

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว



นางสาวเมธาวิ ลุนสมบัติ

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

SELECTED FACTORS RELATED TO MEDICATION ADHERENCE IN PATIENTS  
WITH BIPOLAR DISORDER

Miss Methawee Lunsombat



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	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
โดย	นางสาวเมธาวี ลุนสมบัติ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ้งนภา ผาณิตรัตน์)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เมธาวิ ลุนสมบัติ : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรค  
 อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (SELECTED FACTORS RELATED TO MEDICATION  
 ADHERENCE IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:  
 ผศ. ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 153 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย  
 คัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ การใช้สารเสพติด การ  
 รับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ทศนคติต่อการรับประทานยา อายุที่เริ่มป่วย ประวัติการนอนโรงพยาบาล  
 ด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระดับความรุนแรงของโรค ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา กับการใช้ยา  
 ตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 198 คน เป็นผู้ป่วย  
 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเข้าจาก  
 แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย  
 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา 3) แบบวัดพฤติกรรมการ  
 ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 4) แบบประเมินการรับรู้การเจ็บป่วย 5) แบบประเมินทัศนคติต่อการ  
 รับประทานยา และ 6) แบบประเมินความรุนแรงของอาการ เครื่องมือชุดที่ 2-6 โดยมีค่าความเที่ยง  
 อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .813, .879, .808, .814 และ .805 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิง  
 พรรณนา สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน และค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมอยู่ในระดับดี  
 มาก ( $x = 4.64$ , S.D. = 0.46)
2. เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ การใช้สารเสพติด การรับรู้  
 การเจ็บป่วยของตนเอง และประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วไม่มี  
 ความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญ  
 ทางสถิติที่ระดับ 0.05
3. อายุ อายุที่เริ่มป่วย และทัศนคติต่อการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้  
 ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
4. ระดับความรุนแรงของโรค และฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการ  
 ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5777321236 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: MEDICATION ADHERENCE / BIPOLAR DISORDER

METHAWEE LUNSOMBAT: SELECTED FACTORS RELATED TO MEDICATION ADHERENCE IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER. ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIS, Ph.D., 153 pp.

The purpose of this descriptive research was to examine the relationship between selected factors including gender, age, education, marital status, occupation, substance abuse, insight on own illness, drug attitude, age of onset, hospitalization, and severity of disease, with medication adherence in patients with bipolar disorder. The purposive sample of 198 clients with bipolar disorder who met the inclusion criteria were recruited from outpatients department of Ramathibodi Hospital and Vajira Hospital. The research instruments were: 1) the Personal Data Record Form, 2) the Side Effect Rating Scale, 3) the Medication Adherence Behaviors Scale, 4) the Insight Scale Thai version, 5) Drug Attitude Inventory (Thai version), and 6) Brief Bipolar Disorder Symptoms Scale (Thai version). The Cronbach's alpha coefficient reliability of the 2<sup>nd</sup> to 6<sup>th</sup> instrument was .813, .879, .808, .814 and .805 respectively. Statistic technique utilized in data analysis was frequency, percentage, standard deviation, mean, Spearman's Rank and Point Biserial Correlation.

Major findings of this study were as follows:

1. bipolar patients had score on overall medication adherence in the excellent level (  $\bar{x}$  = 4.64, S.D. = 0.46);
2. gender, education level, marital status, occupation, substance abuse, insight and hospitalization were not significantly related to medication adherence in patients with bipolar disorder at the level of .05;
3. age, age of onset and drug attitude was significantly positive related to medication adherence in patients with bipolar disorder at the level of .01;
4. severity of disease and medication side effect was significantly negative related to medication adherence in patients with bipolar disorder at the level of .01.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2017

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของอาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร. เพ็ญ พักตร์ อุทิศ ที่ชี้แนะแนวทางในการค้นคว้าหาความรู้ และการแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆด้วยความเอาใจใส่ เสียสละเวลาอันมีค่าช่วยเหลือ ดูแล ให้กำลังใจ และเป็นแรงผลักดันให้เกิดพลังที่จะทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จดังที่คาดหวังไว้ ศิษย์กราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผศ.ดร. รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รวมทั้งคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ในการให้ความรู้ ข้อคิด และข้อเสนอแนะ รวมทั้งกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณเจ้าของเครื่องมือทุกชุดที่ผู้ศึกษาได้นำมาใช้จนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี และขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาริบัติและโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ขอขอบพระคุณ พญ.ยิ่งรัตน์ นาวิกนันท์ นางวนิดา มั่นสุขผล นางสาวน้องเล็ก มณีพรผล และนางสาวนาตยา จุลา ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ อำนวยความสะดวกในการรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิจัย เพื่อเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัย รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่านที่เห็นความสำคัญ สละเวลา และให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพที่ให้ทุนสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบพระคุณนางสาวชุตินา ตาลสถิตย์ หัวหน้าพยาบาลศูนย์จิตร์ักษ์ รวมทั้งพี่ๆน้องๆ ในศูนย์ทุกท่านที่เข้าใจ และให้กำลังใจตลอดมา

ขอขอบคุณเพื่อนๆ รวมทั้งเพื่อนและพี่ๆน้องๆต่างสาขา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ช่วยเหลือสนับสนุน ห่วงใย และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น อดทน ไม่ย่อท้อ ต่อสู้กับอุปสรรคปัญหาจนสำเร็จ

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อถาวร คุณแม่เนวลออง และครอบครัวลุนสมบัติ ที่ให้กำลังใจและปลอบโยน รวมทั้งคุณอานนท์ จารมะภัย ที่ให้การสนับสนุนจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐาน .....	7
สมมติฐานการวิจัย .....	12
ขอบเขตการวิจัย.....	13
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	14
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	17
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	18
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว.....	19
2. แนวคิดเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา .....	33
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา.....	41
4. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน สองขั้ว.....	45
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	53

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	62
การหาความเที่ยง (Reliability) .....	64
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	65
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	66
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	67
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	81
สรุปผลการวิจัย.....	84
อภิปรายผลการวิจัย.....	86
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	92
รายการอ้างอิง .....	94
ภาคผนวก.....	113
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ .....	114
ภาคผนวก ข ใบพิทักษ์สิทธิ์ผู้ตอบแบบสอบถามและตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	116
ภาคผนวก ค จดหมายขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิและเอกสารรับรอง.....	130
ภาคผนวก ง การขออนุญาตใช้เครื่องมือต่างประเทศ.....	145
ภาคผนวก จ ตารางแสดงค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษารายชื่อ ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว .....	151
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	153



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มา รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จำแนกตามโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2559 .....	51
ตารางที่ 2 การปรับเปลี่ยนข้อความเดิมและข้อความใหม่ของแบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจาก การใช้ยา.....	54
ตารางที่ 3 การปรับเปลี่ยนข้อความเดิมและข้อความใหม่ของแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา .....	57
ตารางที่ 4 การปรับเปลี่ยนข้อความเดิมและข้อความใหม่ของแบบประเมินการรับรู้การ เจ็บป่วยของตนเอง (Insight Scale).....	59
ตารางที่ 5 ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	63
ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของเครื่องมือ .....	64
ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ และการใช้สาร เสพติด (n=198).....	69
ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรค อารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำแนกตามปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ การ รับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง (n = 198).....	71
ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรค อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำแนกตามปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ ทักษะคิดต่อการรับประทานยา (n = 198) .....	72
ตารางที่ 10 ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอายุที่เริ่มป่วยด้วยโรค อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสอง ขั้ว และระดับความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว .....	73
ตารางที่ 11 ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคอารมณ์ แปรปรวนสองขั้วจำแนกตามฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา (n = 198).....	74

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำแนกตามการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมและรายด้าน (n = 198).....	75
ตารางที่ 13 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายข้อ.....	77
ตารางที่ 14 ค่าสหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ทศนคติต่อการรับประทานยา อายุที่เริ่มป่วย ระดับความรุนแรงของโรค และฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว.....	79
ตารางที่ 15 ค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ การใช้สารเสพติด และประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว.....	79

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญ เนื่องจากมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อหลายด้าน (Anderson et al., 2012) โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั่วโลกจัดให้อยู่ในอันดับที่ 5 ของโรคที่ก่อให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ สูญเสียความเป็นตัวเอง และเป็นภาระต่อสังคม (Pompili et al., 2014) และเมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายที่เกิดจากโรคนี้ พบว่าเป็นโรคที่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ Cloutier (2018) พบว่าในปี 2015 ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศสหรัฐอเมริกา มีค่าใช้จ่ายโดยประมาณอยู่ที่ 202.1 พันล้านเหรียญสหรัฐ และหากเฉลี่ยเป็นรายคนค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 81,559 เหรียญสหรัฐ โดยประมาณ ซึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรงและเรื้อรังของอาการ อีกทั้งยังเป็นโรคที่มีแนวโน้มที่จะมีปัญหามากขึ้นทั่วโลก โดย Merikangas et al. (2011) พบว่าประชากรทั่วโลกมีการป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Merikangas et al., 2011) โดยในปี ค.ศ. 1990 พบผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั่วโลกจำนวน 32.7 ล้านคน และในปี ค.ศ. 2013 พบผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั่วโลกเพิ่มจำนวนเป็น 48.8 ล้านคน (Ferrari et al., 2016) และผลการสำรวจประชากรในภูมิภาคต่างๆ ทั่วโลกต่างชี้ให้เห็นว่าโรคนี้เป็นปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญ เช่น ในประเทศแถบทวีปยุโรปพบผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วถึง 3,000,000 คน (Wittchen et al., 2011) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วถึงร้อยละ 4.4 ของประชากรในประเทศ (Merikangas et al., 2011)

สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีอัตราความชุกร้อยละ 1.2 ของประชากร นั่นคือ ในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วไม่น้อยกว่า 7 แสนคน ส่วนใหญ่เริ่มเป็นในช่วงอายุ 15-24 ปี (Bipolar Friend Club., 2012, พิชัย อภิรัฐสกุล, 2558) นอกจากนี้ผลการสำรวจข้อมูลทางสถิติของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตและคลังข้อมูลการแพทย์ พบว่ามีผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งหมด 32,502 คน จากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 712,359 คน (กรมสุขภาพจิต, 2559) สอดคล้องกับข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตเกือบทุกภาคของประเทศไทย ซึ่งมีการนับซ้ำทุกครั้งที่มีการมารับบริการ พบว่ามีผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีธัญญา ในปี พ.ศ. 2557-2559 จำนวนมากในทุกปี คือ จำนวน 9,051 ราย 9,172 ราย และ 8,838 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2561) ส่วนจำนวนผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลจิตเวช

นครราชสีมาราชชนครินทร์ ก็พบว่าเพิ่มขึ้นทุกปีระหว่างปี พ.ศ. 2556–2558 คือ มีจำนวน 4,651 ราย 4,864 ราย และ 5,705 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอันดับที่ 3 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (สารสนเทศโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์, 2558) อีกทั้งพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุงระหว่างปี 2557–2559 ก็มีจำนวนมากเช่นกัน คือ 4,869 ราย 4,757 ราย และ 5,333 ราย ตามลำดับ (สารสนเทศโรงพยาบาลสวนปรุง, 2559) นอกจากนี้ และเมื่อพิจารณาข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิสังกัดอื่นๆ ก็พบว่ามีความโน้มเพิ่มขึ้น ดังที่พบว่ามีความถี่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (ที่ไม่เน้นซ้ำ) มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลรามาริบัติเพิ่มสูงขึ้นจากจำนวน 649 คน ในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นเป็น 671 คน ในปีพ.ศ. 2558 และเพิ่มเป็น 750 คน ในปีพ.ศ. 2559 (โรงพยาบาลรามาริบัติ, 2559) และสำหรับโรงพยาบาลวชิรพยาบาลพบจำนวนผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วรายใหม่ที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลในปี 2557–2559 จำนวน 142 คน 138 คน และ 139 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลวชิรพยาบาล, 2559)

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคของความผิดปกติทางด้านอารมณ์ที่รุนแรง โดยลักษณะที่สำคัญของโรคนี้ คือ ผู้ป่วยมีหรือเคยมี manic episodes อาการแบบ mixed episodes หรือ hypomanic episodes และมักมีหรือเคยมีอาการของโรคซึมเศร้า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมักจะมีอาการป่วยซ้ำๆ โดยเมื่ออยู่ในระยะที่มีอารมณ์คลุ้มคลั่ง ผู้ป่วยจะมีพลังกำลังเพิ่มมากขึ้น มีกิจกรรมมาก ไม่หลับไม่นอน พูดเยอะ กล้าพูดกล้าทำอะไรที่สุดโต่ง และขาดความรับผิดชอบ เช่น ใช้เงินเยอะมากเป็นหนี้เป็นสิน มักจะมีปัญหาในเรื่องการพูดคุยและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Colom et al., 2000) และเมื่ออยู่ในระยะซึมเศร้าผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้าหรือหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เชื่องช้าลงหรือกระวนกระวายอ่อนเพลียง่ายและไม่มีแรง มีความรู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิด ไม่มีสมาธิหรือมีความลังเลใจ และที่ร้ายแรงที่สุด คือ มีความคิดอยากทำร้ายตนเองหรือคิดฆ่าตัวตาย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมักได้รับผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในการดำรงชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ตามมาหลายๆ ด้าน (Colom et al., 2006) เช่น ด้านสังคม ด้านการประกอบอาชีพ ด้านการศึกษา และด้านการดูแลตนเอง (Michalak et al., 2008) ซึ่งแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดรักษาแล้วแต่พบว่าเมื่ออัตราการกลับเป็นซ้ำสูงมาก ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Tohen et al. (2003) พบว่าภายหลังจากการบำบัดรักษาแล้วผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วร้อยละ 39-52 มีการกลับเป็นซ้ำของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Tundo et al. (2018) ที่ศึกษาพบว่ามากกว่าครึ่งของผู้ป่วยที่รับการรักษาแล้วมีการกลับเป็นซ้ำภายใน 2 ปี นอกจากนี้ Morgan et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่เคยมีความคิดฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ

78.6 (Morgan et al., 2005) และเคยพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตคิดเป็นร้อยละ 25–50 (Isometsa, 2014) โดยพบว่าปัจจัยสำคัญของอาการผิดปกติกำเริบรุนแรงจนต้องนอนโรงพยาบาล การฆ่าตัวตาย และการกลับเป็นซ้ำเหล่านี้มักมาจากพฤติกรรมที่ไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Macdonald et al., 2016) ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องให้การดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ทั้งนี้เพื่อป้องกันและลดความสูญเสียจากการที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำ

ในปัจจุบันรูปแบบการรักษาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีหลายรูปแบบ ประกอบด้วยการรักษาด้วยยา และการรักษาทางด้านจิตใจ เป็นต้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2557) ทั้งนี้การรักษาด้วยยานั้นเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในการรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เนื่องจากโรคนี้มีข้อสันนิษฐานว่าเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทหลายชนิด โดยเฉพาะกลุ่ม monoamine และระบบของ monoamine (monoaminergic system) ได้แก่ norepinephrine, serotonin Dopamine และอื่นๆ รวมถึงเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) เช่น การทำงานของระบบ hypothalamic pituitary adrenal axis (HPA), ระบบ thyroid axis และการลดลงของ brain-derived neurotrophic growth factor (BDNF) เมื่อประสบภาวะเครียดเรื้อรัง เป็นต้น (Sadock et al., 2007) จึงจำเป็นต้องรักษาด้วยยา โดยพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือขาดยา เนื่องจากยามีส่วนช่วยในการควบคุมอาการและป้องกันการป่วยซ้ำ (Nice, 2014) แต่ในทางกลับกัน Macdonald et al. (2016) พบว่าการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเกิดความพิการทุกพลภาพต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลรวมถึงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Hong et al. (2011) พบว่าการที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการได้ และส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำตามมา ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เพิ่มการฆ่าตัวตาย และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา

การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเวช ในระยะแรกๆ จะใช้คำภาษาอังกฤษว่า Compliance ดังเช่น ในการศึกษาของ Farragher (1999) เรื่อง Treatment Compliance in the mental health service ซึ่ง Farragher ได้ให้ความหมายว่า Medication Compliance หมายถึง การที่ผู้ป่วยยินยอมรับประทานยาหรือใช้ยารักษาอาการทางจิตตามที่แพทย์หรือทีมสุขภาพแนะนำ และกล่าวถึงปัญหาการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทว่ามีอาการแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ 1) การไม่ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาเองหรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดปกติ 2) การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยานั้น 3) การใช้ยามืดเวลา 4) การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา และ 5) การใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า

ในระยะต่อมามีผู้นำแนวคิดนี้มาศึกษาต่อและใช้คำว่า Adherence แทน ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายไว้ว่า Adherence หมายถึง การที่บุคคลมีพฤติกรรมการใช้ยา อาหาร หรือการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำที่ได้มีการตกลงกันไว้กับผู้ให้บริการทางสุขภาพ (World Health Organization, 2003) และแม้ว่าในบางการศึกษาจะมีการใช้ทั้งสองคำนี้ในความหมายใกล้เคียงกัน แต่มีนักวิชาการจำนวนมากที่ได้ชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างสองคำนี้ เช่น Chakrabari (2014) อธิบายว่า Medication Adherence แตกต่างกับ Medication Compliance ตรงที่ผู้ป่วยจะมีอำนาจหรือสิทธิในการตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ร่วมกับแพทย์หรือทีมสุขภาพมากขึ้น สอดคล้องกับ Gould and Mitty (2010) ที่สนับสนุนว่า Medication Adherence เป็นแนวคิดที่สะท้อนถึงการมีส่วนร่วมของบุคคลในระดับที่มีความรับผิดชอบต่อตนเองในระดับที่สูงขึ้น คือ ในฐานะที่เป็นหุ้นส่วนของบริการทางสุขภาพ ไม่ใช่เพียงแค่ผู้รับบริการเท่านั้น ด้วยเหตุนี้ การศึกษาในระยะหลังๆ จึงนิยมใช้คำว่า Medication Adherence มากกว่า

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้คำว่า Adherence เนื่องจากต้องการศึกษาการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นหรือตัดสินใจร่วมกับแพทย์หรือทีมสุขภาพ โดยประเมินที่พฤติกรรมหรือการกระทำนั้นสอดคล้องกับคำแนะนำและแผนการรักษาของแพทย์ เนื่องจากเห็นว่ามีความเหมาะสมกับการส่งเสริมพฤติกรรม การรับประทานยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อาศัยอยู่ที่บ้านและในชุมชนซึ่งได้รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก อีกทั้งการทราบถึงปัญหาการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยถือเป็นหนึ่งในความท้าทายสำหรับการควบคุมอาการและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Vega et al., 2011) ดังผลการสำรวจจาก 8 ประเทศในแถบทวีปยุโรป พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วร้อยละ 57 ไม่มีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Vieta et al., 2012) สอดคล้องกับการศึกษา Levin et al. (2016) พบว่าประชากรกว่าร้อยละ 50 ที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และโรคซึมเศร้าไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งปัญหาการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษานี้จะส่งผลทางลบด้านต่างๆ ตามมา เช่น ทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น และส่งผลกระทบระยะยาวตามมา คือ ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง และเพิ่มภาระทางเศรษฐกิจ และจากการศึกษาของ Vega et al. (2011) พบว่าการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเกิดขึ้นบ่อยถึงร้อยละ 12-64 ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมักมีลักษณะของการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะรับประทานยาทั้งหมดตามที่แพทย์สั่ง กล่าวคือไม่รับประทานเลยสักเม็ด (Colom et al., 2000) 2) ผู้ป่วยเลือกที่จะรับประทานยาเพียงบางชนิดเท่านั้น เช่น ไม่รับประทานยาด้านโรคจิตแต่ยอมที่จะรับประทานยาด้านเศร้า เป็นต้น (Colom et

al., 2005) 3) ผู้ป่วยยอมรับประทานยาแต่มีการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอในทุกวัน มีบางวันรับประทานยาและมีบางวันที่หยุดรับประทานยา (Maj, 2000) 4) ผู้ป่วยบางคนปฏิเสธการเจ็บป่วยและปฏิเสธการรักษาแต่เมื่อมีการกลับเป็นซ้ำอีกครั้งและอาการหนักกว่าเดิมจึงยินยอมในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Colom et al., 2005) 5) ผู้ป่วยมีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในช่วง 2-3 ปีแรกเท่านั้นและเมื่ออาการดีขึ้นผู้ป่วยก็ตัดสินใจหยุดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ (Scott and Pope, 2002) 6) ผู้ป่วยรับประทานยาเกินขนาดที่กำหนดในใบสั่งยา (Colom et al., 2005) และ 7) ผู้ป่วยมีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีแต่มีพฤติกรรมส่วนตัวที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผล เช่น ดื่มแอลกอฮอล์ ใช้ยาอื่นร่วมด้วย หรืออดนอน เป็นต้น (Colom et al., 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบการศึกษาของ Leclerc, Mansur and Brietzke (2013) ที่ได้ดำเนินการศึกษารวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จากงานวิจัยหลายเรื่อง ได้แก่ Gonzalez-Pinto et al. (2006) Johnson et al. (2007) Baldessarini et al. (2008) Gonzalez-Pinto et al. (2010) Barraco et al. (2012) และ Johnsdottir (2012) ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ ประวัติการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตในครอบครัว การดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ทักษะการรับมือการรับประทานยา ทักษะการรับมือการเจ็บป่วย ระดับการรู้คิดและความสามารถ อายุที่เริ่มเจ็บป่วย ประวัติการนอนโรงพยาบาล การพยายามฆ่าตัวตาย ระดับความรุนแรงของโรค ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา ประสิทธิภาพของยา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ เป็นต้น

เนื่องจากการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นส่วนสำคัญที่สามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้ (Macdonald et al., 2016) ดังนั้น พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำเป็นต้องมีการประเมินว่าผู้ป่วยมีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพียงใด อีกทั้งต้องค้นหาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย เพื่อทำความเข้าใจกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเหล่านั้น และสามารถนำมาใช้วางแผนในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม แต่อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยข้อมูลทั้งสองเรื่องนี้ยังเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ที่ต้องหาคำตอบต่อไป เนื่องจากพบว่ายังไม่มีการศึกษาเพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว รวมทั้งการศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับใด เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่บุคลากรผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเป็นการใช้ยาที่ไม่ทำให้เกิดผลเสียต่อการรักษา หรือถือว่าผู้ป่วยยังปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาอยู่และใน

ประเทศไทยมีปัจจัยอะไรบ้างที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลสำคัญเพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาลให้คำปรึกษาแนะนำวิธีการแก้ไขปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยแต่ละราย กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาในระยะยาว ป้องกันการป่วยซ้ำรวมทั้งเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสามารถคงไว้ซึ่งการรักษาด้วยยา ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ตามการศึกษาของ Leclerc, Mansur and Brietzke (2013) ที่ได้ศึกษารวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จากงานวิจัยหลายเรื่อง ได้แก่ Gonzalez-Pinto et al. (2006) Johnson et al. (2007) Baldessarini et al. (2008) Gonzalez-Pinto et al. (2010) Barraco et al. (2012) และ Johnsdottir (2012) โดยปัจจัยคัดสรรที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วย ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ การใช้สารเสพติด และปัจจัยทางด้านจิตวิทยา คือ การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง และทัศนคติต่อการรับประทานยา ปัจจัยด้านโรค ได้แก่ อายุที่เริ่มป่วย ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และระดับความรุนแรงของ โรค ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา

### คำถามการวิจัย

1. การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ การใช้สารเสพติด และปัจจัยทางด้านจิตวิทยา คือ การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง และทัศนคติต่อการรับประทานยา ปัจจัยด้านโรค ได้แก่ อายุที่เริ่มป่วย ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และระดับความรุนแรงของ โรค ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ การใช้สารเสพติด และปัจจัยทางด้านจิตวิทยา คือ การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง และทัศนคติต่อการรับประทานยา ปัจจัยด้านโรค ได้แก่ อายุที่



เริ่มป่วย ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และระดับความรุนแรงของโรค ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

### แนวเหตุผลและสมมติฐาน

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ถือเป็นภาวะเจ็บป่วยทางอารมณ์ที่มีความรุนแรงและเรื้อรังโรคหนึ่ง ซึ่งสามารถกลับเป็นซ้ำได้บ่อยๆ (Montes et al., 2013) จึงจัดเป็นโรคที่มีอาการรุนแรงซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย อีกทั้งยังส่งผลให้ญาติพี่น้องผู้ดูแลได้รับความทุกข์ทรมานไปด้วย (Judd et al., 2003) แม้ว่าในปัจจุบันรูปแบบการรักษาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีทั้งการรักษาด้วยยาและการรักษาทางด้านจิตใจ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) แต่การรักษาด้วยยานั้นเป็นวิธีการรักษาที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าช่วยในการควบคุมอาการและป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้ (Oswald et al., 2007) อย่างไรก็ตามพบว่าปัญหาการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นสาเหตุที่ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมอาการได้ และส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและการป่วยซ้ำตามมาในที่สุด (Leclerc, Mansur and Brietzke, 2013) ซึ่งการกลับเป็นซ้ำในแต่ละครั้งมีความสัมพันธ์กับการเสื่อมสภาพทางคลินิกและระบบประสาทวิทยารวมไปถึงประสิทธิภาพของการรู้คิด การตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา การรักษาทางจิตสังคมและโครงสร้างของสมอง (Kapczinski et al., 2008)

จะเห็นได้ว่าการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว นับว่าเป็นปัญหาสำคัญซึ่งส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค (Vieta et al., 2012) ดังนั้น การศึกษาถึงลักษณะการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศไทยรวมถึงการค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยานี้ ซึ่งยังเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ในบริบทของประเทศไทย จึงถือเป็นเรื่องที่สำคัญมาก เพราะจะทำให้เกิดความเข้าใจถึงลักษณะการใช้ยาที่เกิดขึ้นจริง และสาเหตุที่อาจเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการที่จะรับประทานยาหรือไม่รับประทานยาของผู้ป่วย (Miklowitz, 2008) โดยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยประยุกต์จากแนวคิดของ Farragher (1999) ซึ่งกล่าวว่า ลักษณะการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (non medication adherence) ของผู้ป่วยจิตเภท (ซึ่งเป็นโรคหนึ่งทางจิตเวช) มีการแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ 1) การไม่ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาเองหรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดปกติ 2) การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยานั้น 3) การใช้ยามืดเวลา 4) การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา 5) การใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา ดังนั้น ผู้ที่มีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจะแสดงพฤติกรรมออกมาใน 5 ลักษณะ ดังนี้ 1) การรับประทานยาอย่าง

ต่อเนื่อง 2) การไม่หยุดใช้ยาเอง 3) การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ 4) การใช้ยาตามเวลา 5) การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ และศึกษาร่วมกับแนวคิดของเพซรี คันธสายบัว (2544) ซึ่งกล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทุษยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

สำหรับปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วนั้น ผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยโดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมจากการศึกษาของ Leclerc, Mansur and Brietzke (2013) ที่ได้ดำเนินการศึกษารวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จากงานวิจัยหลายเรื่อง ได้แก่ Gonzalez-Pinto et al. (2006) Johnson et al. (2007) Baldessarini et al. (2008) Gonzalez-Pinto et al. (2010) Barraco et al. (2012) และ Johnsdottir (2012) แล้วได้ข้อสรุปถึงปัจจัย 3 ด้านใหญ่ๆ ดังนี้

#### ก. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

##### 1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 เพศ คือ สิ่งที่จำแนกความแตกต่างระหว่างชายกับหญิง มีการศึกษาพบว่าเพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยา เนื่องจากเพศเป็นตัวกำหนดความแตกต่างระหว่างบทบาทบุคลิกภาพในสังคม การแสดงออกทางพฤติกรรม และปัจจัยด้านจิตสังคม (McCarthy, 2017) ซึ่งจากการศึกษาของ Gonzalez-Pinto et al. (2006) พบว่าเพศหญิงจะมีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Sajatovic et al. (2011) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 140 คน เป็นเพศหญิง 70 คน และเพศชายจำนวน 70 คน พบว่าเพศหญิงมีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญ ( $p = 0.04$ ) เนื่องจากเพศหญิงมักจะแสดงบทบาทเมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่รุนแรงได้ดีกว่าเพศชายจึงรับผิดชอบดูแลตนเองได้ดีกว่า ซึ่งรวมไปถึงการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้วยเช่นกัน

1.2 อายุ จากผลการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.003$ ) (Baldessarini et al., 2008) นั่นคือผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีแนวโน้มของการเกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากอายุของบุคคลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เพราะความสามารถในการดูแลตนเองจะถูกพัฒนาขึ้นตามอายุจากวัยเด็ก

ถึงผู้ใหญ่ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลตนเองสูงสุด จะลดลงและมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 2001) ดังนั้น อายุจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่บอกถึงวุฒิภาวะและความรับผิดชอบของบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยผู้ที่อายุมากกว่าจะรับผิดชอบในการใช้ยาได้ครบถ้วนตรงเวลาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ดีกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย ด้วยผู้ป่วยที่อายุน้อยจะไม่ให้ความสำคัญกับการรับประทานยาจึงถือเป็นความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Baldessarini et al., 2008)

1.3 ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่แสดงถึงความรู้ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ผู้ป่วยจะสามารถเรียนรู้ทำความเข้าใจในวิธีใช้ยา รวมถึงสามารถใช้ยาได้ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำจะมีการใช้ยาตามเกณฑ์ที่น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เรียนจบระดับอุดมศึกษา ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำเป็นสาเหตุของการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากไม่มีความเข้าใจว่าเพราะอะไรจึงต้องรับประทานยา และไม่มี ความเข้าใจว่ายาจะมีส่วนช่วยในการควบคุมอาการได้ ดังนั้นจึงพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.014$ ) (Johnson et al., 2007)

1.4 สถานภาพสมรส ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่บอกลงบ่งบอกถึงการมีคนคอยดูแลให้ ความรักความเอาใจใส่ต่อกัน มีคูคิด มีความปรารถนาดี เอื้ออาทรต่อกันทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุน ทางด้านจิตใจ โดยคู่สมรสจะมีบทบาทสำคัญในการช่วยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษาจึงส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคูมีแนวโน้มที่จะใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าผู้ป่วยโรค อารมณ์แปรปรวนสองชั่วที่มีสถานภาพโสด ผู้ที่มีสถานภาพโสดมีความเสี่ยงสูงที่จะไม่ใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาเนื่องจากขาดแรงสนับสนุนจากคู่สมรส จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสอง ชั่วที่มีสถานภาพสมรสคูมีการใช้ยาลิเทียมตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด (Gonzalez-Pinto et al., 2006)

1.5 การประกอบอาชีพ จากการศึกษาของ Gonzalez-Pinto et al. (2010) พบว่า การที่ผู้ป่วยไม่มีกิจกรรมทางสังคม ไม่มีงานทำ มีความสัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพจะไม่มี ความใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเองเพราะไม่มี ภาระหน้าที่ที่จะต้องรับผิดชอบ แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีการประกอบอาชีพนั้นจะต้องการคงไว้ซึ่งบทบาท หน้าที่ของตนเองจึงให้ความสำคัญกับการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาเพื่อให้อาการสงบ (Gonzalez-Pinto et al., 2010) สอดคล้องกับผลจากการศึกษาของ Kupfer et al. (2002) พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วมีอัตราการว่างงานที่สูงถึงร้อยละ 64 และในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็น ผู้ที่มีปัญหาไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

1.6 การใช้สารเสพติด พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วมักมีการใช้สารเสพ ติดเป็นจำนวนมาก ส่งผลเสียต่อการฟื้นฟูของอารมณ์ เพิ่มความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย สูญเสียหน้าที่

การงาน และส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Wilens et al., 2016) จากการศึกษาของ Gonzelez-Pinto et al. (2010) พบว่าลักษณะของผู้ใช้สารเสพติดจะไม่สนใจความเป็นอยู่ของตนเอง จึงไม่ให้ความสำคัญในการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติด ในระหว่างสัปดาห์แรกของการรับการรักษาจะส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Gonzelez-Pinto et al., 2010) นอกจากนี้การศึกษาของ Strakowski et al. (2005) และ Alvarez and Rodriguez (2017) พบผลการศึกษาที่สอดคล้องกันว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีอัตราการดื่มสุราที่สูงมากส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิต และมีอารมณ์คลุ้มคลั่ง ซึ่งเมื่ออยู่ในสภาวะอารมณ์คลุ้มคลั่งผู้ป่วยจะไม่ให้ความสำคัญกับการรับประทานยา และการดื่มสุรายังทำให้การรู้คิดและความจำของผู้ป่วยเสียไป ส่งผลให้ผู้ป่วยลืมรับประทานยา และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gonzelez-Pinto et al. (2010) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการใช้สารเสพติดจะทำให้มีอาการแสดงทางจิตเพิ่มมากขึ้น ยกตัวอย่างเช่น จะมีช่วงอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้บ่อยครั้งมากขึ้น ระหว่างอารมณ์เศร้าและคลุ้มคลั่งหรืออาการแบบผสม ในขณะที่ผู้ใช้บุหรี่และกัญชาก็ทำให้อาการของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วยิ่งแย่ลงไป ดังนั้นจึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยจะไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเมื่ออยู่ในระยะคลุ้มคลั่งและมีอาการทางจิต เช่น หูแว่วประสาทหลอน

## 2. ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา

2.1 การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง เป็นการที่บุคคลยอมรับ รับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยไม่สบาย รับรู้อาการผิดปกติที่ตนเผชิญอยู่ จากการศึกษาของ Gonzelez-Pinto et al. 2010 และ Velligan et al. (2010) พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเจ็บป่วยจะไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากไม่คิดว่าความผิดปกติทางอารมณ์ที่ตนเผชิญอยู่เป็นการเจ็บป่วยที่มีความจำเป็นต้องรับประทานยา การไม่ตระหนักรู้ในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดย Gonzelez-Pinto et al. (2010) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะมีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มากขึ้นเมื่อยอมรับการเจ็บป่วยได้ภายในสัปดาห์ที่ 12 ของการเจ็บป่วย และจากการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดย Ghaemi & Rosenquist (2004) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมักจะปฏิเสธการเจ็บป่วยเมื่ออยู่ในระยะเฉียบพลันของ manic episode แต่จะสามารถกลับมายอมรับความเจ็บป่วยอีกครั้งเมื่อได้รับการฟื้นฟูแล้ว

2.2 ทักษะคิดต่อการรับประทานยา ทักษะคิด คือ สิ่งที่ผู้ป่วยให้คุณค่า ให้ความสำคัญ ถ้าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและมีเจตคติที่ดีต่อยาทางจิตเวชที่ใช้รักษาแล้วนั้น ผู้ป่วยย่อมจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาที่ดีด้วยเช่นกัน ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยได้เห็นถึงความสำคัญและเห็นคุณค่าของยาทางจิตที่เขาได้รับ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องยากที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจต่อต้านในสิ่งที่เขาให้คุณค่าหรือให้ความสำคัญ โดยการเลิกหรือละเว้นการปฏิบัติเกี่ยวกับยา (อุไรวรรณ เหลืองโพโรจน์, ชุตติมา

ประทีปจติ และสุคนธ์ คำอ่อน, 2541) ผู้ป่วยที่มีทัศนคติต่อการรับประทานยาที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) (Clatworthy et al., 2009)

### ข. ปัจจัยด้านโรค แบ่งออกเป็น 3 ข้อ ได้แก่

1. อายุที่เริ่มป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตั้งแต่อายุน้อยๆ การพยากรณ์ของโรคมักจะไม่ค่อยดี จะมีระดับความรุนแรงของโรคและการป่วยซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่บอกถึงวุฒิภาวะและความรับผิดชอบของบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยผู้ที่อายุมากกว่าจะรับผิดชอบในการใช้ยาได้ครบถ้วนตรงเวลาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ดีกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย และเมื่อผู้ป่วยเริ่มป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตั้งแต่อายุยังน้อย ผู้ป่วยจะเกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน และต้องทนทุกข์ทรมานกับการเจ็บป่วยส่งผลให้ไม่อยากรับประทานยา (Gonzalez-Pinto et al., 2010; Barraco et al., 2012)

2. ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระยะคลุ้มคลั่งหรือระยะซึมเศร้าที่รุนแรงเป็นข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยควรต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาของ Gonzalez-Pinto et al. (2010) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีประวัติการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่จะนอนโรงพยาบาลด้วยสาเหตุว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะคลุ้มคลั่ง หรือระยะซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตายใน 12 เดือนที่ผ่านมาถือเป็นความเสี่ยงของการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เนื่องจากมีส่วนสำคัญในการควบคุมอาการ จึงสามารถนอนหลับได้มาก่อนหน้านี้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจนอาการกำเริบต้องนอนโรงพยาบาลและจากการศึกษาพบว่ามีโอกาสเป็นไปได้สูงมากที่ผู้ป่วยจะกลับไปมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเช่นเดิม

3. ระดับความรุนแรงของโรค โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด โดยแสดงออกถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ (Depressive) อาจแสดงอาการซึมเศร้ามาก ร้องไห้มาก ปฏิเสธการเข้าสังคมกับผู้อื่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หดหู่ใจ อยากตาย หรืออาจมีอาการคึกคักเรื้อรัง คลุ้มคลั่ง เรืองร่ามากกว่าปกติ (Mania) หัวเราะโดยไม่มีเหตุผลตลอดเวลา หรืออาจมีอาการทั้งเศร้าและคลุ้มคลั่งมากในเวลาเดียวกันหรือในเวลาใกล้เคียงกัน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) ส่งผลให้การคิด พฤติกรรม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และหน้าที่การทำงานผิดปกติตามไปด้วย การเปลี่ยนแปลงที่ไม่พึงประสงค์ทางด้านสภาพอารมณ์ที่มากเกินไปของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้ทั้งระยะซึมเศร้าและระยะคลุ้มคลั่งซึ่งถ้าเป็นระดับที่รุนแรงมากผู้ป่วยจะไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติสม่ำเสมอเหมือนในอดีตที่เคยปฏิบัติได้ (กรรณิการ์ เลาประเสริฐสุข, 2555) จากการศึกษาของ

Baldessarini et al. (2008) พบว่าโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นระดับรุนแรงทั้งในระยะคลุ้มคลั่งและระยะผสมจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Gonzelez-Pinto et al. (2010) พบว่าผู้ป่วยจะไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเมื่ออยู่ในระยะคลุ้มคลั่งและมีอาการทางจิต เช่น หูแว่วประสาทหลอน โดยผู้ป่วยจะใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเมื่อมีระดับความรุนแรงของโรคลดลงมาอยู่ในระดับต่ำ (Gonzelez-Pinto et al., 2010) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีระดับอาการของโรคที่รุนแรงไม่ว่าจะเป็นช่วงซึมเศร้าหรือคลุ้มคลั่งล้วนส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สนใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง ซึ่งรวมไปจนถึงการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Cohen et al., 2004)

### ค. ปัจจัยด้านการรักษา

ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา กลุ่มยาที่ใช้บ่อย คือ ยาปรับอารมณ์ (Mood stabilizers) ยกตัวอย่าง เช่น ลิเทียม พบว่ามีฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะมากและดื่มน้ำมาก มือสั่น ง่วงนอนและลึ้มง่าย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) ส่วน Valproic acid อาการข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงนอน รับประทานจุ และน้ำหนักเพิ่ม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) ยาด้านโรคจิตสามารถทำให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น ตัวแข็ง คอบิดเบี้ยว ง่วงนอน ปากและคอแห้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้น และมีความผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ อาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และหยุดใช้ยาในที่สุด จากการศึกษาของ Kumar and Sedgwick (2001) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ซึ่งเป็นกลุ่มโรคทางจิตเวช) พบว่าเหตุผลของการไม่รับประทานยา คือ ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Baldessarini et al., (2008) ที่พบว่าฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยามีความสัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Baldessarini et al., 2008) อาการง่วงนอนหลังจากรับประทานยาเป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Velligan et al., 2010) และ Johnson et al. (2007) ศึกษาพบว่าน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นและความคิดที่เชื่องช้าลงซึ่งเป็นผลมาจากฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยามีความสัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = 0.05$ )

### สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ การใช้สารเสพติด ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
2. อายุ อายุที่เริ่มป่วย และทัศนคติต่อการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

3. ระดับความรุนแรงของโรค และฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยายแบบศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research) เพื่อศึกษาการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ การใช้สารเสพติด การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ทศนคติต่อการรับประทานยา อายุที่เริ่มป่วย ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระดับความรุนแรงของโรคและฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา โดยมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar I และ Bipolar II) อายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาปรับอารมณ์ (Mood Stabilizer) ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic) ยาแก้ซึมเศร้า (Antidepressant) ยาคลายกังวล (antianxiety) และมารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการโดยเป็นศูนย์บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิขั้นสูง (Super Tertiary Care)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar I และ Bipolar II) อายุตั้งแต่ 20-59 ปี และได้รับการรักษาด้วยยาปรับอารมณ์ (Mood Stabilizer) ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic) ยาแก้ซึมเศร้า (Antidepressant) ยาคลายกังวล (antianxiety) ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการโดยเป็นศูนย์บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิขั้นสูง (Super Tertiary Care) ในเขตกรุงเทพมหานครโดยผู้วิจัยเลือกเฉพาะเจาะจงโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลรามธิบดี และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยมาจากภูมิภาคต่างๆ ของประเทศและยังรับผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนเข้ารับการรักษาจากการส่งต่อของโรงพยาบาลที่อยู่ในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิจึงทำให้มีผู้ป่วยมาก

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย 13 ตัวแปร

**ตัวแปรต้น** แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ การใช้สารเสพติด การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ทศนคติต่อการรับประทานยา 2) ปัจจัยด้านโรค ได้แก่ อายุที่เริ่มป่วย ประวัติการนอน

โรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระดับความรุนแรงของโรค 3) ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา

**ตัวแปรตาม** คือ การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว** หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar I และ Bipolar II) ตามแนวทางการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-5 (Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition) ซึ่งเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลศิริพยาบาล และอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยา ได้แก่ ยาปรับอารมณ์ (Mood Stabilizer) ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic) ยาแก้ซึมเศร้า (Antidepressant) หรือ ยาคลายกังวล (antianxiety)

**การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา** หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วขณะอยู่บ้านเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิตซึ่งประเมินได้จากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ Farragher (1999) ร่วมกับการศึกษาของเพชรี คันธสายบัว (2544) ปรับปรุงโดยอุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ซึ่งผู้วิจัยนำมาพัฒนาใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1. การใช้ยาตามแผนการรักษา หมายถึงการที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีการรับประทานยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างถูกต้อง ซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ 1) การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 2) การไม่หยุดใช้ยาเอง 3) การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ 4) การใช้ยาตามเวลา 5) การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

2. ความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นระหว่างรับการรักษาด้วยยาต่อทีมสุขภาพจิตได้ถูกต้อง

**เพศ** หมายถึง สถานภาพที่แสดงถึงความเป็นหญิงหรือชายของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยเพศของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แบ่งเป็นเพศหญิงและเพศชาย ข้อมูลนี้ได้มาจากแบบสอบถามส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น



**อายุ** หมายถึง ระยะเวลา นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ทำการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยโรค  
 อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยคิดเป็นจำนวนปีเต็มในช่วงเวลาที่ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลนี้ได้มาจาก  
 แบบสอบถามส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

**ระดับการศึกษา** หมายถึง จำนวนปีเต็มที่ได้รับการศึกษาตามระบบการศึกษาปัจจุบันของ  
 ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ข้อมูลนี้ได้มาจากแบบสอบถามส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

**สถานภาพสมรส** หมายถึง ความผูกพันในการเป็นสามีภรรยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์  
 แปรปรวนสองขั้ว โดยแบ่งดังนี้ โสด คือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ยังไม่เคยสมรส ไม่ได้มี  
 การอยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยา คู่ คือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยา  
 ไม่ว่าจะได้ทำการสมรสกันถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่ก็ตาม และหย่า แยก ได้แก่ ผู้ป่วยโรค  
 อารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เคยอยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยาแต่ปัจจุบันมิได้อยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยา  
 แล้ว ข้อมูลนี้ได้มาจากแบบสอบถามส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

**การประกอบอาชีพ** หมายถึง การทำกิจกรรม การทำงาน การประกอบอาชีพที่ไม่เป็นโทษแก่  
 สังคมของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ข้อมูลนี้ได้มาจากแบบสอบถามส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้าง  
 ขึ้น

**การใช้สารเสพติด** หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการใช้สารเสพติดที่ผิด  
 กฎหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยการรับประทาน ดม สูด ฉีด หรือโดยวิธีอื่นๆ เข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วย  
 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หรือตีมีแอลกอฮอล์แล้วมีผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย นับตั้งแต่  
 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ข้อมูลนี้ได้มาจากแบบสอบถาม  
 ส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

**การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง** หมายถึง ความเข้าใจลึกซึ้งของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน  
 สองขั้ว เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง การหยั่งรู้สภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน  
 สองขั้ว ข้อมูลนี้ได้มาจากแบบประเมินการรับรู้การเจ็บป่วย (Insight Scale : IS) พัฒนามาจาก  
 แนวคิดของ Birchwood et al. (1994) โดยค่าคะแนนที่เป็นไปได้ คือ ศูนย์ถึงสิบสองคะแนน และ  
 คะแนนศูนย์ถึงแปดคะแนน หมายถึง ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย ส่วนค่าคะแนนตั้งแต่เก้าคะแนนถึงสิบ  
 สองคะแนน หมายถึง ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยและเข้าใจถึงปัญหาและความผิดปกติ

**ทัศนคติต่อการรับประทานยา** หมายถึง ความคิดเห็น ความเชื่อ และความรู้สึกของผู้ป่วยโรค  
 อารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อการรับประทานยา โดยที่ผู้ป่วยมีอาการเป็นส่วนประกอบหรือมีความโน้ม  
 เอียงที่จะแสดงออกต่อการรักษาไปในทางใดทางหนึ่งอาจเป็นไปได้ในทางเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้  
 ข้อมูลนี้ได้มาจากแบบประเมินทัศนคติต่อการรักษา (Drug Attitude Inventory: DAI-10) พัฒนาโดย  
 Awad (1993) ซึ่งผู้วิจัยนำมาพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย ค่าคะแนนรวมที่ออกมาเป็นบวก หมายถึง

การมีทัศนคติต่อการรักษาที่ดี ค่าคะแนนรวมที่ออกมาเป็นลบ หมายถึง การมีทัศนคติต่อการรักษาที่ไม่ดี

**อายุที่เริ่มป่วย** หมายถึง อายุที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เริ่มแสดงอาการเจ็บป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยมีอาการแสดงที่พบตามเกณฑ์ของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามระบบ DSM ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 ปรับปรุงใหม่ (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder-5 ) ข้อมูลนี้ได้มาจากแบบสอบถามส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

**ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว** หมายถึง ประวัติของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ทั้งในระยะคลุ้มคลั่งและระยะซึมเศร้าภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา ข้อมูลนี้ได้มาจากแบบสอบถามส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

**ระดับความรุนแรงของโรค** หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่ไม่พึงประสงค์ที่มากเกินไปจากปกติของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นได้ทั้งระยะซึมเศร้าและระยะคลุ้มคลั่ง ข้อมูลนี้ได้มาจากแบบประเมินความรุนแรงของโรค (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS) เป็นแนวคิดมาจาก Overall and Gorham (1962) พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดยกรรณิการ์ เลาประเสริฐสุข (2555) คะแนนที่สูง หมายถึง มีความรุนแรงของอาการมาก คะแนนที่ต่ำ หมายถึง มีความรุนแรงของอาการน้อย

แบ่งระดับความรุนแรงของอาการเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง มาก ดังนี้

ระดับความรุนแรงน้อย (Mild level) เป็นระดับที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวสามารถสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย แต่ไม่เกิดการเสียหายของสถานะการทำงาน

ระดับความรุนแรงปานกลาง ( Moderate level) เป็นระดับที่ผู้ป่วยเริ่มมีความบกพร่องในเรื่องงาน เช่น ขาดงาน ไม่สามารถรับผิดชอบพื้นฐานทางสังคมบางอย่างได้

ระดับความรุนแรงมาก (Severe level) เป็นระดับที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติสม่ำเสมอเหมือนในอดีตที่เคยทำได้ ระยะคลุ้มคลั่งหรือระยะซึมเศร้ารุนแรงเป็นระยะที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยควรต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล

**ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วถึงความรู้สึกผิดปกติ ความทุกข์ทรมาน หรือไม่สบายใจที่เกิดขึ้นหลังจากรับประทานยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะมาก ตื่นน้ำมาก มือสั่น ง่วงนอน สีม่วง รับประทานจุ น้ำหนักเพิ่ม การทรงตัวไม่ดี (ataxia) ปากแห้ง คอแห้ง มึนงง สับสน หน้ามืด เชื่องช้า เป็นต้น ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วน ประเมินค่า 5 ระดับ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางให้กับบุคลากรที่มีสุขภาพในการประเมิน วางแผน และให้การพยาบาล เพื่อการส่งเสริมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เพื่อควบคุมอาการ ป้องกันการป่วยซ้ำ ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อไป



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยายแบบศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research) เพื่อศึกษาการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ การใช้สารเสพติด ความคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ทศนคติต่อการรักษา อายุที่เริ่มป่วย ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระดับความรุนแรงของโรค และฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
  - 1.1 ความหมายของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
  - 1.2 สาเหตุปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
  - 1.3 การจำแนกชนิดของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
  - 1.4 การวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5
  - 1.5 การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค
  - 1.6 การบำบัดรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
  - 1.7 ผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
  - 1.8 การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
2. แนวคิดเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
  - 2.1 ความหมายของการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
  - 2.2 การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
  - 2.3 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
  - 2.4 การประเมินการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
4. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

### 1.1 ความหมายของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (bipolar disorder) หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorder) ซึ่งอารมณ์ที่ผิดปกติมีอยู่ 2 ชนิดคือ อารมณ์ซึมเศร้า (depression) และคลุ้มคลั่ง (mania) อารมณ์ที่ผิดปกตินี้ หมายถึง ผิดปกติจนควบคุมไม่ได้ ส่งผลกระทบต่อแง่มุมต่างๆ มีผู้ให้ความหมายของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วไว้พอสรุปได้ดังนี้

สมภพ เรื่องตระกูล (2557) กล่าวว่า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (bipolar disorder) มีลักษณะสำคัญของโรคนี้คือผู้ป่วยมีหรือเคยมีอาการคลุ้มคลั่ง (manic episodes) อาการแบบผสม (mixed episode) หรืออาการไฮโปแมนเนีย (hypomanic episode) และมักมีหรือเคยมีอาการของโรคซึมเศร้า

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2556) กล่าวถึงโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (bipolar disorder) ว่าผู้ป่วยโรคนี้เป็นบุคคลที่มีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด โดยแสดงออกถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ (Depressive) อาจแสดงอาการซึมเศร้ามาก ร้องไห้มาก ปฏิเสธการสังคมกับผู้อื่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หดหู่ใจ อยากตาย หรืออาจมีอาการครั้นเครง คลุ้มคลั่ง เร็งร่ามากกว่าปกติ (Mania) หัวเราะ โดยไม่มีเหตุผลตลอดเวลา หรืออาจมีอาการทั้งเศร้าคลุ้มคลั่งมากในเวลาเดียวกัน หรือในเวลาใกล้เคียงกัน

จากนิยามดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่าโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (bipolar disorder) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorder) โดยแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ อารมณ์เศร้ามากผิดปกติ (Depression) และอารมณ์ครั้นเครง คลุ้มคลั่ง เร็งร่ามากกว่าปกติ (Mania) อารมณ์ที่ผิดปกติอย่างรุนแรงนั้นจะส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยในหลายๆด้าน เช่น ด้านสังคม ด้านการประกอบอาชีพ ด้านการศึกษาและด้านการดูแลตนเอง เป็นต้น

### 1.2 สาเหตุปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สรุปได้ดังนี้

ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factors) สาเหตุจากสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ในสมองพบว่าบุคคลที่อยู่ในภาวะเศร้ามีระดับฮอว์โมนนออีพิเนพรีน (Norepinephrine) ต่ำ และบุคคลที่อยู่ในภาวะคลุ้มคลั่งจะมีระดับฮอว์โมนนออีพิเนพรีน (Norepinephrine) สูง และนอกจากนี้ ยังมีรายงานการศึกษาพบว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับการเผาผลาญของสารชีวเคมี (Biogenic amine) บางตัว เช่น 5-Hydroxyindoeacetic acid, Homovanillic acid และ 3-Methoxy-4-Hydroxyphenylglycol ในเลือด ปัสสาวะ และน้ำไขสันหลัง (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2556) ความผิดปกติของสารสื่อประสาทหลายชนิด เช่น Norepinephrine, serotonin และdopamine ซึ่งมีข้อสันนิษฐานว่าทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการของโรค

ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factors) โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นความผิดปกติทางพันธุกรรม พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะมีบิดาหรือมารดาอย่างน้อยคนใดคนหนึ่งเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และมักเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงหากทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคนี้อัตราจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วถึงร้อยละ 50-75 (Kaplan and Sodack, 2007) นอกจากนี้มีการศึกษาในฝาแฝด พบว่าในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันอัตราความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสูงร้อยละ 33-90 และในฝาแฝดไข่คนละใบอัตราความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสูงร้อยละ 5-25 การศึกษาเรื่องครอบครัวส่วนใหญ่พบว่าในครอบครัวที่มีบุคคลที่เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในเครือญาติ ระดับบุตรจะมีโอกาสเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2556) บุตรบุญธรรมซึ่งบิดามารดาแท้ๆเป็นโรคนี้อาจมีโอกาสเป็นโรคด้วยในอัตราที่สูงกว่าบุตรบุญธรรมที่บิดามารดาไม่ได้เป็นโรค (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factors) มีทฤษฎีทางจิตวิทยาอธิบายปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วไว้ในหลายลักษณะ สรุปได้ดังนี้

1. ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ในระยะ Oralsadistic ของพัฒนาการบุคลิกภาพ ทารกจะหลงรักตนเอง หรือที่เรียกว่า infantile narcissism ซึ่งถ้ามีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความผิดหวังทารกจะเกิดบาดแผลทางใจที่เรียกว่า infantile trauma และเกิดอารมณ์เศร้าเป็นครั้งแรกของชีวิต และสำหรับผู้ป่วยที่อารมณ์คลุ้มคลั่งมักจะจินตนาการว่าตนเองเป็นคนเดียวกับคนที่เก่งมากๆ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจมีความสามารถทุกด้าน (Omnipotent) และตนเองมีความสามารถพิเศษ และมักจะใช้กลไกทางจิตชนิดปฏิเสธความจริง (Denial) (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

2. ทฤษฎีพัฒนาการและประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้เกี่ยวกับความล้มเหลวของตนเอง การถูกทอดทิ้งโดยเฉพาะการถูกแยกจากบุคคลที่มีความสำคัญใน 6 เดือนแรกของชีวิต ทำให้บุคคลมีความรู้สึกเศร้า มีความคิดและความคาดหวังเกี่ยวกับตนในทางลบ ไม่สามารถปรับตัวได้ ทารกที่ถูกทอดทิ้งในขวบปีแรกของชีวิตทำให้เกิดความเศร้า (Analitic Depressions) จะพบว่ามีพฤติกรรมเศร้า ร้องไห้มาก รับประทานอาหารไม่ได้ พัฒนาการการเคลื่อนไหวล่าช้า ซึม ท้อ การเจริญเติบโตหยุดชะงัก มีอาการเศร้าตั้งแต่วัยเด็ก เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่จะมีพฤติกรรมเศร้ามาก (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2556)

3. เหตุการณ์ชีวิต (Life event) ประสบการณ์ในชีวิตที่สะเทือนใจและเกิดอารมณ์เศร้าจะต้องได้รับการรักษา เหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้สะเทือนใจจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้า และจะกระตุ้นให้เป็นอารมณ์คลุ้มคลั่งหรือไม่ ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด (Tennant, 2002; Paykel, 2003)

### 1.3 การจำแนกชนิดของความผิดปกติทางอารมณ์

ปัจจุบันมีการจำแนกโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่ใช้มีอยู่ 2 แบบ คือการจำแนกโรคตามเกณฑ์ของจิตแพทย์อเมริกัน (DSM) และการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD) (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; APA, 2000)

### 1.4 การวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5

การวินิจฉัยที่นิยมใช้ในวงการจิตเวชไทย คือ ระบบ DSM ซึ่งปัจจุบันเป็นฉบับปรับปรุงใหม่ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5; DSM-5)

#### หลักการวินิจฉัยอาการคลุ้มคลั่ง (manic episode) มีดังต่อไปนี้

ก. ผู้ป่วยมีอาการร่าเริง สนุกสนานผิดปกติหรือมีอาการหงุดหงิดโกรธง่ายเป็นเวลาอย่างน้อย 1 สัปดาห์

ข. มีอาการต่อไปนี้ 3 อย่างหรือมากกว่า แต่ถ้าอาการเป็นแบบหงุดหงิดง่ายต้องมีอาการอย่างน้อย 4 อย่าง

1. รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญผิดปกติหรือมีความยิ่งใหญ่อย่างอื่น (grandiosity)

2. นอนน้อยกว่าธรรมดา เช่น นอนหลับ 3 ชั่วโมงก็รู้สึกเพียงพอแล้ว

3. พูดมาก พูดเร็วหรือพูดไม่ยอมหยุด

4. ความคิดเปลี่ยนเรื่องเร็ว

5. มีอาการ distractibility เช่น เปลี่ยนความสนใจไปอย่างรวดเร็วไปตามสิ่งเร้าภายนอกแม้เพียงเล็กน้อย

6. มีกิจกรรมมากผิดปกติ เช่น การปะทะสังสรรค์ การทำงาน หรือเรื่องเพศ หรือมีพฤติกรรมพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย

7. มีการแสดงออกซึ่งบ่งว่าการตัดสินใจเสีย เช่น ใช้จ่ายเงินฟุ่มเฟือย ลงทุนทำกิจกรรมซึ่งขาดการพิจารณาหรือมีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ

ค. อาการดังกล่าวไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยแบบผสม

ง. อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาทางด้านอาชีพการงาน กิจกรรมเกี่ยวกับสังคมหรือสัมพันธ์กับผู้อื่น หรือจำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายซึ่งอาจเกิดกับตนเองหรือผู้อื่น หรือผู้ป่วยมีอาการโรคจิต

จ. อาการไม่ได้เกิดจากสารเสพติด ยารักษาโรค หรือโรคทางกาย

หมายเหตุ อาการคล้ายไฮโปแมนเนียที่เกิดจากการรักษาด้วย antidepressants หรือรักษาด้วยไฟฟ้าไม่นับว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

### หลักการวินิจฉัยอาการซึมเศร้า (Major Depressive episode) มีดังต่อไปนี้

ก. ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้ 5 อย่างหรือมากกว่าติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และต้องมีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 อย่างคือ 1) อารมณ์เศร้าหรือ 2) หดความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ

1. อารมณ์เศร้า
2. หดความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ
3. เบื่ออาหารและน้ำหนักลด หรือรับประทานอาหารจุกและน้ำหนักเพิ่ม
4. นอนไม่หลับหรือหลับมาก
5. ความคิดและการเคลื่อนไหวเชื่องช้า
6. อ่อนเพลียง่ายหรือไม่มีแรง
7. รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากผิดปกติ
8. สมาธิเสียหรือมีความลังเลใจ
9. มีความคิดอยากตาย คิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย

ข. อาการดังกล่าวไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยอาการแบบผสม

ค. อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ใจ หรือมีปัญหาทางด้านกิจกรรมเกี่ยวกับสังคม อาชีพการงานหรืองานในหน้าที่สำคัญอย่างอื่น

- ง. อาการไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย ยารักษาโรคหรือสารเสพติด
- จ. อาการไม่ได้เป็นเพราะความเศร้าโศกเสียใจตามธรรมดา

### หลักการวินิจฉัยอาการแบบผสม (mixed episode) มีดังต่อไปนี้

ลักษณะที่สำคัญของอาการนี้ คือ ผู้ป่วยมีทั้งอาการคลุ้มคลั่งและอาการซึมเศร้าผสมกันเป็นเวลาอย่างน้อย 1 สัปดาห์ อารมณ์ของผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงเร็ว เช่น เศร้า หงุดหงิดง่ายและครีครื้นสนุกสนาน ร่วมกับอาการอื่นของอาการซึมเศร้าและคลุ้มคลั่งอาการที่พบร่วมไปด้วยบ่อยคือ พลุ่่งพล่าน กระวนกระวาย นอนไม่หลับ รับประทานอาหารน้อยหรือมาก มีอาการโรคจิตและมีความคิดอยากตาย อาการผสมมักพบในผู้ที่มีอายุน้อยและผู้สูงอายุ

### หลักการวินิจฉัยอาการไฮโปแมนเนีย (Hypomanic episodes) มีหลักการดังต่อไปนี้

ก. ผู้ป่วยมีอาการรื่นเริงสนุกสนานผิดปกติ หรือหงุดหงิดง่ายเป็นเวลาอย่างน้อย 4 วัน

ข. มีอาการต่อไปนี้ 3 อย่างหรือมากกว่า แต่ถ้าอารมณ์เป็นแบบหงุดหงิดโกรธง่าย ต้องมีอาการอย่างน้อย 4 อย่าง

1. รู้สึกว่าตัวเองมีความสำคัญผิดปกติ
2. นอนน้อยกว่าธรรมดา เช่น นอนหลับ 3 ชั่วโมงก็รู้สึกเพียงพอแล้ว



3. พุดมาก พุดเร็วหรือพุดไม่ยอมหยุด
4. ความคิดเปลี่ยนเรื่องเร็ว
5. มีอาการ distractibility
6. มีกิจกรรมมากผิดปกติ
7. มีการแสดงออกซึ่งบ่งว่าการตัดสินใจเสีย เช่น ใช้จ่ายเงินฟุ่มเฟือยและมีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ

ค. มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับประสิทธิภาพของผู้ป่วย

ง. อาการดังกล่าวไม่มีความรุนแรงเพียงพอที่จะทำให้เกิดความบกพร่องทางด้านกิจกรรมทางสังคมหรือหน้าที่การงานหรือต้องอยู่โรงพยาบาล และไม่มีอาการโรคจิต

จ. อาการไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย ยารักษาโรคหรือสารเสพติด

หมายเหตุ อาการ Hypomania ที่เกิดจากการรักษาด้วย antidepressants หรือรักษาด้วยไฟฟ้าไม่นับว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar II)

**การวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว I (Bipolar I)** หลักการวินิจฉัยโรคมียังต่อไปนี้

ลักษณะสำคัญของโรคนี้ คือ ผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง (manic episodes) หรืออาการแบบผสม (mixed episodes) และมักมีอาการของโรคซึมเศร้าร่วมด้วย

ก. ผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่งหรืออาการแบบผสมอย่างน้อย 1 ครั้งและมักมีอาการของโรคซึมเศร้า 1 ครั้ง

ข. อาการไม่ได้เกิดจากโรคจิตเภทอารมณ์แปรปรวน (Schizoaffective disorder) หรือโรคจิตชนิดอื่น

ค. อาการไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย ยารักษาโรคหรือสารเสพติด

**การวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว II (Bipolar II)** หลักการวินิจฉัยโรคมียังต่อไปนี้

ลักษณะที่สำคัญของโรคนี้ คือ ผู้ป่วยเคยมีอาการของโรคซึมเศร้า 1 ครั้ง หรือมากกว่าแล้วมีอาการไฮโปแมนเนีย (Hypomanic episodes) อย่างน้อย 1 ครั้ง และต้องไม่เคยมีอาการคลุ้มคลั่งหรืออาการแบบผสม

การระบุรายละเอียดเพิ่มเติม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) รายละเอียดเพิ่มเติมที่สำคัญมีดังต่อไปนี้

1. อาการโรคจิตที่พบร่วมด้วยมี 2 แบบ คือ

1.1 Mood – Congruent หมายถึง เนื้อหาความคิดหลงผิดและอาการประสาทหลอน สอดคล้องกับอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น ได้ยินเสียงเจ้าแม่กวนอิมอธิบายวิธีการเผยแพร่ศาสนาให้ผู้ป่วยไปปฏิบัติ

1.2 Mood – Incongruent หมายถึง เนื้อหาความคิดหลงผิดหรืออาการประสาทหลอนไม่สอดคล้องกับอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น คิดว่ามีคนคอยปองร้ายหรือผู้อื่นสามารถล่วงรู้ความคิดของตนเอง

2. อาการคาทาโทเนีย ผู้ป่วยต้องมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่าง

2.1 ผู้ป่วยไม่มีการเคลื่อนไหวเลย มีลักษณะของ catalepsy หรือ stupor

2.2 มีพฤติกรรมตื่นเต้นวุ่นวายโดยไม่ได้เกิดจากสิ่งเร้าภายนอก

2.3 ทำตรงข้ามคำสั่ง (negativism) หรือไม่พูดเลย (mutism)

2.4 มีการเคลื่อนไหวด้วยท่าทางแปลกประหลาดหรือมีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ

2.5 พูดเลียนแบบ (echolalia) หรือทำเลียนแบบ (echopraxia)

3. ชนิดเปลี่ยนเร็ว (Rapid cycling) ลักษณะที่สำคัญของชนิดนี้ คือ ผู้ป่วยมีอาการของโรคอารมณ์แปรปรวน (อาการซึมเศร้า อาการคลุ้มคลั่ง อาการไฮโปแมเนีย หรืออาการแบบผสม) 4 ครั้งหรือมากกว่าในระยะเวลา 12 เดือน

การวินิจฉัยแยกโรค (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

1. ในการวินิจฉัยแยกจากโรคจิตชนิดอื่น เช่น โรคจิตเภท schizoaffective disorder และโรคจิตหลงผิดใช้หลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1.1 ในโรคจิตชนิดอื่น ผู้ป่วยจะมีอาการหลงผิดและประสาทหลอน ในช่วงเวลาที่ไม่มีความผิดปกติของอารมณ์เป็นอาการเด่นชัด แตกต่างไปจากโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วซึ่งอาการโรคจิตดังกล่าวจะเกิดในช่วงที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของอารมณ์ชัดเจน

1.2 ในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อาการของโรค ประวัติเคยเป็นมาก่อน และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัวจะมีลักษณะเฉพาะของตัวเอง แตกต่างไปจากโรคจิตชนิดอื่น

2. ความผิดปกติของอารมณ์จากสาเหตุอื่น เช่น โรคทางกาย ยารักษาโรคและสารเสพติดในผู้ป่วยซึ่งเกิดความผิดปกติของอารมณ์เนื่องจากสาเหตุดังกล่าว เมื่อตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมกับการซักประวัติ จะสามารถพิสูจน์ได้ว่าเกิดจากสาเหตุอะไร

### โรคอารมณ์แปรปรวนเรื้อรัง (Cyclothymic Disorder)

ลักษณะที่สำคัญของผู้ป่วยโรคนี้ คือ ผู้ป่วยมีอารมณ์แปรปรวนเรื้อรัง โดยมีอาการคลุ้มคลั่งและอาการซึมเศร้าหลายครั้ง และอาการดังกล่าวต้องไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยอาการคลุ้มคลั่ง และโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยต้องมีอาการเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี และไม่มีช่วงเวลายาวนานกว่า 2 เดือน ถ้าเป็นเด็กและวัยรุ่นมีอาการนานอย่างน้อย 1 ปี (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) มักจะค่อยๆ เป็นเป็นก่อนอายุ 21 ปี จะเป็นการป่วยด้วยอารมณ์ซึมเศร้าแบบ Subsyndromal และการป่วยด้วย Hypomania โดยการป่วยแต่ละอย่างจะเป็นวงล้อแบบสั้นๆ การดำเนินโรคอาจเป็นต่อเนื่องหรือเป็นแบบ episode ความเครียดไม่รุนแรงก็สามารถทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

(Liability) และอาจเปลี่ยนแปลงได้อย่างสุดขีด อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงใน cyclothymia มีสภาพเป็น Endoreaction หมายความว่า เป็นอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงเกิดจากชีวภาพในร่างกายมีปฏิกิริยามากเกินไป (Endogenous over reactivity) ทำให้เกิดพฤติกรรมรักเร็ว เลิกเร็ว อารมณ์ที่สลับไปมาทำให้ชีวิตของผู้ป่วยสับสนอลหม่าน (Chaos) ขัดแย้งกับบุคคลอื่น สำส่อนทางเพศ ชีวิตสมรสล้มเหลว ผลการเรียนและการทำงานมักจะไม่มีเสมอดันเสมอปลาย อาการ Dysphorically excited moods คือ มีทั้งอาการอารมณ์คลุ้มคลั่ง และอารมณ์เศร้าเต็มรูปแบบอยู่ใน Episode เดียวกัน ผู้ป่วยจะมีอาการหงุดหงิด โกรธ ตื่นตระหนก พุดเร็วมาก กระวนกระวาย มีความคิดฆ่าตัวตาย นอนไม่หลับ คิดว่าตนเองมีความสำคัญ มีความต้องการทางเพศมาก อาจมีอาการสับสน อาการหลงผิดชนิดหวาดระแวง (Classidy, 2000) ร้อยละ 15-50 ของผู้ป่วยจะเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ในเวลาต่อมา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

### 1.5 การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

บุคลิกภาพทุกชนิดมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (รัชชัย ลีพพานาจ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549) พบเกิดโรคได้ในทุกวัย พบว่าร้อยละ 50 เริ่มมีอาการก่อนอายุ 40 ปี (Sadock, 2007) ผู้ป่วยชายส่วนใหญ่จะมีอาการครั้งแรกเป็นแบบคลุ้มคลั่ง ส่วนผู้หญิงจะมีอาการครั้งแรกเป็นแบบซึมเศร้า ส่วนใหญ่เริ่มเป็นขณะอายุ 15-24 ปี การเกิดครั้งแรกพบบ่อยว่าสัมพันธ์กับความกดดันในชีวิตของผู้ป่วยแต่ละครั้ง ผู้ป่วยที่มาด้วยอารมณ์คลุ้มคลั่งครั้งแรกพบว่ามีโอกาสที่จะเป็นอีกร้อยละ 90 (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) หากไม่รักษามักมีอาการนาน 6-13 เดือน เมื่อรักษาส่วนใหญ่จะหายเป็นปกติภายใน 3 เดือน บางรายอาจหายได้เร็วถึงภายใน 1 เดือน โรคนี้มักกลับเป็นซ้ำ ยิ่งเป็นซ้ำอาการจะยิ่งเป็นถี่ขึ้นและรุนแรงมากขึ้น ในครั้งถัดไป ผู้ป่วยที่รับประทานยาต่อเนื่องพบว่าอาการกำเริบน้อยกว่าผู้ที่ไม่รับประทานยา ร้อยละ 15 ของผู้ที่เป็นโรคนี้ฆ่าตัวตายได้สำเร็จ การป่วยด้วยโรคทางกายเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้า และการมีระยะซึมเศร้า (Major Depressive episode) จะเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตหรือความพิการจากโรคทางกาย เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน และมะเร็ง (Sadock, 2007) ภาวะขาดการนอนหลับ (sleep deprivation) และการเปลี่ยนแปลงวงจรของการนอนหลับและตื่น เช่น การเดินทางโดยเครื่องบินผ่านเส้นศูนย์สูตรจะกระตุ้นให้เกิดอาการคลุ้มคลั่งหรืออาการกำเริบได้ ประมาณร้อยละ 5-15 ของผู้ป่วยมีอาการแบบเปลี่ยนเร็ว (rapid cycling) ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจะเป็นปกติระหว่างที่ไม่มีอาการ แต่ร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยจะมีความผิดปกติบางอย่างหลงเหลืออยู่ เช่น อารมณ์อ่อนไหวง่าย มีปัญหาทางด้านมนุษยสัมพันธ์หรืออาชีพการงาน ผู้ซึ่งมีอาการโรคจิตจะพบว่าในครั้งต่อไปมักมีอาการโรคจิตร่วมด้วย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

## 1.6 การบำบัดรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การบำบัดรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีหลายลักษณะซึ่งประกอบด้วย การบำบัดด้วยยา การบำบัดด้วยไฟฟ้า และการบำบัดทางจิตสังคม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.6.1 การรักษาด้วยยา มี 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะเฉียบพลัน ระยะต่อเนื่อง และระยะยาวหรือระยะอาการสงบ (ธวัชชัย ลิฬหานาจ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549)

- ระยะเฉียบพลันของ manic episode ผู้ป่วยและครอบครัวต้องระวังต่อการบาดเจ็บ ผู้ป่วยจะหมกมุ่นกับเรื่องเพศและอาจมีพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งแพทย์จะเริ่มให้ยา lithium, valproate, carbamazepine, aripiprazole, olanzapine, quetiapine, risperidone or ziprasidone แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะคลุ้มคลั่ง ไฮโปแมนเนีย หรือ mix episode เพื่อลดอาการให้อยู่ในภาวะปกติ และประเมินอาการซ้ำทุก 1-2 สัปดาห์ เป็นเวลาอย่างน้อย 6 สัปดาห์ ถ้าผู้ป่วยตอบสนองต่อยาดีให้การรักษาด้วยยาเดิมต่อไปอีก 8 สัปดาห์จนไม่มีอาการ ถ้าผู้ป่วยไม่ตอบสนองอย่างเพียงพอต่อยาชนิดเดียว อาจต้องพิจารณาให้ยาที่มีฤทธิ์มากขึ้น หรือพิจารณาทำการรักษาด้วยไฟฟ้า หรือการบำบัดทางเลือกอื่นๆ (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์และคณะ, 2557)

- ระยะเฉียบพลันของ depressive episode การใช้ยาตัวเดียว กลุ่มยาคงสภาพทางอารมณ์ ได้แก่ Lithium กลุ่มยากันชัก ได้แก่ valproate, lamotrigine, carbamazepine, gabapentin กลุ่มยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ ได้แก่ olanzapine, quetiapine กลุ่มยาคงสภาพอารมณ์ และกลุ่มยาด้านเศร้าได้แก่ Lithium กับ SSRI เช่น Lithium + tricyclic, Lithium + fluoxetine (ธวัชชัย ลิฬหานาจ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549)

- ระยะต่อเนื่อง (Continuation phase) การสิ้นสุดการรักษาระยะเฉียบพลัน เป็นการเริ่มต้นการรักษาระยะต่อเนื่อง ระยะนี้ผู้ป่วยจะกลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ ซึ่งเป็นโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้เพิ่มการตระหนักรู้ในตนเองและเรียนรู้วิธีการจัดการกับอาการของโรค ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาและปราศจากอาการสำคัญแล้ว (remission) ควรได้รับการรักษาด้วยยาอย่างน้อย 6 เดือนหลังจากเริ่มยาครั้งแรกเพื่อควบคุมอาการและป้องกันการป่วยซ้ำแม้ว่าการรักษาด้วยยาจะได้ผลดี แนะนำให้สุขภาพจิตศึกษา จิตบำบัดและการบำบัดครอบครัวร่วมด้วยในระยะนี้ (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์และคณะ, 2557) หากการตอบสนองต่อการรักษาดีอาจมีการลดยา แต่หากยังคงมีอาการต้องพิจารณาเพิ่มยา (ธวัชชัย ลิฬหานาจ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549)

- ระยะคงสภาพหรืออาการสงบ (Maintenance phase) ระยะนี้อาการหายแล้ว ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่อยากรับประทานยาอีกต่อไป แพทย์จะพิจารณาการตอบสนองต่อการรักษาที่ผ่านมา ประเมินการดำเนินโรค ประวัติการเจ็บป่วย และอาการป่วยในครั้งนี เพื่อให้การรักษาในระยะคงสภาพต่อไป ผู้ป่วยที่เคยมีคลุ้มคลั่งมากกว่า 1 ครั้ง หรือมีคลุ้มคลั่ง 1 ครั้ง และซึมเศร้า 1 ครั้ง หรือมีซึมเศร้าเท่ากับหรือมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป ควรให้ยาไปตลอดชีวิต (life long prophylactic

treatment) ในระยะนี้ให้เฝ้าติดตามอันตรายจากยา ถ้าผู้ป่วยมีอาการกำเริบในระยะนี้เริ่มการรักษาเหมือนในระยะเฉียบพลันใหม่ ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการและพิจารณาหยุดยา การหยุดยาคควรค่อยๆลดขนาดยาลงทีละน้อยในช่วงเวลาอย่างน้อยครั้งละ 2-4 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำหรือลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (อัจฉราพร สิริธัญวงศ์และคณะ, 2557)

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นโรคที่มีความซ้ำซ้อนเรื้อรัง การกลับเป็นซ้ำสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง การรักษาในปัจจุบันเปลี่ยนจากการเน้นที่การรักษาในระยะเฉียบพลัน เป็นการรักษาระยะยาว หลักในการรักษาในระยะยาว นอกจากจะพิจารณาเลือกใช้ยาที่มีประสิทธิภาพแล้ว ยังต้องพิจารณาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการพยากรณ์โรค รวมถึงการใช้การรักษาทางจิตสังคมควบคู่ไปด้วย ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะพบผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการมากที่สุดในระยะยาวหรือระยะอาการสงบ (ธวัชชัย ลีพพานาจ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549)

หลักการให้ยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีดังต่อไปนี้

ยาปรับอารมณ์ (Mood stabilizers) ยาปรับอารมณ์นำมาใช้ในการรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ผลดีทั้ง 3 ชนิด คือ โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว I, โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว II และโรคอารมณ์แปรปรวนเรื้อรัง ชนิดที่นิยมนำมาใช้รักษาในปัจจุบัน คือ lithium, valproic acid และ carbamazepine (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

1. ลิเทียม (lithium) เป็นยาปรับอารมณ์ที่นำมาใช้รักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ผลดีที่สุดในปัจจุบัน ประสิทธิภาพในการรักษาอาการคลุ้มคลั่งแบบเฉียบพลันเท่ากับร้อยละ 80 นอกจากนี้ยังได้ผลดีในการป้องกันการเป็นซ้ำอีกด้วย กลไกการออกฤทธิ์ที่แน่นอนยังไม่ทราบ มีข้อสันนิษฐานว่าลิเทียมมีฤทธิ์ต่อการสื่อสารประสาท (Neurotransmission) ในสมองส่วนกลาง โดยมีปฏิกริยากับสารสื่อประสาทหลายชนิด เช่น catecholamine, serotonin และ cholinergic (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) ขนาดยารักษาต่อวันเท่ากับ 15-30 มก.ต่อ กก. ระดับยาในเลือดเพื่อรักษาอาการคลุ้มคลั่งเฉียบพลันเท่ากับ 0.8-1.2 mEq/L และระดับยา maintenance 0.6-0.8 mEq/L อาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือ คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะมากและดื่มน้ำมาก มือสั่น ง่วงนอนและลึ่มง่าย การให้ลิเทียมเป็นเวลานานอาจทำให้ประสิทธิภาพของต่อมธัยรอยด์และไตลดลง รวมทั้งเมตาบอลิซึมของแคลเซียมลดลง ดังนั้นก่อนให้ยาจึงควรตรวจประสิทธิภาพของไตและต่อมธัยรอยด์ และตรวจซ้ำทุก 6 เดือน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) อาการเป็นพิษจากลิเทียม โดยทั่วไปอาการเป็นพิษขั้นเริ่มต้นจะเกิดขึ้นที่ระดับลิเทียม 1.5 mEq/L อาการเริ่มแรกได้แก่ อ่อนเพลีย เดินเซ พูดไม่ชัด มักพบผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ หรือปวดท้อง ในระยะนี้อาจพบ deep tendon reflex ไวขึ้น ที่ระดับยา > 2.5 mEq/L อาจส่งผลให้เกิด Generalized seizure ไตวาย และเสียชีวิต (มาโนช หล่อตระกูล, 2557) ข้อห้ามและภาวะที่ควรระวังในการใช้ยาลิเทียม (lithium) (มาโนช หล่อ

ตระกูล, 2557) ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่องให้ใช้ยาด้วยความระมัดระวัง ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มี acute or recent myocardial infraction ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรระวังในการใช้ ห้ามใช้ในช่องไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ เพราะอาจทำให้ทารกมีลิ้นหัวใจไตรคัสปิดแบบ Ebstein's anomaly ได้

2. Valproic acid ยาชนิดนี้เป็นยารักษาโรคลมชักและนำมาใช้รักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้ผลดีทั้งในระยะเฉียบพลันและป้องกันการเป็นซ้ำ ประสิทธิภาพโดยรวมเท่ากับร้อยละ 65-70 จัดว่าเป็นยาที่มีประสิทธิภาพเป็นอันดับที่ 2 รองจากลิเทียม แต่ผลข้างเคียงมีน้อยกว่า มีข้อสันนิษฐานว่ายายออกฤทธิ์ต่อ GABA (gamma-aminobutyric acid) โดยเพิ่มระดับของ GABA ซึ่งทำหน้าที่เป็น inhibitory neurotransmitter ขนาดยารักษาต่อวันเท่ากับ 15-60 มก.ต่อ กก. ระดับยาในเลือดที่ได้ผลในการรักษาเท่ากับ 50-125 mg/mL. อาการข้างเคียงที่พบบ่อย คือ คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงนอน รับประทานจุและน้ำหนักเพิ่ม อาจมีความบกพร่องของหน้าที่ตับและระดับเกล็ดเลือดลดลงเล็กน้อย แต่จะเป็นเพียงชั่วคราว เมื่อหยุดยาจะเป็นปกติเหมือนเดิมและผู้ป่วยสามารถรับประทานยาต่อไปได้ ยามีฤทธิ์เป็น teratogenesis ดังนั้นผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้หญิงต้องควบคุมไม่ให้ตั้งครรภ์เช่นเดียวกับลิเทียม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) ข้อห้ามและภาวะที่ควรระวังในการใช้ยา Valproic acid (มาโนช หล่อตระกูล, 2557) คือ ห้ามใช้ใน severe AV block ห้ามใช้ในโรคตับรุนแรง ควรเลี่ยงในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ เนื่องจากมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด neural tube defects

3. Carbamazepine (Tegretol) ยาชนิดนี้เป็นยารักษาโรคลมชักและนำมาใช้รักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ผลดีพอสมควร ประสิทธิภาพของยาอยู่ในอันดับที่ 3 ออกฤทธิ์โดยปรับการทำงานของ limbic system amygdala ให้อยู่ในสมดุล ขนาดยารักษาต่อวันเท่ากับ 10-20 มก. ต่อ กก. อาการข้างเคียงที่พบบ่อย คือ การทรงตัวไม่ดี (ataxia) อาจเกิด agranulocytosis และ aplastic anemia โดยเฉพาะช่วง 3 เดือนแรก และอาจมีพิษต่อตับ ยามี teratogenesis เช่นกัน ดังนั้นผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้หญิงต้องควบคุมไม่ให้ตั้งครรภ์เช่นเดียวกับลิเทียมและ Valproic acid (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) ข้อห้ามและภาวะที่ควรระวังในการใช้ยา Carbamazepine (มาโนช หล่อตระกูล, 2557) ห้ามใช้ใน severe AV block ห้ามใช้ในโรคตับรุนแรง ควรเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม tricyclic เนื่องจาก Carbamazepine มีโครงสร้างเหมือนยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม tricyclic ควรเลี่ยงในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ เนื่องจากมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด neural tube defects, craniofacial defects และ fingernail hypoplasia

### ยารักษาโรคจิต (antipsychotic)

ยารักษาโรคจิตที่มีประสิทธิภาพสูงโดยเฉพาะ haloperidol 10-15 มก. ยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงและมีผลข้างเคียงน้อย เช่น risperidone ใช้รักษาได้ผลดีเช่นกัน ขนาดรักษาต่อวันเท่ากับ 4-6 มก. (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

### ยาด้านอาการเศร้า

ยาด้านอาการเศร้าที่นิยมใช้มีหลายชนิด เช่น Amitriptyline ขนาด 10, 25 มก. ยา Imipramine ขนาด 25 มก. ยา Nortriptyline ขนาด 10, 25 มก. แพทย์มักเริ่มด้วยขนาดน้อยๆก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยชินกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา ยกเว้นกรณีผู้ป่วยมีอาการรุนแรง บางกรณีอาจใช้ยาลดความวิตกกังวลร่วมด้วย เช่น Lorazepam เป็นต้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556)

### 1.6.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy)

ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยไฟฟ้า คือ 1) มีอาการโรคจิตร่วมด้วย 2) มีอาการชนิดเปลี่ยนเร็ว 3) ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) อาจนำมาใช้เพื่อลดพฤติกรรมแมนีอย่างรุนแรง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาและผู้ป่วยที่มีวงจรการป่วยสั้นที่มีอาการอย่างน้อย 4 ครั้งต่อปี (อัจฉราพร สิริวิทยวงศ์และคณะ, 2557) และมักทำในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่พยายามทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดประสาทหลอน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556)

### 1.6.3 การบำบัดทางจิตสังคม

นำมาใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาเพื่อบรรเทาอาการเฉียบพลัน ค้นการทำหน้าที่ทางจิตสังคมและป้องกัน relapse และการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) การบำบัดทางจิตที่มีหลักฐานการวิจัยเชิงทดลองแบบมีการสุ่มตัวอย่างและการควบคุมสนับสนุนว่าได้ผลอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ brief technique driven interventions, family or couple therapy, interpersonal socialrhythms therapy และ cognitive therapy (อัจฉราพร สิริวิทยวงศ์และคณะ, 2557)

1.6.3.1 การบำบัดด้านความคิด (cognitive therapy) หลักของการรักษาวิธีนี้ถือว่าผู้ป่วยมีความคิดที่ผิดพลาด (cognitive distortion) เช่น คิดด้านลบ มีทัศนคติในรูปแบบผิดๆจนเกิดเป็นโทษต่อตนเอง การรักษาคือ ช่วยให้ผู้ป่วยได้แก้ไขระบบความคิดที่เป็นผลเสียต่อตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้า หมดหนทาง มองสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตในแง่ลบ ผู้บำบัดจะร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหารูปแบบความคิดที่เป็นปัญหา วางแนวความคิดใหม่ และนำไปทดลองปฏิบัติจริงจนผู้ป่วยสามารถปรับความคิดและพฤติกรรมได้เหมาะสมยิ่งขึ้น (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันท์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข, 2556)

1.6.3.2 จิตบำบัด (psychotherapy) การรักษาด้วยจิตบำบัดเป็นการใช้หลักการของสัมพันธภาพ ทั้งรายบุคคลและกลุ่ม โดยผู้บำบัดใช้การพูดคุยกับผู้ป่วย วิเคราะห์

สภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การเข้าใจ การยอมรับปัญหา สาเหตุของปัญหา และมุ่งหาทางแก้ไข รวมทั้งการส่งเสริมการปรับตัวในทางที่ถูกต้องเหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) แบ่งเป็น จิตบำบัดระยะยาว (psychoanalytically oriented psychotherapy) มุ่งให้ผู้ป่วยเข้าใจความขัดแย้งในระดับจิตไร้สำนึก แรงผลักดันทางจิตใจที่มีผลต่อพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในบุคลิกภาพ เข้าใจการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของตนเอง มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นดีขึ้น สามารถปรับตัวในสถานการณ์ที่กดดันต่อจิตใจได้ดีขึ้น (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แฉ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข, 2556) จิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) มุ่งให้การประคับประคองจิตใจ ให้มีสัมพันธภาพเชิงบวกกับผู้รักษา ระบายความรู้สึก ระบายความในใจ สร้างกำลังใจ ให้คำแนะนำ เรียนรู้ความเป็นจริง กำหนดขอบเขตการกระทำ ยอมรับการเจ็บป่วยเข้าใจการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของตนเอง ช่วยให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจ ที่จะแก้ไขปัญหาและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การทำจิตบำบัดสามารถทำได้ทั้งการบำบัดรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แฉ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข, 2556)

1.6.3.3 การบำบัดเป็นครอบครัว เป็นที่ปรากฏชัดว่าการเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อความเครียดในครอบครัวและชีวิตสมรสเป็นอย่างมาก ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว (expressed emotion) เป็นตัวพยากรณ์การดำเนินโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในด้านอาการกำเริบหลังจากออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคและการบำบัดรักษาแก่ครอบครัว พบว่าครอบครัวที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคและการบำบัดดีกว่าและทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มมากกว่าเมื่อสิ้นสุดการบำบัด 6 ครั้งและติดตาม 6 เดือน การบำบัดคู่สมรสร่วมกับการรักษาตามปกติสามารถเพิ่มระดับของการปรับตัวทางสังคมและการรับประทานยาต่อเนื่องเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่รักษาตามปกติ (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์และคณะ, 2557)

1.6.3.4 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu Therapy) โดยการจัดบรรยากาศในหอผู้ป่วยให้รู้สึกปลอดภัย อบอุ่น เป็นมิตร ให้ผู้ป่วยเรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและพัฒนาตนเองเพื่อออกไปอยู่สังคมภายนอกได้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แฉ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข, 2556)

1.6.4 การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556)

การช่วยเหลือผู้ป่วย พยาบาลต้องใช้เทคนิคในการติดต่อสื่อสารที่ดี และใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่เหมาะสมตามสภาพปัญหาและความพร้อมของผู้ป่วย โดยใช้หลักการ ดังนี้ 1) ยอมรับผู้ป่วยโดยไม่มีเงื่อนไข ไม่ว่าผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวไม่เหมาะสมเพียงใด พยาบาลจะต้องยอมรับว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ พยาบาลไม่ตำหนิผู้ป่วย แต่คอยหาโอกาสและวิธีที่เหมาะสมตักเตือนชี้แนะหรือปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม 2) การ



สื่อสารด้วยความเห็นใจและเข้าใจ พยาบาลใช้เทคนิคทั้งคำพูด และท่าทีที่แสดงถึงความเข้าใจใน ปัญหาของผู้ป่วย 3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายปัญหาและความทุกข์ของตน พยาบาลรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วย เล่าด้วยความสนใจและตั้งใจ ทั้งใช้เทคนิคการสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยรู้ตัว ยอมรับตนเองและปัญหา การ สนับสนุนให้กำลังใจอย่างเหมาะสมร่วมกับผู้ป่วยให้การแก้ปัญหา 4) ให้ข้อเสนอแนะหรือทางเลือกแก่ ผู้ป่วยและครอบครัวไปพิจารณา ให้เวลาผู้ป่วยในการทบทวนทางเลือกของตนเอง เน้นการให้ความรู้ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลสุขอนามัยตนเอง การพัฒนาบุคลิกภาพที่ดี รวมทั้งการปรับตัวและการ สร้างสัมพันธภาพที่ดีในสังคม 5) การป้องกันอันตราย สังเกตและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จัดบุคคล ดูแลผู้ป่วยอยู่ในสายตา ป้องกันการทำร้ายตนเองทั้งโดยรู้ตัวและไม่รู้ตัว จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย จากสิ่งของต่างๆ ที่ผู้ป่วยใช้เป็นอาวุธหรือทำอันตรายตนเองหรือผู้อื่น 6) การเสริมสร้างความมั่นคง และเข้มแข็งในการเผชิญปัญหา สอน ให้คำปรึกษา และฝึกทักษะในการปรับตัวต่อปัญหา การเผชิญ ปัญหา และการตัดสินใจในสภาพการณ์ต่างๆ ตลอดจนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมในการทำงาน ใน สังคม 7) การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูด้านการดูแลสุขอนามัยของตน การ ประกอบอาชีพ 8) การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนเตรียม ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ในระยะแรกต้องติดตามการรักษาสม่ำเสมอ เช่น การรับประทานยา การมาตรวจ ตามนัด การพักผ่อน การมีงานอดิเรกและกิจกรรมยามว่างที่เหมาะสม

### 1.7 ผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

เนื่องจากโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่รุนแรง ผู้ป่วยเป็นซ้ำได้หลายครั้ง ตลอดชีวิต อีกทั้งเป็นโรคที่พบอาการหลงเหลือและทุพพลภาพได้บ่อย ความสูญเสียและผลกระทบ จากโรคจึงมีได้ทั้งต่อตัวผู้ป่วยครอบครัว สังคมและระบบเศรษฐกิจ โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมี อัตราการป่วยซ้ำ (recurrence) และอัตราการกำเริบ (relapse) สูงถึงร้อยละ 80-90 และการการฟื้นฟู ในด้านการทำหน้าที่จะช้ากว่าการฟื้นฟูจากอาการ (Hilty, Brady and Hale, 1999) นอกจากนี้มีรายงานว่า การป่วยซ้ำเกิดขึ้นหลายครั้งในระยะหนึ่งปีของการฟื้นฟูและผู้ป่วยจำนวน ถึงร้อยละ 50 จะมีการป่วยครั้งที่สองตามมา (Soloman et al., 1995) โรคนี้ไม่มีใครจะหายขาด การ ป่วยแต่ละครั้งจะเพิ่มโอกาสที่จะเกิดการป่วยครั้งต่อไป ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยจำนวน ร้อยละ 95 จะมีความทุกข์จากการป่วยซ้ำ (George, 1998) และจากการศึกษาของ Tohen et al. (2003) พบว่าภายหลังการบำบัดรักษาแล้วผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วร้อยละ 39-52 มีการ กลับเป็นซ้ำของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Tundo et al. (2018) ที่ศึกษาพบว่ามากกว่าครึ่ง ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วมีการกลับเป็นซ้ำภายใน 2 ปี นอกจากนี้ Morgan et al. (2005) พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่เคยมีความคิดฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 78.6 (Morgan et al., 2005) และเคยพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตคิดเป็นร้อยละ 25-50 (Isometsa, 2014) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อยู่ในช่วงที่มีอาการกำเริบจะส่งผลทำ

ให้การทำหน้าด้านต่างๆ และความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง (Sanchez-Moreno et al., 2009) โดยเฉพาะช่วงซีมีเศร้าวพบว่าผู้ป่วยต้องประสิทธิภาพในการประกอบอาชีพ (Altshuler et al., 2002) ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องขาดงาน ลางาน หรือตกงานได้ (Sajatovic, 2005) ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในระยะอาการสงบมีการทำหน้าที่ด้อยกว่าประชากรปกติ (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2551) และพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการทำหน้าที่โดยรวมบกพร่องร้อยละ 60.61 (โศรดา สุรเทวมิตร, 2553) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายร้อยละ 11-15 (Hilty, Brady and Hale, 1999) ในช่วงคลุ้มคลั่งผู้ป่วยอาจมีการตัดสินใจหรือแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมได้อย่างไม่เหมาะสม จนเป็นผลเสียต่อตัวผู้ป่วย เช่น ใช้จ่ายเงินฟุ่มเฟือย ลงทุนโดยไม่มีการคิดไตร่ตรอง ทะเลาะวิวาท หรืออาจมีพฤติกรรมสับสนทางเพศ และยังพบอัตราการใช้สารเสพติดร่วมกับร้อยละ 60 (Frye et al., 2003) ผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางจิตสังคมของบุคคล แม้ว่าจะไม่ปรากฏอาการทางคลินิกก็ตามผลกระทบทางด้านจิตสังคม ได้แก่ การลดการทำหน้าที่ทางสังคม (Hilty, Brady and Hale, 1999) เพิ่มโอกาสในการหย่าร้างและแยกกันของคู่สมรส (Mason, 1998) ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 89 มีความเครียดและรู้สึกถึงความยากลำบากในการดูแลและจัดการกับอาการของผู้ป่วย (เครีวอล์ย ทรัพย์เจริญ, 2542) นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะรู้สึกถึงภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภท แม้บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะเห็นว่ามีการดูแลไม่แตกต่างกัน (Mueser et al., 1996) ผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ กล่าวคือ ในประเทศไทยจากการวิเคราะห์ต้นทุนการรักษาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าต้นทุนประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยให้ได้ผล 1 ราย ต้องมีทุนประมาณ 72,000 บาท ถึง 82,000 บาท (รัชชัย ลีฬหานาจ, สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์ และรณชัย คงสกนธ์, 2545)

1.8 บทบาทการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งมีผู้ศึกษาไว้ใน การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวช) คือ Gourney (2000) กล่าวว่า บทบาทที่สำคัญบทบาทหนึ่งของพยาบาลจิตเวช คือ การบริหารจัดการด้านยาของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลจิตเวชต้องมีความรู้และทักษะในการบริหารจัดการยารักษาผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

- 1.8.1 ความรู้เรื่องยา กลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาอาการทางจิต
- 1.8.2 ใช้อุปแบบและวิธีการต่างๆในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับผลของยารักษาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย
- 1.8.3 ฝึกทักษะการใช้แบบวัดต่างๆที่ใช้วัดอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต
- 1.8.4 ใช้วิธีการต่างๆเพื่อสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาให้ถูกต้อง

ตามเกณฑ์การรักษา เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การให้คำปรึกษาครอบครัว

1.8.5 ควรคำนึงถึงสาเหตุสำคัญของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา

1.8.6 ต้องทำความเข้าใจกับเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยบางส่วนจะหยุดใช้ยา

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

**2.1 ความหมายของการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา** Medication Compliance หมายถึง การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาซึ่งผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่แพทย์และทีมสุขภาพแนะนำ โดยที่ผู้ป่วยแสดงออกโดยการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง แต่สำหรับ Medication Adherence นั้นเป็นการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามที่แพทย์และทีมสุขภาพแนะนำโดยที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นกับแพทย์และทีมสุขภาพโดยการปฏิบัติตนนั้นผู้ป่วยจะมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต รับประทานยา รับประทานอาหารตามที่ทางทีมสุขภาพแนะนำด้วยความเห็นชอบ โดยสรุป Medication Adherence แตกต่างกับ Medication Compliance ตรงที่ผู้ป่วยจะมีอำนาจหรือสิทธิในการตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์หรือทีมสุขภาพมากขึ้นนั่นเอง ซึ่ง (Chakrabari, 2014) โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้คำว่า Adherence เนื่องจากต้องการศึกษา การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นหรือตัดสินใจร่วมกับแพทย์หรือทีมสุขภาพ โดยประเมินที่พฤติกรรมหรือการกระทำนั้น สอดคล้องกับคำแนะนำและแผนการรักษาของแพทย์ และสำหรับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษานั้น มีผู้ให้คำอธิบายไว้ดังนี้

Farragher (1999) กล่าวว่า ลักษณะการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีการ แสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ 1) การไม่ใช้อย่างต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาเองหรือการใช้ยาเฉพาะ เมื่อเมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดปกติ 2) การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยานั้น 3) การใช้ยา ผิดเวลา 4) การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา 5) การใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา

เพชรี คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยาโรคลดอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับ คำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับ อาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ การใช้ยาของผู้ป่วยเป็นการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการรับประทานอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการ

ป่วยซ้ำ ที่มีพื้นฐานความเชื่อว่าการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษา และการสังเกตอาการตนเองจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

Kumer & Sedgwick (2001) กล่าวว่า การใช้ยาตามแผนการรักษาสามารถอธิบายได้ด้วยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา หรือการใช้ยาที่อาจผิดพลาดได้บ้างเป็นบางครั้ง ซึ่งการใช้ยาที่ผิดพลาด 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ Kumer and Sedgwick ยังถือว่าเป็นการใช้ยาที่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา

Chakrabari (2014) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นการใช้ยาตามที่แพทย์และทีมสุขภาพแนะนำโดยที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นกับแพทย์และทีมสุขภาพ โดยการปฏิบัติตนนั้นผู้ป่วยจะมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ปรับการรับประทานยา การรับประทานอาหารตามที่ทางทีมสุขภาพแนะนำด้วยความเห็นชอบ

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ Farragher (1999) และเพชรี คันธสายบัว (2544) ถือว่ามีความใกล้เคียงกัน และตรงกับสิ่งที่ผู้ศึกษาต้องการศึกษา ซึ่งสรุปได้ว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หมายถึงลักษณะที่แสดงออกของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเรื่องการรับประทานยา และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ตามคำแนะนำของแพทย์อย่างต่อเนื่อง โดยมีการแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 2) ไม่หยุดใช้ยาเอง 3) การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ 4) การใช้ยาตรงตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ 5) การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ความสามารถในการสังเกตปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยา ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหามือเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตทราบได้อย่างถูกต้อง

ในส่วนของการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจะกล่าวครอบคลุมถึงในประเด็นต่างๆ (เน้นลักษณะ สถาพรนานนท์, 2555) ดังต่อไปนี้ การใช้ยาที่มากเกินไปกว่าแพทย์สั่ง 1) การใช้ยาในขนาดที่มากเกินไปกว่าแพทย์สั่ง 2) การใช้ยามากกว่าจำนวนครั้งที่แพทย์สั่ง หมายถึง จำนวนครั้งต่อวัน หรือการใช้ยาที่นานเกินกว่าระยะเวลาที่แพทย์สั่ง 3) การใช้ยาที่น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ได้แก่ การใช้ยาในขนาดที่น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง การใช้ยาน้อยกว่าจำนวนครั้งที่แพทย์สั่ง การหยุดใช้ยาก่อนที่แพทย์จะสั่งให้หยุดยา (การหยุดใช้ยาก่อนกำหนดนั้นพบได้เสมอในรายงานเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการรักษา

ด้วยยา เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว) 4) การไม่ใช้ยา 5) การใช้ยาที่ผิดเทคนิค 6) การใช้ยาที่เสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ 7) การใช้ยาอื่น นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง ซึ่งอาจจะเกิดปฏิกิริยากับยาที่แพทย์สั่งใช้ 8) การไม่มาพบแพทย์ตามนัด หรือการขาดการติดต่อกับแพทย์ (Drop out) ทำให้ไม่มีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

## 2.2 การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความสำคัญมาก การรักษาด้วยยาเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ในทุกระยะของการเจ็บป่วย (Reiser and Thompson, 2005) จากการศึกษาของ Gonzelez-Pinto et al. (2010) กลุ่มตัวอย่าง 1,831 คน พบว่าร้อยละ 76.6 ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและอีกร้อยละ 23.4 นั้นไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Gonzelez-Pinto et al., 2010) ทั้งนี้เกิดมาจากปัจจัยหลายประการร่วมกันไม่ว่าจะเป็นจากตัวผู้ป่วยเอง ปัจจัยด้านโรคและปัจจัยด้านการรักษา Leclerc, Mansur and Brietzke (2013) ซึ่งการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว นั้นมีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของโรค (Miklowitz, 2008) โดยผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีลักษณะของการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดังนี้

1. ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะรับประทานยาทั้งหมดตามที่แพทย์สั่ง กล่าวคือ ไม่รับประทานเลยสักเม็ด (Colom et al., 2000)
2. ผู้ป่วยเลือกที่จะรับประทานยาเพียงบางชนิดเท่านั้น เช่น ไม่รับประทานยาด้านโรคจิต แต่ยอมที่จะรับประทานยาด้านเศร้า เป็นต้น (Colom et al., 2005)
3. ผู้ป่วยยอมรับประทานยาแต่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอในทุกวัน มีบางวันรับประทานยาและมีบางวันที่หยุดรับประทานยา (Maj, 2000)
4. ผู้ป่วยบางคนปฏิเสธการเจ็บป่วยและปฏิเสธการรักษา แต่เมื่อมีการกลับเป็นซ้ำอีกครั้งและอาการหนักกว่าเดิมจึงยินยอมในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Colom et al., 2005)
5. ผู้ป่วยใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในช่วง 2-3 ปีแรกเท่านั้นและเมื่ออาการดีขึ้นผู้ป่วยก็ตัดสินใจหยุดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ (Scott and Pope, 2002)
6. ผู้ป่วยรับประทานยาเกินขนาดที่กำหนดในใบสั่งยา (Colom et al., 2005)
7. ผู้ป่วยมีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีแต่มีพฤติกรรมส่วนตัวที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผล เช่น ต้มแอลกอฮอล์หรือใช้ยาอื่นร่วมด้วย อดนอน เป็นต้น (Colom et al., 2005)

**2.3 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา** แนวคิดทฤษฎีของการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีด้วยกันหลายแนวคิดดังต่อไปนี้

อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) กล่าวว่า การใช้ยาในผู้ป่วย เป็นการปฏิบัติของผู้ป่วย เกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของ บุคลากรเรื่องใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

Farragher (1999) กล่าวว่า ลักษณะการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (non medication adherence) ของผู้ป่วยจิตเภท (ซึ่งเป็นโรคหนึ่งทางจิตเวช) มีการแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ 1) การไม่ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาเองหรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อเมื่อรู้สึกว่ ตนเองมีความผิดปกติ 2) การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยานั้น 3) การใช้ยามืดเวลา 4) การ ใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา 5) การใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา

Osterberg and Blaschke (2005) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การยึดติดอยู่กับสูตรยาที่ได้รับ โดยความตกลงระหว่างทีมดูแลรักษากับผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงการ ที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลก่อนเริ่มยา เกี่ยวกับสูตรยา ประโยชน์ของการใช้ยา การบริหารยา อาการไม่พึง ประสงค์จากการใช้ยา รวมถึงความพร้อมในการใช้ยา และผู้ป่วยสามารถพูดคุยขอคำปรึกษาในการใช้ ยาที่เหมาะสมกับตัวเอง และเวลาของกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมมากที่สุดในการใช้ยา โดยปัจจัย ทำนายหลักที่แสดงถึงความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ 1) ปัญหาทางด้านจิตใจโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า 2) ความบกพร่องทางสติปัญญาหรือความรู้สึกนึกคิด 3) การรักษาโรคที่ไม่มีอาการ 4) การมารับการ รักษาไม่ต่อเนื่องหรือไม่มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 5) อาการข้างเคียงของยา 6) ผู้ป่วยไม่เชื่อในประโยชน์ของการรักษา 7) ผู้ป่วยไม่เข้าใจในความเจ็บป่วย 8) ความสัมพันธ์ ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยไม่ดี 9) อุปสรรคในการดูแลหรือยา 10) การไม่มาตรวจตาม นัด 11) ความซับซ้อนของการรักษา 12) ราคาและค่าใช้จ่ายต่างๆ

Gould and Mitty (2010) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นแนวคิดที่ สะท้อนถึงการมีส่วนร่วมของบุคคลในระดับที่มีความรับผิดชอบต่อตนเองในระดับที่สูงขึ้น คือ ในฐานะ ที่เป็นหุ้นส่วนของบริการทางสุขภาพ ไม่ใช่เพียงแค่ผู้รับบริการเท่านั้น

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดของ Farragher (1999) ซึ่งกล่าวว่า ลักษณะการ ไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (non medication adherence) มีการแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ 1) การไม่ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาเองหรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อเมื่อรู้สึกว่ ตนเองมีความ ผิดปกติ 2) การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยานั้น 3) การใช้ยามืดเวลา 4) การใช้น้อยกว่า แผนการรักษา 5) การใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา ร่วมกับการศึกษาของ เพชรี คันธสายบัว (2544) แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นใน ระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรที่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยอาศัยการทบทวน

วรรณกรรมของ Leclerc, Mansur and Brietzke (2013) และจากวรรณกรรมของท่านอื่นๆ ได้แก่ Gonzalez-Pinto et al. (2006), Johnson et al. (2007), Baldessarini et al. (2008), Gonzalez-Pinto et al. (2010), Barraco et al. (2012) และ Jonsdottir et al. (2012) แล้วผู้วิจัย เลือกใช้ 12 ปัจจัย ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย โดยแบ่งได้เป็น 3 ปัจจัยย่อย ได้แก่ 1.1) ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ (Gonzalez-Pinto et al., 2006), อายุ (Baldessarini et al., 2008), ระดับการศึกษา (Johnson et al., 2007), สถานภาพสมรส (Gonzalez-Pinto et al., 2006), การประกอบอาชีพ (Gonzalez-Pinto et al., 2010) การใช้สารเสพติด (Gonzalez-Pinto et al., 2006) 1.2) ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง (Gonzalez-Pinto et al., 2010) ทักษะต่อการรับประทานยา (Barraco et al., 2012) 2) ปัจจัยด้านโรค ได้แก่ อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก (Barraco et al., 2012) ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรค อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Gonzalez-Pinto et al., 2010), ระดับความรุนแรงของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Gonzalez-Pinto et al., 2006) 3) ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา (Baldessarini et al., 2008)

#### 2.4 การประเมินการใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษา

Farmer (1999) แบ่งการประเมินการใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษาออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การประเมินทางตรงและทางอ้อมดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การประเมินทางตรงเป็นการพิสูจน์ว่า ผู้ป่วยได้รับประทานยาจริง ประกอบด้วย การตรวจหายาหรือการเปลี่ยนแปลงของระดับยาจากของเหลวในร่างกาย ที่ใช้กันบ่อยคือ เลือด ปัสสาวะ และการตรวจหาตัวบ่งชี้ทางชีวภาพที่มีคุณสมบัติเฉพาะกับยาหรือยาหลอก รวมถึงการสังเกตการรับประทานยาของผู้ป่วยโดยตรง (Farmer, 1999)

1.1 ประเมินระดับยาจากของเหลวในร่างกาย จากการศึกษา พบว่า การประเมินระดับยาจากของเหลวในร่างกาย เป็นการตรวจหาระดับยา หรือการเปลี่ยนแปลงของเหลวต่างๆในร่างกาย เพื่อพิสูจน์ว่าผู้ป่วยได้รับยาก่อนหน้าที่จะทำการตรวจวิเคราะห์ วิธีการนี้สามารถสังเกตได้ มีความน่าเชื่อถือ และวัดเชิงปริมาณได้ (Farmer, 1999)

1.2 ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ จากการศึกษา พบว่า ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพจะต้องเป็นสิ่งที่ไม่มีพิษคงที่ ง่ายต่อการตรวจโดยรวม นั่นคือ สามารถให้ร่วมกับยาได้ ตัวบ่งชี้อาจใช้เพื่อตรวจหายาเป้าหมายหรือยาหลอก การตรวจหาตัวบ่งชี้ทางชีวภาพเหมือนกับการตรวจหาระดับยาของเหลวในร่างกายที่ไม่ค่อยได้รับการยอมรับในการประเมินการใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษา (Farmer, 1999)

1.3 การสังเกตผู้ป่วยโดยตรง จากการศึกษาพบว่า การศึกษาทางคลินิกและในบางสถาบันผู้ป่วยอาจถูกสังเกตการรับประทานยาโดยตรงโดยการติดตามอย่างใกล้ชิด วิธีการนี้เป็น

วิธีการที่ไม่ได้รับการยอมรับและไม่ปฏิบัติกันในสถานการณ์ทั่วไป ซึ่งสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดได้ง่าย อาจเกิดปัญหาด้านความพึงพอใจทางสังคม (Farmer, 1999)

2. การประเมินทางอ้อม พบว่าเป็นวิธีการที่ใช้กันมากที่สุดในการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ประกอบด้วย การบอกเล่าจากผู้ป่วย การนับเม็ดยา การติดตามด้วยเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ และการบันทึกการใช้ยา ซึ่งการบอกเล่าของผู้ป่วยจะรวมถึงคำถาม หรือการซักถาม การใช้บันทึกประจำวัน และการใช้แบบสอบถาม (Farmer, 1999; Faught, 2012)

2.1 การบอกเล่าจากผู้ป่วย การได้รับการบอกเล่าจากผู้ป่วยว่ารับประทานยาอย่างไร เป็นวิธีที่ง่ายที่สุดในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Faught, 2012) วิธีการบอกเล่าจากผู้ป่วยต้องใช้เวลาและการตัดสินใจว่าเชื่อถือได้หรือไม่ ซึ่งประกอบด้วย 1) การเขียนบันทึกประจำวันของผู้ป่วย 2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วย 3) คำถามที่ได้มาตรฐาน มีความตรงและความเฉพาะสำหรับความร่วมมือในการรับประทานยา ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อความแม่นยำและความตรงของวิธีการบอกเล่าจากผู้ป่วย คือ ทักษะในการสัมภาษณ์และโครงสร้างของข้อคำถาม สัมพันธภาพและมารยาทของการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย ข้อคำถามในเชิงลบอาจเหมือนการกล่าวโทษผู้ป่วยว่าไม่ให้ความร่วมมือ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอคติในการตอบข้อคำถาม ดังนั้นจึงต้องระมัดระวังในการสร้างคำถามและควรใช้มารยาทที่ดีในการถามคำถามที่อาจก่อให้เกิดอคติได้ (Farmer, 1999) อย่างไรก็ตามวิธีการนี้ก็เป็วิธีการที่ง่าย ไม่แพง และเป็นวิธีการที่มีประโยชน์มากที่สุดที่นำมาใช้ทางคลินิก (Osterberg and Blaschke, 2005)

2.2 การบอกเล่าจากบุคลากรทางสุขภาพ เป็นการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาทางอ้อมอีกวิธีการหนึ่ง ซึ่งวิธีการนี้ไม่น่าเชื่อถือ เพราะไม่มีการสังเกตลักษณะความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพเชื่อมั่นในความรู้สึทงของตนเองและคาดคะเนเอาเอง อย่างไรก็ตามการบอกเล่าจากบุคลากรทางสุขภาพก็เป็นวิธีการที่รวดเร็ว ไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและแบบแผนในการรักษาก็คงที่ ซึ่งวิธีนี้ก็ยังคงใช้ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Farmer, 1999)

2.3 การนับเม็ดยา เป็นวิธีการที่ใช้ประเมินการใช้ยาที่ใช้กันอยู่เสมอ เป็นการเลี้ยงการสัมภาษณ์ผู้ป่วย การนับเม็ดยาเป็นการนับจำนวนที่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทาน เมื่อมาตรวจตามนัดหรือมารับบริการในคลินิก (Faught, 2012) การนับจำนวนเม็ดยาใช้ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยากันอย่างแพร่หลาย ทั้งในการศึกษาทางคลินิกและการปฏิบัติ เพราะเป็นวิธีที่ง่ายและเสียค่าใช้จ่ายน้อย แต่อาจประเมินความร่วมมือที่เกินจริงได้ ซึ่งมีข้อเสีย คือ การนับเม็ดยาบอกเพียงร้อยละของการรับประทานยาเท่านั้น แต่ไม่สามารถให้รายละเอียดเกี่ยวกับแบบแผนการรับประทานยา เช่น ขนาด เวลา การหยุดยา (การลืมนับรับประทานยาในแต่ละวัน) หรือเหตุผลของการ



หยุดยา เช่น ผลข้างเคียงของยา ซึ่งอาจเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดผลลัพธ์ทางคลินิกได้ (Osterberg and Blaschke, 2005)

2.4 การติดตามด้วยเครื่องมืออัตโนมัติ วิธีการนี้เป็นการใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ที่ทันสมัยที่วัดความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างละเอียด โดยมี Microprocessor สำหรับบันทึกและติดตามวันเวลาในแต่ละวันที่ผู้ป่วยใช้ยาจากกล่องยา และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาในแต่ละวันหรือสัปดาห์ได้ รวมถึงการรู้แบบแผนในการรับประทานยาหรือไม่รับประทานยา ซึ่งมีประโยชน์ในการประเมินการตอบสนองทางคลินิก หรือผลข้างเคียงของยาของยาและการจัดเตรียมแนวทางหรือกิจกรรมที่เฉพาะมาช่วยปรับปรุงผู้ป่วยแต่ละราย แต่วิธีนี้ก็ยังมีข้อจำกัด คือ ถ้าผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุ หรือจงใจล่อลวงจะทำให้ข้อมูลผิดพลาด นอกจากนี้อาจเกิดกรณีที่ผู้ป่วยมีความกังวล เกิดภาวะซึมเศร้า และอาจมีอาการต่างๆเพิ่มมากขึ้น เพื่อไม่ให้ถูกตำหนิเมื่อรับประทานยาไม่ครบ การติดตามด้วยเครื่องมืออัตโนมัติเป็นวิธีการที่แพง และสามารถปฏิบัติได้ในการศึกษาขนาดใหญ่ (Faight, 2012)

2.5 ผลลัพธ์ทางคลินิกเกี่ยวกับการรักษาหรือการป้องกัน จากการศึกษาพบว่าในทางทฤษฎี ถ้าประสิทธิภาพของยาดีและรับประทานอย่างถูกต้องจะทำให้อาการต่างๆดีขึ้น แต่ถ้าสิ่งต่างๆเหล่านี้ไม่เกิดขึ้น แสดงว่าความร่วมมือในการรับประทานยาไม่ดี อย่างไรก็ตามอาการทางคลินิกที่ดีขึ้นอาจมาจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย ดังนั้นการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกอาจไม่ได้บอกอะไรเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา แต่อาจเป็นวิธีที่มีประโยชน์เพราะเป็นวิธีการธรรมดาและง่ายต่อการปฏิบัติ (Osterberg and Blaschke, 2005)

2.6 การบันทึกการมาเติมยาตามแผนการรักษา การบันทึกการเติมยาช่วยให้ผู้วิจัยศึกษาเกี่ยวกับการไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องก่อนกำหนด และวิธีการใช้ยาที่นอกเหนือจากใบสั่งยา (Farmer, 1999) สอดคล้องกับการประเมินการรักษาด้วยยาของ นันท์ลักษณ์ สถาพรนา นนท์ (2555) ซึ่งอธิบายว่าสามารถทำได้หลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้

การประเมินการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสามารถประเมินได้ 2 วิธีใหญ่ๆ คือวิธีการประเมินทางตรงและวิธีการประเมินทางอ้อม แต่สิ่งที่ดีที่ที่สุดนั้นควรจะใช้หลายๆวิธีร่วมกัน อาทิเช่น การให้ผู้ป่วยบันทึกวัน เวลาที่ใช้ยาเองร่วมกับการนับเม็ดยาที่เหลือ หรือการสัมภาษณ์พร้อมกับการติดตามการมารับยาของผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อให้ได้ผลที่มีความแม่นยำที่สุด

เครื่องมือประเมินการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

1. แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้วยยาตามแนวคิดของ Farragher (1999) ที่พัฒนาโดย อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) เพื่อใช้ประเมินการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภทเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ ซึ่ง

ครอบคลุมพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา 2 ด้าน คือ 1) การปฏิบัติตามแผนการรักษา 9 ข้อ 2) ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา 9 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 9 ข้อ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89

2. Morisky Medication Adherence (MMAS) ชนิด 4 ข้อคำถาม พัฒนาโดย Morisky, Green และ Levine ในปี ค.ศ. 1986 เป็นเครื่องมือวัดการใช้อย่างตรงตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มี 4 ข้อคำถาม โดยลักษณะของคำตอบเป็น “ใช่” และ “ไม่ใช่” ในการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาในเหตุการณ์ระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.64

3. Morisky Medication Adherence (MMAS) ชนิด 8 ข้อคำถาม พัฒนาโดย Morisky และคณะ ในปี ค.ศ. 2008 ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก Morisky Medication Adherence (MMAS) ชนิด 4 ข้อคำถาม โดยการเพิ่มข้อคำถามที่ใช้วัดความร่วมมือในการใช้ยา และเพิ่มข้อคำถามให้ผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาตอบว่า “ใช่” เพื่อลดอคติในการตอบ ปฏิเสธทุกคำถาม จากการศึกษาการใช้ MMAS ชนิด 8 ข้อคำถาม ในผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83

4. The Brief Adherence Scale (BARS) พัฒนาโดย Byerly, Nakonzny และ Rush ในปี ค.ศ. 2008 เป็นเครื่องมือประเมินความถี่ของการลืมใช้ยาหรือไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท มี 4 ข้อคำถาม เป็นมาตรประมาณค่าแบบ visual analog จาก 0 เปอร์เซ็น หมายถึง ไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์บ่อยครั้งถึงร้อยละ 100 หมายถึง ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์เป็นประจำ เป็นการประเมินในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยข้อคำถามจะเกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับยาของตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ จำนวนยาที่ใช้ต่อวัน จำนวนวันหรือจำนวนครั้งที่ใช้ยามากกว่าคำสั่งแพทย์ จำนวนวันหรือจำนวนครั้งที่ไม่ได้ใช้ยา ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค โดยการทดสอบซ้ำ 2 ครั้ง ได้เท่ากับ 0.46 และ 0.86 ตามลำดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการใช้อย่างตรงตามเกณฑ์การรักษาที่มีชื่อว่า แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิดของ Farragher (1999) ที่พัฒนาโดย อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการใช้อย่างตรงตามเกณฑ์การรักษาที่ใช้ง่ายและสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการและแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

### 3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมของ Leclerc, Mansur and Brietzke (2013) และงานวิจัยของนักวิจัยท่านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งในและต่างประเทศพบว่ามีการศึกษาวิจัยถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆได้แก่

3.1 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงออกถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคลที่ส่งเสริมให้มีการแสดงพฤติกรรมโดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือป้องกันการป่วยซ้ำหลังจากที่ได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้นและกลับไปอยู่ในชุมชนได้เป็นปัจจัยที่บอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยมีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประกอบด้วย

#### 3.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

3.1.1.1 เพศ คือ สิ่งที่จำแนกความแตกต่างระหว่างชายกับหญิง มีการศึกษาพบว่าเพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยา เนื่องจากเพศเป็นตัวกำหนดความแตกต่างระหว่างบทบาท บุคลิกภาพในสังคม การแสดงออกทางพฤติกรรม และปัจจัยด้านจิตสังคม (McCarthy, 2017) ซึ่งจากการศึกษาของ Gonzelez-Pinto et al. (2006) พบว่าเพศหญิงจะมีการใช้ยาตามเกณฑ์รักษามากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Sajatovac et al. (2011) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 140 คน เป็นเพศหญิง 70 คน และเพศชายจำนวน 70 คน พบว่าเพศหญิงมีการใช้ยาตามเกณฑ์รักษามากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = 0.04$ ) เนื่องจากเพศหญิงมักจะแสดงบทบาทเมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคทาง จิตเวชที่รุนแรงได้ดีกว่าเพศชายจึงรับผิดชอบดูแลตนเองได้ดีกว่า ซึ่งรวมไปถึงการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้วยเช่นกัน

3.1.1.2 อายุ คือ ระยะเวลา นับตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน อันเป็นการบ่งบอกถึงวุฒิภาวะและอาจหมายรวมถึงความรับผิดชอบของบุคคล อายุของบุคคลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองจะถูกพัฒนาขึ้นตามอายุ จากวัยเด็กถึงผู้ใหญ่ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลตนเองสูงสุด และจะลดลงและมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 2001) อายุเป็นปัจจัยสำคัญที่บอกถึงวุฒิภาวะและความรับผิดชอบของบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยผู้ที่อายุมากกว่าจะรับผิดชอบในการใช้ยาได้ครบถ้วนตรงเวลาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ดีกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย ด้วยผู้ป่วยที่อายุน้อยจะไม่ให้ความสำคัญกับการรับประทานยา

และเป็นความเสี่ยงให้ผู้ป่วยมีการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สรุปผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยมีความสัมพันธ์การไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.003$ ) (Baldessarini et al., 2008)

3.1.1.3 ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาสูงสุดที่ได้รับตามระบบการศึกษาปัจจุบันของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว นับตามจำนวนปีที่อยู่ในระบบการศึกษา ซึ่งระดับการศึกษาถือเป็นปัจจัยที่แสดงถึงความรู้ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ซึ่งความสามารถดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยอ่านสลากยาหรือวิธีการใช้ยาได้และใช้ยาได้ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์มีผลทางบวกต่อการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Davis et al., 2009) โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีการศึกษาดำเนินการมีผลการใช้ยาน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เรียนจบระดับอุดมศึกษาซึ่งสามารถรับประทานยาได้อย่างถูกต้องครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอเพราะว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำอาจทำความเข้าใจกับวิธีการใช้ความสำคัญของการใช้ยาได้ยากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูง จากการศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.014$ ) (Johnson et al., 2007)

3.1.1.4 สถานภาพสมรส ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่บอกลึงการมีคนคอยดูแลให้ความรักความเอาใจใส่ต่อกัน มีคู่คิด มีความปรารถนาดี เอื้ออาทรต่อกันทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ โดยคู่สมรสจะมีบทบาทสำคัญในการช่วยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจึงส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่มิแนวโน้มที่จะใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีสถานภาพโสด ผู้ที่มีสถานภาพโสดมีความเสี่ยงสูงที่จะไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเนื่องจากขาดแรงสนับสนุนจากคู่สมรส จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีสถานภาพสมรสคู่จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเทียมโดยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.001$ ) (Gonzalez-Pinto et al., 2006)

3.1.1.5 การประกอบอาชีพ จากการศึกษาของ Gonzalez-Pinto et al. (2010) พบว่าการที่ผู้ป่วยไม่มีกิจกรรมทางสังคม ไม่มีงานทำ มีความสัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพจะไม่มีควมสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองเพราะไม่มีภาระหน้าที่ที่จะต้องรับผิดชอบ แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีการประกอบอาชีพนั้นจะต้องการคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ของตนเองจึงให้ความสำคัญกับการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาเพื่อให้อาการสงบ (Gonzalez-Pinto et al., 2010) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีอัตราการว่างงานที่สูงถึงร้อยละ 64 (Kupfer et al., 2002)

3.1.1.6 การใช้สารเสพติด ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการใช้สารเสพติดเป็นจำนวนมาก ส่งผลเสียต่อการฟื้นฟูของอารมณ์ เพิ่มความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย สูญเสียหน้าที่การงาน และส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Wilens et al., 2016) จากการศึกษา

ของ Gonzelez-Pinto et al. (2010) พบว่าลักษณะของผู้ใช้สารเสพติดจะไม่สนใจความเป็นอยู่ของตนเอง จึงไม่ให้ความสำคัญในการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดในระหว่างสัปดาห์แรกของการรับการรักษาจะส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Gonzelez-Pinto et al., 2010) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีอัตราการดื่มสุราที่สูงมากส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิต และมีอารมณ์คลุ้มคลั่ง ซึ่งเมื่ออยู่ในสภาวะอารมณ์คลุ้มคลั่งผู้ป่วยจะไม่ให้ความสำคัญกับการรับประทานยา (Strakowski et al., 2005) และการดื่มสุรายังทำให้การรู้คิด และความจำของผู้ป่วยเสียไป ส่งผลให้ผู้ป่วยล้มรับประทานยา (Alvarez and Rodriguez, 2017) Gonzelez-Pinto et al. (2010) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = 0.001$ ) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการใช้สารเสพติดจะทำให้มีอาการแสดงทางจิตเพิ่มมากขึ้น ยกตัวอย่างเช่น จะมีช่วงอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้บ่อยครั้งมากขึ้นระหว่างอารมณ์เศร้าและคลุ้มคลั่งหรืออาการแบบผสม ในขณะที่ผู้ใช้บุหรี่และกัญชาทำให้อาการของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วยิ่งแย่ลงไป (Alvarez and Rodriguez, 2017)

### 3.1.2 ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา

3.1.2.1 2.1 การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง เป็นการที่บุคคลยอมรับ รู้ว่าตนเองเจ็บป่วยไม่สบาย รับรู้อาการผิดปกติที่ตนเผชิญอยู่ จากการศึกษาของ Gonzelez-Pinto et al. 2010 และ Velligan et al. (2010) พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเจ็บป่วยจะไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากไม่คิดว่าความผิดปกติทางอารมณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่เป็นการเจ็บป่วยที่มีความจำเป็นต้องรับประทานยา การไม่ตระหนักรู้ในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดย Gonzelez-Pinto et al. (2010) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะมีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากขึ้นเมื่อยอมรับการเจ็บป่วยได้ภายในสัปดาห์ที่ 12 ของการเจ็บป่วย และจากการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดย Ghaemi and Rosenquist (2004) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมักจะมีปฏิเสธการเจ็บป่วยเมื่ออยู่ในระยะเฉียบพลันของ manic episode แต่จะสามารถกลับมายอมรับความเจ็บป่วยอีกครั้งเมื่อได้รับการฟื้นฟูแล้ว สรุปได้ว่าการรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.003$ )

3.1.2.2 ทศนคติต่อการรับประทานยา ทศนคติ คือ สิ่งที่ผู้ป่วยให้คุณค่า ให้ความสำคัญ ถ้าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและมีเจตคติที่ดีต่อยาทางจิตเวชที่ใช้รักษาแล้วนั้น ผู้ป่วยย่อมจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาที่ดีด้วยเช่นกัน ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยได้เห็นถึงความสำคัญและเห็นคุณค่าของยาทางจิตเวชที่เขาได้รับ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องยากที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจต่อต้านในสิ่งที่เขาให้คุณค่าหรือให้ความสำคัญ โดยการเลิกหรือละเว้นการปฏิบัติเกี่ยวกับยา (อุไรวรรณ เหลืองโพธิ์โรจน์,

ชุดิมา ประทีปจตุติ และสุคนธ์ คำอ่อน, 2541) ผู้ป่วยที่มีทัศนคติต่อการรับประทานยาที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) (Clatworthy et al., 2009)

### 3.2 ปัจจัยด้านโรค

3.2.1 อายุที่เริ่มป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตั้งแต่อายุน้อยๆ การพยากรณ์ของโรคมักจะไม่ค่อยดี จะมีระดับความรุนแรงของโรคและการป่วยซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่บอกถึงวุฒิภาวะและความรับผิดชอบของบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยผู้ที่อายุมากกว่าจะรับผิดชอบในการใช้ยาได้ครบถ้วนตรงเวลาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ดีกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย และเมื่อผู้ป่วยเริ่มป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตั้งแต่อายุยังน้อย ผู้ป่วยจะเกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน และต้องทนทุกข์ทรมานกับการเจ็บป่วยส่งผลให้ไม่อยากรับประทานยา (Gonzalez-Pinto et al., 2010; Barraco et al., 2012) อายุที่เริ่มป่วยมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.0023$ ) (Barraco et al., 2012)

3.2.2 ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระยะเวลาคลุ้มคลั่งหรือระยะซึมเศร้าที่รุนแรงเป็นข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยควรต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาของ Gonzalez-Pinto et al. (2010) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีประวัติการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่จะนอนโรงพยาบาลด้วยสาเหตุว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะคลุ้มคลั่ง หรือระยะซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตายใน 12 เดือนที่ผ่านมาถือเป็นความเสี่ยงของการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เนื่องจากยามีส่วนสำคัญในการควบคุมอาการ จึงสามารถอนุมานได้ว่าก่อนหน้านี้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจนอาการกำเริบต้องนอนโรงพยาบาลและจากการศึกษาพบว่ามีโอกาสเป็นไปได้สูงมากที่ผู้ป่วยจะกลับไปมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเช่นเดิม ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) (Gonzalez-Pinto et al., 2006)

3.2.3 ระดับความรุนแรงของโรค โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด โดยแสดงออกถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ (Depressive) อาจแสดงอาการซึมเศร้ามาก ร้องไห้มาก ปฏิเสธการเข้าสังคมกับผู้อื่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หดหู่ใจ อยากตาย หรืออาจมีอาการครั้นเคร่ง คลุ้มคลั่ง เร็วเร็วกว่าปกติ (Mania) หัวเราะ โดยไม่มีเหตุผลตลอดเวลา หรืออาจมีอาการทั้งเศร้าและคลุ้มคลั่งมากในเวลาเดียวกันหรือในเวลาใกล้เคียงกัน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) ส่งผลให้การคิด พฤติกรรม ความสัมพันธ์ระหว่าง

บุคคล และหน้าที่การทำงานผิดปกติตามไปด้วย การเปลี่ยนแปลงที่ไม่พึงประสงค์ทางด้านสภาพ อารมณ์ที่มากเกินไปผิดปกติของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้ทั้งระยะซึมเศร้าและระยะคลุ้มคลั่งซึ่งถ้าเป็นระดับที่รุนแรง มากผู้ป่วยจะไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติสม่ำเสมอเหมือนในอดีตที่เคยปฏิบัติได้ (กรรณิการ์ เลา ประเสริฐสุข, 2555) จากการศึกษาของ Baldessarini et al. (2008) พบว่าโรคอารมณ์แปรปรวนสอง ขั้วที่เป็นระดับรุนแรงทั้งในระยะคลุ้มคลั่งและระยะผสมจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.004$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gonzelez-Pinto et al. (2010) พบว่าผู้ป่วยจะไม่ใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษาเมื่ออยู่ในระยะคลุ้มคลั่งและมีอาการทางจิต เช่น หูแว่วประสาทหลอน โดยผู้ป่วย จะมีการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาก็ต่อเมื่อมีระดับความรุนแรงของโรคลดลงมาอยู่ในระดับต่ำ (Gonzelez-Pinto et al., 2010)

### 3.3 ปัจจัยด้านการรักษา

3.3.1 ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรค อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยกลุ่มยาที่ใช้บ่อยคือ ยาปรับอารมณ์ (Mood stabilizers) ยกตัวอย่าง เช่น ลิเทียมมีฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะมากและดื่มน้ำมาก มือสั่น ง่วงนอนและลึ่มง่าย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) ส่วน Valproic acid อาการข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงนอน รับประทานจุ และน้ำหนักเพิ่ม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) ยาต้าน โรคจิตสามารถทำให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น ตัวแข็ง คอบิดเบี้ยว ง่วงนอน ปากและคอแห้ง น้ำหนัก เพิ่มขึ้น และมีความผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ อาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และ หยุดใช้ยาในที่สุด จากการศึกษาของ Kumar and Sedgwick (2001) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ซึ่ง เป็นกลุ่มโรคทางจิตเวช) พบว่าเหตุผลของการไม่รับประทานยา คือ ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียง ของยาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Baldessarini et al., (2008) ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยามี ความสัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Baldessarini et al., 2008) อาการง่วงนอน หลังจากรับประทานยาเป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Velligan et al., 2010) น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นและความคิดที่เชื่องช้าลงซึ่งเป็นผลมาจากฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยามี ความสัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = 0.05$ )

## 4. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพื่อส่งเสริมให้มีการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษาถือเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่สำคัญและต้องมีการดูแลอย่าง

ต่อเนื่อง เนื่องจากหากผู้ป่วยไม่มีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจะเป็นปัญหาที่สำคัญและมีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล ทั้งในรูปแบบรายบุคคล รายกลุ่ม ครอบครัวและชุมชน โดยมีแนวทางในการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย (Forman, 1993; Kalogianni, 2012) ดังนี้

1. การคำนึงถึงสาเหตุของการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Forman, 1993)
2. การทำความเข้าใจถึงเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะหยดยาเองเพราะคิดว่าตนเองหายดีแล้ว ไม่จำเป็นต้องรับประทานยา (Forman, 1993)
3. การปฏิบัติการพยาบาล เช่น การสอนผู้ป่วยรายกลุ่มและรายบุคคลเกี่ยวกับการใช้ยา โดยในกลุ่มจะต้องประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีลักษณะการเจ็บป่วยและความสามารถในการทำหน้าที่ที่คล้ายคลึงกัน การกระตุ้นให้ผู้ป่วยในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาการใช้ยา ระหว่างกระบวนการกลุ่มพยาบาลสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับยา ความเจ็บป่วย ตามความบกพร่องของผู้ป่วย (Forman, 1993)
4. ความร่วมมือจะเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องสามารถปฏิบัติได้หลายวิธี แต่สิ่งสำคัญ คือ ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่าย ทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล พยาบาลและทีมสุขภาพและต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ไม่มีการกลับมาป่วยซ้ำ (Forman, 1993)
5. มีการเตรียมแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เช่น มีการติดตามเยี่ยมบ้าน หรือโทรเยี่ยมอาการหลังจำหน่าย (Kalogianni, 2012)
6. พยาบาลต้องให้ความเคารพในแบบแผนความเชื่อของผู้ป่วย โดยไม่ตัดสินหรือมีอคติต่อผู้ป่วย (Kalogianni, 2012)
7. พิจารณาความต้องการของผู้ป่วย และปรับให้เข้ากับแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสม (Kalogianni, 2012)

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยมีรายละเอียดดังนี้

**Johnson et al. (2007)** ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 469 คนในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมมีผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังนี้ คือ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์



การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.014$ ) โดยผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงจะมีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อย, อายุมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 41 ปีลงไปจะไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และจะใช้ยาตามเกณฑ์รักษามากขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 41 ปีขึ้นไป, สำหรับเพศและรายได้ครัวเรือน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ( $P = 0.853$ ) และ ( $P = 0.206$ ) ตามลำดับ

**Baldessarini et al. (2008)** ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005 ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 428 คน พบว่าร้อยละ 34 ของกลุ่มตัวอย่างไม่รับประทานยามากกว่าหรือเท่ากับ 1 มื้อ ใน 10 วันที่รับการรักษา, ร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่างไม่รับประทานยาอย่างน้อย 1 มื้อ ในทุกวัน และมีเพียงร้อยละ 2.5 ไม่รับประทานยาสักมื้อใน 10 วันที่รับการรักษา โดยจากการศึกษาความสัมพันธ์ พบว่าผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์การไม่ใช้ยาตามเกณฑ์รักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.001$ ), ผู้ป่วยที่อายุน้อยมีความสัมพันธ์การไม่ใช้ยาตามเกณฑ์รักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.003$ ), จำนวนครั้งที่โรคกำเริบหลายครั้งมีความสัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์รักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.004$ ), ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่โรคยังไม่สงบมีความสัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์รักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.007$ ), ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยามีความสัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์รักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.009$ ), ผลข้างเคียงจากการรักษา (การรู้คิดที่เสียไป) มีความสัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์รักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.012$ ), ผู้ป่วยที่มีโรคย้ำคิดย้ำทำร่วมด้วยมีความสัมพันธ์การไม่ใช้ยาตามเกณฑ์รักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.034$ ) และผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในระยะ mania และ Hypomania มีความสัมพันธ์การไม่ใช้ยาตามเกณฑ์รักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.046$ )

**Clatworthy et al. (2009)** ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 223 คน เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่อในการรักษามีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) และการตระหนักในผลข้างเคียงของการรักษามีความสัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์รักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

**Gonzalez-Pinto et al. (2010)** ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นการศึกษาความคืบหน้าในระยะเวลา 2 ปี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็นระยะ 12 สัปดาห์แรก (ผู้ป่วยอยู่ในระยะเฉียบพลัน) และเก็บข้อมูลไปจนถึง 24 เดือน (ผู้ป่วยอยู่ในระยะคงสภาพ) การใช้ยาตามเกณฑ์รักษาจะถูกประเมินทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาตรวจติดตามอาการ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,831 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยจาก 14 ประเทศในทวีป

ยุโรป ได้แก่ เบลเยียม เดนมาร์ก ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส เยอรมันนี กรีซ ไอร์แลนด์ อิตาลี เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ โปรตุเกศ สเปน สวิสเซอร์แลนด์ และอังกฤษ จากผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 76.6 ของกลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและร้อยละ 23.4 ไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระยะรับการรักษาเพื่อคงสภาพ ผู้ป่วยจะใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ที่ถูกต้องภายในสัปดาห์ที่ 12 ของการรักษา และจากการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ), อาการทางจิตประสาทหลอน/หลงผิด มีความสัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ), การไม่ประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.029$ ) และการติดกัญชา มีความสัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ )

**Rojas et al. (2010)** เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดการป่วยซ้ำทั้งในระยะ ซึมเศร้า ระยะ Hypomania และระยะคลุ้มคลั่ง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 108 คน ในหน่วยจิตเวช Jaen ประเทศสเปน จากผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ผู้ป่วยมีการป่วยซ้ำบ่อยๆนั้น มีความสัมพันธ์กับช่วงอายุ คือ มีอายุอยู่ในช่วง 36-55 ปี (ระดับนัยสำคัญ 0.039), ได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้า (ระดับนัยสำคัญ 0.032), การไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (ระดับนัยสำคัญ 0.056) และผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำในระยะคลุ้มคลั่งบ่อยๆ มีปัจจัยที่พบ คือ เป็นเพศหญิง (ระดับนัยสำคัญ 0.048), อายุมากกว่า 36 ปี (ระดับนัยสำคัญ 0.008), เริ่มป่วยครั้งแรกด้วยระยะคลุ้มคลั่ง (ระดับนัยสำคัญ 0.05) สำหรับผู้ป่วยที่ป่วยในระยะซึมเศร้าบ่อยๆ มีปัจจัยที่พบคือ ได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้า (ระดับนัยสำคัญ 0.008) และไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (ระดับนัยสำคัญ 0.027)

**Crowe, Wilson and Inder (2011)** ศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับงานวิจัย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999-2010 ที่ศึกษาในเรื่องการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษทั้งหมดจำนวน 13 งานวิจัย ได้แก่ งานวิจัยของ Adam and Scott (2000), Scott (2002), Pope and Scott (2003), Bowskill et al. (2007), Clatworthy et al. (2007), Rosa et al. (2007), Darling et al. (2008), Sajatovic et al. (2008), Zeber et al. (2008), Clatworthy et al. (2009), Jonsdottir et al. (2009), Sajatovic et al. (2009a) และ Sajatovic et al. (2009b) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ได้แก่ 1) การเจ็บป่วย 2) ทศนคติและความเชื่อส่วนบุคคล 3) ยาที่ใช้รักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 4) สิ่งแวดล้อม

**Muru et al. (2013)** ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 150 คน และผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 75 คน

แผนกจิตเวชของโรงพยาบาลในบาเซโลน่า ประเทศสเปน จากการศึกษาความสัมพันธ์พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วไม่ใช้ยาเกณฑ์การรักษามากถึงร้อยละ 32 โดยพบว่า ผู้ป่วยที่อาการทางจิตมีความสัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.029$ ), การป่วยซ้ำด้วยอาการคลุ้มคลั่งหลายๆครั้ง มีความสัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ), การป่วยด้วยโรคบุคลิกภาพแปรปรวนมีความสัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.002$ ) และการได้รับการรักษาด้วยยาเทียม มีความสัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.003$ )

**Arvilommi et al. (2014)** ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 168 คน ในสถาบันที่รักษาผู้ป่วยสองแห่งในประเทศฟินแลนด์ จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.011$ ), ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.011$ ), ทักษะคิดทางลบต่อยา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.023$ ) และการมีบุคลิกภาพแปรปรวนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.027$ )

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยายแบบศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research) เพื่อศึกษาการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยมีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

**ประชากรที่ศึกษา** คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว I (Bipolar I) หรือโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว II (Bipolar II) อายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาปรับอารมณ์ (Mood Stabilizer) ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic) ยาแก้ซึมเศร้า (Antidepressant) ยาคลายกังวล (Antianxiety) และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการโดยเป็นศูนย์บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิขั้นสูง (Super Tertiary Care) ที่มีความสามารถในการให้บริการและมีความพร้อมในการรักษาสูงสุด โดยผู้วิจัยเลือกเฉพาะเจาะจงโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว I (Bipolar I) หรือโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว II (Bipolar II) อายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาปรับอารมณ์ (Mood Stabilizer) ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic) ยาแก้ซึมเศร้า (Antidepressant) ยาคลายกังวล (Antianxiety) และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการเนื่องจากเป็นศูนย์บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิขั้นสูง (Super Tertiary Care) ที่มีความสามารถในการให้บริการและมีความพร้อมในการรักษาสูงสุด โดยผู้วิจัยเลือกเฉพาะเจาะจงโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลวชิรพยาบาลจำนวน 198 คน ในการวิจัยครั้งนี้นำตัวแปรมาศึกษา จำนวน 13 ตัวแปร

**การเลือกกลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนดังต่อไปนี้**

**ขั้นตอนที่ 1 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) มีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N = 10k+50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง}, k = \text{จำนวนของตัวแปรที่ศึกษา})$$

$$N = (10 \times 13) + 50 = 180 \text{ คน}$$

การศึกษาคั้งนี้มีจำนวนตัวแปร 13 ตัวแปร ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ คือ 180 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีกร้อยละ 10 ของการคำนวณ (ประกอบ กรณสูตร, 2542) ในการศึกษาคั้งนี้จึงได้ประชากรจำนวน 198 คน

## ขั้นตอนที่ 2 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1 คัดเลือกโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีคลินิกจิตเวช ทั้งหมด 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จากนั้นคัดเลือกโรงพยาบาลที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดยเลือกวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling) 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวนประชากรในปีงบประมาณ 2559 ของโรงพยาบาลรามาธิบดีมีจำนวน 750 คน และโรงพยาบาลวชิรพยาบาลมีจำนวน 139 คน รวมกลุ่มประชากรทั้งหมด 889 คน

2.2 แบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล ดังตารางต่อไปนี้

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จำแนกตามโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2559

โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	ร้อยละ	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
1.โรงพยาบาลรามาธิบดี	750	13.2	99
2.โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	139	71.2	99
รวม	889	84.4	198

**หมายเหตุ** ผู้วิจัยเจาะจงแบ่งกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลเท่ากันเนื่องจากทั้งสองโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ผู้วิจัยเจาะจงคัดเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.3 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และดำเนินการเก็บข้อมูลจนครบจำนวนทั้งสิ้น 198 คน ซึ่งมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่ได้รับการรักษาด้วยยาปรับอารมณ์ (Mood stabilizer) หรือยารักษาโรคจิต (Antipsychotic) หรือยา

แก้ซึมเศร้า (Antidepressant) หรือยาคลายกังวล (Antianxiety) ที่มีอายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2) สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย  
กำหนดเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

1) ขอลอนตัวออกจากการศึกษา

2) มีอาการรุนแรงคลุ้มคลั่งมากที่สุด ผู้ป่วยมีอาการวุ่นวายจนไม่สามารถควบคุมได้  
ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ ซึ่งต้องได้รับการส่งต่อเพื่อได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากจิตแพทย์

โดยการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังการได้รับการอนุมัติจาก  
คณะกรรมการจริยธรรมของแต่ละโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลรามาริบัติ เลขที่อนุมัติ MURA  
2017/178 และโรงพยาบาลศิริพยาบาล เลขที่อนุมัติ COA 67/2560 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่ม  
ตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนดจนครบ 198 คน ตามสัดส่วนของแต่ละโรงพยาบาล มีรายละเอียด  
ดังนี้

โรงพยาบาลรามาริบัติ ระหว่างวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 8.30- 12.00 น. ในช่วงวันที่ 22  
มิถุนายน 2560 – 21 กรกฎาคม 2560

โรงพยาบาลศิริพยาบาล ระหว่างวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 8.30- 12.00 น. ในช่วงวันที่ 24  
กรกฎาคม 2560 – 5 ตุลาคม 2560

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม 5 ส่วนและแบบ  
สัมภาษณ์ 1 ส่วน จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 84 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบ  
แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ เพศ ซึ่งมีลักษณะของ  
คำถามเป็นคำถามปลายปิดมีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ จำนวน 1 ข้อ, อายุ เป็นคำถามปลายเปิด  
จำนวน 1 ข้อ ระบุเป็นจำนวนปีเต็ม, ระดับการศึกษา เป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 1 ข้อ ระบุเป็น  
จำนวนปีเต็มที่เรียนอยู่ในสถานศึกษา, สถานภาพสมรส เป็นคำถามปลายปิด มีคำตอบให้เลือก 3  
คำตอบ จำนวน 1 ข้อ, การประกอบอาชีพ เป็นคำถามปลายปิด มีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ จำนวน  
1 ข้อ, การใช้สารเสพติด เป็นคำถามปลายปิด มีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ จำนวน 1 ข้อ และหากมี  
การใช้สารเสพติดให้ผู้ตอบแบบสอบถามระบุชนิดของสารเสพติดที่ใช้โดยตอบได้มากกว่า 1 ชนิด, อายุ  
ที่เริ่มป่วย เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ ระบุเป็นจำนวนปีเต็ม ประเมินได้จากประวัติการ  
เจ็บป่วยของผู้ป่วย, ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นคำถามปลาย

ปิดถามประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน มีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ จำนวน 1 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ทั้งในและต่างประเทศ

มีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งในและต่างประเทศ ได้โครงสร้างจากฤทธิ์ข้างเคียงที่พบมากที่สุด 11 ระบบ

2. ศึกษาแนวข้อคำถาม My Medicine and Me Questionnaire (M3Q) จากงานวิจัยของ Ashoorian et al. (2015) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามถึงฤทธิ์ข้างเคียงต่อร่างกาย 11 ระบบ และมีหัวข้อที่ให้ผู้ป่วยเขียนเพิ่มเติมได้หากไม่มีในข้อคำถาม ศึกษาแนวข้อคำถาม The Liverpool University neuroleptic side-effect rating scale (LUNSERS) จากงานวิจัยของ Morrison et al. (2000) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 41 ข้อ และศึกษาแนวข้อคำถามฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา จากงานวิจัยของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ รวมถึงศึกษาคำคู่มือการใช้ยาทางจิตเวชของมาโนช หล่อตระกูล (2557) ตำราจิตเวชศาสตร์ของสมภพ เรืองตระกูล (2557)

3. ศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งในและต่างประเทศได้อาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทั้งหมดจำนวน 11 ระบบ โดยแบ่งย่อยออกเป็น 11 กลุ่มอาการ (ข้อคำถาม 1-11) ให้ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นจิตแพทย์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการปรึกษาเกี่ยวกับจิตเวชลงความเห็นถึงอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงที่พบมากที่สุดจากผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะให้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถาม ออกเป็นรายข้อแต่ละข้อเพื่อให้เข้าใจง่าย ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาโดยให้แยก 11 กลุ่มอาการ (ข้อ 1-11) ซึ่งได้แก่ 1) มีอาการทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เช่น มือสั่นเวลาอยู่เฉยๆ การทรงตัวไม่ดี เดินเซ 2) มีปัญหาด้านความจำ กระบวนการใช้ความคิดช้าลง มีสมาธิลดลง 3) มีอาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร 4) มีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ตาพร่า ปากแห้ง 5) มีอาการทางระบบประสาทส่วนกลาง เช่น เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ 6) ง่วง เหนื่อยง่าย 7) ปัสสาวะบ่อย 8) กระหายน้ำมาก 9) น้ำหนักตัวเพิ่ม รับประทานจุ 10) มีอาการหน้ามืดเมื่อลุกขึ้นยืน 11) มีความต้องการทางเพศลดลง โดยสรุปมีการปรับเปลี่ยนดังแสดงในตารางที่ 3



**ตารางที่ 2** การปรับเปลี่ยนข้อความเดิมและข้อความใหม่ของแบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา

ข้อความเดิม	ข้อความใหม่
1. มีอาการทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เช่น มือสั่น เวลาอยู่เฉยๆ การทรงตัวไม่ดี เดินเซ	1. มือสั่นเวลาอยู่เฉยๆ
2. มีปัญหาด้านความจำ กระบวนการใช้ความคิดช้าลง มี สมาธิลดลง	2. การทรงตัวไม่ดี
3. มีอาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร	3. เดินเซ
4. มีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ตาพร่า ปาก แห้ง	4. มีปัญหาด้านความจำ
5. มีอาการทางระบบประสาทส่วนกลาง เช่น เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ	5. กระบวนการใช้ความคิดช้าลง
6. ง่วง เหนื่อยง่าย	6. มีสมาธิลดลง
7. ปัสสาวะบ่อย	7. คลื่นไส้ อาเจียน
8. ระบายน้ำมาก	8. ท้องเสีย
9. น้ำหนักตัวเพิ่ม รับประทานจุ	9. เบื่ออาหาร
10. มีอาการหน้ามืดเมื่อลุกขึ้นยืน	10. ท้องผูก
11. ความต้องการทางเพศลดลง	11. ปวดท้อง แน่นท้อง
	12. น้ำหนักตัวเพิ่ม รับประทานจุ
	13. ปากแห้ง คอแห้ง ระบายน้ำมาก
	14. ตาพร่า
	15. เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ
	16. ง่วง เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย
	17. กล้ามเนื้อไม่มีแรง
	18. ปัสสาวะบ่อย

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อความเดิม	ข้อความใหม่
	19. ปัสสาวะลำบาก
	20. มีผื่นขึ้น
	21. เป็นสิ่ว
	22. ผม่ว
	23. กล้ามเนื้อบิดเกร็ง
	24. ลิ้นแข็ง พุดหรือกลืนลำบาก
	25. กระวนกระวายในใจ อยู่นิ่งไม่ได้ นั่งไม่ติด ต้องขยับแขนขา เดินไปมาตลอด
	26. กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง เคลื่อนไหวเชิงช้า เดินไม่แกว่งแขน
	27. ดูดหรือขมูขมิบปาก
	28. ลิ้นม้วนไปมาในปากหรือเอาลิ้นดันแก้ม
	29. มีอาการหน้ามืดเมื่อลุกขึ้นยืน
	30. มีความต้องการทางเพศลดลง

4. นำอาการจากฤทธิ์ข้างเคียง 30 อาการ จากข้อ 3 มาออกแบบเครื่องมือเป็นข้อความแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อความจำนวน 30 ข้อ โดยกำหนดให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ เลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีความหมายและการให้คะแนนดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ความหมาย	คะแนน
เกิดเป็นประจำ	ข้อความนั้นเกิดขึ้นทุกวัน	5
เกิดบ่อยครั้ง	ข้อความนั้นเกิดขึ้นเกือบทุกวัน	4
เกิดบางครั้ง	ข้อความนั้นเกิดขึ้นเดือนละ 1-2 ครั้ง	3
เกิดนานๆครั้ง	ข้อความนั้นเกิดขึ้นนานๆครั้ง	2
ไม่เกิดเลย	ข้อความนั้นไม่เกิดขึ้นเลย	1

การคิดคะแนน ทำโดยการคิดคะแนนทุกข้อความ แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ มีการแปลผลคะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาเกิดขึ้นมาก และคะแนนต่ำ หมายถึง มีอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาเกิดขึ้นน้อย

เครื่องมือนี้ผ่านการผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) ของแบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งใช้เกณฑ์  $> 0.8$  (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553) ซึ่งผู้วิจัยได้วิเคราะห์ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือที่พัฒนาใหม่นี้ พบว่ามีค่า CVI เท่ากับ 0.98 และสำหรับค่าความเที่ยง (Reliability) วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553) ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยมาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะเดียวกันกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน พบว่ามีความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .813

**ส่วนที่ 3** แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ตามแนวคิดของ Farragher (1999) ที่พัฒนาโดยอุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยนำมาพัฒนาใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยการปรับปรุงภาษาให้เหมาะกับการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมปฏิบัติตนเกี่ยวกับการใช้ยา 2 ด้าน คือ

1) การปฏิบัติตามแผนการรักษา 9 ข้อ (ข้อ 1-9)

2) ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา 9 ข้อ (ข้อ 10-18) เป็นข้อคำถามทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ 5, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18 และข้อความทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 14, 17 โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ค่าคะแนนบวก	ค่าคะแนนลบ
ประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	4	2
บางครั้ง	ปฏิบัติสัปดาห์ละครั้ง	3	3
นานๆครั้ง	มากกว่า 1 สัปดาห์ปฏิบัติครั้งหนึ่ง	2	4
ไม่เคย	ไม่ปฏิบัติเลย	1	5

การแปลผลโดยคิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวนข้อ และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุดเป็นค่าเฉลี่ย และมีความหมายดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542 : 108)

คะแนน	ความหมาย
4.50 - 5.00	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก
3.50 - 4.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี
2.50 - 3.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง
1.50 - 2.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ
1.00 - 1.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำมาก

เครื่องมือนี้ผ่านการผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิต และจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) ของแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาซึ่งใช้เกณฑ์  $> 0.8$  (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.94 ซึ่งได้รับข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญให้ปรับการใช้ภาษาเพื่อความกระชับเข้าใจง่าย ข้อคำถามที่มีการปรับปรุง ได้แก่ ข้อ 7, 10, 11, 13, 17 และ ข้อ 18 โดยสรุปมีการปรับเปลี่ยนดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 3** การปรับเปลี่ยนข้อคำถามเดิมและข้อคำถามใหม่ของแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
7. คุณรับประทานยานอนหลับโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง	7. คุณรับประทานยาโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง
10. เมื่อมีความผิดปกติจากฤทธิ์ของยาคุณรีบไปพบแพทย์ทันที	10. เมื่อมีอาการข้างเคียงจากยาคุณ จะรับประทานยาแก้แพ้ตามที่แพทย์แนะนำ
11. เมื่อมีอาการข้างเคียงจากยาปรับอารมณ์คุณ จะรับประทานยาแก้แพ้ตามที่แพทย์แนะนำ	11. คุณจะไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติจากฤทธิ์ของยาแล้วใช้ยาแก้แพ้แต่ไม่ดีขึ้น
13. คุณปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพในเรื่องการใช้ยา	13. คุณปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรในเรื่องการใช้ยา
17. เมื่อยาหมดคุณซื้อยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขวัดตามร้านค้ามารับประทานเองโดยไม่ได้พบแพทย์	17. เมื่อยาหมดก่อนกำหนดนัดคุณดูแลตนเองโดยไม่ได้พบแพทย์
18. คุณปรึกษากับทีมสุขภาพเมื่อมีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติจากการใช้ยา	18. คุณปรึกษากับแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรเมื่อมีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติจากการใช้ยา

สำหรับค่าความเที่ยง (Reliability) วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะเดียวกันกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน พบว่ามีความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .879

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง (Insight Scale) พัฒนามาจากแนวคิดของ Birchwood et al. (1994) ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือคือ Birchwood ให้นำเครื่องมือฉบับภาษาอังกฤษมาพัฒนาเป็นภาษาไทยตั้งเอกสารการอนุญาตในภาคผนวก ง ด้วยวิธี Back translation ซึ่งเป็นเทคนิคการแปลเครื่องมือ ดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนที่ 1 แปลเครื่องมือจากภาษาอังกฤษ (ต้นฉบับ) เป็นภาษาไทย คนที่ 2 แปลจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ (ฉบับแปลย้อนกลับ) คนที่ 3 แปลจากภาษาอังกฤษของคนี 2 เป็นภาษาไทยอีกครั้งหนึ่ง แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาตรวจสอบความคงที่ของ ความหมาย (Consistent of meaning) ของแบบสอบถามที่แปลจากภาษาไทยมาเป็นภาษาอังกฤษ (ฉบับแปลย้อนกลับ) สามารถสื่อความหมายได้คงเดิมกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ มีการปรับข้อความให้สอดคล้องและมีความตรงกับต้นฉบับมากที่สุด ประกอบด้วย 8 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 5 และข้อ 7 ข้อคำถามทางลบ 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 6 และข้อ 8 (ข้อคำถามทางบวกเลือกตอบ เห็นด้วย ให้คะแนน 2, ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 0, ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 1 และสำหรับข้อคำถามทางลบ ตอบเห็นด้วย ให้คะแนน 0, ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 2 และไม่แน่ใจ ให้คะแนน 1) ซึ่งครอบคลุมการรับรู้การเจ็บป่วย 3 ด้าน คือ 1) ตระหนักรู้ในอาการแสดง 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,8 2) ตระหนักรู้ถึงการเจ็บป่วย 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2,7 3) ยอมรับการรักษา 4 ข้อ ได้แก่ 3, 4, 5, 6 (ค่าคะแนนรวม 4 ข้อนำมาหารสอง)

การคิดคะแนนรวม โดยนำคะแนนของทุกข้อมาบวกกัน

การคิดคะแนนรายด้าน

- 1) ตระหนักรู้ในอาการแสดง (นำคะแนนข้อ 1, 8 นำมาบวกกัน)
- 2) ตระหนักรู้ถึงการเจ็บป่วย (นำคะแนนข้อ 2, 7 มาบวกกัน)
- 3) ยอมรับการรักษา (นำคะแนนข้อ 3, 4, 5, 6 มาบวกกันแล้วหารด้วยสอง)

การแปลผลคะแนนรายด้าน

- 1) ตระหนักรู้ในอาการแสดง

คะแนน 1-2 หมายถึง ตระหนักรู้ในอาการแสดงน้อย

คะแนน 3-4 หมายถึง ตระหนักรู้ในอาการแสดงดี

## 2) ตระหนักรู้ถึงการเจ็บป่วย

คะแนน 1-2 หมายถึง ตระหนักรู้ตระหนักรู้ถึงการเจ็บป่วยน้อย

คะแนน 3-4 หมายถึง ตระหนักรู้ตระหนักรู้ถึงการเจ็บป่วยดี

## 3) ยอมรับการรักษา

คะแนน 1-2 หมายถึง ยอมรับการรักษาไม่

คะแนน 3-4 หมายถึง ยอมรับการรักษาดี

การแปลผลคะแนนรวม คำนวณค่าคะแนนรวม 8 ข้อคำถาม

คะแนน 0-8 แสดงถึง ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย

คะแนน 9-12 แสดงถึง ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยและเข้าใจถึงปัญหาและความผิดปกติ

เครื่องมือนี้ผ่านการผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิต และจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) ของแบบประเมินความคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง (Insight Scale) ซึ่งใช้เกณฑ์  $> 0.8$  (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์ นรากร, 2553) โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.92 ซึ่งได้รับข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญในเรื่องของความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยปรับให้เข้าใจง่ายขึ้น ข้อคำถามที่มีการปรับปรุง ได้แก่ ข้อ 7 และ 8 โดยสรุปมีการปรับเปลี่ยนดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 4** การปรับเปลี่ยนข้อคำถามเดิมและข้อคำถามใหม่ของแบบประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง (Insight Scale)

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
7. พวกเขาพูดถูกที่บอกว่าฉันวิตกกังวลหรือป่วยทางจิต	7. ถ้ามีใครบางคนบอกว่าฉันป่วยทางประสาทหรือทางจิตแล้ว พวกเขาน่าจะพูดถูก
8. ไม่มีความผิดปกติอื่นใดที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ฉันเป็นอยู่	8. สิ่งผิดปกติต่างๆที่ฉันประสบอยู่ไม่ได้เกิดจากการเจ็บป่วยของฉัน

สำหรับค่าความเที่ยง (Reliability) วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์ นรากร, 2553) ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยมาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะเดียวกันกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน พบว่ามีความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .808

**ส่วนที่ 5** แบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา (Drug Attitude Inventory : DAI-10) ตามแนวคิดของ Awad (1993) ซึ่งพัฒนาปรับปรุงมาจาก DAI-30 ตามแนวคิดของ Hogan et al. (1983) มีข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือคือ George Awad ให้นำเครื่องมือฉบับภาษาอังกฤษมาพัฒนาเป็นภาษาไทยดั่งเอกสารการอนุญาตในภาคผนวก ง ด้วยวิธี Back translation ซึ่งเป็นเทคนิคการแปลเครื่องมือ ดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนที่ 1 แปลเครื่องมือจากภาษาอังกฤษ (ต้นฉบับ) เป็นภาษาไทย คนที่ 2 แปลจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ (ฉบับแปลย้อนกลับ) คนที่ 3 แปลจากภาษาอังกฤษของคนี 2 เป็นภาษาไทยอีกครั้งหนึ่ง แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาตรวจสอบความคงที่ของ ความหมาย (Consistent of meaning) ของแบบสอบถามที่แปลจากภาษาไทยมาเป็นภาษาอังกฤษ (ฉบับแปลย้อนกลับ) สามารถสื่อความหมายได้คงเดิมกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ มีการปรับข้อความให้สอดคล้องและมีความตรงกับต้นฉบับมากที่สุด ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เลือกตอบว่าเห็นด้วย หรือ ไม่เห็นด้วย โดยแบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก 6 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 4 ข้อ (ข้อคำถามทางบวกเลือกตอบ เห็นด้วย ให้คะแนน +1, ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน -1 และสำหรับข้อคำถามทางลบเลือกตอบ เห็นด้วย ให้คะแนน -1, ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน +1 )

การคิดคะแนน โดย นำคะแนนทุกข้อมาบวกกัน

การแปลผล ถ้าผลคะแนนรวมเป็นบวกแปลความได้ว่า มีทัศนคติต่อการรักษาที่ดี ถ้าผลคะแนนรวมเป็นลบแปลความได้ว่า มีทัศนคติต่อการรักษาที่ไม่ดี

เครื่องมือนี้ผ่านการผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิต และจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) ของแบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา (Drug Attitude Inventory : DAI-10) ซึ่งใช้เกณฑ์  $> 0.8$  (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัทรากูร, 2553) โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 1.0 ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญให้ปรับหัวข้อที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบเนื่องจากเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติความเชื่อ ดังนั้นจึงได้รับข้อเสนอแนะว่าไม่ควรใช้คำว่า ถูกหรือผิด ซึ่งโดยสรุปมีการปรับเปลี่ยนแก้ไข ดังนี้

ถูกหรือผิด ปรับเป็น เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เนื่องจากเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติความเชื่อดังนั้นจึงได้รับข้อเสนอแนะว่าไม่ควรใช้คำว่า ถูกหรือผิด

สำหรับค่าความเที่ยง (Reliability) วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัทรากูร, 2553) ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยมาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับ

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะเดียวกันกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน พบว่ามีความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .814

**ส่วนที่ 6** แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale : BDSS) เป็นแนวคิดมาจาก Overall & Gorham (1962) ซึ่งพัฒนาปรับปรุงเป็นฉบับภาษาไทยโดยกรณีการณ์ เล่าประเสริฐสุข (2555) ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงแบบวัดนี้มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ 1 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ประกอบด้วย 10 ข้อ ได้แก่ 1) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร 2) อารมณ์รุนแรง 3) มีความคิดเป็นใหญ่ 4) ร่าเริงผิดปกติ 5) การเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ 6) อารมณ์เศร้า 7) วิดกกังวล 8) หดหู่ 9) อารมณ์เรี่ยเบียด 10) เนื้อหาความคิดผิดปกติ (ในส่วนประกอบทั้ง 10 ข้อนั้น มีมาตรวัดโดยการประมาณค่า 7 ระดับ ดังนี้ 1 หมายถึง ไม่มี, 2 หมายถึง น้อยมาก, 3 หมายถึง น้อย, 4 หมายถึง ปานกลาง, 5 หมายถึง รุนแรงปานกลาง, 6 หมายถึง รุนแรง, 7 หมายถึง รุนแรงมาก) โดยผู้วิจัยทำการประเมินผู้ป่วย การคิดคะแนนทำโดยคิดคะแนนข้อคำถามทุกข้อและนำมาวิเคราะห์คะแนน ซึ่งคะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 70 คะแนน

การแปลผล คะแนนที่สูง หมายถึง มีความรุนแรงของอาการมาก, คะแนนที่ต่ำ หมายถึง มีความรุนแรงของอาการน้อย และมีการแบ่งคะแนนความรุนแรงของอาการตามเกณฑ์ที่กำหนดออกเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก โดยหาค่าลำดับคะแนนเป็นระดับคะแนนดังนี้

10 – 30 หมายถึง ความรุนแรงของอาการน้อย

31 – 51 หมายถึง ความรุนแรงของอาการปานกลาง

52 – 70 หมายถึง ความรุนแรงของอาการมาก

ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะเดียวกันกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน พบว่ามีความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .805

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือส่วนที่ 2-5 ที่ผ่านการปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาพร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ ไปขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลจิตเวช 3 ท่าน จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน

ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ประเด็น ดังนี้

1) ความถูกต้องตามเนื้อหา



- 2) ความครอบคลุมของเนื้อหา
- 3) ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้
- 4) การจัดลำดับความต่อเนื่องของเนื้อหาเพื่อให้เห็นความสอดคล้อง และเรียงลำดับของเนื้อหา
- 5) ปรับข้อความในข้อคำถามบางข้อให้กระชับ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- 6) ปรับข้อความในข้อคำถามบางข้อให้ตรงกับประเด็นที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยพิจารณาร่วมกับคำจำกัดความและกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งการตรวจความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตร ดังนี้ (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) ดังนี้

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

เมื่อแบ่งระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อข้อคำถามเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับที่ 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับนิยาม

ระดับที่ 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะสอดคล้องกับนิยาม

ระดับที่ 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะสอดคล้องกับนิยาม

ระดับที่ 1 หมายถึง คำถามไม่มีความสอดคล้องกับนิยามเมื่อนำมาวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

พบว่าแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์แต่ละชุดมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) 0.92-1.0 ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์  $> 0.8$  (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา, แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา, แบบประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง (Insight Scale), แบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา (Drug Attitude Inventory : DAI-10) = 0.98, 0.94, 0.92, 1.0 ตามลำดับ

**ตารางที่ 5** ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ความตรงเชิงเนื้อหา ของเครื่องมือ
แบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา	0.98
แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	0.94
แบบประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง (Insight Scale)	0.92
แบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา (Drug Attitude Inventory : DAI-10)	1.0

**การหาความเที่ยง (Reliability)**

การวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

- นำเครื่องมือชุดที่ 2-6 ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามารัติน ในช่วงวันที่ 19 มิถุนายน – 21 มิถุนายน 2560 ซึ่งในระหว่างการเก็บข้อมูลเพื่อทดลองใช้เครื่องมือ ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี
- ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับกลับมา และลงคะแนนเพื่อเตรียมข้อมูลให้สมบูรณ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
- นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความคงที่ภายในของเครื่องมือทุกชุด รวมทั้งหมด 3 ชุด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient)

พบว่าแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์แต่ละชุดมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) .805-.879 ใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553) โดยค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้แก่ แบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา, แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา, แบบประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง (Insight Scale), แบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา (Drug Attitude Inventory : DAI-10), และแบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale : BDSS) = .813, .879, .808, .814, .805 ตามลำดับ

**ตารางที่ 6** ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	การทดสอบ (n=30)	กลุ่มตัวอย่าง (n=198)
แบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา	.813	.886
แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	.879	.849
แบบประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง (Insight Scale)	.808	.809
แบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา (Drug Attitude Inventory)	.814	.875
แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale : BDSS)	.805	.813

**การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง**

หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัย โดยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลรามธิบดี เมื่อวันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2560 เลขที่อนุมัติ MURA 2017/178 และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 เลขที่อนุมัติ COA 67/2560 ผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์การวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย รวมทั้งได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า คำตอบและข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ และจะนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยก็สามารถสอบถามได้ตลอดเวลา หากตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองรวมทั้งสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงการวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามธิบดี และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เพื่อชี้แจงเรื่องที่จะทำการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุมัติการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาล

2. เมื่อได้รับการอนุมัติให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน และอนุญาตให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามธิบดี และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล แล้วผู้วิจัยทำการติดต่อเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามธิบดี และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโดยศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามธิบดีและโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในวันและเวลาที่ผู้วิจัยเข้าไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล (โรงพยาบาลรามธิบดีระหว่างวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 8.30- 12.00 น. ในช่วงวันที่ 22 มิถุนายน 2560 – 21 กรกฎาคม 2560 และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในช่วงวันที่ 24 กรกฎาคม 2560 – 5 ตุลาคม 2560 เวลา 8.30 - 12.00 น.) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

4. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างแล้วชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดของแบบสอบถามหรือรายละเอียดของแบบประเมินต่างๆ แก่ผู้ป่วยและญาติขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ยินดีเข้าร่วมการวิจัย พัทธ์กษสิทธิ์ผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยรับทราบเอกสารชี้แจงข้อมูลเช่นหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจรายละเอียดการทำวิจัย พร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์แต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อคำถามแบบประเมิน และตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ยกเว้นในส่วนที่ 6 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์เอง และผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถาม สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา

6. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ โดยมีกิจกรรมที่ต้องทำก่อน เช่น พบแพทย์ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเข้าทำกิจกรรมดังกล่าวก่อน และขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามให้สมบูรณ์หลังจากทำกิจกรรมนั้นเรียบร้อย
7. เมื่อได้รับแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้อง และสมบูรณ์ของข้อมูล
8. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และตอบข้อซักถาม
9. กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง
10. ดำเนินการตามข้อ 3-9 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด 198 คน จึงนำข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนของแบบสอบถามแต่ละฉบับ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลครบตามต้องการ ผู้วิจัยทำการลงรหัสข้อมูลในโปรแกรม และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS การวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ร้อยละ (%), ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทดสอบการกระจายแบบปกติ (Normal distribution) พบว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ จึงใช้สถิตินอนพารามेटริก (Non-Parametric Statistic) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ดังรายละเอียด ดังนี้

1. สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistic) ใช้เพื่อแสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สถิติเชิงบรรยายที่นำมาใช้ คือ
  - 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ การใช้สารเสพติด ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
  - 1.2 อายุ อายุที่เริ่มป่วย ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
  - 1.3 การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
  - 1.4 การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ทิศนคติต่อการรักษา ระดับความรุนแรงของโรค วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของแต่ละแบบวัด
2. สถิติอ้างอิง (Inferential Statistic) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

2.1 วิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างตัวแปรอายุ อายุที่เริ่มป่วย การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ทักษะคิดต่อการรับประทานยา ระดับความรุนแรงของโรค และฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank-Order Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และเปรียบเทียบค่า  $p$  โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล, 2553)

ค่าความสัมพันธ์	ระดับของความสัมพันธ์
.91 - 1.00	แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์สูงมาก
.71 - .90	แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์สูง
.51 - .70	แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์ปานกลาง
.31 - .50	แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์ต่ำ
.00 - .30	แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์ต่ำมาก

2.2 วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ การใช้สารเสพติด และประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วด้วยค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล (Point Biserial Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ การใช้สารเสพติด การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ทักษะการรับมือกับปัญหา อายุที่เริ่มป่วย ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระดับความรุนแรงของโรค และฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางด้านจิตวิทยา

ตอนที่ 2 ปัจจัยด้านโรค ได้แก่ อายุที่เริ่มป่วย ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และระดับความรุนแรงของโรค

ตอนที่ 3 ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา

ตอนที่ 4 การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ตอนที่ 5 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ การใช้สารเสพติด การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ทักษะการรับมือกับปัญหา อายุที่เริ่มป่วย ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระดับความรุนแรงของโรค และฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยากับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางต่างๆ มีการใช้สัญลักษณ์ ดังนี้

n	หมายถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
S.D.	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
Range	หมายถึง	ค่าพิสัย
P	หมายถึง	ระดับของความมีนัยสำคัญ
$\rho$	หมายถึง	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน
$r_{pb}$	หมายถึง	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล

ตอนที่ 1 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยในเรื่องปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางด้านจิตวิทยา

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ และการใช้สารเสพติด (n=198)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ปัจจัยส่วนบุคคล</b>		
<b>เพศ</b>		
ชาย	75	37.9
หญิง	123	62.1
<b>อายุ</b>		
$\bar{X} = 40.82$ , S.D. = 12.13		
20-29 ปี	41	20.7
30-39 ปี	53	26.8
40-49 ปี	44	22.2
50-59 ปี	60	30.3
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	72	36.4
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	126	63.6
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	101	51.0
หม้าย/หย่า/แยก	71	35.9
คู่	26	13.1
<b>การประกอบอาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	68	34.3
ประกอบอาชีพ	130	65.7
<b>ประเภทของการประกอบอาชีพ</b>		
- ข้าราชการ	40	30.7
- ค้าขาย	18	13.8
- พนักงานมหาวิทยาลัย	18	13.8
- พนักงานบริษัทเอกชน	15	11.5



### ตารางที่ 7 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- ธุรกิจส่วนตัว	15	11.5
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ	14	10.7
- รับจ้าง	10	7.6
<b>การใช้สารเสพติด</b>		
ไม่ใช้สารเสพติด	152	76.8
ใช้สารเสพติด	46	23.2
<b>ประเภทของสารเสพติดที่ใช้ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)</b>		
- แอลกอฮอล์	29	
- บุหรี่	22	
- กัญชา	7	
- ยาบ้า	1	
- โคเคน	1	
- แอลเอสดี	1	

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.1) มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 30.3) รองลงมาคือช่วงอายุ 30 - 39 ปี (ร้อยละ 26.8) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.82 ปี (S.D. = 12.137) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 63.6) และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 51.0) รองลงมาคือสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 35.9) ส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 65.7) โดยอาชีพที่พบมากที่สุด คือ ข้าราชการ (จำนวน 40 ราย) นอกจากนั้นยังพบว่าส่วนใหญ่ไม่ใช้สารเสพติด (ร้อยละ 76.8) และสำหรับผู้ที่ใช้สารเสพติดจำนวน 46 รายนั้นพบว่าสารเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือ แอลกอฮอล์ จำนวน 29 ราย รองลงมาคือ บุหรี่ จำนวน 22 ราย

**ตารางที่ 8** จำนวน ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรค  
อารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำแนกตามปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย  
ของตนเอง (n = 198)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.	การรับรู้การ เจ็บป่วย
<b>การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง</b>					
<u>รายด้าน</u>					
-ตระหนักรู้ในอาการแสดง (3-4= ดี,1-2=น้อย)			3.01	1.20	ดี
-ตระหนักรู้ถึงการเจ็บป่วย (3-4= ดี,1-2=น้อย)			2.01	1.29	น้อย
-ยอมรับการรักษา (3-4= ดี,1-2=น้อย)			3.26	0.92	ดี
<hr/>					
<u>ระดับความคิดเห็นโดยรวม</u>			8.28	2.52	
- ปฏิเสธการเจ็บป่วย (0-8)	88	44.4			
- ยอมรับการเจ็บป่วยและเข้าใจปัญหาและ					
ความผิดปกติ (9-12)	110	55.6			

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคะแนนความคิดเห็นโดยรวม  
เกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเองเฉลี่ย 8.28 คะแนน จำแนกเป็นผู้ป่วยที่ยอมรับการเจ็บป่วย  
และเข้าใจปัญหาและความผิดปกติของตนเอง จำนวน 110 คน (ร้อยละ 55.6) และปฏิเสธการ  
เจ็บป่วยของตนเอง จำนวน 88 คน (ร้อยละ 44.4) โดยเมื่อพิจารณาการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง  
จำแนกเป็นรายด้านแล้ว พบว่าผู้ป่วยมีการตระหนักรู้ในอาการแสดง ในระดับดี ( $\bar{X}$  = 3.01) ตระหนักรู้  
ถึงการเจ็บป่วยในระดับน้อย ( $\bar{X}$  = 2.01) และยอมรับการรักษา ในระดับดี ( $\bar{X}$  = 3.26)

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรค  
 อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำแนกตามปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ ทัศนคติต่อการ  
 รับประทานยา (n = 198)

ตัวแปร	จำนวนคน (ร้อยละ)	Range	$\bar{X}$	S.D.
<b>ทัศนคติต่อการรับประทานยา</b>		-8 - 10	6.09	3.65
(possible score = -10 - 10)				
ดี	187 (94.4)			
ไม่ดี	11 (5.6)			

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการ  
 รับประทานยาดีจำนวน 187 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.4 และสำหรับผู้ที่ไม่มีทัศนคติต่อการรับประทานยา  
 ไม่ดีมีจำนวนเพียง 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.6

ตอนที่ 2 ปัจจัยด้านโรค ได้แก่ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และระดับความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (n = 198)

ตารางที่ 10 ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และระดับความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ตัวแปร	จำนวนคน (ร้อยละ)	Range	$\bar{X}$	S.D.
อายุที่เริ่มป่วย	198	12-56	31.28	10.39
<b>ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว</b>				
มี	23 (11.6)			
ไม่มี	175 (88.4)			
<b>ระดับความรุนแรงของโรค (10-70)</b>				
ความรุนแรงของอาการน้อย (10-30)	197 (99.5)	10-31	14.05	4.18
ความรุนแรงของอาการปานกลาง (31-51)	1 (0.5)			
ความรุนแรงของอาการมาก (52-70)	0 (0)			

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

จากตารางที่ 10 พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่เริ่มป่วยครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 31.28 ปี (S.D. = 10.39) และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วใน 12 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 88.4) เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงของโรคพบว่าเกือบทุกรายประเมินว่าตนเองมีระดับความรุนแรงของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอยู่ในระดับความรุนแรงของอาการน้อย (ร้อยละ 99.5)

### ตอนที่ 3 ปัจจัยด้านการรักษา

ตารางที่ 11 ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำแนกตามฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา (n = 198)

ตัวแปร	Range	$\bar{X}$	S.D.
ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา (possible score = 30-150 คะแนน)	30-135	48.71	16.39

จากตารางที่ 11 พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคะแนนฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยาโดยเฉลี่ยเท่ากับ 48.71 (S.D. = 16.39) โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 30-135 คะแนน

**ตอนที่ 4 การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว**

**ตารางที่ 12** จำนวน ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำแนกตามการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมและรายด้าน (n = 198)

ตัวแปร	จำนวนคน (ร้อยละ)	Range	$\bar{X}$	S.D.
<b>การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม</b> (possible score = 18-90 คะแนน)		38-90	83.67	8.36
ระดับดีมาก (4.50-5.00)	154 (77.8)			
ระดับดี (3.50-4.49)	36 (18.2)			
ระดับปานกลาง (2.50-3.49)	7 (3.5)			
ระดับต่ำ (1.50-2.49)	1 (0.5)			
ระดับต่ำมาก (1.00-1.49)	0 (0)			
<b>การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายด้าน</b>				
<b>1. การใช้ยาตามแผนการรักษา</b> (possible score = 9-45 คะแนน)		22-45	41.77	4.78
ระดับดีมาก (4.50-5.00)	155 (78.3)			
ระดับดี (3.50-4.49)	31 (15.7)			
ระดับปานกลาง (2.50-3.49)	10 (5.1)			
ระดับต่ำ (1.50-2.49)	2 (1.0)			
ระดับต่ำมาก (1.00-1.49)	0 (0)			
<b>2. ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับ</b>				
<b>อาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา</b> (possible score = 9-45 คะแนน)		16-45	41.90	4.94
ระดับดีมาก (4.50-5.00)	155 (78.3)			
ระดับดี (3.50-4.49)	31 (15.7)			
ระดับปานกลาง (2.50-3.49)	11 (5.6)			
ระดับต่ำ (1.50-2.49)	1 (0.5)			
ระดับต่ำมาก (1.00-1.49)	0 (0)			

จากตารางที่ 12 พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคะแนนการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในภาพรวมอยู่ในช่วง 38-90 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็น 83.67 คะแนนและเมื่อพิจารณาแบ่งระดับคะแนนการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนในระดับดีมาก คือจำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 77.8 รองลงมาคือระดับดี จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 ระดับปานกลาง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 3.5 มีเพียง 1 รายเท่านั้นที่มีคะแนนการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 0.5 และเมื่อแยกเป็นรายด้าน ได้แก่ 1) การใช้ยาตามแผนการรักษาส่วนใหญ่มีคะแนนในระดับดีมาก คือจำนวน 155 คน โดยพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนอยู่ในช่วง 22-45 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็น 41.77 คะแนน และ 2) ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาส่วนใหญ่มีคะแนนในระดับดีมาก คือจำนวน 155 คน พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนอยู่ในช่วง 16-45 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็น 41.90 คะแนน



ตารางที่ 13 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายชื่อ

การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. คุณไม่รับประทานยาโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง	4.85	0.50	ดีมาก
2. แม้มีการควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้นคุณยังมารับยาอย่างสม่ำเสมอ	4.83	0.57	ดีมาก
3. คุณไม่ได้รับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น	4.81	0.74	ดีมาก
4. เมื่อยาหมดก่อนกำหนดนัดคุณไม่ได้ดูแลตนเองโดยไม่ได้พบแพทย์	4.79	0.66	ดีมาก
5. คุณปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรในเรื่องการใช้ยา	4.79	0.61	ดีมาก
6. คุณไม่เคยลดเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	4.76	0.70	ดีมาก
7. คุณไม่หยุดรับประทานยาโดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ	4.73	0.72	ดีมาก
8. คุณไม่เคยเพิ่มเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	4.71	0.75	ดีมาก
9. คุณมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	4.70	0.73	ดีมาก
10. คุณปรึกษากับแพทย์ พยาบาลและเภสัชกรเมื่อมีปัญหาหรือมีความผิดปกติจากการใช้ยา	4.64	0.98	ดีมาก
11. คุณรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง	4.64	0.87	ดีมาก
12. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกายคุณไม่หยุดรับประทานยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์	4.61	0.99	ดีมาก
13. คุณขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษาเมื่ออาการไม่ดีขึ้น	4.58	0.97	ดีมาก
14. คุณไม่เคยหยุดยาเองเมื่อคิดว่าควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น	4.56	0.97	ดีมาก
15. คุณจะไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติจากฤทธิ์ของยาแล้วใช้ยาแก้แพ้แต่อาการไม่ดีขึ้น	4.53	1.22	ดีมาก
16. เมื่อมีอาการข้างเคียงจากยาคุณจะได้รับประทานยาแก้แพ้ตามที่แพทย์แนะนำ	4.44	1.29	ดี
17. คุณรับประทานยาตรงตามเวลา	4.39	1.02	ดี
18. คุณไม่ลืมรับประทานยา	4.33	0.92	ดี
รวม	4.64	0.46	ดีมาก



จากตารางที่ 13 พบว่าการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยรวมอยู่ในระดับดีมากมีคะแนนเฉลี่ย 4.64 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ามีการปฏิบัติในระดับดีมากในรายข้อ จำนวน 15 ข้อ และในระดับดี จำนวน 3 ข้อ โดยข้อที่ผู้ป่วยปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X}$  = 4.85) คือ “คุณไม่รับประทานยาโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง” รองลงมาคือ “แม้มีการควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้นคุณยังมารับยาอย่างสม่ำเสมอ” ( $\bar{X}$  = 4.83) และ “ไม่ได้รับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น” ( $\bar{X}$  = 4.81)

ตอนที่ 5 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ การใช้สารเสพติด การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ทักษะคิดต่อการรับประทานยา อายุที่เริ่มป่วย ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระดับความรุนแรงของโรค และฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยากับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ผู้วิจัยเลือกวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติอนพาราเมตริกซ์ (Non-Parametric Statistics) เนื่องจากการตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงของข้อมูลการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่เป็นโค้งปกติ และตัวแปรต้นมีมาตรวัดบางตัวอยู่ในระดับนามมาตรา

ตารางที่ 14 ค่าสหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ทักษะคิดต่อการรับประทานยา อายุที่เริ่มป่วย ระดับความรุนแรงของโรค และฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยากับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ปัจจัย	ค่าสหสัมพันธ์ สเปียร์แมน ( $\rho$ )	p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
อายุ	.249**	.000	ต่ำมาก
ระดับการศึกษา	-.055	.444	-
การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง	.124	.081	-
ทักษะคิดต่อการรับประทานยา	.191**	.007	ต่ำมาก
อายุที่เริ่มป่วย	.229**	.001	ต่ำมาก
ระดับความรุนแรงของโรค	-.339**	.000	ต่ำ
ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา	-.283**	.000	ต่ำมาก

\*\*p < 0.01

จากตารางที่ 14 พบว่าปัจจัยด้านระดับการศึกษา และการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยด้านอายุ อายุที่เริ่มป่วย ทักษะคิดต่อการรับประทานยา พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ค่า  $p = .249^{**}$ ,  $.229^{**}$  และ  $.191^{**}$  ตามลำดับ)

ปัจจัยด้านระดับความรุนแรงของโรคพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ( $p = -.339^{**}$ ) และฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมาก ( $p = -.283^{**}$ ) กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**ตารางที่ 15** ค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล (Point Biserial Correlation) ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ การใช้สารเสพติด และประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ปัจจัย	ค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล	p-value
เพศ	-.036	.617
สถานภาพสมรส	-.004	.956
การประกอบอาชีพ	.042	.560
การใช้สารเสพติด	-.069	.336
ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว	-.052	.468

จากตารางที่ 15 พบว่าเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ การใช้สารเสพติด และประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยายแบบศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research) เพื่อศึกษาการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

#### สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ การใช้สารเสพติด ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
2. อายุ อายุที่เริ่มป่วย ทศนคติต่อการรับประทุษร้าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
3. ระดับความรุนแรงของโรค ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว I (Bipolar I) หรือโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว II (Bipolar II) อายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาปรับอารมณ์ (Mood Stabilizer) ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic) ยาแก้ซึมเศร้า (Antidepressant) ยาคลายกังวล (Antianxiety) และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการโดยเป็นศูนย์บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิขั้นสูง (Super Tertiary Care) ที่มีความสามารถในการให้บริการและมีความพร้อมในการรักษาสูงสุด โดยผู้วิจัยเลือกเฉพาะเจาะจงโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว I (Bipolar I) หรือโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว II (Bipolar II) อายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาปรับอารมณ์ (Mood Stabilizer) ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic) ยาแก้ซึมเศร้า (Antidepressant) ยาคลายกังวล (Antianxiety) และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการเนื่องจากเป็นศูนย์บริการทางการแพทย์

ระดับตติยภูมิขั้นสูง (Super Tertiary Care) ที่มีความสามารถในการให้บริการและมีความพร้อมในการรักษาสูงสุด โดยผู้วิจัยเลือกเฉพาะเจาะจงโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 198 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 6 ชุด คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ การใช้สารเสพติด อายุที่เริ่มป่วย ประวัติการนอนโรงพยาบาล ด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2. แบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ มีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.98 ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .813

3. แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ตามแนวคิดของ Farragher (1999) ที่พัฒนาโดยอุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) เพื่อใช้ประเมินการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งผู้วิจัยนำมาพัฒนาใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการใช้ยา 2 ด้าน คือ 1) การปฏิบัติตามแผนการรักษา 9 ข้อ 2) ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา 9 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ 5, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18 และข้อความทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 14, 17 โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ

ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.94 ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .879

4. แบบประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง (Insight Scale) พัฒนามาจากแนวคิดของ Birchwood et al. (1994) ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือ คือ Birchwood ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับอนุญาตฉบับภาษาอังกฤษนำมาพัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back translation สามารถสื่อความหมายได้คงเดิมกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ มีการปรับข้อความให้สอดคล้องและมีความตรงกับต้นฉบับมากที่สุด ประกอบด้วย 8 ข้อ ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.92 และค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .808

5. แบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา (Drug Attitude Inventory : DAI-10) ตามแนวคิดของ Awad (1993) ซึ่งพัฒนาปรับปรุงมาจาก DAI-30 ตามแนวคิดของ Hogan et al. (1983)

ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือคือ George Awad มีข้อคำถาม 10 ข้อ ผู้วิจัยนำเครื่องมือฉบับภาษาอังกฤษมาพัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back translation สามารถสื่อความหมายได้คงเดิมกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ มีการปรับข้อความให้สอดคล้องและมีความตรงกับต้นฉบับมากที่สุด ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เลือกตอบว่าถูกหรือผิด ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 1.0 และสำหรับค่าความเที่ยง (Reliability) ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .814

6. แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS) เป็นแนวคิดมาจาก Overall and Gorham (1962) ซึ่งพัฒนาปรับปรุงเป็นฉบับภาษาไทยโดยกรรณิการ์ณ เลาประเสริฐสุข (2555) ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงแบบวัดนี้มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ 1 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ประกอบด้วย 10 ข้อ โดยผู้วิจัยทำการประเมินผู้ป่วย การคิดคะแนนทำโดยคิดคะแนนข้อคำถามทุกข้อและนำมาวิเคราะห์คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 70 คะแนน มีความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .805

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล นำเสนอต่อคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และคณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
2. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยในโรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลวชิรพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
3. ผู้วิจัยเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 22 มิถุนายน – 5 ตุลาคม 2560
4. จัดเตรียมข้อมูลและวิเคราะห์และวิธีทางสถิติเพื่อสรุปผลการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ การใช้สารเสพติด ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
2. อายุ อายุที่เริ่มป่วย ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของแบบวัด

4. การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ทศนคติต่อการรักษา ระดับความรุนแรงของโรค วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของแต่ละแบบวัด

5. วิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา อายุที่เริ่มป่วย การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ทศนคติต่อการรับประทานยา ระดับความรุนแรงของโรค และฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้จ่าย กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank-Order Correlation Coefficient)

6. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรเพศ สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ การใช้สารเสพติด และประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ด้วยค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point Biserial Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

### สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาการใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษาและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีผลการวิจัยที่สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.1) มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 30.3) รองลงมา คือ ช่วงอายุ 30 - 39 ปี (ร้อยละ 26.8) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.82 ปี (S.D. = 12.137) ส่วนใหญ่มีการศึกษา ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 51.0) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 21.7) และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 51.0) รองลงมาคือสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 35.9) ส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 65.7) โดยอาชีพที่พบมากที่สุด คือ ข้าราชการ (จำนวน 40 ราย) นอกจากนั้นยังพบว่าส่วนใหญ่ไม่ใช้สารเสพติด (ร้อยละ 76.8) และสำหรับผู้ที่ใช้สารเสพติดจำนวน 46 รายนั้นพบว่าสารเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือ แอลกอฮอล์จำนวน 29 ราย รองลงมาคือ บุหรี่ จำนวน 22 ราย อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรกโดยเฉลี่ยเมื่ออายุ 31.28 (S.D. = 10.394) และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (ร้อยละ 88.4)

2. คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคะแนนความคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองเฉลี่ย 8.28 คะแนน ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้วพบว่า

ผู้ป่วยมีการตระหนักรู้ในอาการแสดงดี ( $\bar{X} = 3.01$ ) ตระหนักรู้ถึงการเจ็บป่วยน้อย ( $\bar{X} = 2.01$ ) และยอมรับการรักษาดี ( $\bar{X} = 3.26$ )

3. คะแนนทัศนคติต่อการรับประทานยา พบว่าทัศนคติต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการรับประทานยาดี (ร้อยละ 94.4) และมีทัศนคติต่อการรับประทานยาไม่ดี (ร้อยละ 5.6)

4. คะแนนระดับความรุนแรงของโรค พบว่าระดับความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 14.05) คิดเป็นร้อยละ 99.5

5. คะแนนฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคะแนนฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยาน้อยโดยเฉลี่ยเท่ากับ 48.71 (S.D. = 16.39) โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 30 - 135 คะแนน

6. คะแนนการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในภาพรวมอยู่ในช่วง 38-90 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็น 83.67 คะแนน และเมื่อพิจารณาแบ่งระดับคะแนนการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนในระดับดีมาก คือจำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 77.8 รองลงมาคือระดับดี จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 ระดับปานกลาง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 3.5 ซึ่งมีเพียง 1 รายเท่านั้นที่มีคะแนนการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 0.5

7. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า

7.1 เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ การใช้สารเสพติด การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง และประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

7.2 อายุ อายุที่เริ่มป่วย และทัศนคติต่อการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

7.3 ระดับความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ และฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

## อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผู้วิจัยขอนำเสนอการอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

### 1. ศึกษาการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่ มีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับดีมากมีคะแนนเฉลี่ย 83.67 การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมบางเรื่อง เช่น ของ Gonzalez-Pinto et al. (2010) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดี และของ Rosa et al. (2007) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการใช้ยาลดเทียบตามเกณฑ์การรักษาดี จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษานั้นเนื่องจากมีปัจจัยบางประการของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี (ร้อยละ 30.3) เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองจะถูกพัฒนาขึ้นตามอายุ จากวัยเด็กถึงผู้ใหญ่ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลตนเองสูงสุด จะลดลงและมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 2001) อายุเป็นปัจจัยสำคัญที่บอกถึงวุฒิภาวะและความรับผิดชอบของบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยผู้ที่อายุมากกว่าจะรับผิดชอบในการใช้ยาได้ครบถ้วนตรงเวลาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ดีกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย ด้วยผู้ป่วยที่อายุน้อยจะไม่ให้ความสำคัญกับการรับประทานยา และอาจจะเป็นความเสี่ยงให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Baldessarini et al., 2008) โดยส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการรับประทานยาที่ดี (ร้อยละ 94.4) โดยจากการศึกษาของ Gonzalez-Pinto et al. (2010) พบว่าผู้ป่วยจะมีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากขึ้นเมื่อยอมรับการเจ็บป่วยภายในสัปดาห์ที่ 12 ของการเจ็บป่วย ทัศนคติต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการรับประทานยาดี (ร้อยละ 94.4) เนื่องจากทัศนคติ คือ สิ่งที่ผู้ป่วยให้คุณค่า ให้ความสำคัญ ถ้าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและมีเจตคติที่ดีต่อยาทางจิตเวชที่ใช้รักษาแล้ว ย่อมจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาที่ดีด้วยเช่นกัน ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยได้เห็นถึงความสำคัญและคุณค่าของยาทางจิตเวชที่เขาได้รับ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องยากที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจต่อต้านในสิ่งที่เขาให้คุณค่า ให้ความสำคัญ โดยการเลิกหรือละเว้นการปฏิบัติเกี่ยวกับยา (อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์, ชุตินา ประทีปจตุติ และสุนันท์ คำอ่อน, 2541) ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคะแนนฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยาโดยเฉลี่ยเท่ากับ 48.71 (S.D. = 16.39) โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 30 - 135 คะแนน ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมีฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยาน้อยจะส่งผลให้มีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดี



2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรค อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าความเป็นเพศชายหรือความเป็นเพศหญิงมีการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ได้จาก การทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าเพศหญิงจะใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าเพศชาย (Gonzalez-Pinto et al., 2006) ที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะในงานวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศ หญิงจำนวนมากถึงร้อยละ 62.1 หรืออาจเนื่องจากไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง เกิดขึ้นไม่ว่าจะเกิดจากสภาวะเสื่อมของร่างกายหรือการเจ็บป่วย ย่อมที่จะแสวงหาหนทางที่จะ ปรับตัวยอมรับและเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตให้ถูกต้องเหมาะสมกับสภาวะนั้นๆ (วิลาสินี แฝ้วชนะ, 2541) และในยุคปัจจุบันพบว่าทั้งเพศหญิงและเพศชายนั้นต่างมีวิถีชีวิตที่คล้ายคลึงกันมากขึ้น เช่น การทำงานนอกบ้าน การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร รวมไปถึงระดับการศึกษา จึงทำให้ทั้งเพศหญิงและเพศ ชายมีความสามารถในการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกันมาก ดังนั้นจึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับ การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson et al. (2007), Clatworthy et al. (2009) and Murru et al. (2013) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ( $p = 0.853, 0.49$  และ  $1.000$  ตามลำดับ)

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรค อารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบว่าอายุมีความสำคัญทางบวกกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วย โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสิ่งที่ได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่บอกถึงวุฒิภาวะและความรับผิดชอบของ บุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยผู้ที่อายุมากกว่าจะรับผิดชอบในการใช้ ยาได้ครบถ้วนตรงเวลาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ดีกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย ด้วยผู้ป่วยที่อายุน้อยจะไม่ให้ ความสำคัญกับการรับประทานยา และอาจจะเป็นความเสี่ยงให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Baldessarini et al., 2008)

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาใน ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยนี้ไม่ สอดคล้องกับสิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงจะมีการใช้ตามเกณฑ์ การรักษามากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (Johnson et al., 2007) ที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้อาจเนื่องจาก การเข้าถึงแหล่งความรู้ในปัจจุบันไม่ได้มีเฉพาะในสถานศึกษา แต่สามารถค้นหาได้จากสื่อต่างๆ เช่น สื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น จึงทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความรอบรู้มากขึ้น ซึ่งทำให้

การรู้คิดระหว่างผู้ที่มีการศึกษาน้อยและผู้ที่มีการศึกษาสูงไม่ได้มีความแตกต่างกันมากหากมีการให้สุขภาพจิตศึกษาจากที่มสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Gonzalez-Pinto et al. (2006) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่มีสถานภาพโสดเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างสูงที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าปัจจัยอื่นๆ (Gonzalez-Pinto et al., 2006) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีการใช้ยาที่เทียบตามเกณฑ์การรักษา (Gonzalez-Pinto et al., 2006) ที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ไม่ได้มีสถานภาพคู่ไม่ได้รู้สึกโดดเดี่ยวหรือขาดที่พึ่งเพราะในยุคปัจจุบันการติดต่อสื่อสารทำได้ง่ายและรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อกับครอบครัว เพื่อน และบุคลากรผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคทางอารมณ์ได้ (Suto et al., 2010) ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ไม่ได้มีสถานภาพคู่ยังสามารถคงไว้ซึ่งการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Murru et al. (2013) ที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประกอบอาชีพกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าการประกอบอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ไม่มีกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รวมไปถึงการสูญเสียหน้าที่การงานเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Gonzalez-Pinto et al., 2010) ที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะในงานวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพจำนวนมากถึงร้อยละ 65.7 และเนื่องจากผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วแม้ไม่ได้ประกอบอาชีพแต่ยังมีกิจกรรมทางสังคม เช่น การเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือสังคม การทำงานบ้าน ช่วยเหลืองานในครอบครัว และยังมีกิจกรรมอื่นๆ อีกมากมาย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยยังมีคุณค่าในตนเองและมีความต้องการคงไว้ซึ่งกิจกรรมนั้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาเพื่อให้อาการของโรคสงบและสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ (Suto et al., 2010) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงสามารถรับผิดชอบดูแล

ตนเองได้รวมถึงเรื่องการรักษาตามเกณฑ์การรักษา แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Murru et al. (2013) ที่พบว่าการประกอบอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

7. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าการใช้สารเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ติดแอลกอฮอล์จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเนื่องจากแอลกอฮอล์มีผลต่อการรู้คิด ทำให้เชื่องช้าลง และหลงลืมในการรับประทานยา และบางครั้งทำให้เกิดอารมณ์คลุ้มคลั่งแปรปรวนจนไม่อยู่ในสถานะที่จะรับผิดชอบในการรับประทานยา (Baldessarini et al., 2008) จากการศึกษาของ Gonzelez-Pinto et al. (2010) พบว่าลักษณะของผู้ใช้สารเสพติดจะไม่สนใจความเป็นอยู่ของตนเอง แยกตัว ผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมากในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดในระหว่างสัปดาห์แรกของการรับการรักษาจะส่งผลกระทบต่อระดับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และรัชชัยลีพินาจ (2549) ได้กล่าวว่า การใช้สารเสพติดนั้นส่งผลกระทบต่อให้การดำเนินโรคแยลงความสม่ำเสมอในการกินยาตลอด ที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะในงานวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สารเสพติดเพียงร้อยละ 23.2 และไม่ใช้สารเสพติดพบมากถึงร้อยละ 76.8 และเนื่องจากลักษณะของการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาไม่ได้มีการใช้ในลักษณะเสพติดหรือพึ่งพาแต่อย่างใด และสารเสพติดที่ใช้ส่วนใหญ่ได้แก่ แอลกอฮอล์ 29 ราย บุหรี่ 22 ราย กัญชา 7 ราย ยาบ้า โคเคน และแอลเอสดี 1 ราย จึงไม่ได้กระทบต่อการดำเนินชีวิตและพยาธิสภาพของโรค ดังนั้นจึงไม่พบความสัมพันธ์ของการใช้สารเสพติดกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Murru et al. (2013) ที่พบว่าการใช้สารเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

8. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาการเจ็บป่วยของตนเองกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าการรักษาการเจ็บป่วยของตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมโดย Gonzelez-Pinto et al. (2010) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะใช้ยาตามเกณฑ์รักษามากขึ้นเมื่อยอมรับการเจ็บป่วยภายในสัปดาห์ที่ 12 ของการเจ็บป่วย ที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้เนื่องจากแม้ว่าการที่ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยจะทำให้เข้าใจถึงอาการ อาการแสดงของโรค เห็นความสำคัญในการเข้ารับการรักษา และการที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยจะทำให้ผลลัพธ์ของอาการออกมาไม่ดี ไม่ร่วมมือในการ

รักษาและส่งผลกระทบต่อการรู้คิดให้แย่ง (Feki et al., 2015) แต่ในการศึกษาของ Ray et al. (1982) พบว่า ธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และบุคคลใช้ช่วงเวลาหนึ่งเพื่อพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งหากผู้ป่วยปรับตัวต่อการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นต่ออารมณ์และพฤติกรรมได้แล้วถึงแม้จะไม่ยอมรับการเจ็บป่วยแต่ก็เป็นไปได้ที่จะใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

9. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการรับประทานยากับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบว่าทัศนคติต่อการรับประทานยา มีความสำคัญทางบวกกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า ถ้าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและมีเจตคติที่ดีต่อยาทางจิตเวชที่ใช้รักษาแล้ว ย่อมจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาที่ดีด้วยเช่นกัน ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยได้เห็นถึงความสำคัญและคุณค่าของยาทางจิตเวชที่เขาได้รับ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องยากที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจต่อต้านในสิ่งที่เขาให้คุณค่า ให้ความสำคัญ โดยการเลิกหรือละเว้นการปฏิบัติเกี่ยวกับยา (อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์, ชุติมา ประทีปจตุติ และสุคนธ์ คำอ่อน , 2541)

10. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มป่วยกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าอายุที่เริ่มป่วยมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในวัยผู้ใหญ่จะมีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตั้งแต่อายุน้อย เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตั้งแต่อายุน้อยจะมีการพยากรณ์โรคไม่ค่อยดี มีระดับความรุนแรงของโรคและการป่วยซ้ำมากกว่า ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตั้งแต่อายุน้อยยังไม่มีควมรับผิดชอบเพียงพอ และเกิดความเบื่อหน่ายในการรับประทานยาเพราะต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลานานและทนทุกข์ทรมานกับโรคที่เป็นอยู่มายาวนานกว่า พบว่าอายุที่เริ่มป่วยเป็นปัจจัยทำนายหลักที่ผู้ป่วยจะไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Gonzalez-Pinto et al., 2010; Barraco et al., 2012)

11. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีประวัติ

การรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วซึ่งส่วนใหญ่เป็นระยะคลุ้มคลั่งหรือซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตายใน 12 เดือนที่ผ่านมาเป็นความเสี่ยงของการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Gonzalez-Pinto et al., 2010) ) ที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้เป็นเพราะในงานวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำนวนมากถึงร้อยละ 88.4 และเนื่องจากในปัจจุบันมีการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การรักษาด้วยยาชนิดใหม่ๆ และการรักษาด้วยจิตบำบัด การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และการให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตและการจัดการเกี่ยวกับอาการเตือนก่อนเกิดอาการซ้ำทำให้ผลลัพธ์ในการรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วดีขึ้น (Lam et al., 2005) ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วใน 12 เดือนที่ผ่านมามีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

12. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของโรคกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบว่าระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมโดยจากการศึกษาของ Baldessarini et al. (2008) พบว่าโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นระดับรุนแรงมากๆทั้งในระยะคลุ้มคลั่งและระยะผสมนั้น อาการทางอารมณ์จะรุนแรงจนผู้ป่วยไม่อยู่ในสถานะที่จะให้ความสำคัญกับการรับประทานยาผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Gonzalez-Pinto et al. (2010) พบว่าผู้ป่วยจะไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเมื่ออยู่ในระยะคลุ้มคลั่งและมีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว/ประสาทหลอน โดยผู้ป่วยจะมีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก็ต่อเมื่อมีระดับความรุนแรงของโรคลดลงมาอยู่ในระดับต่ำ (Gonzalez-Pinto et al., 2010)

13. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยากับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ Baldessarini et al., (2008) ศึกษาพบว่าฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยามีความสัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Baldessarini et al., 2008) อาการง่วงนอนหลังจากรับประทานยาเป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Velligan et al., 2010) และ Johnson et al. (2007) ศึกษาพบว่าน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นและความคิดที่เชื่องช้าลงซึ่งเป็นผลมาจากฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยามีความสัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = 0.05$ )

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการใช้อยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังนี้

1. พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินและส่งเสริมการใช้อยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่มีการใช้อยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับดีมากมีคะแนนเฉลี่ย 83.67 โดยพบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการใช้อยาตามเกณฑ์การรักษา ได้แก่ อายุ อายุที่เริ่มป่วย ทักษะคิดต่อการรับประทานยา ระดับความรุนแรงของโรค และฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจิตเวชจะต้องมีการประเมินและค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้เพื่อให้การพยาบาลได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนและส่งเสริมการใช้อยาตามเกณฑ์การรักษาได้

2. จากการศึกษาพบว่าอายุ อายุที่เริ่มป่วย และทักษะคิดต่อการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้อยาตามเกณฑ์การรักษา นั่นคือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีทักษะคิดต่อการรับประทานยาดีแล้วจะมีการใช้อยาตามเกณฑ์การรักษา ดังนั้นการจัดกิจกรรมพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะที่ดีในการรับประทานยา และทั้งนี้การจัดกิจกรรมพยาบาลควรคำนึงถึงช่วงอายุเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและเกิดประโยชน์อย่างสูงสุด

3. จากการศึกษาพบว่าระดับความรุนแรงของโรค และฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้อยาตามเกณฑ์การรักษา นั่นคือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยาจะมีการใช้ยาไม่เป็นไปตามตามเกณฑ์การรักษา ทั้งนี้การทนต่อผลข้างเคียงของยาของในแต่ละบุคคลนั้นอาจไม่เท่ากัน ดังนั้นการจัดกิจกรรมพยาบาลจึงควรส่งเสริมความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้ถูกต้อง

4. นำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาปรับปรุงวางแผนปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นให้ความรู้และส่งเสริมความมั่นใจในการใช้อยาตามเกณฑ์การรักษาทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้การดูแล

### ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาใน setting ที่หลากหลาย เพื่อให้ได้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะแตกต่างกัน
2. ควรมีการศึกษาการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาแบบติดตามไปข้างหน้า เพื่อติดตามการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระยะยาว
3. ควรมีการศึกษาการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยที่มีระยะอาการแตกต่างกันและอยู่ในช่วง active phase เพื่อจะได้ทราบว่าเมื่อสภาวะทางอารมณ์ต่างกัน เช่น ระยะซึมเศร้า ระยะคลุ้มคลั่ง ผู้ป่วยจะมีลักษณะใช้ยาที่แตกต่างกันหรือไม่
4. ควรนำปัจจัยอื่นๆ เช่น ระยะเวลาการเจ็บป่วย รายได้ต่อครัวเรือน สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ เป็นต้น มาเป็นตัวแปรในการศึกษาการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วย เพื่อนำผลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
5. ควรมีการนำผลการศึกษาวิจัยไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการส่งเสริมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาให้กับผู้ป่วย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต. (2556). **Global Assessment of Function (GAF) Scale** Retrived 12 March, 2013, from <http://www.dmh.moph.go.th/gaf.asp>.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจระดับการศึกษาของประชากรไทย: การศึกษาระดับประเทศ ปี 2546. กรุงเทพมหานคร : วงศ์กมล; 2546

กรรณิการ์ เลาประเสริฐสุข. (2555). ผลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กัลยา วาณิชย์บัญชา. (2550). สถิติสำหรับงานวิจัย. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม,แพ จันทร์สุขและศุภกรใจ เจริญสุข .(2556). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ฉบับปรับปรุง เล่มที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัทธนาเพรส จำกัด.

ทวีพร วิสุทธีมรรค. (2545). ปฏิบัติการระหว่างยาในใบสั่งยาผู้ป่วยนอกสถาบันยาเสพติด วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ. วารสารกรมการแพทย์ 27(7), 308-315.

นันทนา สุขสมนรินทร์. (2552). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์. (2555). ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication Non Adherence). วารสารไทยเภสัชวิทยานิพนธ์ (ฉบับการศึกษาต่อเนืองทางเภสัชศาสตร์). 7: 1-18.

นันทวิช สิทธีรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวชและพนม เกตุมาน. (2558). จิตเวชศิริราช DSM-5. กรุงเทพมหานคร : ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์.

ธงรบ เทียนสันต์. (2556). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิต



ศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธวัชชัย ลิฟหานาจและสรยุทธ วาสิกนันทน์. (2549). **ตำราโรคไบโพลาร์**. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

ธวัชชัย ลิฟหานาจ, สุวรรณภา เรื่องกาญจนเศรษฐ์ และธรรณชัย คงสกนธ์. (2545). ลิเทียมเปรียบเทียบกับลิเทียมเปรียบเทียบกับ carbamazepine ในการรักษา bipolar disorder : การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 47(2) : 97-110.**

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). **ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

ประคอง กรรณสูตร. (2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ด้านสุขุทธการพิมพ์.

ผลทิพย์ ปานแดง. (2547). **ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิชัย อภิภูสกุล. (2558). **โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว** ในมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (บรรณาธิการ). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี**. (น.155-156). กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิมพ์ผกา กิตติวงศ์อื่น. (2556). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพชร คันธสายบัว. (2544). **การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มาโนช หล่อตระกูล. (2557). **คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช**. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2552). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี**. กรุงเทพฯ: ปียอน เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). **การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์. (2558). **รายงานสถิติประจำปี 2558**. กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2557). **รายงานสถิติประจำปี 2557**. โรงพยาบาล รามาธิบดี กระทรวงศึกษาธิการ.
- โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2558). **รายงานสถิติประจำปี 2558**. โรงพยาบาล รามาธิบดี กระทรวงศึกษาธิการ.
- โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2559). **รายงานสถิติประจำปี 2559**. โรงพยาบาลรามาธิบดี กระทรวงศึกษาธิการ.
- โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. (2557). **รายงานสถิติประจำปี 2557**. โรงพยาบาล วชิรพยาบาล กระทรวงศึกษาธิการ.
- โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. (2558). **รายงานสถิติประจำปี 2558**. โรงพยาบาล วชิรพยาบาล กระทรวงศึกษาธิการ.
- โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. (2559). **รายงานสถิติประจำปี 2559**. โรงพยาบาล วชิรพยาบาล กระทรวงศึกษาธิการ.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2557). **รายงานสถิติประจำปี 2557**. Retrieved 1 ธันวาคม 2560 from <http://www.srithanya.go.th>.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2557). **รายงานสถิติประจำปี 2558**. Retrieved 1 ธันวาคม 2560 from <http://www.srithanya.go.th>.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2557). **รายงานสถิติประจำปี 2559**. Retrieved 1 ธันวาคม 2560 from <http://www.srithanya.go.th>.
- โรงพยาบาลสวนปรุง. (2559). **รายงานสถิติประจำปี 2559**. กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2548). **การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล**. ขอนแก่น : โรงพิมพ์

ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.

โศรดา สุรเทวมิตร. (2553). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศูนย์ปฏิบัติการกรมสุขภาพจิต. (2557). **Reporting Data Collection for ASEAN Data Bank on Mental Health: THAILAND 2013-2014**. Retrieved 16 พฤศจิกายน 2558 from <http://www.dmh.go.th/portal.asp>.

สาธิต พุดชาธร. (2541). **ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท**.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สรินทร เชี่ยวโสธร. (2545). **ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมภพ เรืองตระกูล. (2557). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.

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

สุณี เลิศสินอุดม, กรแก้ว จันทภาษา, สมศักดิ์ เทียมเก่า และอาภรณ์ ไชยาคำ. (2551). การ

ศึกษาสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. **วารสารอายุรศาสตร์อีสาน** 7(1) มกราคม – มีนาคม : 37-45.

สุนันท์ จำรุงสวัสดิ์. (2536). **ผลของการสร้างสัมพันธภาพการสอนสุขภาพและการใช้เงื่อนไข**

**ผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท** โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2556). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อวยพร เรืองตระกูล. (2551). **สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ 1**. กรุงเทพมหานคร : สำนัก

พิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกษรสมุทรและวาริรัตน์ ถาน้อย. (2557).

**การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ Psychiatric Nursing.** กรุงเทพมหานคร : สายธุรกิจโรงพิมพ์  
บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย**

**จิตเภทในชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.  
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์, ชุตติมา ประทีปจติและสุคนธ์ คำอ่อน. (2541). ความสัมพันธ์

ระหว่างคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการใช้ยาทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่

โรงพยาบาลศรีธัญญา. **วารสารกรมสุขภาพจิต 3** (มิถุนายน-กันยายน):58-64.

### ภาษาอังกฤษ

Akiskal, H. S., Hantouche, E. G., Allilaire, J. F., Sechter D., Bourgeois, M. L., Azorin,

J. M., et al. (2003). Validating antidepressant-associated hypomania (bipolar III):  
a systematic comparison with spontaneous hypomania (bipolar II). **Journal of  
Affective Disorders** 73(1): 65-74.

Alvarez, A.S. and Fernandez-Rodriguez C. (2017). Review of the efficacy of treatments  
for bipolar disorder and substance abuse. **Revista de Psiquiatria y Salud  
Mental** 10(2): 113-124.

Anderson, I. M., Haddad, P. M., Scott, J. (2012). Bipolar disorder. **BMJ: Br. Med. J**  
345: e8508.

Arinson, K. J. (2007). Editors' view Compliance, concordance, adherence.

**British journal of clinical Pharmacology** 63 (4) : 383-384.

Aronson, J. K. (2007). Editors' view Compliance, Concordance, adherence.

**British Journal of Clinical Pharmacology.** 63(4): 383-384.

Arvilommi P., Kirsi S., Mantere O., Leppamaki S., Valtonen H., Isometsa E.

(2014). **Journal of Affective Disorders** 155: 110-117.

- Awad, A. G. (1993). Subjective response to neuroleptics in schizophrenia. **Schizophr Bull** 19 : 609-18.
- Baldessarini, R. J., Perry R., Pike J. (2008) Factors associated with treatment nonadherence among US bipolar disorder patients. **Human Psychopharmacology** 23(2): 95-105.
- Barraco A., Rossi A. and Nicolo G. (2012). Description of Study Population and analysis of Factors Influencing Adherence in the Observational Italian study “Evaluation of Pharmacotherapy Adherence in Bipolar Disorder” (EPHAR). **CNS Neuroscience & Therapeutics** 18: 110-118.
- Beck, A. T., Baruch E., Balter, J. M., Steer, R. A., Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. **Schizophrenia Research** 68: 319-329.
- Begley, C. E., Annegers, J. F., Swann, A. C., et al. (2001). The life time cost of bipolar disorder in The US: an estimate for new cases in 1998. **Pharmacoeconomics** 19(1): 483-495.
- Berk M., Berk L., Moss K., Dodd S., Malhi, G. S. (2006). Diagnosing bipolar disorder : how can we do it better?. **Medical Journal of Australia** 184: 459-462.
- Birchwood M., Smith J., Drury v., Healy J., Macmillan F., Slade, M. (1994). A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 89: 62-67.
- Boland E., M., Stange J., P., Adams A., M., Labelle D., R., Ong M., Hamilton J., L., Connolly S., L., Black C., L., Cedeno A., B., Alloy L., B. (2015). Associations between sleep disturbance, cognitive functioning and work disability in Bipolar Disorder. **Psychiatry Research** 230: 567-574.
- Boudes P. (1998). Drug Compliance in Therapeutic Trails : A Review. **Controlled Clinical Trails** 19: 257-268.

- Browne, M.O., Wells, J., Scott, K. (2006). **Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey**. Ministry of Health, Wellington, New Zealand.
- Cacilhas A. A., Magalhaes, P. V. S., Cereser K. M., Walz, J. C., Weyne F., Rosaa, A. R., Vieta E., et al. (2009). Bipolar disorder and age-related functional impairment. **Rev Bras Psiquiatr** 31(4): 354-7.
- Chakrabarti S. (2014). What's in a name? Compliance, Adherence and concordance in chronic psychiatric disorders. **World J Psychiatr** 4(2): 30-36.
- Clatworthy J., Bowskill R., Parham R., Rank T., Scott J., Horne R. (2009). Understanding medication non-adherence in bipolar disorder disorders using a Necessity-Concerns Framework. **Journal of Affective Disorders** 116: 51-55.
- Cloutier M., Greene M., Guerin A., Touya M., Wu E. (2018). The economic burden of bipolar I disorder in the United States in 2015. **Journal of Affective Disorders** 226: 45-51.
- Colom, F., Vieta E., Martinez-A A., Reinares M., Benabarre A., Gasto C. (2000). Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patient. **Journal of Clinical Psychiatry** 61(8): 549-555.
- Colom F., Vieta E., Tacchi M. J., Sanchez-Moreno J., Scott J. (2005). Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. **Bipolar Disorders** 7(Suppl 5): 24-31.
- Colom F., Vieta E., Daban C., Pacchiarotti I., Sanchez-Moreno J. (2006). Clinical and therapeutic implications of predominant polarity in bipolar disorder. **Journal of Affective** 93(1-3): 13-17.
- Coryell W., Winokur G., Solomon D., Sheat T., Leon A., and Keller M. (1997). Lithium and recurrence in a long-term follow-up of bipolar affective disorder. **Psychological Medicine** 27: 281-289.
- Crowe M., Wilson L. and Inder M. (2011). Patients' reports of the factors

- influencing medication adherence in bipolar disorder- An integrative review of the literature. **International Journal of Nursing Studies** 48: 894-903.
- Cusin C., Serretti A., Lattuada E., Mandelli L. and Smeraldi E. (2000). Impact of clinical variables on illness time course in mood disorders. **Psychiatry research** 97(2) : 217-227.
- David D. P., Jandrisvits M. D., Iles S., Weber T. R. and Gallo, L.C. (2009). Demographic, socioeconomic, and psychological factors related to medication non-adherence among emergency department patients. **The Journal of Emergency Medicine** 17 : 1-13.
- Dracup K. A. and Melies A. I. (1982). Compliance : An interactionist approach. **Nursing Research** 31: 31-35.
- Ernst C. L., Goldberg J. F. (2004). Clinical features related to age st onset in bipolar disorder. **Journal of Affective Disorder** 82: 21-27.
- Even C., Richard H., Thuile J., friedman S., Rouillon F. (2007). Characteristics of voluntary participants versus nonparticipants in a psychoeducation program for euthymic patients with bipolar disorder. **Journal of Nervous and Mental Disease** 195 (3): 262-265.
- Fagiolini A., Forgiione R., Maccari M., Cuomo A., Morana B., Dell'Osso, M. C., Pellegrini F., Rossi A. (2013). Prevalence, chronicity, burden and borders of bipolar disorder. **Journal of affective Disorders** 148(1): 161-169.
- Farragher B., (1999). Treatment Compliance in the mental health service. **Irish Medication Journal** 92 (6): 1 : 3.
- Farmer K. C. (1999). Methods for measuring and mornitoring medication regimen adherence in clinical trails and clinical practice. **Clinical Therapeutics** 21(6): 1074-1090.
- Faught E. (2012). Adherence to antileptic drug therapy. **Epilepsy and Behavior**

25: 297-302.

Feki R., Feki I., Smaoui N., Baati I., Masmoudi J., Jaoua A. (2015). Comparative Study of insight and Medication Adherence in Schizophrenia and Bipolar Disorder. **European Psychiatry** 30(1): 1855.

Ferrari A. J., Stockings E., Khoo J., Erskine H. E., Degenhardt L., Vos T., Whiteford H. A. (2016). The prevalence and burden of Disease Study 2013. **Bipolar disorders** 18: 440-450.

Frye, M. A., Altshuler, L. L., McElroy, S. L., Suppes T., Keck, P. E., Denicoff K., et al. (2003). Gender diff in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder. **Am J Psychiatry** 160(5): 883-889.

George S. (1998). Towards an integrated approach for manic depression. **J Ment Health** 7: 145-156.

Ghaemi, S. N., Rosenquist, K. J. (2004). Is insight in mania state-dependent?; A meta-analysis. **J Nerv Ment Dis** 192: 771-775.

Gianfrancesco FD., Sajatovic M., Rajagopalan K. and Wang R-H. (2008). Antipsychotic treatment adherence and associated mental health care use among individuals with bipolar disorder. **Clin Ther** 30: 1358-1374.

Gitlin M. J., Swendsen J., Heller T. L., Hammen C. (1995). Relapse and impairment in bipolar disorder. **Am J Psychiatry** 152: 1635-40.

Goetz .I, Tohen M., Reed C., et al., (2007). EMBLEM Advisory Board. Functional impairment in patients with mania: baseline results of the EMBLEM study. **Bipolar Discord** 9: 45-52.

Goldberg, J. F., Harrow M. and Grossman, L. S. (1995). Course and outcome in bipolar affective disorder : a longitudinal follow up study. **American Journal of Psychiatry** 152: 379-384.

Goldberg, J. F., Harrow, M. C. (2005). Subjective life satisfaction and



- objective functional outcome in bipolar and unipolar mood disorder : A longitudinal analysis. **Journal of Affective Disorder** 89: 79-89.
- Gomes, M. D. M. and Filho, H. D. S. M. (1998). Medication- taking behavior and drug self regulation in people with epilepsy. **Arq Neuro-Psiquiatria** 56 : 714-719.
- Gonzalez-Pinto A., Mosquera F., Alonso M, Lopez P., Ramirez F., Vieta E., Baldessarini, R.J. (2006). Suicidal risk in bipolar I disorder patients and adherence to long-term lithium treatment. **Bipolar Disorders** 8(5 Pt 2): 618-624.
- Gonzalez-Pinto A., Reed C., Novick D., Bertsch J., Haro J. M. (2010). Assesment of medication adherence in a cohort of patients with bipolar disorder. **Pharmacopsychiatry** 43(7): 263-270.
- Gould E. and Mitty E. (2010). Medication adherence is a partnership, medication compliance is not. **Geriatr Nurs** 31(4): 290-298.
- Gourney K. (2000). Role of the community psychiatric nurse in the management of schizophrenia. **Advances in Psychiatric Treatment** 6: 243-251.
- Gutierrez-Rojas L., Jurado D, Martinez-Ortega J. M. and Gurpegui M. (2010). Poor adherence to treatment associated with a high recurrence in a bipolar disorder outpatient sample. **Journal of Affective disorder** 127 : 77-83.
- Hilty, D. M., Brady, K. T. and Hales, R. E. (1999). A review of bipolar disorder among adults. **Psychiatric Service** 50: 201-213.
- Hong, J., Reed, C., Novick, D., Haro, J. M., Aguado, J. (2011). Clinical and economic consequences of medication non-adherence in the treatment of patients with a manic/mixed episode of bipolar disorder: Results from the European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication (EMBLEM) Study. **Psychiatry Res** 190: 110–114.
- Isometsa, E. (2014). Suicidal behaviour in mood disorders—who, when, and why?

- Can. J. Psychiatry Rev. Can. De. **Psychiatr** 59(3): 120–130.
- Johnson F. R., Ozdemir S., Manjunath R., Hauber, A. B., Burch, S. P., Thompson, T. R. (2007). Factors that affect adherence to bipolar disorder treatments : a stated-preference approach. **Medical Care** 45(6): 545-552.
- Jonsdottir H., Engh, J. A., Friis S., Birkenoes A., Ringen, P. A., Vaskinn A., et al. (2008). Measurement of Insight in Patients With Bipolar Disorder Are Self-Rated scales Developed for Patients With Schizophrenia Applicable?. **The Journal of Nervous and Mental Disease** 196: 333-335.
- Jonsdottir H., Opjordsmoen S., Birkenaes, AB., Simonsen C., Engh, J. A., Ringen PA., et al. (2013). Predictors of medication adherence in patients with schizophrenia and bipolar disorder. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 127: 23-33.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., schettler, P. J., Endicott J., Maser J., Solomon D. A., Leon A. C., Rice J. A., Keller M. B. (2002). The Long-term Natural history of the Weekly Symptomatic Status of bipolar I disorder. **Arch Gen Psychiatry** 59(6): 530-537.
- Judd, L.L., Akiskal, H. S., schettler, P. J., Coryell W., Maser J., Rice, J. A., et al. (2003). The comparative clinical phenotype and long term longitudinal episode course of bipolar I and II : a clinical spectrum or distinct disorders?. **Journal of Affective Disorders** 73(1-2): 19-32.
- Kalogianni A. (2012). Can Nursing Interventions increase adherence medication regimen?. **Health Science Journal** 6(1): 1-3.
- Kampman O., Lehtinen K., Lassila V., Leinonen E., Poutanen O., Koivisto A. -M. (2000). Attitudes towards neuroleptic treatment : Reliability and validity of the Attitudes towards Neuroleptic Treatment (ANT) questionnaire. **Schizophrenia Research** 45: 223-234.

- Kapczinski .F, Vieta e., Andreazza, A. C., Frey, B.N., Gomes, F.A., Tramontina J., et al. (2008). Allostatic load in bipolar disorder: implications for pathophysiology and treatment. **Neurosci biobehav Rev.** 32(4): 675-692.
- Kleindienst N., Greil W. (2004). Are illness concepts a powerful predictor of adherence to prophylactic treatment in bipolar disorder?. **Journal of Clinical Psychiatry** 65 (7): 966-974.
- Kumar S. and Sedwick P. (2001). Non-compliance to psychotic medication in Eastern India: Clients' perspective. PartII. **Journal of mental Health** 10(30): 279-284.
- 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 a bipolar disorder case registry. **J Clin Psychiatry** 63: 120-125.
- Lam D., Hayward P., Watkins E., Wright K., and Sham P. (2005). Relapse Prevention in Patients With Bipolar Disorder: Cognitive Therapy Outcome After 2 Years. **American Journal Psychiatry** 162: 324-329.
- Laxman, K. E., Lovibond, K.S. and Hassan, M. K. (2008). Impact of Bipolar Disorder in Employed Populations. **The American Journal of managed care** 14 (11): 757-764.
- Leclerc E., Mansur, R. B., and Brietzke E. (2013). Determinants of adherence to treatment in bipolar disorder: A comprehensive review. **Journal of Affective disorders** 149: 247-252.
- Levin, J. B., Aebi, M. E., Tatsuoka, C., Cassidy, K. A., Sajatovic, M. (2016). Adherence to psychotropic and nonpsychotropic medication among patients with bipolar disorder and general medical conditions. **Psychiatr Serv** 67 (3):342–345.
- Lopez-Castroman, J., Baca-Garcia, E., Oquendo, M. A. (2009). Bipolar Disorder:

what effect does treatment adherence have on risk of suicidal behavior?.

**Revista de Psiquiatria y Salud Mental** 2 (1):42-48.

Maj M. (2000). The impact of lithium prophylaxis on the course of bipolar disorder: a review of the research evidence. *Bipolar Disord* 2: 93-101.

Martin, L. R., Williams, S. L., Haskard K. B. and Dimatteo, M. R. (2005). The challenge of patient adherence. **Therapeutic and Clinical Risk Management** I (3): 189-199.

Macdonald L., Chapman S., Syrett M., Bowskill R. and Horne R. (2016).

Improving medication adherence in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis of 30 years of intervention trials. **Journal of Affective disorder** 194 : 202-221.

Martins, H.H.,Alonso, N. B., Vidal-Dourado M., Carbonel, T. D., Araujo Filho, G.

M., Caboclo, L. O., et al. (2011). Are adverse effects of antiepileptic drugs different in symptomatic Partial and idiopathic generalized epilepsies? The Portuguese-Brazilian validation of the Liverpool Adverse Events Profile. **Epilepsy Behavior** 22: 511-517.

Mason P. (1998). Users at the top. **Mental health nursing** 18: 28-29.

Merikangas, K.R., Jin, R., He, J.-P., Kessler, R.C., Lee, S., Sampson, N.A.,

Viana, M.C., Andrade, L.H., Hu, C., Karam, E.G., Ladea, M., Mora, M.E.M., Browne, M.O., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Zarkov, Z., (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. **Arch. Gen. Psychiatry** 68: 241–251.

Michalak, E. E., Wan, D. D., Yatham, L. N, Lam, R. W. (2005). Perceived Quality of

Life in patients with Bipolar Disorder. Does Group psychoeducation have an Impact. **Can J psychiatry** 50(2): 95-100.

Michalak, E. E., Murray G., Young, A. H., Lam, R. W. (2008). Burden of

bipolar depression: impact of disorder and medications on quality of life. **CNS Drugs** 22(5): 389-406.

- Miklowitz, D. J. and Goldstein, M. J. (2008). **Bipolar disorder: A Family - Focused Treatment approach (2<sup>nd</sup> ed.)**. Child & Family Behavior Therapy.
- Montes J.M., Maurino J., De D. C., Medina E. (2013). Suboptimal treatment adherence in bipolar disorder: impact on clinical outcomes and functioning. **Patient Prefer Adherence** 7:89–94.
- Morgan, V. A., Mitchell, P. B. and Jablensky, A.V. (2005). The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australia National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. **Bipolar Disorder** 7: 326-337.
- Morris, L. S. and Schulz, R. M. (1992). Patient compliance-an overview. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics** 17(5): 283-259.
- Mueser, K.T., Webb C., Pfeiffer M., Gladis M. and Levinson, D. F. (1996). Family burden of schizophrenia and bipolar disorder : perceptions of relatives and professionals. **Psychiatr Serv** 47(5): 507-511.
- Murray, M.D., Morrow D. G., Weiner M., Clark D. O., Tu W., Deer M. M., et al. (2004). A conceptual Framework to Study Medication Adherence in older Adults. **The American Journal of Geriatrics Pharmacotherapy** 2(1): 36-43.
- Murru A., Pacchiarotti I., Amann B., I., Nivoli A., M., A., Vieta E., Colom F., (2013). Treatment adherence in bipolar I and schizoaffective disorder, bipolar type. **Journal of Affective Disorders** 151: 1003-1008.
- NICE. (2014). **BipolarDisorder : AssessmentandManagement (CG185)**. National Institute for Health and Care Excellence, London.
- Oakley, B. MA., Wells, J. E., Scott, K. M, McGee, M. A. (2006). Lifetime prevalence

- and projected lifetime risk of DSM-IV disorders in Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey. (2006). **Australian and New Zealand Journal of psychiatry** 40(10): 865-874.
- Orem, D. E. (2001). **Nursing concepts of practice**. 6<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Osterberg L. and Blaschke T. (2005). Drug therapy Adherence to Medication. **The New England Journal of Medicine** 353(5): 487-497.
- Oswald P., Souery D., Kasper S., Lecrubier Y., Montgomery S., Wyckaert S., et al. (2007). Current issues in bipolar disorder : a critical review. **European Neuropsychopharmacology** 17 : 687-695.
- Overall, J. E., and Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. **Psychological Reports** 10: 799-812.
- Paykel, E. S. (2003). Life events and affective disorders. **Acta Psychiatrica scandinavica** 108 : 61-66.
- Perlis, R. H, Ostacher, M. J, Patel, J. K., et al. (2006). Predictors of recurrence in bipolar disorder: primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). **Am J Psychiatry** 163 : 217-24.
- Perry A., Tarrrier N., Morris R., McCarthy E., Limb K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. **Bri Med J** 318: 149-153.
- Pini S., Queiroz, V. D., Pagnin D., Pezawas L., Angst J., Cassano, G. B., Wittchen, H. U. (2005). Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. **European Neuropsychopharmacology** 15: 425-434.
- Pompili, M., Harnic, D., Gonda, X., Forte, A., Dominici, G., Innamorati, M.,

- Fountoulakis, K. N., Serafini, G., Sher, L., Janiri, L., Rihmer, Z., Amore, M., Girardi, P., 2014. Impact of living with bipolar patients: making sense of caregivers' burden. **World J. Psychiatry** 4: 1–12.
- Ray C., Lindop J. and Gibson S. (1982). The concept of coping. **Psychol Med** 12(2): 385-395.
- Reed C., Goetz I., Vieta E., Bassi M., Haro J., M. (2010). Work impairment in bipolar disorder patients - results from a two-year observational study (EMBLEM). **European Psychiatry** 25: 338-344.
- Reiser, R. P. and Thompson, L.W. (2005). *Bipolar Disorder*. Hogrefe & Huber Publisher, Cambridge, MA, USA.
- Rosa, A. R., Marco M., Fachel, J. M.G., Kapezinski F., Stein, A. T., Barros, H. M.T. (2007). Correlation between drug treatment adherence and lithium treatment attitudes and knowledge by bipolar patients. **Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry** 31(1): 217-224.
- Sibel C., Bensusan R., Akca Z. K., Yazici O. (2009). Does a psychoeducational approach reach targeted patients with bipolar disorder?. **Journal of Affective Disorders** 119: (190-193).
- Ringen, P. A., Lagerberg, T. V., Birkenenaes, A.B., et al. (2008). Differences in prevalence and patterns of substance use in schizophrenia and bipolar disorder. **Psychol Med** 38: 1241-1249.
- Sadock, B.J., Sadock, V. A. (2007). Behavioral sciences/clinical psychiatry. **Psychiatry and reproductive medicine**. 867-868.
- Sajatovic M., Valenstein M., Blow F., Ganoczy D., Ignacio R. (2007). Treatment adherence with lithium and anticonvulsant medications among patients with bipolar disorder. **Psychiatr Serv** 58 : 855-863.
- Sajatovic M. (2005). Bipolar Disorder. **The American Journal of Managed Care** 11

(3): s80-s84.

- Sajatovic M., Micula-Gondek W., Tatsuoka C. and Bialko C. (2011). The Relationship of Gender and Gender Identity to Treatment Adherence Among Individuals With Bipolar Disorder. **Gender Medicine** 8: 261-268.
- Scott J, Pope M. (2002). Nonadherence with mood stabilizer: prevalence and predictors. **J Clin Psychiatry** 63(5): 384-390.
- Soloman, D. A., Keitner, G. I., Miller, I. W., Shea, M. T. and Keller, M. B. (1995). Course of illness and maintenance treatments for patient with bipolar disorder. **Journal of clinical Psychiatry** 56 : 5-13.
- Strakowski, S. M., DelBello, M. P., Fleck, D.E., Adler, C.M., Anthenelli, R.M., Keck Jr., P.E., Arnold, L.M., Amicone, J. (2005). Effects of co-occurring alcohol abuse on the course of bipolar disorder following a first hospitalization for mania. **Arch Gen Psychiatry** 62: 851–858.
- Subramanain K., Sarkar S., Kattimani S. (2017). Bipolar disorder in Asia: Illness course and contributing factors. **Asian Journal of Psychiatry** 29: (16-29).
- Suto M., Murray G., Hale S., Amari E. and Michalak, E. E. (2010). What works for people with bipolar disorder? Tips from the experts. **Journal of Affective Disorders** 124: 76-84.
- Takata T. and Takaoka K. (2000). Bipolar II disorder and its premorbid personality. **Psychopathology** 33(2): 86-93.
- Tennant C. (2002). Life events, stress and depression: a review of recent findings. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry** 36(2): 173-182.
- Teter C., J., Falone A., E., Bakaian A., M., Tu C., Ongur D., Weiss R., D. (2011). Medication adherence and attitudes in patients with bipolar disorder and current versus past substance use disorder. **Psychiatry Research** 190: 253-258.



- Tohen, M., Zarate Jr., C. A., Hennen, J., Khalsa, H. M., Strakowski, S. M., Gebre-Medhin, P., Salvatore, P., Baldessarini, R. J. (2003a). The McLean-Harvard First-Episode Mania Study: prediction of recovery and first recurrence. **The American Journal of Psychiatry** 160: 2099–2107.
- Tundo A., Musetti L., Benedetti A., Massimetti E., Pergentini I., Cambiali E., Dell'Osso L., (2018). Predictors of recurrence during long-term treatment of bipolar I and II disorders. A 4 year prospective naturalistic study. **Journal of Affective Disorders** 225: 123-128.
- Vega P., Barbeito S., Azua, S. R., Martinez-Cengotitabengoa M., Gonzalez-Ortega L., Saenz M., Gonzalez-Pinto A. (2011). Bipolar disorder differences between genders: special considerations for women. **Womens Health (London, England)** 7(6): 663-674.
- Velligan, D. I., Weiden, P.J., Sajatovic M., Scott J., Carpenter D., Ross R., Docherty, J. P. (2010). Strategies for addressing adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the expert consensus guidelines. **Journal of Psychiatric Practice** 16(5): 306-324.
- Vieta E., Azorin J. M., Bauer M., Frangou S., Perugi G., Martinez G., et al. (2012). Psychiatrists' perceptions of potential reasons for non- and partial adherence to medication: results of a survey in bipolar disorder from eight European countries. **J Affect Disord** 143:125–130.
- Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., Ferrari, A.J., Erskine, H.E., Charlson, F.J., Norman, R.E., Flaxman, A.D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C.J.L., Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the global burden of disease study 2010. **Lancet Lond. Engl** 382: 1575–1586.
- Wilens, T. E., Biederman, J., Martelon, M., Zulauf, C., Anderson, J. P., Carrellas,

N. W., Yule, A., Wozniak, J., Fried, R., Faraone, S. V. (2016). Further evidence for smoking and substance use disorders in youth with bipolar disorder and comorbid conduct disorder. **J Clin Psychiatry** 77: 1420–1427

Wittchen, H. U., Jacobi F., Rehm J., Gustavsson A., Svensson M., Jonsson B., et al. (2011). The size and burden of mental Disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur. Neuropsychopharmacol* 21: 655–679.

Wood, S. W. (2000). The economic burden of bipolar disorder. **J Clin Psychiatry** 61 (Supp 13): 38-41.

World Health Organization. (2003). **Evidence for Action Adherence to Long-Term Therapies for Chronic Conditions**. World Health Organization Publications, Geneva

Ying W., Henning M. (2010). Bipolar disorder and medical adherence: A Chinese perspective. **Asian Journal of Psychiatry** 3: 7-11.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**



### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
นายแพทย์จตุภัทร คุณสงค์	จิตแพทย์ประจำศูนย์จิตรักษากรุงเทพ โรงพยาบาลกรุงเทพ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
นางสกาวรัตน์ พวงลัดดา	พยาบาลวิชาชีพ 8 ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
นางสาวรวงคณา จำปาเงิน	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลสามชุก
นางรัชณี ธนวรรณ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา





ID 03-60-06 ย  
COA NO. MURA 2017/178  
วันที่รับรอง 21 เมษายน 2560

## หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ชื่อผู้วิจัย นางสาวธราวี ลุนสมบัติ

\*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ ..... เลขที่เวชระเบียน .....

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

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

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่ .....

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่ .....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

\* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย



ID 03-60-06 ย  
COA NO. MURA 2017/178  
วันที่รับรอง 21 เมษายน 2560

**เอกสารแจ้งข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย**  
(Patient/Participant Information Sheet)

**ชื่อโครงการ** บัณฑิตศึกษาระดับปริญญาโทที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาวเมธาวี ลุนสมบัติ

**สถานที่วิจัย** แผนกผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โรงพยาบาลราชธานี

**บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย**

นางสาวนาคยา จุฬิสรา หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช งานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โรงพยาบาลราชธานี โทรศัพท์ 02-201-2479, 02-201-0284  
โทรศัพท์มือถือ 089-439-7482

**ผู้สนับสนุนการวิจัย**

**ความเป็นมาของโครงการ**

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ถือเป็นโรคที่เกี่ยวกับความไม่มั่นคงทางอารมณ์ เป็นโรคเรื้อรังและกลับเป็นซ้ำได้บ่อยๆ จัดเป็นโรคที่เป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและนอกจากนั้นแล้วยังส่งผลให้ญาติพี่น้องผู้ดูแลได้รับความทุกข์ทรมานไปด้วย พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่ออาการและการป่วยซ้ำในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังนั้นจึงเป็นเรื่องที่สำคัญมากที่จะมีการทำให้เกิดความเข้าใจถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจในการที่จะรับประทานยาหรือไม่รับประทานยา

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา บัณฑิตที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อการนำผลการวิจัยไปใช้ในการทบทวนแนวทางการพยาบาล และลดปัจจัยที่เป็นปัญหาได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ดูแลครอบครัว รวมไปถึงเศรษฐกิจของประเทศชาติ

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ การใสสารเสพติด-ความคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง หันคิดต่อการรับประทานยา อายุ



1/3

ที่เริ่มป่วย ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระดับความรุนแรงของโรค และฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยากับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

#### รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว และชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัย รวมถึงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แก่กลุ่มตัวอย่างและญาติ โดยจะทำการเก็บข้อมูลโดยวิธีตอบแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถาม ส่วนที่ 1-5 และแบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์เองในแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 6 โดยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการทำวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยให้สอบถามได้ตลอดเวลา
2. กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น
3. เมื่อกลุ่มตัวอย่าง ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้เซ็นหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. ผู้วิจัยจะอยู่กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบคำถาม หรือข้อสงสัย ตลอดการตอบแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ โดยการตอบแบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ฉบับ และแบบสัมภาษณ์ 1 ฉบับ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ประมาณ 30-45 นาที กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ไม่สมบูรณ์ โดยมีกิจกรรมที่ต้องทำก่อน เช่น พบแพทย์ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเข้าทำกิจกรรมดังกล่าวก่อน และขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ให้สมบูรณ์หลังจากทำกิจกรรมนั้นเรียบร้อยแล้ว
5. เมื่อได้รับแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล
6. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และตอบข้อซักถาม
7. กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

#### ประโยชน์ที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางให้กับบุคลากรทีมสุขภาพในการประเมิน วางแผน และให้การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เพื่อควบคุมอาการ ป้องกันการป่วยซ้ำ ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อไป

#### ผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ไม่มีผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

#### การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2/3

ถ้าท่านมีปัญหาข้อสงสัยหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการ

# สำเนา

1

แบบเอกสารที่ RF 11\_ (F\_Social)

## เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Research Subject Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วย

รหัสโครงการวิจัย : 040/60

ผู้ให้ทุนวิจัย : -

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวเมธาวิ ลุนสมบัติ

ที่อยู่ (บ้าน) เลขที่ 2 อาคาร BMC place 2 ห้อง 2624 ซอยศูนย์วิจัย 6 ถ. เพชรบุรีตัดใหม่ 47 แขวง  
บางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

(ที่ทำงาน) บริษัทกรุงเทพอุตสาหกรรม จำกัด เลขที่ 2 ซ.ศูนย์วิจัย 4 ถ.เพชรบุรีตัดใหม่แขวงบาง  
กะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

เบอร์ติดต่อ ที่ทำงาน 02-3103753-4

โทรศัพท์มือถือ 0-91871-2440

E-mail : [methawee.nurse1981@gmail.com](mailto:methawee.nurse1981@gmail.com)

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่ตรงกับกรวิจัยในครั้งนี้ โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟังในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านได้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำการโครงการนี้เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษากับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น **ความสมัครใจ** ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูงถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยท่านนั้น โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

**สำนักงานคณะกรรมการพิจารณางจริยธรรมการวิจัย (ศึกษาชีวิต) ชั้น ๕**

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

๒๕๖๖

## สำเนา

2

แบบเอกสารที่ RF 11\_(F\_Social)

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

- 1) ท่านอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาปรับอารมณ์ (Mood Stabilizer) ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic) ยาแก้ซึมเศร้า (Antidepressant) ยากลากกังวล (Antianxiety) ทั้งเพศชายและหญิง
- 2) เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง
- 3) ไม่มีอาการทางกายหรือทางจิตรุนแรง หรืออยู่ในภาวะวิกฤต
- 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการโดยการลงนาม

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- 1) มีอาการรุนแรงคลุ้มคลั่งมากที่สุด ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจนไม่สามารถควบคุมได้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ ซึ่งต้องได้รับการส่งต่อเพื่อได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากจิตแพทย์
- 2) ปฏิเสธ หรือขอดอนตัวจากการวิจัย
- 3) ผู้ป่วยหรืออาสาสมัครที่ไม่ให้ความร่วมมือ

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

ผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 198 คน ได้แก่ โรงพยาบาลรามารัตน์ 99 คน และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล 99 คน

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งที่นัด

ระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัยคือ ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 60 นาที พบกัน 1 ครั้งในวันที่ท่านมารับการตรวจ หลังจากผู้วิจัยอธิบายวิธีการทำแบบสอบถาม ท่านสามารถตอบแบบสอบถามโดยอิสระ โดยผู้วิจัยจะอยู่กับท่านเพื่อตอบคำถาม หรือข้อสงสัย ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟังในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านได้ และรวบรวมแบบสอบถามเมื่อท่านตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (8 ข้อ) ส่วนที่ 2 แบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา (30 ข้อ) ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (18 ข้อ) ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง (8 ข้อ) ส่วนที่ 5 แบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา (10 ข้อ) ส่วนที่ 6 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (10 ข้อ) แบบสอบถามทั้งหมด 6 ส่วน (รวมทั้งสิ้น 84 ข้อ) โดยในแบบสอบถามส่วนที่ 6 ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านคำถามให้ฟังและให้เลือกตอบตามที่ผู้เข้าร่วมวิจัยคิดว่าตรงกับความรู้สึกและประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งนี้อาสาสมัครมีสิทธิจะตอบหรือไม่ตอบข้อใดข้อหนึ่งก็ได้ และผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้ทุกส่วนในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามด้วยตนเอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

ท่านอาจจะได้หรือไม่ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ แต่ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้อาจจะเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นในอนาคตได้

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ตีพิมพ์วิชาการคลินิก ชั้น ๘)  
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

## สำเนา

3

แบบเอกสารที่ RF 11\_(F\_Social)

คำตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

อาหารว่าง (ขนมและเครื่องดื่ม) และของที่ระลึก

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม

นางสาว เมธาวี ลุนสมบัติ โทรศัพท์มือถือ 0-91871-2440 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

นางสาวน้องเล็ก มณีพรผล โทรศัพท์ 02-244-3187, 02-244-3680, 091-7185353

นางวนิดา มั่นสุขผล โทรศัพท์ 02-244-3187, 02-244-3680, 083-7067255

หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยหรือท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควร ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่

-สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เบอร์โทร 0-2244-3840 หรือ 0-2244-3843

-คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

จะไม่มีการเปิดเผยชื่อ – นามสกุล ข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลของท่าน แต่จะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของผู้ป่วย

ผู้วิจัยจะเก็บเอกสารการวิจัยไว้ 1 ปี และหลังจากนั้นจะทำการทำลายเอกสารข้อมูลที่เป็นความลับของอาสาสมัครทั้งหมด

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยท่านสามารถแจ้งต่อผู้วิจัยด้วยวาจา หรือทำจดหมายแจ้งความจำนงขอถอนตัวส่งถึงผู้วิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่าน

หมายเหตุ : ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือยินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับที่นักวิจัยเก็บไว้ และได้ลงลายมือชื่อของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ให้คำอธิบายเพื่อขอความร่วมมือให้เข้าร่วมโครงการวิจัย และวันที่ที่ลงชื่อเก็บไว้เป็นส่วนตัว 1 ชุด

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ศึกษาวิจัยคลินิก ชั้น ๕)

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

๒๕๑ ถนนสามเสน แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ ๑๐๑๓๐

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย  
เรื่องปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา  
ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง (Insight Scale)

ส่วนที่ 5 แบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา (Drug Attitude Inventory : DAI-10)

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS)



### ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ การใช้สารเสพติด อายุที่เริ่มป่วย ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุปัจจุบัน ..... ปี
3. ระดับการศึกษาสูงสุด .....
4. สถานภาพสมรส  
 โสด  คู่  หม้าย/หย่า/แยก
5. การประกอบอาชีพในปัจจุบัน  ไม่ได้ประกอบอาชีพ  
 ประกอบอาชีพ ระบุ .....
6. ตั้งแต่ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ท่านมีการใช้สารเสพติดหรือไม่  
 ไม่ใช้สารเสพติด  
 ใช้สารเสพติด (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 กัญชา  
 เฮโรอีน  
 ยาบ้า  
 โคเคน  
 แอลกอฮอล์  
 อื่นๆ ระบุ .....
7. ท่านได้รับการวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเมื่อท่านมีอายุ ..... ปี
8. ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วใน 12 เดือนที่ผ่านมา  
 ไม่มี  มี ระบุ .....

แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับชนิดของยาที่ใช้รักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (ผู้วิจัยบันทึกจาก  
แฟ้มประวัติ)

ชนิดของยาที่ได้รับ/กลุ่มยาที่ได้รับ/ขนาดยาที่ได้รับ/ระยะเวลาที่ได้รับยา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา

คำชี้แจง : โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ที่อธิบายได้ตรงกับตัวท่านมากที่สุด แล้วทำเครื่องหมาย ✓  
ลงในช่องด้านขวามือ

ระดับความคิดเห็น	ความหมาย	คะแนน
เกิดเป็นประจำ	ข้อความนั้นเกิดขึ้นทุกวัน	5
เกิดบ่อยครั้ง	ข้อความนั้นเกิดขึ้นเกือบทุกวัน	4
เกิดบางครั้ง	ข้อความนั้นเกิดขึ้นเดือนละ 1-2 ครั้ง	3
เกิดนานๆครั้ง	ข้อความนั้นเกิดขึ้นนานๆครั้ง	2
ไม่เกิดเลย	ข้อความนั้นไม่เกิดขึ้นเลย	1

ในการใช้ยารักษาโรคของท่าน ท่านมี อาการเหล่านี้เกิดขึ้นหรือไม่ มากน้อย เพียงใด	เกิด ประจำ (5)	เกิด บ่อยครั้ง (4)	เกิด บางครั้ง (3)	เกิด นานๆ ครั้ง (2)	ไม่เกิด เลย (1)
1. มีมือสั่นเวลาอยู่เฉยๆ					
2. การทรงตัวไม่ดี					
3. ....					
4. ....					
30. มีความต้องการทางเพศลดลง					

### ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

คำชี้แจง : แบบวัดชุดนี้มีจำนวน 18 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับการใช้ยาภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้ถูกสัมภาษณ์ โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุด

ข้อความ	ความหมาย	ค่าคะแนน
เกิดขึ้นประจำ	ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของคุณทุกวัน	5
บ่อยครั้ง	ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของคุณเกือบทุกวัน	4
บางครั้ง	ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของคุณสัปดาห์ละครั้ง	3
นานๆครั้ง	ข้อความนี้เกิดขึ้น มากกว่า 1 สัปดาห์ปฏิบัติครั้งหนึ่ง	2
ไม่เคย	ข้อความนี้ไม่เคยเกิดขึ้นเลย	1

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
1. คุณเคยหยุดยาเองเมื่อคิดว่าควบคุม อาการไม่ได้ดีขึ้น					
2. คุณลืมรับประทานยา					
3. ....					
4. ....					
5. ....					
6. ....					
7. ....					
8. ....					
9. ....					
18. คุณปรึกษากับแพทย์ พยาบาลและเภสัช กรพยาบาลเมื่อมีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติ จากการใช้ยา					



#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง (Insight Scale : IS)

ข้อความด้านล่างนี้เป็นความคิดเห็นและความรู้สึกที่ท่านอื่นมีต่อท่าน พิจารณาและใส่เครื่องหมาย ✓ เพื่อแสดงความคิดเห็นในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1. อาการบางอย่างของโรคเกิดจากจิตใจของตนเอง			
2. ฉันมีสุขภาพจิตที่ดี			
3. ....			
4. ....			
8. สิ่งผิดปกติต่างๆที่ฉันประสบอยู่ไม่ได้เกิดจากการเจ็บป่วยของฉัน			

#### ส่วนที่ 5 แบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา (Drug Attitude Inventory : DAI-10)

จากข้อความด้านล่างนี้เลือกขีด ✓ ในช่อง **เห็นด้วย** ในข้อที่ท่านคิดเห็นหรือรู้สึกว่าเป็นด้วย และเลือกขีด ✓ ในช่อง **ไม่เห็นด้วย** ในข้อที่ท่านคิดเห็นหรือรู้สึกว่าเป็นไม่ด้วย

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1.	ฉันคิดว่ายารักษาโรคมะเร็งมีประโยชน์มากกว่าโทษ		
2.	เมื่อฉันกินยาฉันรู้สึกไม่มีเรี่ยวแรง เคลื่อนไหวช้า ไม่มีชีวิตชีวา ไร้อารมณ์		
3.	ฉันกินยาด้วยความรู้สึกสะดวกใจของฉัน		
4.	.....		
5.	.....		
6.	.....		
7.	.....		
10.	ฉันสามารถป้องกันการเจ็บป่วยของฉันได้ด้วยการกินยาอย่างต่อเนื่อง		

## ส่วนที่ 6 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ ) Brief Bipolar Disorder Symptom Scale :

**BDSS** คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับท่าน  
เพียงข้อเดียว ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์เอง)

### 1. ความไม่เป็นมิตร :

คุณเข้ากับคนอื่นได้ดีเพียงใด (ครอบครัวเพื่อนร่วมงานและอื่นๆ)

เมื่อไม่นานมานี้คุณรู้สึกหงุดหงิดหรืออารมณ์เสียบ้างหรือไม่ (คุณแสดงออกอย่างไร

คุณเก็บความรู้สึกไว้กับตัวเองหรือไม่)

คุณเคยรู้สึกหงุดหงิดเสียจนคุณตะโกนใส่คนอื่นหรือเริ่มต่อสู้หรือโต้เถียงหรือไม่

คุณเคยพบว่าตัวเองตะโกนใส่คนที่คุณไม่รู้จักหรือไม่

เมื่อเร็วๆ นี้คุณเคยตีใครสักคนหรือไม่

..... ไม่ได้ประเมิน

..... 1 ไม่มี

..... 2 น้อยมาก หงุดหงิดหรืออารมณ์เสียแต่ไม่แสดงออก :

..... 3 น้อย ชอบโต้เถียงหรือประชดประชัน :

..... 4 ปานกลาง แสดงอารมณ์โกรธอย่างเปิดเผยในหลายๆ โอกาสหรือตะโกนใส่คน อื่น :  
อย่างแรง

..... 5 รุนแรงปานกลางเคยขู่เหวี่ยงหรือขว้างปาสิ่งของ :

..... 6 รุนแรง เคยทำร้ายผู้อื่นแต่ไม่น่าจะเป็นอันตราย เช่น ตบหน้าหรือผลัก หรือทำลาย :  
ข้าวของ เช่น ล้มเฟอร์นิเจอร์ ทำหน้าต่างแตก

..... 7 รุนแรงมาก :เคยทำร้ายผู้อื่นจนอาจเกิดอันตรายได้หรือเกิดอันตรายขึ้นจริง เช่น ทำ  
ร้ายโดยใช้ค้อนหรืออาวุธ

### 2. อารมณ์ครั้นเครง

คุณเคยรู้สึกดีมีคนกระแทกคนอื่นคิดว่านี่ไม่ใช่ตัวตนตามปกติของคุณบ้างหรือไม่

คุณเคยรู้สึกรื่นเริงมากและรู้สึกมีความสุขที่สุดในโลกโดยไม่มีเหตุผลหรือไม่

(ถ้าผู้ป่วยกล่าวว่า มีอารมณ์ครั้นเครง/ความสุขแบบเคลิบเคลิ้ม ให้ถามคำถามต่อไปนี้)

ความรู้สึกนี้มากกว่าแค่ความรู้สึกดีเฉยๆ หรือไม่ ความรู้สึกนี้มีอยู่นานแค่ไหน

.....

.....

**10. การไม่แสดงออกทางอารมณ์ :** มีการแสดงออกทางอารมณ์ผ่านสีหน้า น้ำเสียงและท่าทางที่จำกัด มีความเฉยเมยหรืออาการไร้อารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจนแม้กระทั่งในขณะที่พูดถึงหัวข้อที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความสุขแบบเคลิบเคลิ้มหรือมีความสุขมากเกินไป ให้ประเมินหัวข้อการไม่แสดงออกทางอารมณ์ถ้ามีความเฉยเมยอย่างชัดเจน

ใช้คำถามต่อไปนี้เป็นตอนท้ายของการสัมภาษณ์เพื่อประเมินความสามารถในการการตอบสนองทางอารมณ์

เมื่อไม่นานมานี้คุณได้ยินอะไรที่ตลกมากมาบ้างไหม คุณอยากฟังเรื่องตลกไหม

..... ไม่ได้ประเมิน

..... 1 ไม่มี

..... 2 น้อยมาก : ความหลากหลายทางอารมณ์ถูกกดหรือเก็บไว้ แต่มีการแสดงออกทางสีหน้าและน้ำเสียงที่เหมาะสมและอยู่ในเกณฑ์ปกติ

.....

.....

..... 7 รุนแรงมาก : ไม่มีความหลากหลายทางอารมณ์หรือการแสดงออกเลย มีการเคลื่อนไหวแบบแข็งทื่อ น้ำเสียงราบเรียบไม่มีเสียงสูงเสียงต่ำตลอดเวลา หมกหม่น และมีแนวโน้มที่จะแสดงหรือทำตามความหลงผิดว่าตนมีความสามารถที่มากเกินไปจนความเป็นจริง

ภาคผนวก ค  
จดหมายขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิและเอกสารรับรอง



ที่ ศธ 0512.11/ 99๖5



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๑ พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเมธาวี ลุนสมบัติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ จตุภัทร คุณสงค์ จิตแพทย์ประจำศูนย์จิตเวชกรุงเทพ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

1. 11๖๖ PCVdirector  
๑ ๐๓๑๖๕
2. 11๖๖ BHERC
3. 11๖๖ ๘๙๐, เก็บFile

แพทย์หญิงเมธิณี ไหมแพง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพ

23 DEC 2016

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)  
รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

นายแพทย์ จตุภัทร คุณสงค์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160

นางสาวเมธาวี ลุนสมบัติ โทร. 091-871-2440

1 หน้า ๖๐๓๖

ทศ. ๐๓๑๖๕ ๐๓๑๖๕

26 ธค 59

ที่ ศธ 0512.11/2965

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๑ พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

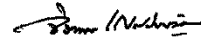
เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเมธาวิ ลุนสมบัติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางรัชณี ธนวรรณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลจิตเวช) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางรัชณี ธนวรรณ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160

นางสาวเมธาวิ ลุนสมบัติ โทร. 091-871-2440

ที่ ศธ 0512.11/๒๑๖๕

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๗ พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามชุก

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเมธาวี ลุนสมบัติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยศาสตร์ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวรวงคณา จำปาเงิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลจิตเวช )เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนาเรียน

นางสาวรวงคณา จำปาเงิน

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160

ชื่อนิสิต

นางสาวเมธาวี ลุนสมบัติ โทร. 091-871-2440

ที่ ศธ 0512.11/2969

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

9 พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเมธาวี ลุนสมบัติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนายุทธศาสตร์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160

นางสาวเมธาวี ลุนสมบัติ โทร. 091-871-2440



ที่ ศธ 0512.11/2965

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๑ พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

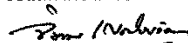
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเมธาวี ลุนสมบัติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาววรัตน์ พวงลัดดา พยาบาลวิชาชีพ 8 ชำนาญการ (พยาบาลจิตเวช) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาววรัตน์ พวงลัดดา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160

นางสาวเมธาวี ลุนสมบัติ โทร. 091-871-2440



สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ  
มหาวิทยาลัยมหิตล  
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐  
โทรศัพท์และโทรสาร ๐๒ ๒๐๑๑๗๐๑

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๑๗/ ๑๖๐๕

วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง อนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๗๕๙  
ลงวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๐

ตามหนังสือที่อ้างถึงแจ้งว่า นางสาวเมธาวี ลุนสมบัติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์ขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง  
“ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว” โดยมี  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลได้ใน  
เบื้องต้นและสามารถติดต่อขอข้อมูลได้ที่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑-๑๔๗๘

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศ. นพ.บุญส่ง องค์กรพัฒนกุล)

รองคณบดีฝ่ายวิจัย ปฏิบัติหน้าที่แทน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ

หมายเลขบรรณ เลขที่ 2587  
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 พิมพ์ที่ 7 ต.อ. 2560 เวลา 16 น.  
 พิมพ์ที่ 2 เวลา 17 น.  
 พิมพ์ที่ 3 เวลา 17 น.

หมายเลขบรรณ เลขที่ 600560  
 พิมพ์ที่ 2 ต.อ. 2560 เวลา 14:30 น.  
 พิมพ์ที่ 2 เวลา 17 น.

ที่ ศส 0512.11/0759

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
 กรุงเทพฯ 10330

15 พฤษภาคม 2560

สารวิชาการจิตเวชศาสตร์  
 วันที่ 14/3/60  
 วันที่ 14/3/60  
 เวลา 14.30

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้ผลิตต้นแบบการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณะคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามารักษ์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
- 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเมธาวิ ลุนสมบัติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาริทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ขอความอนุเคราะห์ให้ผลิตต้นแบบการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 99 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินผลที่ข้างเคียงจากการใช้ยา แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง แบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา และแบบประเมินความรุนแรงของอาการ ทั้งนี้ผลิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวเมธาวิ ลุนสมบัติ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ที่ ศส ๐๕๑๒.๑๑๕ / ๕๙๙๗

เรียน 00616

ขอแสดงความนับถือ

ศาสตราจารย์ ดร. จิราทร เกศพิชญวัฒนา

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราทร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ไม่ขัดข้อง และขอให้ส่งต้นแบบมาทางสายวิชาการ

ขัดข้อง กรุณาส่งข้อมูลกลับเพื่อพิจารณาใหม่

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

*[Signature]*

15/05/60. ร.ร. เกศพิชญวัฒนา

ศาสตราจารย์ นายแพทย์มาโนช เหลืองอมรกุล

หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

สำนักวิจัย

ฝ่ายวิจัย

อาคารศูนย์วิจัย

ตึกนลินี

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160

นางสาวเมธาวิ ลุนสมบัติ โทร. 091-871-2440

*[Signature]*  
26-6-60



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 ๒๕๖๐/๑๗๘

ชื่อโครงการ	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๓-๖๐-๐๖ ย
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวเมธาวี ลุนสมบัติ
ที่ทำงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิญญา เฮลซิงกิ  
 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ชูศักดิ์ โอภาศเจริญ)

วันที่รับรอง

๒๑ เมษายน ๒๕๖๐

ระยะเวลาในการศึกษา

๗ เดือน



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

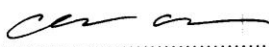
**Documentary Proof of Ethical Clearance**  
**Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects**  
**Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University**

MURA2017/178

<b>Title of Project</b>	Selected Factors Related to Medication Adherence in Patients with Bipolar Disorders
<b>Protocol Number</b>	ID 03-60-06
<b>Principal Investigator</b>	Miss. Methawee Lunsombat
<b>Official Address</b>	Faculty of Nursing Chulalongkorn University

*The aforementioned project has been reviewed and approved by the Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.*

**Signature of Chairman**  
**Committee on Human Rights Related to**  
**Research Involving Human Subjects**


  
 .....  
 Asst. Prof. Chusak Okascharoen, M.D.

**Date of Approval**

April 21, 2017


**Duration of Study**

7 Months

๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐ โทรศัพท์ ๐-๒๖๔๔-๓๘๕๕๐ โทรสาร ๐-๒๖๔๔-๓๘๕๕๓		COA 67/2560 (1/2)
<b>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย</b> <b>คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล</b> <b>เอกสารรับรองโครงการวิจัย</b>		
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP		
<b>ชื่อโครงการภาษาไทย :</b> ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว		
<b>ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ :</b> SELECTED FACTORS RELATED TO MEDICATION ADHERENCE IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDERS		
<b>เลขที่โครงการ :</b> ๐๔๐/๖๐		
<b>ผู้วิจัยหลัก :</b> นางสาวเมธาวี คุณสมบัติ		
<b>สังกัดหน่วยงาน :</b> คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาพยาบาลสุภาพกิจและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย		
<b>เอกสารที่รับรอง :</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบเสนอโครงการวิจัย Version 2 ลงวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๐</li> <li>- เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย Version 2 ลงวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๐</li> <li>- ภาคผนวก ก ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย Version 2 ลงวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๐           <ul style="list-style-type: none"> <li>ส่วนที่ ๑ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล</li> <li>ส่วนที่ ๒ แบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา</li> <li>ส่วนที่ ๓ แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา</li> <li>ส่วนที่ ๔ แบบประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง (Insight Scale)</li> <li>ส่วนที่ ๕ แบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา (Drug Attitude Inventory : DAI-10)</li> <li>ส่วนที่ ๖ แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS)</li> </ul> </li> <li>- งบประมาณและแหล่งทุน Version 2 ลงวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๐</li> <li>- ประวัติผู้วิจัยหลัก :           <ul style="list-style-type: none"> <li>๑. นางสาวเมธาวี คุณสมบัติ</li> </ul> </li> <li>- ประวัติผู้ร่วมวิจัย           <ul style="list-style-type: none"> <li>๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อูทิศ</li> <li>๒. นางวนิดา มั่นสุขผล</li> <li>๓. นางสาวนงนุชเล็ก มณีพรผล</li> </ul> </li> </ul>		
สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ตึกพยาบาลวชิรพยาบาล) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช		

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

COA 67/2560 (2/2)

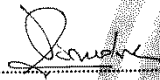


**คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล  
 เอกสารรับรองโครงการวิจัย**


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

-ประวัติแพทย์ผู้จะดูแล/ ผู้รับผิดชอบผู้ถูกวิจัย


๑. พญ. ยิ่งรัตน์ นาวิกนันท์



.....  
 (นายแพทย์สุรพงษ์ เมฆนาวิณ)  
 ประธาน  
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



.....  
 (ดร.บุษยา คุ้มวัฒน์รณัติ)  
 กรรมการและเลขานุการ  
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



วันที่รับรอง : ๒๐/๐๖/๒๕๖๐  
 วันหมดอายุ : ๑๙/๐๖/๒๕๖๑

โครงการวิจัยนี้ผ่านการประชุมพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลฯ ครั้งที่ ๔/๖๐ วาระ ๔.๒  
 ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

**นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้**

๑. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
๒. ให้เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) เฉพาะที่มีตราประทับของ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเท่านั้น
๓. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์รุนแรง (Serious Adverse Event :SAE) เหตุการณ์ที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (Suspected Unexpected Serious Adverse Reaction :SUSAR) ที่เกิดขึ้นภายในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโดยปฏิบัติตาม AE Guidance ฉบับ มิถุนายน ๒๐๑๑ ที่จัดทำโดย FERGIT
๔. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทุก.....๑๒.....เดือน หรือเมื่อได้รับการร้องขอ
๕. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อนวันหมดอายุอย่างน้อย ๔ สัปดาห์

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ศีกพยาจริยาศึกษาคลินิก ชั้น ๕  
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช  
๖๘๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐.  
โทรศัพท์ ๐-๒๖๒๘-๓๕๒๒ โทรสาร: ๐-๒๖๒๘-๗๐๘๘





## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล โทรศัพท ๐-๒๒๕๔-๓๘๕๐ โทรสาร ๐-๒๒๕๔-๓๘๕๓  
ที่ .....สง.คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย...๗๕๖/๒๕๖๐...วันที่.....๒๐.....มิถุนายน...๒๕๖๐.....  
เรื่อง ผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน นางสาวเมธาวี ลุนสมบัติ

ตามที่ท่านเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชูติราช เรื่อง...ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว...(เลขที่โครงการ..๐๔๐/๖๐..) คณะกรรมการฯ มีมติรับรองโครงการวิจัยดังกล่าวและผู้วิจัยโปรดรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัย ทุก...๑๒..เดือน (โดยให้รายงานความก้าวหน้าพร้อมต่ออายุโครงการวิจัยก่อนวันหมดอายุ ๑ เดือน ในวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๑)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ ทั้งนี้ได้แนบเอกสารรับรองโครงการวิจัย และเอกสารที่ได้รับการรับรองมาด้วย

๑. แบบเสนอโครงการวิจัย Version 2 ลงวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๐
๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย Version 2 ลงวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๐
๓. ภาคผนวก ก ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย Version 2 ลงวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๐
  - ส่วนที่ ๑ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
  - ส่วนที่ ๒ แบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา
  - ส่วนที่ ๓ แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
  - ส่วนที่ ๔ แบบประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง (Insight Scale)
  - ส่วนที่ ๕ แบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา (Drug Attitude Inventory : DAI-10)
  - ส่วนที่ ๖ แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS)
๔. งบประมาณและแหล่งทุน Version 2 ลงวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๐
๕. ประวัติผู้วิจัยหลัก :
  - นางสาวเมธาวี ลุนสมบัติ
๖. ประวัติผู้ร่วมวิจัย
  - ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ
  - นางวนิดา มั่นสุขผล
  - นางสาวน่องเล็ก มณีพรผล
๗. ประวัติแพทย์ผู้จะดูแล/ ผู้รับผิดชอบผู้ดูแลวิจัย
  - พญ.ยิ่งรัตน์ นาวินันท์

ลงนาม.....

(นายแพทย์สุรพจน์ เมธนาวิณ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชูติราช

.....

RLC : ๐๔๐/๖๐

ที่ ศร 0512.11/ 0541

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศรพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

10 เมษายน 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

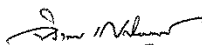
เรียน ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเมธาวี ลุนสมบัติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 30 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง แบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา และแบบประเมินความรุนแรงของอาการ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวเมธาวี ลุนสมบัติ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติภาระแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160

ชื่อนิสิต

นางสาวเมธาวี ลุนสมบัติ โทร. 091-871-2440



ภาคผนวก ง  
การขออนุญาตใช้เครื่องมือต่างประเทศ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### การขออนุญาตใช้เครื่องมือต่างประเทศ

Dear Dr. Birchwood M.

My name is Methawee Lunsombat. I am a master degree student of Nursing Science Program in Mental health and Psychiatric Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok Thailand. I am developing my proposal for master degree about SELECTED FACTORS RELATED TO MEDICATION ADHERENCE IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDERS. The age of the intended population is ranged between 20-59 years old. I wish to complete this proposal and submit to the faculty board committee as soon as possible.

Currently, Bipolar disorder is a serious illness with major public health implication in Thailand . I have reviewed the literature and found that your publication in Acta Psychiatr (1994) entitled “A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change”. I am interested in your instrument : the Insight scale; IS. This instrument will be very helpful for my study. It will be applied in conjunction with my researches, i. e. SELECTED FACTORS RELATED TO MEDICATION ADHERENCE IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDERS. Simultaneously, I would like to kindly ask for your permission to translate these instrument to Thai language and use them in my thesis.

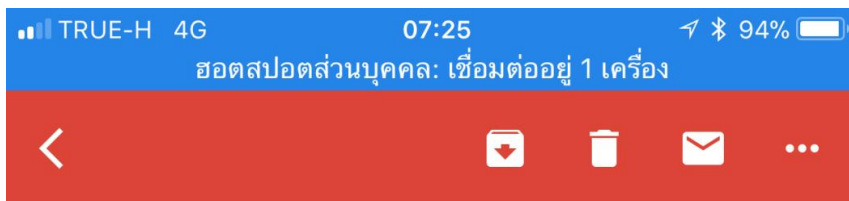
Your kindly support and suggestions will be very beneficial for reducing recurrence rate with bipolar patients in Thailand.

I am looking forward to hear from you. You may e-mail me at my E-mail address: methawee.nurse1981@gmail.com , Tel : 091-8712440 or directly contact my thesis advisor: Assistant Professor Dr.Penpaktr Uthis, Ph.D., RN., E-mail: penpaktr\_uthis@yahoo.com

Yours sincerely,

Methawee Lunsombat

## การอนุญาตใช้เครื่องมือต่างประเทศ



Birchwood, Maximillian

28 ก.ค. 2559 ...

ถึง ฉัน

Dear colleague,

Please find the scale and scoring attached. You will also find the papers attached very useful, especially the last attachment.

If you do decide to translate into Thai, please copy the final version to me.

Good luck with your work.

### **Max Birchwood DSc PhD FBPsS**

Professor of Youth Mental Health | Mental Health and Wellbeing | Warwick Medical School | [University of Warwick](http://www2.warwick.ac.uk)

[m.j.birchwood@warwick.ac.uk](mailto:m.j.birchwood@warwick.ac.uk) |

External: [02476574530](tel:02476574530) | Internal: 74530 | Warwick Medical School, Gibbet Hill Campus, Coventry, CV4 7AL

<http://www2.warwick.ac.uk/fac/med/research/mhwellbeing/>

## การขออนุญาตใช้เครื่องมือของต่างประเทศ

Dear Dr. A. George Awad

My name is Methawee Lunsombat. I am a master degree student of Nursing Science Program in Mental health and Psychiatric Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok Thailand. I am developing my proposal for master degree about SELECTED FACTORS RELATED TO MEDICATION ADHERENCE IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDERS. The age of the intended population is ranged between 20-59 years old. I wish to complete this proposal and submit to the faculty board committee as soon as possible.

Currently, Bipolar disorder is a serious illness with major public health implication in Thailand . I have reviewed the literature and found that your publication in Schizophrenia Bulletin (1993) entitled "Subjective Response to Neuroleptics in Schizophrenia". I am interested in your instrument : Drug Attitude Inventory; DAI-10. This instrument will be very helpful for my study. It will be applied in conjunction with my researches, i. e. SELECTED FACTORS RELATED TO MEDICATION ADHERENCE IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDERS. Simultaneously, I would like to kindly ask for your permission to translate these instrument to Thai language and use them in my thesis.

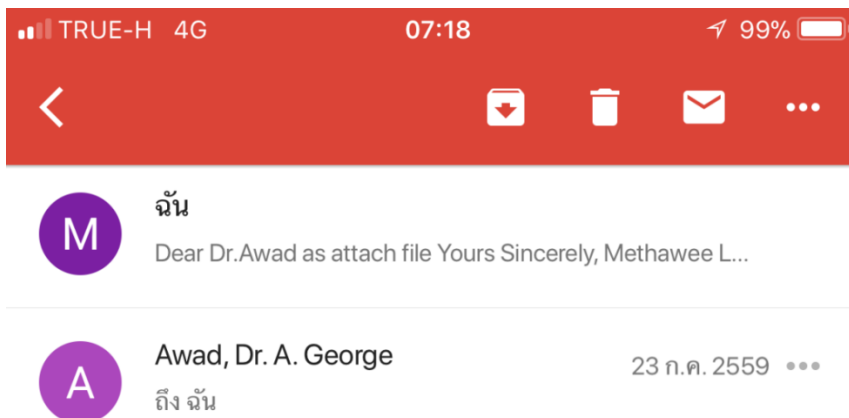
Your kindly support and suggestions will be very beneficial for reducing recurrence rate with bipolar patients in Thailand.

I am looking forward to hear from you. You may e-mail me at my E-mail address: methawee.nurse1981@gmail.com , Tel : 091-8712440 or directly contact my thesis advisor: Assistant Professor Dr.Penpaktr Uthis, Ph.D., RN., E-mail: penpaktr\_uthis@yahoo.com

Yours sincerely,

Methawee Lunsombat

## การอนุญาตใช้เครื่องมือต่างประเทศ



Thanks for your interest in our DAI. I am pleased to authorize the use of the DAI in your research project, free of charge. Attached, is a copy of the scale and the scoring.

Sincerely,

**Dr. A.George Awad**

Professor Emeritus,

Department of Psychiatry and the Institute of Medical Science,

University of Toronto

Toronto, Canada

Phone: [\(416\) 242-1000 x43040](tel:(416)242-1000x43040)

Fax: [\(416\) 242-1101](tel:(416)242-1101)

## การขอใช้เครื่องมือภายในคณะ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะ)

FON-CU-THESIS11

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย  
เรียน รองคณบดี

เลขที่รับ	1045
วันที่	8.0.59
เวลา	08.54 น.
ผู้รับ	Pr-116

ข้าพเจ้า นางสาวเมธาวี ลุนสมบัติ รหัสประจำตัว 5777321236  
นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 2 อาคาร BMC place 2 ห้อง 2624  
ซอยศูนย์วิจัย 6 ถนน เพชรบุรีตัดใหม่ 47 แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร  
รหัสไปรษณีย์ 10310 โทรศัพท์ 0918712440

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)  
ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว  
มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวอุมาพร กาญจนรักษ์
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2545

ลงนาม ..... เลขที่ ..... ปีที่ ..... ผู้ยื่นคำร้อง

(นางสาวเมธาวี ลุนสมบัติ)

8 / ก.ย. / 59

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ..... ..... ..... ลงนาม ..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ) 8 / ก.ย. / 59	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ ..... ..... ..... ลงนาม ..... (รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธ์) .....
---	---

อนุญาต  
.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
.....



ภาคผนวก จ  
ตารางแสดงค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายข้อ  
ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางแสดงค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษา  
 รายข้อในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.คุณไม่รับประทานยาโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง	4.85	0.50	ดีมาก
2.แม้มีการควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้นคุณยังมารับยาอย่างสม่ำเสมอ	4.83	0.57	ดีมาก
3.คุณไม่ได้รับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น	4.81	0.74	ดีมาก
4.เมื่อยาหมดก่อนกำหนดนัดคุณไม่ได้ดูแลตนเองโดยไม่ได้พบแพทย์	4.79	0.66	ดีมาก
5.คุณปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรในเรื่องการใช้จ่าย	4.79	0.61	ดีมาก
6.คุณไม่เคยลดเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	4.76	0.70	ดีมาก
7.คุณไม่หยุดรับประทานยาโดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ	4.73	0.72	ดีมาก
8.คุณไม่เคยเพิ่มเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	4.71	0.75	ดีมาก
9.คุณมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	4.70	0.73	ดีมาก
10.คุณปรึกษากับแพทย์ พยาบาลและเภสัชกรเมื่อมีปัญหาหรือมีความผิดปกติจากการใช้จ่าย	4.64	0.98	ดีมาก
11.คุณรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง	4.64	0.87	ดีมาก
12.เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกายคุณไม่หยุดรับประทานยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์	4.61	0.99	ดีมาก
13.คุณขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษาเมื่ออาการไม่ดีขึ้น	4.58	0.97	ดีมาก
14.คุณไม่เคยหยุดยาเองเมื่อคิดว่าควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น	4.56	0.97	ดีมาก
15.คุณจะไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติจากฤทธิ์ของยาแล้วใช้จ่ายแก้แพ้แต่อาการไม่ดีขึ้น	4.53	1.22	ดีมาก
16.เมื่อมีอาการข้างเคียงจากยาคุณจะได้รับประทานยาแก้แพ้ตามที่แพทย์แนะนำ	4.44	1.29	ดี
17.คุณรับประทานยาตรงตามเวลา	4.39	1.02	ดี
18.คุณไม่ลืมรับประทานยา	4.33	0.92	ดี

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวเมธาวี ลุนสมบัติ เกิดวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2528 ที่จังหวัดมหาสารคาม สำเร็จการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปี พ.ศ. 2549 ได้เข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ประจำศูนย์จิตรักษ์ โรงพยาบาลกรุงเทพ จังหวัด กรุงเทพมหานคร

