

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร



นางสาวณัฐวรา เชื้อหมอ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREDICTING FACTORS OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER,
BANGKOK METROPOLIS

Miss Natwara Chuemor



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน
	สองขั้ว กรุงเทพมหานคร
โดย	นางสาวณัฐวรา เชื้อหมอ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ณิชฎา สายเสวย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้ชั้นวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ณิชฎา สายเสวย)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.อัครเดช เกตุฉ่ำ)

ณัฐวรา เชื้อหมอ : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร (PREDICTING FACTORS OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER, BANGKOK METROPOLIS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.รัชนิกร อุปเสน, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ. พญ. ณัฐฐา สายเสวย, 146 หน้า.

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร และศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการแฉะ การสนับสนุนทางสังคม การจัดการกับอาการด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย นวมินทราชิราช จำนวน 168 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยเครื่องมือ 7 ส่วน เครื่องมือทุกส่วนได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือทุกชุด เท่ากับ .82, .81, .82, .94, .81 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์การถดถอยพหุโดยวิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด ผลการวิจัย สรุปได้

1. ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 84.61$) และมีคุณภาพชีวิตรายด้านทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{x} = 26.50$) ด้านร่างกาย ($\bar{x} = 22.96$) ด้านจิตใจ ($\bar{x} = 19.72$) และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{x} = 9.06$)

2. ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การสนับสนุนทางสังคม อายุ ระดับการศึกษา และอาการซึมเศร้า โดยมีค่าความแปรปรวนของการพยากรณ์ร้อยละ 45.2 ($R^2 = .452$)

สมการพยากรณ์ในรูปแบบมาตรฐาน คือ

$$Z_{\text{คะแนนคุณภาพชีวิต}} = .422 \text{ อายุ} + .155 \text{ ระดับการศึกษา (ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป)} - .129 \text{ อาการซึมเศร้า} + .484 \text{ การ}$$

สนับสนุนทางสังคม

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5777307536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: PATIENT WITH BIPOLAR DISORDER / QUALITY OF LIFE

NATWARA CHUEMOR: PREDICTING FACTORS OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER, BANGKOK METROPOLIS. ADVISOR: ASST. PROF. RACHANEEKORN UPASEN, Ph.D., CO-ADVISOR: NATTHA SAISAVOEY, 146 pp.

The purposes of this descriptive research were: 1) to study the quality of life in patients with bipolar disorder, Bangkok Metropolis and 2) to determine the predictor of quality of life in patients with bipolar disorders, Bangkok Metropolis; age, education, substance abuse, side effects of antipsychotic drug, depressive symptoms, manic symptoms, social support and symptom self-management. Research subjects were 168 bipolar patients receiving mental health treatments in outpatient department from Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University, Phramongkutklao Hospital and Faculty of Medicine Vajira Hospital Navamindradhiraj University selected by inclusion and exclusion criteria. Research instruments divided into 7 parts which were tested for validity by 5 experts. The reliability of the scales with Chronbach's alpha were .82, .81, .82, .94, .81 and .84 respectively. Data were analyzed by using mean, SD, and multiple regression.

Major findings were as follows:

1. Patients with bipolar disorders, Bangkok Metropolis had score on overall quality of life in the moderate level ($\bar{x} = 84.61$). In addition all subscale of quality of life including environment domain, physical domain, psychological domain and social relation domain ($\bar{x} = 26.50$, $\bar{x} = 22.96$, $\bar{x} = 19.72$, $\bar{x} = 9.06$, respectively).

2. Factors significantly predicted quality of life in bipolar patients, Bangkok Metropolis were social support, age, education and depressive symptoms, at the level of .05. These predictors were accounted for 45.2 percent ($R^2 = .452$)

The Predictive Standardized Score function was :

$$Z_{\text{quality of life}} = .422_{\text{age}} + .155_{\text{education}} - .129_{\text{depressive symptoms}} + .484_{\text{social support}}$$

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2017

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน และผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ. ณีภูษิต สายเสวย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่มีเมตตา ให้ความรู้ คำแนะนำ และข้อคิดอันมีคุณค่าในการทำวิจัย ตลอดทั้งเป็นผู้สร้างแรงบันดาลใจให้ ผู้วิจัย มีกำลังใจและรู้จักที่จะพัฒนาตนเอง ผู้วิจัยขอรำลึกความกรุณาของท่านด้วยความซาบซึ้ง ใจ และกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ที่ให้คำชี้แนะและคอยกำลังใจเสมอมา และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร. อัครเดช เกตุฉ่ำ ที่กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้ ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนาตนเอง รวมทั้งให้กำลังใจในการทำ วิทยานิพนธ์ตลอดมา กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือที่ ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้มีความเหมาะสมกับ งานวิจัยมากที่สุด และให้กำลังใจ พร้อมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อต้องการข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ขอขอบคุณคณะแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะ แพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และคอยอำนวยความสะดวกในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เพื่อเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่เห็นความสำคัญ สละ เวลาและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ที่ได้คอยดูแล ห่วงใย ให้กำลังใจ ช่วยเหลือ สนับสนุน แก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น อดทน ไม่ท้อแท้ มีพลังในการต่อสู้กับ ปัญหาอุปสรรคทุกอย่างได้จนสำเร็จ ขอขอบคุณ พี่ๆ เพื่อนๆ น้องๆ ทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ปลอดภัย และให้กำลังใจด้วยดีมาตลอด

ท้ายที่สุดนี้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอให้เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมุติฐาน.....	8
สมมุติฐานการวิจัย.....	11
ขอบเขตการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	14
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว.....	16
2. แนวคิดคุณภาพชีวิต.....	36
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว.....	49
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	61
5. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	66
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	67
ประชากร.....	67
กลุ่มตัวอย่าง.....	67

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	68
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	68
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	69
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	73
การเก็บรวบรวมข้อมูล	76
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	78
การวิเคราะห์ข้อมูล	78
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	80
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	88
สรุปผลการวิจัย.....	90
อภิปรายผลการวิจัย	91
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย.....	97
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	98
รายการอ้างอิง.....	99
ภาคผนวก	110
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	111
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	113
ภาคผนวก ค หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย	121
ภาคผนวก ง หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน และหนังสืออนุญาตให้เก็บ ข้อมูล.....	126
ภาคผนวก จ ผลการวิเคราะห์แบบสอบถาม.....	137
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	146



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ปึงประมาณ (2559).....	69
ตารางที่ 2 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	76
ตารางที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยอารมณ์โรคแปรปรวนสองขั้ว จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด ระยะเวลาการเจ็บป่วยและการวินิจฉัยโรคล่าสุด.....	81
ตารางที่ 4 ค่าพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของอาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการแฉะเนี่ย การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเอง	83
ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ ของระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม.....	84
ตารางที่ 6 ค่าพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม.....	84
ตารางที่ 7 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการแฉะเนี่ย การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการตนเอง กับคุณภาพชีวิต	85
ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ (b) และค่าคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว.....	86

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีระดับของอารมณ์ที่ผิดปกติเป็นช่วงๆ ความผิดปกตินี้ประกอบด้วย อารมณ์เมเนีย มีอารมณ์ครื้นเครง ร่าเริงผิดปกติ รู้สึกมีเรี่ยวแรงและอยากทำกิจกรรมต่างๆ มาก (manic episode) ภาวะอารมณ์อีกแบบหนึ่ง คืออาการซึมเศร้าเศร้าผิดปกติ รู้สึกไม่มีเรี่ยวแรงและไม่อยากทำกิจกรรมอะไร (depressive episode) ลักษณะพิเศษของโรคนี้คืออาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นจนกลับมาเป็นปกติ ในช่วงเวลาระหว่างแต่ละระยะของโรค (ณัฐกร จำปาทอง, 2554) และเป็นปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโรคที่มีระยะการดำเนินโรคนาน มีอาการกลับเป็นซ้ำสูง และยังเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตสังคมที่สำคัญซึ่งไม่เพียงกระทบกับชีวิตผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังกระทบกับครอบครัวและสังคมอีกด้วย (Vornik and Hirschfeld, 2005) การรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วใช้วิธีการหลายวิธี จำแนกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ คือ การรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม โดยการรักษาด้วยยาเป็นการเน้นการรักษาทางกาย ซึ่งจะได้รับยาที่ทำให้อารมณ์คงที่ (Mood Stabilizers) เพื่อควบคุมพฤติกรรม ลดอาการรุนแรง ก้าวร้าว ป้องกันการฆ่าตัวตาย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) ส่วนการบำบัดทางจิตสังคม ใช้รูปแบบต่างๆ เช่น การบำบัดทางความคิด (Cognitive Therapy: CT) ซึ่งเป็นการบำบัดแบบมุ่งเน้นการแก้ไขความคิดที่คลาดเคลื่อนของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วย หรือสัมพันธ์ภาพบำบัด (Interpersonal and Social Rhythm: IPSRT) ซึ่งเป็นการบำบัดผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้าใจตนเองดี แต่มีการดำเนินชีวิตประจำวันไม่เหมาะสม (รัชชชัย ลีพทานาจ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2549)

ปัจจุบันแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพิ่มสูงขึ้น องค์การอนามัยโลกได้จัดผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่ทำให้สูญเสียสุขภาพสูงเป็นอันดับ 6 (Woods, 2000) ปัจจุบันพบประมาณร้อยละ 0.3-1.5 ของประชากรโลก (Michalak et al., 2005) และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นถึงประมาณร้อยละ 1 ของประชากรโลก (Stuart et al., 2005) ความชุกของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบระหว่างร้อยละ 1-2 ของโลก (Oswald et al., 2007; Pini et al., 2005) จากการสำรวจผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการในสถานพยาบาลสังกัด กรมสุขภาพจิต ประจำปี 2556 จำนวน 156,663 ราย พบเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 52,852 ราย หรือประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2556) และจากการสำรวจผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในสถานพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข การเข้าถึง

ระบบบริการสุขภาพจิตพบว่าเมื่ออัตราผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสูงขึ้น จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (ปีงบประมาณ 2557-2559) มีจำนวน 10,068, 29,739 และ 67,574 คนตามลำดับ โดยอายุเฉลี่ยที่เกิดอาการครั้งแรกคือ 21 ปี พบอัตราการเกิดอาการครั้งแรกมากที่สุดอยู่ในช่วง 15-19 ปี (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2547) และจากสถิติผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี 2557 - 2559 พบว่ามีจำนวน 708, 709, 788 คน ตามลำดับ (งานสารสนเทศเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ ฝ่ายสารสนเทศ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2559) และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ปี 2557 - 2559 มีจำนวน 743 746, 833 คน ตามลำดับ (รายงานสถิติบริการประจำปี ภาคจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2559) เมื่อพิจารณาจัดอันดับ ตามจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ พบว่าโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วเป็นโรคที่อยู่ในห้าอันดับแรกของโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยเข้ามารับบริการสูงสุดทั้งสองโรงพยาบาล ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วมีจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว

จากสภาพสังคมปัจจุบันที่มีการขยายตัวของเมืองใหญ่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประชากรส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเมือง เพื่อการทำงาน การศึกษา การเข้าถึงบริการสุขภาพ และความสะดวกสบาย กรุงเทพมหานครเป็นเมืองหลวงของประเทศไทย มีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น จากสถิติจำนวนประชากรเขตกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีจำนวนประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครรวมทั้งสิ้น 5,686,646 คน จากจำนวนประชากรในประเทศทั้งหมด 65,931,550 คน (กลุ่มงานวิจัยและประเมินผลกองยุทธศาสตร์บริหารจัดการ สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล, 2559) การอยู่อาศัยอย่างหนาแน่นของประชากรมีผลต่อสุขภาพจิตโดยตรง โดยผู้อยู่อาศัยต้องเผชิญกับความเครียดของสิ่งแวดล้อมตั้งแต่การอยู่กันอย่างหนาแน่น อากาศเป็นพิษ กิจกรรมชีวิตประจำวัน ปฏิสัมพันธ์การอยู่กันอย่างใกล้ชิดของที่อยู่ในสังคม ลักษณะที่อยู่อาศัยที่เบียดเสียด รวมทั้งอุบัติเหตุของการเกิดอาชญากรรมที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึก ต่อร่างกาย สิ่งเหล่านี้มีผลโดยตรงมีผลต่อสุขภาพจิต (Billie et al., 2012) จากผลสำรวจกรมสุขภาพจิตปี 2556 พบว่าประชาชนในกรุงเทพมหานคร อายุ 18 ปีขึ้นไป ป่วยทางจิตและมีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 11.5 หรือประมาณ 520,000 คน และกรมสุขภาพจิตได้ประเมินว่า โรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วจะเป็นปัญหาปัญหาสุขภาพจิตอันดับ 5 ที่น่าจะเป็นปัญหาสำคัญสำหรับอนาคตไทย (สินเงิน สุขสมป้องและคณะ, 2559)

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วมีการเจ็บป่วยไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแคในระยะเฉียบพลันเท่านั้น แต่ความผิดปกติด้านอารมณ์จะคงอยู่และนำไปสู่การบกพร่องทางจิตสังคม และการประกอบอาชีพอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน (United State Department of Health Education and Welfare อ้างอิงในรัชชชัย ลิพหนาท, สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์ และรณชัย คงสกนธ์, 2545)

แม้ว่าอาการเจ็บป่วยจะทุเลาลงจนเข้าสู่ระยะสงบแล้ว นอกจากนี้นั้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยต้องขาดงานไม่สามารถทำงานได้ปกติในวันทำงาน หรือตงงานได้ ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและความสัมพันธ์กับผู้อื่น หรือแม้แต่การสูญเสียชีวิตก่อนวันอันควรจากการฆ่าตัวตาย (สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549) ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตต่ำลง (Michalak, 2005) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคะแนนคุณภาพชีวิตทุกด้านต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น (Singh et al., 2005) สำหรับในประเทศไทย กนกรัตน์ พิมพ์รุณ (2549) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตกับการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตสูงสุดในด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย ($M=96.70$, $S.D.=1.65$) และมีคุณภาพชีวิตต่ำสุดในด้านการถูกจำกัดบทบาทอันเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ($M=58.33$, $S.D.=1.46$) และจากการศึกษาของ นันทนา สุขสมนรินทร์ (2552) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 89.04$) จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาในการดำรงชีวิตไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีภาวะสุขภาพปกติหรือมีการเจ็บป่วย ดังนั้นในปัจจุบันทุกประเทศจึงได้นำเอาคุณภาพชีวิตมาตั้งเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประชากร โดยต่างก็ตระหนักว่าคุณค่าของชีวิตนั้นไม่ได้อยู่ที่การมีชีวิตยืนยาว แต่อยู่ที่การมีชีวิตหรือการมีความสุขในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ และทั้งนี้ยังเชื่อในแนวคิดที่ว่าคนที่คนมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาด้านต่างๆก็จะทำได้ดีและรวมเร็ว (จรรยาวัตร คมพยัคฆ์, 2535) นอกจากนี้คุณภาพชีวิตยังเป็นเครื่องชี้วัดอย่างหนึ่งที่สามารถบ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดีและความรู้สึกเป็นปกติสุขในการดำรงชีวิตของบุคคล เป็นสิ่งสำคัญที่สามารถคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าแห่งตน ซึ่งมีผลต่อความพึงพอใจและความรู้สึกผาสุกในชีวิต (สมพันธ์ ทิณชिरะนันท์, 2539) ฉะนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ เพราะผลลัพธ์ที่สำคัญที่สุดของการพยาบาลคือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Lubkin, 1986)

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่เป็นนามธรรม จึงมีผู้ให้ความหมายไว้แตกต่างกัน Dalkey and Rourke (1973) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตเป็นบารอมิเตอร์ของการวัดคุณภาพชีวิตของบุคคล ส่วน Ferran and Powers (1992) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความผาสุกของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละด้านของชีวิต และ WHOQOL-BREF (1996) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต คือการรับรู้ระดับของการมีชีวิตที่ดี ความสุข ความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยมของท้องถิ่นที่อาศัยอยู่ มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย คาดคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ ซึ่งเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อนของบุคคล ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

ปัญหาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นโรคที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยยาวนาน ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและประเทศ แม้ว่าอาการเจ็บป่วยจะทุเลาลงจนเข้าสู่ระยะสงบ แต่ก็พบความบกพร่องต่างๆยังคงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วย (Vernik and Hirschfeld, 2005) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อยู่ในระยะสงบ คือมีอาการหายจากโรคบางส่วนหรือหายจากโรคเต็มที่ (partial to full remission) โดยในระยะนี้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะสามารถรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาคุณภาพชีวิตจึงมีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสภาพและส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตประจำวันและทำหน้าที่ได้ปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วนั้น จำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้เลือกแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF, 1996) เนื่องจากสอดคล้องกับปัญหาและผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และครอบคลุมถึงการพยาบาลแบบองค์รวมทั้ง 4 ด้านได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสามารถสรุปได้ดังนี้

ด้านร่างกาย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการเปลี่ยนแปลงของ Circadian rhythm ทำให้วงจรการนอนแปรปรวน โดยในระยะอาการซึมเศร้ามักเกิดปัญหานอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป (Gazalle et al., 2007) เกิดความอ่อนล้า การเคลื่อนไหวช้าลง ไม่สดชื่น (Seminowicz et al., 2004) ปวดศีรษะ แน่นหน้าอก น้ำหนักลดหรือเพิ่มขึ้น เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภค และความต้องการอาหารเปลี่ยนไป (Kaplan et al., 1998) ส่วนระยะอาการmania ผู้ป่วยมักจะนอนน้อยลง ทำให้การพักผ่อนไม่เพียงพอส่งผลในทางลบต่อคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย (Gazalle et al., 2007)

ด้านจิตใจ มักพบปัญหาที่เกิดขึ้นโดยในระยะอาการซึมเศร้าผู้ป่วยมักเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดความภูมิใจและมองคุณค่าตนเองต่ำลง (Cohen et al., 2004) ทำให้การทำหน้าที่ของระบบการรู้คิดเสียไป (Suppes and Dennehy, 2005) ส่วนในระยะอาการmania ผลกระทบที่เกิดขึ้นจะตรงกันข้าม ผู้ป่วยมักมีความภาคภูมิใจในตนเองสูงกว่าปกติ ทำให้การตัดสินใจเสียไปและเกิดผลเสียแก่ตนเองและคนรอบข้างตามมา (Montgomery and Cassano, 1996)

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่าในระยะอาการซึมเศร้าผู้ป่วยจะแยกตัวออกจากครอบครัว และคนรอบข้าง อีกทั้งมีความต้องการทางเพศและกิจกรรมทางเพศลดลง (Kaplan et al., 1998) ส่วนระยะอาการmania ผู้ป่วยมักหมกมุ่นเรื่องทางเพศหรือมีความต้องการทางเพศมากกว่าปกติ (รัชชัย ลีพานาจและสรยุทธ วาสิกนันท์, 2549) สัมพันธภาพทางสังคมและสัมพันธภาพ

ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ (Dore and Roman, 2001) ครอบครัวมีความขัดแย้งเกิดปัญหาหย่าร้างสูงกว่าประชากรทั่วไป (Hirsch et al., 2002)

สำหรับด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วไม่ได้รับความปลอดภัยและเสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเอง เช่น การสูญเสียก่อนวัยอันควรซึ่งเกิดจากการฆ่าตัวตาย (Pini et al., 2005) นอกจากนี้ในระยะอาการซึมเศร้าผู้ป่วยมักขาดความสนใจในสิ่งรอบตัว โดยเฉพาะการรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ หรือถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะสนใจข้อมูลข่าวสารก็จะเน้นข้อมูลข่าวสารที่ไม่ได้ (Pope et al., 2007) ตลอดจนขาดแรงจูงใจในการริเริ่มงานใหม่ งดทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดปัญหาด้านการเงินรวมทั้งสูญเสียรายได้ไม่มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงินมารองรับ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ เกิดปัญหาการว่างงานในที่สุด (Kupfer et al., 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติ มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนปกติอย่างมีนัยสำคัญ (Sierra et al., 2005) และโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และการทำหน้าที่ตามบทบาทสูง แต่ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป การทำหน้าที่ทางสังคม และสุขภาพจิตต่ำ (Cooke et al., 1996) และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้แก่ เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าเพศหญิงมีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย (Robb et al., 1998) , ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอายุเริ่มป่วยครั้งแรกเมื่ออายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ทางสังคมในระดับต่ำ (Robb et al., 1998) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rojas et al. (2008) พบว่าผู้ที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกเมื่ออายุน้อยจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตต่ำ จึงสรุปได้ว่าอายุที่เริ่มป่วยครั้งแรกมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว, ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยปัญหาทางอารมณ์ที่ยาวนานจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ดังนั้นระยะเวลาการเจ็บป่วยจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Robb et al., 1997) , การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการใช้สารเสพติดมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนปกติอย่างมีนัยสำคัญ (Singh et al., 2005), จากการศึกษาของ Olrey et al. (1998) พบว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อาการทางลบของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อยู่ในภาวะซึมเศร้านั้นเป็นนัยสำคัญถึงคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ, เมื่อความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตต่ำลง อาการเมเนียดจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Gazalle et al., 2007), Kim et al. (2013) ศึกษาอาการหุ่นหันพลันแล่นในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผลการศึกษาพบว่าอาการหุ่นหันพลัน

แล้วมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในทุกๆด้าน, Cudney et al., (2016) ได้ศึกษาตัวแปร วงจรชีวภาพ อาการซึมเศร้า และคุณภาพการนอนหลับกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

สำหรับในประเทศไทย กนกรัตน์ พิมพรัตน์ (2549) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตกับการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตสูงสุดในด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย ($M=96.70$, $S.D.=1.65$) และมีคุณภาพชีวิตต่ำสุดในด้านการถูกจำกัดบทบาท อันเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ($M=58.33$, $S.D.=1.46$) และนันทนา สุขสมนรินทร์ (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอยู่ในระดับปานกลาง มีเพียง 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คืออาการซึมเศร้าและอาการแฉะเนีย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ($r= -.62$ และ $.37$ ตามลำดับ)

ภายใต้กรอบแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการเสริมสร้างศักยภาพทุนมนุษย์ โดยมีแนวทางในการพัฒนาศักยภาพคนให้มีความรู้ และความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า และผลักดันให้สถาบันทางสังคมมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศอย่างเข้มแข็ง มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพทุนมนุษย์ของประเทศ โดยพัฒนาคนให้เหมาะสมตามช่วงวัย เพื่อเติบโตอย่างมีคุณภาพ การหล่อหลอมให้คนไทยมีค่านิยมตามบรรทัดฐานที่ดีทางสังคม เป็นคนดี มีสุขภาวะที่ดี มีคุณธรรมจริยธรรม มีระเบียบวินัย และมีจิตสำนึกที่ดีต่อสังคมส่วนรวม เสริมสร้างให้คนมีสุขภาพที่ดี เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพและการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาชีวิตและความสุขของคนในสังคม

การพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ พยาบาลมีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพคนและสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า ปัญหาคุณภาพชีวิตเป็นผลกระทบจากภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ซึ่งมีผลต่อกิจวัตรประจำวันของบุคคล (พะยอม อยู่สวัสดิ์, 2537) ดังนั้นการพยาบาลจึงมีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาภาวะสุขภาพของบุคคลทุกเพศ ทุกวัย เพื่อให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายทางการพยาบาล โดยลักษณะวิชาชีพของการพยาบาลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งผู้รับบริการอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นญาติพี่น้อง บุคคลในครอบครัว โดยอาศัยศาสตร์การพยาบาลแบบองค์รวม (จอม สุวรรณโน, 2542) และพยาบาลจะต้องอาศัยองค์ความรู้หรือทฤษฎีทางการพยาบาลเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการและการพยาบาลยังเป็นศาสตร์ที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ โดยมุ่งเน้นการแสวงหาความรู้ เพื่อทำความเข้าใจ อย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกนึกคิด ประสบการณ์ และการตอบสนองของบุคคลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย ที่เกี่ยวข้อง

กับปัจจัย สิ่งแวดล้อม ทั้งภายในและภายนอกบุคคล การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการวินิจฉัย และ บำบัดการตอบสนองของบุคคลทั้งในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย (American Nurse Associated, 1987 อ้างใน จอม สุวรรณโน, 2542) เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมีความสุข สามารถทำหน้าที่ และบรรลุเป้าหมายของชีวิตได้

ปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งแปรปรวนสองชั่วเป็นปัญหาที่สำคัญ การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขและส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งแปรปรวนสองชั่วมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จำเป็น จะต้องทราบปัญหาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตเพื่อนำมาจัดกระทำกับปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และเป็นแนวทางในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งแปรปรวนสองชั่วให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมของต่างประเทศพบว่า ยังมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งแปรปรวนสองชั่ว และมีบางปัจจัยยังไม่มี การศึกษาในประเทศไทย ได้แก่ ปัจจัย อายุ ระดับการศึกษา อาการข้างเคียงจากการใช้ยา การใช้สาร เสพติด อาการซึมเศร้า อาการแฉะ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเอง จึงอาจทำให้แนวทางการดูแลและส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งแปรปรวนสองชั่ว ยังไม่ครอบคลุม คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งแปรปรวนสองชั่วจึงมีระดับไม่สูงเท่าที่ควร ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะ ศึกษา คุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งแปรปรวนสองชั่ว เพื่อเป็นแนวทาง ในพัฒนา ส่งเสริม และปรับปรุงการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งแปรปรวนสองชั่วใหม่กำลังใจ สามารถอยู่ในสังคมได้อย่าง มีความสุข ด้วยการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความพึงพอใจในชีวิตตาม อัตภาพของตนต่อไป โดยในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งแปรปรวนสองชั่วในระยะสงบ คือมีอาการหายจากโรคมบางส่วนหรือหายจากโรเต็มที่ (partial to full remission) เนื่องจากในระยะนี้เป็นระยะที่อาการสงบ ผู้ป่วยโรคมะเร็งแปรปรวนสองชั่วจะ สามารถรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งแปรปรวนสองชั่ว กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งแปรปรวนสองชั่ว กรุงเทพมหานคร จากปัจจัย อายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการแฉะ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเอง

แนวเหตุผลและสมมุติฐาน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรมาจากแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BERF, 1996) และคัดเลือกปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศ และต่างประเทศ โดยเลือกปัจจัยที่คิดว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญ และสามารถนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบของการให้การพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้จำนวน 8 ตัวแปร ได้แก่ อายุ, ระดับการศึกษา, การสนับสนุนทางสังคม, การใช้สารเสพติด, อาการข้างเคียงของการใช้ยา, อาการซึมเศร้า, อาการแฉะ และการจัดการกับอาการด้วยตนเอง โดยมีรายละเอียดของแต่ละปัจจัยดังนี้

อายุ พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อายุเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง นิสัย การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจและการตัดสินใจ บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมตอบสนองเพื่อเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน (Orem, 1985) Yen et al. (2008) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับการตระหนักในตนเอง, อาการข้างเคียงจากการใช้ยา, และการใช้ยาทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ป่วยจิตเวช พบว่าตัวแปร อายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอายุมากกว่าจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอายุน้อยกว่าโดยอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทางด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\beta=0.247$, $t = 2.59$) ดังนั้นอายุน่าจะสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

ระดับการศึกษา พบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยระดับการศึกษาเป็นการบอกถึงความรู้ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระดับการศึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการพัฒนาทางสติปัญญา ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่าเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า YS Kim et al. (2013) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการหุนหันพลันแล่นกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวช Gyeongsang National University ประเทศเกาหลี จำนวน 56 คน พบว่า ตัวแปร ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยระดับการศึกษาเป็นการบอกถึงความรู้ของผู้ป่วยซึ่ง ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีระดับการศึกษาที่สูง จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ

($r = .374$) ดังนั้นระดับการศึกษาน่าจะสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

การสนับสนุนทางสังคม คือการที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้รับความช่วยเหลือกันระหว่างบุคคลในสังคม ทั้งด้านอารมณ์ สังคม ทรัพยากร และข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียด (Schaefer et al., 1981) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตที่ดี Yen et al. (2008) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับการตระหนักในตนเอง, อาการข้างเคียงจากการใช้ยา, และการใช้ยาทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ป่วยจิตเวช และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย 2 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปร การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทุกด้าน ($P < .001$) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมน่าจะสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

การใช้สารเสพติด การใช้สารเสพติดไม่เพียงแต่จะมีโอกาสหายเป็นปกติช้า ยังส่งผลกระทบต่อให้การดำเนินโรคแย่ลง (ธวัชชัย สีนพนาจ, 2549) และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Singh et al. (2005) ได้ทำการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการใช้สารเสพติดกับคนปกติ พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการใช้สารเสพติดมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนปกติในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.44, p < 0.01$) ดังนั้นการใช้สารเสพติดน่าจะสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยาเป็นสิ่งที่มักเกิดขึ้นได้เสมอจากการใช้ยา เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยามีผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และอาจทำให้ผู้ป่วยปรับขนาดหรือหยุดยาเอง ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย Yen et al. (2008) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับการตระหนักในตนเอง อาการข้างเคียงจากการใช้ยา และการใช้ยาทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ป่วยจิตเวช และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย 2 กลุ่ม พบว่า อาการข้างเคียงจากการใช้ยามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตต่ำในด้านร่างกาย ($\beta = -.341, t = -5.160$) และสิ่งแวดล้อม ($\beta = -.294, t = -4.476$) ดังนั้นอาการข้างเคียงจากการใช้ยาน่าจะสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

อาการซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการซึมเศร้าเป็นระยะเวลานานจะส่งผลต่อระบบการรู้คิด (Cognitive) ซึ่งความรู้คิดที่บกพร่องส่งผลต่อความเสื่อมของหน้าที่ (Suppes and Dennehy, 2005) และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่ดีในการทำนายคุณภาพชีวิต (Zhang et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sarika & Baby Shari (2015) พบว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางลบในระดับสูง ($r = -.716$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา สุขสมนรินทร์ (2552) พบว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ($r = -.62$) นั่นคือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรงจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง ดังนั้นอาการซึมเศร้าน่าจะสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

อาการเมเนีย อาการเมเนียมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งจะแสดงออกทางด้าน กายภาพ อารมณ์ ความคิด สังคม และจิตวิญญาณและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พบว่าคะแนนของอาการเมเนียมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทุกด้าน (Gazalle et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา สุขสมนรินทร์ (2552) พบว่า อาการเมเนียมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ($r = .37$) นั่นคือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่มีอาการเมเนียในระดับต่ำจะมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น ดังนั้นอาการเมเนียน่าจะสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

การจัดการกับอาการด้วยตนเอง เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมอาการ เมื่อบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิม ก็จะประเมินอาการนั้นตามการรับรู้ว่ามีระดับความถี่ ระดับความรุนแรงของอาการและการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใด และจะตอบสนองต่ออาการนั้น (Murphy and Moller, 1993) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การรับรู้และประเมินอาการตนเอง การจัดการกับอาการด้วยตนเอง และรับรู้ประสิทธิภาพของการจัดการกับอาการด้วยตนเองทำให้สามารถจัดการกับอาการของตนเองได้และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษาของ กนกรัตน์ พิมพ์รุณ (2549) พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความถี่และรับรู้ประสิทธิผลในการจัดการกับอาการของตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ และผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตสูงสุดในด้านร่างกาย ($M=96.70$, $SD = 1.65$) และมีคุณภาพชีวิตต่ำสุดในด้านการถูกจำกัดบทบาทอันเนื่องมาจากปัญหาทางอารมณ์ ($M=58.33$, $SD=1.46$) ดังนั้นการจัดการกับอาการด้วยตนเองน่าจะสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

สมมุติฐานการวิจัย

อายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการ
 แมเนีย การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเอง สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพ
 ชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานครได้

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัย ได้แก่
 อายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการแมเนีย
 การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร

ประชากร คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 และเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตกรุงเทพมหานคร
 เนื่องจากเป็นศูนย์บริการทางการแพทย์ที่มีความสามารถในการให้บริการและมีความพร้อมในการ
 รักษาสูงสุด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย เขตกรุงเทพมหานคร 4 แห่ง ได้แก่
 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย
 นวมินทราชินราชมงคล ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่
 กำหนดไว้

ตัวแปรต้น ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด อาการข้างเคียงจากการใช้ยา
 อาการซึมเศร้า อาการแมเนีย การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเอง

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิต

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ระดับของการมีชีวิตที่ดีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ตามบริบททางวัฒนธรรม ค่านิยมของท้องถิ่นที่อาศัยอยู่ โดยประเมินได้จากแบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด ที่สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2541) ได้พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่

1) ด้านร่างกาย (physical domain) หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีสภาพร่างกายแข็งแรง มีความสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด และรู้วิธีที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ มีผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีการหลับนอนและพักผ่อนอย่างเพียงพอ มีอิสระไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน การเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การรับรู้ว่าคุณเองไม่ต้องพึ่งพาใครๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ

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

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social domain) หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

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

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หมายถึง บุคคลที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มของโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ อารมณ์ที่ผิดปกติมีสองชนิดคือ อารมณ์ซึมเศร้า (Depression) ผู้ป่วยจะมีความสิ้นหวัง เบื่อหน่าย มีความตึงเครียดที่อยู่ภายใน อ่อนเปลี้ยเพลียแรง การตอบสนองทางอารมณ์ลดลง มีความคิดฆ่าตัวตาย และอารมณ์คลุ้มคลั่ง (Mania) ซึ่งมีอาการแสดงคือ อารมณ์ดี ไร่ เรียง ครื้นเครงผิดปกติ พูดมาก มีความคิดและการแสดงอารมณ์ที่มากผิดปกติจนไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลต่อความความคิด การพูด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเกิดความบกพร่องในหน้าที่การงาน รวมทั้งความสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้ป่วยอาจมีอาการเพียงด้านเดียวหรือสองด้านก็ได้ โดยได้รับการวินิจฉัย

จากจิตแพทย์ว่า เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และมีอาการอยู่ในระยะหายจากโรคบางส่วนหรือ ระยะหายจากโรคเต็มที่ (partial to full remission) โดยผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะมี คะแนนรวมจากการประเมินโดยแบบวัด TMRS ≤ 10 คะแนน (Robb et al., 1997; Yen et al., 2002) และมีคะแนนรวมจากการประเมินโดยแบบวัด MADRS ≤ 11 (Hawley et al., 2002) คะแนน

อายุ หมายถึง ระยะเวลา นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ทำการตอบแบบสอบถาม โดยคิดเป็น จำนวน ปีเต็มในช่วงเวลาที่ตอบแบบสอบถาม (เศษของอายุที่มากกว่า 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี) โดยอายุ ของ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอยู่ในวัยผู้ใหญ่ คือ 20-59 ปี ข้อมูลนี้ได้มาจากแบบสอบถาม ส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสร้างขึ้นเอง

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสำเร็จ การศึกษาระดับสูงสุด ข้อมูลนี้ได้มาจากแบบสอบถามส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การใช้สารเสพติด หมายถึง การใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งของผู้ป่วยโรคอารมณ์ แปรปรวนสองขั้ว โดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือโดยวิธีอื่นๆเข้าสู่ร่างกาย ข้อมูลนี้ได้มาจาก แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

อาการข้างเคียงจากการใช้ยา หมายถึง เป็นอาการตอบสนองต่อยาที่เป็นอันตรายและไม่ ต้องการให้เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยเกิดในขนาดการใช้ยาปกติ ไม่รวมการใช้ ยาเกินขนาดและการใช้ยาในทางที่ผิด ประเมินได้จากแบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (Questionnaire on Adverse Effect of Medication for Bipolar Disorder and Schizophrenia : QAEM-BS) ของ Yen et al. (2008)

อาการซึมเศร้า หมายถึง อาการที่แสดงของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ให้รับรู้ถึง ความรู้สึกตึงเครียดและซึมเศร้าทั้งจากภายในและแสดงให้เห็น การนอนหลับ ความอยากอาหาร การ ตอบสนองทางอารมณ์ สมาธิและความจำที่ลดลง ความอ่อนเปลี้ยเพลียแรง ความคิดในด้านลบ และ ความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดอาการซึมเศร้าของ Montgomery Asberg Depression Rating Scal (MADRS) 1979 รัชชัย คงสกนธ์ (2546) ได้แปลและเรียบเรียงเป็น ภาษาไทย

อาการmania หมายถึง สิ่งที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แสดงออกถึงความรู้สึก ครื้นเครง การทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหวที่เพิ่มขึ้น ความสนใจทางเพศ การนอนหลับ ความ หงุดหงิด การพูด ภาษาและความผิดปกติรวมถึงเนื้อหาความคิด พฤติกรรมก่อนความวุ่นวายก้าวร้าว ลักษณะภายนอกการแต่งตัวและความเข้าใจตนเอง ประเมินได้จากแบบวัดอาการmania (Thai Mania Rating Scale : TMRS) ที่ รัชชัย คงสกนธ์ ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย (2549)

โดยพัฒนามาจากแบบวัด Young Mania Rating Scale ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Young et al. (1978)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้รับความช่วยเหลือกันระหว่างบุคคลในสังคม ทั้งด้านอารมณ์ สังคม ทรัพยากร และข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเกิดจากการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม ประเมินได้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Scale : SSS) ของ Wang (1999) ได้พัฒนาขึ้นจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Inventory of Social Supportive Behavior) ของ Barrera and Sandler (1981) ซึ่ง Yen et al. (2008) ได้นำมาใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การจัดการกับอาการด้วยตนเอง หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมอาการของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเมื่อมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิมก็จะประเมินอาการนั้นตามการรับรู้ว่ามีระดับความถี่ ระดับความรุนแรงของอาการ และการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใด และจะตอบสนองต่ออาการ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การรับรู้และประเมินอาการตนเอง การจัดการกับอาการด้วยตนเอง และรับรู้ประสิทธิผลของการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์การจัดการกับอาการของตนเองที่ มยุรี ช่างมิ่ง และคณะ (2546) ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยพัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์การจัดการกับอาการด้วยตนเอง (The Moller-Murphy Symptom self-management) ของ Murphy & Moller (1993) และกนกรัตน์ พิมพ์รุณ (2549) ได้นำมาใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับขนาดปัญหาของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
2. ทราบปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด การสนับสนุนทางสังคม อาการซึมเศร้า อาการแมเนีย และการจัดการกับอาการด้วยตนเอง เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารและบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตในการกำหนดแผนการปฏิบัติงานและออกแบบการให้บริการพยาบาล ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ด้วยการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความพึงพอใจในชีวิตตามอัตภาพของตนต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว” ผู้วิจัยได้ค้นคว้าศึกษาจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ผ่านมา เริ่มตั้งแต่ การศึกษาของ Sierra et al. (2005) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตและตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการในระยะสงบ พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตทุกด้านต่ำกว่าคนปกติทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับตัวแปร พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพทั่วไป ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมจำนวน 22 เรื่อง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005 – 2016 ที่พบว่ามีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดย มีสาระสำคัญเพื่อเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางในการศึกษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 1.1 ความหมายของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
 - 1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 1.3 ลักษณะสำคัญทางคลินิก
 - 1.4 การวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 1.5 การดำเนินของโรค
 - 1.6 การรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 1.7 ผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน
 - 1.8 การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
2. แนวคิดคุณภาพชีวิต
 - 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
 - 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - 2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
 - 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 2.5 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 2.6 การพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

- 3.1 อายุ
- 3.2 ระดับการศึกษา
- 3.3 การสนับสนุนทางสังคม
- 3.4 การใช้สารเสพติด
- 3.5 อาการข้างเคียงจากการใช้ยา
- 3.6 อาการเมเนีย
- 3.7 อาการซึมเศร้า
- 3.8 การจัดการกับอาการด้วยตนเอง

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5. กรอบแนวคิดงานวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

1.1 ความหมายของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder)

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของอารมณ์ โดยมีลักษณะอารมณ์ที่ผิดปกติ 2 ชนิด คือ อารมณ์เศร้า (Depression) และ เมเนีย (Mania) ได้มีผู้อธิบายความหมายของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วไว้ สรุปได้ดังนี้

ธวัชชัย ลิขิตานาจและสรยุทธ วาสิกานนท์ (2549) กล่าวว่า Bipolar disorder หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดหนึ่ง ผู้ป่วยจะมีอาการของ manic episode, mixed episode หรือ hypomanic episode สลับกับ major depressive episode

มาโนช หล่อตระกูล (2545) กล่าวถึงโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วไว้ว่า เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางอารมณ์ โดยผู้ป่วยจะมีอาการ Mania หรือ Hypomanic สลับกับ Major depressive

เพียรดี เปี่ยมมงคล (2553) ได้ให้ความหมายของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วว่า เป็นโรคที่มีความผิดปกติของอารมณ์เป็นอาการเด่น โดยมีอารมณ์เศร้า มากเกินไป หรือมีอารมณ์สุขมากเกินไป ผู้ป่วยอาจมีอาการเศร้าเพียงด้านเดียว หรือมีอาการทั้งสุขและเศร้าได้

สมภพ เรื่องตระกูล (2553) ได้ให้คำจำกัดความโรคอารมณ์แปรปรวนว่า ลักษณะที่สำคัญของโรคนี้คือผู้ป่วยเคยมีอาการเมเนีย (mania episode) อาการแบบผสม (mixed episodes) หรืออาการไฮโปเมเนีย (hypomania episodes) และมักมีหรือเคยมีอาการของโรคซึมเศร้า

นันทวิช สิริธีรภัทร์และคณะ (2558) กล่าวว่าโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ตามเกณฑ์การวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-5 จัดอยู่ในกลุ่มโรคทางอารมณ์ (mood disorder) คือกลุ่มโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเป็นอาการสำคัญ เช่น มีอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ ร้องไห้ อ่อนเพลีย อยากรตาย หรือมีอาการตีมากผิดปกติ ครึกครื้น พุดมาก อาการนั้นมากจนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้ หรือรู้สึกเป็นทุกข์ ส่งผลต่อความความคิด การพูด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเกิดความบกพร่องในหน้าที่การงาน รวมทั้งความสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้ป่วยอาจมีอาการเพียงด้านเดียวหรือสองด้านก็ได้ โดยต้องไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือยา ที่เป็นสาเหตุอาการดังกล่าว

สรุปว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หมายถึง บุคคลที่มีความเจ็บป่วยจากความผิดปกติทางอารมณ์(mood disorder) โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คือกลุ่มโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเป็นอาการสำคัญ เช่น มีอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ ร้องไห้ อ่อนเพลีย อยากรตาย หรือมีอาการตีมากผิดปกติ ครึกครื้น พุดมาก อาการนั้นมากจนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้ หรือรู้สึกเป็นทุกข์ ส่งผลต่อความความคิด การพูด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเกิดความบกพร่องในหน้าที่การงาน รวมทั้งความสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้ป่วยอาจมีอาการเพียงด้านเดียวหรือสองด้านก็ได้ โดยต้องไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือยา ที่เป็นสาเหตุอาการดังกล่าว

1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรค พบเพียงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จากตำราและผลงานวิจัย สามารถสรุปได้ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล,2545; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย,2556; วัชชัย ลิพหานาจ และสรยุทธ วาสิกานนท์,2549)

1.2.1 สาเหตุทางชีวภาพ (Biological Factor)

1.2.1.1 สาเหตุจากสารสื่อประสาท (neurotransmitters) โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสัมพันธ์กับการขาดความสมดุลสารสื่อประสาท มีผลให้อารมณ์ผิดปกติเป็นช่วงๆ ในช่วงที่มีภาวะซึมเศร้า จะมี biogenic amine activity (norepinephrine, serotonin, dopamine) ลดลง, สารสื่อประสาทซีโรโทนินลดลง หรือ Gamma-Amino Butyric Acid (GABA) ลดลงและบางช่วงเวลาจะมี dysregulation ของ adrenergic-cholinergic system แล้วทำให้มี cholinergic activity เพิ่มขึ้นในระยะครั้นเครง ซึ่งการมี biogenic amine activity เพิ่มขึ้นจะตรงข้ามกับภาวะซึมเศร้า (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย,2556)

1.2.1.2 ฮอร์โมน ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความผิดปกติของฮอร์โมนหลายชนิดในภาวะซึมเศร้า เช่น Thyroid Stimulating Hormone (TSH) เพิ่มขึ้น และมีการลดลงของ Growth hormone, Leutinizing hormone และTestosterone

1.2.1.3 การนอนหลับที่ผิดปกติ จากการศึกษาการนอนหลับที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วคือ ผู้ป่วยจะมีระยะเวลาเริ่มหลับจนถึงการเกิดการเคลื่อนไหวของลูกตาลดลง ซึ่งพบได้ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า การนอนหลับชนิด REM ในแต่ละคาบ (period) จะนานขึ้น ครึ่งคืนแรกของการนอนหลับจะมีการหลับชนิด REM มากขึ้น การนอนหลับมักจะไม่ติดต่อกันคือ หลับๆ ตื่นๆ เพิ่มขึ้น (ธวัชชัย ลิขิตานาจ และสรยุทธ วาสิกันานนท์, 2549)

1.2.2 สาเหตุทางพันธุศาสตร์ โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางพันธุศาสตร์ คือ ญาติสนิทของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสูงกว่าประชากรทั่วไป 1.5-3 เท่า คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคอีกคนจะมีโอกาสเป็นร้อยละ 54 ส่วนในคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบมีโอกาสเป็นร้อยละ 24 และบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดาและมารดาเป็นโรคนี้ทั้ง 2 คน มีโอกาสเป็นโรคในอัตราที่สูงกว่าบุตรบุญธรรมซึ่งบิดาและมารดาปกติ (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2553) ส่วนใหญ่พบว่าในครอบครัวที่เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในเครือญาติ บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) gene ที่ทำให้เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อาจอยู่บนโครโมโซม 5, 11, 18 และX อย่างไรก็ตามก็ยังไม่ชัดเจน (ธวัชชัย ลิขิตานาจและสรยุทธ วาสิกันานนท์, 2549)

1.2.3 สาเหตุทางจิตวิทยาและสังคม สาเหตุทางจิตสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนส่งเสริมให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้ อารมณ์เศร้าเกิดจากการสูญเสีย เช่น การตายจากหรือ การถูกปฏิเสธ เหตุการณ์ชีวิต การสูญเสียสิ่งที่มีความสำคัญแก่ชีวิตและอารมณ์เศร้า โดยอาจจะเกิดจากสิ่งแวดล้อมทำให้คนไม่มีโอกาสได้รับสิ่งตอบแทนจนทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย เกิดความภาคภูมิใจในตนเองลดลง บุคลิกภาพก่อนเกิดโรค สภาพการไร้ประโยชน์หมดหนทางที่เคยประสบมาแล้ว ทำให้สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเองและเกิดภาวะซึมเศร้า พรอยด์เชื่อว่าสาเหตุของความเศร้าโศกเกิดจากความรู้สึกสับสนเรื่องสัมพันธ์ภาพเกี่ยวกับความรัก และความขัดแย้งเกี่ยวกับตนเอง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556)

ปัจจัยต่อไปนี้มีส่วนทำให้เกิดอารมณ์เศร้า (นันทวัช สิทธิรักษ์และคณะ, 2558)

เหตุการณ์ในชีวิต ความเครียด และภาวะแวดล้อม สัมพันธ์กับการเริ่มมีอาการเศร้า โดยเฉพาะความสูญเสีย เช่น เสียผู้ปกครองก่อนอายุ 11 ปี, เสียคู่ครอง, ตกงาน เป็นต้น

ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ แม้ว่าทุกบุคลิกภาพมีโอกาสซึมเศร้าได้หากสถานการณ์เหมาะสม แต่บุคลิกภาพแบบ borderline, obsessive-compulsive และ histrionic อาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าแบบกว่า antisocial และ paranoid

ปัจจัยทางจิตใจ (intrapsychic model) Sigmund Freud วิเคราะห์ว่า บุคคลจะ

รับเอาสิ่งที่ตน ทั้งรักทั้งเกลียดมาไว้ในใจโดยจิตไร้สำนึก และใช้กลไกทางจิตแบบ introjections หันความรู้สึกเกลียดเข้าหาตนเอง ทำให้รู้สึกเกลียดตนเองและเกิดอารมณ์เศร้า

ปัจจัยทางความคิดการรับรู้ (cognitive model) ผู้ที่มีอารมณ์เศร้านักมีกระบวนการคิดที่บิดเบือน ประเมินค่าของตนไปในทางลบ มองโลกแง่ร้าย คาดการณ์ถึงอนาคตอย่างสิ้นหวัง

1.3 ลักษณะสำคัญทางคลินิก

มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2558) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จะมีอาการของ manic episode หรือ hypomanic episode สลับกับ major depressive episode (อาการเหมือนในโรคซึมเศร้า) แต่มีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10 มีเพียงแมนีเท่านั้น โดยไม่มีระยะซึมเศร้าเลยแต่ยังคงให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ลักษณะสำคัญทางคลินิก ทั้งที่เป็น episode และ disorder ได้แก่ Major depressive episode , Manic episode, Hypomanic episode, Bipolar I disorder และ Bipolar II disorder (ธวัชชัย ลีพพานาจและสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2549)

1.3.1 ลักษณะสำคัญทางคลินิกของ Major depressive episode

ผู้ป่วย จะมีอาการสำคัญ คือ เศร้า ไม่สนใจใยดี ไม่ร่าเริงไม่รู้สึก สนุกสนาน (loss of pleasure) ผู้ป่วยจะรู้สึกสิ้นหวัง (hopeless) รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า รู้สึกว่าจิตใจเจ็บปวด (emotional pain) รู้สึกว่าพลังงานลดลง (reduce energy) มีอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ทำงานเสร็จยาก (difficult to finish tasks) ขาดแรงจูงใจที่จะริเริ่มงานใหม่ๆ การเรียนและการงาน ถูกกระทบกระเทือน

อาการทาง vegetative ของผู้ป่วย major depressive episode จะผิดปกติ ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ ผู้ป่วยจะตื่นแต่เช้ามืด ตื่นบ่อยๆ ในขณะที่ตื่นผู้ป่วยจะหมกมุ่นครุ่นคิดเกี่ยวกับปัญหา ผู้ป่วยจะไม่อยากอาหาร น้ำหนักตัวจะลดลง ผู้ป่วยบางรายกลับอยากอาหาร น้ำหนักตัวเพิ่ม นอนหลับมากขึ้น อาการเช่นนี้เรียกว่า atypical depression การอยากอาหารและการพักผ่อนที่ผิดปกติอาจจะทำให้โรคทางกายที่เป็นอยู่แล้วรุนแรงขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันเลือดสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการผิดปกติอื่นๆทาง vegetative ได้แก่ ความต้องการทางเพศลดลง

ผู้ป่วย major depressive episode จะมีอาการผิดปกติทาง cognition เช่น ไม่มีสมาธิ ไม่สามารถคิดหรือคิดไม่ออก ผู้ป่วยจำนวน 2 ใน 3 จะคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 10-15 จะฆ่าตัวตายสำเร็จ ในขณะที่กำลังเศร้านรุนแรง ผู้ป่วยมักจะขาดแรงจูงใจหรือขาดพลังกำลังที่จะกระทำการฆ่าตัวตายอย่างหุนหันพลันแล่น ขาดพลังกำลังที่จะทำอะไรที่รุนแรง ช่วงที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้นจึงเป็นช่วงที่อารมณ์ซึมเศร้านกำลังดีขึ้นและมีพลังกำลังมากขึ้นแล้วและมีมากเพียงพอที่จะทำการฆ่าตัวตายได้ การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในช่วงนี้เรียกว่า paradoxical suicide

1.3.2 ลักษณะสำคัญทางคลินิกของ Manic episode

ผู้ป่วย mania จะมีอาการอารมณ์ร่าเริง เบิกบานใจ หรือหงุดหงิด เป็นอาการสำคัญ อารมณ์ร่าเริงจะมีลักษณะเคลิบเคลิ้มและมีความสุข อาการมีความสุขของผู้ป่วย อาจจะชวนคนอื่นให้ ครั้นครางตามไปด้วยราวกับว่าเป็นโรคติดต่อ ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยจะยืนยันได้ว่าอารมณ์ของผู้ป่วย เปลี่ยนไปจากเดิมจนผิดปกติ manic episode อาจจะมีอารมณ์หงุดหงิดเป็นอาการสำคัญก็ได้ บางรายเมื่อเริ่มต้นป่วยอารมณ์จะเคลิบเคลิ้มมีความสุขมากจนผิดปกติและปิดท้ายการดำเนินโรคด้วย อารมณ์หงุดหงิด มักจะแสดงพฤติกรรมที่เกิดการยับยั้งชั่งใจไม่ได้ เช่น โทรมั่วทางไกลมาๆ เปลื้อง ผ้าในที่สาธารณะ แต่งตัวและประดับร่างกายสีฉูดฉาด บางรายอาจจะถดถอยวัยอย่างมากเล่น ปัสสาวะและอุจจาระของตนเองก็ได้ ผู้ป่วย mania มักจะมีความคิดหมกมุ่นกับเรื่อง ศาสนา ปรัชญา การเมือง การเงิน ทางเพศ หรือมีความคิดว่าจะถูกทำร้าย การหมกมุ่นหลายๆในเรื่องใดจะนำไปสู่ อาการหลงผิดในเรื่องนั้นๆ ผู้ป่วยอาจจะมีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีปัญหาทางการเรียน มีการเสพสารเสพติด มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม บ่นว่ามีอาการไม่สบายทางกายมากมายหลายอาการ พยายามฆ่าตัวตาย วัยรุ่นที่เป็น mania อาจถูกวินิจฉัยผิดพลาดว่าเป็น sociopathy หรือเป็นโรคจิตเภทได้

1.3.3 ลักษณะสำคัญทางคลินิกของ Hypomanic episode

ภาวะ hypomanic เป็น mania ที่ความรุนแรงไม่ถึงขั้นเสียหายมากนัก (disruption) และไม่มีอาการของโรคจิต ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณมีความสุขมากกว่าคนปกติ ซึ่งผู้ป่วยเองก็ รู้ตัว แต่ผู้ป่วยบางคนจะปฏิเสธความจริง ผู้ป่วยบางคนมีอาการหงุดหงิดแทนได้ hypomanic episode จะแตกต่างกับ manic episode ตรงที่ hypomanic จะไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ มากนัก

1.3.4 ลักษณะสำคัญทางคลินิกของ Bipolar I disorder

Bipolar I disorder เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่ผู้ป่วยเคยป่วยด้วย manic episode หรือ mixed episode มักจะเริ่มเป็นช่วงวัยรุ่นถึงอายุ 40 ปี episode แรกของ bipolar I disorder อาจจะเป็น manic , mixed หรือ depressive episode ที่พบมากคือ เริ่มป่วยด้วย อาการซึมเศร้า เชื่องช้าเล็กๆ น้อยๆหรือนอนนานๆเป็นสัปดาห์ หรือหลายสัปดาห์หรือเป็นเดือน จากนั้นก็จะกลายเป็น manic episode ผู้ป่วยบางคนเริ่มต้นป่วยด้วย manic episode ชนิดที่มี อาการคล้ายโรคจิตเภทร่วมด้วย บางคนก็ป่วยด้วย depressive ก่อน จากนั้นค่อยป่วยเป็น manic episode

1.3.5 ลักษณะสำคัญทางคลินิกของ Bipolar II disorder

Bipolar II disorder เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่ผู้ป่วยป่วยทั้ง major depressive episode hypomanic episode ผู้ป่วยจะเป็นทั้ง 2 ชนิด เป็นแล้วเป็นอีก และเป็น major depressive episode บ่อยกว่า hypomanic episode เมื่อเทียบกับ bipolar I disorder แล้วจะเห็นว่า bipolar II disorder มีลักษณะความเป็นสองขั้ว (bipolarity) อ่อนกว่า

1.4 การวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การวินิจฉัยหรือการจำแนกโรคทางจิตเวชในปัจจุบันที่ใช้มี 2 ระบบ คือ การจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM)) และการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโรค (The International Classification of Diseases (ICD) (นันทวัช สิริธีรภัทร์และคณะ, 2558)

1.4.1 The International Classification of Diseases (ICD) พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) โดยจะมีรายชื่อของโรคทั้งหมดทั้งทางกายและและจิตเวชที่สามารถแจกแจงได้ ซึ่งรายการของโรคจิตเวชจะจัดอยู่ในหมวด F ตามระบบการจำแนกโรคของ ICD-10 คือฉบับที่ 10 จัดทำขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992 ในประเทศไทย ได้นำมาดัดแปลงใหม่ให้เข้ากับลักษณะการใช้งาน เป็นฉบับ ICD-10-TM (Thai modification) ในปี ค.ศ. 2007 การจำแนกโรคทางจิตเวชในหมวด F แบ่งออกเป็นกลุ่มย่อย 10 หมวด โดยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจัดอยู่ในหมวด F30-F39 (mood disorder)

1.4.2 The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) พัฒนาขึ้นโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association; APA) และจัดพิมพ์ฉบับที่ 1 (DSM-1) ในปี ค.ศ. 1952 และพัฒนาจนเป็นฉบับล่าสุดคือ DSM-5 ในปี ค.ศ. 1999 DSM-5 เป็นระบบจำแนกโรคทางจิตเวชที่เป็นมาตรฐาน เป็นที่นิยมทั้งในด้านการวินิจฉัยโรค การเรียนการสอนและการศึกษาวิจัยในระดับชาติ โดยบรรยายถึงอาการที่พบได้ในโรคทางจิตเวชแต่ละโรค และให้รายละเอียดของเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่จำเพาะแต่ละโรค ทำให้มีความเที่ยงในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชยิ่งขึ้น โดยมีการจำแนกการวินิจฉัย ออกเป็น 22 หมวดหมู่ และโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จัดอยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar and related disorders) ใน DSM-5

เกณฑ์การวินิจฉัย ตามระบบของ DSM-5 (นันทวัช สิริธีรภัทร์และคณะ, 2558)

ระยะ mania (manic episode) มีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้

A. มีอารมณ์สนุกสนานรื่นเริงผิดปกติหรือมีอารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย ผิดปกติ อย่างต่อเนื่องร่วมกับมีกิจกรรมหรือมีพลังเรียวแรงเพิ่มขึ้น เป็นเกือบทั้งวัน เกือบทุกวัน นานอย่างน้อย 1 สัปดาห์ (หรือระยะเวลาสั้นกว่านี้ถ้าจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล)

B. ในช่วงดังกล่าว มีอาการผิดปกติไปจากเดิมดังต่อไปนี้อย่างน้อย 3 อย่าง หรือ หากมีอาการเป็นแบบหงุดหงิดโกรธง่ายต้องมีอาการอย่างน้อย 4 อย่าง

- 1) ประเมินค่าตนเองว่ามีความสำคัญผิดปกติหรือมีความยิ่งใหญ่อย่างอื่น
- 2) ความต้องการการนอนลดลงกว่าธรรมดา
- 3) พูดคุยมากกว่าปกติหรือพูดไม่ยอมหยุด
- 4) มีความคิดเปลี่ยนเรื่องเร็ว หรือรู้สึกว่าการคิดแล่นเร็ว
- 5) วอกแวกง่ายเช่น เปลี่ยนความสนใจไปอย่างรวดเร็วไปตามสิ่งเร้า

ภายนอกแม้เพียงเล็กน้อย

6) มีกิจกรรมมากผิดปกติเช่น การพบปะสังสรรค์ การทำงาน เรื่องเพศ มีพฤติกรรมกระวนกระวาย

7) ร่วมกิจกรรมที่ทำให้เกิดความพึงพอใจมากเกินไปจนกระทั่งที่มีความเสี่ยงกับการเกิดผลเสียตามมา แสดงถึงการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม เช่น ใช้เงินฟุ่มเฟือย หรือสำส่อนทางเพศ เป็นต้น

C. อาการดังกล่าวรุนแรงจนทำให้การทำงาน ด้านการงาน สังคม ความสัมพันธ์เสียไปหรือจำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือมีอาการทางจิตร่วมด้วย

D. อาการไม่ได้เป็นผลโดยตรงจากสารเสพติด ยารักษาโรคหรือโรคทางกาย หมายเหตุ หากอาการในระยะเฉียบพลัน เต็มขั้นเกิดระหว่างการรักษาด้วยยาต้านเศร้าหรือการบำบัดด้วยไฟฟ้า และยังคงมีอาการมากอย่างต่อเนื่องเกินกว่าที่จะอธิบายได้ว่าเป็นผลทางสรีรวิทยาของการรักษานั้น ก็ให้นับเป็นระยะ mania ซึ่งพบในโรค bipolar I disorder ได้
ระยะ hypomanic episode มีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้

A. มีอารมณ์สนุกสนานรื่นเริงผิดปกติหรือมีอาการหงุดหงิดโกรธง่ายผิดปกติอย่างต่อเนื่องร่วมกับมีกิจกรรมหรือมีพลังเรียวแรงเพิ่มขึ้น เป็นเกือบทั้งวัน ทุกวัน นานอย่างน้อย 4 วัน

B. ในช่วงดังกล่าวมีอาการผิดปกติไปจากเดิมดังต่อไปนี้อย่างน้อย 3 อย่าง หรือหากมีอาการเป็นแบบหงุดหงิดโกรธง่ายต้องมีอาการอย่างน้อย 4 อย่าง

- 1) ประเมินค่าตนเองว่ามีความสำคัญผิดปกติหรือมีความยิ่งใหญ่อย่างอื่น
- 2) ความต้องการนอนลดลงกว่าธรรมดา
- 3) 3พูดคุยมากกว่าปกติหรือพูดไม่ยอมหยุด
- 4) มีความคิดเปลี่ยนเรื่องเร็ว (flight of idea) หรือรู้สึกว่าการคิดแล่นเร็ว

เร็ว

- 5) วอกแวกง่าย เช่น เปลี่ยนความสนใจไปอย่างรวดเร็วไปตามสิ่งร่ำ ภายนอกแม้เพียงเล็กน้อย
- 6) มีกิจกรรมมากผิดปกติเช่น การพบปะสังสรรค์ การทำงาน เรื่องเพศ มี พฤติกรรมกระวนกระวาย
- 7) ร่วมกิจกรรมที่ทำให้เกิดความพึงพอใจมากเกินไป ทั้งที่มีความเสี่ยง กับการเกิดผลเสียตามมา แสดงถึงการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม เช่น ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย หรือสำส่อนทาง เพศ เป็นต้น

C. ระยะเวลาที่มีอาการมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ซึ่งมีใช้ลักษณะ ประจำบุคคลนั้นขณะไม่มีอาการอย่างเห็นได้ชัด

D. ผู้อื่นสังเกตเห็นความผิดปกติด้านอารมณ์และการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ

E. อาการดังกล่าวไม่มีความรุนแรงเพียงพอที่จะทำให้เกิดความบกพร่องด้าน กิจกรรมทางสังคม หรือหน้าที่การงาน ไม่ต้องอยู่โรงพยาบาล และไม่มีอาการโรคจิต

F. อาการไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย ยารักษาโรคหรือสารเสพติด

หมายเหตุ หากอาการในระยะ hypomania เต็มขึ้นเกิดระหว่างการรักษาด้วยยา ด้านเศร้าหรือการบำบัดด้วยไฟฟ้าและยังคงมีอาการมากอย่างต่อเนื่องเกินกว่าที่จะอธิบายๆได้ว่าเป็น ผลทางสรีรวิทยาของการรักษานั้น ก็ให้นับว่าเป็นระยะ hypomania ได้ แต่หากมีอาการเพียง 1-2 อาการเช่น หงุดหงิด กังวล หรือกระสับกระส่ายหลังได้รับยาด้านเศร้า ถือว่ายังไม่เพียงพอที่จะวินิจฉัย ว่าเป็นภาวะ hypomania และยังไม่ถึงโรค bipolar disorder

ระยะซึมเศร้า (major depressive episode) มีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้

A. มีอาการดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 5 อาการ ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ในช่วงไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ โดยต้องมีอาการดังข้อ 1 หรือ 2 อย่างน้อย 1 ข้อ

- 1) มีอารมณ์เศร้าแทบทั้งวัน เกือบทุกวัน ทั้งที่ตนเองรู้สึกและคนอื่นสังเกตเห็น
- 2) ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมปกติที่เคยทำทั้งหมดหรือ แทบทั้งหมดเห็นลดลงอย่างมากแทบทั้งวัน เกือบทุกวันทั้งที่ตนเองรู้สึกและคนอื่นสังเกตเห็น
- 3) น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นโดยไม่ได้เกิดจากความตั้งใจควบคุมหรือเพิ่ม น้ำหนัก (เช่น เปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) เบื่ออาหารหรืออยากอาหารมากขึ้นเกือบทุก วัน
- 4) นอนไม่หลับหรือหลับมากเกือบทุกวัน
- 5) ทำอะไรช้า เคลื่อนไหวช้าลง หรือกระสับกระส่าย จนคนอื่นสังเกตเห็น ได้มีอาการเกือบทุกวัน
- 6) เหนื่อยอ่อนเพลียหรือไม่มีแรงเกือบทุกวัน

- 7) รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินไปจนเกือบทุกวัน
- 8) ความสามารถในการคิดหรือตัดสินใจลดลงเกือบทุกวัน ทั้งที่ตนเองรู้สึก
และคนอื่นสังเกตเห็น
- 9) คิดถึงเรื่องการตายอยู่ซ้ำๆ หรือคิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย
หรือมีแผนที่จะทำ

B. อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน ทำให้เสียหน้าที่การงานการใช้ชีวิต
ในสังคม

C. อาการไม่ได้เป็นผลโดยตรงจากสารเสพติด ยารักษาโรค หรือโรคทางกาย

ต้องพิจารณาแยกจากปฏิกิริยาของความโศกเศร้าเสียใจต่อการสูญเสียบุคคลหรือสิ่ง
อันเป็นที่รัก ซึ่งอาจมีความโศกเศร้าอย่างรุนแรง หมกมุ่นกับความสูญเสียที่เกิดขึ้น รู้สึกเบื่ออาหาร
นอนไม่หลับ คล้ายกับที่พบในระยะซึมเศร้าได้ แต่อาการดังกล่าวนี้ยังเหมาะสมกับความสูญเสียที่
เกิดขึ้นตามบริบทของวัฒนธรรมนั้น

1.5 การดำเนินของโรค

ระบาดวิทยา

การศึกษาในประเทศอเมริกา พบความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของ bipolar
spectrum disorder ประมาณร้อยละ 4 อายุที่เริ่มเป็นโรคอาจอยู่ในช่วงวัยเด็กไปจนถึงอายุ 50 ปี
โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มเป็นโรค คือ 20 ปี โอกาสเป็นโรค bipolar I disorder ของเพศหญิงเท่ากับชาย
เพศหญิงมักมี major depressive episode บ่อยกว่า และได้รับวินิจฉัยเป็น bipolar II disorder
มากกว่าเพศชาย ผู้ป่วยมักมีโรคทางจิตเวชอื่นเวชอื่นร่วมด้วย เช่น alcohol, substance abuse
และ anxiety disorder และเป็นโรคที่มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูง จากการสำรวจระดับชาติของ
ไทยในปี พ.ศ. 2546 พบว่าความชุกของ manic episode และ hypomanic episode ในช่วง
1 เดือน คือ ร้อยละ 0.4 และ 0.5 ตามลำดับ (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558)

การดำเนินของโรค

Bipolar I disorder การดำเนินโรค ถ้าครั้งแรกมักมีอาการของระยะซึมเศร้า โอกาสเป็นซ้ำ
มากกว่าร้อยละ 90 การพยากรณ์โรคแยกว่าโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) หากเป็น
บ่อยขึ้น ระยะห่างระหว่างการป่วยแต่ละครั้งจะสั้นลง ถ้าไม่รักษา อาการ mania จะคงอยู่ได้ถึง
3 เดือน พบร้อยละ 10-15 ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ และ Bipolar II disorder การดำเนินโรค เป็นโรค
เรื้อรังและต้องวางแผนการรักษาในระยะยาว มีการศึกษาพบว่ามีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย
สำเร็จมากกว่าผู้ป่วยโรค Bipolar I disorder (นันทวัช สิริรักษ์และคณะ, 2558)

การระบุเพื่อบอกความรุนแรงของโรค และสภาพการหายจากโรค

การระบุเพื่อบอกความรุนแรงของโรค และสภาพการหายจากโรค สำหรับ manic episode ประกอบด้วยคำต่อไปนี้

1) เป็นเล็กน้อย หมายความว่า มีอาการเพียงเข้าเกณฑ์ที่น้อยที่สุดของการวินิจฉัย manic episode เท่านั้น หรือมีอาการเพียง 3-4 อาการเท่านั้น

2) เป็นปานกลาง หมายความว่า มีกิจกรรมเพิ่มขึ้นอย่างสุดขีด หรือการตัดสินใจเสียไป (impaired)

3) เป็นรุนแรงแต่ไม่มีอาการโรคจิต หมายความว่า ต้องคอยควบคุมดูแลเกือบตลอดเวลาเพื่อป้องกันอันตรายทางกายต่อตัวผู้ป่วยเอง หรือต่อบุคคลอื่น

4) เป็นรุนแรง และมีอาการโรคจิต หมายความว่า มีอาการหลงผิด และประสาทหลอนร่วมด้วย ถ้าเป็นไปได้ให้ระบุชนิดดังนี้

4.1) อาการโรคจิตสอดคล้องกับอารมณ์ที่เป็น หมายความว่า อาการหลงผิด หรือประสาทหลอน มีรายละเอียดที่สอดคล้องกับความนึกคิด ที่เป็นแบบฉบับของ manic episode เช่น คิดว่าตนมีความรู้ มีอำนาจ เอกลักษณะตนเอง หรือว่าตนเองมีความสัมพันธ์พิเศษกับพระเจ้าหรือบุคคลที่มีชื่อเสียง

4.2) อาการโรคจิตไม่สอดคล้องกับอารมณ์ที่เป็น หมายความว่า รายละเอียดของอาการหลงผิด หรือประสาทหลอน ไม่สอดคล้องกับความนึกคิดที่เป็นแบบฉบับของ manic episode คือ ไม่มีรายละเอียดที่เกี่ยวกับการพองตนว่ามีความรู้ มีอำนาจ เอกลักษณะตนเอง หรือว่าตนเองมีความสัมพันธ์พิเศษกับพระเจ้า หรือบุคคลที่มีชื่อเสียง แต่อาการหลงผิด หรือประสาทหลอนกลับมีลักษณะต่อไปนี้ คือ อาการหลงผิดว่าถูกบงการร้ายซึ่งไม่สัมพันธ์ หรือไม่เกี่ยวข้องกับความนึกคิดสำคัญตนเอง หลงผิดว่ามีความคิดของคนอื่นแปลกปลอมเข้าไปอยู่ในความคิดของตนเอง และอาการหลงผิดว่าถูกควบคุม เป็นต้น

5) อยู่ในสภาพหายจากโรคบางส่วน หมายความว่า ยังคงมีอาการของ manic episode อยู่แต่อาการไม่ครบเกณฑ์สำหรับการวินิจฉัย หรือเมื่อสิ้นสุด manic episode แล้ว ช่วงต่อจากนี้ไปผู้ป่วยไม่มีอาการของ manic episode อีก แต่ยาวนานไม่เกิน 2 เดือน

6) อยู่ในสภาพหายจากโรคเต็มที่ หมายความว่า ช่วง 2 เดือนที่ผ่านไป ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงใดๆ ของ manic episode อีก

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

หรือโดยนิยามแล้ว ระยะ full remission นั้นผู้ป่วยจะต้องมีคะแนนรวม ≤ 7 คะแนน จากการประเมินโดยแบบวัด YMRS (Young et al., 1987) แต่กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อยู่ในระยะ Partial to full remission ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดนิยามของ full remission ในการศึกษาครั้งนี้ว่า ผู้ป่วยจะต้องมีคะแนนรวมจากการประเมินโดยแบบวัด TMRS ≤ 10 (Robb et al., 1997; Yen et al., 2002)

การระบุเพื่อบอกความรุนแรงของโรค และสภาพการหายจากโรค

การระบุเพื่อบอกความรุนแรงของโรค และสภาพการหายจากโรค สำหรับ major depressive episode ประกอบด้วยคำต่อไปนี้

1) เป็นเล็กน้อย หมายความว่า ถ้าจำนวนอาการที่ผู้ป่วยเป็น เกินเกณฑ์ที่ต้องการในการวินิจฉัย major depressive episode ไปเพียงเล็กน้อย อาการที่เป็นจะส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทางอาชีพ หรือทางสังคม หรือต่อความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

2) เป็นปานกลาง หมายความว่า อาการและการส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ด้านต่างๆ อยู่ระหว่างเป็นเล็กน้อยและเป็นรุนแรง

3) เป็นรุนแรงแต่ไม่มีอาการโรคจิต หมายความว่า มีอาการเกินเกณฑ์ที่ต้องการในการวินิจฉัยหลายๆอาการ อาการไม่สบายส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทางอาชีพ หรือทางสังคม หรือต่อความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างรุนแรง

4) เป็นรุนแรงและมีอาการโรคจิต หมายความว่า มีอาการหลงผิด และประสาทหลอนร่วมด้วย ถ้าเป็นไปได้ให้ระบุชนิดดังนี้

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

4.2) อาการโรคจิตไม่สอดคล้องกับอารมณ์ที่เป็น หมายความว่า รายละเอียดของอาการหลงผิด หรือประสาทหลอน ไม่สอดคล้องกับความนึกคิดที่เป็นแบบฉบับของอารมณ์ซึมเศร้า คือไม่มีรายละเอียดที่เกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้ คือ ตนเองไม่ดี สำนึกผิด ควรถูกลงโทษ หรือไม่มีรายละเอียดที่เกี่ยวกับการเป็นโรค เกี่ยวกับความตาย เป็นต้น อาการหลงผิด หรือประสาทหลอนกลับมีลักษณะต่อไปนี้ คือ อาการหลงผิดว่าถูกบงการร้ายซึ่งไม่สัมพันธ์ หรือไม่เกี่ยวข้องกับความนึกคิดของอารมณ์ซึมเศร้า หลงผิดว่ามีความคิดของตนเองถูกถ่ายทอดออกอากาศได้ และอาการหลงผิดว่าถูกควบคุม เป็นต้น

5) อยู่ในสภาพหายจากโรคบางส่วน หมายความว่า ยังคงมีอาการของ major depressive episode อยู่แต่อาการไม่ครบเกณฑ์สำหรับการวินิจฉัยโรค หรือเมื่อสิ้นสุด major depressive episode แล้ว ช่วงต่อไปจากนี้ไปผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ที่มีนัยสำคัญของ major depressive episode อีก แต่ยั้งนานไม่เกิน 2 เดือน ถ้าเป็น major depressive episode ต่อไปอีกแล้วก็จะเหลือคำวินิจฉัย dysthymic disorder ไว้เพียงอย่างเดียวเท่านั้น

6) อยู่ในสภาพหายจากโรคเต็มที่ หมายความว่า ช่วง 2 เดือนที่ผ่านมาไปผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงใดๆ ของ major depressive episode อีก

หรือโดยนิยาม ระยะ full remission นั้นผู้ป่วยจะต้องมีคะแนนรวมจากการประเมินโดยแบบวัด MADRS ≤ 7 คะแนน แต่กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อยู่ในระยะ Partial to full remission ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดนิยามของ full remission ในการศึกษานี้ว่า ผู้ป่วยจะต้องมีคะแนนรวมจากการประเมินโดยแบบวัด MADRS ≤ 11 (Hawley et al., 2002)

1.6 การรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

1.6.1 การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่อาการรุนแรง เช่น ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ มีอาการโรคจิตหรือไม่พักผ่อน รบกวนคนในครอบครัวหรือผู้อื่น ญาติควบคุมพฤติกรรมไม่ได้ เป็นต้น ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

1.6.2 รักษาด้วยยา ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ได้แก่ ลิเทียม ยาแก้นชัก ได้แก่ divalproate, carbamazepine และ second-generation antipsychotics (SGA) การเลือกใช้ยาจะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย รักษาแบ่งออกเป็นระยะต่างๆ เช่นเดียวกับการรักษาโรคซึมเศร้า คือ

1) รักษาในระยะเฉียบพลัน เป็นการรักษาเพื่อลดอาการของผู้ป่วย และควบคุมอาการของผู้ป่วยให้ดีขึ้นโดยเร็วที่สุด ซึ่งมักอยู่ในช่วง 3-8 สัปดาห์หลังจากที่ผู้ป่วยเริ่มการรักษา ยาที่นิยมใช้ใน acute mania episode ได้แก่ ลิเทียม divalproate หรือ ยารักษาโรคจิต ผู้ป่วยที่มีอาการมากอาจต้องใช้ยาหลายขนานร่วมกัน และอาจใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepine เช่น diazepam , lorazepam หรือ clonazepam ร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยสงบและช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น สำหรับผู้ป่วยเป็น acute bipolar depression นั้น การให้ยาแก้มซึมเศร้า อาจกระตุ้นให้เกิดอาการแมนีได้ หากจำเป็นต้องให้ยารักษาโรคซึมเศร้าควรให้เป็นช่วงสั้นๆ และให้ร่วมกับ mood stabilizer ด้วยเสมอ

2) รักษาในระยะต่อเนื่อง หลังจากมีอาการดีขึ้นแล้ว ผู้ป่วยบางรายอาจจะเหลืออาการอยู่บ้าง โดยในระยะนี้จะเป็นการให้ยาเดิมที่ผู้ป่วยได้รับในระยะ acute phase ต่อหรืออาจปรับลดยาลง เพื่อลดผลข้างเคียงของยา แต่ยังคงอยู่ในระดับที่สามารถควบคุมอาการของผู้ป่วยได้

ระยะเวลาอยู่ในช่วง 2-6 เดือน เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ เพื่อให้ผู้ป่วยมี recovery และป้องกันการเกิด relapse

3) การป้องกันระยะยาว เป้าหมายของการรักษาเพื่อป้องกันการ recurrence ช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติให้มากที่สุด

1.6.3 รักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy : ECT) จะพิจารณาทำ ECT ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาได้ หรือกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย และต้องการควบคุมอาการของผู้ป่วยให้สงบได้โดยเร็ว

1.6.4 รักษาด้านจิตสังคม

1) Psychoeducation คือการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค การดำเนินโรค การรักษา รวมถึงการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งช่วยให้ครอบครัวเข้าใจและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

2) Cognitive-behavior therapy หลักการในการรักษาเช่นเดียวกับในโรคซึมเศร้า คือ มุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย

3) Interpersonal and social rhythm Therapy เนื่องจากความผิดปกติของ sleep wake cycle สามารถทำให้อาการของ bipolar disorder กำเริบได้ การบำบัดชนิดนี้จะเน้นการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักและแก้ไขกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น ที่ส่งผลต่อการนอนของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้การนอนกลับมาเป็นปกติ

1.6.5 Family intervention ประกอบด้วยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมให้มีการสื่อสารกันในครอบครัว และช่วยให้ผู้ป่วยกับครอบครัวมีวิธีการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น ภาพในครอบครัวได้ดีขึ้น ซึ่งพบว่าการรักษาแบบนี้ ช่วยให้ผู้ป่วยมี remission นานขึ้น และช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษามากขึ้นด้วย (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.7 ผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยทางอ้อมได้หลายด้าน เช่น ความสูญเสียก่อนวัยอันควร ผู้ป่วย ร้อยละ 10 ถึง 20 เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยร้อยละ 60 มีความคิดฆ่าตัวตาย Tsai et al. (2002) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศไต้หวัน พบว่าปัจจัยเสี่ยงคือ มีอายุน้อยกว่า 35 ปี การฆ่าตัวตายมักเกิดหลังเริ่มป่วยนาน 7-12 ปี และการมีญาติสายตรงฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย

เนื่องจากโรค bipolar เป็นโรคที่รุนแรง ผู้ป่วยเป็นซ้ำได้หลายครั้งตลอดชีวิต อีกทั้งยังเป็นโรคที่พบอาการหลงเหลือ และทุพพลภาพได้บ่อย ความสูญเสียและผลกระทบจากโรคจึงมีได้ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และระบบเศรษฐกิจ ดังนี้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2547)

1.7.1 ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง 2-3 เท่าของประชากรทั่วไป ประมาณร้อยละ 10 ถึง 20 ของผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายและประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยเคยพยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต การฆ่าตัวตายเป็นที่พบบ่อยขึ้นในขณะที่ยังอยู่ในช่วงภาวะซึมเศร้า ในช่วงภาวะmania ผู้ป่วยอาจมีการตัดสินใจและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจากภาวะอารมณ์จนเป็นผลเสียต่อตัวผู้ป่วย เช่น การใช้ยาฟุ่มเฟือย ลงทุนโดยไม่คิดรอบคอบ ทะเลาะวิวาท หรือมีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ยังพบอัตราการใช้สารเสพติดร่วมด้วยได้ถึงร้อยละ 60 ส่วนการติดสุราร่วมด้วยนั้น พบว่าทั้งชายและหญิงมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคติดสุราร่วมด้วย มากกว่าประชากรทั่วไป โดยในเพศหญิงจะมีความเสี่ยง (odds ratio=7.35) กว่าเพศชาย (odds ratio = 2.77)

1.7.2 ผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมักพบว่ามีปัญหาทางจิตสังคมที่กระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รวมทั้งคู่สมรส และการดูแลครอบครัว โดยผู้ป่วยจะมีอัตราการหย่าร้างสูงเป็น 2 ถึง 3 เท่าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และผู้ใกล้ชิดที่ดูแลผู้ป่วยกว่าร้อยละ 90 จะมีความเครียดระดับปานกลางถึงสูง นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะรู้สึกถึงภาระในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท (รัชชัย สีนานาจและสรยุทธ วาสิกันานนท์, 2549)

1.7.3 ผลกระทบต่อสังคม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของโรคอารมณ์แปรปรวนมีผลต่อความคิด การตัดสินใจและพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรงหรือการทำผิดกฎหมาย ซึ่งเป็นปัญหาทางสังคม จากการศึกษาของ Pliszka และคณะ (2000) การศึกษาในกลุ่มประชากรวัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ทำผิดกฎหมาย พบว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ถึงร้อยละ 20 นอกจากนี้ยังมีรายงานถึงอัตราการเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ของผู้ต้องขังในเรือนจำสูงเป็น 6 เท่าของประชากรทั่วไป ซึ่งจากการศึกษาโรคจิตเวชในผู้ต้องขังของไทยก็พบผู้ป่วยช่วงภาวะอาการmania ร้อยละ 1.4

1.7.4 ผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีอัตราการฆ่าตัวตายสูง เกิดทุพพลภาพ และเป็นภาระกับญาติได้มาก องค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี ค.ศ.1990 จึงได้จัดอันดับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นอันดับ 6 ของโรคทั้งหมดที่ทำให้สูญเสียปีสมบูรณ์จากการตายก่อนวัยอันสมควร และการเจ็บป่วยหรือพิการ (Disability Adjusted Life Years หรือ DALY) ในประชากรกลุ่มอายุ 15 ถึง 44 ปี จากการศึกษาในกลุ่มคนทำงานลูกจ้างเกือบ 4 แสนคน เมื่อปี ค.ศ.1999 ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าใน 10 โรคแรกทางจิตเวชที่ทำให้เกิดภาระต้นทุนการรักษาและการสูญเสียผลิตภาพ (productivity) สูง มีโรคอารมณ์แปรปรวนที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องมีต้นทุนสูงสุดและยังมีต้นทุนค่ารักษาช่วงภาวะซึมเศร้า และภาวะmania อยู่ต้นดับ 3 และ 8 ตามลำดับ

นอกจากนี้ โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ยังมีผลให้ผู้ป่วยต้องขาดงาน/ลางาน ไม่สามารถทำงานได้ปกติในวันทำงานหรือตงานได้ และพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีการทำหน้าที่ยู่ในระดับบกพร่อง คิดเป็นร้อยละ 60.61 (ไศรดา สุรเทวมิตรและรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2553) เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสต้องขาดงานจากการป่วยได้สูง ดังนั้นการให้การรักษาระยะยาวอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประมาณร้อยละ 30 ถึง 60 อาจไม่สามารถกลับสู่ปกติทางสังคมหรือการทำงาน แม้อาการจะหมดไป

1.8 การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จินตนา ยูนิพันธ์ (2542) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลและช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลผู้ใช้บริการครบครัน และชุมชน โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมโดยรวม ซึ่งเรียกว่า การพยาบาลองค์รวม

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2552) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของ บุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงซึ่งจะเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตนเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และพึ่งพาตนเองได้

เพียรดี เปี่ยมมงคล (2553) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่ง ที่ใช้ความรู้ทางการพยาบาล ด้านชีวภาพ ด้านจิตสังคม ร่วมกับความรู้ ทฤษฎี บุคลิกภาพ และพฤติกรรมของมนุษย์ โดยใช้ตัวพยาบาลเข้าไปสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต บำบัดฟื้นฟูสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้สามารถเผชิญปัญหาหรือภาวะวิกฤติทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวได้ดี มีความเข้าใจตนเอง มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น

สภาการพยาบาล (2556) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตว่า เป็นสาขาเฉพาะทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการประเมินวินิจฉัยโรค การดูแล ช่วยเหลือการบำบัดรักษาทางจิต การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพจิตและการสร้างเสริมศักยภาพ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยทางจิตทุกวัย โดยเชื่อมโยงความรู้เกี่ยวกับอารมณ์ตัวตนกับสุขภาพภาวะการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ภาวะผิดปกติทางจิตประสาทจิตเวช

ศาสตร์ จิตเวชศาสตร์ วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง หลักฐานเชิงประจักษ์รวมทั้ง จริยธรรม จรรยาบรรณ กฎหมายศิลปะการพยาบาล และความเข้าใจในประสบการณ์และคุณค่าของ ความเป็นคน ซึ่งก่อให้เกิดกระบวนการปฏิบัติและเกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว องค์กร และระบบบริการ สุขภาพของประเทศ

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการให้บริการผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยให้การพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีการส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้ผู้ใช้บริการมีสุขภาพจิตที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สมรรถนะและขอบเขตของการพยาบาล

สมรรถนะและขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงสาขาการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิตดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2551)

- 1) พัฒนา จัดการและการกำกับระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เฉพาะกลุ่ม หรือเฉพาะโรค ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย สร้างและจัดระบบทีมการดูแล ประเมินผลลัพธ์ของระบบการดูแล เป็นต้น
- 2) ดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ ซับซ้อนโดยผสมผสานแนวคิด ทฤษฎีทางการแพทย์จิตเวชและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและหลักฐานเชิง ประจักษ์รวมทั้งความรู้และทักษะความชำนาญเฉพาะทางการแพทย์จิตเวชมาปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยการเจ็บป่วยทางจิต การบำบัดทางจิตรูปแบบต่างๆ เป็นต้น
- 3) สามารถประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพ ครอบครัวและแหล่งประโยชน์ใน ชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ที่มีปัญหาทางจิตอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ดำรงชีวิตอยู่ใน สังคมได้อย่างปกติสุข
- 4) เสริมสร้างพลังอำนาจ สอนให้ความรู้ ฝึกทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพจิต โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์แก่ผู้ป่วยครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน รวมทั้งเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติการแก่นักศึกษาพยาบาล และพยาบาลประจำการต่างๆ
- 5) เป็นที่ปรึกษาให้กับทีมงานในการจัดการปัญหาสุขภาพจิตเฉพาะรายที่ซับซ้อน สร้างทางเลือกเพื่อจัดระบบการดูแล บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลและการศึกษาในการดูแลผู้ป่วย ทางจิตและครอบครัว และช่วยให้เกิดการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม
- 6) เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศสำหรับผู้ป่วยและผู้ที่มี ปัญหาทางจิตเฉพาะรายที่ซับซ้อนอย่างคุ้มค่าและมีคุณภาพ พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแล อย่างต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาลและเครือข่ายปฐมภูมิ

7) ให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยใช้ความรู้จริยธรรม และหลักจริยธรรมในการปฏิบัติทางการแพทย์ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย สิทธิของพยาบาล มีส่วนร่วมในการควบคุมมาตรฐานและผลลัพธ์ด้านจริยธรรมทางการแพทย์

8) ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการร่วมทำวิจัย รวบรวมผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง พัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล โดยพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเผยแพร่แนวปฏิบัติที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ วิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติทางการแพทย์

9) จัดการและประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์โดยกำหนดตัวชี้วัด ผลลัพธ์ทางการแพทย์ พัฒนาหรือเลือกใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ วิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ตามกระบวนการการวิจัยเชิงประเมินผลเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จัดทำฐานข้อมูลด้านผลลัพธ์ทางการแพทย์ เผยแพร่วิธีการปฏิบัติและผลลัพธ์ทางการแพทย์

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพต้องมีสมรรถนะ ทั้งด้านความรู้ ทักษะและเจตคติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติ การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตซับซ้อนและมีความรุนแรงของโรคเกิดขึ้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช ที่มีลักษณะความสามารถหรือสมรรถนะเฉพาะ ด้านของพยาบาลจิตเวชในการให้บริการทางการแพทย์จิตเวช ซึ่งสมรรถนะของพยาบาลจิตเวชนี้เป็นส่วนสำคัญในการปฏิบัติทางการแพทย์จิตเวชที่พึงต้องมีทุกคน และต้องมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง อยู่เสมอ เพื่อที่จะให้ตนเองสามารถปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลจิตเวช ให้การบริการที่มีประสิทธิภาพ อันจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด สำหรับผู้ใช้บริการ ตลอดจนเกิดความพึงพอใจและความเชื่อมั่นต่อแผนการดูแลรักษาในการพยาบาล

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในระดับพื้นฐาน (basic level) มีดังนี้ (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553)

1) ให้คำปรึกษา (counselling) ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาถึงปัญหาต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองเพิ่มมากขึ้น ปรับปรุงทักษะการตัดสินใจ และการแก้ปัญหาตลอดจนปรับปรุงความสามารถในการที่จะพัฒนาตนเอง

2) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ในการรักษาผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลต้องใส่ใจกับสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวผู้ป่วย โปรแกรมการจัดกิจกรรม ตลอดจนการปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับผู้อื่น

3) ส่งเสริมผู้ป่วยให้ดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง (promotion of self care activities of dialy living) ทำหน้าที่ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร และการขับถ่าย ว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการ

ช่วยเหลือตนเองในเรื่องต่างๆ เหล่านี้มาน้อยเพียงใด ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยแต่ละคนให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในกิจวัตรประจำวันเหล่านี้ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยพึ่งพาคนอื่นมากเกินไป ตลอดจนฝึกทักษะจำเป็นในการดำรงชีวิต

4) ดูแลผู้ป่วยทางจิตชีวภาพ (psychobiological intervention) ทำหน้าที่บริหารยาด้วยการประเมินผลของยา และผลข้างเคียงของยาที่เกิดกับผู้ป่วย พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยเกิดความรับผิดชอบในการรับประทานยาของตนเอง การที่จะให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการรับประทานยาของตนเองนั้น พยาบาลต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับว่ายาจะช่วยอะไรผู้ป่วยได้บ้าง ให้โอกาสซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับยา

5) สอนเกี่ยวกับสุขภาพ (health teaching) ทำหน้าที่สอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต สาเหตุของโรค และวิธีการจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับ สอนวิธีปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ในการสอนนั้นควรสอนทั้งผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ทั้ง 2 ฝ่ายจะได้ปรับตัวในการอยู่ร่วมกันได้ นอกจากนี้ควรสอนทักษะในการเผชิญกับความเครียดที่เหมาะสม ตลอดจนสอนทักษะการจัดการกับความโกรธ

6) การดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี (case management) ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี เป็นการร่วมมือกันของทีมสุขภาพ มีการประเมินผู้ป่วยร่วมกัน วางแผนการให้การพยาบาล ให้การพยาบาลตามแผน ติดตามประเมิน และประเมินผลการพยาบาลที่ให้ไป ช่วยเหลือให้ตรงกับความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละบุคคล

7) ส่งเสริมสุขภาพ และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (health promotion and health maintenance) ทำหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพจิตหรือป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตโดยการคัดกรองผู้ป่วยในชุมชน การประเมินสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ให้การวินิจฉัยเพื่อส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การสอนเกี่ยวกับสุขภาพ การป้องกันอาการแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น และให้การดูแลประชากรที่เสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ บุคคลที่ติดสารเสพติด บุคคลที่ถูกทารุณกรรม พยาบาลต้องให้ความรู้ตลอดจนจัดโปรแกรมการสอน

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในระดับสูง (advance level) มีดังนี้ (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553)

พยาบาลต้องสามารถทำบทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในระดับพื้นฐานได้ และมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้น ดังนี้

1) จิตบำบัด (psychotherapy) ทำหน้าที่ในการทำจิตบำบัดเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม ให้คำปรึกษาคู่สมรส หรือครอบครัวบำบัด (family therapy)

2) ให้การรักษาและเขียนใบสั่งยาตามที่กฎหมายกำหนดไว้ (prescriptive authority for drug)

3) ให้คำแนะนำในคลินิกและเป็นที่ปรึกษาให้กับเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพจิตในระดับพื้นฐาน (clinical supervision and clinical consultation)

4) เป็นที่ปรึกษาให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยฝ่ายกายที่มีปัญหาสุขภาพจิต (consultation-liaison) พยายามทำได้ทางตรงโดยการส่งเสริมสุขภาพจิตให้ผู้ป่วยฝ่ายกายหรือผู้ป่วยพิการ และทางอ้อมเป็นที่ปรึกษาและให้ความรู้กับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยฝ่ายกายที่มีปัญหาสุขภาพจิต

การพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นบทบาทที่สำคัญของการพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ พยาบาลมีบทบาทในการร่วมมือส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพคนและสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า โดยใช้การปฏิบัติการพยาบาลตามสมรรถนะและบทบาทของการปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงอยู่ได้อย่างผาสุก สามารถทำหน้าที่และบรรลุเป้าหมายของชีวิตได้

การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

หลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ในปัจจุบันได้ศึกษาค้นคว้าและให้การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในด้านจิตสังคมร่วมกับการดูแลให้ได้รับยาจิตเวชตามแผนการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางจิตสังคม โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนเป็นหลัก คือ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2556)

1.8.1 การประเมินภาวะสุขภาพ 4 ด้าน คือ การรวบรวมข้อมูลความผิดปกติด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้านความรู้สึกนึกคิด และด้านสรีรวิทยา ที่มีผลกระทบต่อบุคคล พยาบาลควรสังเกต พูดคุย และสอบถามจากผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและบุคคลใกล้ชิด เพื่อรวบรวมข้อมูลต่างๆ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริง

1.8.2 การวินิจฉัยการพยาบาลจากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น อาจพบปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้แก่ มีความแปรปรวนด้านการนอนหลับและการพักผ่อน มีแนวโน้มจะได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย เนื่องจากเกิดอุบัติเหตุ หรือการทะเลาะวิวาท ขาดความรู้ความเข้าใจในการรักษาทางด้านสุขภาพจิต จึงไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือการจัดการตนเองตามบทบาทบกพร่อง ได้แก่ การทำงาน การเป็นแม่บ้านหรือเป็นพ่อบ้าน เป็นต้น

1.8.3 การวางแผนการพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ของการพยาบาล เป็นการพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ แบ่งเป็นดังนี้

1) การวางแผนการพยาบาลระยะสั้น เน้นแผนการดูแลและกิจกรรมที่ต้องเร่งปฏิบัติโดยใช้เทคนิคการจัดการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าแก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Wang, Tse and Michalak, 2009) การสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมการปรับตัว การส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีและพัฒนาคุณค่าในตนเองและการดูแลช่วยเหลือด้านสรีรวิทยา

2) การวางแผนการพยาบาลระยะยาว ได้แก่ การพัฒนาหรือดูแลให้คงสภาพการทำหน้าที่ต่างๆ การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคม ซึ่งเน้นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต (Piper & Brown, 1998) การพัฒนาคุณค่าในตนเอง การส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและคุณค่าแห่งตน สนับสนุนความสามารถในการทำงาน การเผชิญปัญหา และการปรับตัวในครอบครัวและสังคม

1.8.4 การปฏิบัติการพยาบาล เน้นการใช้ทักษะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่เหมาะสม ยึดหลักในการป้องกันอันตรายสำหรับผู้ป่วยอารมณ์เศร้าที่มีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองและผู้ป่วยอารมณ์ครั้นเครงมากผิดปกติในการทำร้ายผู้อื่น จากการควบคุมตนเองไม่ได้ (Bauer, 2001) มีการใช้เทคนิคการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และการให้การพยาบาลโดยให้ข้อมูลเรื่องการบริหารยา และเฝ้าระวังดูแลเมื่อเกิดอาการเตือน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน ใช้กระบวนการการพยาบาลตามประเภทของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ การพยาบาลผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าและการพยาบาลผู้ป่วยอารมณ์คลุ้มคลั่งสลับเศร้า ดังนี้

การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยอารมณ์เศร้า เน้นหลักการที่สำคัญดังนี้

1) การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยอารมณ์เศร้ามักมีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง ทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ จัดบุคลากรดูแลให้อยู่ในสายตา

2) ใช้เทคนิคการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อกับผู้ป่วยรายบุคคล สร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

3) การสอนผู้ป่วย ใช้เทคนิคการสอนรูปแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

4) การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันและการดำเนินชีวิตในสังคม

5) การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึก และฟื้นฟูทักษะการดำรงชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

6) การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย เมื่อมีปัญหาภายหลัง จำหน่ายกลับบ้าน

การพยาบาลผู้ป่วยอารมณ์คลุ้มคลั่งสลับเศร้า เน้นหลักการที่สำคัญดังนี้

- 1) การดูแลความปลอดภัย เน้นที่การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและ สะดวกสบาย ให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานที่ที่ปลอดภัย ทั้งตัวผู้ป่วยเอง และบุคคลรอบตัว
- 2) ใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยเน้นการใช้เทคนิค การยอมรับ ความเข้าใจ ความเห็นใจ การเคารพในศักดิ์ศรีของบุคคล
- 3) ใช้กระบวนการให้คำปรึกษาผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อพัฒนาศักยภาพ สัมพันธภาพ และการปรับตัวอย่างเหมาะสม
- 4) พัฒนาทักษะในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และจิตเวช
- 5) ใช้เทคนิคการสอน การปรับตัว และเทคนิคการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม

1.8.5 การประเมินผล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล โดยพิจารณา หลังทำกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการบำบัดว่าบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่

การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความจำเป็นที่จะต้องใช้การ ปฏิบัติการพยาบาลจากพยาบาลผู้ป่วยผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในด้านการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช อีกทั้งควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่และนำไปประยุกต์ใช้เพื่อคงสภาพการ ทำหน้าที่และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อไปในอนาคต

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. แนวคิดคุณภาพชีวิต CHULALONGKORN UNIVERSITY

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายกว้าง เป็นนามธรรมจึงยากในการที่จะอธิบายให้ เข้าใจ หรือนิยามตรงกันในแต่ละบุคคล และยังมีความหมายหลายมิติ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตาม การรับรู้ของบุคคล ดังนั้นจึงมีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต คือ คุณภาพชีวิตประกอบด้วยคำ 2 คำ ได้แก่ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคล หรือสิ่งของ ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิต จึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดี ของบุคคล

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL BREF, 1996) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าคุณภาพชีวิต คือ การรับรู้ระดับของการมีชีวิตที่ดี ความสุข ความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยมของท้องถิ่นที่อาศัยอยู่ มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย คาดคาคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ ซึ่งเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อนของบุคคล

Ferrans & Powers (1992) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความรู้สึกมีความสุขของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละด้านของชีวิต

Katschnig et al. (1997) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความผาสุก ความสุขและความพึงพอใจในชีวิต

Zhan (1992) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า เป็นความพึงพอใจของบุคคลตามสภาวะความเป็นอยู่ และประสบการณ์ชีวิต รวมถึงสังคมเศรษฐกิจ และสถานะทางสุขภาพ

สุวัฒน์ นัทธนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับของการมีชีวิตที่ดี ความสุข ความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม

สรุปคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ระดับของการมีชีวิตที่ดี ความสุข ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยมของท้องถิ่นที่อาศัยอยู่ มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย คาดคาคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ ซึ่งเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อนของบุคคล

2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

จากการศึกษาของนักวิชาการหลายท่าน พบองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ดังนี้ องค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF, 1996) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต เป็น 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับและพักผ่อน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียดหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ มีกิจกรรมในเวลาว่าง

Ferrans & Powers (1992) ได้สรุป องค์ประกอบคุณภาพชีวิต เป็น 4 องค์ประกอบ คือ

1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning) ได้แก่ การดูแลสุขภาพของตนเอง การพักผ่อน การทำกิจกรรมต่างๆ ในเวลาว่าง การมีกิจกรรมในครอบครัว การเดินทาง

2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) เป็นสถานทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคลประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน มีที่พักอาศัย มีงานทำ เพื่อนบ้าน สภาพทั่วทั่วไปของบ้านเมือง เพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและการศึกษา

3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological/Spiritual) เป็นสภาพการรับรู้ทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่างๆ ในชีวิต ประกอบด้วยความพึงพอใจในตนเอง ความสุขทั่วไป การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบในใจ รูปร่างหน้าตาของตน ความศรัทธาในศาสนา

4) ด้านครอบครัว (Family) เป็นสภาพของสัมพันธภาพในครอบครัวของบุคคล ประกอบด้วย ความสุขในครอบครัว บุตร ความสัมพันธ์ของครอบครัว คู่สมรส ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

Zhan (1992) ได้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ

1) ความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไป เป็นความรู้สึกพึงพอใจในทุกด้านของชีวิต บุคคลจะรับรู้โดยองค์รวมถึงความแตกต่างโดยการเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ กับสิ่งที่คาดหวังในโลกแห่งความเป็นจริง หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่บุคคลตั้งไว้ ซึ่งเป็นกระบวนการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขภายนอก โดยขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ลักษณะนิสัย สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของบุคคล

2) ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อเกี่ยวกับตนเองโดยรวม หรือรายด้าน ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยเกิดจากการรับรู้ปฏิกริยาของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถ กำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างคงที่และเปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยาก

3) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ หมายถึง สุขภาพที่ปราศจากโรคและความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย

4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม คือ สถานภาพสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกมั่นคงในชีวิต ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ ที่บุคคลสามารถหาได้จากองค์ประกอบสามประการคือ การศึกษา อาชีพ และรายได้

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้เลือกแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF ,1996) เนื่องจากสอดคล้องกับปัญหาและผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และครอบคลุมถึงการพยาบาลองค์รวม ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต แตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดและองค์ประกอบคุณภาพชีวิต วัตถุประสงค์เรื่องที่ต้องการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิต

1. The Euroqol Quality Of Life Sale (EuroQol) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตทั่วไป ครอบคลุมคุณภาพชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านการดูแลตนเอง 2. ด้านกิจกรรมตามบทบาท 3. ด้านครอบครัว 4. กิจกรรมในการพักผ่อนหย่อนใจ และ 5. ด้านความปลอดภัยและอารมณ์ แบบวัดแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถาม วัดสุขภาพ 5 ด้าน ลักษณะแบบวัดเป็นมาตรฐานค่า 3 ระดับ ได้แก่ 1. Mobility 2. Self care 3. Usual activities 4.Pain discomfort และ 5. Anxiety และส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินสภาวะทางสุขภาพ ลักษณะแบบวัดเป็น Visual analog scale (0-100) (Bowling, 2005)

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

3. แบบวัดคุณภาพชีวิตของ WHO ฉบับย่อ 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF-THAI) ที่สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2541) พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ โดยผู้ตอบเลือกเอง มีองค์ประกอบ 4 ด้านได้แก่

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

แบบวัดคุณภาพชีวิตของ WHO ชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด ข้อคำถามสามารถนำไปใช้กับกลุ่มโรคที่หลากหลาย มีความเป็นสากลต่อการนำไปใช้โดยไม่จำกัดวัฒนธรรม ไม่จำกัดผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และในแง่ของกฎหมาย อีกทั้งยังสามารถนำไปใช้ในการทดลองทางคลินิกได้ นอกจากนี้ยังใช้หาค่าคะแนนพื้นฐานในพื้นที่ที่ต้องการ และสามารถใช้วัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาที่ใช้มาตรการอย่างหนึ่งอย่างใด มีประโยชน์อย่างยิ่งในการดำเนินโรคนั้นๆ ส่วนในด้านการวิจัยเชิงระบาด สามารถให้รายละเอียดข้อมูลคุณภาพชีวิตรวบรวมได้จากประชากรเฉพาะกลุ่ม ช่วยให้เข้าใจโรคที่เจ็บป่วย และช่วยในการพัฒนาวิธีการรักษาให้ดีขึ้น

ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าวิจัยจึงได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 26 ตัวชี้วัด ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งถูกพัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) มาประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เนื่องจากผู้วิจัยได้พบทวนวรรณกรรมแล้วพบว่า ผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีต่อผู้ป่วยมีความสอดคล้องกับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกทั้ง 4 ด้าน ครอบคลุมถึงการพยาบาลองค์รวม ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และมีข้อคำถามเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน จำนวนข้อคำถามไม่มากเกินไป ง่ายต่อการนำไปใช้

2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังนี้

เพศ จากการศึกษาของ Hosseini et al. (2009) พบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย เนื่องจากต้องมีหน้าในการดูแลงานบ้าน ความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว หากมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นบทบาทหน้าที่ที่เคยรับผิดชอบ ความสามารถที่เคยมีอยู่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางลบทำให้เกิดความรู้สึกมองตนเองในด้านลบ ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ Robb et al. (1998) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยเพศหญิงมีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย

อายุ พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อายุเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง นิสัย การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจและการตัดสินใจ บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมตอบสนองเพื่อเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน

กัน (Orem, 1985) Yen et al. (2008) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับการตระหนักรู้ในตนเอง , อาการข้างเคียงจากการใช้ยา, และการใช้ยาทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ป่วยจิตเวช พบว่าตัวแปร อายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอายุน้อยกว่าจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอายุน้อยกว่าโดยอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทางด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ระดับการศึกษา พบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยระดับการศึกษาเป็นการบอกถึงความรู้ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระดับการศึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการพัฒนาทางสติปัญญา ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่า เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า YS Kim et al. (2013) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการหุนหันพลันแล่นกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า ตัวแปร ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยระดับการศึกษาเป็นการบอกถึงความรู้ของผู้ป่วยซึ่ง ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีระดับการศึกษาที่สูง จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอายุเริ่มป่วยครั้งแรกเมื่ออายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ทางสังคมในระดับต่ำ (Robb et al., 1998) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rojas et al.(2008) พบว่าผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยครั้งแรกเมื่ออายุน้อยจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตต่ำ จึงสรุปได้ว่าอายุที่เริ่มป่วยครั้งแรกมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ระยะเวลาการเจ็บป่วย ด้วยระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคทางอารมณ์ที่ยาวนานจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (Robb et al., 1997) การเรียนรู้ในทางลบ ผู้ป่วยบางรายมักจะรับรู้ถึงความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังและหมดกำลังใจ (สุมาพร บรรณสาร,2545)

การใช้สารเสพติด การใช้สารเสพติดไม่เพียงแต่จะมีโอกาสหายเป็นปกติซ้ำ ยังส่งผลกระทบให้การดำเนินโรคแย่ลง (ธวัชชัย สีนพนาจ, 2549) และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Singh et al. (2005) ได้ทำการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการใช้สารเสพติดกับคนปกติ พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการใช้สารเสพติดมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนปกติในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสนับสนุนทางสังคม คือการที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้รับความช่วยเหลือกันระหว่างบุคคลในสังคม ทั้งด้านอารมณ์ สังคม ทรัพยากร และข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคม

เป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียด (Schaefer et al., 1981) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตที่ดี Yen et al. (2008) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับการตระหนักในตนเอง , อาการข้างเคียงจากการใช้ยา, และการใช้ยาทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ป่วยจิตเวช และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย 2 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปร การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทุกด้าน

อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยาเป็นสิ่งที่มักเกิดขึ้นได้เสมอจากการใช้ยา เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยามีผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และอาจทำให้ผู้ป่วยปรับขนาดหรือหยุดยาเอง ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย Yen et al. (2008) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับการตระหนักในตนเอง อาการข้างเคียงจากการใช้ยา การใช้ยาทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และผู้ป่วยจิตเวช เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย 2 กลุ่ม พบว่า อาการข้างเคียงจากการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตต่ำใน ด้านร่างกาย และด้านสิ่งแวดล้อม

การร่วมมือในการรับประทานยา คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดังการศึกษาของ Hosseini et al. (2009) พบว่าคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอยู่กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ในขณะที่ผู้ป่วยที่ขาดยาจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Namhoshi et al. (2002) พบว่าการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ และบทบาทการทำงานที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วดีขึ้น

อาการซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการซึมเศร้าเป็นระยะเวลานานจะส่งผลต่อระบบการรู้คิด (Cognitive) ซึ่งความรู้คิดที่บกพร่องส่งผลต่อความเสียหายที่ (Suppes and Dennehy, 2005) และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่ดีในการทำนายคุณภาพชีวิต (Zhang et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sarika & Baby Shari (2015) พบว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางลบในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา สุขสมนรินทร์ (2552) พบว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นั่นคือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรงจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง

อาการเมเนีย อาการเมเนียมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งจะแสดงออกทางด้าน กายภาพ อารมณ์ ความคิด สังคม และจิตวิญญาณและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พบว่าคะแนนของอาการเมเนียมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทุกด้าน

(Gazalle et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา สุขสมนรินทร์ (2552) พบว่า อาการเมเนียมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นั่นคือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่มีอาการเมเนียในระดับต่ำจะมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น

การจัดการกับอาการด้วยตนเอง เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมอาการ เมื่อบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิม ก็จะประเมินอาการนั้นตามการรับรู้ว่ามีระดับความถี่ ระดับความรุนแรงของอาการและการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใด และจะตอบสนองต่ออาการนั้น (Murphy and Moller, 1993) จากการศึกษาของ กนกรัตน์ พิมพ์รุณ (2549) พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความถี่และรับรู้ประสิทธิผลในการจัดการกับอาการของตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ และผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตสูงสุดในด้านร่างกาย และมีคุณภาพชีวิตต่ำสุดในด้านการถูกจำกัดบทบาทอันเนื่องมาจากปัญหาทางอารมณ์

2.5 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบว่า

2.5.1 การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกับประชาชนทั่วไป

Singh et al. (2005) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ไม่มีการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการใช้สารเสพติด และกลุ่มคนปกติ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มๆ กลุ่มละ 40 คนเท่าๆกัน ใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL-BREF) Hindi version ในการศึกษาคุณภาพชีวิตพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ไม่มีการใช้สารเสพติดมีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางถึงระดับดี เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่าง 3 กลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งที่ใช้และไม่ใช้สารเสพติด มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการใช้สารเสพติดจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ Kongsakon et al. (2008) ได้ศึกษาความรุนแรงของอาการเมเนีย และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 4 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 285 คน ใช้แบบวัด Thai Mania Rating Scale (TMRS) และแบบวัด SF-36 ในการประเมินคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ย TMRS 4.42 +-

5.87 คะแนนคุณภาพชีวิตที่ศึกษาพบว่าต่ำกว่าคะแนนของประชากรไทยทั่วไปในทุกด้านยกเว้นด้านการเจ็บป่วยทางกาย และการทำกิจกรรมทางสังคม

2.5.2 การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกับผู้ป่วยจิตเวช

Yen et al. (2008) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับการตระหนักรู้ในตนเอง , อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา, และการใช้ยาทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ป่วยจิตเวช และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 96 คน , โรคจิตเวช จำนวน 96 คน และกลุ่มคนปกติจำนวน 106 คน โดยใช้เครื่องมือ 1.แบบวัดคุณภาพชีวิต The World Health Organization's Quality Of Life brief : WHOQOL-BREF 2. แบบประเมินการตระหนักรู้ในตนเอง The Schedule of Assessment of Insight Expanded version (SAI-E) 3. แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (Questionnaire on Adverse Effect of Medication for Bipolar Disorder and Schizophrenia : QAEM-BS) 4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Scale : SSS) 5. แบบประเมินพฤติกรรมการร่วมมือในการรับประทานยา Medicine Adherence Behavior Scale (MABS) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ป่วยจิตเวช มีคุณภาพต่ำกว่ากลุ่มคนปกติในทุกๆด้าน การตระหนักรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ($\beta = -.170, t = -2.255$), อาการข้างเคียงจากการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ($\beta = -.341, t = -5.160$) และด้านสิ่งแวดล้อม ($\beta = -.294, t = -4.476$)

2.6 การพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว การพัฒนาคุณภาพชีวิต

ในศาสตร์แต่ละสาขามีแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันตามแนวคิดและทัศนะแห่งตน พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทหน้าที่ประสานกันในการศึกษา การบริหารและการบริการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่สำคัญที่สุดของการให้การพยาบาลนั่นก็คือ คุณภาพของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตเมื่อพิจารณาความหมายแล้วจะเห็นได้ว่าเป็นคำที่มีหลายมิติ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตนั้นได้มีผู้เสนอแนวทางไว้ดังนี้

สมจิต หนูเจริญกุล (2537) กล่าวว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตนั้นต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับคำว่าคุณภาพชีวิตให้มากขึ้น และจะต้องมีเครื่องมือที่ดี มีความไวพอที่จะสามารถนำมาใช้ มีเครื่องมือที่มีมาตรฐาน โดยอาศัยการวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินประสิทธิภาพของการรักษาดูแลผู้ป่วย ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำมาเปรียบเทียบและสรุปอ้างอิง เป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

วิภาพร มาพบสุข (2540) ได้เสนอแนวทางการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยมีแนวในการปฏิบัติดังนี้

1) การปรับปรุงพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นหน้าที่โดยตรงของรัฐบาลในการปกครองปรับปรุง พัฒนา และแก้ไขปัญหาทุกด้านที่เกิดขึ้นในประเทศ โดยรัฐเน้นการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรไทย เป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาประเทศ

2) การปรับปรุงพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยบุคคลและครอบครัว วิธีการปฏิบัติตนเพื่อเป็นคนมีคุณภาพ การปฏิบัติตนเพื่อเป็นพื้นฐานของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีคือ รักษาสุขภาพอนามัย การมีแนวคิดและเจตคติที่ดีในการดำรงชีวิต การมีคุณธรรมจริยธรรม การให้ความร่วมมือ สนับสนุน และส่งเสริมการพัฒนาตนเอง พัฒนาครอบครัว พัฒนาชุมชน และพัฒนาสังคม

Lubkin (1986) ให้ข้อเสนอแนะกว้างๆ เกี่ยวกับการพยาบาลที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังดังนี้

1) พยาบาลต้องให้การสนับสนุน และกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อที่บ้านและครอบครัวสามารถกระทำกิจกรรมดูแลตนเองที่จำเป็น ต้องมีความสามารถประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้านได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และสรรหาแนวทางที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน ความสามารถและการกระทำของพยาบาลในสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อโรคเรื้อรัง และดูแลตนเองที่บ้านเป็นเวลานานได้

2) พยาบาลต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยขณะวางแผนการพยาบาล การที่พยาบาลต้องรู้เกี่ยวกับแผนในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งตนเองและพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพ ความแข็งแรง ความชอบความไม่ชอบ ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากภาวะเรื้อรังของโรค จะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยยอมรับ และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

3) พยาบาลต้องยึดถือปรัชญาของการพยาบาลแบบองค์รวม โดยการให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการไม่เฉพาะทางด้านร่างกายของผู้ป่วยเท่านั้น ควรให้ความสำคัญต่อการตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ และด้านวัฒนธรรมให้ครอบคลุมสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน และมีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพก้าวหน้าไปเรื่อยๆ ผู้ป่วยจึงต้องมีช่วงเวลาเข้าและออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะ พยาบาลจึงต้องเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยอย่างละเอียดในทุกๆด้าน เพื่อให้ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่สมบูรณ์ที่สุด สามารถกำหนดแผนการพยาบาลที่ต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วยได้ (Miller, 1983) ผู้ป่วยจะต้องได้รับโอกาสและการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลที่ต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญสำหรับการประเมิน การวางแผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ที่สำคัญที่สุดคือ การที่ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าร่วม

ในการวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลนั้นดีกว่า ทำให้บรรลุเป้าหมายตามแผนที่ได้กำหนดขึ้น

4) พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย และครอบครัวซึ่งบทบาทดังกล่าวจะมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม และได้รับประโยชน์สูงสุดในการรักษาพยาบาล

5) พยาบาลต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแล ประเด็นสำคัญในการทำงานเป็นทีมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคือ

5.1) ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเป็นสมาชิกในทีมสุขภาพ

5.2) การส่งเสริมการสื่อสารภายในทีม

5.3) การกำหนดเป้าหมายของการทำงานเป็นทีม

สรุปว่า ในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตได้นั้นจะต้องมีความเข้าใจคำว่าคุณภาพชีวิตให้มากที่สุด มีเครื่องมือวัดที่เป็นมาตรฐาน ต้องสร้างองค์ความรู้ใหม่เพื่อนำผลไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อไป ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยมุ่งหวังในการนำผลการศึกษาที่ได้ไปประยุกต์ใช้ ประกอบกับการทำทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิชาชีพการพยาบาลกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรมที่มีความซับซ้อนและมีหลายมิติ ในศาสตร์สาขาของการพยาบาล คุณภาพชีวิตถือว่าเป็นเป้าหมายหลักของการพยาบาล และในฐานะของบุคลากรทางสุขภาพ พยาบาลมีทัศนคติต่อคุณภาพชีวิตว่าเป็นผลกระทบจากภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยซึ่งมีผลต่อ กิจวัตรประจำวันของบุคคล (พะยอม อยู่สวัสดิ์, 2537) ดังนั้นการพยาบาลจึงมีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาภาวะสุขภาพของบุคคลทุกเพศ ทุกวัย เพื่อให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่สำคัญของการพยาบาล โดยลักษณะวิชาชีพของการพยาบาลจะต้องให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยรวมทั้งผู้รับบริการอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นญาติพี่น้อง บุคคลในครอบครัวโดยอาศัยศาสตร์การพยาบาลแบบองค์รวม (จอม สุวรรณโน, 2542) และพยาบาลจะต้องอาศัยความรู้หรือทฤษฎีทางการพยาบาลเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการและการพยาบาลยังเป็นศาสตร์ที่มีความเกี่ยวข้องกับมนุษย์ โดยมุ่งเน้นการแสวงหาความรู้ เพื่อทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด ประสบการณ์ และการตอบสนองของบุคคลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสิ่งแวดล้อม ทั้งภายในและภายนอกบุคคล การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการวินิจฉัย และบำบัดการตอบสนองของบุคคลทั้งในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมีความสุขสามารถทำหน้าที่และบรรลุเป้าหมายของชีวิตได้

2.6.1 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542; จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2535; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

1) บทบาทในด้านการให้ความรู้ โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนชี้แนะ ให้บุคคลสามารถดึงพลังอำนาจที่มีอยู่ มาใช้ในการเยียวยาตัวเองได้อย่างเหมาะสม นั่นคือ ต้องมีความสามารถในเชิงวิชาชีพ โดยใช้ความรู้ทั้งศาสตร์ทางการแพทย์และศาสตร์สาขาอื่นมาใช้เพื่อทำความเข้าใจ เกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคล ทั้งทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ กระบวนการเจ็บป่วย การเกิดโรค รวมถึงประสบการณ์และการตอบสนองทางวิญญาณ ที่เกี่ยวข้องกับสติปัญญา การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด การเผชิญปัญหา และความเครียดเหตุการณ์ในชีวิต และระบบครอบครัว

2) บทบาทการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยทำการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย จัดหาและให้การพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยใช้ความรู้จากทฤษฎีการพยาบาลและผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข และในการวางแผนการพยาบาลนั้นจะต้องคำนึงถึงวิถีของชีวิตของผู้ป่วย ร่วมกับแบบแผนในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งพาตนเองและพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพ ความแข็งแกร่ง ความชอบ ไม่ชอบของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการปฏิบัติตัว ตามแผนการพยาบาลที่ได้วางไว้อย่างต่อเนื่อง

3) บทบาทการเป็นผู้บริหารจัดการ เป็นผู้นำการปรับปรุงระบบบริการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ให้มีคุณภาพการให้บริการพยาบาล จัดระบบบริการให้เหมาะสม พิทักษ์สิทธิและผลประโยชน์ ของผู้รับบริการที่เหมาะสมและเป็นธรรม พยาบาลต้องตระหนักถึงการ ทำงานร่วมกันเป็นทีมกับบุคลากรอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด จากการดูแล ต้องให้ผู้ป่วย และครอบครัวเป็นหนึ่งในสมาชิกของทีมสุขภาพ มีการส่งเสริมการสื่อสารที่ดีภายในทีม พร้อมทั้งต้องมีการกำหนดเป้าหมายของการทำงาน

4) บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา เป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการในด้านปัญหาสุขภาพ และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งเสนอแนะแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา

5) บทบาทการเป็นนักวิจัย จะต้องมีการทำวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ ศึกษาค้นคว้าคิดตามผลการวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งในสาขาการพยาบาลและสาขาอื่นๆ ตลอดจนนำผลการวิจัยมาใช้เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

สรุปได้ว่า การให้การพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตนั้น พยาบาลมีบทบาทในด้านการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล ด้านการให้ความรู้ ด้านการบริหารจัดการ ด้านการให้คำปรึกษา และบทบาทการเป็นนักวิจัย ทั้งนี้พยาบาลต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ประกอบกับการใช้แนวคิดและศาสตร์ทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย

2.6.2 กิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แบ่งเป็นกิจกรรม 5 กลุ่ม ดังนี้ (Pitkanen et al., 2008)

1) Empowering intervention คือ การที่พยาบาลได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับผู้ป่วย ด้วยท่าทีสนใจ ใส่ใจ สนับสนุน ส่งเสริม ให้ข้อมูลกับผู้ป่วย รวมทั้งให้โอกาสผู้ป่วยได้ตัดสินใจกระทำการต่างๆด้วยตนเอง ลักษณะของ empowering discuss นั้นจะเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิต การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงสัมพันธ์ภาพทางสังคมอื่นๆ ซึ่งพยาบาลอาจทำเป็นรายบุคคล ในรูปแบบของพยาบาลเจ้าของไข้ หรือแบบกลุ่ม ที่จัดขึ้นในรูปแบบของกิจกรรมกลุ่มที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน โดยมีพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการ ร่วมรับฟัง และแสดงความสนใจในรายละเอียดต่างๆเกี่ยวกับ แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมรวมถึงบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย ตลอดทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาด้วยตนเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลต่างๆอย่างเหมาะสม

2) Social intervention คือ การที่พยาบาลได้พบกับครอบครัวของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสติดต่อกับสังคม และกลับไปเยี่ยมบ้านในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยใน ผู้ป่วยได้ให้ความเห็นว่าการที่ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบกับครอบครัวนั้น ถือเป็นส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างดีแก่พวกเขา รวมถึงการให้การบำบัดครอบครัว การให้สุขภาพจิตกับญาติและผู้ดูแล มีการศึกษายืนยันว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตทางบวกให้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

3) Activating intervention ได้แก่ กิจกรรมประเภท อาชีวบำบัด กิจกรรมที่ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ต่างๆ หรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับการใช้ร่างกาย เช่นเดียวกับกิจกรรมที่พยาบาลได้ให้โอกาสผู้ป่วยได้มีงานอดิเรกของตนเอง ซึ่งกิจกรรมที่ถือเป็นส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นจะต้องเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล

4) Secure intervention หรือการดูแลของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกปลอดภัย และได้รับความเคารพในสิทธิของความเป็นส่วนตัว เช่น กิจกรรมการเยี่ยมบ้านจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะไม่ได้ถูกทอดทิ้ง

5) Intervention supporting physical health เป็นการกระทำของพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพร่างกาย เช่นการให้ยา การติดตามสุขภาพทางร่างกายของผู้ป่วย รวมถึงการสังเกตอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับ และให้โอกาสผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อน

พยาบาลเป็นผู้ที่มีโอกาสได้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เข้าถึงการรับรู้ของผู้ป่วย เกี่ยวกับกิจกรรมบำบัดทางการพยาบาลต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ การเข้าถึงการรับรู้ดังกล่าว จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลในการจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นปัญหาที่สำคัญส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและประเทศ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วนั้นจำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังนี้ เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าเพศหญิงมีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย (Robb et al., 1998) , ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอายุเริ่มป่วยครั้งแรกเมื่ออายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ทางสังคมในระดับต่ำ (Robb et al., 1998) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rojas et al.(2008) พบว่าผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยครั้งแรกเมื่ออายุน้อยจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตต่ำ จึงสรุปได้ว่าอายุที่เริ่มป่วยครั้งแรกมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว, ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยปัญหาทางอารมณ์ที่ยาวนานจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ดังนั้นระยะเวลาการเจ็บป่วยจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Robb et al., 1997) , การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการใช้สารเสพติดมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนปกติอย่างมีนัยสำคัญ (Singh et al., 2005), จากการศึกษาของ Zhang et al. (2006) พบว่าอาการซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่ดีในการทำนายคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Sarika KK & Dr Baby Shari PA (2015) พบว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางลบในระดับสูง ($r = -.716$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา สุขสมนรินทร์ (2552) พบว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ($r = -.62$) , เมื่อความรุนแรงของอาการเมเนียเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตต่ำลง อาการเมเนียจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Gazalle et al., 2007), Kim et al. (2013) ศึกษาอาการหุนหันพลันแล่นในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผลการศึกษาพบว่าอาการหุนหันพลันแล่นมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในทุกๆด้าน, Cudney et al., (2016) ได้ศึกษาตัวแปร วงจรชีวภาพ อาการซึมเศร้า และคุณภาพการนอนหลับกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรมาจากแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL - BERF , 1996) และคัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศ และต่างประเทศ โดยเลือกปัจจัยที่คิดว่าน่าจะเป็นปัจจัยที่สำคัญ ร่วมกับสามารถนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบของ

การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้แก่ อายุ (Yen et al., 2008), ระดับการศึกษา (Kim et al., 2013) และการสนับสนุนทางสังคม (Yen et al., 2008), การใช้สารเสพติด (Singh et al., 2005), อาการข้างเคียงของการใช้ยา (Yen et al., 2008) อาการซึมเศร้า, อาการเมเนีย (นันทนา สุขสมนรินทร์, 2552) และการจัดการกับอาการด้วยตนเอง (กนกรัตน์ พิมพ์ รุณ, 2549)

3.1. อายุ เป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง นิสัย การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจและการตัดสินใจ บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมตอบสนองเพื่อเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน (Orem, 1985) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yen et al. (2008) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับการตระหนักในตนเอง, อาการข้างเคียงจากการใช้ยา, และการใช้ยาทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ป่วยจิตเวช จากการศึกษาพบว่า ตัวแปร อายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอายุมากกว่าจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอายุน้อยกว่า โดยอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทางด้านสัมพันธภาพทางบวกทางด้านสังคม ($\beta=0.247$, $t = 2.59$)

3.2 ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นส่วนที่พัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคล เป็นการจัดการประสบการณ์ให้แก่ชีวิต ช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ ความคิดของตนเข้าแก้ปัญหา ทำให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ การศึกษาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) Kim et al. (2013) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการขาดความสามารถในการควบคุมตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งแผนกผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกในประเทศเกาหลี พบว่าตัวแปร ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยระดับการศึกษาเป็นการบอกถึงความรู้ของผู้ป่วยซึ่ง ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีระดับการศึกษาที่สูง จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ ($r = .374$)

3.3 การสนับสนุนทางสังคม เป็นการได้รับความช่วยเหลือกันระหว่างบุคคลในสังคม ทั้งด้านอารมณ์ สังคม ทรัพยากร และข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเกิดจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม

3.3.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง มีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม

Scheafer et al. (1981) ได้สรุปว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่
 ควบคุมจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต

Pender (1996) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะ
 สุขภาพ ความผาสุก การยอมรับ ความรัก ความพอใจ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ คุณค่าและความต้องการ
 ส่วนตัว

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่
 ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้รับความช่วยเหลือกันระหว่างบุคคลในสังคม ทั้งด้านอารมณ์
 สังคม ทรัพยากร และข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเกิดจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม

3.3.2 ชนิดและแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

- 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นข้อมูลที่บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก
 การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันซึ่งต่อกัน
- 2) การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่องและเห็นคุณค่า เป็นข้อมูลที่จะ
 บอกว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า มีผู้ให้การยอมรับ เกิดความภาคภูมิใจและมั่นใจในตนเอง
- 3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นข้อมูลที่บอกให้
 ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Scheafer et al.(1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ประเภท คือ

- 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง การก่อให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิด มี
 ความมั่นใจ และความเชื่อมั่นว่าจะพึ่งพิงผู้อื่นได้เสมอ ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นที่รัก เป็นที่ใส่ใจ
 และเป็นสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่ม ไม่ใช่คนแปลกหน้า
- 2) การสนับสนุนทางวัตถุ หมายถึง เป็นการให้ความช่วยเหลือหรือ
 ให้บริการต่างๆ เช่น ให้ยืมเงิน ให้ของขวัญ ช่วยดูแลในเวลาที่ต้องการ เป็นต้น
- 3) การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสารและ
 คำแนะนำ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้ รวมทั้งการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงการกระทำของ
 บุคคลด้วยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล

3.3.3 หน้าที่ของแหล่งสนับสนุนทางสังคม

Pender (1996) กล่าวว่า หน้าที่ของแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีดังนี้

- 1) หน้าที่การสนับสนุน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ โดย
 ให้อาหารที่จำเป็นในการดำรงชีวิต และให้การควบคุมจิตใจ
- 2) หน้าที่ให้คำแนะนำ เพื่อให้บุคคลบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

3) หน้าที่ให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยจะประเมินสิ่งที่บุคคลทำไป เพื่อทำให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงตนเอง

3.3.4 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

Wang (1999) ได้พัฒนาแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Scale : SSS) ใช้แนวคิดจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Inventory of Social Supportive Behavior) ของ Barrera and Sandler (1981) ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคม โดยมีข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.94

Cohen & Hoberman (2000) เป็นแบบประเมินการสนับสนุนระหว่างบุคคล (The Interpersonal Support Evaluation List: ISEL) แบบแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ สิ่งของ สัมพันธภาพ และความมีคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วย ข้อคำถาม 40 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกเครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Wang (1999) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่วัดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งใกล้เคียงกับประชากรที่ต้องการศึกษา ครอบคลุมการได้รับความช่วยเหลือทางสังคมในด้านต่างๆ และใช้เวลาประเมินไม่มาก เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เครื่องมือนี้พัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลจากฉบับภาษาจีนเป็นภาษาไทย ด้วยวิธี Back translation โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาจากสถาบันภาษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงและหาค่าความเที่ยงโดยการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าความตรงของเครื่องมือ เท่ากับ .83 และได้ค่า Standardized cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .94

3.3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้รับความช่วยเหลือกันระหว่างบุคคลในสังคม ทั้งด้านอารมณ์ สังคม ทรัพยากร และข้อมูลข่าวสาร Yen et al. (2008) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับการตระหนักในตนเอง , อาการข้างเคียงจากการใช้ยา, และการใช้ยาทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ป่วยจิตเวช และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย 2 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปร การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทุกด้าน ($P < .001$)

3.4 การใช้สารเสพติด คือ การใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือ โดยวิธีอื่นๆ เข้าสู่ร่างกาย ซึ่งการใช้สารเสพติดนั้นจะส่งผลกระทบให้การดำเนินโรคแย่ลง และผู้ป่วยขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (รัชชัย ลิขิตนาจ, 2549)

3.4.1 ประเภทของสารเสพติด สามารถแบ่งตามองค์การอนามัยโลก และ การออกฤทธิ์ดังนี้

การแบ่งสารเสพติดตามองค์การอนามัยโลก ได้แบ่งสารเสพติดเป็น 9 ประเภท

1) ฝิ่น (Opiate or Morphine) ได้แก่ฝิ่น ผลิตผลจากฝิ่น มอร์ฟีน อนุพันธ์ ของมอร์ฟีน และสารสังเคราะห์ที่มีผลคล้ายมอร์ฟีน คือ เฮโรอีน เพซิดีน เมทาโดน เป็นต้น

2) บาร์บิทูเรท (Barbiturate type) ได้แก่ ยาระงับประสาท ยานอนหลับ รวมทั้งยาที่มีฤทธิ์ทำนองเดียวกัน ได้แก่ พาราตีไฮด์ โบรไมด์ คลอโรลไฮเดรต เมโทรบาเมต เป็นต้น

3) แอลกอฮอล์ (Alcohol type) ได้แก่ อีทานอล หรือ เอทิลแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ บรั่นดี วิสกี้ รวมทั้งกระแฉะ น้ำตาลเมา

4) แอมเฟตตามีน (Amphetamine type) ได้แก่ ยากระตุ้น ยาแก้หวัด ยาขยัน ยาบ้า

5) โคเคน (Co-cain) หรือสารที่เตรียมจากโคเคน

6) กัญชา (Cannabis or Marijuana)

7) แคท (Khat type) ใบกระท่อม กระตุ้นจิตประสาทให้ทำงานเพิ่มขึ้น

8) ประเภทกล่อมประสาท (Hallucinogen type) ทำให้เกิดอาการ ประสาทหลอน เช่น ลีเซอร์จิก เอซิค ไดเอทิลามิเค หรือเรียกย่อๆว่า LSD ลำโพง

9) ประเภทอื่นๆ ที่ไม่สามารถจัดเข้ากลุ่มได้ เช่น เบนซิน กาว ทินเนอร์

การแบ่งสารเสพติดตามการออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1) กดประสาท (Depressants) สารประเภทนี้มีฤทธิ์กดศูนย์การควบคุม การหายใจในสมองและประสาทที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะบางอย่างของร่างกาย ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน และเซคโคโคนาล (เหล้าแห้ง)

2) กระตุ้นประสาท (Stimulant) ได้แก่ พวแกมเฟตามีน ยาบ้า มีฤทธิ์ กระตุ้นประสาทสมองส่วนกลาง ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลง และมีฤทธิ์กระตุ้นการเต้นของหัวใจ

3) หลอนประสาท (Hallucinogen) ทำให้การรับรู้เสียไป เกิดอาการหลอน หรือแปลภาพผิด ได้แก่ลำโพง แอลเอสดี

4) ออกฤทธิ์หลายอย่าง คือ ออกฤทธิ์ทั้งกด กระตุ้นและหลอนประสาท ได้แก่ กัญชา กระท่อม ใช้น้อยๆจะกระตุ้นประสาท ใช้น้ำมากขึ้นจะกดประสาท ถ้าใช้น้ำมากขึ้นไปอีกจะ เกิดประสาทหลอน ทางแพทย์จะใช้การออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเป็นหลักในการรักษาพยาบาล

3.4.2 ความสัมพันธ์ของการใช้สารเสพติดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การใช้สารเสพติดไม่เพียงแต่จะมีโอกาสหายเป็นปกติซ้ำ ยังส่งผลกระทบต่อ
การดำเนินโรคแย่ลง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จากการศึกษาของ
Singh et al. (2005) ได้ทำการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มี
การใช้สารเสพติดกับคนปกติ พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการใช้สารเสพติดมีคุณภาพ
ชีวิต ต่ำกว่าคนปกติอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนปกติในทุกด้าน

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการใช้สารเสพติดเป็นบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่
ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

3.5 อาการข้างเคียงจากการใช้ยา

3.5.1 ความหมายของอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

อาการข้างเคียงจากการใช้ยา เป็นการตอบสนองใดๆของร่างกายต่อยาซึ่ง
เป็นการตอบสนองที่เราไม่ต้องการ หรือไม่ได้ตั้งใจให้เกิดขึ้น โดยที่การตอบสนองที่ว่าจะเกิดขึ้นแม้ใน
ขนาดการใช้ยาปกติ โดยไม่รวมการใช้ยาเกินขนาด ตลอดจนการใช้ยาในทางที่ผิด

(พิมพ์ชนก ชันแก้วหล้าและอัญชลี เพิ่มสุวรรณ, 2549)

อาการข้างเคียงจากการใช้ยา ตามองค์การอนามัยโลก หมายถึง การ
ตอบสนองต่อยาที่เป็นอันตรายและไม่ตั้งใจให้เกิดขึ้น ซึ่งเกิดในขนาดการใช้ยาตามปกติในมนุษย์ โดย
ไม่รวมถึงการได้รับยาเกินขนาด หรือการจงใจใช้ยาในทางที่ผิดจนเกิดอันตราย

สรุปได้ว่า อาการข้างเคียงจากการใช้ยา หมายถึง เป็นการตอบสนองต่อยาที่
เป็นอันตรายและ ไม่ต้องการให้เกิดขึ้น โดยเกิดในขนาดการใช้ยาปกติ ไม่รวมการใช้ยาเกินขนาดและ
การใช้ยาในทางผิด

3.5.2 แบบประเมินอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (Questionnaire on Adverse
Effect of Medication for Bipolar Disorder and Schizophrenia : QAEM-BS)
เป็นแบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
และผู้ป่วยโรคจิตเภท ของ Yen et al. (2008) โดยมีข้อคำถาม 26 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิดให้
เลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ เครื่องมือนี้ผู้วิจัยพัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลจากฉบับภาษาอังกฤษ
เป็นภาษาไทย โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา โดยมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
เท่ากับ 0.82

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกเครื่องมือแบบประเมินอาการข้างเคียงจากการ
ใช้ยา ของ Wang (1999) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการข้างเคียงจากการใช้ยาใน
ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งใกล้เคียงกับประชากรที่ต้องการศึกษา เป็นแบบ check list
(ใช่ หรือ ไม่ใช่) ใช้เวลาประเมินไม่มาก เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เครื่องมือนี้

ผู้วิจัยพัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back translation โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาจากสถาบันภาษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงและหาค่าความเที่ยงโดยการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าความตรงของเครื่องมือเท่ากับ .88 และได้ค่า Standardized cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .82

3.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

อาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวชที่พบบ่อยมากที่สุดคือ น้ำหนักตัวเพิ่ม ร้อยละ 22.2 รองลงมาคือ ง่วงซึม ร้อยละ 17.5 และอาการ Acute EPS พบร้อยละ 14.3 (มาลี ปรีชาพลสิทธิ์, 2553) อาการข้างเคียงจากการรับประทานยาทางจิตเวชของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นสิ่งที่มักเกิดขึ้นได้เสมอจากการใช้ยา ผลให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และอาจทำให้ผู้ป่วยปรับขนาดหรือหยุดยาเอง ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย Yen et al. (2008) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับการตระหนักในตนเอง, อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการใช้ยาทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ป่วยจิตเวช และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 96 คน, โรคจิตเวช จำนวน 96 คน และกลุ่มคนปกติจำนวน 106 คน ใช้แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (Questionnaire on Adverse Effect of Medication for Bipolar Disorder and Schizophrenia : QAEM-BS) ในการประเมินอาการข้างเคียงจากการใช้ยา พบว่า อาการข้างเคียงจากการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตต่ำในด้านร่างกาย ($\beta = -.341, t = -5.160$) และสิ่งแวดล้อม ($\beta = -.294, t = -4.476$) (Yen et al., 2008)

3.6. อาการซึมเศร้า คืออาการที่แสดงให้รับรู้ถึงความรู้สึกตึงเครียดและซึมเศร้า ทั้งจากภายในและแสดงให้เห็น การนอนหลับ ความอยากอาหาร การตอบสนองทางอารมณ์ สมาธิ และความจำที่ลดลง ความอ่อนเปลี้ยเพลียแรง ความคิดในด้านลบ และความคิดฆ่าตัวตาย อาการซึมเศร้าจะแสดงออกดังนี้

1) ด้านกายภาพ ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีเรี่ยวแรง มีท่าที่เซื่องช้าเซื่องซึม พูดช้าหรือในบางรายไม่พูดเลย การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ กลายเป็นเรื่องยากลำบาก ทำให้ผู้ป่วยขาดความสนใจในเรื่องการรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการนอนส่วนใหญ่จะเป็นปัญหานอนหลับน้อยลงหรือนอนไม่หลับ ผู้ป่วยมักบ่นว่าไม่รู้สึกสดชื่นหลังตื่นนอนในเวลาเช้า ความอยากอาหารมักถูกรบกวน ซึ่งจะลดหรือเพิ่มในภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย และระดับปานกลาง จะลดลงอย่างมากในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

2) ด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะรู้สึกเศร้าหมอง รู้สึกว่าชีวิตของตนเองไม่มีคุณค่ารู้สึกผิด หรือกล่าวโทษ ต่ำหนีดตนเองต่อสิ่งที่ได้กระทำลงไป แม้เป็นการกระทำที่ผู้อื่นเห็นเป็นเรื่องเล็กน้อย สองในสามของผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ประมาณร้อยละ 10-15 ของผู้ป่วยซึมเศร้าจะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย

3) ด้านความคิด ผู้ป่วยขาดความสนใจ ขาดความกระตือรือร้นและตัดสินใจอะไรไม่ได้ แม้จะเป็นสิ่งที่ไม่ต้องใช้ความคิดมากนัก ผู้ป่วยอารมณ์เศร้า มีความสนใจแคบ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยจะมองตนเองในแง่ลบ คิดว่าตนเองมีภาพลักษณ์ไม่น่าสนใจหรือน่าเกลียด

4) ด้านสังคม ผู้ป่วยแยกตัวเอง ทำตัวห่างเหินจากสังคม เนื่องจากรู้สึกไร้ค่าขาดความสามารถไม่เหมือนผู้อื่น

5) ด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวัง และรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ขาดแรงจูงใจในการรักษา เพราะรู้สึกว่ารักษาไปก็ไม่มีประโยชน์อะไร เพราะตัวเองไม่มีคุณค่า ตายวันนี้หรือวันหน้าก็ตายเหมือนกัน ขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต มีชีวิตอยู่อย่างไรเป้าหมาย กลัวความล้มเหลว

สรุปได้ว่า อาการซึมเศร้า หมายถึง อาการที่แสดงของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ให้อารมณ์ความรู้สึกตึงเครียดและซึมเศร้าทั้งจากภายในและแสดงให้เห็น การนอนหลับ ความอยากอาหาร การตอบสนองทางอารมณ์ สมาธิและความจำที่ลดลง ความอ่อนเพลีย แปรปรวน ความคิดในด้านลบ และความคิดฆ่าตัวตาย

3.6.1 การประเมินภาวะซึมเศร้า

แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale: MADRS) สร้างมาจากแนวคิดของ Montgomery and Asberg (1979) ซึ่งรณชัย คงสกนธ์ และคณะ (2546) ได้พัฒนาเป็นภาษาไทย ใช้วัดอาการซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ 1. ความซึมเศร้าที่ปรากฏให้เห็น 2. ความซึมเศร้าที่รายงาน 3. ความตึงเครียดที่อยู่ภายใน 4. การนอนหลับที่ลดลง 5. ความอยากอาหารลดลง 6. ปัญหาในการรวบรวมสมาธิ 7. ความอ่อนเพลีย แปรปรวน 8. การตอบสนองทางอารมณ์ที่ลดลง 9. ความคิดในด้านลบ 10. ความคิดฆ่าตัวตาย เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ นันทนา สุขสมนรินทร์ (2552) นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 140 คน ได้ค่า Standardized cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .73 และกนก รัตน์พิมพ์รุณ (2549) ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 100 คน ได้ค่า Standardized cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .88

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกเครื่องมือแบบวัดอาการซึมเศร้า (MADRS) ของ รณชัย คงสกนธ์และคณะ (2546) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้าใน

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีคำถามครอบคลุม เป็นแบบวัดมาตรฐานเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

3.6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการซึมเศร้าเป็นระยะเวลาเวลานานจะส่งผลกระทบต่อระบบการรู้คิด (Cognitive) ซึ่งความรู้คิดที่บกพร่องส่งผลกระทบต่อความเสื่อมของหน้าที่ (Suppes and Dennehy, 2005) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่ดีในการทำนายคุณภาพชีวิต (Zhang et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sarika KK & Dr Baby Shari PA (2015) พบว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางลบในระดับสูง ($r = -.716$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา สุขสมนิรันดร์ (2552) พบว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ($r = -.62$) นั่นคือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรงจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง

3.7 อาการแฉะเนี่ย หมายถึง สิ่งที่แสดงออกถึงความรู้สึกครั้นเครง การทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหวที่เพิ่มขึ้น ความสนใจทางเพศ การนอนหลับ ความหงุดหงิด การพูด ภาษาและความผิดปกติรวมถึงเนื้อหาความคิด พฤติกรรมก่อนความวุ่นวายก้าวร้าว ลักษณะภายนอกการแต่งตัวและความเข้าใจตนเอง อาการแฉะเนี่ยจะแสดงออกดังนี้

1) ด้านกายภาพ ผู้ป่วยรู้สึกตึกตัก มีกำลังวังชา ขยับมากกว่าปกติ แต่มักทำได้ไม่ค่อยดี ความต้องการนอนลดลง ในรายที่เป็นมากจะไม่หลับหลายวันติดต่อกันและทำกิจกรรมต่างๆ ตามความพอใจของตนเองตอนกลางคืน เป็นต้น ชอบพูดทักทายผู้อื่น แม้แต่กับคนแปลกหน้า ลักษณะของกรพูดจะพูดมากและเร็ว การแต่งกายจะแต่งกายแปลกๆ สีฉูดฉาด เปลี่ยนเสื้อผ้าบ่อย

2) ด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ครั้นเครงมากกว่าปกติ แต่จะพบว่ามีอารมณ์ฉุนเฉียวผิดปกติ หากถูกห้ามปรามหรือขัดขวางในสิ่งที่ตนต้องการ นอกจากนี้ผู้ป่วยมีการแสดงออกของอารมณ์หรือความต้องการอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ ซึ่งล้วนก่อให้เกิดความเสียหาย เช่น ผู้ป่วยแสดงท่าทีเจ้าชู้ยั่ววน ใช้จ่ายเงินสุรุ่ยสุร่าย ดิตสุรา ยาเสพติด เป็นต้น

3) ด้านความคิด ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเองสูง ไม่ยอมรับฟังผู้อื่นหรือบางรายคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง เช่น หลงผิดคิดว่ามีความสัมพันธ์พิเศษกับบุคคลที่มีชื่อเสียง

4) ด้านสังคม ผู้ป่วยจะร่วมกิจกรรมต่างๆ มากมายหลายอย่างในหน้าทำการงาน ผู้ป่วยทุกรายจะเพิ่มกิจกรรมด้านสังคม พยายามติดต่อกับญาติหรือการเขียนจดหมาย หรือโทรศัพท์ติดต่อบ่อยๆ ผู้ป่วยจะไม่ตระหนักถึงความไม่เหมาะสมของพฤติกรรม ความจู้จี้จ้าน การเรียกร้องเอาแต่ใจ 5. ด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเองอย่างมากหรือรู้สึกว่าคุณค่าตนยิ่งใหญ่

มีการพัวพันอยู่กับกิจกรรมเพื่อความสุขทางอารมณ์มากเกินไป ซึ่งมีความเป็นไปได้สูงที่จะนำมาสู่ความทุกข์ภายหลัง

สรุปได้ว่า อาการแมเนีย หมายถึง สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วแสดงออกถึงความรู้สึกครั้นเคร่ง การทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหวที่เพิ่มขึ้น ความสนใจทางเพศ การนอนหลับ ความหงุดหงิด การพูด ภาษาและความผิดปกติรวมถึงเนื้อหาความคิด พฤติกรรมก่อนความวุ่นวายก้าวร้าว ลักษณะภายนอกการแต่งตัวและความเข้าใจตนเอง

3.7.1 การประเมินอาการมาเนีย

แบบวัดอาการมาเนีย (Thai Mania Rating Scale : TMRS) สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Young et al. (1978) ซึ่งรณชัย คงสกนธ์ ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย (2548) ใช้วัดอาการมาเนีย 11 ด้าน ได้แก่ 1. อารมณ์ครั้นเคร่ง 2. การเพิ่มขึ้นของกิจกรรมการเคลื่อนไหว 3. ความสนใจทางเพศ 4. การนอนหลับ 5. ความหงุดหงิด 6. การพูด 7. ภาษา-ความผิดปกติของความคิด 8. เนื้อหาความคิด 9. พฤติกรรมก่อนความวุ่นวายก้าวร้าว 10. ลักษณะภายนอกการแต่งตัว 11. ความเข้าใจตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ นันทนา สุขสมนรินทร์ (2552) นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 140 คน ได้ค่า Standardized cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .79 และกนกรัตน์พิมพ์ธณ (2549) ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 100 คน ได้ค่า Standardized cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .89

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกเครื่องมือแบบวัดอาการมาเนีย (TMRS) ของ รณชัย คงสกนธ์และคณะ (2548) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการมาเนียในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีคำถามครอบคลุม เป็นแบบวัดมาตรฐานเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

3.7.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการมาเนียศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

อาการมาเนียมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบว่า คะแนนของอาการมาเนียมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทุกด้าน (Gazalle et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา สุขสมนรินทร์และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2555) พบว่า อาการมาเนียมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ($r = .37$) นั่นคือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่มีอาการมาเนียในระดับต่ำจะมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น

3.8 การจัดการกับอาการด้วยตนเอง

3.8.1 ความหมายของการจัดการกับอาการด้วยตนเอง

Dodd et al. (2001) ได้กล่าวถึง การจัดการกับอาการไว้ว่า เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา คือเมื่อบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติก่อนจากเดิม ก็จะประเมินอาการนั้นตามการรับรู้ว่ามีระดับความถี่ ระดับความรุนแรงของอาการและการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใด และจะตอบสนองต่ออาการเหล่านั้น จากนั้นบุคคลก็จะแสวงหาวิธีการต่างๆที่จะบำบัดรักษาให้ความเจ็บป่วยนั้นหายไป และประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากวิธีการที่เลือก หากมีผลดีต่ออาการเจ็บป่วยบุคคลก็จะใช้วิธีการนั้นต่อไป ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลักคือ

1) ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วย มีความเป็นพลวัตและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้อาการ การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการ โดยการรับรู้อาการ (perception of symptoms) พบว่า เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย บุคคลจะรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะของความผิดปกตินั้น ภายหลังจากบุคคลรับรู้อาการที่เกิดขึ้น จะมีการประเมินลักษณะอาการ (evaluation of symptoms) ที่เกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย ความรุนแรงของอาการ ความถี่ ตำแหน่งที่เกิดรวมถึงผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้น และการตอบสนองต่ออาการ (response of symptoms) เกิดขึ้นภายหลังจากบุคคลมีการรับรู้และประเมินอาการ จะมีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรม ซึ่งบุคคลอาจจะตอบสนองโดยแสดงอาการเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านก็ได้

2) วิธีการจัดการอาการ (symptom management strategies) เป็นกระบวนการที่บุคคลเลือกใช้ในการจัดการกับอาการ เพื่อบรรเทาหรือทำให้ผลลัพธ์ด้านลบของอาการเกิดขึ้นช้าที่สุด โดยเริ่มให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการปฏิบัติ ซึ่งต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าจะใช้วิธีใดในการจัดการอาการ (what) จัดการเมื่อใด (when) จัดการที่ไหน (where) จัดการทำไม (why) จัดการมากน้อยเพียงใด (how much) จัดการโดยใคร (who) จัดการให้ใคร (whom) และจัดการอย่างไร (how) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและสามารถเปลี่ยนแปลงได้จนกว่าบุคคลจะเกิดความพึงพอใจ ขึ้นอยู่กับระยะเวลา ความต้องการ และการตอบสนองของแต่ละบุคคล ซึ่งวิธีการจัดการอาจเป็นการจัดการโดยการรักษาจากแพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญ หรือการจัดการด้วยตนเองของบุคคล

3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (outcomes) เป็นผลลัพธ์ที่บ่งชี้หรือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพและประสิทธิภาพในการจัดการอาการที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและวิธีการจัดการอาการ สามารถประเมินได้จากตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการอาการ 8 ผลลัพธ์ ได้แก่ สถานะของอาการ (symptom status) การทำหน้าที่ของร่างกาย (functional status) การดูแลตนเอง (self – care) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (costs) คุณภาพชีวิต (quality of life) ความเจ็บป่วยและโรคร่วม (morbidity and co-morbidity) อัตราการตาย (mortality) และสถานะทางด้านอารมณ์ (emotional status)

Murphy and Moller (1993) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิม ก็จะประเมินอาการนั้นตามการรับรู้ว่ามีระดับความถี่ ระดับความรุนแรงของอาการและการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใด และจะตอบสนองต่ออาการ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การรับรู้และประเมินอาการตนเอง การจัดการกับอาการด้วยตนเอง และรับรู้ประสิทธิภาพของการจัดการกับอาการด้วยตนเอง

สรุปได้ว่า การจัดการกับอาการด้วยตนเอง หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมอาการของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเมื่อมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิมก็จะประเมินอาการนั้นตามการรับรู้ว่ามีระดับความถี่ ระดับความรุนแรงของอาการและการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใด และจะตอบสนองต่ออาการ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การรับรู้และประเมินอาการตนเอง การจัดการกับอาการด้วยตนเอง และรับรู้ประสิทธิภาพของการจัดการกับอาการด้วยตนเอง

3.8.2 แบบประเมินการจัดการกับอาการด้วยตนเอง

แบบสัมภาษณ์การจัดการกับอาการด้วยตนเองของ Murphy and Mooler (1993) ใช้สัมภาษณ์การจัดการกับอาการด้วยตนเอง โดยมีข้อคำถาม 38 ข้อ จำแนกเป็น 6 ด้าน คือ 1. การเบี่ยงเบน 2. การตอบโต้กลับ 3. การค้นหาความช่วยเหลือ 4. การพยายามทำให้รู้สึกดี 5. การแยกตัวเอง 6. การหลีกเลี่ยง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กนกรัตน์ พิมพ์รุณ (2549) ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 100 คนได้ค่า Standardized cronbach's coefficient alpha ของทั้งฉบับเท่ากับ .91

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกเครื่องมือแบบประเมินการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ของกนกรัตน์ พิมพ์รุณ (2549) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สามารถใช้ในการประเมินการจัดการกับอาการด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งใกล้เคียงกับประชากรที่ต้องการศึกษา

3.8.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการกับอาการด้วยตนเองกับคุณภาพ

ชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กนกรัตน์ พิมพ์รุณ (2549) ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการในระยะ partial remission จำนวน 100 คน ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชโรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตสูงสุดในด้านร่างกาย ($M=96.70$, $S.D.=1.65$) และมีคุณภาพชีวิตต่ำสุดในด้านการถูกจำกัดบทบาทอันเนื่องมาจากปัญหาทางอารมณ์ ($M=58.33$, $S.D.=1.46$) พบคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความถี่และรับรู้ประสิทธิผลในการจัดการกับอาการของตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

นันทนา สุขสมนรินทร์ (2552) ได้ศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติและโรงพยาบาลศรีธัญญาจำนวน 140 คน กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะ partial to full remission โดยมีคะแนนรวมจากการประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบวัด MADRS น้อยกว่า 11 และมีคะแนนรวมจากการประเมินอาการแมเนีย โดยใช้แบบวัด TMRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 เลือกผู้ป่วยในระยะนี้เนื่องจากในแต่ละระยะผู้ป่วยจะมีอาการแตกต่างกันและอาการเหล่านี้มีผลต่อความน่าเชื่อถือของการประเมินคุณภาพชีวิต เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว 2. แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale : MADRS) 3. แบบวัดอาการแมเนีย (Thai Mania Rating Scale : TMRS) 4. แบบวัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด ผลการศึกษาพบว่า 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 จำนวนครั้งของการป่วยด้วย Depressive episode จำนวนครั้งของการป่วยด้วย Manic episode ประเภทของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และการใช้สารเสพติด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต 3. อาการซึมเศร้าและอาการแมเนีย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.62$ และ $.37$ ตามลำดับ)

กนกรัตน์ พิมพ์รุณ (2549) ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการในระยะ partial remission จำนวน 100 คน ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชโรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามธิบดี เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบวัด SF-36 ในการวัดคุณภาพชีวิต 3. แบบวัดการจัดการด้วยอาการของตนเองของ Murphy and Moller (1993) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตสูงสุดในด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย ($M=96.70$, $S.D.=1.65$) รองลงมาคือการทำหน้าที่ทางสังคม ($M=94.37$, $S.D.=1.02$) และมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำสุดในด้านการถูกจำกัดบทบาทอันเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ($M=58.33$, $S.D.=1.46$) รองลงมาคือด้านสุขภาพทั่วไป ($M=61.81$, $S.D.=2.85$) และพบคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความถี่และการรับรู้ประสิทธิผลในการจัดการกับอาการด้วยตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

Kongsakon et al. (2008) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยประเมินความรุนแรงของอาการแมเนีย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 4 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 285 คน โดยใช้แบบวัด Thai Mania Rating Scale (TMRS) ในการประเมินอาการรุนแรงและใช้แบบวัด SF-36 ในการประเมินคุณภาพชีวิต พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ย TMRS 4.42 ± 5.87 คะแนนคุณภาพชีวิตที่ศึกษาพบว่าต่ำกว่าคะแนนของประชากรไทยทั่วไปในทุกด้านยกเว้นด้านการเจ็บป่วยทางกาย และการทำกิจกรรมทางสังคม

งานวิจัยต่างประเทศ

Gazalle et al. (2007) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการแมเนียกับคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 125 คน โดยใช้แบบวัด Young Mania Rating Scale (YMRS) เป็นเครื่องมือวัดอาการแมเนีย และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL-BREF) ในการศึกษาคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่าระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอยู่ในระดับปานกลาง และผลการศึกษาความสัมพันธ์ของอาการแมเนียกับคุณภาพชีวิตพบว่าอาการแมเนียมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Gazalle et al. (2007) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกับคนปกติ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 120 คน เป็นผู้ป่วยที่มีอาการแมเนีย 40 คน อาการซึมเศร้า 40 คน และอารมณ์ปกติ 40 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศบราซิล จำนวน 3 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ได้แก่ 1. แบบวัด Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) ใช้เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3. แบบวัด Global Assessment of Function Scale (GAF) ใช้วัดการทำหน้าที่ 4. แบบวัด Halmliton Depression Rating Scale (HDRS) ใช้วัดระดับอาการซึมเศร้า 5. Young Mania Rating Scale (YMRS) ใช้วัดอาการmania และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL-BREF) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการmaniaจะมีคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ต่ำสุด แต่ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับผู้ที่อยู่ในอารมณ์ปกติและคนทั่วไปแต่สูงกว่าผู้ที่มีอาการซึมเศร้า ในกลุ่มผู้ที่มีอาการmaniaพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Sierra et al. (2005) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตและตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการในระยะสงบ จำนวน 50 คน ที่เข้ามาใช้บริการในเมือง Valencia เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ 1. วัด Halmliton Depression Rating Scale (HDRS) ใช้วัดอาการซึมเศร้า 2. แบบวัด Clinician – Administered Rating Scale (CARS-M) ใช้วัดอาการmania 3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 4. แบบ SF – 36 Spanish version ใช้ศึกษาคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตทุกด้านต่ำกว่าคนปกติทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับตัวแปร พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพทั่วไป การทำหน้าที่ทางสังคม สุขภาพจิต และปัญหาการทำหน้าที่อื่นเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)

Singh et al. (2005) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ไม่มีการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการใช้สารเสพติด และกลุ่มคนปกติ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มๆกลุ่มละ 40 คนเท่าๆกัน ใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL-BREF) Hindi version ในการศึกษาคุณภาพชีวิตพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ไม่มีการใช้สารเสพติดมีระดับคุณภาพชีวิต ในระดับปานกลางถึงระดับดี เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่าง 3 กลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งที่ใช้และไม่ใช้สารเสพติด มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการใช้สารเสพติดจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Michalak et al. (2005) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ในประเทศแคนาดา ได้นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มมาเป็นเครื่องมือในการดำเนินการ

ทดลอง ทำการทดลอง โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 75 คน ดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 1 สัปดาห์ มีการประเมินผลโดยใช้แบบประเมิน Q-LES-Q ในการวัดคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านดีขึ้น โดยเฉพาะทางด้านร่างกาย ด้านการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น เนื่องจากการทดลองการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในครั้งนี้ ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ดี เช่น การจัดการตนเองเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากยา การตรวจสอบการกำเริบของอาการ การดูแลสุขภาพทั่วไป การมีกิจกรรมในยามว่าง สุขลักษณะของการนอน และการดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ดังนั้นในการศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาคุณภาพชีวิตจึงมีความสัมพันธ์กับการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นอย่างดี

Zhang et al. (2006) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบระยะของอาการต่อความสัมพันธ์ในการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และเปรียบเทียบผลการรายงานคุณภาพชีวิตระหว่างแบบวัดคุณภาพชีวิต 2 ชุด ได้แก่ SF-36 กับแบบวัด Quality of Life Enjoyment and Satisfaction (QLESQ) ตัวแปรที่ทำการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1. ตัวแปรด้านสังคม-ประชากร 2. ด้านอาการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 2000 คน ที่มารับบริการในโครงการ Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) ผลการศึกษาพบว่า ระยะของอาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าจะรายงานคุณภาพชีวิตต่ำ ผู้ป่วยที่มีอาการmaniaจะรายงานคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยระยะอารมณ์ผสมและผู้ที่มีอาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ต่ำกว่าระยะฟื้นตัวเต็มที่ ส่วนผู้ที่มีอาการต่อเนื่องจะรายงานคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่มีระยะฟื้นตัวเต็มที่ ในขณะที่ผู้ที่มีระยะฟื้นตัวเต็มที่ จะรายงานคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่น

Yen et al. (2008) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับการตระหนักในตนเอง , อาการข้างเคียงจากการใช้ยา, และการใช้ยาทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ป่วยจิตเวช และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 96 คน , โรคจิตเวช จำนวน 96 คน และกลุ่มคนปกติ จำนวน 106 คน โดยใช้เครื่องมือ 1.แบบวัดคุณภาพชีวิต The World Health Organization's Quality Of Life brief : WHOQOL-BREF 2. แบบประเมินการตระหนักในตนเอง The Schedule of Assessment of Insight Expanded version (SAI-E) 3. แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (Questionnaire on Adverse Effect of Medication for Bipolar Disorder and Schizophrenia : QAEM-BS) 4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Scale : SSS) 5. แบบประเมินพฤติกรรมการร่วมมือในการรับประทานยา Medicine Adherence Behavior Scale (MABS) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ป่วยจิตเวช มีคุณภาพต่ำกว่ากลุ่มคนปกติในทุกๆด้าน การตระหนักรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้าน

ร่างกาย ($\beta = -.170, t = -2.255$), อาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ($\beta = -.341, t = -5.160$) และด้านสิ่งแวดล้อม ($\beta = -.294, t = -4.476$)

Kim et al. (2013) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการหุนหันพลันแล่นกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยใช้เครื่องมือ 1. แบบวัดคุณภาพชีวิต The World Health Organization's Quality Of Life brief : WHO QOL-BREF 2. แบบวัดความสามารถในการควบคุมตนเอง Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) 3. แบบประเมินการทำหน้าที่ Global Assessment of Function (GAF) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวช Gyeongsang National University ประเทศเกาหลี จำนวน 56 คน ผลการศึกษาพบว่า อาการหุนหันพลันแล่นมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในทุกๆด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.55, p < 0.01$)

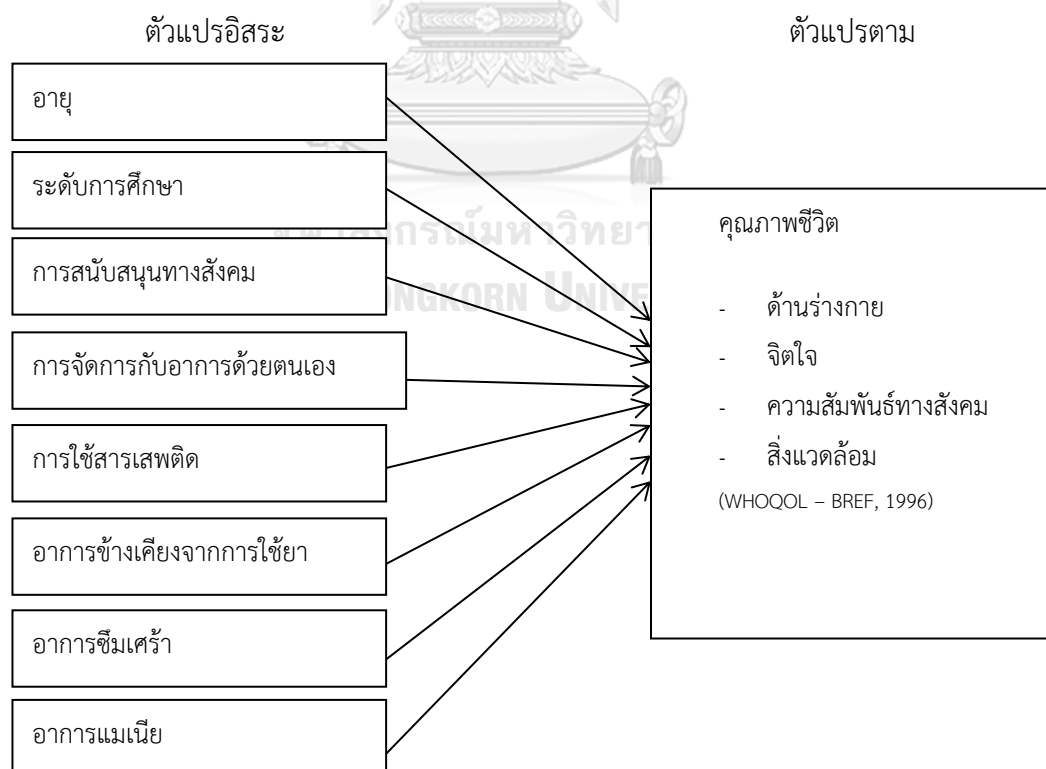
Sarika & Baby Shari (2015) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและ ศึกษาความแตกต่างของคุณภาพชีวิตต่อระยะเวลาการป่วย โดยใช้เครื่องมือในการศึกษาได้แก่ 1. The World Health Organization's Quality Of Life brief : WHO QOL-BREF 2. Montgomery Asberg Depression Rating Scale : MADRS กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่มารับบริการที่ Medical collage และ Thrissur จำนวน 296 คน ผลการศึกษาพบว่า 1. คุณภาพชีวิตและอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.716$) โดยมีคุณภาพชีวิตรายด้านทุกองค์ประกอบย่อยในระดับสูง ได้แก่ ด้านร่างกาย ($r = -.690$) ด้านจิตใจ ($r = -.718$) และระดับปานกลางได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ($r = -.450$) และด้านสิ่งแวดล้อม ($r = -.503$) 2. ระยะเวลาการเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

Cudney et al. (2016) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของวงจรชีวภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยศึกษาวงจรชีวภาพ อาการซึมเศร้า และคุณภาพการนอนหลับ ใช้เครื่องมือ ได้แก่ 1. The World Health Organization's Quality Of Life brief : WHO QOL-BREF ในการวัดคุณภาพชีวิต 2. แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale : MADRS) 3. แบบวัดคุณภาพการนอนหลับ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 80 คน จาก St. Joseph's Healthcare Hamilton ประเทศ Ontario โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 44 คนและ อาการสงบ 36 คน ผลการศึกษาพบว่า วงจรชีวภาพ อาการซึมเศร้า และคุณภาพการนอนหลับ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้ ($F_{4,75} = 20.28; p < 0.001$) วงจรชีวภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในทุกๆด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ($r = -.060$) การใช้ยานอนหลับส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -0.45$, $P < 0.05$) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีปัญหาด้านการนอนหลับ หากไม่ใช้ยานอนหลับ ทำให้คุณภาพชีวิตต่ำ ($r = -.55$)

จากการทบทวนวรรณกรรม และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แสดงให้เห็นว่าภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตต่ำลง และพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่ำกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท โดยพบปัจจัย อายุ การใช้สารเสพติด การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการแฉะ และ การจัดการกับอาการด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว การหาแนวทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้สูงขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะศึกษาตัวแปรที่คาดว่าจะมีอำนาจในการทำนายปัจจัยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถดำเนินการในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพได้ โดยแสดงเป็นกรอบแนวคิดดังนี้

5. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร และศึกษาปัจจัยได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการเมเนีย การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเองในการร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร โดยมีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขต กรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นหน่วยประชากรที่มีขนาดใหญ่ และเป็นศูนย์บริการทางการแพทย์ที่มีความสามารถในการให้บริการและมีความพร้อมในการรักษาสูงสุด

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี และเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย เขตกรุงเทพมหานคร 4 แห่ง ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอายุ 20-59 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีอาการอยู่ในระยะ partial to full remission โดยมีคะแนนรวมจากการประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบวัด MADRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 และมีคะแนนรวมจากการประเมินอาการเมเนีย โดยใช้แบบวัด TMRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10
3. ไม่มีปัญหาการได้ยิน สื่อสารภาษาไทยเข้าใจสามารถพูดคุยตอบโต้ได้และอ่านออกเขียนได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

1. ตอบแบบสอบถามไม่ครบ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) $N = 10k + 50$ เมื่อ $N =$ จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง และ k คือ จำนวนตัวแปรที่ต้องการศึกษา การวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรที่นำมาศึกษาจำนวน 9 ตัวแปร ได้จำนวนของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ $[N = 10 \times 9 + 50]$ จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน ป้องกันการสูญหายของข้อมูลโดยเพิ่ม 20% เท่ากับ 168 คน (อ้างถึงใน รัตนศิริ ทาโต, 2552)

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. คัดเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีคลินิกจิตเวช ทั้งหมด 7 โรงพยาบาล ได้แก่ 1. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล 3. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล 4. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 5. โรงพยาบาลราชวิถี 6. คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และ 7. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จากนั้นคัดเลือกโรงพยาบาลที่ใช้ในการเก็บข้อมูลโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ใช้การสุ่มแบบไม่แทนที่ด้วยวิธีการจับฉลาก 4 โรงพยาบาล ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling method) และมีพยาบาลที่ประจำแผนกคัดกรองผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการอยู่ในระยะสงบเบื้องต้นให้ก่อน และผู้วิจัยทำการประเมินอาการซึมเศร้าและอาการแพนิค โดยผู้ป่วยจะต้องมีคะแนนรวมจากการประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบวัด MADRS ≤ 11 และมีคะแนนรวมจากการประเมินอาการแพนิค โดยใช้แบบวัด TMRS ≤ 10 ตามเกณฑ์คุณสมบัติ จากนั้นผู้วิจัยจะชี้แจงข้อมูลการเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยทำการเก็บข้อมูลผู้รับบริการคนที่ 1 จนเสร็จ แล้วจึงมาเลือกผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คนต่อไปที่ถูกสุ่มได้ จนได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 168 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาให้มีจำนวนโรงพยาบาลละ 42 คน เท่าๆกัน

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 8.00 - 12.00 น. ในช่วงวันที่ 5 สิงหาคม - 9 กันยายน พ.ศ. 2560 (โดยเฉลี่ย 6 คน/วัน) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ระหว่างวันจันทร์-พฤหัสบดี เวลา 8.00 - 12.00 น. (โดยเฉลี่ย 3 คน/วัน) ในช่วงวันที่ 14 สิงหาคม - 12 ตุลาคม พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่างวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 8.00 - 12.00 น. ในช่วงวันที่ 17 ตุลาคม- 27 ธันวาคม พ.ศ. 2560 (โดยเฉลี่ย 3 คน/วัน) และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 8.00 - 12.00 น. ในช่วงวันที่ 1 พฤษภาคม - 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 (โดยเฉลี่ย 8 คน/วัน) จนครบตามจำนวนทั้งสิ้น 168 ชุด รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 11 เดือน

ตารางที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ปีงบประมาณ (2559)

โรงพยาบาล	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	788	42
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	838	42
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	139	42
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	520	42
รวม	2285	168

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 7 ส่วน จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 131 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุระบุเป็นจำนวนปีเต็ม ระดับการศึกษา และการใช้สารเสพติด โดยสามารถตอบแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมข้อความลงในช่องว่างซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (Questionnaire on Adverse Effect of Medication for Bipolar Disorder and Schizophrenia : QAEM-BS) เป็นแบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ป่วยโรคจิตเภท ของ Yen et al. (2008) โดยมีข้อคำถาม 26 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด ตรวจสอบรายการแบบให้เลือกตอบ (Check list) ใช่ หรือ ไม่ใช่ เครื่องมือนี้ผู้วิจัยพัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back translation (คนที่ 1 แปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย คนที่ 2 แปลต่อจากคนที่ 1 แปล

จากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ และคนที่ 3 แปลต่อจากคนที่ 2 แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยอีกครั้งหนึ่ง) โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาจากสถาบันภาษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จากนั้นนำเครื่องมือที่ได้ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขความถูกต้องของเนื้อหาที่ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงและหาความเที่ยงโดยการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าความตรงของเครื่องมือเท่ากับ .88 และได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .82

การคิดคะแนนและการแปลผล ทำโดยการคิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ โดยคะแนนสูงหมายถึงมีอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงจากยาเกิดขึ้นสูง และคะแนนต่ำหมายถึงมีอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงจากยาเกิดขึ้นต่ำ โดยมีค่าคะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน และมีค่าคะแนนสูงสุดคือ 26 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scal : MADRS) สร้างมาจากแนวคิดของ Montgomery and Asberg (1979) ซึ่งรัชชัย คงสกนธ์ และคณะ (2546) ได้พัฒนามาเป็นภาษาไทย ใช้วัดอาการซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ 1. ความซึมเศร้าที่ปรากฏให้เห็น 2. ความซึมเศร้าที่รายงาน 3. ความตึงเครียดที่อยู่ภายใน 4. การนอนหลับที่ลดลง 5. ความอยากอาหารลดลง 6. ปัญหาในการรวบรวมสมาธิ 7. ความอ่อนเปรี้ยเพลียแรง 8. การตอบสนองทางอารมณ์ที่ลดลง 9. ความคิดในด้านลบ 10. ความคิดฆ่าตัวตาย เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ เครื่องมือนี้พัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back translation โดยนักภาษาศาสตร์ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช 5 คน พบว่ามีความครบถ้วนของเนื้อหา และเหมาะสมกับวัฒนธรรมของคนไทย ได้ค่า Standardized cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .8048 กนกรัตน์ พิมรุณ (2549) ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 80 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .88 และนันทนา สุขสมนิรันดร์ (2552) ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 140 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .72 การคิดค่าคะแนน ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ได้เท่ากับ .81 ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

การคิดค่าคะแนนและการแปลผล ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้ (Bech et al., 1993; Angst et al., 1995; Mittmann, 1997 cited in Muller er al., 2000)

- 0 – 17 คะแนน หมายถึง มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย
- 18 – 34 คะแนน หมายถึง มีอาการซึมเศร้าปานกลาง
- 35 – 60 คะแนน หมายถึง มีอาการซึมเศร้ามาก

ส่วนที่ 4 แบบวัดอาการมานี (Thai Mania Rating Scale : TMRS) สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Young et al. (1978) ซึ่งรณชัย คงสกนธ์ ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย (2548) ใช้วัดอาการมานี 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 5 ระดับ เครื่องมือนี้พัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back translation โดยนักภาษาศาสตร์ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช 5 คน พบว่ามีความครบถ้วนของเนื้อหา และเหมาะสมกับวัฒนธรรมของคนไทย ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ .89 กนกรัตน์ พิรมุณ (2549) ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 80 คน ได้ค่า Standardized cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .88 และนันทนา สุขสมนิรันดร์ (2552) ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 140 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .70 ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน พบว่าค่าความเที่ยงที่ได้เท่ากับ .82 ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

การคิดค่าคะแนนและการแปลผล ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้

ต่ำกว่า 13 คะแนน หมายถึง มีอาการมานีเล็กน้อย

14 - 20 คะแนน หมายถึง มีอาการมานีอย่างอ่อน

21 - 26 คะแนน หมายถึง มีอาการมานีปานกลาง-มาก

26 - 37 คะแนน หมายถึง มีอาการมานีมาก

38 - 60 คะแนน หมายถึง มีอาการมานีมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Scale : SSS) Wang (1999) ได้พัฒนาขึ้น จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Inventory of Social Supportive Behavior) ของ Barrera and Sandler (1981) ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคม โดยมีข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับได้แก่ น้อยมาก ปานกลาง มาก และมากที่สุด เครื่องมือนี้พัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลจากฉบับภาษาจีนเป็นภาษาไทย ด้วยวิธี Back translation (คนที่ 1 แปลจากต้นฉบับภาษาจีนเป็นภาษาไทย คนที่ 2 แปลต่อจากคนที่ 1 แปลจากภาษาไทยเป็นภาษาจีน และคนที่ 3 แปลต่อจากคนที่ 2 แปลจากภาษาจีนเป็นภาษาไทยอีกครั้งหนึ่ง) โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาจากสถาบันภาษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จากนั้นนำเครื่องมือที่ได้ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขความถูกต้องของเนื้อหาที่ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้ว

จึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงและหาค่าความเที่ยงโดยการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าความตรงของเครื่องมือเท่ากับ .83 และได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94

การคิดคะแนนและการแปลผล ทำโดยการคิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ โดยคะแนนสูงหมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี และคะแนนต่ำหมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่ดี โดยมีค่าคะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน และมีค่าคะแนนสูงสุดคือ 15 คะแนน

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การจัดการกับอาการด้วยตนเอง (Symptom Management Measure) ของ Murphy and Mooler (1993) ใช้สัมภาษณ์การจัดการกับอาการด้วยตนเอง โดยมีข้อคำถาม 38 ข้อ จำแนกเป็น 6 ด้าน คือ 1. การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) 14 ข้อ 2. การตอบโต้กลับ (Fighting Back) 7 ข้อ 3. การค้นหาความช่วยเหลือ (Help-seeking) 4 ข้อ 4. การพยายามทำให้รู้สึกดีขึ้น (Attempt to feel better) 6 ข้อ 5. การแยกตัวเอง (Isolation) 4 ข้อ 6. การหลีกเลี่ยง (Escape behavior) 3 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนน 0-4 มี 2 ส่วน ส่วนแรกถามถึงความถี่ของการใช้ ส่วนที่ 2 ถามถึงการรับรู้ถึงผลของการใช้วิธีจัดการกับอาการ กนกรัตน์ พิมพรัตน์ (2550) ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 100 คน ได้ค่าความเที่ยงของทั้งฉบับเท่ากับ .77 ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน พบว่าค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

การคิดคะแนนและการแปลผล ทำโดยการคิดคะแนนรวมทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ ผลรวมคะแนนการจัดการกับอาการด้วยตนเองได้ผลมาก มากแปลว่า สามารถจัดการกับอาการด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลรวมของคะแนนการจัดการกับอาการด้วยตนเองได้ผลน้อย แปลว่า การจัดการกับอาการด้วยตนเองมีประสิทธิภาพน้อย

ส่วนที่ 7 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อชุด 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF-THAI) ที่สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้พัฒนา เป็นฉบับภาษาไทย ใช้วัดคุณภาพชีวิตซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านร่างกาย 2. ด้านจิตใจ 3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4. ด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับโดยให้ผู้ป่วยเลือกตอบเอง เครื่องมือนี้พัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลจากฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย ด้วยวิธี Back translation โดยนักภาษาศาสตร์ ได้ค่า Standardized cronbach's coefficient alpha ของทั้งฉบับเท่ากับ .8406 นันทนา สุขสมนิรันดร์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2552) ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 140 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .81 ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน พบว่าค่าความเที่ยงที่ได้เท่ากับ .84 ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

การคิดค่าคะแนนและการแปลผล ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 26 - 130 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้

26 – 60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

61 - 95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง

96 - 130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเที่ยงของเครื่องมือ โดยมีขั้นตอนดังนี้ (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2547)

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่ดัดแปลงผ่านการแก้ไขในขั้นต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมภาษา ความสอดคล้องภายใน จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย

จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน

พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน

ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง โดยทำเป็นตารางให้ผู้ทรงคุณวุฒิ แสดงระดับความคิดเห็นเป็นระดับ 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 ดังนี้

1 คะแนน หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

2 คะแนน หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆสอดคล้องกับคำนิยามน้อย

3 คะแนน หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม

4 คะแนน หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆสอดคล้องกับคำนิยามมาก

ผู้วิจัยนำเครื่องมือชุดที่ดัดแปลงผ่านการแก้ไขในขั้นต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้อง พร้อมทั้งการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน โดยค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตรดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544)

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

จากนั้นปรับปรุงข้อคำถาม ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้

ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะมา 2 ประเด็นดังนี้

1. การเพิ่มเติมข้อคำถามในคำถามที่เป็นตัวเลือก มีการปรับปรุงข้อคำถามดังนี้

1.1 ส่วนที่ 1 แบบส่วนบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อที่ 3 ระดับการศึกษาสูงสุด

- ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา เป็น ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา/ไม่ได้เรียน

- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ เป็น มัธยมศึกษาตอน

ปลาย/ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/ปวช

- ปริญญาตรี / ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี เป็น ปริญญาตรี/

ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี/ปวส

2. ความชัดเจน ความซ้ำซ้อนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะในการปรับข้อคำถามเพื่อให้ข้อคำถามกระชับ ไม่ซ้ำซ้อน และเข้าใจง่าย โดยมีการปรับปรุงของข้อคำถามดังนี้

2.1 แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

ข้อคำถามที่ 10 ปฏิกริยาตอบสนองช้าหรือสมาธิสั้น ปรับเป็น ตอบสนองช้าหรือไม่มีสมาธิ

ข้อคำถามที่ 18 ความต้องการทางเพศลดลง ปรับเป็น หย่อนสมรรถภาพทางเพศ

ข้อคำถามที่ 20 ปากแห้ง ปรับเป็น ปาก,คอแห้ง

2.2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ข้อคำถามที่ 3. เมื่อท่านเผชิญกับความผิดหวัง เสียใจ มีคนคอยอยู่เคียงข้างและปลอบใจท่าน ปรับเป็น เมื่อท่านเผชิญกับความผิดหวัง เสียใจ มีคนคอยอยู่เคียงข้างให้ความช่วยเหลือและปลอบใจท่าน เพื่อให้ท่านผ่านพ้นเรื่องเลวร้ายได้

ข้อคำถามที่ 12 มีคนคอยให้คำแนะนำท่านเกี่ยวกับวิธีต่างๆในการคลายความกดดันต่างๆ ปรับเป็น มีคนให้คำแนะนำวิธีในการลดความเครียดแก่ท่าน

ข้อคำถามที่ 13 มีคนคอยเคียงข้างช่วยเหลือท่านในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน เพื่อไม่ให้ท่านคิดมากเกี่ยวกับปัญหาต่างๆของท่าน แก้ไขเป็น มีคนคอยเคียงข้างช่วยเหลือท่านในการทำกิจกรรมประจำวันเมื่อท่านเจ็บป่วย

ข้อคำถามที่ 14 มีคนคอยเคียงข้างท่าน เวลาทำกิจกรรม ทำให้ท่านไม่ต้องคิดถึงความยากลำบากในชีวิตของตนเอง ปรับเป็น ในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น มีผู้คนรอบข้างคอยช่วยเหลือ เพื่อไม่ให้ท่านคิดมากกับปัญหาของตัวเอง

ข้อคำถามที่ 15 หากท่านอยู่ในสถานภาพลำบากด้านการเงิน มีคนคอยช่วยเหลือให้หยิบยืมได้ ปรับเป็น หากท่านอยู่ในสถานภาพลำบากด้านการเงิน มีคนที่สามารถคอยช่วยเหลือให้ท่านยืมเงินได้

หลังจากได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยพบว่า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาน้อยกว่า 0.80 จึงได้ปรับข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากปรับแก้แล้วได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเท่ากับ .83

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

2.1 นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

2.2 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วลงคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2.3 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ในส่วนของ แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา แบบวัดอาการซึมเศร้า แบบวัดอาการมาเนีย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์การจัดการกับอาการด้วยตนเอง และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อชุด 26 ตัวชี้วัด พบว่าแบบประเมินทั้ง 6 ต่างก็มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) มากกว่า .80 ขึ้นไป เป็นค่าที่ยอมรับได้ รายละเอียดค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำเสนอตารางดังนี้

ตารางที่ 2 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	ค่าความเที่ยง
แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา	.82
แบบวัดอาการซึมเศร้า	.81
แบบวัดอาการมานีเย	.82
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	.94
แบบสัมภาษณ์การจัดการกับอาการด้วยตนเอง	.81
แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก	.84
ฉบับย่อชุด 26 ตัวชี้วัด ฉบับภาษาไทย	

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองรวมทั้งสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ระหว่างวันที่ 5 สิงหาคม พ.ศ. 2560 – 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 เป็นขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้ง 4 แห่ง เสนอต่อประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ประธานคณะกรรมการอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก

2. ภายหลังจากได้รับการพิจารณารับรองโครงการ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย แล้ว ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทั้ง 4 แห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย เสนอต่อคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พร้อมโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3. เมื่อได้รับการอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจาก คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้วิจัยขอเข้าพบหัวหน้าส่วนงานแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ทั้ง 4 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย การขอความร่วมมือในการตรวจสอบคุณสมบัติ

ของกลุ่มตัวอย่าง การยินยอมที่จะเปิดเผยตัวต่อผู้วิจัย การให้ความร่วมมือในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

4.1 ผู้วิจัยขออนุญาตบุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับบริการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในช่วงเวลาดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง โดยดูจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและขอความร่วมมือบุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องช่วยดูประวัติผู้ป่วยจากระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล ขอความร่วมมือพยาบาลประจำแผนกช่วยคัดกรองเบื้องต้นโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการอยู่ในระยะสงบ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้

4.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความคุ้นเคยและลดความกังวล แจ้งวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยชี้แจงให้ทราบว่าไม่มีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการรักษา นอกจากนี้ระหว่างการเข้าร่วมวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย แล้วไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยต่อ กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ และข้อมูลทั้งหมด จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในเอกสารชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัยและลงลายมือชื่อในแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

4.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ระหว่างการตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกระแวกหรือท้อแท้ทางด้านจิตใจ ผู้วิจัยอนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างหยุดการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งประเมินอาการที่เกิดขึ้นและให้การพยาบาลเบื้องต้น หากกลุ่มตัวอย่างอาการดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ให้ตอบแบบสอบถามต่อหรือบอกเลิกการตอบแบบสอบถามได้

4.4 หลังเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้อามาตรวจสอบ ความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 168 ฉบับ จากทั้งหมด 180 ฉบับ เนื่องจากมีแบบสอบถามบางชุดที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบ ผู้วิจัยจึงคัดออก หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ เพื่อสรุปผลการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังขั้นตอนที่ผู้วิจัยเสนอโครงร่างผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการรับรองจริยธรรม กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในการตอบแบบสอบถามจะแบ่งเป็น 2 ช่วง โดยแบ่งเป็นระยะเวลาระหว่างรอพบแพทย์และระยะเวลาหลังพบแพทย์ระหว่างรอรับยา เนื่องจากแบบสอบถามมีจำนวนข้อคำถามมาก อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดอาการเหนื่อยล้า ในระหว่างการเก็บข้อมูลหากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น ผู้วิจัยจะแจ้งแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for The Social Science) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และการใช้สารเสพติด วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์หา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัย อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการแฉะ การสนับสนุนทางสังคม การจัดการกับอาการด้วยตนเอง และคุณภาพชีวิต
3. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการแฉะ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยใช้สถิติเพียร์สัน (Pearson's product-Moment Coefficient)
4. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทุกคุณระหว่างปัจจัยร่วมทำนาย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการแฉะ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโดยวิธีทำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter

Multiple regression analysis) และเสนอสมการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน

ส่วนระดับการศึกษานั้นการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ กำหนดว่าตัวแปรที่นำมาเป็นตัวทำนายจะต้องเป็นตัวแปรต่อเนื่อง ระดับอันตรภาคชั้น (Interval Scale) ขึ้นไป ดังนั้นในการวิเคราะห์ครั้งนี้จึงต้องปรับตัวแปรที่วัดได้ในระดับ Ordinal Scale ให้เป็นตัวแปรหุ่น ดังนี้ ต่ำกว่าปริญญาตรี = 0 ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป = 1

5. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับตัวแปรทำนายและตัวแปรเกณฑ์กับตัวแปรทำนาย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และแปรความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้ (ประคอง วรรณสุต, 2542)

ค่าระหว่าง +- .70 ถึง +- 1.00	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ค่าระหว่าง +- .30 ถึง +- .69	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่าระหว่าง +- .29	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

- ทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยการทดสอบค่าที (t-test)
- คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ตัวแปรทำนายและตัวแปรเกณฑ์
- คำนวณค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวทำนาย (b) ในรูปคะแนนดิบ
- ทดสอบค่า F เพื่อทดสอบค่า b ของตัวทำนายแต่ละตัว จะส่งผลต่อตัวแปรเกณฑ์หรือไม่
- หาค่าคงที่ของสมการทำนาย
- สร้างสมการในการทำนายในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร จากกลุ่มตัวอย่าง 168 คน เป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร 4 แห่ง ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา แบบวัดอาการซึมเศร้า แบบวัดอาการmaniaแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์การจัดการกับอาการด้วยตนเอง และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อชุด 26 ตัวชี้วัด ทั้งหมดจำนวน 131 ข้อ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นค่าความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 2 วิเคราะห์หา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัย อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการmania การสนับสนุนทางสังคม การจัดการกับอาการด้วยตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย อายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการmania การสนับสนุนทางสังคม การจัดการกับอาการด้วยตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ตอนที่ 4 วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัย อายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการmania การสนับสนุนทางสังคม การจัดการกับอาการด้วยตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter regression)

ตารางที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยอารมณ์โรคแปรปรวนสองขั้ว จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด ระยะเวลาการเจ็บป่วยและการวินิจฉัยโรคล่าสุด

ข้อมูลส่วนบุคคล	Max	Min	\bar{x}	จำนวน	ร้อยละ
เพศ					
ชาย				68	40.5
หญิง				100	59.5
อายุ					
	59	20	5.79		
20 – 29 ปี				42	25.0
30 – 39 ปี				29	17.2
40 – 49 ปี				47	28.0
50 - 59 ปี				50	29.8
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา/ ไม่ได้เรียน				1	0.6
ประถมศึกษา				12	7.1
มัธยมศึกษาตอนต้น				4	2.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย/				45	26.8
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/ปวช					
ปริญญาตรี/ประกาศนียบัตร				84	50.0
เทียบเท่าปริญญาตรี/ปวส					
สูงกว่าปริญญาตรี				22	13.1
การใช้สารเสพติด					
ใช้				38	22.6
- บุหรี่				13	7.7
- สุรา				25	14.9
ไม่ใช้				130	77.4
ระยะเวลาการเจ็บป่วย					
	25	0.5	5.81		
< 5 ปี				96	57.1
6 – 10 ปี				55	32.7
> 10 ปี				17	10.1

ข้อมูลส่วนบุคคล	Max	Min	\bar{x}	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรคล่าสุด					
Bipolar I				21	12.5
Bipolar II				65	38.7
ไม่ระบุประเภท				82	48.8

ตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 168 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.5 และรองลงมาคือเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 40.5 มีอายุระหว่าง 20-59 ปี มีอายุเฉลี่ย 5.79 ปี จบปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 50 มีการใช้สารเสพติดคิดเป็นร้อยละ 22.6 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอยู่ 0.5-25 ปี โดยเฉลี่ย 5.81 ปี และได้รับการวินิจฉัยล่าสุดเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยไม่ระบุประเภท คิดเป็นร้อยละ 48.8

ตอนที่ 2 วิเคราะห์หา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัย อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการเมเนีย การสนับสนุนทางสังคม การจัดการกับอาการด้วยตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 4 ค่าพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของอาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการเมเนีย การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเอง

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	Range	\bar{x}	S.D.
อาการข้างเคียงจากการใช้ยา	26	0 – 20	6.33	3.89
อาการซึมเศร้า	60	0 – 11	4.33	3.38
อาการเมเนีย	60	0 – 10	2.89	2.89
การสนับสนุนทางสังคม	60	17 – 60	35.53	9.93
การจัดการกับอาการด้วยตนเอง				
ความถี่ของการใช้	190	8 - 88	26.66	13.87
ประสิทธิภาพของการใช้ (ได้ผลหรือไม่)	190	4 - 81	26.54	14.81
โดยรวม	380	13 - 169	53.21	27.93

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนอาการข้างเคียงของการใช้ยาอยู่ระหว่าง 0 ถึง 20 คะแนน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.33 คะแนน อาการซึมเศร้ามีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 11 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 คะแนน อาการเมเนียมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 10 คะแนน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.89 คะแนน การสนับสนุนทางสังคมมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 17 – 60 คะแนน โดยเฉลี่ย 35.53 คะแนน และการจัดการกับอาการด้วยตนเองโดยรวมมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 13 – 169 คะแนน โดยเฉลี่ย 53.21 คะแนน

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ ของระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดี (คะแนน = 96 - 130)	42	25.0
ปานกลาง (คะแนน = 61 - 95)	112	66.7
ไม่ดี (คะแนน = 26 - 60)	14	8.3

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมาคือมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 25.0

ตารางที่ 6 ค่าพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม

คุณภาพชีวิต	Range	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ด้านร่างกาย	12.00 - 34.00	22.96	4.32	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	7.00 - 30.00	19.72	4.80	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	4.00 - 15.00	9.06	2.25	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	10.00 - 40.00	26.50	5.24	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	46.00 - 115.00	84.61	15.76	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 84.61$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อยคือ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{x} = 26.50, 22.96, 19.72, 9.06$ ตามลำดับ)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย อายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการแฉะเนี่ย การสนับสนุนทางสังคม การจัดการกับอาการด้วยตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 7 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการแฉะเนี่ย การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการตนเอง กับคุณภาพชีวิต

ตัวแปร	QOL	Age	Edu	Susb	QAEM	D	M	SS	SM
คุณภาพชีวิต									
อายุ	.388**								
ระดับการศึกษา(ปริญญาตรีขึ้นไป)	-.019	-.081							
การใช้สารเสพติด	-.043	-.003	.001						
อาการข้างเคียงจากการใช้ยา	-.246**	-.011	.016	-.075					
อาการซึมเศร้า	-.260**	-.148	.080	.018	.550**				
อาการแฉะเนี่ย	-.165*	.020	-.005	.174*	.305**	.294**			
การสนับสนุนทางสังคม	.444**	-.052	-.281**	-.174*	-.119	-.024	-.059		
การจัดการกับอาการด้วยตนเอง	.089	-.157*	.088	-.162*	.095	.092	.131	.198*	

จากตารางที่ 7 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า ตัวแปรทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร คือ การสนับสนุนทางสังคม ($r = .444, p < .05$) และอายุ ($r = .388, p < .05$) พบตัวแปรทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว คือ อาการซึมเศร้า ($r = -.260, p < .05$) อาการข้างเคียงจากการใช้ยา ($r = -.246, p < .05$) และอาการแฉะเนี่ย ($r = -.165, p < .05$)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการเมเนีย การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ (b) และค่าคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ตัวแปร	b	S.E. _b	Beta	t	p-value
Constant	34.842	6.096		5.715	.000
อายุ	.558	.080	.422	6.962	.000
ระดับการศึกษา (ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป=1)	5.046	2.035	.155	2.479	.007
อาการข้างเคียงจากการใช้ยา	-.352	.297	-.087	-1.185	.119
การใช้สารเสพติด	2.198	1.920	.071	1.145	.127
อาการซึมเศร้า	-.600	.339	-.129	-1.770	.039
อาการเมเนีย	-.568	.352	-.104	-1.613	.054
การสนับสนุนทางสังคม	.768	.103	.484	7.479	.000
การจัดการกับอาการด้วยตนเอง	.051	.035	.091	1.448	.075

R = .673 R² = .452 R² change = .425 F= 16.412 Constant = 34.842

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยใช้วิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter regression) พบว่าเชิงอัตนัย อธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกรุงเทพมหานคร ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าอำนาจการทำนาย (R²) เท่ากับ .452 แสดงว่า อายุ, ระดับการศึกษา (ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป), อาการซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 45.2 และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐานพบว่าตัวพยากรณ์ที่มีค่าสูงสุดคือ การสนับสนุนทางสังคม (Beta = .484) รองลงมาคือ อายุ (Beta = .422) ระดับการศึกษา (ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป) (Beta = .155) และอาการซึมเศร้า (Beta = -.129) ตามลำดับ แสดงว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญอันดับแรกในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว รองลงมาคือ อายุ ระดับการศึกษา และอาการซึมเศร้า สามารถสร้างสมการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร ได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$Y_{\text{คะแนนคุณภาพชีวิต}} = 34.842 + 0.558 \text{ อายุ} + 5.046 \text{ ระดับการศึกษา (ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป)} \\ - 0.600 \text{ อาการซึมเศร้า} + 0.768 \text{ การสนับสนุนทางสังคม}$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{คะแนนคุณภาพชีวิต}} = 0.422 \text{ อายุ} + 0.155 \text{ ระดับการศึกษา (ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป)} \\ - 0.129 \text{ อาการซึมเศร้า} + 0.484 \text{ การสนับสนุนทางสังคม}$$



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Reserch) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร และศึกษาอำนาจทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร จากปัจจัยอายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการแมเนีย การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นหน่วยประชากรที่มีขนาดใหญ่ และเป็นศูนย์บริการทางการแพทย์ที่มีขีดความสามารถในการให้บริการและมีความพร้อมในการรักษาสูงสุด

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร 4 แห่ง ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling method) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 168 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา แบบวัดอาการซึมเศร้า แบบวัดอาการมาเนียแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์การจัดการกับอาการด้วยตนเอง และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อชุด 26 ตัวชี้วัด

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนหลังจากนั้นนำมาหา

ความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ทุกชุดมีดังนี้ แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา แบบวัดอาการซึมเศร้า แบบวัดอาการมาเนียแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์การจัดการกับอาการด้วยตนเอง และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อชุด 26 ตัวชี้วัด เท่ากับ .82, .81, .82, .94, .81 และ .84 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistic Package for the Social Science) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์หา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัย อายุ ระดับการศึกษา อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการมาเนีย การสนับสนุนทางสังคม การจัดการกับอาการด้วยตนเอง และคุณภาพชีวิต

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย อายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการมาเนีย การสนับสนุนทางสังคม การจัดการกับอาการด้วยตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

3. วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยวิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter multiple regression) ระหว่างปัจจัย อายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการมาเนีย การสนับสนุนทางสังคม การจัดการกับอาการด้วยตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 168 คน ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 แห่ง ตั้งแต่วันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ.2560 ถึงวันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 รวมเป็น 11 เดือน ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ 168 ชุด

สรุปผลการวิจัย

1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.5 และรองลงมาคือเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 40.5 มีอายุระหว่าง 20-59 ปี มีอายุเฉลี่ย 5.79 ปี จบปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 50 มีการใช้สารเสพติดคิดเป็นร้อยละ 22.6 ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.1 โดยเฉลี่ย 5.81 ปี และได้รับการวินิจฉัยล่าสุดเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยไม่ระบุประเภท คิดเป็นร้อยละ 48.8

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร

2.1 จากการศึกษาคูณภาพชีวิตพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 84.61$)

2.2 คุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตที่มีค่าคะแนนสูงสุดคือด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{x} = 26.50$) รองลงมาคือด้านร่างกาย ($\bar{x} = 22.96$) ด้านจิตใจ ($\bar{x} = 19.72$) และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{x} = 9.06$)

2.3 ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.7) รองลงมาคือมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 25.0) และพบว่ามีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำมีเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 8.3)

3. อาการข้างเคียงของการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการแฉะ การสนับสนุนทางสังคม การจัดการกับอาการด้วยตนเอง

อาการข้างเคียงจากการใช้ยาพบอาการตอบสนองช้าหรือไม่มีสมาธิ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.4 อาการซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 อาการแฉะมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.89 การสนับสนุนทางสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 35.93 และการจัดการกับอาการด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ย 53.21

4. ผลการวิเคราะห์โดยวิธีการถดถอยพหุคูณแบบนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter Regression) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 4 ตัวคือ การสนับสนุนทางสังคม อายุ ระดับการศึกษา และอาการซึมเศร้า ซึ่งสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ร้อยละ 45.2 ($R^2 = .452$) ตัวที่มีความสัมพันธ์ทางบวกและมีความสำคัญเป็นอันดับแรก คือ การสนับสนุนทางสังคม (Beta = .484) รองลงมาคือ อายุ (Beta = .422) และระดับการศึกษา (Beta = 0.155) ตามลำดับ ตัวแปรที่มี

ความสัมพันธ์ทางลบคือ อาการซึมเศร้า (Beta = -0.129) แสดงว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญอันดับแรกในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร รองลงมาคือ อายุ ระดับการศึกษา และอาการซึมเศร้า สามารถสร้างสมการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$Y_{\text{คะแนนคุณภาพชีวิต}} = 34.842 + 0.558 \text{ อายุ} + 5.046 \text{ ระดับการศึกษา (ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป)} \\ - 0.600 \text{ อาการซึมเศร้า} + 0.768 \text{ การสนับสนุนทางสังคม}$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{คะแนนคุณภาพชีวิต}} = 0.422 \text{ อายุ} + 0.155 \text{ ระดับการศึกษา (ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป)} \\ - 0.129 \text{ อาการซึมเศร้า} + 0.484 \text{ การสนับสนุนทางสังคม}$$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายตามลำดับดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมาคือมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีจำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 และมีคุณภาพชีวิตไม่ดีจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3 การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนันทนา สุขสมนรินทร์ (2552) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 89.04$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Singh et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศอินเดียมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี แต่การศึกษาครั้งนี้พบว่าไม่สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมบางเรื่อง เช่น ของ Sarika & Baby Shari (2015) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและ ศึกษาความแตกต่างของคุณภาพชีวิตต่อระยะเวลาการป่วยที่มารับบริการที่ Medical collage และ Thrissur จำนวน 296 คน ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์รายด้านทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านร่างกาย ($r = -0.690$) ด้านจิตใจ ($r = -0.718$) และระดับปานกลางได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ($r = -0.450$) และด้านสิ่งแวดล้อม ($r = -0.503$) Yen et al. (2008) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับ

การตระหนักในตนเอง , อาการข้างเคียงจากการใช้ยา , และการใช้ยาทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ป่วยจิตเวช และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 96 คน , โรคจิตเวช จำนวน 96 คน และกลุ่มคนปกติจำนวน 106 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ป่วยจิตเวช มีคุณภาพต่ำกว่ากลุ่มคนปกติในทุกๆด้าน

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า การที่พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกรุงเทพมหานคร มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางนั้น มีบริบทบางประการของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเช่น ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 63.1 การศึกษาจะช่วยให้คนมีพัฒนาการความรู้ สามารถใช้สติปัญญาอย่างมีเหตุผล มีวุฒิภาวะ มีความมั่นใจในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถประกอบอาชีพ เลี้ยงดูตนเองได้ โดยไม่ต้องเป็นภาระของผู้อื่น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Orem, 1985) ดังนั้นด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่มีความรู้สึกพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

ปัจจัยทางด้านระบบบริการสุขภาพและการดูแลด้านสุขภาพ จะเห็นได้ว่าปัจจุบันนั้นได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปรับเปลี่ยนรูปแบบจากการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการดูแลตนเองที่บ้าน มีการจัดระบบการส่งต่อ จัดบริการเพื่อช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ลดการเจ็บป่วยลงได้ (ปัทมา ศิริเวช, 2545) โดยในส่วนของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้นได้นำเอาแนวคิดด้านครอบครัว จิตเวชชุมชนมาผสมผสานกัน โดยให้การพยาบาลทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชน เน้นให้ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้กิจกรรมการพยาบาลที่ให้ในรูปแบบของการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ให้คำปรึกษา ให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการวางแผน แก้ปัญหา เน้นให้ผู้ป่วยพึ่งตนเอง และมีการติดตามผลหลังจากที่ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนแล้ว (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2542) ส่งผลผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง สามารถใช้ชีวิตได้เต็มศักยภาพ ซึ่งการพึงพอใจในชีวิตถือเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Lauer, 1999)

2. ตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

กรุงเทพมหานคร ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่ามีทั้งหมด 4 ตัวแปร คือ การสนับสนุนทางสังคม อายุ ระดับการศึกษา และอาการซึมเศร้า ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย โดยผู้วิจัยขออภิปรายเรียงลำดับดังนี้

การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ (Beta = .484) สามารถอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้นั้น เนื่องจากว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยได้ โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นเสมือนแรงกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีคนให้ความรักและดูแล เอาใจใส่ สนใจยกย่อง หรือเห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม ซึ่งมีการติดต่อและผูกพันซึ่งกันและกัน (Cobb, 1979) และการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียด (Schaefer et al., 1981) การดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมนั้นจำเป็นต้องมีการพึ่งพาหะหว่างกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายมากขึ้น (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Yen et al. (2008) ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปร การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทุกด้าน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการมีแหล่งประโยชน์ และช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ทั้งยังทำให้ไม่รู้สึกอ้างว้าง และโดดเดี่ยว ทำให้รู้สึกว่ามีส่วนร่วมในสังคม ได้รับการยอมรับ ก็จะทำให้พึงพอใจในการดำเนินชีวิตของตนเอง จึงทำให้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

อายุ พบว่าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ (Beta = .422) สามารถอธิบายได้ว่า อายุเป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ ร้อยละ 42.2 อายุเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง นิสัย การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจและการตัดสินใจ บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมตอบสนองเพื่อเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน (Orem, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yen et al. (2008) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับ การตระหนักในตนเอง , อากาการข้างเคียงจากการใช้ยา, และการใช้ยาทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ป่วยจิตเวช พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ทางด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($r=0.247$, $t = 2.59$) ซึ่งอธิบายได้ว่าบุคคลที่มีอายุมากกว่าถึงแม้จะมีสุขภาพที่เลวลง แต่ผู้ป่วยมีหน้าที่การทำงานที่มั่นคง สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ไม่ลำบาก และผู้ที่มีอายุมากมักมีแนวโน้มในการปรับตัวต่อการสูญเสียความสามารถในหน้าที่การทำงานได้ดีกว่า ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุน้อย เป็นวัยที่กำลังริเริ่มทำกิจกรรมมากมายและเป็นวัยที่ริเริ่มสร้างสรรค์ การเจ็บป่วยและการ

รักษาจึงมีผลกระทบต่อการสร้างหลักฐานชีวิตเป็นอย่างมาก (ทศนีย์ จินางกูร, 2530) ดังนั้น อายุจึงสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

ระดับการศึกษา พบว่าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ (Beta = .155) สามารถอธิบายได้ว่า อายุ เป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ ร้อยละ 15.5 ระดับการศึกษา พบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยระดับการศึกษาเป็นการบอกถึงความรู้ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว การศึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการพัฒนาทางสติปัญญา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่า เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า การศึกษาเป็นส่วนที่พัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคล เป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิต ช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ ความคิดของตนเองแก้ปัญหาการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ การศึกษาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สุธิดา กาญจนรังษี, 2538) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2013) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการหุนหันพลันแล่นกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ($r = .374$) ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมักพบกับปัญหาในการทำ ความเข้าใจหรือรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค แผนการรักษาและการดูแลตนเอง ประกอบกับความไม่เข้าใจถึงประโยชน์ หรือความจำเป็นในสิ่งที่ตนต้องปฏิบัติ ส่วนผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมภาวะความเจ็บป่วยด้วยความเข้าใจ ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำที่มักมีความยุ่งยากกับการดำเนินชีวิต ซึ่งความยุ่งยากในชีวิตที่เกิดขึ้นอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (Orem, 1985) ดังนั้น ระดับการศึกษาจึงสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

อาการซึมเศร้า พบว่าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ (Beta = -.129) มีความสัมพันธ์ทางลบ สามารถอธิบายได้ว่า เป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ ร้อยละ 12.9 พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการซึมเศร้าเป็นระยะเวลาานานจะส่งผลกระทบต่อระบบการรู้คิด (Cognitive) ซึ่งความรู้คิดที่บกพร่องส่งผลกระทบต่อความเสื่อมของหน้าที่ (Suppes and Dennehy, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sarika KK & Dr Baby Shari PA, 2015 พบว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางลบในระดับสูง ($r = -.716$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา สุขสมนรินทร์ (2552) พบว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ($r = -.62$) นั่นคือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรงจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง จากการศึกษาของ Zhang et al. (2006) พบว่าอาการซึมเศร้าเป็นตัวแปรทำนายที่ดีของคุณภาพชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากอาการซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีอาการด้านร่างกาย ได้แก่

อ่อนเพลีย ขาดพลังกำลังในการทำงาน ด้านอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยจะซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวัง ความจำบกพร่อง ขาดสมาธิ เกิดความเสื่อมของการรู้จัก ด้านสังคม พบว่าผู้ป่วยจะแยกตัว และถอยห่างจากสังคม ซึ่งการดำเนินโรคของอาการซึมเศร้านั้นจะคงอยู่เป็นเวลานาน และช่วงเวลาที่มียาอาการจะนานกว่าช่วงที่มีอาการแฉะเนี่ยถึง 3 เท่า (Judd et al., 2002) ดังนั้น อาการซึมเศร้าจึงสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

3. ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานครได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่ามี 4 ตัวแปร คือ การใช้สารเสพติด อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการแฉะเนี่ย และการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามลำดับดังนี้

การใช้สารเสพติด จากผลการวิจัยพบว่าตัวแปรการใช้สารเสพติด ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ จากผลการศึกษาพบว่าการใช้สารเสพติดกับคุณภาพชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Singh et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการใช้สารเสพติดมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้สารเสพติดไม่เพียงแต่จะมีโอกาสหายเป็นปกติช้า ยังส่งผลกระทบต่อ การดำเนินโรคแย่งลง (ธวัชชัย ลิขิตนาค, 2549) และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ลักษณะของการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพียงการใช้เพียงครั้งคราวเท่านั้น ไม่ได้มีการใช้ในลักษณะเสพติดหรือพึ่งพา และสารเสพติดที่ใช้ได้แก่ บุหรี่จำนวน 13 คน สุราจำนวน 25 คน จึงไม่ได้กระทบต่อการดำเนินชีวิตและพยาธิสภาพของโรค ดังนั้นจึงไม่พบความสัมพันธ์ของการใช้สารเสพติดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา จากผลการวิจัยพบว่าตัวแปรผลข้างเคียงจากการใช้ยา ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ สามารถอภิปรายได้ว่า จากผลการศึกษาพบว่าอาการข้างเคียงจากการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 6.33$, $S.D. = 3.89$) เนื่องจากเกณฑ์การตัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ต้องมีอาการอยู่ในระยะ partial to full remission และระยะเวลาการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างโดยอยู่ในช่วง 1-25 ปี โดยเฉลี่ย 5.79 ปีและพบจิตแพทย์เพื่อติดตามอาการต่อเนื่อง อาจทำให้การใช้ยาอยู่ในระดับคงที่ เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาน้อย ทำให้ส่งผลน้อยต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วน้อย ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Yen et al. (2008) ที่พบว่า อาการข้างเคียงจากการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ส่งผลทำให้คุณภาพ

ชีวิตต่ำในด้านร่างกาย ($\beta = -.341, t = -5.160$) และสิ่งแวดล้อม ($\beta = -.294, t = -4.476$) ดังนั้นผลข้างเคียงจากการใช้ยาจึงไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

อาการเมเนีย จากผลการวิจัยพบว่าตัวแปรอาการเมเนีย ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ สามารถอธิบายได้ว่า จากการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการเมเนียในระดับต่ำ ($\bar{x} = 2.89, S.D. = 2.89$) เนื่องจากเกณฑ์การตัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างต้องมีอาการอยู่ในระยะ partial to full remission (โดยคะแนนรวมของแบบประเมินอาการเมเนีย TMRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10) การกำหนดคะแนนการตัดเข้าที่ต่ำเกินไปอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วน้อย ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา สุขสมนรินทร์ (2552) พบว่า อาการเมเนียมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ($r = .37$) นั่นคือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่มีอาการเมเนียในระดับต่ำจะมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น

การจัดการกับอาการด้วยตนเอง จากผลการวิจัยพบว่าตัวแปรการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ อธิบายได้ว่า จากการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ของการจัดการกับอาการด้วยตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอาการอยู่ในระยะอาการสงบ จึงทำให้ผลรวมของคะแนนการจัดการกับอาการด้วยตนเองน้อย ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกรัตน์ พิมพ์รุณ (2549) พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตสูงสุดในด้านร่างกาย ($M=96.70, S.D. = 1.65$) และมีคุณภาพชีวิตต่ำสุดในด้านการถูกจำกัดบทบาทอื่นเนื่องมาจากปัญหาทางอารมณ์ ($M=58.33, S.D. = 1.46$) พบคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความถี่และรับรู้ประสิทธิผลในการจัดการกับอาการของตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ดังนั้นการจัดการกับอาการด้วยตนเองจึงไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าตัวแปร การสนับสนุนทางสังคม อายุ ระดับการศึกษา และอาการซึมเศร้า เป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานครได้ เป็นไปตามสมมติฐาน

ส่วนตัวแปร อาการข้างเคียงจากการใช้ยา การใช้สารเสพติด อาการเมเนีย และการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ไม่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานครได้ ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาเป็นแนวทางในการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วดังนี้

1. บทบาทของพยาบาลจิตเวชนั้นจะต้องให้การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วคงไว้ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ พยาบาลจิตเวชจะต้องให้การพยาบาลโดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้กับสภาพความเป็นจริงที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยให้การพยาบาลในรูปแบบของการให้ความรัก ความเห็นอกเห็นใจ เห็นคุณค่าของผู้ป่วย ไม่แสดงท่าทางรังเกียจผู้ป่วย เน้นให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้พบปะกับบุคคลอื่นทั้งในครอบครัวของตนเองและบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ และเน้นในเรื่องของการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถที่จะดูแลตนเองได้

2. จากผลการวิจัยพบว่า อาการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการซึมเศร้ามากก็จะมีคุณภาพชีวิตต่ำลง ดังนั้นพยาบาลจึงควรพิจารณาการพยาบาลที่ช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย เพื่อให้สามารถจัดการกับอาการซึมเศร้าด้วยตนเองได้

3. พยาบาลควรให้ความรู้แก่ชุมชนและส่งเสริมการพยาบาลที่ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เพื่อให้คนในสังคมได้มีความรู้ และให้การยอมรับ เห็นอกเห็นใจและเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น

4. พยาบาลควรจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และครอบครัวเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันในระหว่างสมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง และส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยทำให้สามารถจัดการกับปัญหาหรือหรืออาการที่จะเกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ด้านบริหาร

ผู้บริหารและบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต ควรมีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เช่น นำผลการวิจัยครั้งนี้ไปร่วมวางแผนในการพัฒนาระบบบริการเพิ่มส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ด้านการวิจัย

1. ควรนำผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไปจัดโครงการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนาโปรแกรมสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยต่อไป
2. ควรศึกษาในลักษณะการวิจัยเชิงทดลองในรูปแบบโปรแกรมจากปัจจัย การสนับสนุนทางสังคม อาการซึมเศร้า เพื่อพัฒนาให้เป็นโปรแกรมสำหรับดูแลผู้ป่วย และเพื่อเป็นประโยชน์ในการพยาบาลเพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าต่ำเกินไปจึงอาจทำให้มีผลต่อปัจจัย อาการซึมเศร้าและอาการแฉะ ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ (มีอาการอยู่ในระยะ partial to full remission โดยมีคะแนนรวมจากการประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบวัด MADRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 และมีคะแนนรวมจากการประเมินอาการแฉะ โดยใช้แบบวัด TMRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10)
2. การใช้เครื่องมือแบบวัดอาการซึมเศร้า และแบบวัดอาการแฉะ พยาบาลต้องเป็นผู้ประเมินและสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเอง

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). การสำรวจผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการในสถานพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. [<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports>].
- กนกรัตน์ พิมพ์รุณ. (2549). คุณภาพชีวิตและการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สภาการพยาบาล. (2551). แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร. จุดทอง.
- สภาการพยาบาล. (2556). หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิบัตร สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย. ฉบับ 14 พฤษภาคม 2556.
- สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล. (2559). สถิติ 2559 กรุงเทพมหานคร. กลุ่มงานวิจัยและประเมินผล กองยุทธศาสตร์บริหารจัดการ สำนักยุทธศาสตร์การประเมินผล.
- งานสารสนเทศเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ ฝ่ายสารสนเทศ. (2559). การสำรวจสถิติจำนวนผู้ป่วยนอก โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ปี พ.ศ. 2557-2559. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จอม สุวรรณโณ. (2542). บทบาทพยาบาลในการบำบัดแบบองค์รวม. วารสารพยาบาล. 48(1): 13-20.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2539). การพยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตสตรีไทย. สภาการพยาบาล. กันยายน:32-37.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2529). ทฤษฎีทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2542). การพยาบาลชีวิตที่เป็นสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13 (ม.ค.-มิ.ย.): 1-13.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2552). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร:

ยุทธินทร์การพิมพ์.

ณัฐกร จำปาทอง. (2554). *mhGAP Intervention Guide สำหรับโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช โรคทางระบบประสาท และโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติดในหน่วยบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่หน่วยเฉพาะทาง ฉบับที่ 1*. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ทัศนีย์ จินางกูร. (2530). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร*: วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธวัชชัย ลิพหานาจและสรยุทธ วาสิกานานนท์. (2549). *ตำราไบโพลาร์*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.

ธวัชชัย ลิพหานาจ, สุวรรณา เรืองกานจนเศรษฐ์ และธรรณชัย คงสกนธ์. (2545). *ลิเทียมเปรียบเทียบกับลิเทียมร่วมกับ Carbamazepine ในการรักษา bipolar disorder : การวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 47(2) : 97-110.

นันทนา สุขสมนรินทร์. (2552). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นันทวัช สิทธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, พนม เกตุมาน. (2558). *จิตเวชศิริราช DSM-5*. กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์.

บุญใจ ศรีสถินรากูร. (2549). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ : ยูแอนส์ไออินเตอร์มีเดีย.

บุญเยี่ยม คำชัย. (2554). *ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประคอง กรรณสูต. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธาการพิมพ์.

พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน. (2525). กรุงเทพมหานคร. สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์.

พะยอม อยู่สวัสดิ์. (2537). *การวิจัยทางการแพทย์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต: ระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ: ในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯ ครั้งที่ 8 เรื่อง วิจัยทางการแพทย์*

เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า: ทิศทางและรูปแบบ. กรุงเทพมหานคร . สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิเชษฐ อุดมรัตน์. (2547). การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

พิมพ์ชนก ชันแก้วหล้าและอัญชลี เพิ่มสุวรรณ. (2549). ความชุกและการจำแนกอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยในหออายุกรรมหญิง. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตร์บัณฑิต สาขาบริหารเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร. ธรรมสาร.

เพียรชนก เปี่ยมมงคล. (2542). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร จำกัด.

มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลองดิษยวณิช (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่ : ชายนันท์ ซีรีส์ จำกัด.

มาโนช หล่อตระกูล. (2545). โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2558). จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

มาลี ปรีชาพลสิทธิ์. (2553). การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา: ประสบการณ์สถาบันราชานุกูล. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา 11(1) :41-54.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิดทฤษฎีและนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: วี, เจ, พรินติ้ง.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์. (2559). รายงานสถิติบริการประจำปี. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รณชัย คงสกนธ์. (2546). การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 48(4),211-218.

รณชัย คงสกนธ์. (2549). เครื่องมือที่ใช้ประเมิน Bipolar Disorder. ใน ธวัชชัย ลีพานาจ และ

สรยุทธ์ วาสิกานานนท์, ตำราไบโพลาร์, 343-360. กรุงเทพมหานคร: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
ประเทศไทย.

ไศรดา สุรเวทมิตร. (2553). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สินเงิน สุขสมปอง, สาวิตรี แสงสว่าง, ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์ และวัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์. (2559). ความชุกของโรคจิตเวชในสังคมเมืองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง: การทบทวนวรรณกรรม, วารสารสวนปรง. 32(1),28-41.

สุขภาพจิต, กรม. (2556). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). คุณภาพชีวิต การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น. ขอนแก่นการพิมพ์.

สุธิตา กาณจนรังษี. (2538). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต: ระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ. ในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช ครั้งที่ 8 เรื่องวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า: ทิศทางและรูปแบบ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมพันธ์ ใหญ่ชี่ระนันท์. (2539). การพยาบาลเพื่อคุณภาพชีวิต. วารสารพยาบาล. 45(4).1-3.

สมภพ เรืองตระกูล. (2553). จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

สรยุทธ์ วาสิกานานนท์. (2547). ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พิมพ์ครั้งที่ 1 สงขลา: ลิบบราเดอรีการพิมพ์.

สรยุทธ์ วาสิกานานนท์. (2549). ระบาดวิทยาและภาวะโรค. ใน ธวัชชัย ลีพหนาจ และสรยุทธ์ วาสิกานานนท์, ตำราไบโพลาร์, 63-67. กรุงเทพมหานคร: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). “คุณภาพชีวิต” การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิต วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะจิรังกุล. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สุมาพร บรรณสาร. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่ โรคไตวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หงษ์ บรรเทิงสุข. (2545). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำไพวรรณ พุ่มสวัสดิ์. (2537). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. กรุงเทพมหานคร: วี เจ พรินท์ติ้ง.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร : บริษัท วี.พรินท์ จำกัด.

ภาษาอังกฤษ

- Barrera, M and Sandler, I. (1981). Preliminary development of a scale of social support: studies on college students. *Am J Community Psychol*, 9 , 435-447.
- Billie GC, Kate R, Sarah F. (2012). *Evidence review increasing density in Australia: maximizing the health benefits and minimizing harm*. Commissioned by the National Heart Foundation of Australia.
- Bowling, A. (2005). *Measuring Health*. 3rd edition. England: University Press.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38,300-314.
- Cohen, S., Underwood, L. G., & Gotlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and intervention*. U.S.A. Oxford University Press.
- 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.
- Cooke, R.G., Robb, J.C., Young, L.T. and Joffe, R.T., (1996) Well-being and functioning in patients with bipolar disorder assessed using the MOS 20-ITEM short form (SF-20). *Journal of Affective Disorders*, 39, 93-97.
- Dalkey, N., Rourke, D., (1973). *The delphic procedure and rating quality of life factors, in the quality of life concept*. Washington DC: Environment protection agency.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J. et al. (2001) Advance the science of symptom management. *Journal of Advance Nursing*, 33(5), 668-676.
- Dore, G. and Roman, S.E. (2001). Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *J Affect Disord*, 67(1-3): 147-158.
- Fayer, P.M., Machim, D. (2000). *Quality of life: Assessment, analysis and interpretation*. New York, NY: John Wiley.
- Ferrans, C.E. and Power, M.J. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. *Research in Nursing & Health*, 15(1), 29-38.
- Gazalle, F. K., Hallal, P. C Andreazza, 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., Halla, 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.
- 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.
- 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,

2nd ed. In American Psychiatric Association. *American Psychiatric Association Practice guideline for the treatment of Psychiatric Disorder*, Compendium. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Homayoun Amini, Vandad Sharifi. (2012). Quality of life in Bipolar Type I Disorder in a one-Year Followup. *Depression Research and Treatment Volume 2012*, 10,1155.
- Hosseini, S.H., Karkhanel, M. et al. (2009). Quality of Life and Global Function Among Choronic Type I Bipolar Disorder patients in Comparison With a General Population in Iran. *Asian Journal of Biological Sciences*, 2(1), 29-34.
- 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.
- Kaplan, H.I. and Sadock, B.J. (1998). *Kaplan and Sadock's synoptic of psychiatry: behavioral science/clinical psychiatry*. 8th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 524-80.
- Katschnig, H., Freeman , H., Satorious, N. (1997). *Quality of life in mental disorder*. New York : Johnson wiley & sons.
- Kim, Yoon-Seok., Cha, Boseok., Lee, Dongyun., Kim, Sun-Mi., Moon, Eunsoo., Park, Chul-Soo., Kim, Bong-Jo., Lee, Cheol-Soon., Lee, Sojin. (2013).The Relationship between Impulsivity and Quality of Life in Euthymic Patients with Bipolar Disorder. *Korean neuropsychiatric Association*, 10, 246-252.
- 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),

- 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.
- Kupfer, D.J., Frank, E., Grochocinski, V.J., Cluss, P.A., Houck, P.R., Stapf, D.A. (2002). Demographic and clinical characteristics of individuals in bipolar disorder case registry. *J Clinical Psychiatry*, 63(2), 120-125.
- Lauren E. Cudney, Benicio N. Frey, David L. Streiner, Luciano Minuzzi, Roberto B. Sassi. (2016). Biological rhythms are independently associated with quality of life in bipolar disorder. *International Journal of Bipolar Disorders*, 4:9.
- Lubkin, L.M. (1986). *Chronic illness: impact and intervention*. Boston. Jones and Bartl Publisher, Inc.
- 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]
- Montgomery, S.A. Asberg, M. (1979). A new depression rating scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 134:382-9.
- Montgomery, S.A., Cassano, G.B. (1996). *Management of bipolar disorder*. London: Martin Dunitz 13-16.
- Murphy, M., and Moller, M. (1993). Relapse management in neurobiological disorders: The Moller-Murphy symptom management assessment tool. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7,226-235.
- 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.
- Oswald, P., Souery, D., Kasper, S., Lecrubier, Y., et al. (2007). Current issues in bipolar disorder: A critical review. *European Neuropsychopharmacology*, 17(11), 687-695.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing concepts of practice*. 3rd ed. New York. Macgraw-Hill.

- Pender, J.N. (1987). *Health promotion in nursing practice*. 2nd ed. Norwalk, Connsticus: Appleton & Lange.
- Pender, J.N. (1996) *Health promotion in nursing practice*. 3rd ed. Connecticut: Appleton & Lange.
- Pini,S., Queiraz,V.,Paynin,D.,Pezawas,L.,Angst,J.,Cassano,C.B., et al. (2005). Prevalence and burden of bipolar disorder in the general population: European countries. *Eur Nueropsychopharmacol* ,15(2),135-141.
- Pliszka, S.R., Greenhill, L.L., Crismon, M.L., et al. (2000). The Texas Children's Medication Algorithm Project: Report of the Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Amer Acad Child Adolesc Psychiatry*. 39,908-919.
- Pitkanen, A., Hatonen, H., Kuosmanen, L. and Valimaki, M. (2008). Patient descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric ward: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1598-1606.
- Pope, M., Dudley, R. and Scott, J. (2007). Determinants of social function in bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 9, 38-44.
- 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.
- Robb, J.C., Young, L.T., Cooke, R.G., and Joffe, R.T. (1998). Gender differences in patients with bipolar disorder influence outcomes survey (SF-20) subscale scores. *J Affecive Disorder* 49:189-193.
- 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.
- Sarika K K, Baby Shari PA. (2015). Quality of life and Depression among Bipolar Disorder. *International Journal of Information & Futuristic Research*, 2,

2692-2697.

- Schaefer, C., Colyne, C., and Lazarus, R.S. (1981). The health relate function of social support. *Journal of behavior medicine*, 4(4), 381-406.
- Seminowicz, D.A., Mayberg, H.S., McIntosh, A.R., Goldapple, K., Kennedy, S., Segal, Z. et al. (2004). Limbic – frontal circuitry in major depressive: a path modeling metanalysis. *Neuroimage*, 22(1), 409–419.
- 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.
- Stuart, G.W. and Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing Missouri: Mosby.*
- Suppes, T. and Dennehy, E.B. (2005). *Bipolar disorder: The latest assessment and treatment strategies.* Missouri: Compact clinals.
- Tsai, SY, Kuo, CJ, Lee HC. (2002). Risk factors for complete suicide in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 63(6),469-76.
- The WHO. (1996). WHOQOL-BREF, introduce, administration, scoring and generic version of the assessment, filed trial version. *WHO*, Geneva.
- Victor SE, Johnson SL, Gotlib IH. (2011). Quality of life and impulsivity in bipolar disorder. *Bipolar Disorder*. 13, 303-309.
- 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.
- 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.
- Wang, Y.H. (1999). Study on life quality and its associatiated factos of rheumatoid arthritis patients. *J Chang Gung Institute Technol*, 2, 108-120.
- Wood, S.W. (2000). The economic burden of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 61 (Supp 13): 38-41.
- Wood, S. J. (2005). *Mood disorder*. Philadephia: Willams&Wikins.
- WHOQOL group. (1996). People and health. What quality of life. *World Health Forum*, 17, 354-356.
- Yen, Cheng-Fang., Cheng, Chung-Ping., Huang, Chi-Fen., Yen, Ju-Yu., Ko, Chih-Hung., Chen, Cheng-Sheng., (2008). Quality of life and its association with insight, adverse effects of medication and use of atypical antipsychotics in patients with bipolar disorder and schizophrenia in remission. *Bipolar Disorder*. 10, 617-624.
- 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.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	สถานที่ปฏิบัติงาน
1. นายแพทย์จตุภัทร คุณสงค์	จิตแพทย์ประจำศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ
2. นางสาวรวงคณา จำปาเงิน	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสามชุก
3. นางอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
4. นางอุ๋นจิตร คุณารักษ์	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
5. ผศ. ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (Questionnaire on Adverse Effect of Medication for Bipolar Disorder and Schizophrenia : QAEM-BS)

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช โปรดเลือก ✓ ในช่อง “ใช่” หากเคยมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช ภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

อาการข้างเคียงจากการใช้ยา	ใช่	ไม่ใช่
1. ตาเหลือง หรือ ลินแลบ		
2. เคลื่อนไหวช้าลง		
3. มีอาการสั่นของแขนขา และตามร่างกาย		
4. น้ำลายไหล		
5. มีอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อแขนขา		
6. รู้สึกชาบนใบหน้า		
7. ก้าวเดินได้สั้นๆ		
8. กระสับกระส่าย		
9. นอนกลางวันมาก		
10. ตอบสนองช้า หรือ ขาดสมาธิ		
11. ความจำเสื่อม		
12. รู้สึกเหนื่อยล้า หรือ ไม่มีแรง		
13. วิงเวียนศีรษะ		
14. ตาพร่ามัว		
15. มีสีผิว หรือ ผื่นขึ้นตามผิวหนัง		
16.....		
17.....		
26. เบื่ออาหาร		

ส่วนที่ 3 แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scal : MADRS)
แบบวัดอาการซึมเศร้า MONTGOMERY-ASBERGG DEPRESSION RATING SCALE
(MADRS) (ฉบับภาษาไทย)

การให้คะแนนจะให้โดยการประเมินลักษณะอาการ และอาการรุนแรงของอาการ ผู้ประเมินจะต้องให้ค่าลำดับค่าคะแนน (0, 2, 4, 6) หรือระหว่างค่าลำดับคะแนน (1, 3, 5) ก็ได้

ในบางกรณีที่ไม่สามารถประเมินจากผู้ป่วยได้โดยตรง ขอให้ประเมินจากข้อมูลแวดล้อมทางคลินิกอื่น ๆ ที่เชื่อถือได้แทน สามารถประเมินโดยใช้ระยะเวลาที่ห่างเท่าใดก็ได้

1. ความซึมเศร้าที่ปรากฏให้เห็น จากสีหน้า ท่าทาง คำพูด คะแนน.....
 - 0 - ไม่มีอาการเศร้า
 - 2 - ดูไม่มีชีวิตชีวาแต่สดชื่นขึ้นได้โดยไม่ลำบาก
 - 4 - ดูเศร้าและไม่มีความสุขเกือบตลอดเวลา
 - 6 - ดูมีความสุขตลอดเวลา รู้สึกสิ้นหวังอย่างมาก
2. อาการซึมเศร้าที่รายงานตามความรุนแรง ความถี่ ระยะเวลา และผลกระทบของเหตุการณ์ ต่ออารมณ์และความรู้สึก คะแนน.....
 - 0 - รู้สึกซึมเศร้าเป็นครั้งคราว เหมาะสมกับเหตุการณ์
 - 2 - รู้สึกซึมเศร้าและเบื่อหน่าย บ่อย แต่สดชื่นขึ้นได้
 - 4 - โดยไม่ยาก รู้สึกซึมเศร้าและหดหู่มากทุกเรื่อง แต่ยังเปลี่ยนแปลงตามสิ่งแวดล้อมภายนอก
 - 6 - รู้สึกซึมเศร้าต่อเนื่องหรือสลดใจอยู่ตลอดเวลา โดยไม่เปลี่ยนแปลงตามเหตุการณ์
3. ความตั้งใจครีดยภายในใจตามความรุนแรง ความถี่ ระยะเวลาและความต้องการที่จะแสวงหาล้างภายนอกเพื่อให้เกิดความมั่นใจ คะแนน.....
 - 0 - จิตใจสงบมีเพียงความครีดยภายในชั่วครั้งชั่วคราว
 - 2 - รู้สึกฉุนเฉียวหงุดหงิดในบางครั้ง
 - 4 - รู้สึกตั้งใจครีดยภายในอย่างต่อเนื่อง หรือตื่นตระหนกอย่างรุนแรงเป็นระยะๆ ซึ่งควบคุมได้ยากลำบาก
 - 6 - รู้สึกหวาดกลัวที่ไม่ได้ผ่อนคลายลง หรือรู้สึกปวดร้าว ตื่นตระหนกอย่างท่วมท้น
10. ความคิดฆ่าตัวตาย คะแนน.....

ส่วนที่ 4 แบบวัดอาการมานี (Young Mania Rating Scale : TMRS)

แบบวัดอาการแมนี YOUNG MANIA RATING SCALE (YMRS) ฉบับภาษาไทย

คำแนะนำในการให้คะแนน

วัตถุประสงค์ของการให้คะแนนแต่ละข้อ คือ การประเมินความรุนแรงของความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเลือกให้คะแนนเพียงข้อเดียว

ตัวเลือกที่ให้เพียงแนวทาง ถ้าจำเป็นอาจจะให้คะแนนโดยไม่ต้องใช้ตัวเลือก

สามารถให้คะแนนระหว่างตัวเลือกได้ (1 หรือ 0.5 คะแนน) ในกรณีที่ระดับความรุนแรงไม่ได้เป็นไปตามที่ให้ไว้

1. อารมณ์ครั้นเคร่ง

คะแนน.....

0 – ไม่มี

1 – เพิ่มขึ้นเล็กน้อย หรือเพิ่มขึ้นจากการซักถาม

2 – อารมณ์ครั้นเคร่งอย่างชัดเจน โดยความรู้สึกของผู้ป่วยมองโลกในแง่ดี มั่นใจตัวเอง ร่าเริง อารมณ์เหมาะสมกับเนื้อหาเรื่องราว มีอารมณ์ขันตลอดเวลา

3 – อารมณ์ครั้นเคร่งมาก ไม่เหมาะสมกับเนื้อหาเรื่องราว มีอารมณ์ขันตลอดเวลา

4 – สนุกสนานครั้นเคร่ง หัวเราะอย่างไม่เหมาะสม ร้องเพลงขึ้นมาไม่สมเหตุสมผล

2. การเพิ่มขึ้นของกิจกรรมการเคลื่อนไหว

คะแนน.....

0 – ไม่มี

1 – เพิ่มขึ้นโดยความรู้สึกของผู้ป่วย

2 – กระปรี้กระเปร่า ร่าเริง แสดงท่าทางมากขึ้น

3 – มีพลังเหลือเฟือ ทำกิจกรรมมากเกินไปเป็นบางครั้ง อยู่ไม่สุข กระวนกระวาย (สามารถทำให้สงบได้)

4 – ท่าทางตื่นตัวมาก ทำกิจกรรมมากตลอดเวลา (ไม่สามารถทำให้สงบได้)

3. ความสนใจทางเพศ

คะแนน.....

0 – ปกติ ไม่เพิ่มขึ้น

1 – เพิ่มขึ้นเล็กน้อย หรืออาจจะเพิ่มขึ้น

2 – เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยความรู้สึกของผู้ป่วย จากการซักถาม

3 – พุดคุยถึงเรื่องทางเพศขึ้นมาเอง ต่อเติมรายละเอียด เนื้อหาเรื่องทางเพศ พุดถึงตัวเองว่ามีความต้องการทางเพศสูง

4 – แสดงพฤติกรรมทางเพศมากเกินไป (ต่อผู้ป่วยคนอื่น เจ้าหน้าที่หรือผู้สัมภาษณ์)

11. ความเข้าใจตนเอง

คะแนน.....

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Scale : SSS)

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลต่างๆ โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ และเลือกช่องที่ตรงกับความเป็นจริงและความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความคำถาม	การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสังคม			
	น้อย มาก	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1. มีคนคอยรับฟังความคิดและความรู้สึกในใจของท่าน				
2. มีคนใส่ใจและห่วงใยสุขภาพร่างกายของท่าน				
3. เมื่อท่านเผชิญกับความผิดหวัง เสียใจ มีคนคอยอยู่เคียงข้างและปลอบใจท่าน				
4. เมื่อรู้สึกหดหู่ เศร้า เสียใจ มีคนคอยให้กำลังใจให้ฉันสู้ต่อไป				
5. มีคนคอยสนับสนุนการตัดสินใจในทุกๆเรื่องของท่าน				
6. เมื่ออาการเจ็บป่วยทุเลาลง มีคนคอยชื่นชมและให้กำลังใจท่าน				
7. บุคคลรอบข้างให้ความสำคัญและให้ความเคารพในตัวท่าน				
8. มีคนคอยให้คำปรึกษา เกี่ยวกับปัญหาของโรคที่ท่านเป็นอยู่				
9. มีคนคอยให้ข้อชี้แนะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการใช้ชีวิต				
10. มีคนคอยเตือนให้รับประทานยาตามเวลา และไปพบแพทย์เป็นประจำตามนัด				
11.....				
12.....				
15. หากท่านอยู่ในสถานภาพลำบากด้านการเงิน มีคนคอยช่วยเหลือให้หยิบยืมได้				

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การจัดการกับอาการด้วยตนเอง

คำชี้แจง

คำถามนี้มีข้อความเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการที่ท่านประสบในบางครั้ง กรุณาฟังข้อความข้างล่างนี้ให้เข้าใจ และเลือกตอบลงในช่องที่ตรงกับความจริงมากที่สุดว่าท่านใช้วิธีการใดบ้างในการจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้น และใช้วิธีการนั้นมากน้อยอย่างไร ได้ผลหรือไม่อย่างไร ก่อนที่ท่านจะมาโรงพยาบาล

โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบตามที่ท่านเลือก

วิธีการที่ท่านใช้ในการจัดการกับตนเอง	ความถี่ของการใช้					ไม่ได้ใช้	ได้ผลหรือไม่				
	ใช้ทุกเดือน	ใช้ทุกอาทิตย์	ใช้ทุกวัน	ใช้ตลอด	ไม่ได้ใช้		ไม่ได้ผล	ได้ผล นานๆ ครั้ง	ได้ผล เป็นบางครั้ง	ได้ผล บ่อยครั้ง	ได้ผล ทุกครั้ง
1. พยายามอดทนอยู่ร่วมกับอาการเหล่านั้นให้ได้	1	2	3	4	0	0	1	2	3	4	
2. พุดคุยกับแพทย์	1	2	3	4	0	0	1	2	3	4	
3. พุดคุยกับพยาบาล	1	2	3	4	0	0	1	2	3	4	
4. พุดคุยกับสมาชิกในครอบครัว	1	2	3	4	0	0	1	2	3	4	
5. พุดคุยกับเพื่อนๆ ของฉัน	1	2	3	4	0	0	1	2	3	4	
6.....											
.....											
.....											
.....											
.....											
.....											
.....											
38. วิธีการอื่นๆที่ท่านใช้.....	1	2	3	4	0	0	1	2	3	4	

ส่วนที่ 7 แบบวัดคุณภาพชีวิต

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

(WHOQOL - BREF - THAI)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือ รู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ หรือ รู้สึกแย่น้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง หรือ รู้สึกแย่น้อยระดับกลาง ๆ
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกดีเสมอ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่าน ในตอนนี้เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					





บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
 ๒๕/๒๕ ถ.พุทธมนทลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐
 โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๙๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒/๑๘๗๔๙
 วันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๕๙
 เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๒๖๒๓ ลงวันที่ ๗ กันยายน ๒๕๕๙

ด้วย บัณฑิตวิทยาลัย ได้รับแจ้ง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว่า นางสาวณัฐรา เชื้อหมอนิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์ขอใช้เครื่องมือวิจัย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยของรองศาสตราจารย์ รมชัย คงสกันธ์ และคณะฯ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (๒๕๕๖,๒๕๕๘)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว และกรุณาแจ้งผลการพิจารณาให้ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทราบโดยตรงต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ อัครปฐมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ รมชัย คงสกันธ์ และคณะฯ
 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คุณญาติ

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์รมชัย คงสกันธ์)
 รองคณบดีฝ่ายการคลังและการพัสดุ

๑๕ พ.ย. ๒๕๕๙



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมณฑลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐

โทร. ๐-๒๕๔๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๔๔๑-๔๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ / ๐๙๔๘๘

วันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๕๙

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๒๖๒๓ ลงวันที่ ๗ กันยายน ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งว่า

ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย: นางสาวณัฐรดา เชื้อหอม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ: “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว” โดยมี ผศ.ดร.รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้: แบบสัมภาษณ์การจัดการกับอาการด้วยตนเอง

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย : นางสาวกนกรัตน์ พิมพ์รุณ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช(ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. ๒๕๕๐ เรื่อง “คุณภาพชีวิตและการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว” ซึ่งมี ผศ.ดร.อัจฉราพร สี่หรีดวงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้ นางสาวณัฐรดา เชื้อหอม ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่า เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช(ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถ้าหากมีการละเมิดเกิดขึ้นข้าพเจ้ายินยอมให้คณะพยาบาลศาสตร์ ดำเนินการตามกฎหมาย อนึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบแบบฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์และแบบฟอร์ม พย.ม. ๐๑๔ มาด้วยเพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์ม และส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์

..... /๒.

- ๒ -

มหาวิทยาลัยมหิดล และขอให้ดำเนินการชำระค่าบริการขอใช้เครื่องวิจัยดังกล่าวข้างต้น จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อย บาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด โดยส่งนามัติส่งจ่าย ป.ณ. ศิริราช ในนาม
หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ ๒ ถนนวิภาวดี แขวงศิริราช
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐
โทร. ๐-๒๕๕๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๕๒-๒๕๕๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ อัครปทุมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

หมายเหตุ ผู้ที่มามีความสนใจเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรฯ ศาลายา ชั้น ๕ ให้ติดต่อตั้งแต่วันที่ ๘.๓๐-๑๔.๓๐ น.

I am interested in your instrument SSS and QAEM-BS

ถึง: sheng@kmu.edu.tw

To Dr Cheng-Sheng Chen,

My name is Natwara Chuemor. I am a graduate student Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok Thailand. I am interested in your instrument Social Support Scale (SSS) and Questionnaire on Adverse Effects of Medication for Bipolar disorder and Schizophrenia in QUALITY OF LIFE IN BIPOLAR DISORDER AND SCHIZOPHRENIA, 2008. And I will to translate Thai language. It will be applied in conjunction with my researches, i.e. PREDICTING FACTOR ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER. The age of the intended population is range between 18 to 59 years old.

Would you please advise above instrument. You may e-mail me at this address or directly contract my advisor: Assistant Professor Ratchaneekorn Uppasen, Ph.D, Rn E-mail : rkertchok@yahoo.com or would please contract me e-mail : nooknick_aries59@hotmail.com

Yours sincerely,
Natwara Chuemor

จาก: William Yen <p03132006@gmail.com>

ส่ง: 25 พฤษภาคม 2559 22:59:41

ถึง: nooknick_aries59@hotmail.com

สำเนาถึง: Cheng-Sheng Chen

ชื่อเรื่อง: SSS and QAEM-BS

Hi

Attached is the research questionnaire you need.

SSS: score each item using 0 (never) to 3 (very helpful)

then sum up the score on each item to get a total score

The higher the SSS scores, the higher the level of subjects perceived social support.

QAEM-BS: score answer "yes" as 1 and score answer "no" as 0 on each item

then sum up the score on each item to get a total score

a higher total score indicates that patients perceived more severe adverse effects induced by the mood stabilizers, antipsychotics, antidepressants or benzodiazepine

Attached is the paper containing the introduction of these two instruments

Cheng-Fang

2016-09-15 2:13 GMT+08:00 Natwara Chuemor <nooknick_aries59@hotmail.com>:>

ภาคผนวก ง

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน และหนังสืออนุญาตให้เก็บข้อมูล





คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 ๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
 โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
 270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
 Tel. (662) 201-1000

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๖๐/๓๕๙

ชื่อโครงการ	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๕ - ๖๐ - ๕๗ ย
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวณัฐวรา เชื้อหอม
สถานที่ศึกษา	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ
 เอลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม
 ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชูศักดิ์ โอภาศเจริญ)

วันที่รับรอง ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐
 ระยะเวลาในการศึกษา ๑ ปี

2 WANGLANG Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700



Tel. +66 2419 2667-72
Fax. +66 2411 0162

Siriraj Institutional Review Board

Certificate of Approval

COA no. SI 153/2018

Protocol Title(English) : Predicting factors on quality of life in patients with bipolar disorders
 Protocol Title(Thai) : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 Protocol number : 043/2561(EC2)
 Principal Investigator/Affiliation : Miss Natwara Chuemor / Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
 Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital
 Approval date : March 14, 2018
 Expired date : March 13, 2019

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full compliance with international guidelines for human research protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

(Prof. Chairat Shayakul, M.D.)

Chairperson

16 MAR 2018

date

(Prof. Dr. Prasit Watanapa, M.D., Ph.D.)

Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

19 MAR 2018

date

Approval includes :

1. SIRB Submission form date February 26, 2018
2. Proposal
3. Participant information sheet date February 25, 2018
4. Informed consent form date February 26, 2018
5. Case record form and Questionnaire
 - Set 1 Personal information record form
 - Set 2 Questionnaire on Adverse Effect of Medication for Bipolar Disorder and Schizophrenia : QAEM-BS
 - Set 3 Montgomery Asberg Depression Rating Scale : MADRS
 - Set 4 Thai Mania Rating Scale : TMRS
 - Set 5 Social Support Scale : SSS
 - Set 6 Self-symptom management Interview form
 - Set 7 WHOQOL-BREF-THAI
6. Curriculum Vitae


All Siriraj Institutional Review Board (SIRB) Approved Investigators must comply with the following:

1. Conduct the research as approved by the SIRB and will not make any changes in the research without prior SIRB review and approval, except when necessary to eliminate apparent immediate hazards to participants.
2. Use only the forms bearing the 'SIRB APPROVED STAMP' in the research.
3. Conduct the informed consent process without coercion or undue influence, and give sufficient opportunity to consider participation. One copy of the consent and/or assent form must be given to the subject after it is signed.
4. Promptly report to the SIRB of any new information that may affect the safety and well-being of the subjects.
5. Report to the SIRB all serious adverse events, unanticipated problems, protocol deviation and/or violation in accordance with the SIRB policy and operating procedures.
6. Provide the progress report to the SIRB as a Continuing Review 30 days prior to the COA expiration for at least once a year from the approval date unless otherwise indicated. The Continuing Review must be used to renew approval prior to the expired date.
7. Provide the Final Report as a close-out within 30 days after the research is complete.

Non-compliance may result in the suspension or termination of the study.

๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๒๕๔-๓๘๕๐
โทรสาร ๐-๒๒๕๔-๓๘๕๓

COA 85/2560 (1/2)



**คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย**

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : Predicting factors on quality of life in patients with bipolar disorders

เลขที่โครงการ : ๐๕๕/๖๐

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวณัฐรดา เชื้อหมอ

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย


เอกสารที่รับรอง :

- แบบเสนอโครงการวิจัย Version 3 ลงวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐
- เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย Version 3 ลงวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐
- หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (อายุตั้งแต่ ๑๘ ปี ขึ้นไป) Version 3 ลงวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย Version 3 ลงวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐
 ๑. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 ๒. แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
 ๓. แบบวัดอาการซึมเศร้า
 ๔. แบบวัดอาการมาเนีย
 ๕. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
 ๖. แบบสัมภาษณ์การจัดการกับอาการด้วยตนเอง
 ๗. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย
- งบประมาณและแหล่งทุน Version 3 ลงวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐
- ประวัติผู้วิจัยหลัก:
 ๑. นางสาวณัฐรดา เชื้อหมอ
- ประวัติผู้ร่วมวิจัย/ อาจารย์ที่ปรึกษา:
 ๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนีกร อุปเสน
 ๒. แพทย์หญิงอังรติ์ นาวิกนันท์

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ศึกษา) สาขาคลินิก ชั้น ๑
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๖๘๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๒๕๔-๓๕๒๒ โทรสาร: ๐-๒๒๖๘-๗๐๘๘

๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
 โทรศัพท์ ๐-๒๒๕๔-๓๘๘๐
 โทรสาร ๐-๒๒๕๔-๓๘๘๓

COA 85/2560 (2/2)

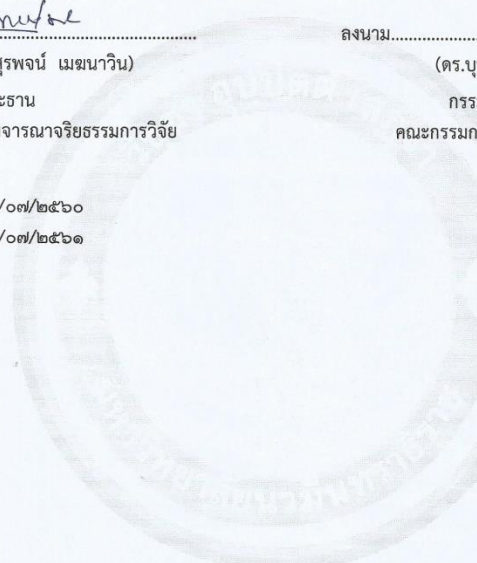


คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

<p>ลงนาม..... (นายแพทย์สุรพจน์ เมฆนาวัน) ประธาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย</p>	<p>ลงนาม..... (ดร.บุษบา ศุภวัฒน์ธนบดี) กรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย</p>
--	---

วันที่รับรอง : ๒๕/๐๗/๒๕๖๐
 วันหมดอายุ : ๒๔/๐๗/๒๕๖๑



สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ตึกพญาพิทยาศาลิน ชั้น ๕
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๖๘๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๒๕๔-๓๕๒๓ โทรสาร: ๐-๒๒๖๘-๗๐๘๘

โครงการวิจัยนี้ผ่านการประชุมพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลฯ ครั้งที่ ๖/๖๐ วาระ ๔.๒ ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก
317/5 ถนนราชวิถี เขต ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

ที่ IRBRTA.....768...../2560

รหัสโครงการ: Q009q/60_Exp

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
[PREDICTING FACTORS ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDERS]

เลขที่โครงการวิจัย : -

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางสาว ณัฐรดา เชื้อหอม

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำการวิจัย: โรงพยาบาลรามธิบดี, โรงพยาบาลศิริราช, โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคณะแพทยศาสตร์
วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี

เอกสารรับรอง :

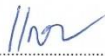
1. แบบรายงานการส่งโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาครั้งแรก ฉบับที่ 1 วันที่ 2 พฤษภาคม 2560
2. โครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 5 มิถุนายน 2560
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 5 มิถุนายน 2560
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 5 มิถุนายน 2560
5. ประวัติผู้วิจัย น.ส.ณัฐรดา เชื้อหอม ฉบับที่ 2 วันที่ 5 มิถุนายน 2560
6. ประวัติที่ปรึกษา ผศ.ดร.รัชนิกร อูปเสน ฉบับที่ 2 วันที่ 5 มิถุนายน 2560

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรม
แพทยทหารบก ว่าสอดคล้องกับปฏิกิริยาเอลซิงกิ และแนวปฏิบัติ ICH GCP

วันที่รับรองด้านจริยธรรมของโครงการวิจัย: 7 มิถุนายน 2560

วันสิ้นสุดการรับรอง: 6 มิถุนายน 2561

ความถี่ของการส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย: รายงานความก้าวหน้าทุก 6 เดือน

พันเอกหญิง.....

(แสงแข ชำนาญวงกิจ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

พันเอก.....

(ชาญชัย ไตรวารีย์)

เลขานุการคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.



สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
โทรศัพท์และโทรสาร ๐๒ ๒๐๑๑๗๐๑

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๑๗/๑๓๗๖

วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง อนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๑๗/๑๓๗๖ ลงวันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๐

ตามหนังสือที่อ้างถึงแจ้งว่า นางสาวณัฐวรา เชื้อหอม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์ขอเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีให้นิสิตดังกล่าวดำเนินการเข้าเก็บข้อมูลได้ ทั้งนี้ เมื่อนิสิตเข้าเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้วขอให้ดำเนินการนำเสนอผลงานในที่ประชุมอาจารย์แพทย์ ณ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ติดต่อขอข้อมูลได้ที่ โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑-๑๒๗๕

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ นานแพทย์บุญส่ง องค์กรพัฒนากุล)

รองคณบดีฝ่ายวิจัย ปฏิบัติหน้าที่แทน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม



คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
ฝ่ายวิจัย สำนักงานคณบดี
2 ถ.วังหลัง บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร.02-4192680 โทรสาร 02-4183307

ที่ ศธ 0517.07/ **3934**

วันที่ 20 เมษายน 2561

เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลประกอบการพัฒนาวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ 0512.11/013 ลงวันที่ 8 มกราคม 2561

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวณัฐวรา เชื้อหมอบ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เข้าเก็บข้อมูลด้วยวิธีการตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์กับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอายุ 20-59 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ณ หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว" ความละเอียดดังแจ้งแล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วยินดีอนุญาติให้ นางสาวณัฐวรา เชื้อหมอบ เข้าเก็บข้อมูลได้ตามที่ขอความอนุเคราะห์มา ทั้งนี้ได้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2561

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณี สุวรณังวงศ์)

รองคณบดีและผู้อำนวยการโรงเรียนแพทย์ศิริราช

ปฏิบัติงานแทนคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สำเนาเรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย, ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

พนิดาว่าง, พิมพ์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สพว.รพ.ร.๖/วพม.

โทร.๙๓๖๘๘๑

ที่ กท ๐๔๔๖.๑๖/๕๕

วันที่ ๒๐.ค.๖๐

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลงานวิจัย

เรียน ผ.อ.รพ.ร.๖ (ผ่าน รอง ผอ.รพ.ร.๖(๒))

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ.๐๕๑๒.๑๑/๐๖๘๗ ลง ๔ พ.ค. ๖๐

๑. ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขอความร่วมมือมายัง รพ.ร.๖ ให้นางสาวณัฐวรา เชื้อหมอบ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว" ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน ๔๒ คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale : MADRS) แบบวัดอาการมาเนีย (Thai Mania Rating Scale : TMRS) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Scale : SSS) แบบสัมภาษณ์การจัดการกับอาการด้วยตนเอง และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง โดยโครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยพบแล้วเมื่อวันที่ ๗ มิ.ย.๖๐ นั้น

๒. สพว.รพ.ร.๖/วพม. พิจารณาแล้วเห็นควรดำเนินการดังนี้

๒.๑ สำเนาส่ง OPD จิตเวชฯ รพ.ร.๖ เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

๒.๒ ขออนุมัติให้ นางสาวณัฐวรา เชื้อหมอบ เข้าเก็บข้อมูลได้

๒.๓ นำเรียน ผอ.รพ.ร.๖ และ รอง ผอ.รพ.ร.๖(๑) เพื่อกฎนาทราบ

จึงเรียนมาเพื่อกรุณาพิจารณา หากเห็นสมควรกรุณาอนุมัติในข้อ ๒.

พ.อ.รศ.

(ชัญชัย ไตรวารีย์)

หน.สพว.รพ.ร.๖/วพม.

-ทราบ

- อนุมัติตามเสนอในข้อ ๒.

รับคำสั่ง ผอ.รพ.ร.๖

พ.อ.

(สุรศักดิ์ ถิ่นดีศีลธรรม)

รอง ผอ.รพ.ร.๖(๒)

๒๐ ก.ค.๖๐



บันทึกข้อความ

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.
---	---

ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โพร. ๒๕๕๖ และ ๒๕๕๗

ที่ สบ.คกก.พิจารณาจริยธรรมการวิจัย ๖๖๔/๒๕๖๐ วันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง พิจารณาโครงการวิจัยเป็นการเบื้องต้น

เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

สืบเนื่องจาก ประกาศคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร เรื่อง "การทำวิจัยหรือเข้าเก็บข้อมูลในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล" ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๓ การทำวิจัยของบุคคลภายนอกจะต้องดำเนินการขออนุญาตจากคณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก่อนเป็นการเบื้องต้นหลังจากนั้นนักวิจัยจะต้องส่งโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล และเมื่อโครงการวิจัยได้รับอนุมัติจึงจะสามารถดำเนินการเก็บข้อมูลได้

ดังนั้น สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ขอส่งโครงการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว" ของ น.ส.ณัฐวรา เชื้อหอม นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มาเพื่อให้พิจารณาในการเก็บข้อมูลเป็นการเบื้องต้นก่อน และกรุณาส่งกลับคืนมายังสำนักงานฯ ภายในวันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ดร.บุษบา ศุภวัฒน์ธนบดี)

เลขาธิการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

- อนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ (ภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว)
- ไม่อนุญาตให้เก็บข้อมูลเนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

หมายเหตุ : กรุณาส่งคืนเอกสารทุกฉบับกลับมายังสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



ตาราง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการข้างเคียงจากการใช้ยาจำแนกตามรายชื่อ

ข้อคำถาม	x	จำนวน	S.D.
ตาเหลือง หรือ แลบลิ้นลำปาก	0.13		0.33
เคลื่อนไหวช้าลง	0.39		0.49
มีอาการสั่นของแขนขา และตามร่างกาย	0.33		0.47
น้ำลายไหล	0.12		0.32
มีอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อแขนขา	0.12		0.32
รู้สึกชาบนใบหน้า	0.06		0.23
ก้าวเดินได้สั้นๆ	0.15		0.36
กระสับกระส่าย	0.18		0.38
นอนกลางวันมาก	0.36		0.48
ตอบสนองช้า หรือ ไม่มีสมาธิ	0.55		0.49
ความจำเสื่อม	0.26		0.44
รู้สึกเหนื่อยล้า หรือ ไม่มีแรง	0.45		0.49
วิงเวียนศีรษะ	0.44		0.49
ตาพร่ามัว	0.21		0.41
มีสีว หรือ ผื่นขึ้นตามผิวหนัง	0.17		0.37
น้ำนมไหล	0		0
ประจำเดือนมาไม่ปกติ	0.18		0.38
หย่อนสมรรถภาพทางเพศ	0.34		0.47
น้ำหนักเพิ่มขึ้น	0.35		0.47
ปาก,คอ แห้ง	0.48		0.50
ปัสสาวะลำบาก	0.1		0.29
ปัสสาวะบ่อย	0.25		0.43
คลื่นไส้ หรือ อาเจียน	0.22		0.41
ปวดท้อง	0.08		0.27
เบื่ออาหาร	0.18		0.38
รวม	0.24		0.39

ตาราง ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอาการซึมเศร้าจำแนกตามรายชื่อ

ข้อคำถาม	\bar{x}	S.D.
ความซึมเศร้าที่ปรากฏให้เห็นจากสีหน้า ท่าทาง คำพูด	0.68	0.95
อาการซึมเศร้าที่รายงานตามความรุนแรง ความถี่ ระยะเวลา และผลกระทบของเหตุการณ์ต่ออารมณ์และความรู้สึก	0.60	0.91
ความตึงเครียดภายในใจตามความรุนแรง ความถี่ ระยะเวลาและความต้องการที่จะแสวงหาสิ่งภายนอกเพื่อให้เกิดความมั่นใจ	0.46	0.84
การนอนหลับที่ลดลง ตามระยะเวลา หรือความถี่ของการนอนที่ลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกรนอนตามปกติตอนสบายดี	0.70	0.96
ความอยากอาหารลดลง	0.18	0.57
ปัญหาในการรวบรวมสมาธิ ประเมินความยากลำบากในการรวบรวมความคิดอย่าง มีประสิทธิภาพจนถึงการขาดสมาธิ	0.64	1.03
ความอ่อนเปลี้ยเพลียแรง แสดงออกถึงความยากในการ ริเริ่มทำสิ่งต่างๆหรือความเชื่องช้าในการทำกิจวัตรประจำวัน	0.57	0.90
การตอบสนองทางอารมณ์ที่ลดลง รู้สึกถึงการขาดความสนใจในสิ่งรอบตัวหรือกิจกรรมที่เคยสร้างความพึงพอใจในยามปกติ มีการลดลงในความสามารถที่จะโต้ตอบด้วยอารมณ์ที่พอเพียงต่อ สถานการณ์ หรือบุคคล	0.30	0.71
ความคิดในด้านลบ แสดงออกโดย ความรู้สึกผิด ต่ำต้อย ต่ำหนิตนเอง บาป เศร้า และหายนะ	0.17	0.55
ความคิดฆ่าตัวตาย	0.05	0.30
รวม	0.43	0.77

ตาราง ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการเมเนียจำแนกตามรายข้อ

ข้อคำถาม	\bar{x}	S.D.
อารมณ์ครึ้มเครง	0.59	0.71
การเพิ่มขึ้นของกิจกรรมการเคลื่อนไหว	0.52	0.82
ความสนใจทางเพศ	0.11	0.36
การนอนหลับ	0.60	0.87
ความหงุดหงิด	0.19	0.42
การพูด (อัตราเร็วและจำนวนคำพูด)	0.43	0.62
ภาษาและความผิดปกติของความคิด	0.16	0.38
เนื้อหาความคิด	0.10	0.33
พฤติกรรมก่อนความวุ่นวาย-ก้าวร้าว	0.10	0.30
ลักษณะภายนอก การแต่งตัว	0.07	0.30
ความเข้าใจตนเอง	0.03	0.17
รวม	0.26	0.48

ตาราง ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามรายข้อ

ข้อคำถาม	\bar{x}	S.D.
มีคนคอยรับฟังความคิดและความรู้สึกในใจของท่าน	2.35	0.82
มีคนใส่ใจและห่วงใยสุขภาพร่างกายของท่าน	2.61	0.84
เมื่อท่านเผชิญกับความผิดหวัง เสียใจ มีคนคอยอยู่เคียงข้างให้ความช่วยเหลือและ	2.52	0.84
ปลอบใจท่าน เพื่อให้ท่านผ่านพ้นเรื่องเลวร้ายได้		
เมื่อรู้สึกหดหู เศร้า เสียใจ มีคนคอยให้กำลังใจให้ท่านสู้ต่อไป	2.54	0.74
มีคนคอยสนับสนุนการตัดสินใจในทุกๆเรื่องของท่าน	2.34	0.81
เมื่ออาการเจ็บป่วยทุเลาลง มีคนคอยชื่นชมและให้กำลังใจท่าน	2.45	0.78
บุคคลรอบข้างสนใจ ให้ความสำคัญและให้ความเคารพในตัวท่าน	2.48	0.82
มีคนคอยให้คำปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็นอยู่	2.11	0.88
มีคนคอยให้ข้อชี้แนะและให้คำปรึกษา เกี่ยวกับกับปัญหาการใช้ชีวิตของท่าน	2.35	0.92
มีคนคอยเตือนท่านให้รับประทานยาตรงตามเวลา และไปพบแพทย์เป็นประจำ	2.21	0.99
มีคนคอยให้คำปรึกษา พุดคุย ถึงเป้าหมายและแผนการในอนาคตของท่าน	2.23	0.83
มีคนให้คำแนะนำวิธีในการลดความเครียดแก่ท่าน	2.19	0.81
มีคนคอยเคียงข้างช่วยเหลือท่านในการทำกิจวัตรประจำวันเมื่อท่านเจ็บป่วย	2.42	0.87
ในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น มีผู้คนรอบข้างคอยช่วยเหลือ เพื่อไม่ให้ท่านคิดมาก	2.23	0.80
กับปัญหาของตัวเอง		
หากท่านอยู่ในสถานภาพลำบากด้านการเงิน มีคนที่สามารถคอยช่วยเหลือให้ท่าน	2.54	0.99
รวม	2.37	0.85

ตาราง ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการกับอาการด้วยตนเองจำแนกตามความถี่ของการใช้และประสิทธิภาพของการใช้

วิธีการที่ท่านใช้ในการจัดการกับตนเอง	ความถี่ของการใช้		ได้ผลหรือไม่	
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.
พยายามอดทนอยู่ร่วมกับอาการเหล่านั้นให้ได้	1.92	1.67	1.39	1.20
พูดคุยกับแพทย์	0.61	0.82	1.43	1.62
พูดคุยกับพยาบาล	0.36	0.52	0.95	1.48
พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว	2.33	1.57	2.31	1.51
พูดคุยกับเพื่อนๆ ของฉัน	1.18	1.33	0.91	1.06
รับประทานอาหาร	0.23	0.80	0.16	0.64
ฟังเพลง	1.35	1.51	1.11	1.26
สูบบุหรี่หรือยาสูบ	0.14	0.65	0.13	0.59
รับประทานยา	1.76	1.75	1.77	1.74
นอน	0.98	1.37	0.79	1.12
ทำสมาธิหรือใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียด	1.11	1.49	0.97	1.33
สวดมนต์	0.99	1.49	0.92	1.39
ดื่มสุราหรือเครื่องดื่ม	0.18	0.56	0.23	0.66
ตะโกนโต้ตอบกับเสียงหุแว่ว	0.00	0.00	0.00	0.00
ไม่สนใจหรือใส่ใจกับความคิดที่มารบกวน	0.00	0.00	0.00	0.00
เสพสารเสพติดประเภทกัญชา โคเคน ยาบ้าหรือสารเสพติดอื่นๆ	0.01	0.10	0.00	0.00
ไปรับบริการที่คลินิกหรือหน่วยบริการ	0.27	0.67	0.60	1.32
ดูทีวี	0.89	1.44	0.64	1.06
ให้ความสนใจหรือใส่ใจกับงานอดิเรกต่างๆ	1.55	1.56	1.49	1.39
อ่านหนังสือหรือวารสาร/นิตยสารต่างๆ	0.49	1.15	0.40	0.93
พูดคุยกับตนเอง	0.17	0.77	0.11	0.54
เดินเล่นหรือว่ายน้ำ	0.93	1.41	0.78	1.19
อาบน้ำ	0.35	0.96	0.30	0.87
ใช้สมุนไพร	0.05	0.31	0.06	0.34

วิธีการที่ท่านใช้ในการจัดการกับตนเอง	ความถี่ของการใช้		ได้ผลหรือไม่	
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.
ไปเที่ยวสถานที่ธรรมชาติต่างๆเช่น ป่า ภูเขา ทะเล หรือสวนสาธารณะ เป็นต้น	0.68	1.08	1.28	1.66
ทำให้เป็นเรื่องขัน/ตลก	0.37	0.97	0.33	0.86
เดินรำ	0.21	0.77	0.20	0.71
ไปร่วมงานสังสรรค์	0.35	0.70	0.63	1.14
กอดหอมหรือสัตว์ที่มีขนฟู	0.23	0.80	0.25	0.85
ร้องเพลงหรือเล่นดนตรี	0.49	1.10	0.44	1.03
พยายามคิดในทางบวก	2.01	1.73	1.74	1.43
หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้มีอาการมากขึ้น	1.60	1.76	1.58	1.67
ทำงาน	0.00	0.00	0.00	0.00
เขียนจดหมายหรือบันทึกประจำวัน	0.28	0.92	0.30	0.87
อยู่กับบ้าน	0.69	1.33	0.52	1.06
ขี่จักรยานหรือขับรถเล่น	0.42	0.98	0.40	0.96
ออกกำลังกาย	1.49	1.59	1.43	1.49
วิธีการอื่นๆที่ท่านใช้.....(สังสรรค์กับญาติๆ)	0.01	0.07	0.01	0.15
รวม	0.70	0.99	0.69	0.97

ตาราง ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการกับอาการด้วยตนเองจำแนกตามความถี่ของการใช้และประสิทธิภาพของการใช้

ข้อความ	\bar{x}	S.D.
ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างไร	3.13	1.16
การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักน้อยเพียงใด	3.33	1.10
ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	3.35	0.86
ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักน้อยเพียงใด	3.13	1.04
ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด	3.20	1.01
ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดีเพียงใด	3.13	0.96
ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักแค่ไหน	3.09	0.97
ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม	3.28	1.00
ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน	3.38	1.04
ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	3.61	1.05
ท่านรู้สึกพอใจมากขึ้นที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3.53	0.88
ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากนักน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	2.61	0.96
ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากนักน้อยเพียงใด	3.41	0.96
ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมาแค่ไหน	3.28	1.05
ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆแค่ไหน	3.10	1.03
ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมไปถึงการช่วยตนเอง หรือ การมีเพศสัมพันธ์)	2.68	0.94
ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	3.30	1.00
ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากนักน้อยเพียงใด	3.40	1.01
ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากนักน้อยเพียงใด	3.17	0.95

ข้อความคำถาม	\bar{x}	S.D.
ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด	3.40	0.97
ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน มากน้อยเพียงใด	3.33	0.80
ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด	3.15	0.80
สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด	3.32	0.80
ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด	3.43	0.88
ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน	3.65	0.96
ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด	3.23	0.72
รวม	3.25	0.95

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวณัฐวรา เชื้อหมอ เกิดวันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2530 ที่จังหวัดน่าน สำเร็จการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต เมื่อปีการศึกษา 2552 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2557

ปัจจุบันทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพในระหว่างปี พ.ศ. 2552 – ปัจจุบัน

