# การศึกษาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*

# A Study on Recurrence of Patients with Bipolar Disorders in Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province*

จีราวรรณ เดชธรรม, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) [1]
Jeerawan Datthum, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing) [1]
สมบัติ สกุลพรรณ์, ปร.ด. (หลักสูตรและการสอน) [2]
Sombat Skulphan, Ph.D. (Curriculum and Instruction) [2]
ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, ค.ด. (จิตวิทยาการศึกษา) [3]
Darawan Thapinta, Ph.D. (Educational Psychology) [3]

Received: March 7, 2022 Revised: May 28, 2022 Accepted: June 2, 2022

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่กลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 66 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว มีค่าความเชื่อมั่น .85 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

* การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's Independent Study of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

[1] มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

[1] Master, Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: poyleejung@gmail.com

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

[2] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor

[3] ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

[3] Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว มีดังนี้ 1) การลืมรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่องในช่วงที่ได้รับการรักษาที่บ้าน 2) การมีอาการนอนไม่หลับ หรือมีความต้องการนอนหลับน้อยลง 3) การมีความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ 4) การมีความรู้สึกผิดที่ทำให้คนในครอบครัวต้องรู้สึกเป็นทุกข์เพราะตนเองป่วย 5) การที่ปัจจุบันเป็นโรควิตกกังวลร่วมกับโรคอารมณ์สองขั้ว 6) การมีความเครียดจากสถานการณ์ที่เกิดกับตนเอง 7) การมีความรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคที่เป็นอยู่ 8) การมีความรู้สึกหงุดหงิดเมื่อประสบกับปัญหาต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป 9) การมีความรู้สึกกลัวการถูกปฏิเสธจากสังคม 10) การมีความรู้สึกเป็นคนที่อารมณ์หงุดหงิดง่าย หรือมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และ 11) การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลจิตเวชควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความรู้เรื่องโรคและการรักษา ส่งเสริมให้มีการนอนที่เพียงพอ ฝึกทักษะการจัดการด้านอารมณ์ และแนะนำให้หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

**คำสำคัญ**: ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว การกลับเป็นซ้ำ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำ

## Abstract

This descriptive research aimed to study the recurrence of patients with bipolar disorders in Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province. The samples consisted of 66 patients with bipolar disorders who returned to admit in the in-patient department at Suan Prung Hospital. The research instruments included the personal information questionnaire and the factors related to recurrence of bipolar disorder assessment form with reliability as .85. Data were collected from November to December, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The research results revealed that factors related to recurrence of bipolar disorder were as follows: 1) forgetting to take medicine during the period of treatment at home; 2) insomnia; 3) fear of their own illness; 4) guilt feeling about suffering of their family members; 5) being anxiety disorders together with bipolar disorders; 6) stress; 7) low self-esteem due to their illness; 8) easy irritability; 9) fear of social rejection; 10) emotional lability; and 11) drinking energy drinks and coffee.

This research suggests that psychiatric nurses should provide knowledge regarding illness and treatment, enhance adequate sleep, practice emotions management, and advice to avoid drinking energy drinks and coffee for patients with bipolar disorders. This helps prevent the recurrence among these patients.

**Keywords**: Patients with bipolar disorders, Recurrence, Factors related to the recurrence

**ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา**

โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorders) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ผู้ที่เป็นโรคนี้จะมีอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน ลักษณะอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปมีสองแบบ แบบแรกมีลักษณะอารมณ์และพฤติกรรมแบบซึมเศร้า และแบบที่สองมีลักษณะอารมณ์และพฤติกรรมแบบคึกคัก พลุ่งพล่าน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) จากข้อมูลพบว่า ในปี ค.ศ. 2017 มีผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 46 ล้านคน โดยโรคอารมณ์สองขั้วเป็นสาเหตุอันดับ 6 ของความพิการด้านจิตใจ (mental disabilities) ของประชากรทั่วโลก (World Health Organization, 2018) และผลการสำรวจความชุกชั่วชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในต่างประเทศพบความชุกประมาณร้อยละ 2.40 ของประชากรทั่วโลก (Merikangas et al., 2011) ส่วนในประเทศไทย จากรายงานการให้บริการผู้ป่วยจิตเวช กรมสุขภาพจิต และคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2559 พบว่ามีผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วร้อยละ 4.50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2560) สำหรับสถิติของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงปี พ.ศ. 2558–2560 พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 1,201 คน 1,230 คน และ 1,273 คน ตามลำดับ และมารับบริการแบบผู้ป่วยใน จำนวน 333 คน 354 คน และ 373 คน ตามลำดับ โดยพบว่ามีผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป จำนวน 65 คน 72 คน และ 80 คน คิดเป็นร้อยละ 19.51, 20.34 และ 21.44 ของจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยใน ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี (ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลกระทบจากโรคอารมณ์สองขั้วก่อให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ต่าง ๆ สูญเสียความเป็นตัวเอง และเป็นภาระต่อสังคม โดยโรคอารมณ์สองขั้วทำให้ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปเกิดภาวะซึมเศร้าหรือเป็นโรคซึมเศร้า (National Institute of Mental Health, 2017) มีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมและความสามารถในการทำงาน (Bhatia, Sidana, Das, & Bajaj, 2018) และทำให้เกิดปัญหาว่างงานหรือตกงานในที่สุด (ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และบุญเยี่ยม คำชัย, 2556) จากรายงานระบุว่า แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษา แต่ประมาณร้อยละ 37 ของผู้ป่วยจะกลับเป็นซ้ำ โดยจะเข้าสู่ภาวะซึมเศร้าหรือความคลุ้มคลั่ง (depressive episode or manic episode) ภายใน 1 ปีหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 78.60 เคยมีความคิดฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้ง (Morgan et al., 2015) ส่วนการศึกษาของ Geddes and Miklowitz (2013) พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วประมาณร้อยละ 60 มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 2 ปี

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วนั้น ในส่วนปัจจัยด้านบุคคล งานวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริการะบุว่า ปัญหาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่อยู่ในระยะอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ส่งผลต่อการรักษาโรคที่แย่ลง ทำให้มีการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (Hodgkin et al., 2018) และการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วยังมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา (Hibar et al., 2016) ส่วนประเทศไทยมีการศึกษาปัจจัยด้านความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วพบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรับประทานยา มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว (ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และบุญเยี่ยม คำชัย, 2556; เมธาวี ลุนสมบัติ, 2560) ในส่วนปัจจัยด้านสังคม พบว่า ปัจจัยเสี่ยงด้านความคิดและพฤติกรรมในการทำหน้าที่ในสังคมที่ผิดปกติ ทำให้มีการกำเริบซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว (Cosgrove et al., 2017) รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น (Chand, Mattoo, & Sharan, 2004)

นอกจากนี้ การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วยังอาจเกิดขึ้นจากความเครียดทางสังคม จากการศึกษาในประเทศอินเดียพบว่า ความเครียดจากการเผชิญปัญหาในการทำงาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและคนในครอบครัวที่เป็นไปในทางลบ ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกัน เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (Wesley, Manjula, & Thirthalli, 2018) ในส่วนปัจจัยด้านจิตใจ ผู้ที่เป็นโรควิตกกังวลร่วมกับโรคอารมณ์สองขั้วเป็นเวลายาวนาน ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้วได้ (Shah et al., 2017) และในส่วนปัจจัยด้านสุราและสารเสพติด งานวิจัยในต่างประเทศระบุว่า ผู้ที่เป็นโรคอารมณ์สองขั้วที่สูบบุหรี่เป็นเวลานาน ส่งผลให้มีอาการของโรคมากขึ้น หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง (Vázquez, Tondo, Undurraga, & Baldessarini, 2018; Yee, Ng, & Seng, 2018) การใช้สารนิโคติน แอลกอฮอล์ และสารเสพติดอื่น ๆ ทำให้เกิดการกระตุ้นให้มีการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (Bobo et al., 2018) และในประเทศจีนพบว่า การใช้สารเสพติดโดยเฉพาะแอลกอฮอล์ ทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีการกำเริบซ้ำ (Hamilton et al., 2016)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า โรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรคทางจิตเวชโรคหนึ่งที่พบมากและมีระยะการดำเนินของโรคที่ยาวนาน ซึ่งผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงและมีแนวโน้มของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังไม่ทราบแน่ชัดว่าการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้วเกิดจากปัจจัยใดบ้าง ดังเช่น การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในโรงพยาบาลสวนปรุงที่ยังคงเป็นปัญหาอยู่ และสถิติการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุงที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสวนปรุง จึงสนใจศึกษาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ในโรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

**กรอบแนวคิดในการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าประกอบด้วยปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในการรักษาโรคอารมณ์สองขั้ว และการนอนไม่หลับ 2) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพกับครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน และสัมพันธภาพกับชุมชน 3) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ โรคทางจิตเวช (เช่น โรควิตกกังวลจากโรคที่เป็นอยู่) ปัญหาด้านสุขภาพจิต (เช่น มีความเครียดง่าย มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง) และบุคลิกภาพผิดปกติ (เช่น มีปัญหาในการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หวาดระแวงเมื่อต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่น) และ 4) ปัจจัยด้านสุราและสารเสพติด ได้แก่ การใช้สุรา การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และกาแฟ

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ววัยผู้ใหญ่ที่กลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยกลับมารักษาซ้ำหลังการรักษาครั้งแรก 6 เดือน จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและข้อมูลในแฟ้มประวัติ จำนวน 80 คน (ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2560) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์สองขั้วตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5 2) มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ครั้งที่ 2 ขึ้นไป หรือมารับการรักษาครั้งแรกที่โรงพยาบาลสวนปรุง แต่มีประวัติได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลอื่นมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน 3) อายุ

18–59 ปี 4) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 66 คน

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา ประวัติการป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวน ประวัติการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่น ๆ สถานการณ์ความเครียด ยาที่ใช้ในการรักษา การใช้สมุนไพร และการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดในโรงพยาบาล จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล จำนวน 5 ข้อ ปัจจัยด้านสังคม จำนวน 11 ข้อ ปัจจัยด้านจิตใจ จำนวน 11 ข้อ และปัจจัยด้านสุราและสารเสพติด จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 31 ข้อ ประกอบด้วยข้อความ 2 ลักษณะ คือ ข้อความที่มีแนวโน้มส่งเสริมการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว และข้อความที่มีแนวโน้มหยุดยั้งการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน พิจารณาจากค่าร้อยละของผู้ที่ตอบว่าใช่ โดยข้อความที่มีแนวโน้มส่งเสริมการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว หากมีค่าร้อยละของผู้ที่ตอบว่าใช่มากกว่า 50 จะสรุปว่า ปัจจัยนั้นเกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว ส่วนข้อความที่มีแนวโน้มหยุดยั้งการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว หากมีค่าร้อยละของผู้ที่ตอบว่าใช่มากกว่า 50 จะสรุปว่า ปัจจัยนั้นไม่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและสุขภาพจิต อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและสุขภาพจิต และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและสุขภาพจิต ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .85

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 111/2019 วันที่ 1 สิงหาคม 2562) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง (เอกสารรับรอง เลขที่ 20/2562 วันที่ 30 ตุลาคม 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง เข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยใน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยใน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ และเชิญกลุ่มตัวอย่างมาที่ห้องทำกิจกรรมกลุ่มในหอผู้ป่วย ซึ่งมีลักษณะเป็นสัดส่วนและไม่มีเสียงรบกวน และให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว โดยให้เวลาประมาณ 20 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2562

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ

**ผลการวิจัย**

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.03 มีอายุอยู่ในช่วง 51–60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.82 โดยมีอายุเฉลี่ย 56 ปี (*SD* = 1.27) มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.88 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.36 ส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาอยู่ในช่วง 1–10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 87.88 โดยมีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาเฉลี่ย 2 ครั้ง (*SD* = 5.60) ไม่มีประวัติการป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวน คิดเป็นร้อยละ 66.67 ไม่มีประวัติการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 80.30 มีสถานการณ์ความเครียด คิดเป็นร้อยละ 59.09 ยาที่ใช้ในการรักษาส่วนใหญ่ คือ ยากลุ่มควบคุมอารมณ์ คิดเป็นร้อยละ 86.36 ไม่ใช้สมุนไพร คิดเป็นร้อยละ 66.67 และไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 65.15

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว มีดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านบุคคล พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว มี 2 ปัจจัย คือ การลืมรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่องในช่วงที่ได้รับการรักษาที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 51.52 และการมีอาการนอนไม่หลับ หรือมีความต้องการนอนหลับน้อยลง คิดเป็นร้อยละ 68.18 ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จำแนกตามปัจจัยด้านบุคคล (n = 66)

| ปัจจัยด้านบุคคล | ใช่ | | ไม่ใช่ | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| 1. มีความรู้ความเข้าใจว่าโรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ | 63 | 95.45 | 3 | 4.55 |
| 2. มีความรู้ความเข้าใจว่าการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างครบถ้วน ถูกต้อง จะทำให้อาการของโรคกำเริบ และเกิดโรคที่รุนแรงหรือเรื้อรังได้ | 50 | 75.76 | 16 | 24.24 |
| 3. มีการลืมรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่องในช่วงที่ได้รับการรักษาที่บ้าน | 34 | 51.52 | 32 | 48.48 |
| 4. มีการเลิกใช้ยาหรือหยุดยาเองเนื่องจากมีผลข้างเคียงจากการรับประทานยา | 23 | 34.85 | 43 | 65.15 |
| 5. มีอาการนอนไม่หลับ หรือมีความต้องการนอนหลับน้อยลง | 45 | 68.18 | 21 | 31.82 |

2.2 ปัจจัยด้านสังคม พบว่า ปัจจัยด้านสังคม ทั้ง 11 ปัจจัย ไม่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จำแนกตามปัจจัยด้านสังคม (n = 66)

| ปัจจัยด้านสังคม | ใช่ | | ไม่ใช่ | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| 1. ท่านมีคนในครอบครัวที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการ | 52 | 78.79 | 14 | 21.21 |
| 2. ท่านมีคนในครอบครัวที่รักและห่วงใยท่านเสมอ | 59 | 89.39 | 7 | 10.61 |
| 3. ท่านมีการติดต่อกับคนในครอบครัวอยู่เสมอแม้ไม่ได้อยู่ร่วมกัน | 55 | 83.33 | 11 | 16.67 |
| 4. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัวและสามารถให้คำปรึกษาท่านได้ | 60 | 90.91 | 6 | 9.09 |
| 5. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนและสามารถให้คำปรึกษาท่านได้ | 60 | 90.91 | 6 | 9.09 |
| 6. ท่านมีการติดต่อไปมาหาสู่กับผู้อื่นอย่างสม่ำเสมอ | 54 | 81.82 | 12 | 18.18 |
| 7. ท่านมีการติดต่อกับผู้อื่นและได้เข้าร่วมกิจกรรมสาธารณประโยชน์ต่าง ๆ ร่วมกับผู้อื่น | 56 | 84.85 | 10 | 15.15 |
| 8. ท่านสามารถปรับตัวในการใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้อื่นได้ดี | 63 | 95.45 | 3 | 4.55 |
| 9. คนรอบตัวท่านไม่แสดงท่าทางรังเกียจหรือไม่ชอบท่าน | 51 | 77.27 | 15 | 22.73 |
| 10. ท่านเป็นที่ยอมรับของคนในสังคม | 58 | 87.88 | 8 | 12.12 |
| 11. ท่านได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่น การจ้างงาน สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล เป็นต้น | 54 | 81.82 | 12 | 18.18 |

2.3 ปัจจัยด้านจิตใจ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว มี 8 ปัจจัย คือ การมีความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ คิดเป็นร้อยละ 51.52 การมีความรู้สึกผิดที่ทำให้คนในครอบครัวต้องรู้สึกเป็นทุกข์เพราะตนเองป่วย คิดเป็นร้อยละ 69.70 การที่ปัจจุบันเป็นโรควิตกกังวลร่วมกับ

โรคอารมณ์สองขั้ว คิดเป็นร้อยละ 69.70 การมีความเครียดจากสถานการณ์ที่เกิดกับตนเอง คิดเป็นร้อยละ 75.76 การมีความรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคที่เป็นอยู่ คิดเป็นร้อยละ 56.06 การมีความรู้สึกหงุดหงิดเมื่อประสบกับปัญหาต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 59.09 การมีความรู้สึกกลัวการถูกปฏิเสธจากสังคม คิดเป็นร้อยละ 51.52 และการมีความรู้สึกเป็นคนที่อารมณ์หงุดหงิดง่ายหรือมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว คิดเป็นร้อยละ 63.64 ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จำแนกตามปัจจัยด้านจิตใจ (n = 66)

| ปัจจัยด้านจิตใจ | ใช่ | | ไม่ใช่ | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| 1. มีความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ | 34 | 51.52 | 32 | 48.48 |
| 2. มีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ | 30 | 45.45 | 36 | 54.55 |
| 3. มีความรู้สึกวิตกกังวลเมื่อต้องปรับตัวเข้ากับผู้อื่น | 25 | 37.88 | 41 | 62.12 |
| 4. มีความรู้สึกผิดที่ทำให้คนในครอบครัวต้องรู้สึกเป็นทุกข์เพราะตนเองป่วย | 46 | 69.70 | 20 | 30.30 |
| 5. ปัจจุบันเป็นโรควิตกกังวลร่วมกับโรคอารมณ์สองขั้ว | 46 | 69.70 | 20 | 30.30 |
| 6. มีความเครียดจากสถานการณ์ที่เกิดกับตนเอง | 50 | 75.76 | 16 | 24.24 |
| 7. มีความรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคที่เป็นอยู่ | 37 | 56.06 | 29 | 43.94 |
| 8. มีความรู้สึกหวาดระแวงเมื่อต้องปรับตัวเข้ากับผู้อื่น | 26 | 39.39 | 40 | 60.61 |
| 9. มีความรู้สึกหงุดหงิดเมื่อประสบกับปัญหาต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป | 39 | 59.09 | 27 | 40.91 |
| 10. มีความรู้สึกกลัวการถูกปฏิเสธจากสังคม | 34 | 51.52 | 32 | 48.48 |
| 11. มีความรู้สึกเป็นคนที่อารมณ์หงุดหงิดง่ายหรือมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว | 42 | 63.64 | 24 | 36.36 |

2.4 ปัจจัยด้านสุราและสารเสพติด พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว มี 1 ปัจจัย คือ การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟ คิดเป็นร้อยละ 69.70 ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จำแนกตามปัจจัยด้านสุราและสารเสพติด (n = 66)

| ปัจจัยด้านสุราและสารเสพติด | ใช่ | | ไม่ใช่ | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| 1. การดื่มสุรา | 20 | 30.30 | 46 | 69.70 |
| 2. การใช้ยาเสพติด | 6 | 9.09 | 60 | 90.91 |
| 3. การสูบบุหรี่ | 22 | 33.33 | 44 | 66.67 |
| 4. การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟ | 46 | 69.70 | 20 | 30.30 |

**การอภิปรายผลการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า การลืมรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่องในช่วงที่ได้รับการรักษาที่บ้านเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โดยทั่วไป ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วส่วนใหญ่จะสามารถรับการรักษาได้ในระบบการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก ด้วยการพบกับจิตแพทย์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตได้อย่างปกติสุข แต่เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา จะทำให้มีการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว (Hibar et al., 2016) และการหยุดใช้ยาทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วแย่ลงแม้ว่าจะอยู่ในระยะอาการคงที่ การเลิกใช้ยาจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว

ผลการวิจัยพบว่า การมีอาการนอนไม่หลับ หรือมีความต้องการนอนหลับน้อยลง เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ในขณะนอนหลับ ร่างกายของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจะลดการตอบสนองชั่วคราวต่อสิ่งเร้าภายนอก ทำให้ไม่มีการกระตุ้นให้เกิดการกำเริบของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Bauer et al. (2008) ที่พบว่า การนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ระยะเวลาการนอนที่น้อยกว่า 3 ชั่วโมง จะส่งผลต่ออารมณ์ของผู้ป่วย และระยะเวลาการนอนที่มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมง มีความเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะควบคุมอารมณ์ตนเองได้

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว ประกอบด้วย การมีความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ การมีความรู้สึกผิดที่ทำให้คนในครอบครัวต้องรู้สึกเป็นทุกข์เพราะตนเองป่วย การที่ปัจจุบันเป็นโรควิตกกังวลร่วมกับโรคอารมณ์สองขั้ว การมีความเครียดจากสถานการณ์ที่เกิดกับตนเอง การมีความรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคที่เป็นอยู่ การมีความรู้สึกหงุดหงิดเมื่อประสบกับปัญหาต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป การมีความรู้สึกกลัวการถูกปฏิเสธจากสังคม และการมีความรู้สึกเป็นคนที่อารมณ์หงุดหงิดง่ายหรือมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ที่เป็นโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่จะมีปัญหาในการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการใช้ชีวิตประจำวัน และมักมีความกลัวเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ซึ่งจากการศึกษาของ Shah et al. (2017) พบว่า ผู้ที่เป็นโรควิตกกังวลร่วมกับโรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการซึมเศร้าเป็นเวลานาน จะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้วมากขึ้น เนื่องจากโรควิตกกังวลทำให้มีอาการหงุดหงิดร่วมกับมีอาการซึมเศร้า ทำให้มีการกำเริบซ้ำของโรคได้ ส่วน

การศึกษาของ Du, Zhou, Zhang, Guo, and Sun (2017) พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่เป็นโรควิตกกังวลและอยู่ในช่วงอารมณ์ที่ผิดปกติ มีการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว การวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วส่วนใหญ่มีความเครียดจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Otto et al. (2004) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความชุกของความเครียดหลังถูกทารุณกรรม ร้อยละ 16 คิดเป็นสองเท่าของความชุกของความเครียดหลังถูกทารุณกรรมในประชากรทั่วไป โดยความเครียดเป็นตัวกระตุ้นที่พบมากที่สุดในขณะที่เป็นโรคอารมณ์สองขั้ว ทำให้มีอาการบ้าคลั่งและ/หรือภาวะซึมเศร้ามากขึ้น เกิดการกลับเป็นซ้ำได้ง่าย (Vázquez et al., 2018) นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคที่เป็นอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, เบญจพร ปัญญายง, และชูชาติ วงศ์อนุชิต (2558) ที่พบว่า การเป็นโรคอารมณ์แบบสองขั้วเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองสูง และการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความภาคภูมิใจในตนเอง

นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความรู้สึกผิดที่ทำให้คนในครอบครัวต้องรู้สึกเป็นทุกข์เพราะตนเองป่วย และมีความรู้สึกหงุดหงิดเมื่อประสบกับปัญหาต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีแนวโน้มที่จะมองโลกในแง่ลบ ซึ่งมักเกิดขึ้นในช่วงต้นของวัยเด็ก โดยการมีความรู้สึกและประสบการณ์การเลี้ยงดูในวัยเด็กที่ไม่ดี ซึ่งผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เหล่านี้จะก่อให้เกิดความรู้สึกที่ด้อยกว่าคนอื่นในสังคม และมีอิทธิพลต่อทัศนคติและรูปแบบการตอบสนองต่อความเครียดที่มากขึ้น (Grosvenor, 2017) ส่วนการที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความรู้สึกกลัวการถูกปฏิเสธจากสังคม และมีความรู้สึกเป็นคนที่อารมณ์หงุดหงิดง่ายหรือมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Schulze, Grove, Tamm, Renneberg, and Roepke (2019) ที่พบว่า สมองของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพก้ำกึ่งมีการควบคุมการรับรู้ได้ไม่ดีเมื่อมีสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกไขว้เขวเชิงลบ และการกระตุ้นทางอารมณ์มีผลกระทบอย่างมากในบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ผลการวิจัยพบว่า การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเป็นประจำ สารกาเฟอีนในเครื่องดื่มจะกระตุ้นร่างกายให้มีการใช้พลังงาน เกิดการตื่นตัวตลอดเวลา ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน และอาจทำให้อารมณ์ถูกกระตุ้นได้ง่ายขึ้น เช่น อารมณ์หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว บ้าคลั่ง (Smit & Rogers, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ishak, Ugochukwu, Bagot, Khalili, and Zaky (2012) ที่พบว่า เครื่องดื่มชูกำลังมีผลกระทบทางจิตวิทยาและคุณภาพชีวิต ทำให้มีอารมณ์ผิดปกติ นอนไม่หลับ และเกิดการเจ็บป่วยทางจิต ส่วนการดื่มกาแฟนั้น พบว่า การดื่มกาแฟของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับการกำเริบซ้ำของโรค และมีความเสี่ยงมากขึ้นหากมีการบริโภคในปริมาณมาก (Baethge, Tondo, Lepri, & Baldessarini, 2009)

**ข้อเสนอแนะ**

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลจิตเวชควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความรู้เรื่องโรคและการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยยา ส่งเสริมให้มีระยะเวลาการนอนที่เพียงพอและเหมาะสม ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ โดยเฉพาะอารมณ์เครียดและวิตกกังวล และแนะนำให้หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุราและสารเสพติด ภาวะอารมณ์ ทักษะการจัดการกับอารมณ์ โดยเฉพาะอารมณ์เครียดและ

วิตกกังวล กับความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว

**เอกสารอ้างอิง**


กรมสุขภาพจิต. (2560). *โรคอารมณ์ศร้าอารมณ์แปรปรวน หรือ Bipolar disorder*. สืบค้นจาก https://www.dmh.go.th/news/

ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, เบญจพร ปัญญายง, และชูชาติ วงศ์อนุชิต. (2558). การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, *23*(1), 25–37.

ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. (2560). *สถิติผู้ป่วย bipolar-readmit*. สืบค้นจาก http://www.suanprung.go.th/ic/

ภาวินี ธนบดีธรรมจารี, และบุญเยี่ยม คำชัย. (2556). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในแผนกผู้ป่วยใน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, *27*(1), 62–78.

มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์. (บ.ก.). (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

เมธาวี ลุนสมบัติ. (2560). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Baethge, C., Tondo, L., Lepri, B., & Baldessarini, R. J. (2009). Coffee and cigarette use: Association with suicidal acts in 352 Sardinian bipolar disorder patients. *Bipolar Disorders*, *11*(5), 494–503. doi:10.1111/j.1399-5618.2009.00727.x

Bauer, M., Glenn, T., Grof, P., Rasgon, N., Alda, M., Marsh, W., … Whybrow, P. C. (2008). Comparison of sleep/wake parameters for self-monitoring bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, *116*(3), 170–175. doi:10.1016/j.jad.2008.11.014

Bhatia, P., Sidana, A., Das, S., & Bajaj, M. K. (2018). Neuropsychological functioning in euthymic phase of bipolar affective disorder. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *40*(3), 213–218. doi:10.4103/IJPSYM.IJPSYM_531_17

Bobo, W. V., Na, P. J., Geske, J. R., McElroy, S. L., Frye, M. A., & Biernacka, J. M. (2018). The relative influence of individual risk factors for attempted suicide in patients with bipolar I versus bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, *225*, 489–494. doi:10.1016/j.jad.2017.08.076

Chand, P. K., Mattoo, S. K., & Sharan, P. (2004). Quality of life and its correlates in patients with bipolar disorder stabilized on lithium prophylaxis. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *58*(3), 311–318. doi:10.1111/j.1440-1819.2004.01237.x

Cosgrove, V. E., Miklowitz, D. J., Rhee, S. H., Hawkey, C., Corley, R., Haberstick, B., & Smolen, A. (2017). Association between 5HTT, DAT1, and DRD4 and bipolar disorder in youth. *Psychiatric Genetics*, *22*(6), 304. doi:10.1097/YPG.0b013e3283539517

Du, N., Zhou, Y. L., Zhang, X., Guo, J., & Sun, X. L. (2017). Do some anxiety disorders belong to the prodrome of bipolar disorder? A clinical study combining retrospective and prospective methods to analyse the relationship between anxiety disorder and bipolar disorder from the perspective of biorhythms. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 351. doi:10.1186/s12888-017-1509-6

Geddes, J. R., & Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *The Lancet*, *381*(9878), 1672–1682. doi:10.1016/S0140-6736(13)60857-0

Grosvenor, E. R. K. (2017). *Proposing a new unified theory for the etiology of bipolar disorder as a stress related affective disorder* (Doctoral dissertation). Minneapolis, MN: Capella University. Retrieved from https://www.proquest.com/openview/d199bd09a611b7a19774713cf259bb75/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750

Hamilton, J. E., Passos, I. C., de Azevedo Cardoso, T., Jansen, K., Allen, M., Begley, C. E., … Kapczinski, F. (2016). Predictors of psychiatric readmission among patients with bipolar disorder at an academic safety-net hospital. *The Austialian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *50*(6), 584–593. doi:10.1177/0004867415605171

Hibar, D. P., Westlye, L. T., van Erp, T. G. M., Rasmussen, J., Leonardo, C. D., Faskowitz, J., … Andreassen, O. A. (2016). Subcortical volumetric abnormalities in bipolar disorder. *Molecular Psychiatry*, *21*(12), 1710–1716.

Hodgkin, D., Stewart, M. T., Merrick, E. L., Pogue, Y. Z., Reilly-Harrington, N. A., Sylvia, L. G., … Nierenberg, A. A. (2018). Prevalence and predictors of physician recommendations for medication adjustment in bipolar disorder treatment. *Journal of Affective Disorders*, *238*, 666–673. doi:10.1016/j.jad.2018.06.012

Ishak, W. W., Ugochukwu, C., Bagot, K., Khalili, D., & Zaky, C. (2012). Energy drinks: Psychological effects and impact on well-being and quality of life-a literature review. *Innovations in Clinical Neuroscience*, *9*(1), 25–34.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, *30*(3), 607–610. Retrieved from https://doi.org/10.1177/001316447003000308

Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., … Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, *68*(3), 241–251. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.12

Morgan, C. J., Coleman, M. J., Ulgen, A., Boling, L., Cole, J. O., Johnson, F. V., … Levy, D. L. (2015). Thought disorder in schizophrenia and bipolar disorder probands, their relatives, and nonpsychiatric controls. *Schizophrenia Bulletin*, *43*(3), 523–535. doi:10.1093/schbul/sbx016

National Institute of Mental Health. (2017). *Bipolar*. Retrieved from https://www.nimh.nih.gov/heath/topics/bipolar-disorder/index.shtml

Otto, M. W., Perlman, C. A., Wernicke, R., Reese, H. E., Bauer, M. S., & Pollack, M. H. (2004). Posttraumatic stress disorder in patients with bipolar disorder: A review of prevalence, correlates, and treatment strategies. *Bipolar Disorders*, *6*(6), 470–479. doi:10.1111/j.1399-5618.2004.00151.x

Schulze, L., Grove, M., Tamm, S., Renneberg, B., & Roepke, S. (2019). Effects of transcranial direct current stimulation on the cognitive control of negative stimuli in borderline personality disorder. *Scientific Reports*, *9*(1), 332. doi:10.1038/s41598-018-37315-x

Shah, S., Kim, J. P., Park, D. Y., Kim, H., Yuen, L. D., & Do, D., … Ketter, T. A. (2017). Lifetime anxiety disorder and current anxiety symptoms associated with hastened depressive recurrence in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, *219*, 165–171. doi:10.1016/j.jad.2017.05.007

Smit, H. J., & Rogers, P. J. (2002). Effects of 'energy' drinks on mood and mental performance: Critical methodology. *Food Quality and Preference*, *13*(5), 317–326. doi:10.1016/S0950-3293(02)00044-7

Vázquez, G. H., Tondo, L., Undurraga, J., & Baldessarini, R. J. (2018). Overview of antidepressant treatment of bipolar depression. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, *16*(7), 1673–1685. doi:10.1017/S1461145713000023

Wesley, M. S., Manjula, M., & Thirthalli, J. (2018). Interepisodic functioning in patients with bipolar disorder in remission. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *40*(1), 52–60. doi:10.4103/IJPSYM.IJPSYM_211_17

World Health Organization. (2018). *Psychosis and bipolar disorders*. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/

Yee, A., Ng, C. G., & Seng, L. H. (2018). Vortioxetine treatment for anxiety disorder: A meta-analysis study. *Current Drug Targets*, *19*(12), 1412–1423. doi:10.2174/1389450118666171117131151