



ปัจจัยทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
Factors Predicting Medication Adherence Among Bipolar Disorder
Patients

นฤมล ทองเปีย
Naruemon Thongpia

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

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

2566

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ปัจจัยทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
Factors Predicting Medication Adherence Among Bipolar Disorder
Patients

นฤมล ทองเปีย
Naruemon Thongpia

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

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

2566

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยทำนายนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 ผู้เขียน นางสาวนฤมล ทองเปีย
 สาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....
 (ดร.วีณา คันฉ่อง)

.....ประธานกรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรพรรณ หนูแก้ว)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
 (ดร.วีณา คันฉ่อง)

.....
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินีภาญจน์ คงสุวรรณ)

.....กรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินีภาญจน์ คงสุวรรณ)

.....กรรมการ
 (รองศาสตราจารย์ ดร.วาริรัตน์ ถาน้อย)

บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
 เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาล
 จิตเวชและสุขภาพจิต

.....
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกกิง วงศ์ศิริโชติ)
 รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคล
ที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ดร.วิณา คันฉ่อง)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินีกาญจน์ คงสุวรรณ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ลงชื่อ.....

(นางสาวนฤมล ทองเปีย)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน
และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวนฤมล ทองเปีย)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
ผู้เขียน	นางสาวนฤมล ทองเปีย
สาขา	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
ปีการศึกษา	2565

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการยึดติดในการรักษาด้วยยาและปัจจัยทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มตัวอย่าง 90 คน เป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว วินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 (F31.0-31.9) อายุ 18 - 60 ปี ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 6 ส่วนคือ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบประเมินการยึดติดในการรักษาด้วยยา (3) แบบวัดความรุนแรงของอาการ (4) แบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา (5) แบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา (6) แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือส่วนที่ 2 เท่ากับ 1 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือส่วนที่ 2, 5 และ 6 โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .73, .94 และ .95 ตามลำดับ เครื่องมือส่วนที่ 3 ใช้การหาความเท่าเทียมกันของการสังเกต (Interrater Reliability) ได้ค่า .8 และเครื่องมือส่วนที่ 4 ใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) ได้ค่า .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบปกติ

ผลการวิจัยพบว่า การยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อยู่ในระดับสูง ($M = 63.96, SD = 6.628$) ตัวแปรปัจจัยทำนายสามารถร่วมกันทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ ร้อยละ 12.2 ($R^2 = .122, p < .05$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา ($\beta = .239, p < .05$) และผลข้างเคียงของยา ($\beta = -.213, p < .05$) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมและเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้มีการยึดติดในการรักษาด้วยยา

Thesis Title	Factors Predicting Medication Adherence Among Bipolar Disorder Patients
Author	Miss Naruemon Thongpia
Major Program	Psychiatric and Mental Health Nursing
Academic Year	2022

ABSTRACT

This predictive research aimed to study the level of medication adherence and factors predicting medication adherence among bipolar disorder patients. The sample comprised 90 bipolar disorder patients, aged 18-60 years, who had been diagnosed with bipolar disorder from ICD-10 (F31.0-31.9) and were receiving treatment at the outpatient department in Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital, southern Thailand. The research instruments consisted of 6 parts: (1) demographic data of patients with bipolar disorder, (2) medication adherence of patients with bipolar disorder scale, (3) Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS, (4) Drug Attitude Inventory: DAI-10, (5) side effect rating scale, and (6) patient and the health care team relationship scale. The content validity of the instruments was verified by three experts. The content validity index of part 2 was 1.00. The reliability of parts 2, 5, and 6, was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding values of .73, .94 and .95 respectively. The reliability of part 3 was tested using Interrater reliability, yielding a value of .80. The reliability of part 4 was tested using Kuder-Richardson 20, yielding a value of .91. Data were analyzed using descriptive statistics. The predictability was analyzed using standard multiple regression analysis (Enter Method).

The result showed that medication adherence among bipolar disorder patients was at a high level ($M = 63.96$, $SD = 6.628$). Predictive factors could explain 12.2 percent of the variance ($R^2 = .122$, $p < .05$) For consideration, the factors that significantly predicted medication adherence were the patient and the health care team relationship ($\beta = .239$, $p < .05$) and side effects of medication ($\beta = -.213$, $p < .05$). The results of this study could be used as basic information to develop nursing programs to promote the development of a model of care for Bipolar Disorder Patients to enhance medication adherence.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสำเร็จและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ดร.วีณา คันฉ่อง และอาจารย์ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินีภาญจน์ คงสุวรรณ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะรวมทั้งชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาตลอดกระบวนการ ในการทำวิทยานิพนธ์ ด้วยความรัก ความเมตตาและเอาใจใส่ สนับสนุนให้กำลังใจที่ตีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธิรังษี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมชื่น สมประเสริฐ และพว.บุญเยี่ยม คำชัย ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณา ให้ข้อเสนอแนะ และให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อวิทยานิพนธ์ รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่เสียสละในการตอบแบบสอบถาม และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ ตลอดจนหัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักศึกษาทุกท่านที่ให้กำลังใจ และเป็นกัลยาณมิตรที่ตีเสมอมา

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา น้องสาว สามี ครอบครัวของผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่คอยสนับสนุน ให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือจนวิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี คุณค่าและประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่ บุพการี คณาจารย์ บุคคลอันเป็นที่รัก รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน

นฤมล ทองเปีย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(6)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(11)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิด.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์การวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว.....	10
แนวคิดการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว.....	18
การประเมินการยึดติดในการรักษาด้วยยา.....	21
ปัจจัยที่มีผลต่อการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว	23
สรุปผลการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	26
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	28
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	28
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	29
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	29
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	32
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	33
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	34
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	35
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	38
ผลการวิจัย.....	38
อภิปรายผลการวิจัย.....	46

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5	
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	51
สรุปผลการวิจัย.....	51
ข้อเสนอแนะ.....	53
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	54
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	54
เอกสารอ้างอิง.....	55
ภาคผนวก.....	63
ก เครื่องมือในการวิจัย.....	64
ข การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	80
ค เอกสารรับรองโครงการวิจัย.....	83
ง การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ.....	87
จ ใบอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ.....	94
ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	95
ประวัติผู้เขียน.....	96

รายการตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=90).....	39
2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (n=90).....	42
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของความรุนแรงของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (n=90).....	42
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับทัศนคติต่อยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วรายข้อและโดยรวม (n=90).....	43
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของผลข้างเคียงของยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (n=90).....	43
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วรายข้อและโดยรวม (n=90).....	44
7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ทัศนคติต่อยา ผลข้างเคียงของยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา กับการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (n=90).....	45
8	ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างตัวทำนายกับการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (n=90).....	45
9	แสดงการกระจายของข้อมูลความรุนแรงของโรค (n=90).....	87
10	แสดงการกระจายของข้อมูลทัศนคติต่อยา (n=90).....	87
11	แสดงการกระจายของข้อมูลผลข้างเคียงของยา (n=90).....	88
12	แสดงการกระจายของข้อมูลสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา (n=90)	88

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
2	การกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างความรุนแรงของโรค กับ การยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว.....	89
3	การกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างทัศนคติต่อยา กับ การยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว	89
4	การกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างผลข้างเคียงของยา กับ การยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว	90
5	การกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา กับ การยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว..	90
6	การกระจายของค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์.....	91
7	ผลการทดสอบค่าความคลาดเคลื่อนที่เป็นอิสระต่อกัน.....	92
8	ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ทัศนคติต่อยา ผลข้างเคียงของยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา.....	92
9	ผลการทดสอบค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในชุดเดียวกัน.....	93

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบได้บ่อยทั่วโลก จัดอยู่ในอันดับ 4 ในกลุ่มโรคจิตเวชที่ก่อให้เกิดความสูญเสียเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือความพิการ (disability-adjusted life years: DALYs) (Global Burden of Disease [GBD], 2019) โดยในปี ค.ศ. 2019 มีผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั่วโลกประมาณ 40 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2022) และจากการรายงานข้อมูลขององค์กรข้อมูลโลก ในปี ค.ศ. 2019 พบอัตราการชุกของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วของประชากรโลก ร้อยละ 0.5 ส่วนในประเทศไทยพบอัตราการชุก ร้อยละ 0.33 (GBD, 2023) สำหรับอัตราการชุกชั่วชีวิตของช่วงแม่เนี่ยหรือไฮโปแมเนี่ย ร้อยละ 0.2 (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2560) จากข้อมูลโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ในช่วง 3 ปี (พ.ศ. 2563 – 2565) พบว่า มีผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ร้อยละ 6.3 - 6.8 และผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 9.0 - 14.5 มากเป็นอันดับ 4 ของโรคที่เข้ามารับการรักษาของโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะอยู่ระหว่างอายุ 18-60 ปี (โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2565)

ความผิดปกติทางอารมณ์ของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้าสลับครึกครื้น แสดงความรู้สึกโดยไม่ยับยั้งหรือมีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวผิดปกติ โดยอารมณ์นั้นคงอยู่ตลอดอย่างชัดเจน แสดงออกด้านพฤติกรรม คือแสดงถึงความมีพลังมาก นอนน้อย พูดมาก พูดเร็ว เปลี่ยนเรื่องบ่อย ใช้จ่าย ทุ่มเพื่อ ด้านความคิด ผู้ป่วยจะมีความคิดแล่นเร็ว ขาดความสามารถในการตัดสินใจ บางรายมีอาการหลงผิดเกี่ยวกับพลังอำนาจ วิเศษ ทั้งนี้สาเหตุของการเกิดโรคเกิดจากหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ พันธุกรรม ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง พบว่าถ้าระดับสารเซโรโทนินน้อยจะทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า ถ้าระดับนอร์อิเพรินและโดปามีน สูงจะทำให้เกิดอาการแมเนี่ย นอกจากนี้ก็มีสาเหตุด้านสังคม และพฤติกรรมการเรียนรู้ (พิชัย อภิรัฐสกุล, 2558) การรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สามารถรักษาด้วยยา รักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาด้านจิตสังคม (พิชัย อภิรัฐสกุล, 2558) การรักษาจะแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเฉียบพลันของอาการแมเนี่ย และซึมเศร้า เป็นการรักษาเพื่อลดอาการ และควบคุมอาการของผู้ป่วย และระยะยาว เพื่อควบคุมอาการและป้องกันการป่วยซ้ำ (Fountoulakis et al., 2017; Goodwin et al., 2016) ซึ่งเป้าหมายของการรักษาระยะนี้ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาอีกต่อไป (พิชัย อภิรัฐสกุล, 2558; อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, 2557) ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่มีอาการมากอาจต้องใช้ยาหลายชนิดร่วมกันเพื่อให้อาการสงบและช่วยให้หลับได้ดีขึ้น (พิชัย อภิรัฐสกุล, 2558)

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วร้อยละ 80-90 มีโอกาสกำเริบและป่วยซ้ำ ซึ่งการป่วยแต่ละครั้งเพิ่มโอกาสที่จะเกิดการป่วยครั้งต่อไป ทั้งนี้ผู้ป่วยร้อยละ 50 จะมีโอกาสป่วยซ้ำภายใน 1 ปี และ ร้อยละ 70 มีโอกาสป่วยซ้ำใน 5 ปี (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาแบบไปข้างหน้าใน 1 ปี ของระยะเวลาในการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศไทย พบว่า อัตราเกิดการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 21.7 หรือคิดเป็น 0.31 ครั้งต่อคน (Leelahanaj et al., 2013) เมื่อผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีอาการกำเริบเกิดขึ้นจนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ส่งผลทำให้เกิดความบกพร่องทั้งทางด้านกิจกรรมทางสังคม หน้าที่การงาน พบว่า ร้อยละ 60 มีความยากลำบากในการทำหน้าที่การงาน และร้อยละ 45 มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 11-15 (กมลเนตรวรรณเสวก, 2559; นพพร ว่องสิริมาศ และพวงเพชร เกษรสมุทร, 2559; อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, 2557) อีกทั้งส่งผลกระทบต่อครอบครัวในแง่การบาดเจ็บที่เกิดจากไม่สามารถควบคุมอารมณ์หงุดหงิดและความก้าวร้าว รวมทั้งพฤติกรรมไม่หยิ่งคืดโดยเฉพาะการใช้จ่ายเงิน ทำให้เกิดปัญหาหนี้สิน (Speirs et al., 2023) และผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อม จากข้อมูลของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ในปีงบประมาณ 2562-2564 พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีค่ารักษาพยาบาลในการนอนโรงพยาบาลแต่ละครั้งเฉลี่ยสูงถึง 27,457, 24,745, 24,875 บาท ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2565) และจากการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการไม่ยึดติดในการรับประทานยา พบว่า มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าผู้ที่ยึดติดในการรับประทานยาถึงสองเท่า (Hong et al., 2011)

การรักษาด้วยยาไม่ต่อเนื่อง พบว่า เป็นปัจจัยสำคัญต่อการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Davarinejad et al., 2021) จากรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวนร้อยละ 20-60 ไม่ยึดติดในการใช้ยาที่กำหนด (Levin et al., 2015) เช่นเดียวการศึกษาของวีกาและคณะ (Vega et al., 2011) พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวนร้อยละ 12-64 ไม่ยึดติดในการใช้ยา สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจากงานเวชระเบียนโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ (2562) จากผู้ป่วยจำนวน 60 คน ที่มารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2562 พบว่า จำนวน 45 คน หรือคิดเป็น ร้อยละ 75 ที่ตลอดช่วงของการเจ็บป่วยโดยเฉพาะก่อนอาการกำเริบซ้ำจำเป็นต้องเข้ารับการรักษามีพฤติกรรมรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดยา หรือหยุดยาเอง มีเพียงจำนวน 15 คน หรือร้อยละ 25 เท่านั้นที่ไม่เคยขาดยาเลย

เห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีโอกาสกำเริบซ้ำได้สูง ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเศรษฐกิจโดยรวม ซึ่งสาเหตุหลักของการกำเริบซ้ำคือขาดการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การส่งเสริมผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรทำความเข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับลักษณะของการยึดติด (adherence) ในการรักษาด้วยยา ประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้ 1) ความกระตือรือร้น (active) (Cohen, 2009) และความสมัครใจ (voluntary) (Ho et al., 2009) เป็นการกระทำที่เกิดจากความเต็มใจ ยินยอมโดยปราศจากการบังคับ (ปรีชา มณฑานติกุล, 2550) โดยจะมีการวางแผนและรับผิดชอบในการใช้ยาด้วยตนเองตามแผนการรักษา 2) ความร่วมมือ (collaboration) (Uldall et al., 2004) อย่างมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษาในการวางแผน

และกำหนดเป้าหมายเกี่ยวกับแผนการรักษาด้วยยา (เช่นจิตร กองแก้ว 2554; Barofsky, 1978; Brawley & Culos-Reed, 2000) และ 3) ความถูกต้อง (correctly) (อัญชลี ชูติธร, 2556; Doggrell, 2010) และต่อเนื่อง (continuous) ในการใช้ยาตามแผนการรักษา (Ho et al., 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อปัจจัยที่มีผลต่อการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีดังนี้

ความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ในช่วงระยะที่มีอาการกำเริบรุนแรง จะมีความแปรปรวนของอารมณ์ บกพร่องในควบคุมตนเองและการรับรู้ตนเองบิดเบือน โดยเฉพาะในระยะแมนีย์ผู้ป่วยจะ มีอาการอยู่ไม่นิ่ง ความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น มีความคิดว่าตนยิ่งใหญ่ และมีความสามารถ ความต้องการนอนลดลง การแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมเพิ่มขึ้น มีอาการทางจิตร่วมด้วย ทำให้บกพร่องในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม (Carvalho et al., 2020) ซึ่งพบว่าการรับรู้การเจ็บป่วย การรับรู้ประสิทธิผลของการบำบัดต่อการรักษาและป้องกันการกำเริบ รวมทั้งการรับรู้ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นของผู้ป่วยในระยะอาการแมนีย์มีความบกพร่องมากกว่าในระยะอารมณ์เบิกบาน และ ระยะอารมณ์ซึมเศร้า (Silva et al., 2020) ซึ่งการบกพร่องการรับรู้การเจ็บป่วยเป็นสาเหตุหลักของการไม่ร่วมมือรับประทานยาทางจิต (Gutierrez-Rojas et al., 2020) จากการศึกษาการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า ความรุนแรงของโรคมียผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ($OR = 2.56, F = 22.56, p < .0001$) (Goldstein et al., 2016) สอดคล้องกับการศึกษาการทำนายการไม่ยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการรักษาในคลินิกสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 140 คน พบว่า หากมีอาการของโรคส่งผลให้เกิดการยึดติดในการรักษาด้วยยาต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .0183$) (Sajatovic et al., 2009) นอกจากนี้งานวิจัยของเมธาวิ ลุนสมบัติ (2560) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า ความรุนแรงของโรคมียสัมพันธ์ทางลบกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = -0.339, p = .01$)

ทัศนคติต่อยา เป็นสภาพความพร้อมทางจิตและประสาท ผ่านประสบการณ์ มีอิทธิพลโดยตรงต่อการตอบสนองของบุคคลที่มีสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (Allport, 1967) เมื่อผู้ป่วยได้รับยาทางจิต ก็จะมีประสบการณ์ การรับรู้ ผลกระทบ และการตอบสนองของแต่ละบุคคล เกิดความรู้สึกภายใน ที่ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับร่างกาย จิตใจ ที่เกี่ยวกับโรคและยา (Balestrieri et al., 1999) ทัศนคติต่อยาจึงเป็นการรับรู้หรือความรู้สึกของบุคคลต่อประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา ซึ่งอาจจะเป็นการรับรู้ทางบวก หรือ ทางลบ ก็ได้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่เกิดขึ้น และทัศนคติต่อยามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยา จากการศึกษาทัศนคติต่อยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า ทัศนคติต่อยาด้านลบสามารถทำนายความไม่ร่วมมือในการยึดติดกับยาในระดับน้อย ($R^2 = 0.27, p < .003$) (Sajatovic et al., 2009) และการศึกษาการยึดติดในการรักษาด้วยยาทางจิตและทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Arvilommi et al., 2014) พบว่า ทัศนคติต่อยามีความสัมพันธ์ต่อการยึดติดกับการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.10-0.29$) และการไม่ยึดติดในการรับประทานยาปรับอารมณ์มีความสัมพันธ์กับทัศนคติด้านลบต่อยาปรับอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 4.3, p = .023$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุชานาถ อินวรรณา

และคณะ (2563) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีทัศนคติในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .263, p < .05$) นอกจากนี้การศึกษาของเมธาวิ ลุนสมบัติ (2560) พบว่า จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 198 คน มีทัศนคติต่อการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\rho = 0.191, p = .01$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของคาซาเลตโตและคณะ (Casaletto et al., 2016) พบว่าทัศนคติด้านลบต่อยา มีผลทำให้เกิดความไม่ยึดติดกับการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .0001$)

ผลข้างเคียงของยา เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับยาปรับอารมณ์ lithium มีผลข้างเคียง ทำให้เกิดความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และยา valproate อาจทำให้เกิดภาวะตับวาย และยา lithium, valproate, olanzapine และ quetiapine เหล่านี้ อาจทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ น้ำหนักตัวขึ้น ความดันโลหิตสูง และพิษต่อตับ (Hayes et al., 2016) ซึ่งผลข้างเคียงของยาทำให้นำไปสู่การยึดติดในการรักษาด้วยยาลดลง (Senner et al., 2021) การศึกษาของคอร์เรียร์ดและคณะ (Correard et al., 2017) ที่ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มอายุ 16-46 ปี จำนวน 241 คน และกลุ่มอายุ 47-71 ปี จำนวน 112 คน พบว่าผลข้างเคียงของยาสูง มีความสัมพันธ์กับการยึดติดในการรักษาด้วยยาต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.082, p < .001$) และ ($OR = 1.124, p = .005$) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่ยึดติดการรักษาด้วยยาที่ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 429 คน พบว่าผลข้างเคียงของยาทำให้เกิดความไม่ยึดติดในการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.90, 95\%CI = 1.17-3.07, p = .009$) (Baldessarini et al., 2007) เช่นเดียวกับการศึกษาของเมธาวิ ลุนสมบัติ (2560) พบว่า ผลข้างเคียงของยา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับการยึดติดในการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\rho = -.283, p = .01$) ถ้าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาสูงก็จะมีผลข้างเคียงในการรักษาด้วยยาต่ำ แต่หากผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาต่ำก็จะมีผลข้างเคียงในการรักษาด้วยยาสูง และจากการศึกษาของสุชานาถ อินวรรณ และคณะ (2563) พบว่า ผลข้างเคียงจากการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.282, p < .05$)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพระหว่างทีมการรักษา กับผู้ป่วยที่ดีต่อกัน ส่งผลให้เกิดความไว้วางใจ นำไปสู่บรรยากาศของการช่วยเหลือและพร้อมร่วมมือกันในการกำหนดข้อตกลง เป้าหมาย และการสำรวจปัญหาาร่วมกันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเอง จนเกิดการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสม (สมรทิพย์ วิชาวนิช, 2564) จากการศึกษาของการ์เซียและคณะ (Garcia et al., 2016) ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการยึดติดด้วยยาต้านจิตเภทในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ป่วยจิตเภท และการศึกษางานทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรายงานของผู้ป่วยเรื่องปัจจัยในการยึดติดการใช้ยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Crowe et al., 2011) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษาดีจะทำให้ผู้ป่วยมีความยึดติดกับการรักษาด้วยยาดี

เช่นเดียวกับงานวิจัยซีเบอร์และคณะ (Zeber et al., 2008) พบว่าสัมพันธภาพทางบวระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษาสามารถทำนายการไม่ขาดมียาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.03$, $p = .022$) นอกจากนี้ยังพบว่า สัมพันธภาพทีมการรักษา (therapeutic alliance) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ($r = 0.663$, $p < .0001$) (Misdrahi et al., 2012)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยเลือกศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถปรับเปลี่ยนได้ และนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้มีการยึดติดในการรักษาด้วยยาได้ ดังนั้น ปัจจัยที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ทัศนคติต่อยา ผลข้างเคียงของยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมรักษา มาใช้ในการทำนายความร่วมมือในการยึดติดด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
2. เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของความรุนแรงของโรค ทัศนคติต่อยา ผลข้างเคียงของยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา ต่อการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

คำถามการวิจัย

1. การยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอยู่ในระดับใด
2. ความรุนแรงของโรค ทัศนคติต่อยา ผลข้างเคียงของยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา สามารถทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดของการศึกษานี้ใช้การทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ การยึดติด (adherence) ประกอบด้วยลักษณะ ดังต่อไปนี้ 1) ความกระตือรือร้น (active) และความสมัครใจ (voluntary) คือ การกระทำที่เกิดจากความเต็มใจ ยินยอมโดยปราศจากการบังคับ โดยจะมีการวางแผนและรับผิดชอบในการใช้ยาด้วยตนเองตามแผนการรักษา 2) ความร่วมมือ (collaboration) คือ การมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยและทีมรักษาในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายการรักษา ร่วมกับทีมรักษาเกี่ยวกับแผนการรักษาด้วยยา 3) ความถูกต้อง (correctly) และต่อเนื่อง (continuous) สามารถใช้ยาให้ถูกต้องตามขนาด ชนิดและเวลาตามที่

แพทย์แนะนำอย่างต่อเนื่อง (Cohen, 2009; Ho et al., 2009; Horne et al., 2005; Uldall et al., 2004) ซึ่งการยึดติดในการรักษาด้วยยา มีปัจจัยต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องในการศึกษาปัจจัยทำนายการยึดติดกับการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะสามารถทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยดังกล่าวประกอบด้วย

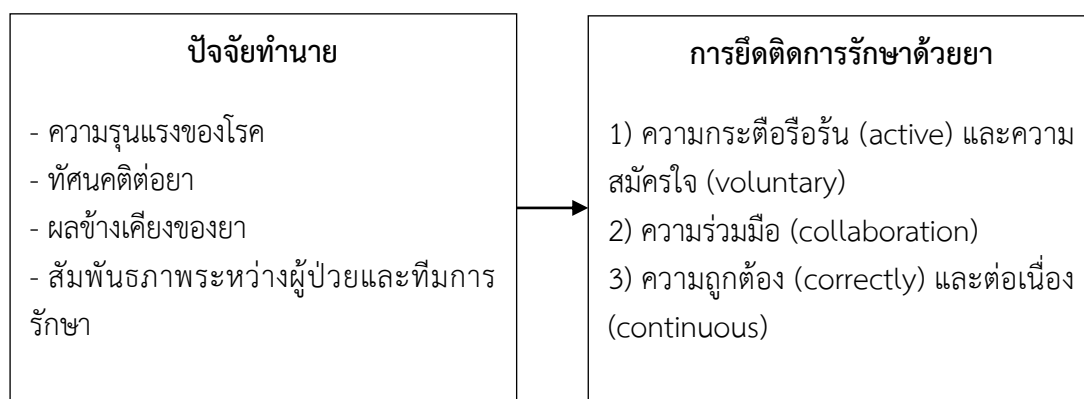
1. ความรุนแรงของโรค จากการศึกษาของคาซาเลตโตและคณะ (Casalotto et al., 2016) พบว่า ความรุนแรงของอาการด้านซึมเศร้ามีผลทำให้เกิดการไม่ยึดติดกับการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\rho = -0.37, p = .008$)

2. ทักษะชีวิตต่อยา พบว่า ทักษะชีวิตต่อยาด้านลบสามารถทำนายความไม่ร่วมมือในการยึดติดกับยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.27, p < .003$) (Sajatovic et al., 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคาซาเลตโตและคณะ (Casalotto et al., 2016) พบว่าทักษะชีวิตด้านลบต่อยามีผลทำให้เกิดความไม่ยึดติดกับการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .0001$) และจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 198 คน ของเมธาวิ ลุนสมบัติ (2560) พบว่า ทักษะชีวิตต่อการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\rho=0.191, p=0.01$)

3. ผลข้างเคียงของยา การศึกษาของคอร์เรียร์ดและคณะ (Correard et al., 2017) ที่ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว พบว่า ผลข้างเคียงของยาสูงมีความสัมพันธ์กับการยึดติดในการรักษาด้วยยาต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.082, p < .001$) และ ($OR = 1.124, p = .005$) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่ยึดติดการรักษาด้วยยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า ผลข้างเคียงของยาทำให้เกิดความไม่ยึดติดในการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.90, 95\%CI = 1.17-3.07, p = .009$) (Baldessarini et al., 2007) เช่นเดียวกับการศึกษาของเมธาวิ ลุนสมบัติ (2560) พบว่า ผลข้างเคียงของยามีความสัมพันธ์ทางลบกับการยึดติดในการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\rho = -0.283, p = .01$)

4. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา โดยงานวิจัยของซีเบอร์และคณะ (Zeber et al., 2008) พบว่า สัมพันธภาพทางบวกระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษาสามารถทำนายการไม่ขาดมียาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.03, p = .022$)

จะเห็นได้ว่าการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้วมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น จึงสามารถสรุปได้ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

ความรุนแรงของโรค ทศนคติต่อยา ผลข้างเคียงของยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา สามารถทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

นิยามศัพท์การวิจัย

การยึดติดในการรักษาด้วยยา หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวชที่แสดงออกถึงลักษณะ ดังนี้ 1) ความกระตือรือร้น (active) และความสมัครใจ (voluntary) คือ การกระทำที่เกิดจากความเต็มใจ ยินยอมโดยปราศจากการบังคับ โดยจะมีการวางแผนและรับผิดชอบในการใช้ยาด้วยตนเองตามแผนการรักษา 2) ความร่วมมือ (collaboration) คือ การมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษาในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายการรักษา ร่วมกับทีมการรักษาเกี่ยวกับแผนการรักษาด้วยยา และ 3) ความถูกต้อง (correctly) และต่อเนื่อง (continuous) การใช้ยาให้ถูกต้องตามขนาด ชนิดและเวลาตามที่แพทย์แนะนำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบประเมินการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ความรุนแรงของโรค หมายถึง ระดับอาการของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่แสดงออกมาทั้งในระยะซึมเศร้าและระยะmania สามารถประเมินได้จากแบบวัดความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS) ของกรรณิการ์ เลาประเสริฐสุข (2555)

ทัศนคติต่อยา หมายถึง ความคิด ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีต่อการรักษาด้วยยา ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา (Drug Attitude Inventory: DAI-10) ตามแนวคิดของ Awad (1993) แปลเป็นไทยโดยเมธาวิ ลุนสมบัติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2562)

ผลข้างเคียงของยา หมายถึง อาการไม่สบาย หรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาทางจิตเวชของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยาของเมธาวิ ลุนสมบัติ และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ (2562)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับทีมการรักษา เน้นความพึงพอใจต่อพฤติกรรมการดูแลของทีมรักษา 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถทางเทคนิควิชาชีพ ด้านสัมพันธภาพที่มุ่งให้ความรู้ และด้านสัมพันธภาพที่มุ่งสร้างความไว้วางใจ สามารถประเมินได้จากแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ของอุมาพร กาญจนรักษ์ (2545)

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชที่ดูแลผู้ป่วย 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง (โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

สามารถนำผลของการศึกษาที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมและเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้มีการยึดติดในการรักษาด้วยยา

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา และผลงานงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 1.1 ความหมายของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 1.2 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 1.3 สาเหตุของการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 1.4 การดำเนินของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 1.5 การรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 1.6 ผลกระทบจากโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
2. แนวคิดการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 2.1 ความหมายของการยึดติดในการรักษาด้วยยา
 - 2.2 ความสำคัญของการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 2.3 การประเมินการยึดติดในการรักษาด้วยยา
 - 2.3.1 วิธีการประเมินการยึดติดในการรักษาด้วยยา
 - 2.3.2 เครื่องมือวัดการยึดติดในการรักษาด้วยยา
3. ปัจจัยที่มีผลต่อการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
4. สรุปผลการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ความหมายของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หมายถึง บุคคลผู้มีความผิดปกติของอารมณ์ที่แสดงออกในลักษณะของอาการซึมเศร้าสลับกับอาการคลุ้มคลั่ง เปลี่ยนแปลงไปมา หรือมีอาการขึ้น ๆ ลง ๆ ระหว่างอารมณ์ซึมเศร้ากับคลุ้มคลั่งอย่างเห็นได้ชัดเจน โดยจะมีช่วงระยะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ คั่นกลาง ความผิดปกติทางอารมณ์จะส่งผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิด การรับรู้บุคลิกภาพ และพฤติกรรมกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย โดยบางรายอาจจะมีหูแว่วร่วมด้วย (จารุณี อินทฤทธิ์, 2558) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามระบบการจำแนกโรคทางจิตเวชที่เป็นมาตรฐาน ปัจจุบันประเทศไทยใช้การวินิจฉัยโรค 2 ระบบ (ศุภโชค สิงห์กันต์, 2559) คือ 1) ระบบ DSM พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association หรือ APA) ใช้ในด้านการเรียนการสอนและการให้การวินิจฉัยโรคจะยึดตามระบบนี้เป็นหลัก ซึ่งเป็นระบบสากล ซึ่งปัจจุบันระบบ DSM-5 เป็นฉบับล่าสุด จำแนกโรคทางจิตเวชออกเป็น 22 หมวดหมู่ โดยผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจัดอยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar and related disorder) และ 2) ICD พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) ใช้ในด้านระบาดวิทยาและการวางแผนการใช้ทรัพยากรสาธารณสุข ซึ่งเป็นระบบมาตรฐานในการบันทึกรหัสของโรคทุกโรค ตามตัวอักษรภาษาอังกฤษ A ถึง Z ซึ่งปัจจุบันระบบ ICD-10 เป็นฉบับล่าสุด จำแนกโรคทางจิตเวชไว้ในหมวด F ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจัดอยู่ในกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ (mood affective disorder) รหัสโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คือ F 31.0-31.9 โดยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แบ่งออกเป็น 3 ชนิดหลัก (พิชัย อธิฐสกุล, 2558) ดังนี้

1. โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วชนิดที่ 1 (bipolar I disorder) ผู้ป่วยจะมีอาการในระยะแมนีย์ (manic episode) สลับกับอาการระยะซึมเศร้า (major depressive episode)
2. โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วชนิดที่ 2 (bipolar II disorder) ผู้ป่วยจะมีอาการในระยะไฮโปแมนีย์ (hypomanic episode) สลับกับอาการระยะซึมเศร้า
3. โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วชนิดเรื้อรัง (cyclothymic disorder) ผู้ป่วยมีอาการของระยะไฮโปแมนีย์และอาการระยะซึมเศร้าหลายครั้ง ติดต่อกันนานอย่างน้อย 2 ปี แต่ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า อาจมีช่วงปกติแต่ไม่เกิน 2 เดือน

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ส่วนใหญ่มักมีอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติทั้งในด้านพฤติกรรม ด้านความคิด และด้านอารมณ์ ซึ่งสามารถแบ่งตามระยะของอาการได้เป็น 3 ระยะ (กมลเนตร วรณเสวก, 2559) ดังนี้

1. ระยะแมนีย์ (manic episode) ในระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของแต่ละด้านดังนี้

ด้านพฤติกรรม มีพลังกำลังมาก นอนน้อย ไม่มีอาการง่วงนอน พุดมาก พุดไม่หยุด เปลี่ยนเรื่องไปเรื่อย ๆ เจ้ากี้เจ้าการ (manipulate) หันเหความสนใจง่าย (distractibility) อยู่หนึ่งไม่ได้ โอ้อวดตนเอง ชอบพุดคุยหักทนายผู้อื่น เดินไปมาไม่มีจุดหมาย มีกิจกรรมทางเพศเพิ่มมากขึ้น ใช้จ่ายสิ้นเปลือง ไม่สนใจสุขภาพอนามัย ชัยนมากกว่าปกติแต่ทำได้ไม่ค่อยดี (จารุณี อินทฤทธิ์, 2558)

ด้านความคิด มีความคิดโลดแล่น ความคิดฟุ้งงู (racing thought) ความคิดเปลี่ยนเรื่องเร็ว (flight of idea) การตัดสินใจไม่ดี ขาดวิจารณญาณ คิดว่าตนเองเป็นคนสำคัญ รู้สึกมั่นใจในตนเองสูงเกินจริง (inflated self-esteem) (ภาพันธุ์ วัฒนวิทย์กิจ, ศิริินภา อภิสิทธิ์ภิญโญ, และสุรพล วีระศิริ, 2560) อาจมีอาการหลงผิดคิดว่าตนเองยิ่งใหญ่ (grandiosity) มีพรพิเศษ หรือมีอาการประสาทหลอน (จารุณี อินทฤทธิ์, 2558) มีโครงการทำกิจการต่าง ๆ เกินตัว ไม่ยอมรับฟังผู้อื่น (พิชัย อภิรัฐสกุล, 2558)

ด้านอารมณ์ อารมณ์แกว่งมาก ครึกครื้น หัวเราะร่า มีความสุขมาก สนุกสนาน เกินจริงและไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ อารมณ์เปลี่ยนแปลงรวดเร็ว มาเป็นหงุดหงิดฉุนเฉียวและก้าวร้าวได้ ไม่สำรวม (พิชัย อภิรัฐสกุล, 2558) มีการแสดงออกของอารมณ์หรือความต้องการอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ อาการเหล่านี้ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทำให้การทำหน้าที่ด้านการทำงาน สังคม หรือด้านต่าง ๆ บกพร่อง (นพพร ว่องสิริมาศ และพวงเพชร เกษรสมุท, 2559)

2. ระยะเวลาไฮโปแมนเนีย (hypomanic episode) ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายระยะ mania แต่อาการไม่มีความรุนแรงเพียงพอที่จะทำให้เกิดความบกพร่องทางด้านกิจกรรมทางสังคมหรือหน้าที่การทำงาน ไม่ต้องอยู่โรงพยาบาล ไม่มีอาการทางจิต (วิณา คันฉ่อง, 2559)

3. ระยะซึมเศร้า (major depressive episode) จะพบว่าผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านพฤติกรรม มีพฤติกรรมเชื่องช้า อยู่เฉย ๆ ไม่เคลื่อนไหว ไม่พูด ไม่ได้ตอบ ไม่อยากทำอะไร ไม่สนใจความสะอาดของตนเอง ความสนใจหรือเพลิดเพลินในกิจกรรมที่เคยทำแทบทั้งหมดลดลง อยู่ไม่สุข เหนื่อยอ่อนเพลียหรือไม่มีแรง บางรายมีอาการกระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง หงุดหงิดง่าย น้าหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นโดยไม่ได้เกิดจากความตั้งใจลดหรือเพิ่มน้ำหนัก นอนไม่หลับหรือนอนมาก (กมลเนตร วรรณเสวก, 2559)

ด้านความคิด พบว่ามีความคิดเชื่องช้า เหม่อลอย หลงลืมง่าย ไม่มั่นใจในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนเองมีทุกข์มากไม่มีใครช่วยได้ รู้สึกตนเองไร้ค่า รู้สึกผิดมากเกินควร สมารถหรือความสามารถในการคิดหรือตัดสินใจลดลง คิดถึงเรื่องการตายอยู่ซ้ำ ๆ หรือคิดฆ่าตัวตาย และอาจมีอาการหลงผิดประสาทหลอนที่สอดคล้องกับอารมณ์

ด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้าแทบทั้งวัน เกือบทุกวัน ทั้งที่ตนเองรู้สึกและคนอื่นสังเกตได้ รู้สึกหดหู่ใจ สะเทือนใจง่าย ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล รู้สึกเบื่อหน่ายสังคม สิ่งแวดล้อมรอบตัว ท้อแท้ เหนื่อยหน่าย ซึมเฉย มีอารมณ์รุนแรง หงุดหงิดได้ง่ายเมื่อถูกรบกวน (จารุณี อินทฤทธิ์, 2558)

อาการเหล่านี้ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทำให้การทำหน้าที่ด้านการทำงาน สังคม หรือด้านต่าง ๆ บกพร่อง

สรุปอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ว่าเป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ที่แสดงออกทั้งด้านพฤติกรรม อารมณ์และความคิด โดยมีช่วงของแมนีและซึมเศร้าสลับกัน ส่งผลให้เกิดการทำงาน การเข้าสังคมและการใช้ชีวิตประจำวันบกพร่อง

สาเหตุของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจนส่งผลให้บุคคลนั้นเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านต่าง ๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านชีวภาพ เป็นปัจจัยที่เกิดจากภายในตัวของบุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม สารสื่อประสาท และต่อมไร้ท่อ อธิบายได้ดังนี้

1) พันธุกรรม หากผู้ที่มีญาติสายตรงเป็นโรคความผิดปกติทางด้านอารมณ์บุคคลนั้น มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคทางอารมณ์ได้ 2-3 เท่า ของบุคคลทั่วไป (จารุณี อินทฤทธิ์, 2558) ซึ่งพบว่า พันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอารมณ์สองขั้วเฉพาะโรคอารมณ์แปรปรวนของขั้วชนิดที่ 1 (bipolar I disorder) เช่น พบความผิดปกติของยีน ANK3 ซึ่งควบคุมการทำงานของ voltage-gated sodium channel, ยีน CACNA1C บนโครโมโซม 12 ที่เกี่ยวข้องกับการ encode alpha subunit ของ L-type voltage-gated calcium channel, และในหนูทดลอง หากมีการ mutation ของยีน CLOCK จะทำให้เกิดอาการแมนี เนื่องจากยีน CLOCK ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมวงจรการหลับการตื่น (circadian rhythm) เป็นต้น อัตราการเกิดโรคร่วมในฝาแฝดร่วมไข่ พบได้ถึงร้อยละ 57 ส่วนในแฝดต่างไข่ พบได้ร้อยละ 14 และจะพบในสายเลือดเดียวกัน ร้อยละ 25 นอกจากนี้เด็กที่เกิดจากพ่อหรือแม่ที่เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรครมากกว่าเด็กที่พ่อแม่ไม่เป็นโรคถึง 4 เท่า (พิชัย อภิรัฐสกุล, 2558)

2) สารสื่อประสาท (neurotransmitter) ความผิดปกติของสารสื่อประสาทประเภทโมโนเอมีน (monoamine) ได้แก่ นอร์อิพิเนพริน (norepinephrine), โดปามีน (dopamine), เซโรโทนิน (serotonin) พบว่า สารสื่อประสาทนอร์อิพิเนพริน, โดปามีน, เซโรโทนิน สูงขึ้นจะทำให้สมองส่วนต่าง ๆ ทำงานผิดปกติส่งผลให้เกิดอาการแมนีได้ (กมลเนตร วรรณเสวก, 2559) เช่น สมองส่วน orbitofrontal cortex ทำให้การควบคุมตนเองลดลง สมองส่วน dorsolateral prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการวอกแวก สมาธิไม่ดี สมองส่วน nucleus accumbens ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน และสมองส่วน striatum ทำให้มีความคิดหมกมุ่น กระวนกระวาย เป็นต้น ส่วนการลดลงของสารสื่อประสาทนอร์อิพิเนพริน, โดปามีน, เซโรโทนิน ทำให้สมองส่วนต่าง ๆ ทำงานผิดปกติส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้า เช่น สมองส่วน dorsolateral prefrontal cortex ส่งผลทำให้มีปัญหาการคิดและตัดสินใจ และสมองส่วน ventromedial prefrontal cortex ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า เป็นต้น (ภาพันท์ วัฒนวิทย์กิจ และคณะ, 2560)

3) การทำงานของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) พบความผิดปกติของระบบการควบคุมการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต (hypothalamic pituitary adrenal axis หรือ HPA axis) และ การทำงานของต่อมไทรอยด์ (thyroid axis) พบว่า ระดับคอร์ติซอล (cortisol level) สูงขึ้นในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดของขั้วที่มีอาการซึมเศร้า (พิชัย อภิรัฐสกุล, 2558)

2. ด้านจิตสังคม สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีต่าง ๆ ดังนี้

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) อารมณ์เศร้าเกิดจากการสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก และหันเหความโกรธเข้าหาตนเองโดยใช้กลไกทางจิตแบบโทษตัวเองทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด และสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการเมเนียเกิดจากการที่บุคคลปฏิเสธหรือต่อต้านอารมณ์เศร้า จึงแสดงออกในลักษณะที่มีความมั่นใจในตนเอง และแสดงความไม่เป็นมิตรออกมา (จารุณี อินทฤทธิ์, 2558)

2) ทฤษฎีด้านการคิดรู้ (cognitive theory) ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีกระบวนการคิดพิจารณาเหตุการณ์ ให้ความหมายประสบการณ์ชีวิตบิดเบือน ประเมินค่าตนเองในทางลบ คิดโทษตนเองแบบขาดเหตุผล ส่วนภาวะเมเนียเกิดจากบุคคลไม่ได้รับความรักจากพ่อแม่ และมีความเศร้ามาตั้งแต่ในวัยเด็ก เมื่อบุคคลประสบความสำเร็จ ไม่กล้าแสดงความเศร้าออกมา พยายามปฏิเสธและแสดงอารมณ์ร่าเริงออกมาเพื่อกลบเกลื่อนจนเกิดเป็นภาวะเมเนีย (วิภา คันฉ่อง, 2559)

3) ทฤษฎีเหตุการณ์ในชีวิตและความเครียด (life events and stress theory) เหตุการณ์ในชีวิต ความรุนแรง และการไม่ได้รับการประคับประคองจากสังคม มีผลต่อการเกิดและการกลับเป็นซ้ำของภาวะอาการคลุ้มคลั่ง และภาวะอาการซึมเศร้า (จารุณี อินทฤทธิ์, 2558)

การดำเนินโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเริ่มเป็นในช่วงอายุวัยเด็กไปจนถึงอายุ 50 โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มเป็นโรค คือ 20 ปี ผู้หญิงและผู้ชายมีโอกาสเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วชนิดที่ 2 เท่ากัน แต่ผู้หญิงมักมีอาการของระยะซึมเศร้าบ่อยกว่าผู้ชาย (พิชัย อภิรัฐสกุล, 2558) ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในเวลาต่อมา มักเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วชนิดที่ 2 ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพและความสามารถในการปรับตัวดีจะมีการพยากรณ์ของโรคที่ดี ถ้าไม่รักษาอาการเมเนียจะคงอยู่ได้ถึง 3 เดือน ถ้าครั้งแรกมีอาการของระยะซึมเศร้าโอกาสเป็นซ้ำมากกว่าร้อยละ 90 (กมลเนตร วรณเสวก, 2559) เป็นโรคที่เรื้อรังต้องรักษาในระยะยาวและเป็นโรคที่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงถึง ร้อยละ 70-90 (นพพร ว่องสิริมาศ และพวงเพชร เกษรสมุทร, 2559) โดยผู้ป่วย จำนวนร้อยละ 50 จะมีการป่วยครั้งที่สองตามมา การป่วยแต่ละครั้งเพิ่มโอกาสที่จะเกิดการป่วยครั้งต่อ ๆ ไป หากเป็นบ่อยขึ้นระยะห่างระหว่างการป่วยแต่ละครั้งจะสั้นลง มีการติดตามผู้ป่วยเมเนีย พบว่า ร้อยละ 50 กลับมาป่วยซ้ำใน 1 ปี และ ร้อยละ 70 ป่วยซ้ำใน 5 ปี ทำให้มีความยากลำบากในการทำหน้าที่การงาน ร้อยละ 60 และมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม ร้อยละ 45 เมื่อมีอาการของโรคมักมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จถึงร้อยละ 11-15 (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, 2557)

การรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

เนื่องจากโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นโรคที่มีสาเหตุหลักเกิดจากความผิดปกติ ด้านชีวภาพ ส่วนปัจจัยด้านจิตสังคม จะกระตุ้นให้การดำเนินโรคเร็วขึ้นและนานขึ้น ดังนั้นการรักษา

จะต้องควบคู่กันไประหว่างด้านชีวภาพและด้านจิตสังคม จากการศึกษาตำราของกมลเนตร วรรณเสวก (2559), พิชัย อัญญสกุล (2558), พิชัย อัญญสกุล (2560), ภาพันท์ วัฒนวิทย์กิจ และคณะ (2560) และ ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในผู้ใหญ่ทางคลินิกของ วิทยาลัยนานาชาติของประสาทและจิตเวชศาสตร์ (Fountoulakis et al., 2017) และแนวปฏิบัติ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ฉบับที่สามจากสมาคมอังกฤษ ด้านจิตเวชศาสตร์ (Goodwin et al., 2016) พบว่า การรักษาแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะ เฉียบพลัน (acute phase) ของอาการแมนีและซีเมสเฟร่า และระยะยาว (maintenance phase หรือ long term) ซึ่งแต่ละระยะจะมีขั้นตอนการรักษาตามลำดับ สามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

1) ระยะเฉียบพลัน (acute phase) ระยะนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีอาการแมนีหรือ ซีเมสเฟร่าต้องได้รับการรักษาด้วยยาระยะสั้นในสถานพยาบาลที่เหมาะสม โดยการเลือกใช้ยาควรมี ความสมดุลระหว่างประโยชน์ของประสิทธิภาพของยาและอันตรายจากอาการไม่พึงประสงค์จากยา หากผู้ป่วยมีอาการแมนี ซีเมสเฟร่ารุนแรงเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง มีอาการรุนแรงในระหว่างตั้งครรถ์ ดื้อต่อการรักษา อาจพิจารณาการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) ในระยะนี้ยังไม่มีจิตบำบัดสำหรับการจัดการ อาการเฉียบพลันได้ (Goodwin et al., 2016) การรักษาในระยะเฉียบพลัน มีดังต่อไปนี้

1.1) การรักษาด้วยยา (pharmacological treatment) พิจารณาให้ยาแต่ละ ขั้นตอน ดังนี้

ผู้ป่วยที่มีอาการแมนีรุนแรงระยะเฉียบพลัน

ขั้นแรก หยดยาต้านเศร้า (antidepressant) เริ่มต้นด้วยยา aripiprazole, asenapine, cariprazine, paliperidone, quetiapine, risperidone, หรือ valproate หากยาที่ให้ ไม่เป็นที่น่าพอใจในการรักษาให้เปลี่ยนเป็นยาตัวอื่น ถ้าผู้ป่วยมีประวัติไม่เคยได้ยาเหล่านี้ ให้รักษา ตามขั้นที่สอง

ขั้นที่สอง ถ้ารักษาขั้นแรกไม่ได้ผล ให้เริ่มยา olanzapine, lithium, carbamazepine, haloperidol, หรือ ziprasidone ตัวใดตัวหนึ่ง การให้ยาร่วมกันของ lithium หรือ valproate ร่วมกับ asenapine, aripiprazole, haloperidol, olanzapine

ขั้นที่สาม การรักษาร่วมกันของ lithium หรือ valproate กับ quetiapine หรือ risperidone

ขั้นที่สี่ ใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าหรือเปลี่ยนเป็นยา oxcarbazepine ใช้ยาชนิดใด ชนิดหนึ่งร่วมกับ chlorpromazine, pimozide, tamoxifen ซึ่งเป็นทางเลือกในการรักษาร่วมกับ lithium หรือ valproate รวมกับ tamoxifen หรือ risperidone ร่วมกับ lithium หรือ olanzapine-fluoxetine (OFC) หรือ ziprasidone ชนิดเดียว

ขั้นที่ห้า ให้ยาร่วมกันกับการรักษาด้วยไฟฟ้า

ผู้ป่วยที่มีอาการซีเมสเฟร่ารุนแรงระยะเฉียบพลัน

ขั้นแรก เริ่มต้นด้วย quetiapine, lurasidone หรือ OFC พิจารณาการบำบัด ความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการใช้ยา

ขั้นที่สอง ใช้ยาตัวใดตัวหนึ่งตามขั้นแรกร่วมกับการรักษาด้วย valproate หรือ lithium หรือใช้ยาร่วมกันระหว่างยาปรับอารมณ์ (mood stabilizer) กับ lurasidone, modafinil หรือ pramipexole ใช้ lithium กับ pioglitazone หรือใช้ carbamazepine กับ FEWP เพิ่ม escitalopram หรือ fluoxetine ในการรักษาอย่างต่อเนื่อง สำหรับการรักษาความวิตกกังวลเพิ่ม paroxetine, quetiapine, valproate หรือ lurasidone และพิจารณาใช้การบำบัดด้วยการเจริญสติร่วมด้วย

ขั้นที่สาม aripiprazole, imipramine หรือ phenelzine ชนิดเดี่ยว หรือ lithium ร่วมกับ oxcarbazepine หรือ L-sulpiride

ขั้นที่สี่ ใช้ olanzapine, lamotrigine, tranylcypromine, หรือ carbamazepine ชนิดเดี่ยว หรือ venlafaxine ควรใช้ร่วมกับ antimanic agent ใช้ armodafinil หรือ ketamine ในยาปรับอารมณ์ หรือใช้ lithium ร่วมกับ fluoxetine หรือ lamotrigine

ขั้นที่ห้า ให้ยาร่วมกันกับการรักษาด้วยไฟฟ้า และการให้ความรู้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้บำบัด

2) ระยะยาว (maintenance phase หรือ long term) การรักษาระยะนี้ เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษา สร้างแรงจูงใจ และการสนับสนุนจากครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกของการเจ็บป่วยเพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการยึดติดกับการรักษาด้วยยา เมื่อผู้ป่วยยอมรับการรักษาเป็นเวลาหลายปีและอาการทางจิตสงบ ผู้ป่วยควรได้รับการแนะนำในการปฏิบัติตัวสำหรับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างต่อเนื่อง เพราะมีโอกาสเสี่ยงสูงในการกลับเป็นซ้ำ การรักษาในระยะยาว มีดังต่อไปนี้

2.1) การรักษาด้วยยา ระยะนี้เพื่อป้องกันอาการกำเริบมักใช้ยาตัวเดิมที่ได้ผลดีในระยะเฉียบพลัน ยา lithium carbonate, sodium valproate, carbamazepine และยารักษาโรคจิตกลุ่ม atypical สามารถป้องกันอาการ mania กำเริบได้ สำหรับยา lithium carbonate และ lamotrigine ใช้ได้ดีในการป้องกันอาการซึมเศร้ากำเริบ แต่ lamotrigine ไม่ค่อยช่วยป้องกันอาการ mania กำเริบในระยะยาว หากเป็นครั้งแรกให้รับประทานยาอย่างน้อย 2 ปีหลังจากหายเป็นปกติ หากมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสูง เช่น มีประวัติกลับเป็นซ้ำบ่อย ๆ เมื่อเป็นแล้วอาการโรคจิตรุนแรง มีปัญหาใช้สารเสพติดร่วม ต้องเผชิญความเครียดในชีวิต และขาดผู้ดูแล ต้องรับประทานยาต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ปี หรือรับประทานยาตลอดชีพ เนื่องจากอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงหลังหยุดยา (กมลเนตร วรณเสวก, 2559)

จากการรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วด้วยยาปรับอารมณ์ (mood stabilizers) ที่กล่าวมานั้น แบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่ ลิเทียม ยาด้านชัก (anticonvulsants) และยารักษาโรคจิต (antipsychotics) (นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2558) การใช้ยาเหล่านี้อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยาได้ดังต่อไปนี้

ลิเทียม เป็นยาหลักที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งระยะเฉียบพลันและระยะยาว โดยเริ่มให้ 600-900 มิลลิกรัม/วัน แบ่งให้ 2-3 ครั้ง/วัน จากนั้นค่อย ๆ เพิ่มขนาดยาจนได้ระดับยาในเลือด 0.8-1.2 mEq/L (ไม่ควรเกิน 1.5 mEq/L) (พิชัย อิฏฐสกุล, 2558) หากปริมาณลิเทียมในเลือดสูง อาจพบผลข้างเคียงของยา คือ กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย ปากแห้ง

อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปลายมือสั่น นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน การเต้นของหัวใจผิดปกติ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น การทำงานของไตบกพร่อง กล้ามเนื้อกระตุก ท้องเสีย เป็นต้น (นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2558)

ยาต้านชัก (anticonvulsants) ยากลุ่มนี้ได้แก่ carbamazepine โดยเริ่มให้ 400 มิลลิกรัม/วัน แบ่งให้ 2-3 ครั้ง/วัน ขนาดที่ใช้อยู่ระหว่าง 400-1,600 มิลลิกรัม/วัน และ valproate เริ่มให้ 750-1,000 มิลลิกรัม/วัน แบ่งให้ 2-3 ครั้ง/วัน จากนั้นค่อย ๆ เพิ่มขนาดยาจนได้ระดับยาในเลือด 50-100 mcg/ml (พิชัย อิกฐิสกุล, 2558) ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระยะแมนีเยียบพลัน ส่วน lamotrigine ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระยะแมนีเยียบพลันระยะยาว ซึ่งพบจากเคียงของยา carbamazepine อาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม เดี๋ยวเซ สั่น ตาพร่าเห็นภาพซ้อน หัวใจวาย และมีผลต่อผิวหนังทำให้เกิด Stevens-Johnson syndrome การใช้ valproate ทำให้เกิดผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดแน่นท้อง ท้องเสีย ง่วง น้ำหนักตัวเพิ่ม อ่อนเพลีย พิษต่อตับ ผื่นตามตัว ส่วน lamotrigine ทำให้เกิดผลข้างเคียงคล้ายกับ carbamazepine

ยารักษาโรคจิต (antipsychotics) ยากลุ่ม Atypical ที่ใช้แทนยาปรับอารมณ์ ได้แก่ olanzapine ขนาด 10-20 มิลลิกรัม/วัน (พิชัย อิกฐิสกุล, 2558) clozapine ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระยะแมนีเยียบพลันและระยะยาว ผลข้างเคียงที่สำคัญของ olanzapine คือ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ส่วนผลข้างเคียงที่สำคัญของ clozapine คือ agranulocytosis และ risperidone ขนาด 2-6 มิลลิกรัม/วัน จัดเป็นยาที่ปลอดภัย ไม่มีผลต่อ agranulocytosis, tardive dyskinesia, หรือ neuroleptic malignant syndrome ผลข้างเคียงด้าน anticholinergic น้อย (นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2558) ยารักษาโรคจิตกลุ่ม Atypical สามารถใช้ร่วมกับยาปรับอารมณ์ในช่วงที่มีอาการแมนีเยียบพลันหรือมีอาการทางจิตร่วมด้วย เช่น perphenazine ขนาด 8-64 มิลลิกรัม/วัน หรือ haloperidol ขนาด 5-20 มิลลิกรัม/วัน กรณีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง อาจให้ยา รูปแบบฉีด haloperidol ขนาด 5-10 มิลลิกรัม เข้าหลอดเลือดดำหรือเข้ากล้ามเนื้อ ทุก 30 นาที เมื่อหาจากอาการทางจิตหรืออาการแมนีเยียบพลัน ควรลดขนาดยากลุ่มนี้ลงจนหมด แต่บางรายอาจจำเป็นต้องได้รับยากลุ่มนี้ต่อเนื่องแม้อาการสงบแล้ว (กมลเนตร วรณเสวก, 2559)

ยาในกลุ่ม anticholinergics ได้แก่ ยา benztropine, biperiden, และ trihexyphenidyl เป็นต้น ยากลุ่มหลักที่ช่วยในการรักษาอาการข้างเคียง extrapyramidal (EPS) สำหรับผู้ที่ได้รับยารักษาโรคจิต ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ที่ได้รับยากลุ่ม typical ที่มีความแรงของยาสูง เช่น perphenazine, haloperidol, fluphenazine เป็นต้น (นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2558)

2.2) รักษาด้วยไฟฟ้าต่อเนื่อง (maintenance ECT) พิจารณารักษาในผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า แต่ตอบสนองต่อยาที่รับประทานไม่ดี

2.3) การรักษาด้านจิตสังคม ใช้ในการรักษาร่วมกับการรักษาด้วยยา ได้แก่

2.3.1) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) มุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขระบบความคิดที่เป็นผลเสียต่อตนเอง ที่ทำให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้า หดหนทาง มองอนาคตในแง่ลบ ให้ผู้ป่วยวางแนวความคิดใหม่ และนำไปทดลองปฏิบัติจริงจนสามารถปรับความคิดและพฤติกรรมได้เหมาะสม (จารุณี อินทฤทธิ์, 2558)

2.3.2) ครอบครัวบำบัด (family focused therapy) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมให้มีการสื่อสารกันในครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีวิธีการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว และช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษามากขึ้นด้วย (พิชัย อภิรัฐกุล, 2558)

2.3.3) จิตบำบัดสัมพันธ์สภาพระหว่างบุคคล (interpersonal social rhythm therapy) เป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมและบุคลิกภาพของบุคคล โดยเชื่อว่าปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล เกิดจากตัวตนของบุคคลถูกขัดขวาง ทำให้บุคคลไม่ได้รับความพึงพอใจต่อการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน และความรู้สึกปลอดภัยทางสัมพันธ์ภาพ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ขาดความเข้าใจตนเอง ไม่สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิต ใช้ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้า เน้นการเชื่อมโยงปัญหาด้านจิตใจกับปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (นพพร ว่องสิริมาศ และพวงเพชร เกษรสมุท, 2559)

2.3.4) จิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) มุ่งเน้นการประคับประคองจิตใจผู้ป่วย ให้มีการระบายความรู้สึก ระบายความในใจ สร้างกำลังใจ ยอมรับ การเจ็บป่วยเข้าใจการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของผู้ป่วย ช่วยให้รู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจที่จะแก้ไขปัญหา และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (จารุณี อินทฤทธิ์, 2558)

2.3.5) สุขภาพจิตศึกษา (group and individual psychoeducation) การให้สุขภาพ จิตศึกษาแบบกลุ่มและแบบรายบุคคลเกี่ยวกับโรคและการบำบัดรักษา พบว่า ทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วลดการป่วยซ้ำ มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีพฤติกรรมและการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น (อัจฉราพร สิริธัญวงศ์, 2557; Goodwin et al., 2016)

บริบทของหน่วยงานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ มีการบำบัดรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาจิตสังคม โดยมีทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ เภสัชกร นักกิจกรรมบำบัด และนักกายภาพ เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จะมีการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติผ่านกระบวนการสุขภาพจิตศึกษารายบุคคล และมีการประเมิน เพื่อพิจารณาส่งต่อทีมสหวิชาชีพ เพื่อทำกลุ่มครอบครัวบำบัด หรือ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) โดยนักจิตวิทยา หากผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์จากยา พิจารณาส่งต่อเภสัชกรเพื่อให้คำปรึกษารายบุคคล เป็นต้น

สรุปการรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในระยะเฉียบพลันจะเน้นการรักษาด้วยยาเป็นหลัก เนื่องจากสาเหตุของโรคเกิดจากสารสื่อประสาทในสมองที่ทำงานผิดปกติ และการปรับยาขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย และอาจมีการพิจารณารักษาด้วยไฟฟ้าร่วมด้วย ส่วนในระยะยาวยังคงรักษาด้วยยาร่วมกับการทำจิตบำบัดแบบต่าง ๆ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

ผลกระทบจากโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคเรื้อรัง รักษาระยะยาว และบางรายยังมีอาการของโรคหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง การป่วยแต่ละครั้งส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ อธิบายได้ดังนี้

ผลกระทบต่อตนเอง ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อยู่ในระยะแมนีเย หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิทำให้การคิดตัดสินใจได้ไม่ดี ย่อมทำให้การทำงานที่ด้านงาน สังคม หรือ ด้านต่าง ๆ บกพร่อง ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 11-15 (นพพร ว่องสิริมาศ และพวงเพชร เกษรสมุท, 2559)

ผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการแสดงออก ทางด้านอารมณ์ ความคิดพฤติกรรม ย่อมส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของครอบครัว ไม่สามารถ แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มีปัญหาการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต้องทำ หน้าที่ดูแล และการรับภาระที่มากเกิดไปทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล เพิ่มโอกาสในการหย่า ทอดทิ้งบุตร (นพพร ว่องสิริมาศ และพวงเพชร เกษรสมุท, 2559)

ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล จากการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการไม่ ยึดติดในการรับประทานยา พบว่า มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าผู้ที่ยึดติดในการรับประทานยาถึงสองเท่า (Hong et al., 2011)

แนวคิดการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ความหมายของการยึดติดในการรักษาด้วยยา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง พบว่า คำศัพท์ที่นำมาใช้อธิบายและศึกษาวิจัยมีตั้งแต่คำว่า ความร่วมมือ (compliance) การยึดติด (adherence) และ ความสอดคล้อง (concordance) โดยคำว่าความร่วมมือ (compliance) เป็น คำศัพท์ที่เริ่มใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1976 ซึ่งความหมายของคำนี้เมื่อตีความแล้วอาจหมายถึงที่การรักษา มีอำนาจเหนือผู้ป่วยไม่ได้ทำให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยจึงพัฒนามาใช้คำว่า การยึดติด (adherence) เพื่อให้ที่การรักษาและผู้ป่วยมีบทบาทในการตัดสินใจร่วมกัน ซึ่งต่อมามีการใช้คำว่า ความสอดคล้อง (concordance) ในเชิงการสื่อสารระหว่างที่การรักษาและผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความ ร่วมมือในการใช้ยา (ชินจิตร กองแก้ว, 2554) ซึ่งนิยามของคำศัพท์เหล่านี้สามารถอธิบาย ได้ดังนี้

ความร่วมมือ (compliance) หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยในด้านการรับประทาน ยาที่สอดคล้องกับคำแนะนำทางการแพทย์ (อัญชลี ชูติธ, 2556; Haynes et al., 1979; Jay et al., 1984) อย่างถูกต้องและตามเวลาที่แพทย์สั่ง (Seo & Min, 2005) พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ต้อง คล้อยตาม ไม่ได้แย้ง (passive) ปฏิบัติตามคำแนะนำโดยไม่มีคำถาม (Brawley & Culos-Reed , 2000) ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (Horne et al., 2005) ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและ บุคลากรทางการแพทย์หรือผู้สั่งใช้ยาเป็นลักษณะทางเดียวจากผู้สั่งใช้ยาหรือบุคลากรทางการแพทย์ ถึงผู้ป่วย (ชินจิตร กองแก้ว, 2554) ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ลักษณะได้แก่ การรับประทานยาอย่าง ต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตรง ตามเวลา การไม่ลดหรือ เพิ่มขนาดของยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ (Farrgher, 1999 อ้างตามชุตติมา ทองอยู่ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2560)

ความสอดคล้อง (concordance) หมายถึง กระบวนการปรึกษาหารือ เป็นข้อตกลงร่วมกันหลังจากมีการเจรจาต่อรองระหว่างผู้ป่วยและบุคลากร (Dickinson et al., 1999; Home et al., 2005) เกิดสัมพันธ์ภาพ ใจกว้างใจกัน ไม่ปิดบัง (Bissell et al., 2004) ผู้ป่วยสามารถเล่าความเชื่อ ประสบการณ์และความชอบของตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลให้ทีมการรักษา (Stevenson et al., 2004) เป็นวิธีการสื่อสารที่ดีเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการรักษา ประโยชน์ที่จะได้รับและความเสี่ยง ผู้ป่วยและผู้สั่งใช้ยาร่วมมือกันอย่างเต็มที่เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาอย่างสมดุล (ชื่นจิตร กองแก้ว, 2554) ซึ่งแพทย์และผู้ป่วยเห็นด้วยกับการตัดสินใจในการรักษา ครอบคลุมตั้งแต่การสื่อสารเพื่อสั่งยา จนถึงผู้ป่วยได้รับยา โดยเคารพความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วย ในการกำหนดว่าจะใช้ยาเมื่อไร และอย่างไร (Dickinson et al., 1999)

การยึดติดกับยา (adherence) หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยในการรับประทานยา คำแนะนำที่ตกลงกันไว้กับผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ (ชื่นจิตร กองแก้ว 2554; Barofsky, 1978; Byrne et al., 2006; Home et al., 2005; WHO, 2003) โดยผู้ป่วยมีอิสระในการให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ (ปริชา มนทกานติกุล, 2550; Brawley & Culos-Reed, 2000; Home et al., 2005; Meichenbaum & Turk, 1987) มีความกระตือรือร้น (active) ความสมัครใจ (voluntary) ความร่วมมือ (collaboration) (Cohen, 2009; Ho et al., 2009; Uldall et al., 2004) ทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการร่วมกันกำหนดเป้าหมายการรักษา (Ho et al., 2009) ใช้ยาตามที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง (Cohen, 2009; Ho et al., 2009) สม่าเสมอ (ปริชา มนทกานติกุล, 2550) รวมถึง ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เข้าใจ ยอมรับและตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตามและสามารถให้ยาให้ถูกขนาด ถูกเวลาตามที่แพทย์แนะนำ (อัญชลี ชูติธร, 2556; Doggrell, 2010)

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การยึดติด (adherence) ความร่วมมือ (compliance) และ ความสอดคล้อง (concordance) มีความหมายใกล้เคียงกัน มักมีการใช้คำว่า การยึดติด (adherence) และความร่วมมือ (compliance) แทนกัน (Doggrell, 2010) แต่อย่างไรก็ตามความหมายของคำเหล่านี้แตกต่างกันตรงที่ ความร่วมมือ (compliance) จะเป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยในด้านการรับประทานยาที่สอดคล้องกับคำแนะนำทางการแพทย์ โดยทีมการรักษาจะเป็นผู้สั่งการใช้ยาให้กับผู้ป่วยปฏิบัติตามเป็นการสื่อสารทางเดียว โดยที่ผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ส่วนความสอดคล้อง (concordance) ความหมายจะเน้นที่กระบวนการทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือและยึดติดกับพฤติกรรมการรักษาด้วยยา เป็นลักษณะของการให้คำปรึกษา เจรจาต่อรองให้เกิดข้อตกลงร่วมกันเป็นการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา เน้นที่สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา ส่วนการยึดติด (adherence) เป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยในการรับประทานยาตามคำแนะนำที่ตกลงกันไว้กับผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ กำหนดเป้าหมายการรักษา ผู้ป่วยมีอิสระในการให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ มีความกระตือรือร้น (active) ความสมัครใจ (voluntary) ความร่วมมือ (collaboration) ใช้ยาตามที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เข้าใจ ยอมรับและตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตามและสามารถให้ยาให้ถูกขนาด ถูกเวลาตามที่แพทย์แนะนำ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายการยึดติด (adherence) การรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนไว้ดังนี้

พฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเรื่องการรับประทานยา และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ตามคำแนะนำของแพทย์อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 5 ลักษณะดังนี้ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตรงตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดของยาเองโดยไม่ได้รับการปรึกษาแพทย์ มีความสามารถสังเกตปัญหาจากการใช้ยาได้ (เมธาวิ ลุนสมบัติ, 2560)

การที่ผู้รับบริการมีความตั้งใจด้วยตนเองที่จะใช้ยาให้ตรง หรือเป็นไปตามแผนการรักษา เกิดจากการที่ได้รับการสอนหรือการเรียนรู้จากทีมการรักษา (วชิราภรณ์ วงศ์วิวัฒน์, 2556)

พฤติกรรมของผู้ป่วยที่รับประทานยาตามข้อตกลง ด้วยความสมัครใจ จากวางเข้าใจอย่างมีเหตุผล ตามแผน และการกระทำที่วางไว้ ในระยะเวลาต่อเนื่อง และถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ (Irawani, 2015)

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงใช้คำว่า การยึดติด (adherence) เนื่องจากผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความสามารถในการตัดสินใจและทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับทีมการรักษาในการวางแผนการรับประทานยาตามแผนการรักษาด้วยตนเองอย่างความเต็มใจจะทำให้เกิดความตระหนักจากภายในตัวผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งตรงกับสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาการยึดติดกับการรักษาซึ่งด้วยยาประกอบด้วยลักษณะ ดังต่อไปนี้

1) ความกระตือรือร้น (active) และความสมัครใจ (voluntary) คือ การกระทำที่เกิดจากความเต็มใจ ยินยอมโดยปราศจากการบังคับ โดยจะมีการวางแผนและรับผิดชอบในการใช้ยาด้วยตนเองตามแผนการรักษา (Cohen, 2009; Ho et al., 2009; Uldall et al., 2004)

2) ความร่วมมือ (collaboration) คือ การมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษาในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายการรักษา ร่วมกับทีมการรักษาเกี่ยวกับแผนการรักษาด้วยยา (ปรีชา มณฑกานติกุล, 2550; Brawley & Culos-Reed, 2000; Horne et al., 2005; Meichenbaum & Turk, 1987)

3) ความถูกต้อง (correctly) และต่อเนื่อง (continuous) สามารถใช้ยาให้ถูกต้องตามขนาด ชนิดและเวลาตามที่แพทย์แนะนำอย่างต่อเนื่อง (Cohen, 2009; Ho et al., 2009)

ความสำคัญของการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวนร้อยละ 20 - 60 ไม่ยึดติดในการใช้ยาที่กำหนด (Levin et al., 2015) เช่นเดียวการศึกษาของวีกาและคณะ (Vega et al., 2011) พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวนร้อยละ 12 - 64 ไม่ยึดติดในการใช้ยาส่งผลให้เกิดอาการกำเริบ การกลับเป็นซ้ำ และความพยายามฆ่าตัวตาย ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการไม่ร่วมมือในการรับประทานยา พบว่า มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าผู้ที่ร่วมมือในการรับประทานยาถึงสองเท่า (Hong et al., 2011) โดยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีอัตราการป่วยซ้ำและอัตราการกำเริบร้อยละ 80-90 นอกจากนี้ผู้ป่วย จำนวนร้อยละ 50 จะมีการป่วยครั้งที่สองตามมา การป่วยแต่ละครั้งเพิ่มโอกาสที่จะเกิดการป่วยครั้งต่อ ๆ ไป มีการติดตามผู้ป่วยแมนีย์ พบว่า ร้อยละ 50 กลับมาป่วยซ้ำ

ใน 1 ปี และ ร้อยละ 70 ป่วยซ้ำใน 5 ปี ทำให้มีความยากลำบากในการทำหน้าที่การงาน ร้อยละ 60 และมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม ร้อยละ 45 (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, 2557) นอกจากนี้ ผลจากการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง และในบางรายมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การศึกษาพบว่า มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีอัตราการสูงขึ้น 16 เท่าหลังจากหยุดใช้ยาเมื่อเทียบกับการใช้ยาปรับอารมณ์ต่อเนื่อง จึงควรใช้ยาปรับอารมณ์ต่อเนื่อง เพื่อช่วยป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ได้ (Sajatovic et al., 2009)

การประเมินการยึดติดในการรักษาด้วยยา

วิธีการประเมินการยึดติดในการรักษาด้วยยา

การประเมินการยึดติดในการรักษาด้วยยาเป็นสิ่งจำเป็นที่จะสามารถตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างขนาดของยาและประสิทธิภาพของการรักษา การประเมินแบ่งออกเป็น 2 วิธี (Farmer, 1999) มีรายละเอียด ดังนี้

1) การวัดโดยตรง (direct methods) ได้แก่ การตรวจยาในเลือดหรือปัสสาวะ การตรวจเครื่องหมายทางชีวภาพโดยการให้ยาหรือยาหลอก และการสังเกตการได้รับยาของผู้ป่วย โดยตรง

2) การวัดโดยอ้อม (indirect methods) ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการนี้เป็นหลัก ได้แก่ การซักถามจากผู้ป่วย สมุดบันทึกของผู้ป่วย แบบประเมินการยึดติดการใช้ยา การนับเม็ดยา การใช้อุปกรณ์ตรวจสอบอิเล็กทรอนิกส์ การทบทวนบันทึกใบสั่งยา และการทบทวนบันทึกใบสั่งยา อิเล็กทรอนิกส์

เครื่องมือวัดการยึดติดในการรักษาด้วยยา

สำหรับการวัดการยึดติดในการรักษาด้วยยาที่พบในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นการนำแบบประเมินมาใช้วัดการยึดติดในการรักษาด้วยยา ซึ่งมีด้วยกันหลายวิธี มีรายละเอียด ดังนี้

1) การรายงานของผู้ป่วย ผู้ดูแล และแพทย์ โดยจัดอันดับความถี่ของปริมาณที่ไม่ได้รับยาทางจิตในช่วง 2 สัปดาห์ 5 อันดับต่อไปนี้ 1) แทบไม่เคยพลาด (<10% ของเวลา) 2) พลาดเป็นครั้งคราว (10% –25% ของเวลา) 3) พลาดบ่อยครั้ง (25% –50% ของเวลา) 4) พลาดเวลาส่วนใหญ่ (50% – 80% ของเวลา) (5) เกือบพลาดตลอดเวลา (> 80% ของเวลา) ส่วนการรายงานของแพทย์ มาจากการสนทนากับผู้ปกครองและผู้ป่วยในช่วงเวลาการจัดการยาตามที่กำหนด (Goldstein et al., 2016)

2) แบบประเมิน The medication adherence rating scale (MARS) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาสร้างขึ้นโดยทอมป์สัน กุลการ์นิ และเชอจีจิว (Thompson et al., 2000) โดยแบบสอบถามนี้มีพื้นฐานมาจากแบบสอบถามความสอดคล้องในการใช้ยา (MAQ) และ

แบบสอบถามทัศนคติเรื่องยา (DAI) ใช้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเวช โดยมีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยลักษณะคำตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ถ้าคะแนน 1-7 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา แต่หากคะแนน 8-10 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาเป็นไปตามเกณฑ์การรักษา (Col et al., 2014)

3) แบบประเมิน Tablete Routine Questionnaire (TRQ) เป็นแบบสอบถาม 4 ข้อ เป็นการรายงานด้วยตนเองแสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องกับระดับยาปรับอารมณ์ในเลือด สำหรับการวิเคราะห์ใช้คำถามสองข้อจาก TRQ เป็นผลลัพธ์หลักของการยึดมั่น 1) คุณลืมทานยากี่ครั้งในสัปดาห์ที่ผ่านมา และ 2) คุณมีปัญหาในการใช้ยาตามที่กำหนดหรือไม่ คำถามแรกแบ่งเป็นสองส่วนว่า ผู้ป่วยรายงานการไม่ได้กินยาหรือไม่ ในสัปดาห์ก่อนหน้า (เมื่อเทียบกับเดือนที่ผ่านมา) เป็นกรอบเวลาเพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในการรายงานการยึดติดกับยา (Depp et al., 2007)

4) แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา (Morisky Medication Adherence Scale 8-item) เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยมอริสกีและคณะ (Morisky, Ang, Krousel-Wood, & Ward, 2008) แปลเป็นไทยโดยปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้ และคณะ (2559) เป็นแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ซึ่งข้อที่ 1-7 เป็นคำถามปลายปิดให้ตอบ “ใช่” (คะแนน = 1) หรือ “ไม่ใช่” (คะแนน = 0) ส่วนข้อที่ 8 เป็นคำถามปลายเปิดที่มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนนอยู่ในช่วง 0 – 1 แปลผล โดยการนำคะแนนที่ได้จากคำถามทั้ง 8 ข้อมารวมกัน โดยคะแนนรวม < 6 หมายถึง ความร่วมมือในการรับประทานยา น้อย 6-8 หมายถึง ปานกลาง และ 8 หมายถึง ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง โดยมีค่าความเที่ยงของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) .75 (ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้ และคณะ, 2559)

5) The Medication Adherence Behavior Questionnaire (MABQ) แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของไอราวานี (Irawani, 2015) ที่พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 15 คำถาม 4 หัวข้อย่อย ดังนี้ 1) การใช้ยาด้วยความสมัครใจ 3 ข้อ 2) การใช้ยาต่อเนื่อง 6 ข้อ 3) การกระตือรือร้นในการใช้ยา 3 ข้อ และ 4) การใช้ยาถูกต้องตามแผนการรักษา 3 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนค่า 5 ระดับ ดังนี้ คำถามทางบวก 1 หมายถึง ไม่เคย 2 หมายถึง นาน ๆ ครั้ง 3 หมายถึง บางครั้ง 4 หมายถึง เกือบทุกครั้ง 5 หมายถึง ตลอดเวลา หากเป็นข้อคำถามทางลบ คะแนนจะแปรผกผันกัน คำถามทั้งหมด 15 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 15 - 75 คะแนน ถ้าค่าคะแนนสูงแสดงว่า มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูง โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เท่ากับ 0.99 ค่าความเที่ยงของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) .70 ขึ้นไป (Irawani, 2015)

6) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของเมธาวิ ลุนสมบัติ (2560) พัฒนามาจากอุมารพ กาญจนรักษ์ (2545) โดยแนวคิดของฟาร์ราเกอร์ (Farragher, 1999) ร่วมกับการศึกษาของเพชรี คันธสายบัว (2544) ให้เหมาะกับการใช้กับผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) การใช้ยาตามแผนการรักษา ซึ่งประกอบด้วย 5 ลักษณะ คือ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา และการไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ และ 2) ความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิด

อาการข้างเคียงของยาและการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นระหว่างรับการรักษาด้วยยาต่อที่มสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง ข้อคำถามประกอบด้วย 18 ข้อ (ข้อคำถามทางบวก 9 ข้อ ทางลบ 9 ข้อ) เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนค่า 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) > 0.8 โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เท่ากับ 0.94 ค่าความเที่ยงของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .879

7) แบบสอบถามการยึดติดกับการรักษาด้วยยาของวชิราภรณ์ วงศ์วิวัฒน์ (2556) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนค่า 3 ระดับ ปฏิบัติสม่ำเสมอ (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติเลย (0 คะแนน) ตรวจสอบความเที่ยงของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) .78

จากการศึกษาแบบประเมินการยึดติดในการรักษาด้วยยาที่พบในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นแบบประเมินที่มีทั้งคำถามเกี่ยวกับทัศนคติการใช้ยาร่วมกับพฤติกรรมตามเกณฑ์การรักษา และผลข้างเคียงจากการใช้ยา ที่ใช้วัดความร่วมมือในการใช้ยาที่เน้นประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยผู้ป่วยเป็นผู้ทำตามคำสั่งที่มการรักษา ในความหมายของความร่วมมือ (compliance) ซึ่งผู้วิจัยจึงสนใจเครื่องมือที่สามารถประเมินการยึดติด (adherence) ในการใช้ยา โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของไอราวานี (Irawani, 2015) มีความใกล้เคียงกับความหมายของการยึดติด ที่เกี่ยวกับความสมัครใจ การใช้ยาต่อเนื่อง การกระตือรือร้นในการใช้ยาและการใช้ยาถูกต้องตามแผนการรักษา แต่ยังคงขาดในส่วน of ความร่วมมืออย่างเต็มที่ และเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของต่างประเทศ ที่ใช้ในบริบทกลุ่มตัวอย่างในประเทศอินโดนีเซีย ผู้วิจัยจึงสร้างแบบประเมินที่เหมาะสมกับบริบทในประเทศ โดยใช้ความหมายการยึดติด (adherence) ที่เน้นผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำข้อตกลงกับที่มการรักษาด้วยความกระตือรือร้น (active) ความสมัครใจ (voluntary) ความร่วมมือ (collaboration) อย่างเต็มที่ ยอมรับและตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตามข้อตกลง สามารถใช้ยาให้ถูกขนาด ถูกเวลา (correctly) ตามที่แพทย์แนะนำอย่างต่อเนื่อง (continuous) เพื่อให้แบบประเมินครอบคลุมและมีความสอดคล้องกับงานวิจัยมากยิ่งขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ทั้งในประเทศและต่างประเทศ สามารถสรุปปัจจัยออกได้เป็น 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านโรคและการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านการรักษาด้วยยา และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสัมพันธภาพทางสังคม อธิบายได้ดังนี้

ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ การใช้สารเสพติด การคิดรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย การรับรู้เรื่องโรคและความเชื่อเกี่ยวกับยา เป็นต้น (Chakrabarti, 2018; Crowe et al., 2011; Garcia et al., 2016; Leclerc et al., 2013) อธิบายได้ดังนี้

เพศ จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า เพศชายมีการยึดติดในการรักษาด้วยยาต่ำ (Leclerc et al., 2013)

อายุ จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าอายุน้อยจะส่งผลให้การยึดติดในการรักษาด้วยยาต่ำ (Garcia et al., 2016; Leclerc et al., 2013) และจากการศึกษาการยึดติดในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีเชื้อเอชไอวี จำนวน 50 คน พบว่า อายุyoungจะส่งผลให้การยึดติดในการรักษาด้วยยาต่ำ (Casaletto et al., 2016)

การใช้สารเสพติด พบว่า การใช้สารเสพติดร่วมมีผลต่อความไม่ร่วมมืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .0039$) (Sajatovic et al., 2009) เช่นเดียวกับการศึกษาการยึดติดในการรักษาด้วยยาทางจิตและทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Arvilommi et al., 2014) ที่ศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 191 คน พบว่า การไม่ยึดติดในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 12.1$ $p = 0.45$)

การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย จากการศึกษาเชิงสำรวจเรื่องการรับรู้การเจ็บป่วยและการยึดติดการรักษาด้วยยา (Averous et al., 2018) ได้ทำการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (illness perceptions) ในลักษณะ 8 มิติย่อยได้แก่ 1) ด้านระยะเวลาของอาการเฉียบพลัน/เรื้อรัง (timeline acute/ chronic) เป็นวิสัยทัศน์เกี่ยวกับโรค 2) ด้านระยะเวลาวงจรการเจ็บป่วย (timeline cyclical) แสดงถึงการรับรู้ของวงจรการเจ็บป่วย 3) ด้านผลกระทบ (consequences) เป็นการประเมินระดับผลกระทบด้านลบของปัญหาสุขภาพจิตต่อชีวิต 4) ด้านการควบคุมโดยบุคคล (personal Control) เป็นประเมินการรับรู้การควบคุมโดยบุคคล เช่น มีบางสิ่งที่คุณสามารถทำได้เพื่อควบคุมอาการของคุณ 5) ด้านการตำหนิของบุคคล (personal blame) เป็นการประเมินการตำหนิตนเอง เช่น ถ้าฉันเป็นคนที่เข้มแข็งกว่านี้ฉันจะดีขึ้นกว่าเดิม 6) ด้านการควบคุมด้วยการรักษา (treatment control) เป็นการประเมินความเชื่อว่าการรักษาจะมีประโยชน์ในการจัดการกับโรค เช่น การรักษาของคุณสามารถควบคุมปัญหาสุขภาพจิตได้ 7) ด้านความสอดคล้องกับการเจ็บป่วย (illness coherence) เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยเข้าใจความเจ็บป่วยอย่างไร เช่น ฉันไม่เข้าใจปัญหาสุขภาพจิตของฉันเลย และ 8) ด้านการแสดงอารมณ์ (emotional representation) เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ (เช่น กังวล วิตกกังวล โกรธ) ต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น ปัญหาสุขภาพจิตของฉันทำให้ฉันรู้สึกกลัว ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ด้านความสอดคล้องกับการเจ็บป่วย (illness coherence) มีความสัมพันธ์กับการยึดติดด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.47$, $p = .01$) การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ด้านการควบคุมด้วยการรักษา (treatment control) มีความสัมพันธ์กับการยึดติดด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.38$, $p = .05$) นอกจากนี้การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ด้านการควบคุมด้วยการรักษาสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($B = 0.53$; $p = .001$; $R^2 = 0.28$) (Averous et al., 2018)

ทัศนคติต่อยา จากการศึกษาทัศนคติต่อยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า ทัศนคติต่อยาด้านลบสามารถทำนายความไม่ร่วมมือในการยึดติดกับยาในระดับน้อย ($R^2 = 0.27$, $p < .003$) (Sajatovic et al., 2009) และการศึกษาการยึดติดในการรักษาด้วยยาทางจิตและทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Arvilommi et al., 2014) พบว่า ทัศนคติต่อยามีความสัมพันธ์ต่อการยึดติดกับการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.10-0.29$) และการไม่ยึดติดในการรับประทานยาปรับอารมณ์มีความสัมพันธ์กับทัศนคติด้านลบต่อยาปรับอารมณ์อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 4.3, p = .023$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุซานา อันวรรณา และคณะ (2563) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีทัศนคติในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .263, p < .05$) นอกจากนี้การศึกษาของเมธาวิ ลุนสมบัติ (2560) พบว่า จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 198 คน มีทัศนคติต่อการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.191, p = .01$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของคาซาแล็ตโตและคณะ (Casaletto et al., 2016) พบว่าทัศนคติด้านลบต่อยามีผลทำให้เกิดความไม่ยึดติดกับการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .0001$)

ปัจจัยด้านโรคและการเจ็บป่วย ได้แก่ อายุเริ่มแรกของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย (Garcia et al., 2016) จำนวนการนอนโรงพยาบาล ประวัติการฆ่าตัวตาย ความรุนแรงของโรค (Casaletto et al., 2016; Leclerc et al., 2013) อธิบายได้ดังนี้

จำนวนครั้งของการพยายามฆ่าตัวตายมีผลต่อการไม่ยึดติดกับการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = -0.33, p = .02$) และจำนวนการนอนโรงพยาบาลมีผลต่อการไม่ยึดติดกับการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = -0.25, p = .08$)

ความรุนแรงของโรค จากการศึกษาการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า ความรุนแรงของโรคมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ($OR = 2.56, F = 22.56, p < .0001$) (Goldstein et al., 2016) และการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการไม่ยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเวชรุนแรง พบว่า คะแนนการยึดติดในการรักษาด้วยยามีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการแฉะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0007$) และอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0004$) (Ghosh et al., 2022) สอดคล้องกับการศึกษาการทำนายการไม่ยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการรักษาในคลินิกสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 140 คน พบว่า หากมีอาการของโรคส่งผลให้เกิดการยึดติดในการรักษาด้วยยาต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .0183$) (Sajatovic et al., 2009) นอกจากนี้งานวิจัยของเมธาวิ ลุนสมบัติ (2560) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = -0.339, p = .01$) จากการศึกษาของคาซาแล็ตโตและคณะ (Casaletto et al., 2016) พบว่า ความรุนแรงของอาการด้านซึมเศร้านี้อาจทำให้เกิดการไม่ยึดติดกับการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = -0.37, p = .008$)

ปัจจัยด้านการรักษาด้วยยา ได้แก่ ผลข้างเคียงของยา ประสิทธิภาพการรักษา การรับยาตามนัด เป็นต้น อธิบายได้ดังนี้

ผลข้างเคียงของยา การศึกษาของ คอร์เราร์ดและคณะ (Correard et al., 2017) ที่ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มอายุ 16-46 ปี จำนวน 241 คน และกลุ่มอายุ 47-71 ปี จำนวน 112 คน พบว่าผลข้างเคียงของยาสูงมีความสัมพันธ์กับการยึดติดในการรักษาด้วยยาต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.082, p < .001$) และ ($OR = 1.124, p = .005$) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่ยึดติดการรักษาด้วยยาที่ได้ศึกษาในผู้ป่วย

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 429 คน พบว่าผลข้างเคียงของยาทำให้เกิดความไม่ยึดติดในการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.90, 95\%CI = 1.17-3.07, p = .009$) (Baldessarini et al., 2007) เช่นเดียวกับการศึกษาของเมธาวิ ลุนสมบัติ (2560) พบว่า ผลข้างเคียงของยาที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับการยึดติดในการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\rho = -.283, p = .01$) กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาสูงก็ จะมีการยึดติดในการรักษาด้วยยาต่ำ แต่หากผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาต่ำก็ จะมีการยึดติดกับการรักษาด้วยยาสูง และจากการศึกษาของสุชานาถ อินวรรณ และคณะ (2563) พบว่า ผลข้างเคียงจากการใช้ยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.282, p < .05$)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย กับทีมการรักษา การสนับสนุนของครอบครัว การขาดแคลนทางเศรษฐกิจ การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Garcia et al., 2016) อธิบายได้ ดังนี้

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา จากการศึกษาของการ์เซียและคณะ (Garcia et al., 2016) ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการยึดติดด้วยยาต้าน จิตเภทในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ป่วยจิตเภท พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและ ทีมการรักษาดีจะทำให้ผู้ป่วยมีความยึดติดกับการรักษาด้วยยาดี และการศึกษางานทบทวน วรรณกรรมเกี่ยวกับรายงานของผู้ป่วยเรื่องปัจจัยในการยึดติดการใช้ยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน สองขั้ว (Crowe et al., 2011) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษาดีจะทำให้ผู้ป่วยมี ความยึดติดกับการรักษาด้วยยาดี เช่นเดียวกับงานวิจัยซีเบอร์และคณะ (Zeber et al., 2008) พบว่า สัมพันธภาพทางบวกระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษาสามารถทำนายการไม่ขาดมียาได้อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.03, p = .022$) นอกจากนี้ยังพบว่า สัมพันธภาพทีมการรักษา (therapeutic alliance) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการยึดติดในการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วยจิตเภท ($r = 0.663, p < .0001$) (Misdrahi et al., 2012)

นอกจากนี้ การขาดแคลนทางเศรษฐกิจ การเข้าถึงบริการสุขภาพมีผลต่อการยึดติด ในการรักษาด้วยยากี่ส่งผลต่อการยึดติดในการรักษาด้วยยา

สรุปผลการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติทางอารมณ์ อันมี สาเหตุหนึ่งมาจากสารสื่อประสาทในสมองผิดปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการระยะแมนีย์ และระยะไฮโปแมนีย์ ซึ่งเป็นอารมณ์ด้านบวก มีความสุข สนุกสนานเกินจริงไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ อารมณ์ เปลี่ยนแปลงรวดเร็วฉุนเฉียว ความคิดแล่นเร็ว พรั่งพรู แสดงออกถึงพฤติกรรมที่มีพลังกำลั่งมาก นอนน้อย ส่วนในระยะซึมเศร้า จะแสดงอารมณ์ด้านลบ เศร้า เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร ไม่มี เรี่ยวแรงพฤติกรรมเชื่องช้า เมื่อมีอาการกำเริบจะส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ในชีวิตประจำวัน การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาจิตสังคม ซึ่งการรักษาด้วยยาร่วมกับการทำ จิตบำบัดแบบต่าง ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมอาการของโรค ลดการกำเริบได้ หากผู้ป่วยมีการยึดติด

การรักษาด้วยยาที่ดีก็จะช่วยลดการกลับเป็นซ้ำได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับการยึดติดด้วยยา (adherence) เน้นผู้ป่วยมีส่วนร่วมทำข้อตกลงกับทีมการรักษาด้วยความกระตือรือร้น (active) ความสมัครใจ (voluntary) ความร่วมมือ (collaboration) อย่างเต็มใจ ตัดสินใจปฏิบัติตามข้อตกลง ในการใช้ยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษา (correctly) อย่างต่อเนื่อง (continuous) ทั้งนี้ปัจจัยที่มีผลต่อการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีทั้งปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านโรคและการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านการรักษาด้วยยา และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสัมพันธภาพทางสังคม โดยปัจจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ทักษะการติดต่อยา ผลข้างเคียงของยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถปรับเปลี่ยนแปลงได้ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการวางแผนและเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้มีการยึดติดในการรักษาด้วยยาได้ต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของความรุนแรงของโรค ทักษะคิดต่อยา ผลข้างเคียงของยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา ต่อการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) จากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 (F31.0-31.9) ที่มารักษาแบบผู้ป่วยนอก ในแผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ พ.ศ. 2565 จำนวน 879 คน (โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2565)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) จากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 (F31.0-31.9) ที่มารักษาแบบผู้ป่วยนอก ในแผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้

- 1) มีอายุระหว่าง 18-60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 2) ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) (F31.0-31.9) ที่เข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
- 3) ไม่มีปัญหาการได้ยิน สามารถพูด ฟัง อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้
- 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วนสมบูรณ์

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร Thorndike (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

$$\begin{aligned} n &= 10k + 50 & n \text{ คือ ขนาดตัวอย่าง} \\ &= 10(4) + 50 & k \text{ คือ จำนวนตัวแปร} \\ &= 90 \end{aligned}$$

สำหรับการศึกษานี้มีตัวแปรที่ใช้ศึกษา 4 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรคที่คนคิดต่อยา ผลข้างเคียงของยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) ที่ใช้ในการศึกษานี้ เท่ากับ 90 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ ประวัติการรักษาด้วยยาที่ได้รับ เช่น ชนิด ขนาดและวิธีใช้ยา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้ 1) ความกระตือรือร้น (active) และความสมัครใจ (voluntary) 2) ความร่วมมือ (collaboration) 3) ความถูกต้อง (correctly) และต่อเนื่อง (continuous) การใช้ยาให้ถูกต้องตามขนาด ชนิดและเวลาตามที่แพทย์แนะนำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบประเมินการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ซึ่งคำถามครอบคลุมการยึดติดในการรักษาด้วยยา ดังนี้

1. ด้านความถูกต้อง (correctly) และต่อเนื่อง (continuous) จำนวน 6 ข้อ
2. ด้านความกระตือรือร้น (active) และความสมัครใจ (voluntary) จำนวน 5 ข้อ
3. ด้านความร่วมมือ (collaboration) จำนวน 4 ข้อ

เป็นข้อคำถามทางบวก 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 เป็นข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 8

เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนค่า 5 ระดับ (rating scale) ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ประจำ	ทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	เกือบทุกวัน (4-6 ครั้ง/สัปดาห์)	4	2

บางครั้ง	1-3 ครั้ง/สัปดาห์	3	3
นาน ๆ ครั้ง	1-3 ครั้ง/เดือน	2	4
ไม่เคย	ไม่เคยเกิดขึ้นเลย	1	5

การแปลผลคะแนน ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์กำหนดระดับการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยใช้หลักสถิติคำนวณอันตรายภาคขึ้น โดยคำนวณผลต่างระหว่างค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดของคะแนนรวม แล้วหารด้วยจำนวนชั้น (มัลลิกา, 2555) แบ่งการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 15 - 35 คะแนน หมายถึง การยึดติดในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับต่ำ
- 36 - 55 คะแนน หมายถึง การยึดติดในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับปานกลาง
- 56 - 75 คะแนน หมายถึง การยึดติดในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS) มาจากแนวคิดของ Overall & Gorham (1962) แปลเป็นไทยโดยกรรณิการ์ เล่าประเสริฐสุข (2555) จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนค่า 7 ระดับ ดังนี้

คะแนน	ความหมาย	คะแนน	ความหมาย
1	ไม่มี	5	รุนแรงปานกลาง
2	น้อยมาก	6	รุนแรง
3	น้อย	7	รุนแรงมาก
4	ปานกลาง		

การแปลผลคะแนน ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10 - 70 คะแนน กำหนดระดับความรุนแรงของอาการ ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 10-30 คะแนน หมายถึง ความรุนแรงของอาการน้อย
- 31-50 คะแนน หมายถึง ความรุนแรงของอาการปานกลาง
- 51-70 คะแนน หมายถึง ความรุนแรงของอาการมาก

ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เมธาวิ ลุนสมบัติ และแพทย์พัชร์ อุทิศ (2562) ได้นำเครื่องมือไปใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 198 คน ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .813

ส่วนที่ 4 แบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา (Drug Attitude Inventory: DAI-10) ตามแนวคิดของ Awad (1993) แปลเป็นไทยโดยเมธาวิ ลุนสมบัติ และแพทย์พัชร์ อุทิศ (2562) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4, 7, 9, 10 เป็นข้อคำถามทางลบ 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 5, 6, 8 ข้อคำถามแบบมาตราส่วนค่า 2 ระดับ ดังนี้

ข้อความ	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วย	+1	0
ไม่เห็นด้วย	0	+1

การแปลผลคะแนน ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ กำหนดระดับความรุนแรงของอาการ โดยใช้หลักสถิติคำนวณอันตรายภาคชั้น โดยคำนวณผลต่าง ระหว่างค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดของคะแนนรวม แล้วหารด้วยจำนวนชั้น แบ่งความรุนแรงของอาการ ออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

0 - 5 คะแนน	หมายถึง	มีทัศนคติต่อการรักษาที่ไม่ดี
6 - 10 คะแนน	หมายถึง	มีทัศนคติต่อการรักษาที่ดี

เมธาวิ ลุนสมบัติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2562) ได้นำเครื่องมือไปใช้กับผู้ป่วยโรค อารมณ์แปรปรวนสองชั่วจำนวน 198 คน ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .875

ส่วนที่ 5 แบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา ของเมธาวิ ลุนสมบัติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2562) ที่ได้จากการศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้อาการจากผลข้างเคียงของยา 11 ระบบ และแยกอาการออกเป็นรายชื่อ มีข้อความทั้งหมด 30 ข้อคำถาม เป็นข้อคำถามแบบ มาตรฐานส่วนค่า 5 ระดับ ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ค่าคะแนน
เกิดประจำ	ทุกวัน	5
เกิดบ่อยครั้ง	เกือบทุกวัน	4
เกิดบางครั้ง	เดือนละ 1-2 ครั้ง	3
เกิดนาน ๆ ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	2
ไม่เกิดเคย	ไม่เคยเกิดขึ้นเลย	1

การแปลผลคะแนน ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 30 - 150 คะแนน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ กำหนดระดับความรุนแรงของอาการ โดยใช้หลักสถิติคำนวณอันตรายภาคชั้น โดยคำนวณผลต่าง ระหว่างค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดของคะแนนรวม แล้วหารด้วยจำนวนชั้น แบ่งความรุนแรงของอาการ ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

30 - 70	คะแนน หมายถึง	มีอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาน้อย
71 - 110	คะแนน หมายถึง	มีอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาปานกลาง
111 - 150	คะแนน หมายถึง	มีอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยามาก

เมธาวิ ลุนสมบัติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2562) ได้นำเครื่องมือไปใช้กับผู้ป่วยโรค อารมณ์แปรปรวนสองชั่วจำนวน 198 คน ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .886

ส่วนที่ 6 แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ สร้างโดยอุมา พร กาญจนรักษ์ (2545) ตามแนวคิดของริสเซอร์ (Risser, 1975) พบว่า ความพึงพอใจในสัมพันธภาพ ของผู้ป่วยและทีมสุขภาพเกิดจากพฤติกรรมการดูแลของทีมสุขภาพ 3 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ แบ่งเป็น ด้านความสามารถทางเทคนิควิชาชีพ 3 ข้อ ด้านสัมพันธภาพที่มุ่งให้ความรู้ 2 ข้อ และ ด้านสัมพันธภาพที่มุ่งสร้างความไว้วางใจ 4 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบมาตรฐานส่วนค่า 5 ระดับ ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ค่าคะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	ตรงกับความคิด ความรู้สึกมากที่สุด	5

เห็นด้วยมาก	ตรงกับความคิด ความรู้สึกส่วนมาก	4
เห็นด้วย	ตรงกับความคิด ความรู้สึกปานกลาง	3
เห็นด้วยน้อย	ตรงกับความคิด ความรู้สึกน้อย	2
ไม่เห็นด้วย	ไม่ตรงกับความคิด ความรู้สึกเลย	1

การแปลผลคะแนน ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 9 - 45 คะแนน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ กำหนดระดับความรุนแรงของอาการ โดยใช้หลักสถิติคำนวณอันตรายภาคชั้น โดยคำนวณผลต่าง ระหว่างค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดของคะแนนรวม แล้วหารด้วยจำนวนชั้น แบ่งความรุนแรงของอาการ ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

9 - 21 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษาอยู่ในระดับไม่ดี

22 - 33 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษาอยู่ในระดับ ปานกลาง

34 - 45 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษาอยู่ในระดับดี

อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ได้นำเครื่องมือไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ แบบผู้ป่วยนอก จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .83 และพิมพ์ภา กิติวงศ์อื่น (2556) ได้นำเครื่องมือไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 30 คน ได้ค่าความ เที่ยง (Reliability) เท่ากับ .90

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แบบ ประเมินการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญด้านโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญด้านการสร้างและพัฒนาเครื่องมือและกรอบแนวคิด 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยนำมาหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน สองขั้ว แบบวัดความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS) แบบ ประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา (Drug Attitude Inventory: DAI-10) แบบประเมินฤทธิ์ ข้างเคียงจากการใช้ยา และแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ไปทดลองใช้ใน โรงพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน จากนั้นนำ

เครื่องมือแบบประเมินการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา และแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ มาตรวจสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .73, .94, .95 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินแบบวัดความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จึงใช้การหาค่าความเที่ยง (Reliability) แบบความเท่าเทียมกันของการสังเกต (Interrater Reliability) ได้ค่าความเที่ยง .80 และแบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา (Drug Attitude Inventory: DAI-10) เป็นแบบสอบถามที่เป็นแบบให้ค่าคะแนน 2 ค่า (Dichotomous) จึงใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) ได้ค่าความเที่ยง .91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ณ แผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลาราชนครินทร์ เลขที่รับรอง PSU IRB 2021-St-Nur 038 (Internal) และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เลขที่หนังสือรับรอง SKPH.IRB.CO.A ๑/๒๕๖๕

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 เมื่อได้รับการอนุญาตเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าแผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูล ณ แผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ เวลา 08.00 น. ถึง 16.00 น.

2.2 พยาบาลที่แผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก คัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) จากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 (F31.0-31.9) พร้อมทั้งแนะนำผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรู้จัก ผู้วิจัยแนะนำตนเอง จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

2.3 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกเอกสารพิกัดสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และการพิกัดสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ทั้ง 6 ชุด โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถามวัดความรุนแรงของอาการ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมด 5 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แบบประเมินการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา แบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา และแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที เสร็จสิ้นภายในครั้งเดียว ไม่มีการนัดหมายต่อเนื่อง หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยใด ๆ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

2.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของการตอบข้อมูลแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจนครบถ้วน และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรม จรรยาบรรณนักวิจัย โดยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) งานวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่รับรอง PSU IRB 2021-St-Nur 038 (Internal) และคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เลขที่หนังสือรับรอง SKPH.IRB.CO.A ๑/๒๕๖๕

2) ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งจะไม่มีผลต่อการได้รับการบริการ การรักษาในสถานบริการสุขภาพ และไม่เกิดอันตรายต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม ความสมัครใจในการวิจัยครั้งนี้ จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารเข้าร่วมการวิจัย

3) การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้วางแผนช่วยเหลือ หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจ หรือได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ โดยผู้วิจัยเตรียมการช่วยเหลือ ดังนี้

3.1) กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกผู้วิจัยได้ตลอด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้หยุดพัก เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุยระบายและแสดงออกถึงความรู้สึกได้อย่างเต็มที่ ผู้วิจัยรับฟังอย่างตั้งใจ

3.2) แสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจแล้วให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง และรอให้กลุ่มตัวอย่างพร้อมจึงทำแบบสอบถามอีกครั้ง

3.3) กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่พร้อมในการทำแบบสอบถามต่อ หรือกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกใจในการทำแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

3.4) พิจารณาส่งต่อหากกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือหรือกรณีที่ผู้วิจัยประเมินแล้วว่ากลุ่มตัวอย่างควรได้รับการช่วยเหลือ นอกเหนือจากความสามารถของผู้วิจัย

จากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 90 คน กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมและตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ต้องส่งต่อเพื่อขอช่วยเหลือเพิ่มเติม

1) ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ จะไม่มีการอ้างอิงโดยใช้ชื่อของกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย และจะอภิปรายผลภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

2) กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธ ยกเลิก หรือขอถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับอยู่ตามปกติ

3) ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มีการอ้างอิงโดยใช้ชื่อของกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ แต่จะใช้รหัส ข้อมูลแทน นำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย และอภิปรายผลภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น สำหรับเอกสารในโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นระยะเวลา 3 ปี หลังการวิจัย เสร็จสิ้นสมบูรณ์ ก่อนนำไปทำลายโดยตัวผู้วิจัยเอง ด้วยวิธีการเผาทำลายเอกสารเพื่อป้องกันการรั่วไหลข้อมูล (สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2560)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการทดสอบสมมุติฐาน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยใช้คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) เป็นการพยากรณ์ตัวแปรตามหนึ่งตัว จากตัวแปรอิสระตั้งแต่สองตัวขึ้นไป โดยใช้วิธีแบบปกติ (Enter) ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) (ภาคผนวก จ) ได้ดังนี้

3.1 ตัวแปรอิสระทุกตัวต้องเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ มีระดับการวัดแบบอันตรภาคชั้น (interval scale) หรือ แบบอัตราส่วน (ratio scale) กรณีตัวแปรอิสระมีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ (nominal scale) หรือ แบบอันดับ (ordinal scale) ต้องแปลงตัวแปรให้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) ก่อน โดยใช้ค่าตัวเลขเป็นค่าคงที่แทนระดับค่าตัวแปร ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ พบว่าตัวแปรความรุนแรงของโรค ผลข้างเคียงของยา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา และการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีระดับการวัดแบบอันตรภาคชั้น มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) ส่วนตัวแปรทัศนคติต่อยา มีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ

(nominal scale) ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normality distribution ต้องมีการแปลงตัวแปรให้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable)

3.2 ตัวแปรที่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) เมื่อพิจารณาค่าความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (kurtosis) ตัวแปรตามและตัวแปรอิสระมีการแจกแจงเป็นปกติ โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ความเบ้ (statistic skewness) และค่าสัมประสิทธิ์ความโด่งของการแจกแจงข้อมูล (statistic kurtosis) ซึ่งอยู่ในช่วง -3.29 ถึง $+3.29$ (Kim, 2013) ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ ข้อมูลของตัวแปร ความรุนแรงของโรค ผลข้างเคียงของยา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา และการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อยู่ในช่วง -3.29 ถึง $+3.29$ มีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้น ส่วนตัวแปรทัศนคติต่อยา ไม่อยู่ในช่วง -3.29 ถึง $+3.29$ เมื่อพิจารณาจากค่า Mean และค่า Median พบว่า ค่า Mean = 8.30 และค่า Median = 9.00 ซึ่งมีค่าที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การกระจายตัวเป็นโค้งปกติ จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้น

3.3 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ พบว่า กราฟที่ได้จากการกระจายของข้อมูล (scatter plot) ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามทุกคู่ มีลักษณะเป็นเส้นตรง จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้น

3.4 ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity) โดยพิจารณาจากการกระจายใน scatter plot พิจารณาจากความสัมพันธ์ระหว่างค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standardized residuals values หรือ ZRESID) และค่าประมาณ Y ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized predicted values หรือ ZPRED) โดยค่า ZRESID อยู่ในช่วง -2.00 ถึง $+2.00$ ถือว่าค่าแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนคงที่ (กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตตา วานิชย์บัญชา, 2560) ในในการศึกษาคั้งนี้ พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์กระจายบริเวณค่าศูนย์ และส่วนใหญ่ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (ZRESID) อยู่ระหว่าง -2.00 ถึง $+2.00$ จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้น

3.5 ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (multicollinearity) ตรวจสอบ ได้ดังนี้

3.5.1 ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรมีค่าไม่เกิน .65 (Burn & Grove, 2009) นั่นคือตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ ตัวแปรอิสระมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันอยู่ระหว่าง .041 - .194 ซึ่งมีค่าไม่เกิน .65 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้น

3.5.2 ตรวจสอบโดยใช้สถิติ collinearity statistics ดูจากตาราง Coefficients พิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระจาก ค่าการยอมรับหรือความคลาดเคลื่อนยินยอม (tolerance) ปกติมีค่าตั้งแต่ 0 -1 ถ้าค่าเข้าใกล้ 1 แปลว่าตัวแปรเป็นอิสระจากกันและมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นต่ำ แต่ ถ้าค่าเข้าใกล้ 0 มากเท่าใด แสดงว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ๆ สูง (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองสูงต้องมีค่าการยอมรับหรือความ

คลาดเคลื่อนยินยอมน้อยกว่า .10 ในการศึกษาครั้งนี้ ค่า tolerance เท่ากับ .896 - .933 ซึ่งมีค่ามากกว่า .10 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้น และพิจารณาจากค่าองค์ประกอบความแปรปรวนที่สูงเกินความเป็นจริง (Variance Inflation Factor หรือ VIF) ต้องมีค่าไม่เกิน 10 หากมีค่ามากกว่า 10 แสดงว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองสูง (กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2560) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ค่า VIF อยู่ในช่วง 1.052 - 1.116 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 10 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้น

3.6 ทดสอบความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความเป็นอิสระจากกัน (Autocorrelation) ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ผลข้างเคียงของยา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา ตัวแปรตาม คือ การยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยพิจารณาจากการทดสอบเดอร์บิน - วัตสัน (Durbin -Watson) ดูจากตารางผลลัพธ์ Model Summary ซึ่งค่า Durbin -Watson ควรค่าเข้าใกล้ 2 หรือมีค่าในช่วง 1.5 - 2.5 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ค่า Durbin -Watson เท่ากับ 1.864 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้น

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของ ความรุนแรงของโรค ทัศนคติต่อยา ผลข้างเคียงของยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีม การ รักษา ต่อการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) จากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 (F31.0-31.9) ที่มารับรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในแผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สงขลาราชนครินทร์ จำนวน 90 คน เก็บข้อมูลในเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 ผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย ในรูปแบบการบรรยาย ประกอบตาราง ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ระดับการยึดติดในการรักษาด้วยยา ความรุนแรงของโรค ทัศนคติต่อยา ผลข้างเคียงของยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ทัศนคติต่อยา ผลข้างเคียงของยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา กับการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=90)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	48	53.3
หญิง	42	46.7
อายุ (ปี) (M = 40.46, Md = 42, SD. = 11.150, Min = 18, Max = 59)		
18 - 20	1	1.1
21 - 40	42	46.7
41 - 59	47	52.2
ศาสนา		
พุทธ	69	76.7
คริสต์	1	1.1
อิสลาม	20	22.2
สถานภาพ		
โสด	37	41.2
สมรส	39	43.3
หม้าย/หย่าร้าง	12	13.3
แยกกันอยู่	2	2.2
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	13	14.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	13.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีวศึกษา	19	21.1
อนุปริญญา/ปวส.	7	7.8
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	32	35.6
สูงกว่าปริญญาตรี	7	7.8
อาชีพ		
ว่างงาน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	19	21.1
ค้าขาย	7	7.8
เกษตรกร	18	20.0
รับจ้าง	14	15.6
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	21	23.3
นักเรียน/นักศึกษา	4	4.4
อื่น ๆ (พระ, แม่ชี, ทหารเกณฑ์)	7	7.8

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ (บาท) (M = 15,916.94, Md = 8,500, SD. = 17,338.470, Min = 0, Max = 80,000)		
0 - 10,000	52	57.8
10,001 - 20,000	13	14.4
20,001 - 80,000	25	27.8
สิทธิการรักษา		
จ่ายเงินเอง	16	17.8
สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	21	23.3
ประกันสังคม	9	10.0
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)	43	47.8
สังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล	1	1.1
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี) (M = 8.98, SD. = 7.282, Min = 1, Max = 35)		
1 - 2	17	18.9
3 - 5	20	22.2
6 - 10	21	23.3
11 - 35	32	35.6
จำนวนครั้งของอาการซึมเศร้าใน 1 ปีที่ผ่านมา (M = .81, SD. = 1.528, Min = 0, Max = 10)		
ไม่มีอาการ	53	58.9
1 - 3	31	34.4
4 - 6	5	5.6
7 - 10	1	1.1
จำนวนครั้งของอาการแฉะใน 1 ปีที่ผ่านมา (M = .48, SD. = .902 Min = 0, Max = 5)		
ไม่มีอาการ	59	65.6
1	27	30.0
2 - 5	4	4.4
ระยะเวลาการรับประทานยารักษา (ปี) (M = 7.44, SD. = 5.635 Min = 1, Max = 30)		
0 - 2	21	23.3
3 - 5	21	23.3
6 - 10	24	26.7
11 - 30	24	26.7
จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล (M = 1.79, SD. = 2.916, Min = 0, Max = 21)		
ไม่เคยนอน	59	65.6
1 - 3	17	18.9
4 - 10	13	14.4
11 - 21	1	1.1

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล (M = 1.79, SD. = 2.916, Min = 0, Max = 21)		
ไม่เคยนอน	59	65.6
1 - 3	17	18.9
4 - 10	13	14.4
11 - 21	1	1.1
กลุ่มยาที่ได้รับ		
mood stabilizers	59	65.6
lithium	26	28.9
valproate	33	36.7
antidepressant	10	11.1
antipsychotics	82	91.1
risperidone	41	45.56
anticholinergics	60	66.67
จำนวนมียาในแต่ละวัน		
1	27	30.0
2	29	32.3
3	30	33.3
4	4	4.4
ประวัติการใช้สารเสพติด		
ไม่เคย	67	74.5
เคย	11	12.2
ยังคงใช้อยู่	12	13.3
ประวัติการใช้แอลกอฮอล์	60	66.7
ไม่เคย	11	12.2
เคย	19	21.1
ยังคงใช้อยู่		

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 90 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.3) รองลงมาเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 46.7) มีอายุน้อยสุด 18 ปี และมากที่สุด 59 ปี มีอายุเฉลี่ย 40.46 ปี โดยมีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 52.2) รองลงมาคืออายุระหว่าง 21 - 40 ปี (ร้อยละ 46.7) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 76.7) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 43.3) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มากที่สุด (ร้อยละ 35.6) รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีวศึกษา (ร้อยละ 21.1) ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 23.3)

รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 21.1) มีรายได้เฉลี่ย 15916.94 บาท/เดือน ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 57.8)

ระดับการยึดติดในการรักษาด้วยยา ความรุนแรงของโรค ทักษะติดต่อยา ผลข้างเคียงของยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ตาราง 2

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วรายด้านและโดยรวม (n=90)

การยึดติดในการรักษาด้วยยา	M	S.D.	ระดับ
ด้านความถูกต้องและต่อเนื่อง	25.80	3.149	สูง
ด้านความกระตือรือร้นและความสมัครใจ	21.49	3.360	สูง
ด้านความร่วมมือ	16.67	3.369	สูง
โดยรวม	63.96	6.628	สูง

Mean = 63.96, Median = 64.5, Mode = 71, SD = 6.628

จากการศึกษา พบว่า การยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (M = 63.96, SD = 6.628) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การยึดติดในการรักษาด้วยยาทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับสูง โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความถูกต้องและต่อเนื่อง (M = 25.80, SD = 3.149)

ตาราง 3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของความรุนแรงของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (n=90)

ความรุนแรงของโรค	จำนวน	ร้อยละ
ระดับอาการน้อย	89	98.9
ระดับอาการปานกลาง	1	1.1

Mean = 20.5, Median = 20, Mode = 19, SD = 3.504

จากการศึกษา พบว่า ความรุนแรงของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่อยู่ในระดับอาการน้อย (ร้อยละ 98.9) และอีกจำนวนน้อยมีความรุนแรงของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในระดับปานกลาง (ร้อยละ 1.1)

ตาราง 4

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับทัศนคติต่อยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วราย
ข้อและโดยรวม (n=90)

ทัศนคติต่อยา	M	S.D.	ระดับ
1. ฉันคิดว่ายารักษาโรคมึประโยชน์มากกว่าโทษ	.96	.207	บวก
2. เมื่อฉันกินยา ฉันรู้สึกไม่มีเรี่ยวแรง เคลื่อนไหวช้า ไม่มีชีวิตชีวา ไร้อารมณ์	.66	.478	บวก
3. ฉันกินยาด้วยความรู้สึกสะตอกใจของฉัน	.89	.316	บวก
4. ยาทำให้ฉันรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น	.92	.269	บวก
5. ยาทำให้ฉันรู้สึกเหนื่อยล้า เพลียและขี้เกียจ	.69	.466	บวก
6. ฉันกินยาเฉพาะตอนที่ฉันป่วย	.82	.384	บวก
7. ฉันรู้สึกเป็นปกติเมื่อฉันกินยา	.93	.251	บวก
8. ฉันรู้สึกว่าร่างกายและจิตใจของฉันไม่เป็นธรรมชาติเลยเมื่อถูกควบคุมด้วยยา	.66	.478	บวก
9. ฉันสามารถคิดได้อย่างปลอดโปร่งมากขึ้นเมื่อฉันกินยา	.80	.402	บวก
10. ฉันสามารถป้องกันการเจ็บป่วยของฉันได้ด้วยการกินยาอย่างต่อเนื่อง	.98	.148	บวก
โดยรวม	8.3	1.611	บวก

Mean = 8.3, Median = 9, Mode = 9, SD = 1.611

จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีทัศนคติต่อยา
ทางบวก ($M = 8.3, SD = 1.611$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมี
ทัศนคติต่อยาทางบวกทั้ง 10 ข้อคำถาม โดยข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 10 ฉันสามารถ
ป้องกันการเจ็บป่วยของฉันได้ด้วยการกินยาอย่างต่อเนื่อง ($M = .98, SD = .148$) ส่วนข้อคำถามที่มี
คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อที่ 2 ฉันกินยาด้วยความรู้สึกสะตอกใจของฉัน ($M = .66, SD = .478$) และข้อที่
8 ฉันรู้สึกว่าร่างกายและจิตใจของฉันไม่เป็นธรรมชาติเลยเมื่อถูกควบคุมด้วยยา ($M = .66, SD = .478$)

ตาราง 5

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของผลข้างเคียงของยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์
แปรปรวนสองขั้ว (n=90)

ผลข้างเคียงของยา	จำนวน	ร้อยละ
มีอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาน้อย	69	76.7
มีอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาปานกลาง	20	22.2
มีอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยามาก	1	1.1

Mean = 57.2, Median = 54, Mode = 45, SD = 19.763

จากการศึกษา พบว่า ผลข้างเคียงของยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 76.7) รองลงมาคือ ผลข้างเคียงของยาในระดับปานกลาง (ร้อยละ 22.2) และ ผลข้างเคียงของยาในระดับมาก (ร้อยละ 1.1) ตามลำดับ

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วรายข้อและโดยรวม (n=90)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา	M	S.D.	ระดับ
1. ทีมสุขภาพสามารถประเมินอาการผิดปกติจากการใช้ยาที่เกิดกับคุณได้ถูกต้อง	4.27	.747	ดี
2. ทีมสุขภาพมีความรู้เรื่องที่ทำให้คำแนะนำแก่คุณ	4.32	.700	ดี
3. ทีมสุขภาพให้การช่วยเหลือคุณทันทีที่มีอาการผิดปกติจากการใช้ยา	4.13	.927	ดี
4. ทีมสุขภาพบอกผลตรวจที่คุณต้องการทราบ	4.29	.753	ดี
5. คุณเข้าใจคำอธิบายต่าง ๆ ที่ทีมสุขภาพพูดกับคุณ	4.30	.741	ดี
6. ทีมสุขภาพเข้าใจปัญหาและความต้องการของคุณ	4.29	.768	ดี
7. ทีมสุขภาพมีท่าทางเป็นมิตร	4.47	.737	ดี
8. คุณสามารถซักถามทีมสุขภาพ เมื่อคุณมีปัญหาสงสัยเกี่ยวกับการรักษา	4.34	.781	ดี
9. การพูดคุยกับทีมสุขภาพทำให้คุณสบายใจมากขึ้น	4.43	.780	ดี
โดยรวม	38.84	5.461	ดี

Mean = 38.84, Median = 39, Mode = 45, SD = 5.461

จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมรักษาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วอยู่ในระดับดี (M = 38.84, SD = 5.461) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมรักษา อยู่ในระดับดีทั้ง 10 ข้อคำถาม โดยข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 7 ทีมสุขภาพมีท่าทางเป็นมิตร (M = 4.47, SD = .737) ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อที่ 3 ทีมสุขภาพให้การช่วยเหลือคุณทันทีที่มีอาการผิดปกติจากการใช้ยา (M = 4.13, SD = .927)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ทศนคติต่อยา ผลข้างเคียงของยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา กับการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่ว

ตาราง 7

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ทักษะคดีต่อยา ผลข้างเคียงของยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา กับการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (n=90)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความรุนแรงของโรค	1				
2. ทักษะคดีต่อยา	-.194	1			
3. ผลข้างเคียงของยา	.194	-.194	1		
4. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา	-.073	-.182	-.041	1	
5. การยึดติดในการรักษาด้วยยา	-.097	-.077	-.217*	.268*	1

* $p < 0.05$

จากตาราง 7 พบว่า ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ระหว่างตัวแปรต้นกับการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า ผลข้างเคียงของยามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = -.217, p < .05$) และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = .268, p < .05$)

ตาราง 8

ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างตัวทำนายกับการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (n= 90)

ตัวแปรทำนาย	Unstandardized		β	t	p-value
	B	SE			
Constant	61.785	8.777		7.039	.000
ความรุนแรงของโรค	-.104	.200	-.055	-.520	.605
ทักษะคดีต่อยา	-.350	.442	-.085	-.791	.431
ผลข้างเคียงของยา	-.072	.035	-.213	-2.028	.046
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา			.239	2.298	.024

$R^2 = .122, F = 2.961, p < .05$

การศึกษาปัจจัยทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐานด้วยวิธีปกติ (Enter) ผู้วิจัยได้นำตัวแปร 4 ตัว ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ทักษะการติดต่อ ยา ผลข้างเคียงของยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา พบว่า ตัวแปรปัจจัยทำนายร่วมกันทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ร้อยละ 12.2 ($R^2 = .122, p < .05$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา ($\beta = .239, p < .05$) รองลงมา คือ ผลข้างเคียงของยา ($\beta = -.213, p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

1. การยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การยึดติดในการรักษาด้วยยาประกอบด้วย ความกระตือรือร้น ความสมัครใจ ความร่วมมือ ความถูกต้องและต่อเนื่องในการรักษาด้วยยา ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่า การยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อยู่ในระดับสูง ($M = 63.96, SD = 6.628$) สอดคล้องกับงานวิจัยของเมธาวิ ลุนสมบัติ (2560) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับดีมาก จากผลการศึกษานี้สามารถอภิปรายได้ว่า จากลักษณะของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีจำนวนเพศหญิงและชายใกล้เคียงกัน เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Montes et al., (2013) ที่พบว่า เพศไม่มีความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่มีการยึดกับการรักษาที่ดีหรือไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 52.2) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Jawad et al., (2018) ที่พบว่าอายุน้อยมีแนวโน้มที่จะไม่ยึดติดกับยาและยากันชัก การยึดติดในการรักษาเพิ่มขึ้นหลังจากอายุ 41 ปี ซึ่งการยึดติดในการรักษาในผู้ป่วยอยู่ในช่วงอายุ 40 - 60 ปี ระดับความรุนแรงของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่อยู่ในระดับอาการน้อย (ร้อยละ 98.9) มีทักษะการติดต่อทางบวก (ร้อยละ 92.2) ผลข้างเคียงของยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 76.7) ส่วนใหญ่สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 86.7) นอกจากนี้ส่วนใหญ่จบการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป มีการประกอบอาชีพซึ่งหากเกิดการเจ็บป่วยก็จะส่งผลต่อการประกอบอาชีพ ทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเกิดการยึดติดในการรักษาด้วยยา รวมทั้งสิทธิในการเข้าถึงการรักษาส่วนใหญ่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิสวัสดิการข้าราชการที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบบริการได้มากขึ้น

เมื่อพิจารณาการยึดติดในการรักษาด้วยยารายด้าน พบว่า การยึดติดในการรักษาด้วยยาทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยการยึดติดในการรักษาด้วยยาด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมการยึดติดด้วยยา (adherence) ในลักษณะใช้ยาตามที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง (Cohen, 2009; Ho et al., 2009) สม่่าเสมอ (ปรีชา มน

ทกานติกุล, 2550) โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เข้าใจ ยอมรับและตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตนและสามารถใช้ยาให้ถูกขนาด ถูกเวลาตามคำแนะนำของแพทย์ (อัญชลี ชูติธร, 2556; Doggrell, 2010) มีการนัดและติดตามอาการต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จะมีการให้สุขภาพจิตศึกษา ค่าปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้มีการประเมินเพื่อพิจารณาส่งต่อทีมสหวิชาชีพ เพื่อทำกิจกรรมกลุ่มครอบครัวบำบัด หรือการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) โดยนักจิตวิทยา หากผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์จากยา หรือมีปัญหาเรื่องการใช้จ่ายพิจารณาส่งต่อเภสัชกรเพื่อให้คำปรึกษารายบุคคล ทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก มีการยึดติดด้วยยาอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้การรับประทานยาต่อเนื่องเกิดผลข้างเคียงของยาน้อย ทำให้ผู้ป่วยมีการยึดติดด้วยยามากขึ้นเช่นกัน (เมธาวี ลุนสมบัติ, 2560)

2. ปัจจัยทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากการศึกษาปัจจัยทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ทัศนคติต่อยา ผลข้างเคียงของยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา พบว่า ตัวแปรปัจจัยทำนายสามารถร่วมกันทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ ร้อยละ 12.2 ($R^2 = .122, p < .05$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา ($\beta = .239, p < .05$) และผลข้างเคียงของยา ($\beta = -.213, p < .05$) และปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ คือ ความรุนแรงของโรค และทัศนคติต่อยา สามารถอธิบายได้ ดังนี้

1. ผลข้างเคียงของยา

จากการศึกษาพบว่า ผลข้างเคียงของยาสามารถทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ ($\beta = -.213, p < .05$) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาน้อย มีแนวโน้มในการยึดติดในการรักษาด้วยยาสูง จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินผลข้างเคียงของยา ซึ่งเป็นอาการไม่สุขสบาย หรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาทางจิตเวชของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยใช้แบบประเมินแบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยาของเมธาวี ลุนสมบัติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2562) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีผลข้างเคียงของยาอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 76.7) จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มยาที่ได้รับส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มยารักษาโรคจิต (antipsychotics) (ร้อยละ 91.1) ยา risperidone ซึ่งเป็นยาที่ปลอดภัย ผลข้างเคียงน้อย ไม่มีผลต่อ agranulocytosis, tardive dyskinesia, หรือ neuroleptic malignant syndrome ผลข้างเคียงด้าน anticholinergic น้อย (นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2558) รองลงมาเป็นกลุ่มยาปรับอารมณ์ (ร้อยละ 65.6) นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้ยากกลุ่ม anticholinergics (ร้อยละ 66.67) ยากลุ่มนี้ช่วยรักษาอาการข้างเคียง extrapyramidal (EPS) ในผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคจิต (นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2558) จึงทำให้ผลข้างเคียงจากยาน้อย ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุชานาถ อินวรรณา และคณะ (2563) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีคะแนนการรับรู้ผลข้างเคียงจากการใช้ยามากมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมความร่วมมือรับประทานยาค่ำ ($r_s = -.282, p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของเมธาวี ลุนสมบัติ (2560) ที่พบว่า ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยามี

ความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และยิ่งสอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศ ของ คอร์เรียร์ดและคณะ (Correard et al., 2017) ที่ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มอายุ 16-46 ปี จำนวน 241 คน และกลุ่มอายุ 47-71 ปี จำนวน 112 คน พบว่าผลข้างเคียงของยาสูงมีความสัมพันธ์กับการยึดติดในการรักษาด้วยยาต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.082, p < .001$) และ ($OR = 1.124, p = .005$) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่ยึดติดการรักษาด้วยยาที่ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าผลข้างเคียงของยาทำให้เกิดความไม่ยึดติดในการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.90, 95\%CI = 1.17-3.07, p = .009$) (Baldessarini et al., 2007) ซึ่งปัจจัยผลข้างเคียงของยาเป็นไปตามทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา

จากการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษาสามารถทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ ($\beta = .239, p < .05$) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา ระดับดี มีแนวโน้มในการยึดติดในการรักษาด้วยยาสูง การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเชิงวิชาชีพที่ดีต่อกัน มีความไว้วางใจเป็นพื้นฐาน มีการกำหนดข้อตกลง เป้าหมาย และสำรวจปัญหาร่วมกันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาตนเองช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ การรับรู้ และแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสม ทำให้เกิดบรรยากาศของการช่วยเหลือและพร้อมร่วมมือกันให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วย (สมรทิพย์ วิภาวณิช, 2564) นำไปสู่ความรู้สึกพึงพอใจต่อพฤติกรรมการดูแลของทีมการรักษา 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถทางเทคนิควิชาชีพ ด้านสัมพันธภาพที่มุ่งให้ความรู้ และด้านสัมพันธภาพที่มุ่งสร้างความไว้วางใจ โดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ (อุมพร กาญจนรักษ์, 2545) การศึกษาครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมรักษาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอยู่ในระดับดี ($M = 38.84, SD = 5.461$) เมื่อพิจารณาข้อคำถามจากแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมรักษา อยู่ในระดับดีทั้ง 10 ข้อ โดยข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ทีมสุขภาพมีท่าทางเป็นมิตร ($M = 4.47, SD = .737$) ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ทีมสุขภาพให้การช่วยเหลือคุณทันทีที่มีอาการผิดปกติจากการใช้ยา ($M = 4.13, SD = .927$) สอดคล้องกับการศึกษาของซีเบอร์และคณะ (Zeber et al., 2008) พบว่าสัมพันธภาพทางบวกระหว่างผู้ป่วยและทีมรักษาสามารถทำนายการไม่ขาดมียาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.03, p = .022$) และการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการยึดติดด้วยยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ยังพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมรักษาดีจะทำให้ผู้ป่วยมีความยึดติดกับการรักษาด้วยยาดี (Crowe et al., 2011; Garcia et al., 2016)

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ คือ ความรุนแรงของโรค และทัศนคติต่อยา สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ความรุนแรงของโรค ไม่สามารถทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรุนแรงของอาการ (Brief

Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS) ของกรณิการ์ เลาประเสริฐสุข (2555) พบว่า ส่วนใหญ่ความรุนแรงของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่อยู่ในระดับอาการน้อย (ร้อยละ 98.9) อธิบายได้ว่า ระดับความรุนแรงของอาการน้อย ทำให้ไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานชีวิตและการประกอบอาชีพของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ทำให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง จึงไม่ส่งผลให้การยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วลดลง นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอยู่ในระดับอาการมาก ผู้ป่วยก็ต้องแสวงหาวิธีการดูแลตนเองเพื่อให้สภาวะการเจ็บป่วยนั้นทุเลาลง นอกจากนี้การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) ช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วไม่มีอาการซึมเศร้า (ร้อยละ 58.9) และไม่มีอาการของแมนี (ร้อยละ 65.6) ทำให้เกิดการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอยู่ในระดับสูง อีกด้วยเช่นกัน และเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยมีการยึดติดในการรักษาด้วยยาจึงไม่ทำให้เกิดอาการกำเริบ ความรุนแรงของโรคจึงไม่ได้ทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการวิเคราะห์ตัวทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจากอินเดียได้ พบว่า จากการวิเคราะห์ระดับของอารมณ์ที่ยังคงเหลืออยู่จากคะแนนอาการซึมเศร้า และอาการแมนี (วัดจากแบบประเมิน HDRS และ YMRS) ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มการยึดติดในการรักษาด้วยยาสูงกับกลุ่มการยึดติดในการรักษาด้วยยาต่ำ (Selvakumar et al., 2018) และการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านเศร้าในสตรีที่มารับบริการแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้ป่วยมีระดับคะแนนซึมเศร้า (Hamilton Depression Rating Scale หรือ HAM-D) ระหว่างกลุ่มที่ไม่ยึดติดกับการรักษาด้วยยากับกลุ่มที่ยึดติดกับการรักษาด้วยยาไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าอาการซึมเศราระดับปานกลางมีมากกว่าในกลุ่มที่ไม่ยึดติดการรักษาด้วยยา เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของอาการระดับน้อยหรือปานกลาง จึงเป็นไปได้ที่ไม่พบความแตกต่างเกี่ยวกับการยึดติดด้วยยากับความรุนแรงของอาการ (Reddy et al., 2019) ต่างกับการศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคต่อการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ผ่านมา พบว่า ความรุนแรงของโรคมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Goldstein et al., 2016, Sajatovic et al., 2009, เมธาวิ ลุนสมบัติ, 2560)

ทัศนคติต่อยา เป็นความคิด ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีต่อการรักษาด้วยยา ผู้วิจัยใช้แบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา (Drug Attitude Inventory: DAI-10) ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีทัศนคติต่อยาทางบวก ($M = 8.3, SD = 1.611$) ไม่สามารถทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ อธิบายได้ว่า การวิจัยครั้งนี้ถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีทัศนคติต่อยาทางบวก เมื่อพิจารณาข้อคำถามรายชื่อจากแบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา (DAI-10) พบว่า มีข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อที่ 2 ฉันกินยาด้วยความรู้สึกสะอึกใจของฉัน ($M = .66, SD = .478$) และข้อที่ 8 ฉันรู้สึกว้าวุ่นร่างกายและจิตใจของฉันไม่เป็นธรรมชาติเลยเมื่อถูกควบคุมด้วยยา ($M = .66, SD = .478$) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยอาจไม่ได้กินยาด้วยความสะอึกใจเพราะอาจกังวลเกี่ยวกับร่างกายและจิตใจที่ไม่เป็นธรรมชาติเมื่อรับประทานยา นอกจากนี้ผู้ป่วยโรค

อาการแปรปรวนสองชั่วส่วนใหญ่ระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 41.1) ระยะเวลาในการรับประทานยาโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่ว น้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 46.6) รวมถึง ผลข้างเคียงของยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 76.7) อาจทำให้ทัศนคติต่อยาซึ่งเป็นความคิดเห็นหรือความรู้สึกเกี่ยวกับยาเป็นไปในทางบวก ซึ่งมีปัจจัยอื่น เช่น ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาการรับประทานยา และผลข้างเคียงของยาเข้ามาเกี่ยวข้อง จึงไม่ส่งผลให้การยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วลดลง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษา ก่อนหน้านี้ที่พบว่า ทัศนคติต่อยามีความสัมพันธ์กับการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่ว เมื่อผู้ป่วยมีทัศนคติต่อยาดีก็ย่อมส่งผลให้เกิดการยึดติดด้วยยามากขึ้น (Sajatovic et al., 2009; Arvilommi et al., 2014; สุขานาถ อินวรรณ และคณะ, 2563; เมธาวี ลุนสมบัติ, 2560; Casaletto et al., 2016)

สรุปจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า การยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่ว อยู่ในระดับสูง และตัวแปรปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วได้ ร้อยละ 12.2 โดยตัวแปรที่สามารถทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา ($\beta = .239, p < .05$) และผลข้างเคียงของยา ($\beta = -.213, p < .05$) และตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองชั่วได้ คือ ความรุนแรงของโรค และทัศนคติต่อยา

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบทำนาย (descriptive predictive) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และอำนาจทำนายของความรุนแรงของโรค ทศนคติต่อยา ผลข้างเคียงของยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา ต่อการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) จากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 (F31.0-31.9) ที่มารักษาแบบผู้ป่วยนอก ในแผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ มีอายุระหว่าง 18-60 ปี จำนวน 90 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ ประวัติการรักษาด้วยยาที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประกอบด้วยลักษณะ ดังต่อไปนี้ 1) ความกระตือรือร้น (active) และความสมัครใจ (voluntary) 2) ความร่วมมือ (collaboration) 3) ความถูกต้อง (correctly) และต่อเนื่อง (continuous) การใช้ยาให้ถูกต้องตามขนาด ชนิดและเวลาตามที่แพทย์แนะนำอย่างต่อเนื่อง จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS) สร้างมาจากแนวคิดของ Overall & Gorham (1962) แปลเป็นไทยโดยกรณิกการ์ เลาประเสริฐสุข (2555) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา (Drug Attitude Inventory: DAI-10) ตามแนวคิดของ Awad (1993) แปลเป็นไทยโดยเมธาวิ ลุนสมบัติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2562) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา ของเมธาวิ ลุนสมบัติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2562) ที่ได้จากการศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้อาการจากผลข้างเคียงของยา 11 ระบบ และแยกอาการออกเป็นรายชื่อ จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ สร้างโดยอุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ตามแนวคิดของริสเซอร์ (Risser, 1975) ความพึงพอใจในสัมพันธภาพของผู้ป่วย

และที่มึนสุขภาพเกิดจากพฤติกรรมการดูแลของที่มึนสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถทางเทคนิค วิชาชีพ ด้านสัมพันธภาพที่มุ่งให้ความรู้ และด้านสัมพันธภาพที่มุ่งสร้างความไว้วางใจ จำนวน 9 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แบบประเมินการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยทั้งหมดไปทดสอบหาค่าความเที่ยงกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมินการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา และแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและที่มึนสุขภาพ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .73, .94, .95 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินแบบวัดความรุนแรงของอาการ (Brief Bipolar Disorder Symptom Scale: BDSS) หาค่าความเที่ยง (Reliability) แบบความเท่าเทียมกันของการสังเกต (Interrater Reliability) ได้ค่าความเที่ยง .80 และแบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา (Drug Attitude Inventory: DAI-10) ใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) ได้ค่าความเที่ยง .91

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 90 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.3 มีอายุน้อยสุด 18 ปี และมากที่สุด 59 ปี มีอายุเฉลี่ย 40.46 ปี โดยมีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี ร้อยละ 52.2 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 76.7 สถานภาพสมรส ร้อยละ 43.3 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 35.6 ประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 23.3 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 20 มีรายได้เฉลี่ย 15916.94 บาท/เดือน ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 57.8 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ร้อยละ 47.8 ระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 41.1 การรับประทานยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 46.6 ไม่เคยรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 65.6 กลุ่มยาที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นกลุ่มยาด้านโรคจิต ร้อยละ 91.1 กลุ่มยาปรับอารมณ์ ร้อยละ 65.6 กลุ่มต้านเศร้า ร้อยละ 11.1 ตามลำดับ จำนวนมียาในแต่ละวันมีดังนี้ จำนวน 1 มื้อ/วัน ร้อยละ 30 จำนวน 2 มื้อ/วัน ร้อยละ 32.2 จำนวน 3 มื้อ/วัน ร้อยละ 33.3 จำนวน 4 มื้อ/วัน ร้อยละ 4.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยใช้สารเสพติด ร้อยละ 74.4 และส่วนใหญ่ไม่เคยใช้แอลกอฮอล์ ร้อยละ 66.7

2. การยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อยู่ในระดับสูง ($M = 63.96$, $SD = 6.628$) ส่วนการยึดติดในการรักษาด้วยยาทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับสูง โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความถูกต้องและต่อเนื่อง ($M = 25.80$, $SD = 3.149$)

3. ปัจจัยทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐานด้วยวิธีปกติ (Enter) ผู้วิจัยได้นำตัวแปร 4 ตัว ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ทักษะคิดต่อยา ผลข้างเคียงของยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา พบว่า ตัวแปรปัจจัยทำนายร่วมกันทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ร้อยละ 12.2 ($R^2 = .122$, $p < .05$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา ($\beta = .239$, $p < .05$) และผลข้างเคียงของยา ($\beta = -.213$, $p < .05$)

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ใน ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการศึกษาพยาบาล ด้านการวิจัย และด้านนโยบาย ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สามารถนำปัจจัยที่ได้จากการศึกษามาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการยึดติดในการรักษาด้วยยา โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ใช้ความสามารถทางเทคนิควิชาชีพในการใช้ความรู้ มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วย จัดให้มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยมีการยึดติดในการรักษาด้วยยามากขึ้น

ด้านการศึกษาพยาบาล

สามารถนำผลการวิจัยมาบูรณาการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้นักศึกษาเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการมีการยึดติดในการรักษาด้วยยาที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้มีคะแนนการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอยู่ในระดับสูงจึงควรมีการส่งเสริมเพื่อให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ต้นนี้ ๆ

ด้านการวิจัย

นำปัจจัยที่ได้จากการศึกษามาพัฒนารูปแบบที่ส่งเสริมการยึดติดในการรักษาด้วยยา เช่น โปรแกรมการบำบัดรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ด้านนโยบาย

ควรส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาด้วยยาเพื่อให้ผู้ป่วยมีการยึดติดในการรักษาด้วยยา

ควรแนะนำแหล่งสนับสนุนที่ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการยึดติดในการรักษาด้วยยา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เช่น ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป และการยอมรับการเจ็บป่วย เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอยู่ในระดับสูง เพื่อให้คงไว้ซึ่งการยึดติดในการรักษาด้วยยาต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ช่วงระยะเวลาในการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนหนึ่งใช้วิธีการรับยาทางไปรษณีย์แทนการมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล
2. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ทำให้ผลการศึกษามีข้อจำกัดในการนำไปใช้สรุปอ้างอิงประชากร
3. การเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล ผู้รับบริการส่วนใหญ่จะมีการยึดติดในการรักษาที่ดี ดังนั้นควรมีการศึกษาในบริบทชุมชนร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

- กมลเนตร วรรณเสวก. (2559). กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้วและกลุ่มโรคซึมเศร้า. ใน นันทวัช สิทธีรักษ, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ, ปณิต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, และพนม เกตุมาน (บรรณาธิการ), *จิตเวชศิริราช DSM-5* (หน้า 379-410). กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์.
- กรรณิการ์ เลาประเสริฐสุข. (2555). *ผลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- กัลยา วานิชย์บัญชา, และจิตตา วานิชย์บัญชา. (2560). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล* (พิมพ์ครั้งที่ 30). กรุงเทพมหานคร: สามลดา.
- จารุณี อินทฤทธิ. (2558). โรคอารมณ์แปรปรวนและการพยาบาล. ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทรสุข, และศุภกรใจ เจริญสุข (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่มที่ 2 (ฉบับปรับปรุง)* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 107-121). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- ชื่นจิตร กองแก้ว. (2554). พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย: การวิพากษ์คำจำกัดความ. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 6(4), 299-302.
- ชุตินา ทองอยู่, และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(1), 75-87.
- นพพร ว่องสิริมาศ, และพวงเพชร เกษรสมุทร. (2559). การพยาบาลบุคคลที่มีกลุ่มโรคซึมเศร้าและกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว. ใน ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกษรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ, และอติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 319-348). กรุงเทพมหานคร: บริษัท สแกนอาร์ต จำกัด.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์. (2558). *การพยาบาลผู้ที่ได้รับยาทางจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, และฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 8(1), 16-26.
- ปรีชา มนทกานติกุล. (2550). โรคติดเชื่อเอชไอวีและโรคเอดส์. ใน ปรีชา มนทกานติกุล, ปวีณา สนธิสมบัติ, สุทธิพร ภัทรชยากุล และชาญกิจ พุฒิเลอพงศ์ (บรรณาธิการ), *คู่มือสำหรับเภสัชกร: การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์* (หน้า 16-33). กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย).

- พิมพ์ผกา กิตติวงศ์อื่น. (2556). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). *การวิเคราะห์ตัวแปร จำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- พันธูณภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, นพพร ตันตริรังสี, วรพรรณ จุฑา, อธิบ ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัจฉนาภกรชัย, สุทธา สุปัญญา, และคณะทำงานการสำรวจระดับชาติ. (2560). *รายงานการศึกษาเรื่อง ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับชาติวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ.2556*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด.
- พิชัย อัญญสกุล. (2558). โรคอารมณ์สองขั้ว. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 155-165). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิชัย อัญญสกุล. (2560). การใช้ยาจิตเวชในโรคอารมณ์สองขั้ว. ใน มาโนช หล่อตระกูล (บรรณาธิการ), *การใช้ยาจิตเวชในทางคลินิก* (หน้า 258-273). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาพันท์ วัฒนวิทย์กิจ, ศรินภา อภิสสิทธิ์ปัญญา, และสุรพล วีระศิริ. (2560). กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว. ใน กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม, ภัทรี พหลภาคย์, ภาพันท์ วัฒนวิทย์กิจ, และศรินภา อภิสสิทธิ์ปัญญา (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 199-212). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- เมธาวิ ลุนสมบัติ. (2560). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- เมธาวิ ลุนสมบัติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2562). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว. *วารสารแพทยนาวิ*, 46(3), 566-580.
- โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์. (2565ก). *สถิติผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว (F310 - F319) ประจำปี 2562-2564*.
- โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์. (2562ข). *เวชระเบียนผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว (F310 - F319) ประจำเดือนมกราคมถึงมีนาคม 2562*.
- วชิราภรณ์ วงศ์วิวัฒน์. (2556). *ความเชื่อด้านสุขภาพและการยึดติดกับการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยไบโพลาร์*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วีณา คันฉ่อง. (2559). การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์. ใน วันดี สุทธรังษี, ฌนอมศรี อินทนนท์, และศรีสุตา วนาลีสิน (บรรณาธิการ), *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เล่ม 2* (หน้า 45-79). สงขลา: บริษัท นีโอพ้อยท์ (1995) จำกัด.

- ศุภโชค สิงห์กันต์. (2559). การจำแนกประเภทของโรคทางจิตเวช. ใน นันทวัช สิริธีร์รักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, และพนม เกตุมาน (บรรณาธิการ), *จิตเวชศิริราช DSM-5* (หน้า 33-40). กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์.
- สมรทิพย์ วิภาวณิช. (2564). บทบาทพยาบาลจิตเวชในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(38), 732-743.
- สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2560). *มาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชานาถ อินวรรณ, โสภิต แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์, & มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์. (2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(2), 33-56.
- อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. (2557). การพยาบาลบุคคลที่มีโรคอารมณ์แปรปรวน. ใน อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกษรสมุทร, และวาริรัตน์ ถาน้อย (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์* (หน้า 398-424). กรุงเทพมหานคร: สายธุรกิจโรงพิมพ์ บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- อัญชลี ชูติธ. (2556). พฤติกรรมการเกาะติดยาของกลุ่มผู้ใช้บริการโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 6(2), 25-34.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- Allport, G. W. (1967). Attitudes, readings in attitude theory and measurement. *New York: John Willey & Sons*.
- Arvilommi, P., Suominen, K., Mantere, O., Leppamaki, S., Valtonen, H., & Isometsa, E. (2014). Predictors of adherence to psychopharmacological and psychosocial treatment in bipolar I or II disorders - an 18-month prospective study [Electronic version]. *Journal of Affect Disorders*, 155, 110-117.
- Averous, P., Charbonnier, E., Lagouanelle-Simeoni, MC., Prospero, A., & Dany L. (2018). Illness perceptions and adherence in bipolar disorder: An exploratory study. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 109-115.
- Baldessarini, R. J., Perry, R., & Pike, J. (2008). Factors associated with treatment nonadherence among US bipolar disorder patients. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 23(2), 95-105.
- Balestrieri, M., Di Sciascio, G., Isola, M., Lomonaco, E., Maso, E., Merli, R., Calo, S., & Bellantuono, C. (1999). Drug attitude and subjective well-being in antipsychotic treatment monotherapy in real-world settings. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 18(2), 114-118.

- Barofsky, I. (1978). Compliance, adherence and the therapeutic alliance: Steps in the development of self-care. *Social Science & Medicine*, 12(5), 369-376.
- Bissell, P., May, C. R., & Noyce, P. R. (2004). From compliance to concordance: barriers to accomplishing a re-framed model of health care interactions. *Social science & medicine*, 58(4), 851-862.
- Brawley, L. R., & Culos-Reed, S. N. (2000). Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. *Controlled Clinical Trials*, 21(5), 156S-163S.
- Burn, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Byrne, N., Regan, C., & Livingston, G. (2006). Adherence to treatment in mood disorders. *Current opinion in psychiatry*, 19(1), 44-49.
- Casaletto, K.B., Kwan, S., Montoya, J.L., Obermeit, L.C., Gouaux, B., Poquette, A., Heaton, R.K., Atkinson, J.H., & Moore, D.J. (2016). Predictors of psychotropic medication adherence among HIV+ individuals living with bipolar disorder. *International journal of psychiatry in medicine*, 51(1), 69-83.
- Carvalho, A. F., Firth, J., & Vieta, E. (2020). Bipolar disorder. *New England Journal of Medicine*, 383(1), 58-66.
- Chakrabarti, S. (2018). Treatment alliance and adherence in bipolar disorder. *World journal of psychiatry*, 8(5), 114-124.
- Cohen, S. M. (2009). Concept analysis of adherence in the context of cardiovascular risk reduction. *Nursing Forum*, 44(1), 25-36.
- Col, S. E., Caykoylu, A., Ugurlu, G. K., & Ugurlu, M. (2014). Factors affecting treatment compliance in patients with bipolar I disorder during prophylaxis: a study from Turkey. *General hospital psychiatry*, 36(2), 208-213.
- Correard, N., Consoloni, J. L., Raust, A., Etain, B., Guillot, R., Job, S., Loftus, J., Medecin, I., Bougerol, T., Polosan, M., Fredembach, B., Gard, S., Bailara, K. M., Kahn, J. P., Roux, P., Homassel, A. S., Carminati, M., Matos, L., Olie, E.,...Belzeaux, R. (2017). Neuropsychological functioning, age, and medication adherence in bipolar disorder. *PLoS ONE*, 12(9), 1-18.
- Crowe, M., Wilson, L., & 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.
- Davarinejad, O., Majd, T. M., Golmohammadi, F., Mohamadi, P., Radmehr, F., Nazari, S., & Moradinazar, M. (2021). Factors Influencing the Number of Relapse in

- Patients with Bipolar I Disorder. *Shiraz E-Medical Journal*, 22(8), 1-7. doi: 10.5812/semj.107144
- Depp, C. A., Lebowitz, B. D., Patterson, T. L., Lacro, J. P., & Jeste, D. V. (2007). Medication adherence skills training for middle-aged and elderly adults with bipolar disorder: development and pilot study. *Bipolar disorders*, 9(6), 636-645.
- Dickinson, D., Wilkie, P., & Harris, M. (1999). Taking medicines: concordance is not compliance. *BMJ: British Medical Journal*, 319(7212), 787.
- Doggrell, S. A. (2010). Adherence to medicines in the older-aged with chronic conditions. *Drugs and aging*, 27(3), 239-254.
- Farmer, K. C. (1999). Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical therapeutics*, 21(6), 1074-1090.
- Fountoulakis, K. N., Grunze, H., Vieta, E., Young, A., Yatham, L., Blier, P., Kasper, S., & Moeller, H. J. (2017). The International College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) treatment guidelines for Bipolar disorder in adults (CINP-BD-2017), part 3: the clinical guidelines. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 20(2), 180-195.
- Garcia, S., Cengotitabengoa, M.M., Zurbano, S.L., Zorrilla, I., Lopez, P., Vieta, E., & Pinto, A.G. (2016). Adherence to Antipsychotic Medication in Bipolar Disorder and Schizophrenic Patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 36(4), 355-371.
- Global Burden of Disease. (2019). *Burden of disease from each category of mental illness, World, 2019*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/grapher/burden-disease-from-each-mental-illness>
- Global Burden of Disease. (2023). *Bipolar disorder prevalence, 2019*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/grapher/bipolar-disorder-prevalence?tab=table>
- Goldstein, T. R., Krantz, M., Merranko, J., Garcia, M., Sobel, L., Rodriguez, C., Douaihy, A., Axelson, D., & Birmaher, B. (2016). Medication adherence among adolescents with bipolar disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 26(10), 864-872.
- Goodwin, G. M., Haddad, P. M., Ferrier, I. N., Aronson, J. K., Barnes, T. R. H., Cipriani, A., Coghill, D. R., Fazel, S., Gedde, J. R., Grunze, H., Holmes, E. A., Howes, O., Hudson, S., Hunt, N., Jones, I., Macmillan, I. C., Williams, H. M., Miklowitz, D. R., Morriss, R.,... Young, A. H. (2016). Evidence-based guidelines for treating bipolar

- disorder: revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 30(6), 495-553.
- Gutierrez-Rojas, L., Martinez-Ortega, J. M., Perez-Costillas, L., Jimenez-Fernandez, S., Carretero, M. D., & Gurpegui, M. (2020). Illness insight and medication adherence among patients with bipolar disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(6), 481-487.
- Hayes, J. F., Marston, L., Walters, K., Geddes, J. R., King, M., & Osborn, D. P. (2016). Adverse renal, endocrine, hepatic, and metabolic events during maintenance mood stabilizer treatment for bipolar disorder: a population-based cohort study. *PLoS medicine*, 13(8), 1-16.
- Haynes, R. B., Taylor, D.W., & Sackett L. D. (1979). Compliance in Health Care. *CMA JOURNAL*, 121(8), 1495-1496.
- Ho, P. M., Bryson, C. L., & Rumsfeld, J. S. (2009). Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*, 119(23), 3028-3035.
- 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 [Electronic version]. *Psychiatry Research*, 190, 110-114.
- Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliott, R., Morgan, M., & Cribb, A. (2005). Concordance, adherence and compliance in medicine taking. *London: NCCSDO, 2005*, 1-45.
- Irawani, F. H. (2015). *The Effect of the Illness Representation-based Education Program (IREP) on Medication Adherence Among Patients with Bipolar Disorder in Medan, Indonesia*. (Unpublished master's thesis). Prince of Songkla University, Songkla.
- Jawad, I., Watson, S., Haddad, P. M., Talbot, P. S., & McAllister-Williams, R. H. (2018). Medication nonadherence in bipolar disorder: a narrative review. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 8(12), 349-363.
- Jay, S., Litt, I. F., & Durant, R. H. (1984). Compliance with therapeutic regimens. *Journal of Adolescent Health Care*, 5(2), 124-136.
- Leclerc, E., Mansur, R. B., & Brietzke, E. (2013). Determinants of adherence to treatment in bipolar disorder: a comprehensive review. *Journal of affective disorders*, 149(1-3), 247-252.
- Leelahanaj, T., Kongsakon, R., Choovanichvong, S., Tangwongchai, S., Paholpak, S., Kongsuk, T., & Srisurapanon, M. (2013). Time to relapse and remission of bipolar

- disorder: findings from a 1-year prospective study in Thailand. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1249-1256.
- Levin, J. B., Tatsuoka, C., Cassidy, K. A., Aebi, M. E., & Sajatovic, M. (2015). Trajectories of medication attitudes and adherence behavior change in non-adherent bipolar patients. *Comprehensive psychiatry*, 58, 29-36.
- Meichenbaum, D., & Turk, D. C. (1987). Treatment adherence: terminology, incidence and conceptualization. *Facilitating treatment adherence*, 19-39.
- Misdrahi, D., Petit, M., Blanc, O., Bayle, F., & Llorca, P. M. (2012). The influence of therapeutic alliance and insight on medication adherence in schizophrenia. *Nordic journal of psychiatry*, 66(1), 49-54.
- Montes, J. M., Maurino, J., de Dios, C., & Medina, E. (2013). Suboptimal treatment adherence in bipolar disorder: impact on clinical outcomes and functioning. *Patient preference and adherence*, 89-94.
- Reddy, M., Abhilasha, P., Manikam, T., Ramanathan, R., & Kumar, S. (2019). A cross-sectional study of factors associated with anti-depressant medication adherence in women attending an out patient psychiatry department. *Indian Journal of Mental Health and Neurosciences*, 2(1), 31-35.
- Sajatovic, M., Ignacio, R.V., West, J.A., Cassidy, K.A., Safavi, R., Kilbourne, A.M., & Blow, F.C. (2009). Predictors of nonadherence among individuals with bipolar disorder receiving treatment in a community mental health clinic [Electronic version]. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 100-107.
- Selvakumar, N., Menon, V., & Kattimani, S. (2018). A cross-sectional analysis of patterns and predictors of medication adherence in bipolar disorder: single center experience from South India. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 16(2), 168.
- Senner, F., Kohshour, M. O., Abdalla, S., Papiol, S., & Schulze, T. G. (2021). The genetics of response to and side effects of Lithium treatment in bipolar disorder: Future research perspectives. *Frontiers in Pharmacology*, 12, 95-105.
- Seo, M. A., & Min, S. K. (2005). Development of a structural model explaining medication compliance of persons with schizophrenia. *Yonsei Medical Journal*, 46(3), 331-340.
- Silva, R. D. A. D., Mograbi, D. C., Camelo, E. V., Bifano, J., Wainstok, M., Silveira, L. A. S., & Cheniaux, E. (2015). Insight in bipolar disorder: a comparison between mania, depression and euthymia using the Insight Scale for Affective Disorders. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37, 152-156.

- Speirs, B., Hanstock, T. L., & Kay-Lambkin, F. J. (2023). The lived experience of caring for someone with bipolar disorder: A qualitative study. *PloS one*, *18*(1), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280059>
- Stevenson, F. A., Cox, K., Britten, N., & Dundar, Y. (2004). A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines: the consequences for concordance. *Health Expectations*, *7*(3), 235-245.
- Thompson, K., Kulkarni, J., & Sergejew, A. A. (2000). Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research*, *42*(3), 241-247.
- Uldall, K. K., Palmer, N. B., Whetten, K., Mellins, C., & For The Hiv/aids Treatment Adherence, Health Outcomes And Cost Study Group. (2004). Adherence in people living with HIV/AIDS, mental illness, and chemical dependency: a review of the literature. *AIDS Care*, *16*(sup1), 71-96.
- Vega, P., Barbeito, S., De Azua, S. R., Martinez-Cengotitabengoa, M., Gonzalez-Ortega, I., Saenz, M., & Gonzalez-Pinto, A. (2011). Bipolar disorder differences between genders: special considerations for women. *Women's Health*, *7*(6), 663-676.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long term therapy: Evidence for action*. WHO. https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
- World Health Organization. (2022). *Mental disorders*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Zeber, J. E., Copeland, L. A., Good, C. B., Fine, M. J., Bauer, M. S., & Kilbourne, A. M. (2008). Therapeutic alliance perceptions and medication adherence in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, *107*(1-3), 53-62.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

สถานที่.....

วันที่.....

แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง

ปัจจัยทำนายนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
คำชี้แจง

1. แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรุนแรงของอาการ จำนวน 10 ข้อ (ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ

2. กรุณาอ่านคำชี้แจงในแบบสอบถามให้ละเอียด และตอบคำถามให้ครบทุกข้อโดยตอบให้ตรงกับความจริงมากที่สุด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน สมบูรณ์ เพื่อเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ผลการวิจัย ผู้วิจัยขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

3. ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยนำเสนอข้อมูลในภาพรวม หลังเสร็จสิ้นการทำวิจัย ข้อมูลในแบบสอบถามของท่านจะถูกทำลายทันที

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของคุณ หรือเติมข้อความในช่องว่างที่เว้นไว้ให้ครบทุกข้อ

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุปี
3. สถานภาพการสมรส
() 1. โสด () 2. สมรส () 3. หม้าย () 4. หย่าร้าง () 5. แยกกันอยู่
4. ศาสนา
() 1. พุทธ () 2. คริสต์ () 3. อิสลาม () 4. ฮินดู
() 5. อื่น ๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา
() 1. ไม่เคยเรียน () 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษาตอนต้น () 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีวศึกษา
() 5. อนุปริญญา/ปวส. () 6. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
() 7. สูงกว่าปริญญาตรี () 8. อื่น ๆ ระบุ.....
6. อาชีพ
() 1. ว่างาน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2. ค้าขาย () 3. เกษตรกร () 4. รับจ้าง
() 5. รับราชการ () 6. รัฐวิสาหกิจ () 7. นักเรียน/นักศึกษา () 8. แม่บ้าน
() 9. อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้เฉลี่ยบาทต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ
8. สิทธิการรักษา
() 1. จ่ายเงินเอง () 2.สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
() 3. ประกันสังคม () 4. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)
() 5. สังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล () 6. อื่นๆ ระบุ.....
9. ระยะเวลาการเจ็บป่วย ปี ตั้งแต่อายุ.....ปี
10. ใน 1 ปีที่ผ่านมาคุณมีระยะของอาการซึมเศร้า.....ครั้ง ครั้งล่าสุดเมื่อ
11. ใน 1 ปีที่ผ่านมาคุณมีระยะของอาการmania.....ครั้ง ครั้งล่าสุดเมื่อ
12. ระยะเวลาการรับประทานยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วปี
13. จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลครั้ง ครั้งล่าสุดเมื่อ
14. ประวัติยาที่ได้รับจากการรักษาโรคอารมณ์สองขั้ว เช่น ชนิด ขนาดและวิธีใช้ยา
.....
.....
.....
.....
15. โรค/ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ
.....

16. การได้รับยาอื่น ๆ (ยารับประทาน) นอกจากยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

.....

17. ประวัติการใช้สารเสพติด () 1. ไม่เคย () 2. เคย ระบุ
 ชนิดสารเสพติด.....ปริมาณความถี่..... ใช้ครั้งสุดท้าย.....
 เลิกมาแล้ว.....ปี..... เดือน.....วัน เคยเข้ารับการบำบัด.....ครั้ง
18. ประวัติการใช้แอลกอฮอล์ () 1. ไม่เคย () 2. เคย ระบุ
 ชนิด (สุรา เบียร์ ไวน์).....ปริมาณความถี่..... ใช้ครั้งสุดท้าย.....
 เลิกมาแล้ว.....ปี..... เดือน.....วัน เคยเข้ารับการบำบัด.....ครั้ง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้มีจำนวน 15 ข้อคำถาม มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วภายในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงของคุณมากที่สุด

ข้อความ	ความหมาย
ประจำ	ทุกวัน
บ่อยครั้ง	เกือบทุกวัน (4-6 ครั้ง/สัปดาห์)
บางครั้ง	1-3 ครั้ง/สัปดาห์
นาน ๆ ครั้ง	1-3 ครั้ง/เดือน
ไม่เคย	ไม่เคยเกิดขึ้นเลย

คำถาม	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
1. ฉันรับประทานยาทุกชนิดตรงเวลาตามแผนการรักษา					
2. ฉันรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ					
3. ฉันยังคงรับประทานยาเมื่อฉันรู้สึกดีขึ้น					
4. ฉันลืมรับประทานยาแต่ละชนิดที่ต้องกินมือเช้า บ่าย หรือก่อนนอน					
5. ฉันรับประทานยาเฉพาะเวลามีอาการเท่านั้น					
6. ฉันยังคงรับประทานยาแม้ว่าฉันจะมีปัญหาจากผลข้างเคียงยา					
7. ฉันสามารถจัดยาและรับประทานยาด้วยตนเองโดยไม่มีคนช่วยเหลือ					
8. คนใกล้ชิดต้องคอยเตือนและดูแลเรื่องการรับประทานยาของฉัน					
9. ฉันเต็มใจในการรับประทานยาด้วยตนเอง					
10. ฉันมีการวางแผนจัดเตรียมยาสำหรับใช้ใน ช่วงเดินทางออกจากบ้าน					
11. ฉันมีแรงบันดาลใจในการรับประทานยาด้วยตนเอง					
12. ฉันปรึกษาทีมการรักษาเมื่อมีผลข้างเคียงหรือปัญหาจากการใช้ยา					
13. ฉันปรึกษากับทีมการรักษาเกี่ยวกับการปรับยา					
14. ฉันได้รับการปรับยาตามความต้องการอย่างเหมาะสม					
15. ทีมการรักษาเปิดโอกาสให้ฉันซักถามข้อสงสัย					

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรุนแรงของอาการ

คำชี้แจง : ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ โปรดตอบคำถามให้ตรงกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับคุณ

1. **ความไม่เป็นมิตร:** มีความเกลียดชัง ความรู้สึกรังเกียจอย่างมาก ความก้าวร้าว การคุกคาม การโต้เถียง การมีอารมณ์เกรี้ยวกราดการทำลายข้าวของ การต่อสู้อ และการแสดงออกอื่น ๆ ที่แสดงทัศนคติหรือการกระทำที่ไม่เป็นมิตร ไม่รวมความไม่เป็นมิตรเนื่องจากการปกป้องตนเองของระบบประสาท ความวิตกกังวล หรืออาการทางกายอื่น ๆ ไม่รวมเหตุการณ์ที่เป็นการแสดงความโกรธหรือการป้องกันตนเองที่เหมาะสม

คุณเข้ากับคนอื่นได้ดีเพียงใด (ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และอื่นๆ) ?

เมื่อไม่นานมา นี้คุณรู้สึกหงุดหงิดหรืออารมณ์เสียบ้างหรือไม่ (คุณแสดงออกอย่างไร? คุณเก็บความรู้สึกไว้กับตัวเองหรือไม่?)

คุณเคยรู้สึกหงุดหงิดเสียจนคุณตะโกนใส่คนอื่นหรือเริ่มต่อสู้อหรือโต้เถียงหรือไม่? (คุณเคยพบว่าตัวเองตะโกนใส่คนที่คุณไม่รู้จักหรือไม่?)

เมื่อเร็ว ๆ นี้คุณเคยตีใครสักคนหรือไม่?

_____ ไม่ได้ประเมิน

_____ 1 ไม่มี

_____ 2 น้อยมาก: หงุดหงิดหรืออารมณ์เสีย แต่ไม่แสดงออก

_____ 3 น้อย: ชอบโต้เถียงหรือประชดประชัน

_____ 4 ปานกลาง: แสดงอารมณ์โกรธอย่างเปิดเผยในหลาย ๆ โอกาสหรือตะโกนใส่คนอื่นอย่างแรง

_____ 5 รุนแรงปานกลาง: เคยขู่ เหยียดหรือขว้างปาสิ่งของ

_____ 6 รุนแรง: เคยทำร้ายผู้อื่นแต่ไม่น่าจะเป็นอันตราย เช่น ตบหน้าหรือผลัก หรือทำลายข้าวของ เช่น ล้มเฟอร์นิเจอร์ ทำหน้าต่างแตก

_____ 7 รุนแรงมาก: เคยทำร้ายผู้อื่นจนอาจเกิดอันตรายได้หรือเกิดอันตรายขึ้นจริง เช่น ทำร้ายโดยใช้ค้อนหรืออาวุธ

2. **อารมณ์ครั้นเครง** การรู้สึกมีความสุขที่มากเกินไป คงอยู่นาน และไปในทางที่ผิดปกติ ความรื่นเริง ความสุขแบบเคลิบเคลิ้ม (ซึ่งบ่งชี้พยาธิสภาพของอารมณ์) การมองโลกในแง่ดีในแบบที่ไม่สัมพันธ์กับสถานการณ์ ซึ่งไม่รวมถึงความอิมมอกอิมใจที่เกิดจากกิจกรรมมากขึ้นหรือจากคำกล่าวเกินจริงเพียงอย่างเดียว

คุณเคยรู้สึกดีมากเกินไปจนกระทั่งคนอื่นคิดว่านี่ไม่ใช่ตัวตนตามปกติของคุณบ้างหรือไม่?

คุณเคยรู้สึกรื่นเริงมากและรู้สึกมีความสุขที่สุดในโลกโดยไม่มีเหตุผลหรือไม่?

[ถ้าผู้ป่วยกล่าวว่าอารมณ์ครั้นเครง/ความสุขแบบเคลิบเคลิ้ม ให้ถามคำถามต่อไปนี้]

ความรู้สึกนี้มากกว่าแค่ความรู้สึกดีเฉยๆ หรือไม่? ความรู้สึกนี้มีอยู่นานแค่ไหน?

_____ ไม่ได้ประเมิน

_____ 1 ไม่มี

_____ 2 น้อยมาก: ดูเหมือนมีความสุขและรื่นเริงมากโดยไม่มีเหตุผล

_____ 3 น้อย: มีความรู้สึกดีที่คงอยู่นานบางอย่างโดยไม่สามารถอธิบายได้

_____ **4 ปานกลาง:** มีรายงานว่าบางครั้งมีความรู้สึกดีที่มากเกินไปจริงหรือไม่สมจริง มีความรื่นเริง ความมั่นใจ และมองโลกในแง่ดีในแบบที่ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ อาจพูดตลก ยิ้ม สะเพร่า หรือ กระตือรือร้นเกินไป อยู่บ่อยครั้ง หรือเคยมีอาการมีอาการครั้นเครงและมีความสุขแบบเคลิบเคลิ้ม อย่างชัดเจนน้อยครั้ง

_____ **5 รุนแรงปานกลาง:** มีรายงานว่ามีความรู้สึกดีที่มากเกินไปจริงหรือไม่สมจริง มีความมั่นใจ และมองโลกในแง่ดีในแบบที่ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์อยู่หลายครั้ง อาจบรรยายความรู้สึกว่าเหมือน ” อยู่บนจุดสุดยอด ” ทุกอย่างเป็นไปตามต้องการ ” หรือ ” ไม่เคยมีอะไรดีเท่านี้มาก่อน ” หรือมีตัวอย่าง อาการมีอาการครั้นเครงและมีความสุขแบบเคลิบเคลิ้มอย่างชัดเจนหลายครั้ง

_____ **6 รุนแรง:** มีรายงานตัวอย่างอาการมีอาการครั้นเครงและมีความสุขแบบเคลิบเคลิ้มอย่างชัดเจนมากครั้ง หรือมีอาการดีอย่างเห็นได้ชัดอย่างต่อเนื่องตลอดการสัมภาษณ์และไม่เหมาะสมกับเนื้อหา

_____ **7 รุนแรงมาก:** ผู้ป่วยรายงานว่ามีความรู้สึกอึดอัดใจหรือดูเหมือนกำลังมีน้ำท่วม หัวเราะ พูดตลก หัวเราะคิกคัก มีความสุขแบบเคลิบเคลิ้มอย่างต่อเนื่อง รู้สึกไม่มีใครทำอะไรตนเองได้โดยทั้งหมด นี้ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์เฉพาะหน้า

3. ภาวะหลงผิดคิด: มีอาการมองตนเองดีมากเกินจริง มีความเชื่อมั่นอย่างแรงกล้าว่าตนเองมีความสามารถพิเศษ หรือมีพลังหรืออัตลักษณ์แบบใครสักคนที่มีฐานะร่ำรวยหรือมีชื่อเสียง ให้ประเมินเฉพาะคำกล่าวของผู้ป่วยที่พูดเกี่ยวกับตัวเอง ไม่ใช่ลักษณะหรือกริยาของผู้ป่วย หมายถึง: ถ้าผู้ตอบแบบประเมินให้คะแนน “6” หรือ “7” คะแนนเนื่องจากความหลงผิดคิดว่าตนมีความสามารถมากเกินความเป็นจริงท่านต้องให้คะแนนในส่วนของ “เนื้อหาของความคิดที่ผิดปกติ” อย่างน้อย “4” คะแนนหรือมากกว่านั้น

คุณมีอะไรที่พิเศษอยู่ในตัวบ้างหรือไม่? คุณมีความสามารถหรือพลังพิเศษหรือไม่? คุณเคยคิดว่าคุณอาจเป็นใครสักคนที่ร่ำรวยหรือมีชื่อเสียงหรือไม่?

[ถ้าผู้ป่วยกล่าวถึงความคิดที่เกินจริง/อาการหลงผิดให้ถามคำถามต่อไปนี้]

คุณคิดถึงใช้คำบรรยายของผู้ป่วย] บ่อยแค่ไหน? คุณเคยบอกใครถึงสิ่งที่คุณคิดหรือไม่? คุณเคยทำตามความคิดเหล่านี้หรือไม่?

_____ **ไม่ได้ประเมิน**

_____ **1 ไม่มี**

_____ **2 น้อยมาก:** รู้สึกดีมากและปฏิเสธปัญหาที่เห็นได้ชัดว่ามีอยู่จริง แต่ไม่สมจริง

_____ **3 น้อย:** การมองตนเองดีมากเกินความสามารถและการฝึกฝนของตน

_____ **4 ปานกลาง:** โอ้อวดอย่างไม่เหมาะสม อ้างว่าตนเองเฉลียวฉลาด มีความเข้าใจลึกซึ้ง หรือมีพรสวรรค์จนเกินความเป็นจริง แต่แทบจะไม่แสดงออกหรือทำตามความคิดเกี่ยวกับตนเองที่เกินจริงนี้ไม่ได้อ้างว่าความสำเร็จที่มากเกินไปจริงได้เกิดขึ้นจริง ๆ

_____ **5 รุนแรงปานกลาง:** เหมือนกับข้อ 4 แต่มักจะแสดงออกและทำตามความคิดเกี่ยวกับตนเองที่มากเกินไปจริงนี้ อาจมีความสงสัยเกี่ยวกับความเป็นจริงของความคิดที่มากเกินไปจริงเหล่านี้ ไม่มีอาการหลงผิด

_____ **6 รุนแรง:** มีอาการหลงผิด อ้างว่าตนเองมีพลังพิเศษ เช่น ความสามารถในการรับรู้ที่พิเศษกว่าผู้อื่น มีเงินหลายล้านดอลลาร์ เป็นผู้คิดค้นเครื่องจักรใหม่ ทำงานซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าผู้ป่วยไม่เคยทำงานด้วยความสามารถในลักษณะนี้มาก่อนเลย เป็นพระเยซูหรือเป็นประธานาธิบดี ผู้ป่วยอาจไม่มีความหมกมุ่นมากนัก

_____ **7 รุนแรงมาก:** มีอาการหลงผิดเหมือนกับข้อ 6 แต่ดูเหมือนผู้ป่วยจะหมกมุ่น และมีแนวโน้มที่จะแสดงหรือทำตามความหลงผิดว่าตนมีความสามารถที่มากเกินความเป็นจริง

4. อาการซึมเศร้า: รวมถึงความเศร้า การไร้ความสุข การไม่สามารถพึงพอใจกับสิ่งที่ตามปกติจะนำความสุขมาให้ และการหมกมุ่นอยู่กับเรื่องเศร้า (ไม่สามารถดูโทรทัศน์หรือสนทนากับใครได้เนื่องจากซึมเศร้า) ความรู้สึกสิ้นหวัง การสูญเสียคุณค่าของตนเอง (ไม่พอใจหรือรังเกียจตนเองหรือมีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า) ไม่รวมอาการทั่วไปที่เกิดขึ้นพร้อมกับความบกพร่องเหล่านี้ เช่น การเคลื่อนไหวเชื่องช้า การตื่นเช้า หรือการขาดแรงจูงใจ

ในช่วงที่ผ่านมาอารมณ์ของคุณเป็นอย่างไรบ้าง? คุณเคยรู้สึกซึมเศร้า (เศร้า หดหู่ ไม่มีความสุขราวกับว่าคุณไม่สนใจอะไรอีกแล้ว) หรือไม่?

คุณสามารถหันเหความสนใจของคุณไปยังเรื่องที่ทำให้คุณรู้สึกดีขึ้นในเวลาที่คุณต้องการได้หรือไม่?

คุณพบว่าตัวเองสูญเสียความสนใจหรือมีความสุขกับสิ่งที่คุณเคยทำให้คุณเพลิดเพลินน้อยลงหรือไม่ เช่น ครอบครัวยุติเพื่อนฝูง งานอดิเรก ดูโทรทัศน์ การกิน?

[ถ้าผู้ป่วยกล่าวว่ามีความรู้สึกซึมเศร้า ให้ถามคำถามต่อไปนี้]

ความรู้สึกเหล่านี้คงอยู่นานแค่ไหน? ความรู้สึกนี้รบกวนความสามารถในการทำกิจกรรมหรือการทำงานตามปกติของคุณหรือไม่?

_____ **ไม่ได้ประเมิน**

_____ **1 ไม่มี**

_____ **2 น้อยมาก:** รู้สึกเศร้า ไม่มีความสุขหรือซึมเศร้าเป็นบางครั้ง

_____ **3 น้อย:** รู้สึกเศร้าหรือไม่มีความสุขบ่อยครั้ง แต่สามารถหันเหความสนใจไปยังสิ่งอื่น ๆ ได้ทันที

_____ **4 ปานกลาง:** มีช่วงเวลาที่รู้สึกเศร้ามาก ไม่มีความสุข หรือซึมเศร้าปานกลางอยู่บ่อยครั้ง แต่สามารถทำหน้าที่ได้โดยต้องใช้ความพยายามเป็นพิเศษ

_____ **5 รุนแรงปานกลาง:** มีช่วงเวลาที่มีอาการซึมเศร้ามากอยู่บ่อยครั้งแต่ไม่ทุกวัน หรือ การทำหน้าที่บางอย่างถูกรบกวนจากอาการซึมเศร้า

_____ **6 รุนแรง:** มีอาการซึมเศร้ามากทุกวัน แต่ไม่ต่อเนื่องตลอดทั้งวัน หรือการทำหน้าที่หลายอย่างถูกรบกวนจากอาการซึมเศร้า

_____ **7 รุนแรงมาก:** มีอาการซึมเศร้ามากทุกวันหรือการทำหน้าที่โดยส่วนใหญ่ถูกรบกวนจากอาการซึมเศร้า

5. วิตกกังวล: มีความหวาดวิตก ความตึงเครียด ความกลัว ความตื่นตระหนก หรือความกังวล ให้ประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเท่านั้น ไม่ใช่จากอาการวิตกกังวลที่สังเกตเห็นที่ถูกประเมินในหัวข้อ "ความตึงเครียด"

คุณเคยรู้สึกกังวลอย่างมากในช่วงเวลา[ระบุกรอบเวลา] หรือไม่? คุณเคยรู้สึกกังวลหรือหวาดวิตกหรือไม่? (คุณกังวลเกี่ยวกับเรื่องอะไร?)

คุณเป็นห่วงเรื่องอะไรไหม? คุณกังวลเรื่องการเงินหรืออนาคตไหม?

เมื่อคุณรู้สึกเป็นกังวล คุณมีเหงื่อออกที่ฝ่ามือหรือหัวใจคุณเต้นแรง (หรือหายใจไม่ทัน ตัวสั่น หรือสำคัญ) หรือไม่?

ถ้าผู้ป่วยกล่าวว่ามีความรู้สึกวิตกกังวลหรือมีอาการทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นพร้อมกัน ให้ถามคำถามต่อไปนี้

คุณเคยใช้ [ใช้คำอธิบายของผู้ป่วย] มากครั้งแค่ไหน?

มันรบกวนความสามารถของคุณในการทำกิจกรรมหรือทำงานตามปกติหรือไม่?

_____ ไม่ได้ประเมิน

_____ 1 ไม่มี

_____ 2 น้อยมาก: มีรายงานเรื่องความรู้สึกไม่สุขสบายบ้างเนื่องจากความกังวล หรือความกังวลที่เกิดขึ้นไม่บ่อยครั้ง แต่บ่อยกว่าที่คนปกติรู้สึก

_____ 3 น้อย: รู้สึกกังวลบ่อยครั้ง แต่สามารถหันเหความสนใจไปยังสิ่งอื่นๆ ได้ทันที

_____ 4 ปานกลาง: รู้สึกกังวลเกือบตลอดเวลา และไม่สามารถหันเหความสนใจไปยังสิ่งอื่นๆ ได้ง่ายๆ แต่ไม่มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ หรือมีความวิตกกังวลบางโอกาส โดยมีอาการทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นพร้อมกัน แต่ไม่มีความบกพร่องของการทำหน้าที่

_____ 5 รุนแรงปานกลาง: มีช่วงเวลาที่รู้สึกวิตกกังวลและมีอาการทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นพร้อมกันบ่อยครั้งแต่ไม่ทุกวัน หรือการทำงานที่บางอย่างถูกรบกวนจากอาการวิตกกังวลหรือความกลัว

_____ 6 รุนแรง: มีความวิตกกังวลและมีอาการทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นพร้อมกันทุกวัน แต่ไม่ต่อเนื่องตลอดทั้งวัน หรือการทำงานที่หลายอย่างถูกรบกวนจากอาการวิตกกังวลหรือความกลัวที่มีอยู่ตลอดเวลา

_____ 7 รุนแรงมาก: มีความวิตกกังวลและมีอาการทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นพร้อมกันอยู่ตลอดเวลา หรือการทำงานที่โดยส่วนใหญ่ถูกรบกวนจากอาการวิตกกังวลหรือความกลัวที่มีอยู่ตลอดเวลา

6. **เนื้อหาของความคิดที่ผิดปกติ:** เนื้อหาของความคิดที่ผิดปกติ แปรก ประหลาด หรือวิตถาร ให้ประเมินระดับของความไม่ปกติ ไม่ใช่ระดับของการพูดไม่เป็นขั้นเป็นตอนของผู้ป่วย อาการหลงผิดจะชัดเจนโดยไม่ต้องสงสัยถ้าผู้ป่วยทำท่าราวกับว่าความเชื่อที่เป็นการหลงผิดนั้นเป็นสิ่งที่จริง การมีความคิดว่าผู้อื่นพูดถึงหรือรังแกตนสามารถแยกจากความรู้สึกหลงผิดได้ เพราะความคิดนั้นจะถูกแสดงออกมาโดยมีความสงสัยอยู่ด้วยอย่างมากและมีความเป็นจริงอยู่ด้วยมากกว่า ให้รวมการใส่ความคิด การหายไปของความคิด และการแพร่กระจายของความคิดไปสู่ผู้อื่น และรวมความหลงผิดเกี่ยวกับตนเองที่เกินจริง ความหลงผิดทางร่างกายและหลงผิดว่าตนเองถูกบงการหรือรังแก ถึงแม้ว่าจะประเมินไว้ในส่วนอื่นแล้ว

หมายเหตุ ถ้าความกังวลเกี่ยวกับร่างกาย ความรู้สึกผิด ความหวาดระแวง หรือความหลงผิดเกี่ยวกับตนเองที่เกินจริง ได้รับการประเมินด้วยคะแนน “6” หรือ “7” คะแนนเนื่องจากความหลงผิด หัวข้อ “เนื้อหาของความคิดที่ผิดปกติ” จะต้องได้คะแนนประเมิน “4” คะแนนหรือมากกว่านั้น

คุณเคยได้รับข่าวสารพิเศษจากคนหรือจากวิธีที่สิ่งต่างๆรอบตัวคุณ เกิดขึ้นหรือไม่?

คุณเคยเห็นการพูดถึงคุณทางโทรทัศน์หรือหนังสือพิมพ์ไหม?

คนอื่นสามารถอ่านใจคุณออกหรือไม่? คุณมีความสัมพันธ์แบบพิเศษกับพระเจ้าไหม?

มีอะไร เช่นกระแสไฟฟ้า เอ็กซ์เรย์ หรือคลื่นวิทยุที่มีผลต่อคุณหรือไม่? มีความคิดที่ไม่ใช่ความคิดของคุณถูกใส่เข้าไปในหัวคุณหรือไม่? คุณเคยรู้สึกว่าคุณอยู่ภายใต้การควบคุมของคนหรือพลังอื่นหรือไม่

[ถ้าผู้ป่วยพูดถึงความหลงผิดหรือความคิดที่แปลกประหลาด ให้ถามคำถามต่อไปนี้]

คุณคิดถึงใช้คำอธิบายของผู้ป่วย] บ่อยครั้งแค่ไหน?

คุณเคยเล่าประสบการณ์เหล่านี้ให้ผู้อื่นฟังหรือไม่? คุณอธิบายสิ่งที่ได้เกิดขึ้น[ระบุ] อย่างไร?

_____ ไม่ได้ประเมิน

_____ 1 ไม่มี

_____ 2 น้อยมาก: มีความคิดว่าคนอื่นพูดถึงตนเอง (คนอาจจ้องมองหรือหัวเราะเยาะผู้ป่วย)

ความคิดว่าผู้อื่นรังแก (คนอื่นอาจปฏิบัติไม่ดีกับผู้ป่วย) ความเชื่อที่ไม่ปกติในเรื่องพลังทางจิตวิญญาณ จานบิน หรือความเชื่อที่ไม่เป็นจริงเกี่ยวกับความสามารถของตน ไม่ได้เป็นความเชื่อที่มั่นคงมาก มีความสงสัยอยู่บ้าง

_____ 3 น้อย: เหมือนกับข้อ 2 แต่ระดับของการบิดเบือนความจริงรุนแรงกว่าโดยดูได้จากความคิดที่ผิดปกติดังกล่าวหรือความเชื่อ มั่นที่มีมากกว่าเนื้อความอาจเป็นไปได้ตามลักษณะทั่วไปของการหลงผิด (จนถึงขั้นวิตถาร) แต่ไม่ใช่ความเชื่อมั่นแบบเต็มที่ การหลงผิดยังคงดูเหมือนไม่เต็มรูปแบบ แต่อาจพิจารณาได้ว่าเป็นคำอธิบายที่เป็นไปได้สำหรับประสบการณ์ที่ไม่ปกติ

_____ 4 ปานกลาง: มีความหลงผิดแต่ไม่มีความหมกมุ่นหรือบกพร่องในการทำหน้าที่ อาจเป็นความหลงผิดที่ถูกปกปิดไว้หรือเป็นความเชื่อที่ไม่เป็นเหตุเป็นผลอย่างชัดเจนเกี่ยวกับสถานการณ์การหลงผิดในอดีต

_____ 5 รุนแรงปานกลาง: มีอาการหลงผิดอย่างชัดเจนร่วมกับความหมกมุ่นมากหรือการทำหน้าที่ที่หลายด้านถูกรบกวนจากความคิดแบบหลงผิด

_____ 6 รุนแรง: มีอาการหลงผิดอย่างเต็มที่และมีความกังวลอย่างมากหรือการทำหน้าที่ที่หลายอย่างถูกรบกวนจากความคิดหลงผิด

_____ 7 รุนแรงมาก: มีอาการหลงผิดอย่างชัดเจนและมีความหมกมุ่นทุกเรื่อง หรือการทำหน้าที่ส่วนใหญ่ถูกรบกวนจากความคิดแบบหลงผิด

ประเมินข้อต่อไปนี้อาจพฤติกรรมและคำพูดที่สามารถสังเกตได้

7. **ความตื่นเต้น:** ระดับอารมณ์ที่เพิ่มมากขึ้น หรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เพิ่มขึ้นต่อผู้สัมภาษณ์หรือต่อหัวข้อที่กำลังพูดถึง โดยเห็นได้จากระดับความรุนแรงของการแสดงออกทางสีหน้าที่เพิ่มขึ้น ระดับเสียง ท่าทางที่แสดงออกมา หรือการเพิ่มขึ้นของคำพูดทั้งในด้านจำนวนคำและความเร็วที่พูด

_____ ไม่ได้ประเมิน

_____ 1 ไม่มี

_____ **2 น้อยมาก:** มีการเพิ่มขึ้นของความเข้มข้นทางอารมณ์ที่ไม่ชัดเจน เกิดขึ้นเป็นช่วงระยะเวลาสั้น ๆ หรือไม่สามารรถสังเกตเห็นได้ง่าย ตัวอย่างเช่นดูเหมือนตื่นเต้นหรือตื่นตัวจนเกินไปในบางครั้ง

_____ **3 น้อย:** มีการเพิ่มขึ้นของความเข้มข้นทางอารมณ์ที่ไม่สามารรถสังเกตเห็นได้ง่ายแต่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่นการแสดงท่าทางมากและการใช้ระดับเสียงที่หลากหลาย

_____ **4 ปานกลาง:** มีการเพิ่มขึ้นของความเข้มข้นทางอารมณ์อย่างชัดเจน แต่เกิดขึ้นเป็นบางครั้งบางคราว

ตัวอย่างเช่น มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อผู้สัมภาษณ์หรือหัวข้อที่กำลังพูดถึงโดยมีความเข้มข้นทางอารมณ์ที่สังเกตเห็นได้ชัดเจน พบการพูดแบบมีความกดดันอยู่บ้าง

_____ **5 รุนแรงปานกลาง:** มีการเพิ่มขึ้นของความเข้มข้นทางอารมณ์อย่างชัดเจนและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น มีปฏิกิริยากับสิ่งเร้าหลายตัวไม่ว่าจะเกี่ยวข้องหรือไม่ โดยมีความเข้มข้นทางอารมณ์ค่อนข้างมาก มีการพูดแบบมีความกดดันบ่อยครั้ง

_____ **6 รุนแรง:** มีการเพิ่มขึ้นของความเข้มข้นทางอารมณ์อย่างเห็นได้ชัด ตัวอย่างเช่น มีปฏิกิริยากับสิ่งเร้าโดยส่วนใหญ่ ด้วยระดับความเข้มข้นทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม มีปัญหาในเรื่องสมาธิหรือการทำงานต่อเนื่อง มักจะไม่อยู่นิ่งและทำอะไรตามแรงกระตุ้นบ่อยครั้ง มีการพูดแบบมีความกดดัน

_____ **7 รุนแรงมาก:** มีการเพิ่มขึ้นของความเข้มข้นทางอารมณ์ที่เห็นได้อย่างชัดเจนและต่อเนื่อง มีปฏิกิริยากับสิ่งเร้าทุกตัวด้วยระดับความเข้มข้นทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมหรือทำตามแรงกระตุ้นโดยไม่มีความคิดก่อนไม่สามารถจดจ่อหรือทำงานต่อเนื่องได้ไม่อยู่นิ่งและทำอะไรตามแรงกระตุ้นเกือบตลอดเวลา มีการพูดแบบมีความกดดันอย่างต่อเนื่อง

8. การเคลื่อนไหวร่างกายมากเกินไป: การเพิ่มขึ้นของระดับแรงหรือพลัง โดยเห็นได้จากการเคลื่อนไหวที่บ่อยขึ้นหรือการพูดเร็ว ไม่ต้องประเมินหากการไม่อยู่นิ่งนั้นเกิดจากภาวะร่างกายที่ต้องมีการเปลี่ยนท่าบ่อย ๆ

_____ **ไม่ได้ประเมิน**

_____ **1 ไม่มี**

_____ **2 น้อยมาก:** มีอาการไม่อยู่นิ่งอยู่บ้าง ไม่สามารถนั่งอยู่นิ่งได้ มีการแสดงออกทางสีหน้าอย่างมาก หรือค่อนข้างพูดมาก

_____ **3 น้อย:** ไม่อยู่นิ่งเป็นบางโอกาส การไม่อยู่นิ่งเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน มีการใช้ท่าทางมาก มีตัวอย่างของคำพูดที่อยู่ใต้ความกดดันสั้น ๆ 1-3 ตัวอย่าง

_____ **4 ปานกลาง:** ไม่อยู่นิ่งอย่างมาก กระสับกระส่ายไปมา มีการแสดงออกทางสีหน้าที่มากเกินไป หรือมีการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ไม่ได้ทำให้เกิดผลอะไร มีการพูดที่แสดงถึงความกดดันอยู่มากถึงหนึ่งในสามของการสัมภาษณ์

_____ **5 รุนแรงปานกลาง:** มีอาการไม่อยู่นิ่งและกระสับกระส่ายบ่อยครั้ง มีตัวอย่างของการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ไม่ได้ทำให้เกิดผลอะไร ที่มากเกินไปอยู่หลายตัวอย่าง เคลื่อนไหวอยู่เกือบตลอดเวลา มีการพูดที่แสดงถึงความกดดันบ่อยครั้งและการพูดขัดจังหวะทำได้ยาก ลูกขึ้นเดินไปมาหนึ่งถึงสองครั้ง

_____ **6 รุนแรง:** มีการเคลื่อนไหวไม่อยู่นิ่งกระสับกระส่าย และเคาะหรือส่งเสียงดังมากเกินไป และเกือบจะตลอดการสัมภาษณ์ ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการขัดจังหวะการพูด ลูกขึ้นเดินไปมาสามถึงสี่ครั้ง

_____ **7 รุนแรงมาก:** มีการเคลื่อนไหวมากเกินไปอย่างต่อเนื่องตลอดการสัมภาษณ์ เช่น ลูกขึ้นเดินกลับไปกลับมาตลอดเวลา การพูดที่แสดงความกดดันอย่างต่อเนื่องโดยไม่มีหยุดพัก ผู้สัมภาษณ์จะขัดจังหวะได้เพียงแค่ช่วงสั้น ๆ และสามารถเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้นจากการพูดคุยกัน

9. **การถอนตัวทางอารมณ์:** ความบกพร่องในความสามารถของผู้ป่วยในการเชื่อมโยงด้านอารมณ์ในระหว่างการสัมภาษณ์ ใช้ความรู้สึกของท่านว่ามี “กำแพงที่มองไม่เห็น” กั้นขวางระหว่างผู้ป่วยกับผู้สัมภาษณ์หรือไม่ ให้รวมอาการถอนตัวที่เห็นได้ชัดจนกว่าเกิดขึ้นจากกระบวนการทางจิต

_____ **ไม่ได้ประเมิน**

_____ **1 ไม่มี**

_____ **2 น้อยมาก:** การขาดการมีส่วนร่วมทางอารมณ์ที่แสดงให้เห็นโดยการไม่สามารถแสดงความคิดเห็นโต้ตอบเป็นบางโอกาส บางครั้งดูเหมือนจะหมกมุ่นอยู่กับความคิด หรือยึดอย่างไม่เป็นธรรมชาติ และแสดงความสนใจผู้สัมภาษณ์แบบทันทีทันใดอยู่เกือบตลอดเวลา

_____ **3 น้อย:** การขาดการมีส่วนร่วมทางอารมณ์ที่แสดงให้เห็นโดยการไม่สามารถจะแสดงความคิดเห็นโต้ตอบอย่างเห็นได้ชัด ดูหมกมุ่นอยู่กับความคิดหรือขาดความเป็นกันเอง แต่ตอบสนองกับผู้สัมภาษณ์เมื่อถูกเรียกหรือถาม

_____ **4 ปานกลาง:** ไม่มีการแสดงออกทางอารมณ์ในระหว่างการสัมภาษณ์เป็นส่วนใหญ่ เพราะผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่ขยายความสิ่งที่ตนเองตอบ ไม่สบตา ดูเหมือนไม่สนใจว่าผู้สัมภาษณ์กำลังฟังตนพูดอยู่หรือไม่ หรืออาจหมกมุ่นอยู่กับเรื่องที่อยู่ในใจ

_____ **5 รุนแรงปานกลาง:** เหมือนกับข้อ “4” แต่ไม่มีการแสดงอารมณ์เกือบตลอดการสัมภาษณ์

_____ **6 รุนแรง:** หลีกเลี่ยงการมีอารมณ์ร่วมอย่างมาก ไม่ตอบสนองหรือตอบสนองด้วยคำตอบว่าใช่/ไม่ใช่ อยู่บ่อยครั้ง (ไม่ได้เกิดจากความหลงผิดว่ามีคนปองร้ายเพียงอย่างเดียว) ตอบสนองโดยมีการแสดงออกทางอารมณ์น้อยมาก

_____ **7 รุนแรงมาก:** หลีกเลี่ยงการมีอารมณ์ร่วมอย่างต่อเนื่อง ไม่ตอบสนองเลยหรือตอบสนองด้วยคำตอบว่าใช่/ไม่ใช่ (ไม่ได้เกิดจากความหลงผิดว่ามีคนปองร้ายเพียงอย่างเดียว) อาจหยุดการให้สัมภาษณ์ก่อนสัมภาษณ์จบหรือไม่ตอบสนองเลย

10. **การไม่แสดงออกทางอารมณ์** มีการแสดงออกทางอารมณ์ผ่านสีหน้า น้ำเสียงและท่าทางที่จำกัด มีความเฉยเมยหรืออาการไร้อารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจนแม้กระทั่งในขณะที่พูดถึงหัวข้อที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ในกรณีนี้ผู้ป่วยมีความสุขแบบเคลิบเคลิ้มหรือมีความสุขมากเกินไป ให้ประเมินหัวข้อ การไม่แสดงออกทางอารมณ์ถ้ามีความเฉยเมยอย่างชัดเจน

ใช้คำถามต่อไปนี้ในตอนท้ายของการสัมภาษณ์เพื่อประเมินความสามารถในการการตอบสนองทางอารมณ์

เมื่อไม่นานมานี้คุณได้ยินอะไรที่ตลกมากมาบ้างไหม? คุณอยากฟังเรื่องตลกไหม?

_____ ไม่ได้ประเมิน

_____ 1 ไม่มี

_____ 2 น้อยมาก: ความหลากหลายทางอารมณ์ถูกกดหรือเก็บไว้ แต่มีการแสดงออกทางสีหน้าและน้ำเสียงที่เหมาะสมและอยู่ในเกณฑ์ปกติ

_____ 3 น้อย: ความหลากหลายทางอารมณ์โดยรวมลดลงถูกกดหรือเก็บไว้ โดยไม่มีการตอบสนองทางอารมณ์แบบทันทีทันใดที่เหมาะสมจำนวนมากนัก น้ำเสียงค่อนข้างราบเรียบไม่มีเสียงสูงเสียงต่ำ

_____ 4 ปานกลาง: ความหลากหลายทางอารมณ์โดยรวมลดลงอย่างเห็นได้ชัด ผู้ป่วยไม่แสดงอารมณ์ ไม่ยิ้ม หรือไม่ตอบสนองต่อหัวข้อที่ก่อให้เกิดความทุกข์ยาวนาน ๆ ครั้ง น้ำเสียงราบเรียบไม่มีเสียงสูงเสียงต่ำหรือมีการเคลื่อนไหวตามแรงกระตุ้นน้อยลงอย่างเห็นได้ชัด หลังจากมีแสดงออกทางอารมณ์หรือท่าทางแล้วมักจะกลับไปนิ่งเฉยไร้อารมณ์

_____ 5 รุนแรงปานกลาง: ความหลากหลายทางอารมณ์ลดลงอย่างมาก ผู้ป่วยไม่แสดงอารมณ์ ไม่ยิ้ม หรือไม่ตอบสนองต่อหัวข้อที่ก่อให้เกิดความทุกข์เลยหรือตอบสนองน้อยมาก มีท่าทางน้อย และสีหน้าไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงบ่อยนักส่วนใหญ่น้ำเสียงจะราบเรียบไม่มีเสียงสูงเสียงต่ำ

_____ 6 รุนแรง: ความหลากหลายทางอารมณ์หรือการแสดงออกมีน้อยมาก การพูดหรือท่าทางเกิดขึ้นแบบไม่มีชีวิตจิตใจอยู่เกือบตลอดเวลา สีหน้าไม่เปลี่ยนแปลงเลย น้ำเสียงราบเรียบไม่มีเสียงสูงเสียงต่ำเกือบตลอดเวลา

_____ 7 รุนแรงมาก: ไม่มี ความหลากหลายทางอารมณ์หรือการแสดงออกเลย มีการเคลื่อนไหวแบบแข็งทื่อ น้ำเสียงราบเรียบไม่มีเสียงสูงเสียงต่ำตลอดเวลา

ส่วนที่ 4 แบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้มีจำนวน 10 ข้อคำถาม มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงของคุณมากที่สุด

คำถาม	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1. ฉันคิดว่ายารักษาโรคมียาประโยชน์มากกว่าโทษ		
2. เมื่อฉันกินยา ฉันรู้สึกไม่มีเรี่ยวแรง เคลื่อนไหวช้า ไม่มีชีวิตชีวา ไร้อารมณ์		
3. ฉันกินยาด้วยความรู้สึกสะดวกใจของฉัน		
4. ยาทำให้ฉันรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น		
5. ยาทำให้ฉันรู้สึกเหนื่อยล้า เพลียและซีเกียจ		
6. ฉันกินยาเฉพาะตอนที่ฉันป่วย		
7. ฉันรู้สึกเป็นปกติเมื่อฉันกินยา		
8. ฉันรู้สึกว่าร่างกายและจิตใจของฉันไม่เป็นธรรมชาติเลยเมื่อถูกควบคุมด้วยยา		
9. ฉันสามารถคิดได้อย่างปลอดโปร่งมากขึ้นเมื่อฉันกินยา		
10. ฉันสามารถป้องกันการเจ็บป่วยของฉันได้ด้วยการกินยาอย่างต่อเนื่อง		

ส่วนที่ 5 แบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้มีจำนวน 30 ข้อคำถาม มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงของคุณมากที่สุด

ข้อความ	ความหมาย
เกิดประจำ	ทุกวัน
เกิดบ่อยครั้ง	เกือบทุกวัน
เกิดบางครั้ง	เดือนละ 1-2 ครั้ง
เกิดนาน ๆ ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง
ไม่เกิดเคย	ไม่เคยเกิดขึ้นเลย

ในการใช้ยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวน สองขั้วของคุณ คุณมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้น หรือไม่ มากน้อยเพียงใด	ข้อความ				
	เกิด ประจำ	เกิดบ่อยครั้ง	เกิด บางครั้ง	เกิดนาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย เกิด
1. มือสั่นเวลาอยู่เฉย ๆ					
2. การทรงตัวไม่ดี					
3. เดินเซ					
4. มีปัญหาด้านความจำ					
5. กระบวนการใช้ความคิดช้าลง					
6. มีสมาธิลดลง					
7. คลื่นไส้ อาเจียน					
8. ท้องเสีย					
9. เบื่ออาหาร					
10. ท้องผูก					
11. ปวดท้อง แน่นท้อง					
12. น้ำหนักตัวเพิ่ม รับประทานจุ					
13. ปากแห้ง คอแห้ง กระจายน้ำมาก					
14. ตาพร่า					
15. เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ					
16. ง่วง เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย					
17. กล้ามเนื้อไม่มีแรง					
18. ปัสสาวะบ่อย					
19. ปัสสาวะลำบาก					
20. มีผื่นขึ้น					
21. เป็นสิว					
22. ผม่วง					
23. กล้ามเนื้อบิดเกร็ง					

ในการใช้ยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวน สองขั้วของคุณ คุณมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้น หรือไม่ มากน้อยเพียงใด	ข้อความ				
	เกิด ประจำ	เกิดบ่อยครั้ง	เกิด บางครั้ง	เกิดนาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย เกิด
24. ลิ้นแข็ง พูดหรือกลืนลำบาก					
25. กระวนกระวายในใจ อยู่นิ่งไม่ได้ นั่ง ไม่ติด ต้องขยับแขนขา เดินไปมาตลอด					
26. กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง เคลื่อนไหว เชื่องช้า เดินไม่แกว่งแขน					
27. ดูดหรือขมุกขมิมปาก					
28. ลิ้นม้วนไปมาในปากหรือเอาลิ้นดัน แก้ม					
29. มีอาการหน้ามืดเมื่อลุกขึ้นยืน					
30. มีความต้องการทางเพศลดลง					

ส่วนที่ 6 แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้มีจำนวน 9 ข้อคำถาม มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงในชีวิตประจำวันของคุณมากที่สุด

ข้อความ	ความหมาย
เห็นด้วยมากที่สุด	ตรงกับความคิด ความรู้สึกมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	ตรงกับความคิด ความรู้สึกส่วนมาก
เห็นด้วย	ปานกลาง ตรงกับความคิด ความรู้สึกปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	ตรงกับความคิด ความรู้สึกน้อย
ไม่เห็นด้วย	ไม่ตรงกับความคิด ความรู้สึกเลย

คำถาม	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
1. ทีมสุขภาพสามารถประเมินอาการผิดปกติจากการใช้ยาที่เกิดกับคุณได้ถูกต้อง					
2. ทีมสุขภาพมีความรู้เรื่องที่ทำให้คำแนะนำแก่คุณ					
3. ทีมสุขภาพให้การช่วยเหลือคุณทันทีที่มีอาการผิดปกติจากการใช้ยา					
4. ทีมสุขภาพบอกผลตรวจที่คุณต้องการทราบ					
5. คุณเข้าใจคำอธิบายต่าง ๆ ที่ทีมสุขภาพพูดกับคุณ					
6. ทีมสุขภาพเข้าใจปัญหาและความต้องการของคุณ					
7. ทีมสุขภาพมีท่าทางเป็นมิตร					
8. คุณสามารถซักถามทีมสุขภาพ เมื่อคุณมีปัญหาสงสัยเกี่ยวกับการรักษา					
9. การพูดคุยกับทีมสุขภาพทำให้คุณสบายใจมากขึ้น					

ภาคผนวก ข การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ชื่อการศึกษา ปัจจัยทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

1. บทนำ

ข้าพเจ้า นางสาวนฤมล ทองเปีย นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะดำเนินการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Factors Predicting Medication Adherence Among Bipolar Disorder Patients)” ซึ่งการวิจัยครั้งนี้อยู่ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก คือ ดร.วีณา คันฉ่อง และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินิภาญจน์ คงสุวรรณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. ความเป็นมาของการศึกษา/ วัตถุประสงค์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจทำนายของความรู้แรงของโรค ทักษะคิดต่อยา ผลข้างเคียงของยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษากับการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เพื่อนำผลของการศึกษาที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมและเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้มีการยึดติดในการรักษาด้วยยา ท่านเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษา ซึ่งมีความสำคัญในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิจัยครั้งนี้ เมื่อท่านรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยและตกลงที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยพร้อมกับได้ลงลายมือในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม หรือตอบคำถามที่ผู้วิจัยถาม ซึ่งเป็นแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด ประกอบด้วย แบบสอบถามที่ท่านตอบด้วยตนเอง 5 ชุด ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 16 ข้อ (2) แบบประเมินการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 15 ข้อ (3) แบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา จำนวน 10 ข้อ (4) แบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา จำนวน 30 ข้อ (5) แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์ท่าน 1 ชุด ได้แก่ (6) แบบวัดความรู้ความรุนแรงของอาการ จำนวน 10 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที เสร็จสิ้นภายในครั้งเดียว ไม่มีการนัดหมายต่อเนื่อง หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

3. ความเสี่ยง/ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- คุณประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

สำหรับการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่ท่านจะได้มีการทบทวนตนเองถึงการยึดติดในการรักษาด้วยยา หลังจากผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามครบถ้วนสมบูรณ์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะให้ความรู้เรื่องความสำคัญในการรับประทานยาเพิ่มเติม ส่วนผลของ

การศึกษาที่ได้จากการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วรายอื่น ๆ ต่อไป โดยบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมและเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้มีการยึดติดในการรักษาด้วยยา

- ความเสี่ยง หรืออันตรายที่อาจเกิดจากการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ไม่มีโทษทั้งทางด้านการแพทย์ กฎหมายและสังคม ท่านอาจมีความเสี่ยงที่จะเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หรือได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจจากข้อคำถามได้แต่น้อยมาก หากมีความเสี่ยงเกิดขึ้นผู้วิจัยได้วางแผนช่วยเหลือดูแลเบื้องต้น ท่านสามารถแจ้งผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม เพื่อหยุดพักและรับการดูแลเบื้องต้นโดยผู้วิจัย รอให้ท่านพร้อมจึงทำแบบสอบถามอีกครั้ง หากท่านไม่พร้อมในการทำแบบสอบถามต่อหรือไม่สะดวกใจในการทำแบบสอบถาม ท่านสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใด ๆ ให้ผู้วิจัยทราบ และท่านจะยังคงได้รับการรักษาและดูแลตามมาตรฐานตามปกติของโรงพยาบาล และพิจารณาส่งต่อหากท่านต้องการความช่วยเหลือหรือกรณีที่คุณผู้วิจัยประเมินแล้วว่าท่านควรได้รับการช่วยเหลือ นอกเหนือจากความสามารถของผู้วิจัย

4. การปกป้องความลับ

ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ จะไม่มีการอ้างอิงโดยใช้ชื่อของกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ จะใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย และอภิปรายผลภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น สำหรับเอกสารในโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นระยะเวลา 3 ปี หลังการวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์ ก่อนนำไปทำลายโดยตัวผู้วิจัยเอง ด้วยวิธีการเผาทำลายเอกสารเพื่อป้องกันการรั่วไหลข้อมูล

5. การเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งจะไม่มีการบังคับการได้รับการบริการ การรักษาในสถานบริการสุขภาพ และไม่เกิดอันตรายต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมด้วยความสมัครใจในการวิจัยครั้งนี้ จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธ ยกเลิก หรือขอถอนตัวออกจากงานวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับอยู่ตามปกติ

6. การปฏิบัติเมื่อวิจัยมีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้วางแผนช่วยเหลือ หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจ หรือได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ โดยผู้วิจัยเตรียมการช่วยเหลือ ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกผู้วิจัยได้ตลอด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้หยุดพัก เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุยระบายและแสดงออกถึงความรู้สึกได้อย่างเต็มที่ ผู้วิจัยรับฟังอย่างตั้งใจ

2) แสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจแล้วให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง และรอให้กลุ่มตัวอย่างพร้อมจึงทำแบบสอบถามอีกครั้ง

3) กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่พร้อมในการทำแบบสอบถามต่อ หรือกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกใจในการทำแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

4) พิจารณาส่งต่อหากกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือหรือกรณีที่ผู้วิจัยประเมินแล้วว่ากลุ่มตัวอย่างควรได้รับการช่วยเหลือ นอกเหนือจากความสามารถของผู้วิจัย

7. ผู้ที่สามารถติดต่อเมื่อมีข้อคำถาม/ ปัญหา

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ตลอดระยะเวลาของการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ท่านสามารถติดต่อสอบถามโดยตรงกับผู้วิจัยได้ที่ นางสาวนฤมล ทองเปีย สถานที่ติดต่อได้ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ 472 ถนนไทรบุรี ตำบลบ่อ่าง อำเภอมือง จังหวัดสงขลา 90000 โทรศัพท์หมายเลข 083-6375784, E-mail : tontang_conan@hotmail.com

หากผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ สามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่ ศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ 15 ถนนกาญจนวนิช ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 โทรศัพท์ 0-7428-6470 หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ panwadee.t@psu.ac.th

ลายเซ็นนักวิจัย.....

(นางสาวนฤมล ทองเปีย)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลจากนักวิจัยแล้ว และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ลายเซ็นผู้เข้าร่วมวิจัย.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายเซ็นพยาน.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ค
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขา
สังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รหัสรับโครงการ: 2021 - St - Nur - 027 (Internal)

ชื่อโครงการ: ปัจจัยทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

รหัสหนังสือรับรอง: PSU IRB 2021 - St - Nur 038 (Internal)

ชื่อหัวหน้าโครงการ: นางสาวนฤมล ทองเปีย

หน่วยงานที่สังกัด: หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

เอกสารที่รับรอง: 1. แบบเสนอโครงการเข้ารับการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย
2. เครื่องมือวิจัย
3. ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่รับรอง: 1 ธันวาคม 2564

วันที่หมดอายุ: 1 ธันวาคม 2566

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับหลักการ
เบลมอนต์ (Belmont) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และขอให้รายงานผลการวิจัยทุก 1 ปี ตามแบบฟอร์ม AP-007

(ลงนาม)


ศศิธร พุ่มดวง

(ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



เอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	AL 05.1
	หนังสือแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย	เริ่มใช้ มกราคม 2563

ที่ SKPH.IRB/๒๕๖๕

๖ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

เรียน นางสาวนฤมล ทองเปีย

ตามที่ท่านได้ส่งโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรค
อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว รหัสโครงการวิจัยที่ SKPH.IRB.CODE ๖/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๔ นั้น
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ได้พิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าว เห็นสมควรรับรองโดยไม่มี
เงื่อนไข จึงขอส่งหนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย (AL 03.1) ตามรายละเอียดสิ่งที่ส่งมาด้วย

สรุปผลการพิจารณา:

- รับรองโดยไม่มีเงื่อนไข

ผู้วิจัยกรุณาติดต่อกลับมาที่สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ชั้น ๒ อาคารผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โดยสามารถติดต่อสอบถามหรือขอคำปรึกษาได้ทางหมายเลขโทรศัพท์
๐ ๗๔๓๑ ๗๔๐๐ ต่อ ๖๔๕๑๑ หรือ e-mail: skph.irb@gmail.com

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวนฤมล ทองเปีย)


ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

ผู้วิจัย กรุณาส่ง

- ๑) โครงการวิจัยฉบับปรับปรุงแก้ไขจำนวน ๓ ชุด (๑ ชุดจัดทำฉบับ highlight อีก ๒ ชุดจัดทำฉบับ non-highlight) โดยต้องแนบแบบสรุปข้อแก้ไข (แบบฟอร์ม AP ๐๕.๐ และ AP ๐๕.๑) ตาม QR Code ด้านล่างมาด้วย
- ๒) ใส่หมายเลขหน้า เวอร์ชัน และวันที่แก้ไขโครงการวิจัย ในฉบับปรับปรุงแก้ไข

จัดส่งที่สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

ชั้น ๒ อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ต.บ่อทอง อ.เมืองสงขลา จ.สงขลา
หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๗๔๓๑ ๗๔๐๐ ต่อ ๖๔๕๑๔ หรือ e-mail: skph.irb@gmail.com

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	AL 03.1
	หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย	
เลขที่หนังสือรับรอง	SKPH.IRB.CO.A ๑/๒๕๖๕	
ชื่อโครงการวิจัย	ปัจจัยทำนายการยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Factors Predicting Medication Adherence Among Bipolar Disorder Patients)	
รหัสโครงการวิจัย	SKPH.IRB.CODE ๖/๒๕๖๕	
ผู้วิจัยหลัก	นางสาวนฤมล ทองเปีย และคณะ	
สังกัดหน่วยงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลาราชนครินทร์	
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย	-	
ประเภทการทบทวน	การพิจารณาโครงการวิจัยแบบเร็ว (expedited review)	
เอกสารที่รับรอง		
๑. โครงการวิจัย (ฉบับภาษาไทย)	วันที่ ๓๕ ธันวาคม ๒๕๖๔	
๒. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย	วันที่ ๓๕ ธันวาคม ๒๕๖๔	
๓. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย	วันที่ ๓๕ ธันวาคม ๒๕๖๔	
๔. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	วันที่ ๓๕ ธันวาคม ๒๕๖๔	
๕. ประวัติผู้วิจัย	วันที่ ๓๕ ธันวาคม ๒๕๖๔	
วันที่รับรอง ๖ มกราคม ๒๕๖๕	วันที่หมดอายุการรับรอง ๕ มกราคม ๒๕๖๖	
กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้าทุก ๑๒ เดือน (ส่งรายงานความก้าวหน้าภายใน ๓๐ วัน ก่อนวันหมดอายุ)		
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ดำเนินการให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)		
ลงนาม..... (นางสาวนฤมลสกล เทพรัักษ์) ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์		
ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขข้อตั้งที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)		



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	AL 03.1
หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย	

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

๑. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัดและหลักการจริยธรรมในการวิจัยตามที่กำหนดไว้ในรายงานของเบลมอนท์
๒. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์เท่านั้น
๓. การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในโครงการวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ต้องได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์เท่านั้นก่อน เว้นแต่ว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นจำเป็นเร่งด่วน เพื่อความปลอดภัยของอาสาสมัคร
๔. รายงานปัญหาทั้งหมดที่เกิดขึ้น (เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์, ความเบี่ยงเบนของโครงการวิจัย การละเมิด และปัญหาอื่น ๆ) มายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เท่านั้น ตามกำหนดเวลา
๕. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
๖. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย ๑ เดือน ก่อนหมดอายุการรับรอง

ภาคผนวก ง

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)

1. ตัวแปรอิสระต้องมีระดับการวัดอยู่ในช่วงมาตรา (interval scale) หรืออัตราส่วน (ratio scale) ในกรณีตัวแปรอิสระมีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ (nominal scale) และแบบอันดับ (ordinal scale) ต้องมีการแปลงตัวแปรให้เป็นตัวแปรหุ่นก่อน โดยใช้เลข 0 และ 1 แทนระดับค่าตัวแปร

ในการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรอิสระประกอบด้วย ความรุนแรงของโรค ผลข้างเคียงของยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา และตัวแปรตามคือ การยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นตัวแปรที่มีระดับการวัดอยู่ในช่วงมาตรา (interval scale) ส่วนตัวแปรทัศนคติต่อยา มีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ (nominal scale) ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normality distribution ต้องมีการแปลงตัวแปรให้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable)

2. ทดสอบตัวแปรอิสระว่ามีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normality) โดยพิจารณาจากค่าสถิติสัมประสิทธิ์ความเบ้ และค่าสัมประสิทธิ์ความโด่งของการแจกแจงข้อมูล (Statistic Skewness & Statistic Kurtosis) ซึ่งอยู่ในช่วง -3.29 ถึง +3.29 (Kim, 2013) ต้องมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

2.1 ความรุนแรงของโรค

ตาราง 9

แสดงการกระจายของข้อมูลความรุนแรงของโรค (n=90)

	Statistic	Std. Error	standardized
Skewness	.544	.254	2.14
Kurtosis	.924	.503	1.84

จากตารางค่า Standardized ของความรุนแรงของโรค ซึ่งอยู่ในช่วง -3.29 ถึง +3.29 ดังนั้นเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normal distribution

2.2 ทัศนคติต่อยา

ตาราง 10

แสดงการกระจายของข้อมูลทัศนคติต่อยา (n=90)

	Statistic	Std. Error	standardized
Skewness	-.982	.254	-3.87
Kurtosis	.329	.503	0.65

Mean = 8.30 Median = 9.00

ตัวแปรทัศนคติต่อยา มีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ (nominal scale) ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normality distribution ต้องมีการแปลงตัวแปรให้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) โดย 0 แทน ทัศนคติต่อยาไม่ดี และ 1 แทน ทัศนคติต่อยาดี จากตารางค่า Standardized ของทัศนคติต่อยา ไม่อยู่ในช่วง -3.29 ถึง +3.29 เมื่อพิจารณาจากค่า Mean และค่า Median พบว่า ค่า Mean = 8.30 และค่า Median = 9.00 ซึ่งมีค่าที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ข้อมูลแจกแจงแบบโค้งปกติ เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normal distribution

2.3 ผลข้างเคียงของยา

ตาราง 11

แสดงการกระจายของข้อมูลผลข้างเคียงของยา (n=90)

	Statistic	Std. Error	standardized
Skewness	.708	.254	2.79
Kurtosis	-.236	.503	-0.47

จากตารางค่า Standardized ของผลข้างเคียงของยา ซึ่งอยู่ในช่วง -3.29 ถึง +3.29 ดังนั้นเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normal distribution

2.4 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา

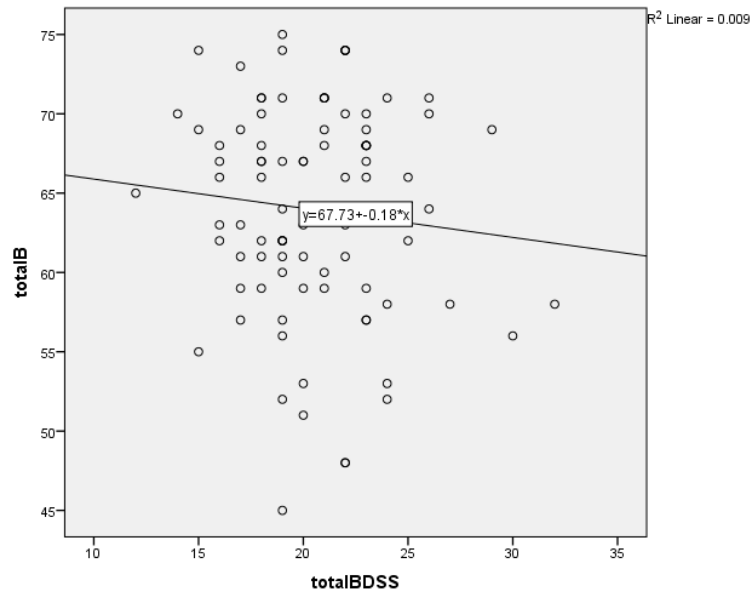
ตาราง 12

แสดงการกระจายของข้อมูลสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา (n=90)

	Statistic	Std. Error	standardized
Skewness	-.672	.254	-2.65
Kurtosis	-.146	.503	-0.29

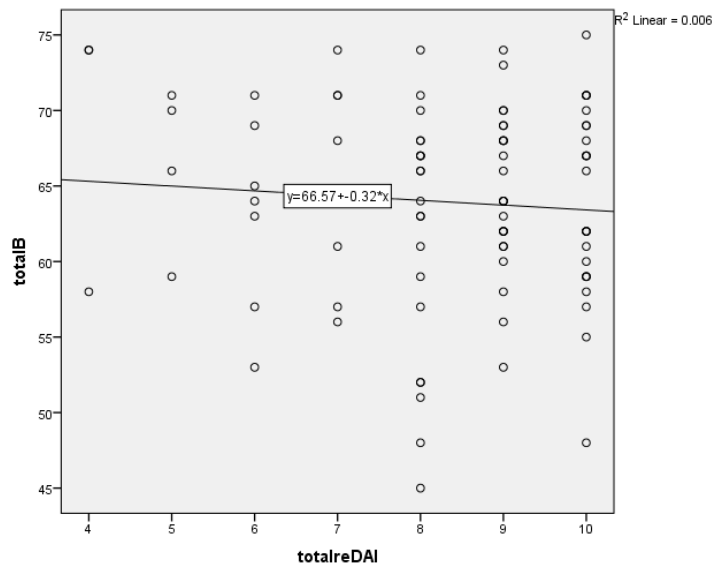
จากตารางค่า Standardized ของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา ซึ่งอยู่ในช่วง -3.29 ถึง +3.29 ดังนั้นเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normal distribution

3. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) พิจารณาจากลักษณะการกระจายของข้อมูลแผนภาพกระจาย (scatter plot) ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม กราฟที่ได้ควรมีลักษณะเป็นเส้นตรง จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2553)



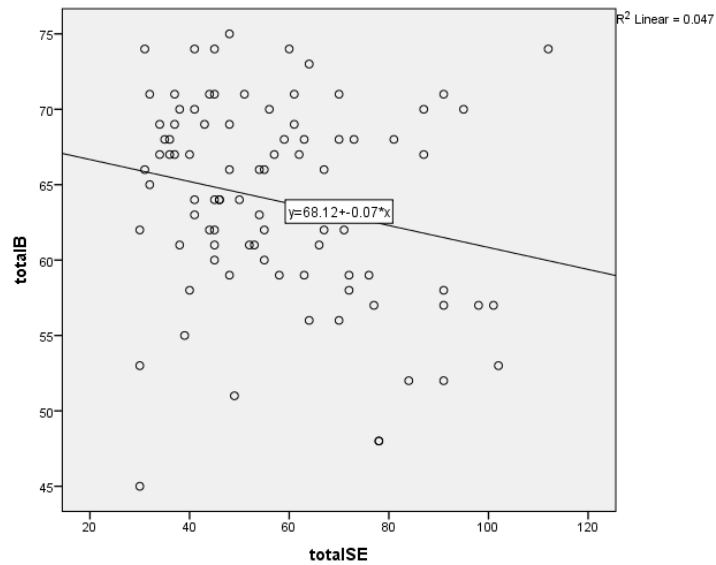
ภาพ 2 การกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างความรุนแรงของโรค กับ การยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากภาพการกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างความรุนแรงของโรค กับ การยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ linearity



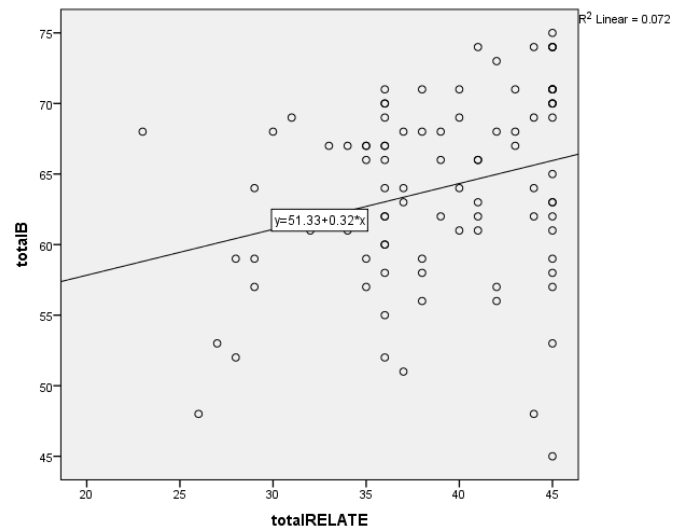
ภาพ 3 การกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างทัศนคติต่อยา กับ การยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากภาพการกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างทัศนคติต่อยา กับ การยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ linearity



ภาพ 4 การกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างผลข้างเคียงของยา กับ การยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

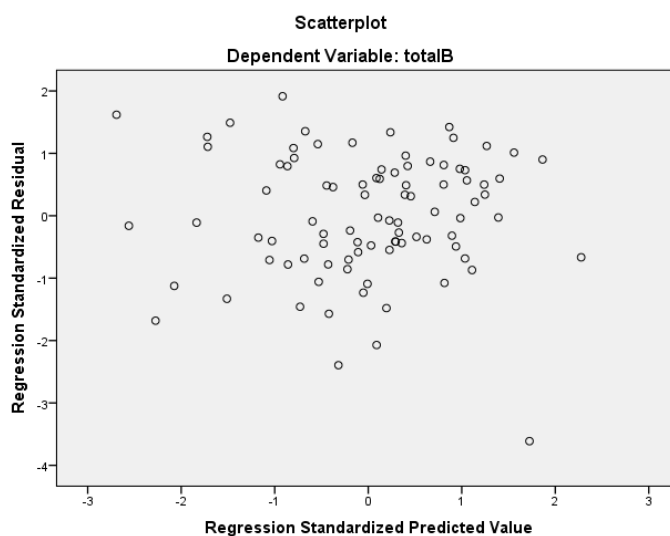
จากภาพการกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างผลข้างเคียงของยา กับ การยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ linearity



ภาพ 5 การกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา กับ การยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากภาพการกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและ ทีมการรักษา กับ การยึดติดในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นไปตาม ข้อตกลงเบื้องต้นของ linearity

4. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity)



ภาพ 6 การกระจายของค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปร พยากรณ์

จากภาพการกระจายใน scatter plot โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างค่าความ คลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standardized residuals values หรือ ZRESID) และค่าประมาณ Y ในรูป คະแนนมาตรฐาน (Standardized predicted values หรือ ZPRED) โดยค่า ZRESID อยู่ในช่วง - 2.00 ถึง +2.00 ถือว่าค่าแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนคงที่ (กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์ บัญชา, 2560) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ กระจายบริเวณค่าศูนย์ และส่วนใหญ่ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (ZRESID) อยู่ระหว่าง -2.00 ถึง +2.00 จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้น

5. ค่าความคลาดเคลื่อนที่เป็นอิสระต่อกัน (Autocorrelation) (บุญใจ ศรีสถิตนรา กูร, 2553) โดยพิจารณาจากการทดสอบเดอร์บิน – วัตสัน (Durbin –Watson) ซึ่งควรมีค่าเข้าใกล้ 2 หรือมีค่าในช่วง 1.5 - 2.5 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ค่าทดสอบเดอร์บิน – วัตสัน เท่ากับ 1.864 แสดงว่า ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ที่คนคิดต่อยา ผลข้างเคียงของยา และสัมพันธภาพระหว่าง ผู้ป่วยและทีมการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้น

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.350 ^a	.122	.081	6.354	1.864

a. Predictors: (Constant), totalreDAI, totalRELATE, totalSE, totalBDSS

b. Dependent Variable: totalB

ภาพ 7 ผลการทดสอบค่าความคลาดเคลื่อนที่เป็นอิสระต่อกัน

6. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (multicollinearity) โดยวิเคราะห์โดยพิจารณาจากค่าต่อไปนี้

6.1 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรมีค่าไม่เกิน .65 (Burn & Grove, 2009) นั่นคือตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ทศนคติต่อยา ผลข้างเคียงของยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันอยู่ระหว่าง .041 - .194 ซึ่งมีค่าไม่เกิน .65 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้น

Correlations

		totalBDSS	totalSE	totalRELATE	totalreDAI
totalBDSS	Pearson Correlation	1	.194	-.073	-.194
	Sig. (2-tailed)		.067	.492	.067
	N	90	90	90	90
totalSE	Pearson Correlation	.194	1	-.041	-.194
	Sig. (2-tailed)	.067		.702	.067
	N	90	90	90	90
totalRELATE	Pearson Correlation	-.073	-.041	1	-.182
	Sig. (2-tailed)	.492	.702		.085
	N	90	90	90	90
totalreDAI	Pearson Correlation	-.194	-.194	-.182	1
	Sig. (2-tailed)	.067	.067	.085	
	N	90	90	90	90

ภาพ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ทศนคติต่อยา ผลข้างเคียงของยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา

6.2 วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในชุดเดียวกัน (collinearity) พิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระจาก ค่าการยอมรับหรือความคลาดเคลื่อนยินยอม

(tolerance) ปกติมีค่าตั้งแต่ 0 -1 ถ้าค่าเข้าใกล้ 1 แปลว่าตัวแปรเป็นอิสระจากกันและมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นต่ำ แต่ ถ้าค่าเข้าใกล้ 0 มากเท่าใด แสดงว่าตัวแปรอิสระนั้นมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ๆ สูง (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กันเองสูงต้องมีค่าการยอมรับหรือความคลาดเคลื่อนยินยอมน้อยกว่า .10 ในการศึกษาครั้งนี้ ค่า tolerance เท่ากับ .896 - .933 ซึ่งมีค่ามากกว่า .10 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้น และพิจารณาจากค่าองค์ประกอบความแปรปรวนที่สูงเกินความเป็นจริง (Variance Inflation Factor หรือ VIF) ต้องมีค่าไม่เกิน 10 หากมีค่ามากกว่า 10 แสดงว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองสูง (กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2560) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ค่า VIF อยู่ในช่วง 1.052 - 1.116 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 10 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้น




Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	61.785	8.777		7.039	.000		
	totalBDSS	-.104	.200	-.055	-.520	.605	.927	1.078
	totalSE	-.072	.035	-.213	-2.028	.046	.933	1.071
	totalRELATE	.291	.126	.239	2.298	.024	.951	1.052
	totalreDAI	-.350	.442	-.085	-.791	.431	.896	1.116

a. Dependent Variable: totalB

ภาพ 9 ผลการทดสอบค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในชุดเดียวกัน

ภาคผนวก จ
ใบอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ

ที่ อว 64.11/ 0351		<table border="1"> <tr><td>คณะกรรมการ</td></tr> <tr><td>เลขที่รับ</td></tr> <tr><td>วันที่</td></tr> <tr><td>เวลา</td></tr> </table>	คณะกรรมการ	เลขที่รับ	วันที่	เวลา
คณะกรรมการ						
เลขที่รับ						
วันที่						
เวลา						
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330						
12 มีนาคม 2563						
เรื่อง	อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย					
เรียน	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์					
อ้างอิง	หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ อว 6801.05/194 ลงวันที่ 30 มกราคม 2563 เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์					
<p>ตามหนังสือที่อ้างถึง ดังรายละเอียดแจ้งแล้วนั้น คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณาแล้วยินยอมอนุญาตให้ นางสาวนฤมล ทองเปีย ใช้เครื่องมือวิจัย "แบบประเมินความรุนแรงของอาการ" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ของ นางสาวกรรณิการ์ เลาประเสริฐสุข ใช้เครื่องมือวิจัย "แบบประเมินทัศนคติต่อการรับประทุษร้าย และแบบประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ของ นางสาวเมธาวี สุนสมบัติ และใช้เครื่องมือวิจัย "แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ของ นางสาวอุมาพร กาญจนรักษ์ ทั้งนี้หากท่านประสงค์จะปรับปรุงเครื่องมือวิจัยขอให้แจ้งคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อพิจารณา ทั้งนี้ขอความร่วมมือเขียนรายการอ้างอิงจากบทความวิจัย ดังนี้</p>						
<p>เมธาวี สุนสมบัติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2562). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว. วารสารแพทยนิติ. 46 (3), 566 - 580.</p>						
<p>กรรณิการ์ เลาประเสริฐสุข เพ็ญพักตร์ อุทิศ และวิชนิกร เกิดโชค. (2555). ผลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว. วิทยานิพนธ์-หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.</p>						
<p>อุมาพร กาญจนรักษ์ และจินตนา ยูนิพันธุ์. (2545). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.</p>						
<p>จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง</p>						
ขอแสดงความนับถือ						
						
(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์						
ฝ่ายวิชาการ						
โทร. 0-2218-1129 Email: fonbox@chula.ac.th						
						

ภาคผนวก ฉ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สังกัด
1. รองศาสตราจารย์ ดร. วันดี สุทธิรังษี	สำนักการศึกษาและนวัตกรรมการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมชื่น สมประเสริฐ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี
3. พว. บุญเยี่ยม คำชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้ได้รับ วุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพฯ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อนักศึกษา	นางสาวนฤมล ทองเปีย	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	6010420027	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2556

ทุนการศึกษา

ทุนอุดหนุนการค้นคว้าวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ ปีงบประมาณ 2563 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา