



# คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วใน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

## Bipolar Patients' Quality of Life in Songklanagarind Hospital

ภควัต วิวัฒน์วรเศรษฐี\*, จารุรินทร์ ปิตานูปงศ์\*

Pakawat Wiwattanaworaset\*, Jarurin Pitanupong\*

\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ. สงขลา

\* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูล ณ คลินิกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน ปี พ.ศ.2559 ให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มีอายุระหว่าง 18-60 ปีตอบแบบสอบถามเอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปรโดยใช้ logistic regression analysis

**ผลการศึกษา** ร้อยละ 60.4 ของกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงร้อยละ 1.0 ของกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี โดยปัจจัยด้านการมีอาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.003$ ) ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีอาชีพจะสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดีมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

**สรุป** ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยด้านการมีอาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

**คำสำคัญ** คุณภาพชีวิต โรคอารมณ์สองขั้ว ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว อาชีพ

Corresponding author: ภควัต วิวัฒน์วรเศรษฐี

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2560; 62(4): 299-308

---

## ABSTRACT

**Objective :** To assess the quality of life (QoL) and associated factors in bipolar patients in Songklanagarind Hospital.

**Method :** This is a cross-sectional study conducted at the Psychiatric Outpatient Clinic, Songklanagarind Hospital from September to November 2016. Bipolar patients aged between 18 and 60 years old completed the self-administered questionnaire including a demographic questionnaire and the WHO quality of life-BREF (WHOQOL-BREF) Thai version. Descriptive statistics are presented as a mean, frequency, and percentage; multivariate analysis between variables using logistic regression analysis was performed.

**Results :** A total 60.4% of participants had fair QoL, whereas only 1.0% of participants had poor QoL. The result reveals that there was a statistically significant association between employment status and QoL ( $p=0.003$ ). The participants who were employed had better QoL than the unemployed participants.

**Conclusions :** Our finding shows a high prevalence of fair QoL in bipolar patients in Songklanagarind Hospital. Moreover, employment status was associated with better QoL.

**Keywords :** quality of life, bipolar disorder, bipolar patients, employment

---

Corresponding author: Pakawat Wiwattanaworaset

J Psychiatr Assoc Thailand 2017; 62(4): 299-308

## บทนำ

โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) เป็นโรคในกลุ่มความผิดปกติด้านอารมณ์ซึ่งผู้ป่วยจะมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปมาระหว่างอารมณ์ซึมเศร้า (major depressive episode) สลับกับอารมณ์หงุดหงิดหรืออารมณ์ดีมากกว่าปกติ (manic, hypomanic episode) โดยอาการดังกล่าวจะคงอยู่นานเป็นสัปดาห์ หรือเดือนเป็นๆ หายๆ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทั้งในด้านการงาน การประกอบอาชีพ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการดูแลตนเองเป็นอย่างมาก ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย<sup>1-3</sup>

องค์การอนามัยโลก ให้คำจำกัดความคำว่า คุณภาพชีวิต (quality of life) ไว้ว่าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของตน ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม และความหมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่ และสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นแนวความคิดที่กว้างเต็มไปด้วยความซับซ้อน ครอบคลุมในประเด็นสุขภาพร่างกายของแต่ละคน สภาพจิตใจ ระดับของความอิสระ สัมพันธภาพทางสังคม ความเชื่อ และความสัมพันธ์ที่มีต่อสภาพแวดล้อม<sup>4</sup>

จากการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศโดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่ได้มาตรฐานและเน้นที่การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ตอบโดยไม่ได้วัดในรายละเอียดของอาการของโรค พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง<sup>5</sup> และการศึกษาในประเทศไทยก็พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน<sup>6</sup> แต่ยังไม่มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว โดยใช้เครื่องมือเช่นเดียวกันนี้ในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทางภาคใต้ของประเทศไทย ดังนั้นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในประเทศไทยโดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-

BREF) จะนำไปสู่ความเข้าใจในตัวผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนดูแล และพัฒนาระบบการฟื้นฟูผู้ป่วยต่อไป จึงเป็นที่มาของการศึกษานี้

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์แล้ว เมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2559 (EC เลขที่ 58-345-03-1(1)) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

## วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

### กลุ่มประชากรที่ศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรม<sup>5</sup> พบร้อยละ 56.0 ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (fair/average) ดังนั้นในการศึกษานี้จึงใช้ค่าสัดส่วน (p) เท่ากับ 0.56 และกำหนดค่า d เท่ากับ 0.1 โดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนตัวอย่างกลุ่มเดียว ดังนี้

$$N = \frac{Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} P(1-P)}{d^2} = \frac{(1.96)^2(0.56)(1-0.56)}{0.1^2}$$

ซึ่งคำนวณตัวอย่างที่ต้องใช้ในการศึกษานี้อย่างน้อย 95 ราย

### เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการสงบและติดตามการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
2. อายุ 18-60 ปี
3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

### เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

ผู้ป่วยที่ไม่ต้องการเข้าร่วมการศึกษา

### เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย

- 1) แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป 15 ข้อคำถาม

2) เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)<sup>7</sup> ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 และค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.6515 ประกอบด้วย 26 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกมี 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบมี 3 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เลย = 1 คะแนน เล็กน้อย = 2 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน มาก = 4 คะแนน มากที่สุด = 5 คะแนน และเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ไม่เลย = 5 คะแนน เล็กน้อย = 4 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน มาก = 2 คะแนน มากที่สุด = 1 คะแนน

สำหรับการแปลผลคะแนนรวม 26-60 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 61-95 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 96-130 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี และยังสามารถแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. ด้านสุขภาพกาย 2. ด้านจิตใจ 3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ 4. ด้านสิ่งแวดล้อม

### วิธีการเก็บข้อมูล

ในช่วงเวลาที่ศึกษาระหว่างเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน ปี พ.ศ. 2559 ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มีอายุระหว่าง 18-60 ปี เป็นผู้ที่มีความสามารถ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถร่วมมือในการตอบแบบสอบถามได้ดี โดยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยขณะที่มารอรับการตรวจ ณ คลินิกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผู้ช่วยวิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา รวมถึงขั้นตอนการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด จากนั้นจึงแจกแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย จำนวน 26 ข้อ ให้กลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านออกเขียนได้จะให้ตอบแบบสอบถามเอง หากกลุ่มตัวอย่าง

ไม่สามารถอ่านหรือเขียนเองได้ ผู้ช่วยวิจัยจะช่วยอ่านแบบสอบถามและเขียนคำตอบให้กับผู้ป่วยโดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาทีในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอในรูปแบบของค่าเฉลี่ย ความถี่ และร้อยละวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ละตัวแปร (bivariate analysis) ระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับระดับคุณภาพชีวิตโดยใช้สถิติ Chi-square จากนั้นพิจารณาตัวแปรที่มีค่า  $p < 0.2$  เข้าร่วมใน initial model สำหรับการวิเคราะห์ multivariate analysis โดยใช้ logistic regression เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 96 ราย ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี (ร้อยละ 52.1) เป็นเพศชาย 41 ราย (ร้อยละ 42.7) หญิง 55 ราย (ร้อยละ 57.3) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 46.9) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 78.1) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 49.0) กลุ่มตัวอย่างประมาณหนึ่งในสาม ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 29.2) ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 35.4) ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 71.9) ปฏิเสธประวัติใช้สารเสพติด (ร้อยละ 89.6) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคอารมณ์สองขั้วมานานกว่า 10 ปี (ร้อยละ 55.2) มีประวัติเคยเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในของแผนกจิตเวช (ร้อยละ 69.8) และเคยเข้ารับการรักษาดังเป็นผู้ป่วยในของแผนกจิตเวชมากกว่า 3 ครั้ง (ร้อยละ 44.8) มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 24.0 ที่พบว่า ได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา โดยผลข้างเคียงจากยาส่วนใหญ่คือ มึนงงและง่วงนอน และร้อยละ 52.1 ของกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาความเครียดในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะปัญหาครอบครัว (ร้อยละ 48.0) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=96)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	ชาย	41 (42.7)
	หญิง	55 (57.3)
อายุ (ปี)	18-25	9 (9.4)
	26-40	37 (38.5)
	41-60	50 (52.1)
สถานภาพสมรส	โสด	45 (46.9)
	มีคู่/แต่งงานแล้ว	43 (44.8)
	หย่า/หม้าย	8 (8.3)
ศาสนา	พุทธ	75 (78.1)
	อื่นๆ ได้แก่ อิสลาม คริสต์ ไม่นับนับถือศาสนา	21 (21.9)
ระดับการศึกษาสูงสุด	ประถมศึกษา	6 (6.2)
	มัธยมศึกษาตอนต้น	8 (8.3)
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	21 (21.9)
	อนุปริญญา	14 (14.6)
อาชีพ	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	47 (49.0)
	ว่างงาน	28 (29.2)
	ทำนา/ทำสวน	7 (7.3)
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	25 (26.0)
	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	20 (20.8)
รายได้ต่อเดือน (บาท)	รับจ้าง	6 (6.2)
	นักเรียน/นักศึกษา	6 (6.2)
	เกษียณ	4 (4.2)
	ไม่มีรายได้	34 (35.4)
	≤ 5,000	6 (6.2)
	5,001-10,000	10 (10.4)
	10,001-20,000	20 (20.8)
มากกว่า 20,000	24 (25.0)	
โรคประจำตัวทางกาย	ไม่ระบุ	2 (2.1)
	ไม่มี	69 (71.9)
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว	มี	27 (28.1)
	1 ปี	11 (11.5)
	2-5 ปี	15 (15.6)
	6-9 ปี	17 (17.7)
เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจิตเวช	≥ 10 ปี	53 (55.2)
	ไม่เคย	29 (30.2)
ถ้าเคย	เคย	67 (69.8)
	1 ครั้ง	21 (31.3)
	2 ครั้ง	16 (23.9)
อาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา	≥ 3 ครั้ง	30 (44.8)
	ไม่มี	73 (76.0)
การใช้สารเสพติด	มี	23 (24.0)
	ไม่ใช้	86 (89.6)
ปัญหาความเครียดในชีวิตประจำวัน	ใช้	10 (10.4)
	ไม่มี	46 (47.9)
	มี	50 (52.1)

**2. ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง**

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.4) รองลงมาคือ มีคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 38.5) และมีเพียง 1 รายเท่านั้นที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (ร้อยละ 1.0)

หากพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตโดยจำแนกตามองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ดี (ร้อยละ 46.9) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.2, 50.0 และ 53.1 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างแยกตามองค์ประกอบ 4 ด้าน (n=96)

	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพ	2 (2.1)	54 (56.2)	40 (41.7)
2. ด้านจิตใจ	10 (10.4)	41 (42.7)	45 (46.9)
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	29 (30.2)	48 (50.0)	19 (19.8)
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	2 (2.1)	51 (53.1)	43 (44.8)

**3. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับระดับคุณภาพชีวิต**

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้น (bivariate analysis) โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และโรคประจำตัวทางกายมีค่า  $p < 0.2$  โดยพบว่า ผู้ที่มีคู่หรือแต่งงานแล้วมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดีเป็น 3.1 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีคู่ (95%CI = 1.32,7.35) ผู้ที่ประกอบอาชีพหรือเป็นนักเรียนนักศึกษา มีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดีกว่าผู้ที่ว่างงาน ผู้ที่มีรายได้มีคุณภาพชีวิตในระดับที่

ดีกว่าผู้ที่ไม่มียาได้ และผู้ที่ไม่มียาโรคประจำตัวทางกายมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดีเป็น 2.26 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีโรคประจำตัวทางกาย (95%CI=0.84,6.04) (ตารางที่ 3)

ทั้งนี้เมื่อนำตัวแปรข้างต้นเข้าร่วมวิเคราะห์หลายตัวแปรโดยใช้ multiple logistic regression พบว่ามีเพียงตัวแปรด้านอาชีพที่ยังคงมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.003$ ) โดยผู้ป่วยที่มีอาชีพมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดีมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับระดับคุณภาพชีวิต (n=95)

	ปานกลาง (n=58)	ดี (n=37)	Crude odds ratio (95%CI)	P-value LR-test
<b>เพศ</b>				0.805
ชาย	25 (43.1)	15 (40.5)	1	
หญิง	33 (56.9)	22 (59.5)	1.11 (0.48,2.57)	
<b>อายุ (ปี)</b>				0.325
18-25	6 (10.3)	3 (8.1)	1	
26-40	25 (43.1)	11 (29.7)	0.88 (0.19,4.17)	
41-60	27 (46.6)	23 (62.2)	1.70 (0.38,7.58)	
<b>สถานภาพสมรส</b>				0.008
โสด/หม้าย/หย่า	38 (65.5)	14 (37.8)	1	
มีคู่/แต่งงานแล้ว	20 (34.5)	23 (62.2)	3.12 (1.32,7.35)	
<b>ศาสนา</b>				0.359
พุทธ	47 (81.0)	27 (73.0)	1	
อิสลาม/คริสต์/อื่นๆ	11 (19.0)	10 (27.0)	1.58 (0.59,4.21)	
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>				0.206
ประถมศึกษา/มัธยมศึกษาตอนต้น	12 (20.7)	2 (5.4)	1	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	11 (19.0)	10 (27.0)	5.45 (0.97,30.6)	
อนุปริญญา	7 (12.1)	6 (16.2)	5.14 (0.81,32.77)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	28 (48.3)	19 (51.4)	4.07 (0.82,20.29)	
<b>อาชีพปัจจุบัน</b>				0.002
ว่างงาน	25 (43.1)	3 (8.1)	1	
ทำนา/ทำสวน/รับจ้าง	8 (13.8)	5 (13.5)	5.21 (1.01,26.79)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	10 (17.2)	14 (37.8)	11.67 (2.75,49.57)	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12 (20.7)	12 (32.4)	8.33 (1.97,35.18)	
นักเรียน/นักศึกษา	3 (5.2)	3 (8.1)	8.33 (1.13,61.5)	
<b>รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)</b>				0.005
ไม่มีรายได้	28 (49.1)	6 (16.7)	1	
ต่ำกว่า 10,000 บาท	9 (15.8)	6 (16.7)	3.11 (0.8,12.1)	
10,001-20,000 บาท	11 (19.3)	9 (25.0)	3.82 (1.1,13.28)	
มากกว่า 20,000 บาท	9 (15.8)	15 (41.7)	7.78 (2.32,26.04)	
<b>โรคประจำตัวทางกาย</b>				0.095
มี	20 (34.5)	7 (18.9)	1	
ไม่มี	38 (65.5)	30 (81.1)	2.26 (0.84,6.04)	
<b>ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว</b>				0.488
1 ปี	6 (10.3)	5 (13.5)	1	
2-5 ปี	8 (13.8)	7 (18.9)	1.05 (0.22,5)	
6-9 ปี	13 (22.4)	4 (10.8)	0.37 (0.07,1.89)	
10 ปีขึ้นไป	31 (53.4)	21 (56.8)	0.81 (0.22,3.01)	
<b>เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจิตเวช</b>				0.438
เคย	42 (72.4)	24 (64.9)	1	
ไม่เคย	16 (27.6)	13 (35.1)	1.42 (0.59,3.45)	
<b>อาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา</b>				0.636
มี	15 (25.9)	8 (21.6)	1	
ไม่มี	43 (74.1)	29 (78.4)	1.26 (0.48,3.37)	
<b>ปัญหาความเครียดในชีวิตประจำวัน</b>				0.648
มี	31 (53.4)	18 (48.6)	1	
ไม่มี	27 (46.6)	19 (51.4)	1.21 (0.53,2.77)	



## วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.4) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ในปี ค.ศ. 2003 ที่ประเทศไนจีเรีย โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHO-QOL-BREF) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.0) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง<sup>9</sup> และการศึกษาในประเทศอิหร่านที่พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง<sup>9</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยในปี ค.ศ. 2012 ในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชของโรงพยาบาลศรีรัฐธยาและโรงพยาบาลรามาริบัติที่พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง<sup>6</sup> แต่มีความแตกต่างกับผลการศึกษาในปี ค.ศ. 2014-2015 ที่ประเทศอินเดีย ที่พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี<sup>10</sup> ทั้งนี้จากการศึกษาดังกล่าวพบผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีภาวะทุพพลภาพสูง ซึ่งนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จึงอาจทำให้ผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างจากของการศึกษานี้ และจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย<sup>11</sup> และการศึกษาในประเทศสเปน<sup>12,13</sup> พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาผลการศึกษานี้โดยรวมจะเห็นได้ชัดว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลางไปจนถึงดี และมีเพียง 1 รายเท่านั้นที่พบว่ามีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบ 4 ด้านพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 46.9) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ

56.2, 50.0 และ 53.1 ตามลำดับ) สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศอิหร่าน<sup>9</sup> และประเทศไทย<sup>6</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยแยกตามองค์ประกอบอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 4 ด้าน และแตกต่างจากผลการศึกษาในประเทศอินเดีย ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงที่สุด และคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับต่ำที่สุด<sup>10</sup> ทั้งนี้พบผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีภาวะทุพพลภาพสูงในการศึกษาดังกล่าว ภาวะทุพพลภาพจึงอาจนำไปสู่ข้อจำกัดในด้านสัมพันธภาพทางสังคม จึงทำให้คุณภาพชีวิตในด้านนี้ต่ำกว่าด้านอื่นๆ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นพบว่าคุณภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และโรคประจำตัวทางกายมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในปี ค.ศ. 2006 ในประเทศแคนาดา ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตประกอบด้วย การศึกษา การมีอาชีพ สถานะทางการเงิน และความสัมพันธ์ทางสังคมหรือความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด<sup>14</sup> และการศึกษาในกลุ่มคนไร้บ้านที่เป็นโรคจิตเวชขั้นรุนแรงในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1994-1997 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มคนดังกล่าว ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม การมีอาชีพ และรายได้<sup>15</sup> นอกจากนี้การศึกษานี้ในปี ค.ศ. 2004-2006 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าโรคร่วมทางกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ซึ่งส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง<sup>16</sup>

อย่างไรก็ดี เมื่อนำตัวแปรข้างต้นมาวิเคราะห์หลายตัวแปรพบว่า มีเพียงตัวแปรด้านอาชีพที่ยังคงมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.003$ ) โดยพบว่า ผู้ที่มีอาชีพมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาข้างต้น<sup>14,15</sup>



เช่นเดียวกับผลการศึกษาในปี ค.ศ. 2011 ที่ประเทศสาธารณรัฐเช็ก ที่พบว่าปัจจัยด้านการมีงานทำสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>17</sup> รวมถึงการศึกษาในปี ค.ศ. 2017 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี<sup>18</sup> ทั้งนี้การมีอาชีพของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเป็นการตอบสนองของตามทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของอับราฮัม มาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs)<sup>19</sup> ที่อธิบายถึงลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ โดยเฉพาะความต้องการการยอมรับนับถือ (esteem needs) คือ ความต้องการนับถือตนเอง (self respect) โดยการมีอาชีพของผู้ป่วย แสดงถึง การมีศักยภาพที่จะประกอบอาชีพและมีรายได้ที่สามารถเลี้ยงดูตนเองได้นำไปสู่การยอมรับและนับถือตนเอง รวมทั้งความต้องการได้รับการยกย่องนับถือจากผู้อื่น (esteem from others) เพราะการมีอาชีพทำให้ตัวผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพที่ทัดเทียม นำไปสู่การยอมรับจากบุคคลอื่นในสังคม หากผู้ป่วยสามารถตอบสนองความต้องการในขั้นนี้ได้ จะก้าวไปสู่ความต้องการในระดับสูงสุดของมนุษย์คือ ความต้องการที่จะประสบความสำเร็จในชีวิต (self-actualization needs) หากสามารถตอบสนองความต้องการได้ทุกระดับขั้น จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการประกอบอาชีพจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างยิ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ทั้งนี้การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งเดียวในภาคใต้ของประเทศไทย อนึ่งในการศึกษาครั้งต่อไป ผู้วิจัยอาจพิจารณาเก็บข้อมูลเรื่องระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีอาการสงบด้วย เพราะระยะเวลาดังกล่าวอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น

## สรุป

ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (ร้อยละ 60.4) โดยปัจจัยด้านอาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอาชีพมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณนิศานต์ วีระชาติเทวัญ นักวิชาการสถิติ และคุณเครือวัลย์ จงบวรวิวัฒน์ ผู้ช่วยวิจัย ที่ช่วยเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

## เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 5<sup>th</sup> ed. Virginia: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Sadock BJ, Sadock VA, Pedro R. Kaplan Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11<sup>th</sup> ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
3. Lotrakul M, Sukanich P, editors. Ramathibodi essential psychiatry. 4<sup>th</sup> ed. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi hospital; 2015.
4. Trevittaya P. Concepts of quality of life. Bull Chiang Mai Assoc Med Sci 2016; 49:171-84.
5. Michalak EE, Yatham LN, Lam RW. Quality of life in bipolar disorder: a review of the literature. Bio Med 2005; 3: 72-119.

6. Suksomnirundorn N, Uthis P. Factors related to quality of life of patients with bipolar disorders. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2012; 24: 68-72.
7. WHOQOL-BREF-THAI [internet]. 2002 [cited 2015 Dec 5]. Available from: <http://www.dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>.
8. Olusina AK, Ohaeri JU. Subjective quality of life of recently discharged Nigerian psychiatric patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 707-14.
9. Shabani A, Ahmadzad-Asl M, Zangeneh K, Teimurinejad S, Kokar S, Taban M, et al. Quality of life in patients with bipolar I disorder: is it related to disorder outcome?. *Acta Med Iran* 2013; 51: 386-93.
10. Thomas SP, Nisha A, Varghese PJ. Disability and quality of life of subjects with bipolar affective disorder in Remission. *Indian J Psychol Med* 2016; 38: 336-40.
11. Kongsakon R, Thomyangkoon P, Kanchanatawan B, Janenawasins S. Health-related quality of life in Thai bipolar disorder. *J Med Assoc Thai* 2008; 91: 913-8.
12. Seirra P, Livianos L, Rojo L. Quality of life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar Disord* 2005; 7: 159-65.
13. Gutierrez-Rojas L, Gurpegui M, Ayuso-Mateos JL, Gutierrez-Ariza JA, Ruiz-Veguilla M, Jurado D. Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample. *Bipolar Disord* 2008; 10: 625-34.
14. Michalak EE, Yatham LN, Kolesar S, Lam RW. Bipolar disorder and quality of life: a patient-centered perspective. *Qual Life Res* 2006; 15: 25-37.
15. Lam JA, Rosenheck RA. Correlates of improvement in quality of life among homeless persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 116-8.
16. Kilbourne AM, Perron BE, Mezuk B, Welsh D, Ilgen M, Bauer MS. Co-occurring conditions and health-related quality of life in patients with bipolar disorder. *Psychosom Med* 2009; 71: 894-900.
17. Latalova K, Prasko J, Diveky T, Kamaradova D, Velartova H. Quality of life in patients with bipolar disorder-a comparison with schizophrenic patients and healthy controls. *Psychiatr Danub* 2011; 23: 21-6.
18. Sylvia LG, Montana RE, Deckersbach T, Thase ME, Tohen M, Reilly-Harrington N, et al. Poor quality of life and functioning in bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord* 2017; 5: 10.
19. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychol Rev* 1943; 50: 370-96.