

## ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว\*

## FACTORS ASSOCIATED WITH MEDICATION NONADHERENCE

## BEHAVIOR AMONG PERSONS WITH BIPOLAR DISORDER

สุชานาถ อินวรรณา, พย.บ. (Suchanart Inwanna, B.N.S.) \*\*

โสภินิ แสงอ่อน, RN, Ph.D. (Sopin Sangon, Ph.D.) \*\*\*

พัชรินทร์ นินทจันทร์, RN, Ph.D. (Patcharin Nintachan, Ph.D.) \*\*\*\*

มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์, RN, Ph.D. (Malatee Rungruangsiripan, Ph.D.) \*\*\*\*\*

## Abstract

**Objectives:** This descriptive correlational study examined relationships between age, occupational status, attitude towards medication, frequency of medication intake per day, medication side effects, and social support with medication nonadherence behavior in patients with Bipolar Disorder.

**Methods:** The participants were 84 persons with Bipolar Disorder who met the inclusion criteria, visiting in psychiatric outpatient clinic of a university hospital in Bangkok, Thailand.

Data were collected by interview using five questionnaires including socio-demographic questionnaires, Drug Attitude Inventory-10, Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating Scale, Medical Outcomes Study Social Support Survey and Medication Adherence Report Scale. Descriptive statistics, Spearman's rank-order correlation, and Point-Biserial correlation were used for data analysis.

**Results:** Results showed that persons with Bipolar disorder who have positive attitude towards medication and having high score on

\*วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Master's thesis of nursing science program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)

\*\*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Student, Master of nursing science program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)

\*\*\*Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Corresponding author, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University), E-mail:sopin.san@mahidol.edu

\*\*\*\*รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)

\*\*\*\*\*อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Lecturer, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)

วันที่รับ (received) 30 มกราคม 2562 วันที่แก้ไข (revised) 21 มีนาคม 2562 วันที่ตอบรับ (accepted) 26 มีนาคม 2562

social support are more likely to have high medication adherence behavior or to have low medication nonadherence behavior ( $r_s = .263, .245, p < .05$ , respectively). And patients who have high frequency of medication intake per day and having high score on medication side effects are more likely to have low medication adherence behavior or to have high medication nonadherence behavior ( $r_s = -.258, -.282, p < .05$ , respectively). Age and occupational status were not correlated to medication nonadherence.

**Conclusion:** Results from this study provided important information for use to plan for enhancing medication adherence behavior in patients with Bipolar Disorder.

**Keywords:** Medication nonadherence, Medication adherence, Bipolar disorder, Psychiatric medications

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** การวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ สถานะการจ้างงาน ทักษะในการรับประทานยา ความถี่ในการรับประทานยาผลข้างเคียงจากการใช้ยาและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

**วิธีการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่เข้ามารับการรักษาในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

คัดเข้า จำนวน 84 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 5 แบบประเมิน ดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทัศนคติต่อยา แบบสอบถามผลข้างเคียงจากยา แบบสอบถามเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามวิธีการใช้ยา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนและสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล

**ผลการศึกษา:** ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มีทัศนคติในการรับประทานยาและมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการร่วมมือรับประทานยาสูงหรือมีพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาค่ำ ( $r_s = .263, .245, p < .05$  ตามลำดับ) ผู้ป่วยที่มีความถี่ในการรับประทานยาต่อวันสูงและมีคะแนนการรับรู้ผลข้างเคียงจากการใช้ยามากมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการร่วมมือรับประทานยาค่ำหรือมีพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาสูง ( $r_s = -.258, -.282, p < .05$  ตามลำดับ) ส่วนอายุและสถานะการจ้างงานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือในการรับประทานยา

**สรุป:** ผลการวิจัยครั้งนี้ให้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยา พฤติกรรมการร่วมมือรับประทานยา ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ยาจิตเวช

## ความสำคัญของปัญหา

โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) เป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงโดยมีอาการเด่นทางด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก ในปี ค.ศ. 1990 องค์การอนามัยโลกได้รายงานไว้ว่า โรคอารมณ์สองขั้วจัดอยู่อันดับที่ 6 ใน 10 ของโรคที่เป็นสาเหตุให้เกิดความบกพร่องหรือความพิการทางร่างกาย และความบกพร่องของสภาพจิต (World Health Organization [WHO], 1999) จากการสำรวจความชุกของโรคอารมณ์สองขั้วระดับนานาชาติร่วมกับองค์การอนามัยโลกระหว่างปี ค.ศ. 2001 - 2007 พบความชุกโดยรวมของโรคอารมณ์สองขั้วชนิดที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 0.6 สำหรับ โรคอารมณ์สองขั้วชนิดที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 0.4 ส่วนโรคอารมณ์สองขั้วชนิดไม่สามารถระบุประเภทคิดเป็นร้อยละ 1.4 (Merikangas et al., 2011) และโรคไซโคลโทเมีย (cyclothymic disorder) พบความชุกคิดเป็นร้อยละ 0.4 - 1.0 (Bressert, 2018) สำหรับในประเทศไทย รายงานการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2547 พบความชุกโดยรวมของโรคอารมณ์สองขั้วร้อยละ 0.87 (สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2551) จากการศึกษาความชุกของโรคจิตเวชรวมในคนไทยในปี พ.ศ. 2551 อายุระหว่าง 15 - 59 ปี พบความชุกของโรคความผิดปกติทางอารมณ์ คิดเป็นร้อยละ 9.5 (พันธุ์ทิพย์ กิตติรัตน์ไพบูลย์, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระเพ็งจันทร์, จินตนา ลิ้มเพิ่มพูน, วรวรรณ จูฑา, และเกษราภรณ์ เคนบุปผา, 2556) จากรายงานจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศปี พ.ศ. 2561 พบว่า มีผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก

จำนวน 33,254 ราย และแบบผู้ป่วยในจำนวน 3,284 ราย (คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข, 2561ก) ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วทำให้บุคคลสูญเสียจำนวนปีสุขภาวะเนื่องจากความบกพร่องทางสุขภาพ (Year Lost due to Disability: YLD) (สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2551) จะเห็นได้ว่า อัตราความชุกของโรคอารมณ์สองขั้วทั้งในประเทศและต่างประเทศอยู่ในอัตราที่สูง และยังคงเป็นสาเหตุการบกพร่องทางสุขภาพด้วยโรคความผิดปกติทางจิตอีกด้วย

โรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรง เป็นความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางอารมณ์ ผู้ป่วยจะมีลักษณะอารมณ์ คือ มีอารมณ์ครึกครื้นผิดปกติสลับกับอารมณ์ซึมเศร้า โดยอาการจะเป็นเรื้อรังเป็น ๆ หาย ๆ (พิชัย อิทธิฐสกุล, 2558; American Psychiatric Association [APA], 2013 & 2015; National Institute of Mental Health, 2016; WHO, 2017) ดังนั้นการรักษาระดับสารสื่อประสาทในสมองให้สมดุลในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจึงรักษาด้วยยาเป็นหลัก (Hibdy, Dessalegne, Debero, Bekan, & Sintayehu, 2015) แต่การรักษาจะได้ผลมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย ในปัจจุบันพฤติกรรมที่ไม่ร่วมมือรับประทานยาเป็นปัญหาที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศกำลังพัฒนา (Pareek & Kalia, 2013) จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบอัตราการไม่ร่วมมือรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 26.5 - 71.5 (Hibdy et al., 2015; Ibrahim et al., 2015; Miasso, Monteschi & Giaccherio, 2009;

Montes, Maurino, de Dios & Medina, 2013; Savas, Unal & Vîrît, 2011;Vieta et al., 2012) ส่วนในประเทศไทยยังไม่พบรายงานเกี่ยวกับอัตราการไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว แต่จากการศึกษาติดตามผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในประเทศไทยในระยะเวลา 1 ปี พบอัตราการกลับมาเป็นซ้ำร้อยละ 21.7 (Leelahanaj et al., 2013) และมีการศึกษาที่พบว่า การไม่ร่วมมือรับประทานยาเป็นปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว (Jawad, Watson, Haddad, Talbot, & McAllister-Williams, 2018) ซึ่งการที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือรับประทานยาส่งผลกระทบต่อผลกระทบททางลบต่อผลการรักษา ซึ่งก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้น มีอัตราการกลับมาเป็นซ้ำและกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น อัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (ธวัชชัย ลิพหานาจ, 2549; Chapman & Horne, 2013; Depp, Moore, Patterson, Lebowitz, & Jeste, 2008) และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น (Tang et al., 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือและพฤติกรรมการร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย พบแต่การศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งพบปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาและพฤติกรรมการร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ดังนี้ สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยที่ว่างงาน (Hibdy et al., 2015; Montes et al., 2013) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะติดสุรา (Baldessarini, Perry, & Pike, 2008; Jonsdottir et al., 2013; Montes et al., 2013) ผู้ป่วยที่ใช้

สารเสพติด เช่น กัญชา ยาบ้า เป็นต้น (Jonsdottir et al., 2013; Montes et al., 2013; Sajatovic, Valenstein, Blow, Ganoczy, & Ignacio, 2006) ผู้ป่วยที่มีการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเองระดับต่ำ (Kutzelnigg et al., 2014; Novick, Montgomery, Treuer, Aguado, Kraemer, & Haro, 2015; Savas et al., 2011) และผู้ป่วยที่มีทัศนคติทางลบในการรับประทานยา (Ghaffari-Nejad, Mashayekhi, Mazhari, & Ghayoumi, 2014; Hibdy et al., 2015; Kutzelnigg et al., 2014; Sharifi, Shabani, & Ahmadzad-Asl, 2009) ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการป่วยล่าสุดด้วยอาการซึมเศร้าบ่อยครั้ง (Bauer et al., 2013; Montes et al., 2013) ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ได้แก่ ความถี่ในการรับประทานยามากกว่า 2 ครั้งต่อวัน (Hibdy et al., 2015; Ibrahim et al., 2015) และผู้ป่วยที่มีการรับรู้ผลข้างเคียงจากยา (Baldessarini et al., 2008; Col, Caykoylu, Karakas-Ugurlu, & Ugurlu, 2014; Hibdy et al., 2015; Ibrahim et al., 2015) และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอ (Col et al., 2014; Hibdy et al., 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเป็นปัญหาสำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ โดยมีหลายปัจจัยที่พบว่ามีผลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยา อย่างไรก็ตามการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีระบบสาธารณสุข ระบบการดูแลผู้ป่วย และระบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยแตกต่างจากประเทศไทย

ประกอบกับยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในประเทศไทย ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง อันจะนำไปสู่การเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในประเทศไทย ซึ่งมีความสำคัญสำหรับพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมมากขึ้นและป้องกันผลกระทบต่าง ๆ จากพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยา ผู้วิจัยจึงคัดเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่ทำนายการเกิดพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยา และปัจจัยที่ผลการศึกษายังไม่ชัดเจน ได้แก่ อายุ สถานะการจ้างงาน ทักษะคิดในการรับประทานยา ความถี่ในการรับประทานยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ สถานะการจ้างงาน ทักษะคิดในการรับประทานยา ความถี่ในการรับประทานยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

### สมมติฐานการวิจัย

อายุ สถานะการจ้างงาน ทักษะคิดในการรับประทานยา ความถี่ในการรับประทานยา

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือ/พฤติกรรมการร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว โดยพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยา (medication nonadherence) ในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเป็นการที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยา หรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยาทางจิตเวชของแพทย์ผู้รักษา โดยอาจจะเจตนาหรือไม่เจตนาไม่รับประทานยา ซึ่งการไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องนั้นจะส่งผลกระทบทางลบในการรักษาต่อผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Chapman & Horne, 2013; Depp et al., 2008; Tang et al., 2010) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วหลายปัจจัย และปัจจัยที่นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ สถานะการจ้างงาน และทักษะคิดในการรับประทานยา ปัจจัยเกี่ยวกับการใช้ยา ประกอบด้วย ความถี่ในการรับประทานยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยา และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

**อายุ (age)** จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่ร่วมมือรับประทานยากับผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือรับประทานยา มีอายุเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือรับประทานยา มีอายุน้อยกว่า (Montes et al., 2013; Sajatovic et al., 2006) และพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า มีโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมการณ์ไม่ร่วมมือรับประทานยา (Baldessarini et al., 2008; Montes et al., 2013) ซึ่งบางการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่อายุน้อยอยู่ในช่วงอายุ 16 - 46 ปี มีแนวโน้มไม่ร่วมมือรับประทานยาสูงกว่ามากกว่า ผู้ป่วยที่อายุมากกว่าที่อยู่ในช่วงอายุ 47 - 71 ปี (Correard et al., 2017)

**สถานะการจ้างงาน (occupational status)** จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การว่างงานกับพฤติกรรมการณ์ไม่ร่วมมือรับประทานยา มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือรับประทานยา มีอัตราการว่างงานมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการจ้างงานหรือมีงานทำ (Montes et al., 2013) และผู้ป่วยที่ว่างงานมีโอกาที่จะเกิดพฤติกรรมการณ์ไม่ร่วมมือรับประทานยาสูง (Hibdy et al., 2015)

**ทัศนคติในการรับประทานยา (attitude toward drugs)** จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ค่าเฉลี่ยทัศนคติในการรับประทานยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ร่วมมือกับผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ร่วมมือในการรับประทานยาสูง มีทัศนคติทางบวกในการรับประทานยา (Ghaffari-Nejad et al., 2014; Kutzelnigg et al., 2014; Sharifi et al., 2009) ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีทัศนคติทางลบในการ

รับประทานยา มีโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมการณ์ไม่ร่วมมือรับประทานยาสูง (Hibdy et al., 2015)

**ความถี่ในการรับประทานยา (frequency of drug use)** จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความถี่ในการรับประทานยาในแต่ละวันของผู้ป่วยกับพฤติกรรมการณ์ไม่ร่วมมือรับประทานยา มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีความถี่ในการรับประทานยาสูง มีแนวโน้มที่ถี่รับประทานยา (Ibrahim et al., 2015) และพบว่า ผู้ป่วยที่มีความถี่ในการรับประทานยามากกว่า 2 ครั้งต่อวันขึ้นไป มีโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมการณ์ไม่ร่วมมือรับประทานยาสูง (Hibdy et al., 2015; Ibrahim et al., 2015)

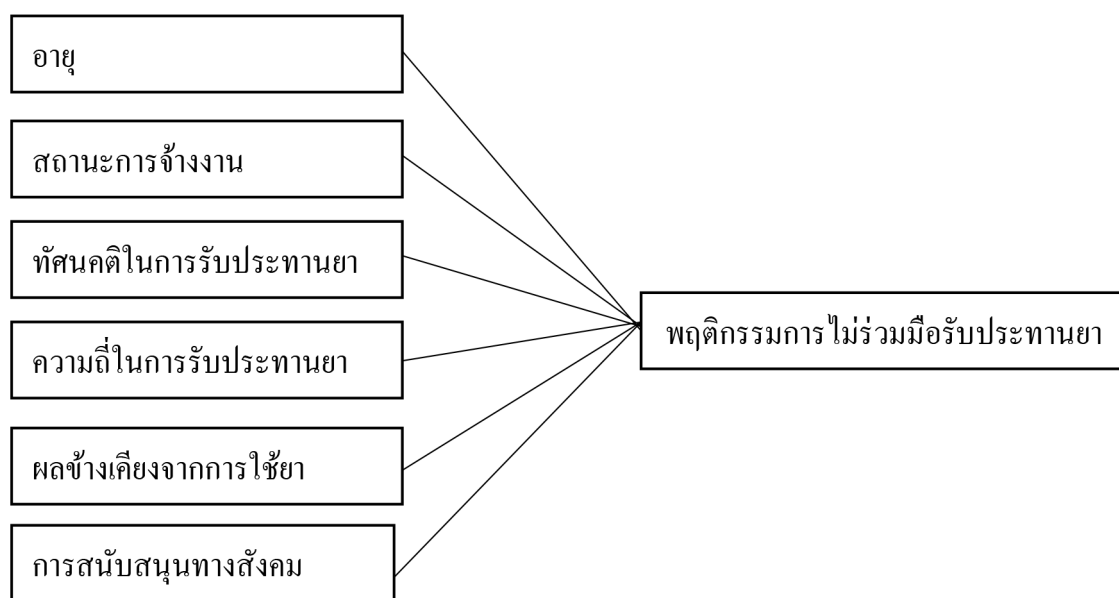
**ผลข้างเคียงจากการใช้ยา (side effects)** จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ผลข้างเคียงจากการใช้ยากับพฤติกรรมการณ์ไม่ร่วมมือรับประทานยา มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือรับประทานยา มีการรับรู้ผลข้างเคียงจากการใช้ยามากกว่า (Ibrahim et al., 2015) และพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยา มีโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมการณ์ไม่ร่วมมือรับประทานยาสูง (Baldessarini et al., 2008; Ibrahim et al., 2015) ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่พบผลข้างเคียงจากการใช้ยา มีโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมการณ์ร่วมมือรับประทานยาสูง (Col et al., 2014)

**การสนับสนุนทางสังคม (social support)** จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการณ์ร่วมมือรับประทานยา มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่ร่วมมือรับประทานยา มีการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ (Col et al., 2014) และยังพบว่า

ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาสูง (Hibdy et al., 2015)

ดังนั้นอายุ สถานะการจ้างงาน ทักษะคิดในการรับประทานยา ความถี่ในการรับประทานยา

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม จึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (แผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ (descriptive correlational design) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์สองขั้วที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

- 1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว
- 2) ได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่มยาควบคุมอารมณ์ ยารักษาโรคจิต หรือยาต้านเศร้าอย่างน้อย 6 เดือน
- 3) อยู่ในระยะสงบ โดยประเมินจากแบบวัดอาการซึมเศร้า Montgomery - Asberg Depression Rating Scale (MADRS) มีคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน ซึ่งหมายถึง ไม่มีอาการซึมเศร้า และแบบประเมินอาการเมเนีย Young Mania Rating Scale (YMRS) มีคะแนนรวม

น้อยกว่า 13 คะแนน ซึ่งหมายถึง มีอาการเมเนียค่อนข้างน้อย

#### 4) สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โดยใช้หลักการ Power analysis ของ โคเฮน (Cohen, 1988) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้กับพฤติกรรมการณ์ร่วมมีหรือรับประทายา/พฤติกรรมการณ์ร่วมมีหรือรับประทายาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (Baldessarini et al., 2008; Bates, Whitehead, Bolge, & Kim, 2010; Berk et al., 2010; Col et al., 2014; Correard et al., 2017; Ghaffari-Nejad et al., 2014; Hibdy et al., 2015; Ibrahim et al., 2015; Kriegshauser et al., 2010; Kutzelnigg et al., 2014; Montes et al., 2013; Sajatovic et al., 2006; Sharifi et al., 2009; Taj et al., 2008) ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (medium effect size) และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.8 และค่านัยสำคัญทางสถิติ ( $\alpha$ ) เท่ากับ .05 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสหสัมพันธ์ (correlation) กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 84 ราย

#### เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

#### 1. เครื่องมือคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1) แบบประเมินอาการเมเนีย (Young Mania Rating Scale: YMRS) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย ยิง และคณะ (Young, Biggs, Ziegler, & Meyer, 1978) เพื่อใช้ประเมินระดับความ

รุนแรงของอาการเมเนีย แปลเป็นภาษาไทยโดย รณชัย คงสกนธ์ และดาวชมพู พัฒนประภาพันธุ์ (Kongsakon & Bhatanaprabhabhan, 2005) มีข้อคำถามเกี่ยวกับอาการเมเนียจำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ โดยมีลักษณะการคิดคะแนน 2 ประเภท คือ 1) ระดับคะแนน 0 - 4 คะแนน คือ 0, 1, 2, 3, 4 คะแนน และ 2) ระดับคะแนน 0 - 8 คะแนน คือ 0, 2, 4, 6, 8 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 60 คะแนน แบ่งความรุนแรงตามคะแนนรวมออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้คือ 0 - 13 คะแนน หมายถึง มีอาการเมเนียค่อนข้างน้อย 14 - 20 คะแนน หมายถึง มีอาการเมเนียน้อย 21 - 37 คะแนน หมายถึง มีอาการเมเนียปานกลาง และ 38 - 60 คะแนน หมายถึง มีอาการเมเนียมาก (Kongsakon & Bhatanaprabhabhan, 2005)

1.2) แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery - Asberg Depression Rating Scale: MADRS) ฉบับภาษาไทย แบบวัดนี้พัฒนาโดย Montgomery และ Asberg (1979) เพื่อใช้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าแปลเป็นภาษาไทยโดย รณชัย คงสกนธ์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก, อวยชัย โรจนนิรันดกิจ, และอุไร บุรณเชษฐ (2546) มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า ตามความรุนแรงของอาการ 4 ระดับ โดยมีลักษณะอาการที่จะให้คะแนนในระดับที่ 0, 2, 4, 6 คะแนน ส่วนคะแนนในระดับที่ 1, 3, 5 คะแนน เป็นคะแนนที่สามารถให้คะแนนได้หากมีอาการอยู่ระหว่างกลาง คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 60 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงตามคะแนนรวมออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้คือ 0 - 6 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการซึมเศร้า 7 - 19 คะแนน

หมายถึง มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย 20 - 34 คะแนน หมายถึง มีอาการซึมเศร้าปานกลาง และมากกว่า 34 คะแนน หมายถึง มีอาการซึมเศร้ามาก (Herrmann, Black, Lawrence, Szekely, & Szalai, 1998)

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**  
เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล โรคและการรักษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะการทำงาน รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ การดื่มสุรา ผู้ที่อาศัยอยู่ด้วยการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค กลุ่มยาที่ได้รับ และความถี่ในการรับประทานยา

**ส่วนที่ 2 แบบประเมินทัศนคติต่อยา (Drug Attitude Inventory - 10: DAI - 10)** พัฒนาโดย โฮแกน และคณะ (Hogan, Awad, & Eastwood, 1983) เพื่อประเมินทัศนคติในการใช้ยาซึ่งประเมินเกี่ยวกับมุมมองการใช้ยาและประสบการณ์ในการใช้ยาของผู้ป่วย แปลเป็นภาษาไทยโดย วิริยจันท์ ไชยจันทร์ และคณะ (Chaiyajan, Sitthimongkol, Yuttatri, & Klainin, 2009) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะคำตอบมีให้เลือก 2 คำตอบ (dichotomous) คือ จริง หรือ ไม่จริง แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวกจำนวน 6 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 4 ข้อ คะแนนรวมตั้งแต่ -10 ถึง +10 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมที่ได้มากกว่า 0 (คะแนนเป็นบวก) หมายถึง ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการรับประทานยา และคะแนนรวมที่ได้น้อยกว่า 0 คะแนน (คะแนนเป็นลบ) หมายถึง

ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ไม่ดีหรือมีทัศนคติในทางลบต่อการรับประทานยา

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามผลข้างเคียงจากยา (The Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating Scale: LUNSERS)** พัฒนาโดย

เดย์ และคณะ (Day, Wood, Dewey, & Bentall, 1995) เพื่อใช้ประเมินผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านโรคจิต แปลเป็นภาษาไทยโดย ศุภาพิชญ์ มณีสาคร และคณะ (Maneesakorn, Robson, Gournay, & Gray, 2007) มีข้อคำถามจำนวน 51 ข้อ ประเมินผลข้างเคียงจากการใช้ยา 7 ด้าน ดังนี้ 1) อาการด้าน psychic 2) อาการ Extrapyramidal 3) อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ (automatic) 4) อาการด้านฮอร์โมน (hormonal) 5) อาการด้านแอนติโคลิเนอร์จิก (anticholinergic) 6) การแพ้ยา (allergic) และ 7) ผลกระทบอื่น ๆ (other miscellaneous) มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์ และคณะ (Rungruangsiripan, Sitthimongkol, Maneesriwongul, Talley, & Vorapongsathorn, 2011) ได้ปรับและดัดแปลงแบบสอบถามเหลือจำนวนข้อคำถาม 41 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ 0-4 คะแนน มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 164 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีประสบการณ์มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาสูง คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมีประสบการณ์มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาดำ

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนที่มี (The Medical Outcomes Study Social Support Survey: MOS - SSS)** พัฒนาโดย เชอร์บรอน และสจิวต์ (Sherbourne & Stewart, 1991) เพื่อประเมินจำนวนเพื่อนสนิทและญาติสนิท และการรับรู้เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนของบุคคล

ทั้งในด้านการได้รับความรัก ได้รับความช่วยเหลือ และการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยมาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์ และคณะ (Rungruangsiripan et al., 2011) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ คำถามข้อแรกเป็นคำถามปลายเปิด ให้ระบุจำนวนเพื่อนสนิทและญาติสนิท ส่วนคำถามในข้อที่ 2 - 16 ประเมินการสนับสนุนทางสังคม 4 องค์ประกอบ คือ 1) การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม 2) การช่วยเหลือด้านอารมณ์ 3) การช่วยเหลือด้านปฏิสัมพันธ์ในสังคม และ 4) การช่วยเหลือโดยให้ข้อมูลข่าวสาร ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คะแนนรวมตั้งแต่ 15 - 75 คะแนน แปลผลโดยผู้ป่วยที่ได้คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง และผู้ป่วยที่ได้คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

**ส่วนที่ 5 แบบสอบถามวิธีการใช้ยา (Medication Adherence Report Scale: MARS)** พัฒนาแบบสอบถามโดย Horne (1996) เพื่อใช้ประเมินการไม่ร่วมมือรับประทานยา/ ร่วมมือรับประทานยาของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา แปลเป็นภาษาไทยโดย มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์ และคณะ (Rungruangsiripan et al., 2011) มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า คือ 1 - 5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5 - 25 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาต่ำ/ มีพฤติกรรมการร่วมมือรับประทานยาสูง และคะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาสูง/ มีพฤติกรรม

การร่วมมือรับประทานยาต่ำ

### การทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ก่อนนำเครื่องมือวิจัยไปใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินอาการเมเนีย (YMRS) แบบวัดอาการซึมเศร้า (MADRS) แบบประเมินทัศนคติต่อยา (DAI-10) แบบสอบถามผลข้างเคียงจากยา (LUNSERS) แบบสอบถามเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนที่มี (MOS-SS) และแบบสอบถามวิธีการใช้ยา (MARS) ไปตรวจสอบหาความเชื่อมั่นในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ใช้วิธีการวัดซ้ำ (test - retest method) โดยกำหนดระยะเวลาห่างระหว่างการวัดครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ห่างกัน 1 เดือน (Moljord, Lara-Cabrera, Perestelo-Pérez, Rivero-Santana, Eriksen, & Linaker, 2015) ตามระยะเวลาของการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) ของเครื่องมือวิจัยข้างต้นเท่ากับ .76, .94, .85, .78, .87 และ .82 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยขอหนังสืออนุมัติเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล นำส่งไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร หลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลและเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย การยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง โดยชี้แจงถึงอิสระในการเข้าร่วม และการถอนตัวจากงานวิจัย รวมถึงการเก็บข้อมูล

เป็นความลับ และการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม โดยไม่อ้างอิงถึงผู้ใดทั้งสิ้น จากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยการลงนาม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว และได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยติดต่อประสานงานที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 คน เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เพื่อช่วยในการเก็บข้อมูล ซึ่งก่อนนำเครื่องมือไปใช้จริง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้เข้ารับการฝึกใช้แบบประเมินอาการเมเนีย (YMRS) และแบบวัดอาการซึมเศร้า (MADRS) จากจิตแพทย์ และได้รับการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .85 และ .88 ตามลำดับ หลังจากนั้นก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล 1 วัน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยไปยังหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีนัดตรวจในวันถัดไปตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์สองขั้วและรักษาด้วยยาในกลุ่มยากควบคุมอารมณ์ ยารักษาโรคจิต หรือยาต้านเศร้าอย่างน้อย 6 เดือน เมื่อผู้ป่วยมาตรวจในวันถัดไป ผู้ช่วยพยาบาลแจ้งให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทราบเพื่อเข้าไปติดต่อกับสัมภาษณ์และเก็บข้อมูล ทำการเก็บ

รวบรวมข้อมูลในห้องที่เป็นส่วนตัวชี้แจงให้ทราบถึงคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังเซ็นยินยอม ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการประเมินอาการตามเกณฑ์คัดเลือกรวมกลุ่มตัวอย่างจากแบบวัดอาการซึมเศร้า และแบบประเมินอาการเมเนีย ส่วนผู้ป่วยที่มีคะแนนเกินเกณฑ์การคัดเลือกรวมกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยแจ้งข้อมูลต่อพยาบาลประจำการเพื่อส่งต่อข้อมูลให้แพทย์ผู้รักษาในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามคุณสมบัติผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถามและใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 1 ชั่วโมงต่อผู้เข้าร่วมวิจัย 1 คน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติบรรยายได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรสถานะการทำงานโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยซ์ไบซีเรียล (Point - Biseiral correlation)
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุทัศนคติในการรับประทานยา ความถี่ในการรับประทานยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank - order correlation) เนื่องจากผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่อง normal distribution ของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้ Kolmogorov - Smirnov test พบว่า ตัวแปรทัศนคติในการรับประทานยา

ความถี่ในการรับประทานยา และพฤติกรรมกรร  
ร่วมมือในการรับประทานยาไม่มีการแจกแจง  
แบบโค้งปกติ

## ผลการวิจัย

### ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่ม  
ตัวอย่างผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จำนวน 84 ราย  
พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.9  
กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 43.40 ปี (SD = 14.76) มี  
สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 59.5 จบการศึกษา  
ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 52.4 สถานะการ  
จ้างงาน ส่วนใหญ่มีงานทำ คิดเป็นร้อยละ 59.5  
และว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 28.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อ  
เดือน 10,000 - 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.1  
อาศัยอยู่กับบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 31.0 ด้  
รับการวินิจฉัยเป็นโรคอารมณ์สองขั้วชนิดที่ 1 คิดเป็น  
ร้อยละ 84.5 ระยะเวลาการเจ็บป่วย 1 - 10 ปี คิดเป็น  
ร้อยละ 50.0 (mean = 12.80, SD = 10.39) สำหรับ  
ยาที่ได้รับนั้น ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม  
ยาปรับอารมณ์ คิดเป็นร้อยละ 79.8 ได้รับการรักษา  
ด้วยยาในกลุ่มยาต้านโรคจิต คิดเป็นร้อยละ 58.3  
ได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่มยาต้านเศร้า คิดเป็น  
ร้อยละ 22.6 ได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่มยา  
คลายกังวล คิดเป็นร้อยละ 56.0 และได้รับการรักษา  
ด้วยยาในกลุ่มอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 2.4 และสำหรับ

ความถี่ในการรับประทานยาผู้ป่วยรับประทานยา  
1 ครั้ง/วัน คิดเป็นร้อยละ 39.3 รับประทานยา  
2 ครั้ง/วัน คิดเป็นร้อยละ 32.1 รับประทานยา  
3 ครั้ง/วัน คิดเป็นร้อยละ 23.8 และรับประทานยา  
4 ครั้ง/วัน คิดเป็นร้อยละ 4.8 (mean = 1.94,  
SD = .91)

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ สถานะ  
การจ้างงาน ทักษะในการรับประทานยา  
ความถี่ในการรับประทานยา ผลข้างเคียงจากการ  
ใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม  
การไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์  
สองขั้ว

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว  
ที่มีทัศนคติในการรับประทานยาทางบวกและมี  
คะแนนการสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้ม  
ที่จะมีพฤติกรรมกรรร่วมมือรับประทานยาสูงหรือ  
มีพฤติกรรมกรรไม่ร่วมมือรับประทานยาดำ (r<sub>s</sub> =  
.263, .245, p < .05 ตามลำดับ) ผู้ป่วยที่มีความถี่  
ในการรับประทานยาต่อวันสูงและมีคะแนน  
ผลข้างเคียงจากการใช้ยามากมีแนวโน้มที่จะมี  
พฤติกรรมกรรร่วมมือรับประทานยาดำหรือ  
มีพฤติกรรมกรรไม่ร่วมมือรับประทานยาสูง (r<sub>s</sub> =  
-.258, -.282, p < .05 ตามลำดับ) ส่วนอายุและสถานะ  
การจ้างงานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรร  
ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา (r<sub>s</sub> = .185, r<sub>pb</sub> =  
.101, p < .05 ตามลำดับ)

**ตารางที่ 1** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ( $r_s$ ) ระหว่างอายุ ทัศนคติในการรับประทานยา ความถี่ในการรับประทานยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรม การไม่ร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ( $n = 84$ )

| ตัวแปร                  | $r_s$  |
|-------------------------|--------|
| อายุ                    | .185   |
| ทัศนคติในการรับประทานยา | .263*  |
| ความถี่ในการรับประทานยา | -.258* |
| ผลข้างเคียงจากการใช้ยา  | -.282* |
| การสนับสนุนทางสังคม     | .245*  |

\* หมายถึง  $p < .05$

**ตารางที่ 2** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r_{pb}$ ) แบบพอยซ์ไบซีเรียล ระหว่างสถานะการจ้างงานและพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ( $n = 74$ )

| ตัวแปร          | $r_{pb}$ | p    |
|-----------------|----------|------|
| สถานะการจ้างงาน | .101     | .393 |

### การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมรับประทานยา อยู่ในช่วง 16 - 25 คะแนน จากคะแนนค่าที่เป็นไปได้ของแบบสอบถามระหว่าง 5 - 25 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.88 คะแนน ( $SD = 2.53$ ) แสดงถึงว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การไม่ร่วมมือรับประทานยาต่ำ อย่างไรก็ตามเมื่อ พิจารณาตามรายชื่อของแบบสอบถามวิธีการ ใช้ยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35.7 มีคะแนน พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาเท่ากับ 25 คะแนน นั่นหมายถึง ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างไม่เคยลืมรับประทานยาเปลี่ยนขนาด

ยาที่รับประทานด้วยตนเอง หยุดรับประทานยา ช่วงขณะหนึ่งหรือชั่วคราว ตัดสินใจที่จะงดยา บางมื้อ หรือรับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง แสดงถึงการไม่มีพฤติกรรม การไม่ร่วมมือในการ รับประทานยาเลย แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.3 มีคะแนนพฤติกรรมรับประทานยา น้อยกว่าหรือเท่ากับ 24 คะแนน นั่นหมายถึงว่าใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างเคยมีพฤติกรรม การไม่ร่วมมือรับประทานยาอย่างน้อย 1 พฤติกรรม ได้แก่ ลืมรับประทานยา เปลี่ยนขนาดยาที่ รับประทานด้วยตนเอง หยุดรับประทานยา ช่วงขณะหนึ่งหรือชั่วคราว ตัดสินใจที่จะงดยา บางมื้อ หรือรับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง

ดังนั้นถ้าพิจารณารายชื่อจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 26.5 - 71.5 (Hibdy et al., 2015; Ibrahim et al., 2015; Miasso et al., 2009; Montes et al., 2013; Vieta et al., 2012)

**อายุ:** ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยา อาจอธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างซึ่งในการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 อยู่ในวัยผู้ใหญ่และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาสูง ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่มีพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาค่าหรือมีพฤติกรรมร่วมรับประทานยาสูง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีการพัฒนาทางด้านร่างกายและอารมณ์ รวมทั้งการเรียนรู้จากประสบการณ์ต่าง ๆ สามารถเผชิญหน้ากับปัญหา รับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง อันจะส่งผลดีในทางที่ดีแก่ตนเอง บุคคลรอบข้างและสิ่งแวดล้อม (เดมทรีพพ์ จันเพชร, 2557) สิ่งเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมร่วมรับประทานยาของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่มีงานทำและเรียนมากกว่าร้อยละ 80 จึงอาจเป็นไปได้ว่า การที่ผู้ป่วยต้องทำงานหรือเรียนมีส่วนกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมร่วมรับประทานยาเนื่องจากการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถทำงานและเรียนได้ (Stentzel et al., 2018) จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัย

ผู้ใหญ่มีงานทำและมีพฤติกรรมรับประทานยาใกล้เคียงกัน จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

**สถานะการจ้างงาน:** ในการศึกษาครั้งนี้ สถานะการจ้างงาน หมายถึง สถานภาพการทำงาน หรือการถูกจ้างงานของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ซึ่งมีรายได้จากการทำงานในปัจจุบัน โดยแบ่งเป็น "ได้รับการจ้างงานและไม่ได้รับการจ้างงาน" จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานะนักเรียน/นักศึกษา จำนวน 10 ราย ดังนั้นในการวิเคราะห์สถานะการจ้างงานในการศึกษานี้ จึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 74 ราย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า สถานะการจ้างงานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ที่มีงานทำและกลุ่มที่ว่างงานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาค่อนข้างสูง ซึ่งหมายความว่า ทั้งผู้ป่วยที่มีงานทำและว่างงานมีพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาค่าหรือมีพฤติกรรมร่วมรับประทานยาสูง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการจ้างงาน ต้องการให้อาการอยู่ในระยะสงบเพื่อสามารถทำงานได้ อีกทั้งการมีงานทำ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเองที่สามารถเลี้ยงดูตนเองและบุคคลในครอบครัว ซึ่งนำไปสู่การยอมรับตนเองและเป็นที่ยอมรับของสังคม ดังนั้นผู้ป่วยที่ร่วมมือรับประทานยาจึงต้องการดูแลตนเองและมีเป้าหมายในการดูแลตนเอง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ภควัด วิวัฒนวรเศรษฐ์ และ จารุรินทร์ ปีตานุพงศ์, 2560; Stentzel et al., 2018) นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ว่างงานในการ

ศึกษาครั้งนี้ (มากกว่าร้อยละ 60) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบิดามารดา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยว่างงานที่อยู่ร่วมกับบิดามารดา คู่สมรส สมาชิกในครอบครัวจะมีส่วนช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา โดยทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น สามารถดูแลรับผิดชอบตนเองได้ (โสธราสุรเทวมิตร และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) ในขณะที่ผู้ป่วยที่ว่างงานไม่มีผู้ดูแลและมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอมีแนวโน้มที่จะไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Sajatovic, Valenstein, Blow, Ganoczy, & Ignacio, 2007) จะเห็นได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีงานทำและกลุ่มผู้ป่วยที่ว่างงานมีพฤติกรรมการรับประทานยาใกล้เคียงกัน และยังพบว่าทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว จึงทำให้พบว่า สถานะการจ้างงานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

**ทัศนคติในการรับประทานยา:** ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทางบวกแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยา การที่พบว่าทัศนคติในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วอาจอธิบายได้ว่า ความเชื่อหรือมุมมองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยา รวมถึงประสบการณ์ทั้งทางบวกและทางลบเกี่ยวกับยาที่เคยได้รับมีผลต่อพฤติกรรมการร่วมมือรับประทานยา (Hogan et al., 1983; Ruscher, de Wit, & Mazmanian, 1997) การที่ผู้ป่วยมีทัศนคติในการรับประทานยาทางบวก รับรู้ว่าการรับประทานยาส่งผลดีต่อตนเองและรับรู้

ว่าหากรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจะสามารถป้องกันความเจ็บป่วยได้จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือรับประทานยาหรือปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ (Chaiyajan et al., 2009; Hogan et al., 1983) หากผู้ป่วยที่รับรู้หรือมีประสบการณ์ทางลบเกี่ยวกับการรับประทานยา เช่น ได้รับผลข้างเคียงจากยา รวมถึงการรู้สึกกัวเหงาพะงาย เป็นต้น ทำให้มีโอกาสเกิดพฤติกรรมในการไม่ร่วมมือรับประทานยาสูง (Berk et al., 2010; Morselli, Elgie, & Cesana, 2004; Sajatovic et al., 2009) จะเห็นได้ว่า ทัศนคติในการรับประทานยาเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยา/พฤติกรรมการร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้ ซึ่งความเชื่อและการรับรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการรับประทานยาที่ผ่านมาก่อให้เกิดเป็นความคิดรวบยอดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วย ดังนั้นการเข้าใจถึงความเชื่อเกี่ยวกับโรค การรักษา และการรับประทานยาของผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรในทีมสุขภาพต้องประเมิน เพื่อนำข้อมูลมาช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทัศนคติในการรับประทานยาทางบวกมากขึ้นและส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์

**ความถี่ในการรับประทานยา:** ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความถี่ในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียนและวัยทำงาน และมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ แม้ว่าส่วนใหญ่จะมีจำนวนครั้งในการ

รับประทานยา 1 - 2 ครั้งต่อวันก็ตาม อาจเป็นไปได้ว่า การรับประทานยาระหว่างวันอาจรบกวนการทำงานของผู้ป่วยที่ต้องทำงานร่วมกับผู้อื่นในสังคม โดยรู้สึกว่าการรับประทานยาเป็นตราบาปในใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอายและไม่ต้องการเปิดเผยให้คนในสังคมรับรู้ว่าคุณเองรับประทานยาทางจิตเวช (Teferra, Hanlon, Beyero, Jacobsson, & Shibre, 2013) ประกอบกับ กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 51 - 70 ปี (39.2%) ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและวัยผู้สูงอายุ ในวัยนี้มักมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามวัย โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านระบบประสาทและการรับรู้ทางประสาทสัมผัส ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหลงลืมได้ง่าย (นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร และกฤษฎา ตรียมฉัตรรัตน์, 2559) เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านความคิด ความจำ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความถี่ในการรับประทานยาหลายครั้งต่อวันลืมรับประทานยาได้ง่าย (Correard et al., 2017; Depp, & Lebowitz, 2007; Taj et al., 2008) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือรับประทานยา แพทย์ผู้รักษาและพยาบาลจำเป็นต้องตระหนักถึงความสำคัญของการบริหารจัดการยาแก่ผู้ป่วย โดยอาจมีการปรับลดจำนวนครั้งในการรับประทานยาต่อวันลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย หรือวิธีการรับประทานยาที่จะไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปในใจกับการรับประทานยาทางจิตเวช

**ผลข้างเคียงจากการใช้ยา:** ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผลข้างเคียงจากการใช้ยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว อาจอธิบายได้ว่า การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ทางลบจากอาการผลข้างเคียงของยาจะส่งผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือ

รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ในการศึกษาครั้งนี้ ผลข้างเคียงจากยาที่พบบ่อยข้างบ่อยหรือพบมากในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง นอนมากเกินไป และง่วงมากในเวลากลางวัน สำหรับอาการที่พบบ้างได้แก่ เคลื่อนไหวช้า ลำบากในการจดจำสิ่งต่าง ๆ และน้ำหนักเพิ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผลข้างเคียงที่ส่งผลทำให้เกิดปัญหาด้านการนอนและปัญหาด้านความคิด ความจำ สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือรับประทานยาได้ (Bates et al., 2010; Taj et al., 2008) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยทำงานและเรียน ผลข้างเคียงจากยาที่ทำให้ง่วงมากในเวลากลางวัน ส่งผลให้เกิดความลำบากในการจดจำสิ่งต่าง ๆ อาจเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตและการทำงาน จึงอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งเป็นเพศที่ต้องการรักษาภาพลักษณ์ของตนเอง ผลข้างเคียงจากยาที่ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม ทำให้รูปลักษณ์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือรับประทานยา (Baldessarini et al., 2008; Kriegshauser et al., 2010; Velligan et al., 2009) ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือรับประทานยา ทีมบุคลากรทางสุขภาพต้องประเมินผลข้างเคียงจากยาที่ผู้ป่วยได้รับ ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยรับประทาน ผลข้างเคียงจากยาที่พบบ่อย แนวทางการจัดการกับอาการที่ไม่พึงประสงค์และความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องการปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองให้เข้ากับโรคและการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้เกิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการ

ที่ต้องกลับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลซ้ำได้

**การสนับสนุนทางสังคม:** ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว อาจอธิบายได้ว่า การได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อไม่สบาย การรับรู้ว่ามีคนที่รักและห่วงใยตนเอง การมีคนที่อยู่ด้วยแล้วสบายใจและทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันได้ และมีผู้ที่คอยให้คำแนะนำหรือให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาหรือรู้สึกไม่สบายใจ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือรับประทานยามากขึ้น (Rungruangsiripan et al., 2011; Sherbourne & Stewart, 1991; Teferra et al., 2013) ซึ่งการได้รับการดูแลจากบุคคลอื่นเป็นที่รักในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ที่ช่วยลดความเครียดและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ ซึ่งส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการมีสุขภาวะที่ดีขึ้นและมีความต้องการที่จะรับประทานยาตามแผนการรักษา (Rabinovitch, Cassidy, Schmitz, Joobor, & Malla, 2013) ในขณะที่ผู้ป่วยที่ขาดการดูแลจากบุคคลในครอบครัวอาจทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมที่ไม่ร่วมมือรับประทานยา ซึ่งส่งผลกระทบต่อทางลบต่อการรักษา (Bener, Dafeeah, & Salem, 2013; Rabinovitch, et al., 2013; Teferra et al., 2013; Velligan et al., 2010) นอกจากนี้การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและยาอย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการรับประทานยามากขึ้น ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ตามแผนการรักษาของแพทย์ (Col et al., 2014; Miasso et al., 2009) ดังนั้นบุคลากรในทีมสุขภาพต้องคำนึงถึงความสำคัญและจะต้องประเมินถึงการรับรู้เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของ

ผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อนำมาวางแผนในการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอแล้วนั้นมีแนวโน้มที่จะร่วมมือรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ได้อย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

### ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษานี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ช่วยให้ตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยทัศนคติในการรับประทานยาและการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่และให้ข้อมูลถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะสามารถขอความช่วยเหลือได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์มากขึ้น

2. ผลการศึกษานี้ จะใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วย โดยมีการประเมินผลข้างเคียงจากการใช้ยา การให้ความรู้เกี่ยวกับยา อาการข้างเคียงและการจัดการเบื้องต้น รวมถึงร่วมพิจารณากับแพทย์ผู้รักษาเกี่ยวกับรูปแบบการรับประทานยาในแต่ละวันของผู้ป่วย และร่วมกับผู้ป่วยในการปรับแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือรับประทานยามากขึ้น

3. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัยทางด้านจิตสังคมอื่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

ไม่ร่วมมือ/พฤติกรรมความร่วมมือรับประทานยา ในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการจัดกิจกรรมหรือการวางแผนการพยาบาลให้ ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมมากขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่ให้คำแนะนำในการทำ วิจัยครั้งนี้จนสำเร็จ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี และหัวหน้าสาขา วิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โรงเรียน พยาบาลรามาธิบดี ที่ให้โอกาสทางการศึกษามา โดยตลอด ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล รามาธิบดีที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัย และขอ ขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ยินดีเป็นส่วนหนึ่ง ของการวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข. (2561ก). *จำนวนผู้ป่วยนอก จิตเวชที่มารับบริการจำแนกรายกลุ่มโรค และสิทธิ ปี 2561*. สืบค้นเมื่อ 11 มีนาคม 2562, จาก [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format\\_fix\\_col2.php&cat\\_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89&id=67ce3cd10f4ed5d2b3517f1373ef273d](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format_fix_col2.php&cat_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89&id=67ce3cd10f4ed5d2b3517f1373ef273d)

เดมทรีพีย์ จันเพชร. (2557). การพัฒนาดตนเองของ ผู้ใหญ่ Self Development of Adults. *วารสาร เกื้อการุณย์*, 21(1), 17-23.

นนทศักดิ์ ธรรมานวัตร และกฤษฎณา ตรียมณีรัตน์. (2559). *เมื่ออย่างเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ*. สืบค้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2561, จาก [http://www.thaicam.go.th/index.php?option=com\\_content&view=article&id=336:2010-10-01-04-07-50&catid=81:2010-08-06-03-4356&Itemid=147](http://www.thaicam.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=336:2010-10-01-04-07-50&catid=81:2010-08-06-03-4356&Itemid=147)

[www.thaicam.go.th/index.php?option=com\\_content&view=article&id=336:2010-10-01-04-07-50&catid=81:2010-08-06-03-4356&Itemid=147](http://www.thaicam.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=336:2010-10-01-04-07-50&catid=81:2010-08-06-03-4356&Itemid=147)

ธวัชชัย ลิฬหนาจ. (2549). การรักษา Bipolar Disorder: หลักการทั่วไป. ใน ธวัชชัย ลิฬหนาจ และสรยุทธ วาสิกนันนนท์ (บ.ก.), *ตำราโรคไบโพลาร์* (หน้า 91-106). กรุงเทพฯ: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.

พิชัย อิฏฐสกุล. (2558). โรคอารมณ์สองขั้ว. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปรามิชัย สุคนิชย์ (บ.ก.), *ตำราจิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (หน้า 155-166). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

พันธุ์ธนา กิตติรัตนไพบูลย์, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระ เฟื่องจันทร์, จินตนา ลิ้มเพิ่มพูน, วรวรรณ จุฑา, และเกษราภรณ์ เคนบุปผา. (2556). ระบาดวิทยาโรคจิตเวชร่วมใน คนไทย: การศึกษาระดับชาติ 2551. *วารสาร สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(1), 1-14.

ภควัต วิวัฒน์วรเศรษฐ์ และจารุรินทร์ ปิตานพวงศ์. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์ สองขั้วในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 62(4), 299-308.

ธวัชชัย คงสกันธ์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งกัล, อวยชัย โรจนนิรันดกิจ, และอุไร บุรณเชษฐ. (2546). การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย*, 48(4), 211-219.

- โสรดา สุรเทวมิตร และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(1), 63-74.
- สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2551). การศึกษาค่าความสูญเสียสุขภาพเนื่องจากความบกพร่องทางสุขภาพจากความผิดปกติทางจิตของประชากรไทย พ.ศ.2547. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5<sup>th</sup> ed.). Arlington, VA: American Psychiatric.
- American Psychiatric Association. (2015). *What are bipolar disorders?* Retrieved April 25, 2016, from <https://www.psychiatry.org/patients-families/bipolar-disorders/what-are-bipolar-disorders>.
- Baldessarini, R. J., Perry, R., & Pike, J. (2008). Factors associated with treatment nonadherence among US bipolar disorder patients. *Human Psychopharmacology*, 23(2), 95-105. doi:10.1002/hup.908
- Bates, J. A., Whitehead, R., Bolge, S. C., & Kim, E. (2010). Correlates of medication adherence among patients with bipolar disorder: Results of the bipolar evaluation of satisfaction and tolerability (best) study: A nationwide cross-sectional survey. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 12(5), PCC.09m00883. doi:10.4088/PCC.09m00883yel
- Bauer, R., Glenn, T., Alda, M., Sagduyu, K., Marsh, W., Grof, P., et al. (2013). Antidepressant dosage taken by patients with bipolar disorder: Factors associated with irregularity. *International Journal of Bipolar Disorders*, 1(26). doi:10.1186/2194-7511-1-26
- Bener, A., Dafeeah, E. E., & Salem, M. O. (2013). A study of reasons of non-compliance of psychiatric treatment and patients' attitudes towards illness and treatment in Qatar. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(4), 273-280. doi:10.3109/01612840.2012.745039
- Berk, L., Hallam, K. T., Colom, F., Vieta, E., Hasty, M., Macneil, C., et al. (2010). Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder. *Human Psychopharmacology*, 25(1), 1-16. doi: 10.1002/hup.1081
- Bressert, S. (2018). *Cyclothymic disorder symptoms & cyclothymia*. Retrieved on August 17, 2018, from <https://psychcentral.com/disorders/cyclothymic-disorder-cyclothymia/>
- Chaiyajan, W., Sitthimongkol, Y., Yuttatri, P., & Klainin, P. (2009). Effects of a psychoeducational program on attitude toward medication and compliance with first appointment after discharge in

- schizophrenic patients. *Journal of Nursing Science*, 27(3), 73 – 81.
- Chapman, S. C., & Horne, R. (2013). Medication nonadherence and psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(5), 446-452. doi:10.1097/YCO.0b013e3283642da4
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Col, S. E., Caykoylu, A., Karakas-Ugurlu, G., & 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. doi:10.1016/j.genhosppsych.2013.11.006
- Correard, N., Consoloni, J-L., Raust, A., Etain, B., Guillot, R., Job, S., et al. (2017). Neuropsychological functioning, age, and medication adherence in bipolar disorder. *Public Library of Science ONE*, 12(9), e0184313. doi:10.1371/journal.pone.0184313
- Day, J. C., Wood, G., Dewey, M., & Bentall, R. P. (1995). A self-rating scale for measuring neuroleptic side-effects: Validation in a group of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 166(5), 650-653.
- Depp, C. A., & Lebowitz, B. D. (2007). Enhancing medication adherence: In older adults with bipolar disorder. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(6), 22-32.
- Depp, C. A., Moore, D. J., Patterson, T. L., Lebowitz, B. D., & Jeste, D. V. (2008). Psychosocial interventions and medication adherence in bipolar disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10(2), 239-250.
- Ghaffari-Nejad, A., Mashayekhi, A., Mazhari, S., & Ghayoumi, A. (2014). Factors associated with drug non-adherence after discharge among patients with mood disorders hospitalized in Shahid Beheshti Hospital in Kerman: A prospective study. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 17(4), e968.
- Herrmann, N., Black, S. E., Lawrence, J., Szekely, C., & Szalai, J. P. (1998). The Sunnybrook Stroke Study: A prospective study of depressive symptoms and functional outcome. *Stroke*, 29(3), 618-624.
- Hibdy, G., Dessalegne, Y., Debero, N., Bekan, L., & Sintayehu, M. (2015). Prevalence of drug non adherence and associated factors among patients with bipolar disorder at outpatient unit of Amanuel Hospital, Addis Ababa, Ethiopia, 2013. *Journal of Psychiatry*, S1(003). doi:10.4172/2378-5756.S1-003
- Hogan, T. P., Awad, A. G., & Eastwood, R. (1983). A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: Reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine*, 13(1), 177-183.

- Horne, R. (1996). *The medication adherence report scale (MARS)*. Hastings, UK: University of Brighton.
- Ibrahim, A. W., Pindar, S. K., Yerima, M. M., Rabbebe, I. B., Shehu, S., Garkuwa, H. A., et al. (2015). Medication-related factors of non-adherence among patients with schizophrenia and bipolar disorder: Outcome of a cross-sectional survey in Maiduguri, North-eastern Nigeria. *Journal of Neuroscience and Behavioral Health*, 7(5), 31-39. doi:10.5897/JNBH2015.0128
- 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. doi:10.1177/2045125318804364
- Jonsdottir, H., Opjordsmoen, S., Birkenaes, A. B., Simonsen, C., Engh, J. A., Ringen, P. A., et al. (2013). Predictors of medication adherence in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(1), 23-33. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01911.x
- Kongsakon, R., & Bhatanaprabhabhan, D. (2005). Validity and reliability of the young mania rating scale: Thai version. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 88(11), 1598-1604.
- Kriegshauser, K., Sajatovic, M., Jenkins, J. H., Cassidy, K. A., Muzina, D., Fattal, O., et al. (2010). Gender differences in subjective experience and treatment of bipolar disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(5), 370-372. doi:10.1097/NMD.0b013e3181da8ef7
- Kutzelnigg, A., Kopeinig, M., Chen, C. K., Fábíán, Á., Pujol-Luna, M. G., Shin, Y., et al., (2014). Compliance as a stable function in the treatment course of bipolar disorder in patients stabilized on olanzapine: Results from a 24-month observational study. *International Journal of Bipolar Disorders*, 2(13). doi:10.1186/s40345-014-0013-x
- Leelahanaj, T., Kongsakon, R., Choovanichvong, S., Tangwongchai, S., Paholpak, S., Kongsuk, T., et al. (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. doi:10.2147/ndt.s47711
- Maneesakorn, S., Robson, D., Gournay, K., & Gray, R. (2007). An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *Journal of Clinical Nursing*, 16(7), 1302-1312. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01786.x
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., et al. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241-251.

- Miasso, A. I., Monteschi, M., & Giacchero, K. G. (2009). Bipolar affective disorder: Medication adherence and satisfaction with treatment and guidance by the health team in a mental health service. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(4), 548-556.
- Moljord, I. E. O., Lara-Cabrera, M. L., Perestelo-Pérez, L., Rivero-Santana, A., Eriksen, L., & Linaker, O. M. (2015). Psychometric properties of the Patient Activation Measure-13 among out-patients waiting for mental health treatment: A validation study in Norway. *Patient Education and Counseling*, 98(11), 1410-1417.
- 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 Adherence*, 7, 89-94. doi:10.2147/ppa.s39290
- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.
- Morselli, P. L., Elgie, R., & Cesana, B. M. (2004). GAMIAN-Europe/BEAM survey II: Cross-national analysis of unemployment, family history, treatment satisfaction and impact of the bipolar disorder on life style. *Bipolar Disorders*, 6, 487-497.
- National Institute of Mental Health. (2016). *Bipolar disorder*. Retrieved July 10, 2016, from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder/index.shtml>.
- Novick, D., Montgomery, W., Treuer, T., Aguado, J., Kraemer, S., & Haro, J. M. (2015). Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: Results from a 1-year European outpatient observational study. *BioMed Central Psychiatry*, 15(189). doi:http://doi.org/10.1186/s12888-015-0560-4
- Pareek, B., & Kalia, R. (2013). Factors affecting non-compliance to psychotropic drugs of patients with psychosis as perceived by their family members attending the psychiatric outpatient department at selected hospital, Mangalore. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 9(2), 56-62.
- Rabinovitch, M., Cassidy, C., Schmitz, N., Joobar, R., & Malla, A. (2013). The influence of perceived social support on medication adherence in first-episode psychosis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(1), 59-65. doi:10.1177/070674371305800111
- Rungruangsiripan, M., Sitthimongkol, Y., Maneesriwongul, W., Talley, S., & Vorapongsathorn, T. (2011). Mediating role of illness representation among social support, therapeutic alliance, experience

- of medication side effects, and medication adherence in persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(4), 269-283.
- Ruscher, S. M., de Wit, R., & Mazmanian, D. (1997). Psychiatric patients' attitudes about medication and factors affecting noncompliance. *Psychiatric Services*, 48(1), 82-85. doi:10.1176/ps.48.1.82
- Sajatovic, M., Ignacio, R. V., West, J. A., Cassidy, K. A., Safavi, R., Kilbourne, A. M., et al. (2009). Predictors of non-adherence among individuals with bipolar disorder receiving treatment in a community mental health clinic. *Comprehensive Psychiatry*, 50(2), 100-107.
- Sajatovic, M., Valenstein, M., Blow, F. C., Ganoczy, D., & Ignacio, R. V. (2006). Treatment adherence with antipsychotic medications in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 8(3), 232-241. doi:10.1111/j.1399-5618.2006.00314.x
- Sajatovic, M., Valenstein, M., Blow, F., Ganoczy, D., & Ignacio, R. (2007). Treatment adherence with lithium and anticonvulsant medications among patients with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 58(6), 855-863. doi:10.1176/ps.2007.58.6.855
- Savas, H. A., Unal, A., & V`r`t, O. (2011). Treatment adherence in bipolar disorder. *Journal of Mood Disorders*, 1(3), 95-102. doi: 10.5455/jmood.20110827015615
- Sharifi, A., Shabani, A., & Ahmadzad-Asl, M. (2009). The pattern of adherence in patients with bipolar I disorder an eight weeks study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 3(2), 39-43.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32(6), 705-714.
- Stentzel, U., van den Berg, N., Schulze, L. N., Schwaneberg, T., Radicke, F., Langosch, J. M., et al. (2018). Predictors of medication adherence among patients with severe psychiatric disorders: Findings from the baseline assessment of a randomized controlled trial (Tecla). *BioMed Central Psychiatry*, 18, 155. doi:10.1186/s12888-018-1737-4
- Taj, F., Tanwir, M., Aly, Z., Khowajah, A. A., Tariq, A., Syed, F. K. et al. (2008). Factors associated with non-adherence among psychiatric patients at a tertiary care hospital, Karachi, Pakistan: A questionnaire based cross-sectional study. *Journal of Pakistan Medical Association*, 58(8), 432-436.
- Tang, C. H., Hsieh, M. H., Hung, S. T., Lee, I. H., Lin, Y. J., & Yang, Y. K. (2010). One-year post-hospital medical costs and relapse rates of bipolar disorder patients in Taiwan: A population-based study. *Bipolar Disorders*, 12(8), 859-865. doi: 10.1111/j.1399-5618.2010.00878.x

- Teferra, S., Hanlon, C., Beyero, T., Jacobsson, L., & Shibre, T. (2013). Perspectives on reasons for non-adherence to medication in persons with schizophrenia in Ethiopia: A qualitative study of patients, caregivers and health workers. *BioMed Central Psychiatry*, 13(1), 168. doi:10.1186/1471-244x-13-168
- Velligan, D. I., Weiden, P. J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., et al. (2009). The expert consensus guideline series: Adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(Suppl 4), 1-37.
- Velligan, D. I., Weiden, P. J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., et al. (2010). Assessment of adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: Recommendations from the expert consensus guidelines. *Journal of Psychiatric Practice*, 16(1), 34-45. doi: 10.1097/01.pra.0000367776.96012.ca
- Vieta, E., Azorin, J. M., Bauer, M., Frangou, S., Perugi, G., Martinez, G., et al. (2012). Psychiatrists' perceptions of potential reasons for non- and partial adherence to medication: Results of a survey in bipolar disorder from eight European countries. *Journal of Affective Disorders*, 143(1-3), 125-130. doi:10.1016/j.jad.2012.05.041
- World Health Organization [WHO]. (1999). *The world health report*. Geneva: World Health.
- World Health Organization. (2017). *Mental disorder*. Retrieved January 17, 2016, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>.
- Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E., & Meyer, D. A. (1978). A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133, 429-435.