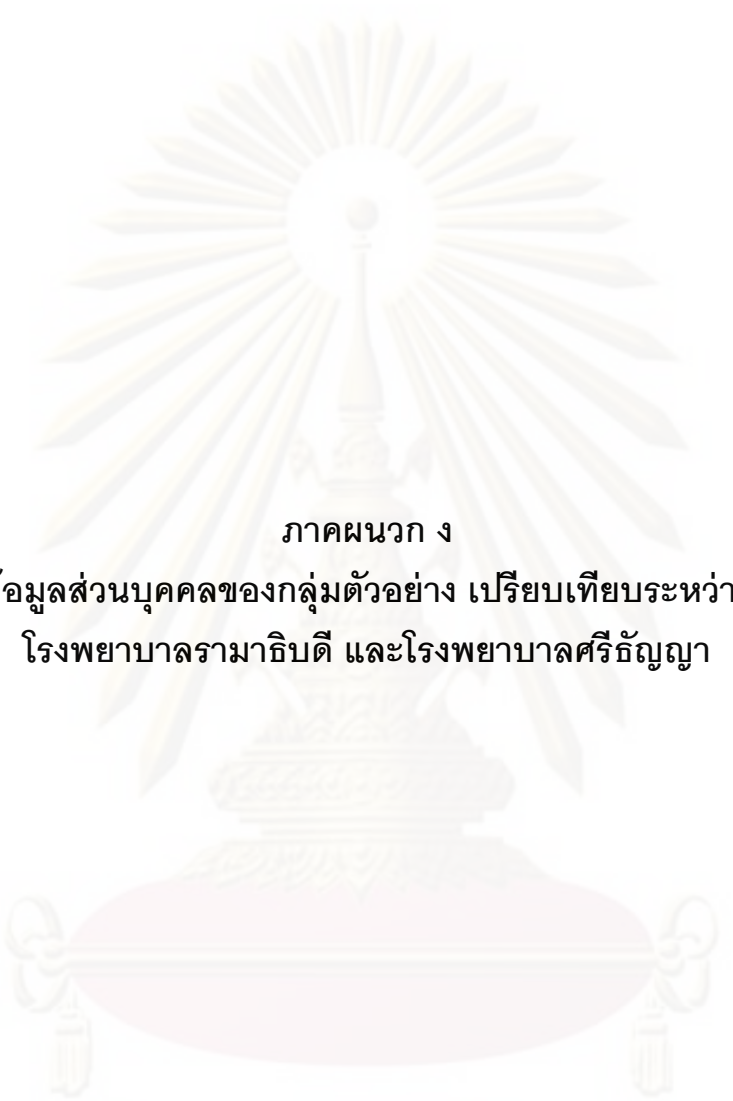
ลงนาม..... *(ช. นพ/ก)*

(แพทย์หญิงอรวรรณ ศิลปกิจ)

ประธานคณะกรรมการด้านการวิจัยฯ

วันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๒

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง
ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบระหว่าง
โรงพยาบาลรามธิบดี และโรงพยาบาลศรีธัญญา

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เรื่องปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

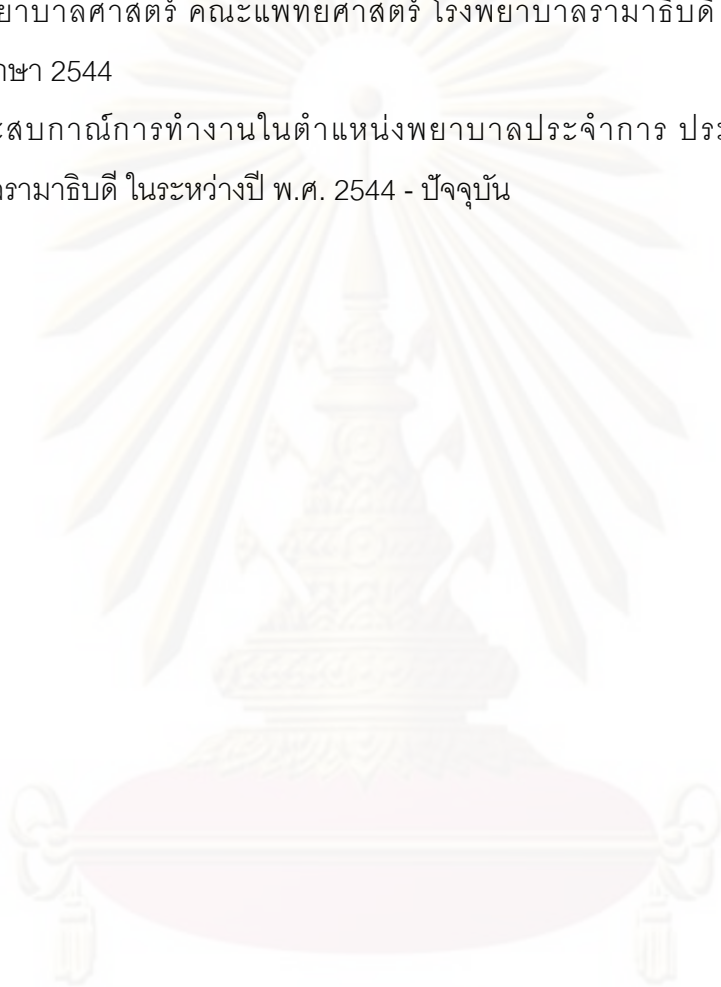
ข้อมูลส่วนบุคคล	ร.พ. ศิริธัญญา	ร.พ. รามาธิบดี
	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)
เพศ		
ชาย	32	33
หญิง	38	37
การใช้สารเสพติด		
ใช้	24	14
ไม่ใช้	46	56
ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว		
ประเภทที่ 1	42	51
ประเภทที่ 2	21	13
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	$\bar{x} = 6,435.86$ S.D. = 8,744.50	$\bar{x} = 16,665$ S.D. = 16,365
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	$\bar{x} = 12.66$	$\bar{x} = 10.97$
จำนวนครั้งของการป่วย ในระยะเฉียบพลัน	$\bar{x} = 2.54$	$\bar{x} = 1.14$
จำนวนครั้งของการป่วย ในระยะซึมเศร้า	$\bar{x} = 0.96$	$\bar{x} = 1.30$
คะแนนคุณภาพชีวิต	$\bar{x} = 88.62$	$\bar{x} = 89.46$

ศูนย์วิทยุโทรพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางนันทนา สุขสมนรินทร์ เกิดวันที่ 9 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2521 ที่จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จาก โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปีการศึกษา 2544

ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการ ประจำหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี ในระหว่างปี พ.ศ. 2544 - ปัจจุบัน



ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย