

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว



นางสาวไศรดา สุรเทวมิตร

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



5 2 7 7 6 0 9 6 3 6

SELECTED FACTORS RELATED TO FUNCTIONING
OF PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER



Miss Sorada Suratavamit

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

530435

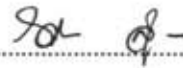
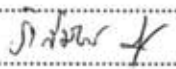
โสทรคา สุรเทวมิตร : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (SELECTED FACTORS RELATED TO FUNCTIONING OF PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ศศ. ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 113 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มแสดงอาการ ระยะเวลาการนอนหลับ ความบกพร่องในการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคมต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นผู้ป่วยนอกมารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 132 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการทำหน้าที่ ซึ่งแบบทดสอบและแบบสอบถามมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .94, .95 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์และสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีการทำหน้าที่อยู่ในระดับบกพร่อง คิดเป็นร้อยละ 60.61
2. เพศหญิงและเพศชายไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. อายุที่เริ่มแสดงอาการ ระยะเวลาการนอนหลับ ความบกพร่องในการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชา.....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช..... ลายมือชื่อนิสิต..... .....
ปีการศึกษา...2553..... ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... 

5277609636: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: THE FUNCTIONING / SEX / AGE OF ONSET / SLEEP DURATION / COGNITIVE IMPAIRMENT / SOCIAL SUPPORT / PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDERS

SORADA SURATAVAMIT: SELECTED FACTORS RELATED TO FUNCTIONING OF PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER. THESIS ADVISOR: ASST. PROF RANGSIMAN SOONTHORNCHAIYA, Ph.D., R.N, 113 pp.

The purpose of this descriptive research was to examine the relationships between selected factors related to functioning of patients with bipolar disorder. The number of the purposive sample was 132 outpatients with bipolar disorder at the Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry and Srithanya hospital. The research instruments were the Personal Data Record, the Mini-Mental State Examination Thai version, the Social Support and the Functioning Assessment Short Test. The reliability of the test and Questionnaires were .94, .95 and .95 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson Chi-Square and Pearson's product moment correlation.

Major findings were as follow:

1. The percentages of Bipolar patients who had functioning impairment were 60.61
2. Both Female and Male Variables did not significantly correlated with the functioning of patients with bipolar disorder at the level of .05.
3. The variable of age of onset, sleep duration and social support positive correlated significantly with the functioning of patients with bipolar disorder at the level of .05.

Field of Study :Mental Health and Psychiatric Nursing... Student's Signature : *Sorada Sen*
 Academic Year : ...2010..... Advisor's Signature : *Rangsiman S.*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผศ. ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา ที่ชี้แนะแนวทางในการค้นคว้าหาความรู้ และการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆด้วยความเอาใจใส่ เสียสละเวลาอันมีค่าช่วยเหลือ ดูแล ให้กำลังใจ และเป็นแรงผลักดันให้เกิดพลังที่จะทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จดังที่คาดหวังไว้ ศิษย์กราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชุติศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รวมทั้งคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ในการให้ความรู้ ข้อคิด และข้อเสนอ รวมทั้งกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณเจ้าของเครื่องมือทุกชุดที่ผู้ศึกษาได้นำมาใช้จนทำให้การศึกษานี้สำเร็จลงด้วยดี และขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา คณะแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ อำนวยความสะดวกในการรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิจัย เพื่อเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่เห็นความสำคัญ เสียสละเวลา และให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณนางชวันรัตน์ เข็มอุดมสิน และนางเกษณี ตระการศิริรัตน์ หัวหน้า และรองหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เตชะสัมพันธ์ที่ให้โอกาสในการศึกษาวิจัย รวมทั้งพี่ๆ ในศูนย์ทุกท่านที่เข้าใจ และให้กำลังใจตลอดมา

ขอขอบคุณเพื่อนๆ รวมทั้งเพื่อนและพี่ๆต่างสาขา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ช่วยเหลือสนับสนุน ห่วงใย และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น อดทน ไม่ย่อท้อต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคจนสำเร็จ

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อสมจิตต์ คุณแม่เฉลิม และครอบครัวสุรเทวมิตร ที่ให้กำลังใจและปลอบโยน รวมทั้งคุณกฤตพงษ์ สุนทรภัก ที่ให้การสนับสนุนจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่คุณพ่อคุณแม่ ครูอาจารย์ สำนักอนามัย และผู้มีพระคุณทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อไทย.....	ง
บทคัดย่ออังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว.....	11
แนวคิดการทำหน้าที่.....	20
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว.....	25
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	44
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	45
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	47
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	51
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	53
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	53
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	54

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	63
สรุปผลการวิจัย.....	68
อภิปรายผล.....	70
ข้อเสนอแนะ.....	73
รายการอ้างอิง.....	75
ภาคผนวก.....	87
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	88
ภาคผนวก ข ใบพิทักษ์สิทธิ์ผู้ตอบแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตารางผลการวิจัย.....	90
ภาคผนวก ค ตารางผลการวิจัย.....	105
ภาคผนวก ง ตัวอย่างจดหมายขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิและเอกสาร รับรอง.....	109
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	113

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ศึกษา.....	57
2	จำนวนและร้อยละของระดับการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่ศึกษา.....	59
3	จำนวนและร้อยละของความบกพร่องในการรู้คิดในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน สองขั้วที่ศึกษา.....	60
4	จำนวน ร้อยละ และระดับของการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคอารมณ์ แปรปรวนสองขั้วที่ศึกษา.....	60
5	ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ ระยะเวลาการนอนหลับ และ ความบกพร่องในการรู้คิด ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน สองขั้ว โดยใช้สถิติเพียร์สันไคสแควร์.....	61
6	ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุที่เริ่มแสดงอาการ และการ สนับสนุนทางสังคม ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน.....	62
7	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรค อารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ศึกษาจำแนกรายข้อ.....	106
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการทำหน้าที่โดยรวมในผู้ป่วยโรค อารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ศึกษา โดยจำแนกรายข้อตามคะแนนความลำบากใน การทำหน้าที่.....	107

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) เป็นความผิดปกติทางด้านอารมณ์ชนิดหนึ่งซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในระบบสุขภาพ องค์การอนามัยโลกได้จัดผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะสูงเป็นอันดับ 6 (Woods, 2000) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีอาการในสองลักษณะคือ ระยะที่มีอาการครื้นเครง (mania) และระยะที่มีอาการซึมเศร้า (depression) ในบางช่วงเวลา ถึงแม้ผู้ป่วยมีอาการอยู่ในระยะครื้นเครง (manic episode) เพียงครั้งเดียวถือเป็นข้อบ่งชี้หนึ่งในการวินิจฉัยว่าเป็น โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ เพราะส่วนใหญ่มักมีอาการของความผิดปกติทางอารมณ์ตามมาภายหลัง ผู้ป่วยมีอาการครื้นเครงมากหรือหงุดหงิดมากผิดปกติร่วมกับมีอาการอื่นตามเกณฑ์วินิจฉัย manic episode หรือ hypomanic episode ของ DSM-IV-TR (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วนี้มีแนวโน้มที่พบสูงขึ้น

ความชุกของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วคิดเป็นร้อยละ 2.8-6.5 ของประชากรทั่วโลก (Bauer & Pfennig, 2005) และจำนวนการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในช่วงปีแรกคิดเป็นจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 และในช่วง 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 70-85 (Gitlin, Swendsen, Heller, & Hammen, 1995) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคนี้อาจกลับเป็นซ้ำสูง ผลของการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทำให้การทำหน้าที่ต่างๆของผู้ป่วยลดลง (Gitlin et al., 1995) สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจตัวอย่างข้อมูลกลุ่มงานสถิติและเวชระเบียน จำนวนผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วของโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ารับรักษาตัวของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาในปีพ.ศ. 2548-2551 เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 7,139 , 7,688 , 8,128 , 8,098 คน ตามลำดับ และแผนกผู้ป่วยในจำนวน 403, 406, 366 และ 456 คน ตามลำดับ (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2552) ในปีพ.ศ. 2551 จำนวนผู้ป่วยที่มาับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาพบผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คิดเป็นอันดับที่ 4 ของผู้ป่วยนอกจิตเวชทั้งหมด และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเป็นอันดับที่ 2 และพบจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปีพ.ศ. 2548-2551 จำนวน 4,274 , 4,455 , 5,633 และ 6,682 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2551) แสดงให้เห็น

ว่าโรคนี้เป็นโรคหนึ่งทางจิตเวชที่พบมาก และมีแนวโน้มของการเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลจิตเวช

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีระยะการดำเนินโรคนาน มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง บางรายอาจมีความผิดปกติแล้ว และประสาทหลอนร่วมด้วย (อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย, 2549) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นผู้ที่ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน และกลับมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) บางรายต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้นาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม จากการศึกษาผลกระทบของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการรักษาและติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี พบว่า การฟื้นฟูสภาพการทำงานที่ให้อยู่ในระดับปกติของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบร้อยละ 24 เท่านั้น (Keck et al., 1998) นอกจากนั้นในจำนวนผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประมาณร้อยละ 60 พบความบกพร่องในการทำหน้าที่ (Goldberg, Harrow, & Grossman, 1995) นับได้ว่าปัญหาการทำงานที่เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การทำงานที่ (Functioning) เป็นสิ่งสะท้อนในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งแนวคิดการทำงานที่ของ Sanchez-Moreno, Martinez-Aran, Tabares-Seisdedos, & Torrent (2009) แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การทำงานที่ด้านการทำงาน (Work functioning) การทำงานที่ด้านสังคม (Social functioning) การทำงานที่ด้านครอบครัว (Family functioning) และการทำงานที่ด้านความรู้คิด (Cognitive functioning) และแนวคิดการทำงานที่ของ Rosa et al. (2007) มีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลรับผิดชอบด้วยตนเอง ด้านการทำงานที่การทำงาน ด้านการทำงานที่ในการรู้คิด ด้านการจัดการด้านการเงิน ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการใช้เวลาว่าง ซึ่งพบปัญหาที่เกิดขึ้นของการทำงานที่ด้านการทำงานของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้แก่ ผู้ป่วยมีประวัติขาดการทำงานอย่างต่อเนื่อง ว่างาน บกพร่องในการแก้ไขปัญหาในที่ทำงาน มีปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น (Michalak, Yatham, Maxwell, Hale, & Lam, 2007) การทำงานที่ด้านสังคม ได้แก่ ความสามารถในการแสดงพฤติกรรมการทำงานที่ของบุคคลในการอยู่ในสังคม และเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่นได้ในด้านต่างๆ เช่น การดูแลรับผิดชอบด้วยตนเอง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และ การใช้เวลาว่าง เป็นต้น (Rosa et al., 2007) ซึ่งการทำงานที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความบกพร่องมากกว่าคนทั่วไป (Reichart et al., 2007) การทำงานที่ด้านครอบครัว ได้แก่ การทำงานที่เป็นสามีหรือภรรยา การทำงานที่เป็นพ่อแม่ การมีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว และอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ (Rosa et al., 2007) สำหรับความบกพร่องในการรู้คิดของผู้ป่วยโรคอารมณ์-แปรปรวนสองขั้วมัก

เกิดขึ้นเมื่อมีอาการกำเริบ ได้แก่ ความสามารถเกี่ยวกับความจำ การคิดและตัดสินใจ ความตั้งใจ ในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เป็นต้น (Zubieta, Huguélet, Lajiness, & Giordani, 2001) ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะมีการรู้คิดลดลง และส่งผลถึงความบกพร่องของการทำหน้าที่โดยรวม (Martinez-Aran et al., 2004) ซึ่งการประเมินการทำหน้าที่จะบอกถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Piccinni et al., 2007)

ดังนั้นพยาบาลจิตเวชจึงให้ความสำคัญกับการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้มีสุขภาพดีต่อไปได้นานขึ้นในด้านต่างๆ ได้แก่ การดูแลด้านการนอนหลับ พักผ่อนให้เพียงพอ การออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ ดูแลให้ผู้ป่วยรับรู้อาการเตือนล่วงหน้าก่อนเกิดโรค และร่วมกันวางแผนการดูแลตนเองก่อนกลับไปอยู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพการทำหน้าที่และคงสภาวะสุขภาพดีอย่างต่อเนื่อง (Suto, Murray, Hale, Amari, & Michalak, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นเครื่องชี้วัดหนึ่งที่แสดงถึงความสามารถของผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตอยู่ได้ในสังคม ซึ่งพยาบาลจิตเวชสามารถช่วยเหลือดูแลให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้น และลดอาการกำเริบซ้ำในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาพบปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ ตามกรอบแนวคิดของ Sanchez-Moreno และคณะ (Sanchez-Moreno et al., 2009) แบ่งเป็น 5 ด้าน ดังนี้ 1) ปัจจัยทางลักษณะทางสังคม-ประชากร ได้แก่ เพศ อายุ 2) ปัจจัยทางอาการ ได้แก่ อายุที่เริ่มแสดงอาการ จำนวนครั้งในการแสดงอาการกำเริบ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Sanchez-Moreno et al., 2009) ระยะเวลาการนอนหลับ (Bauer et al., 2008) 3) ปัจจัยทางการรู้คิด ได้แก่ ความคิด ความจำ การใช้ภาษา เป็นต้น 4) ปัจจัยทางเภสัชวิทยา ได้แก่ จำนวนยาที่ใช้ร่วมกันหลายชนิด ผลข้างเคียงของยา และปฏิกริยาร่วมกันของยา 5) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนของครอบครัวและเจตคติ และการใช้บริการสุขภาพในสถานบริการ รวมทั้งนโยบายการเข้ารับการรักษา (Sanchez-Moreno et al., 2009)

ในการศึกษาครั้งนี้ แม้ว่าจะเลือกตามกรอบแนวคิดของ Sanchez-Moreno และคณะ แต่ผู้ศึกษาคัดเลือกปัจจัยคัดสรรที่มีความสำคัญ และมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 4 ด้าน ส่วนปัจจัยทางด้านเภสัชวิทยา ไม่พบหลักฐานสนับสนุนที่เพียงพอ ผู้ศึกษาจึงคัดเลือกตัวแปรที่ปรากฏตามหลักฐานเชิงประจักษ์ คือ 1) ปัจจัยทางลักษณะทางสังคม-ประชากร ได้แก่ เพศ และอายุที่เริ่มแสดงอาการ เนื่องจากศึกษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบในเพศชายมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่มากกว่าเพศหญิง (Kebede et al., 2005; Robb,

Cooke, Devin, Devin, Young, & Joffe, 1997) เนื่องจากเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย ส่งผลให้ผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และเพศหญิงมีการทำหน้าที่ตามบทบาทลดลง (Robb et al., 1997) และอายุที่เริ่มแสดงอาการเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Sanchez-Moreno et al., 2009) การศึกษาพบว่าอายุที่เริ่มแสดงอาการของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยอายุน้อยมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในระดับต่ำ (Suzanne, 1999) อายุที่เริ่มแสดงอาการของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วชนิด I ในขณะที่อายุน้อยมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเอง ส่งผลต่อทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง (Biffin et al., 2009) และส่งผลให้ผู้ป่วยคิดยาเสพติดมากขึ้น มีความคิดทำร้ายตนเอง และมีระยะแสดงอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วยาวนานขึ้น (Carter, Mundo, Parikh, & Kennedy, 2003) 2) ปัจจัยทางอาการ ได้แก่ ระยะเวลาการนอนหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระยะเวลาในการนอนหลับที่น้อยกว่า 3 ชั่วโมงจะส่งผลต่ออารมณ์ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และระยะเวลาการนอนหลับที่มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงมีความเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ซึ่งระยะเวลาการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ และเป็นอาการเตือนการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ (Bauer et al., 2008) 3) ปัจจัยทางการรู้คิด ได้แก่ ความบกพร่องในการรู้คิด ความบกพร่องในการรู้คิดของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในส่วนของการจำและการคิดตัดสินใจในการแก้ปัญหา (Martinez-Aran et al., 2007) ซึ่งความบกพร่องในการรู้คิดเป็นตัวแปรตัวหนึ่งทำนายผลลัพธ์ในการทำหน้าที่ในระยะยาวของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วด้วย (Bonnin et al., 2010) และ 4) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Sanchez-Moreno et al., 2009) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Martinez-Aran et al., 2007)

ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว และสังคม อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วยังพบน้อยมาก ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามศักยภาพ และเป็นปกติสุข จึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชระดับตติยภูมิ

เนื่องจากสถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น อีกทั้งยังเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ดังนั้นผู้วิจัยคาดว่าผลการศึกษานี้จะสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการปฏิบัติทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ที่ดีและคงภาวะสุขภาพกายและจิตที่ดีในสังคมได้ต่อไปให้ได้นานที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุที่เริ่มแสดงอาการ ระยะเวลาการนอนหลับ ความบกพร่องในการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคม ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แบ่งออกเป็น 5 ปัจจัย (Sanchez-Moreno et al., 2009) ได้แก่ 1) ปัจจัยทางลักษณะทางสังคม-ประชากร ได้แก่ อายุ เพศ 2) ปัจจัยทางอาการ ได้แก่ อายุที่เริ่มแสดงอาการ จำนวนครั้งในการแสดงอาการกำเริบ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3) ปัจจัยทางการรู้คิด ได้แก่ ความบกพร่องในการรู้คิด 4) ปัจจัยทางเภสัชวิทยา ได้แก่ จำนวนยา ผลข้างเคียงของยา และ 5) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนของครอบครัว เมื่อพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรทั้งหมดแล้วพบว่า ปัจจัยทางเภสัชวิทยา จำนวนครั้งในการแสดงอาการกำเริบ และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีวรรณกรรมค่อนข้างน้อยมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงคัดสรรตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มาศึกษา ดังนี้

1. เพศ เพศเป็นตัวแปรที่กำหนดบทบาทพื้นฐานของมนุษย์ เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายส่งผลให้ผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพศหญิงมีการทำหน้าที่ตามบทบาทลดลง (Robb et al., 1997) ดังนั้นเพศจึงมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2. **อายุที่เริ่มแสดงอาการ** ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยในการเริ่มต้นแสดงอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลบกพร่อง การตัดสินใจไม่ดี มีความสามารถในการทำงานลดลง ทำให้เปลี่ยนแปลงงานบ่อยครั้ง ส่งผลให้พบอัตราเสี่ยงในการคิดยาและทำร้ายตนเองสูง (Shang-Ying, Ju-Chin, & Chiao-Chicy, 1999) อีกทั้งยังทำให้มีภาวะจิตสังคมผิดปกติ อาจมีหูแว่วประสาทหลอน มีความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเอง (Cassano, Akiskal, Savino, Musetti, & Perugi, 1992) เมื่อผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการตั้งแต่อายุน้อยจะสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ได้น้อยลง (Suzanne, 1999) ดังนั้นอายุที่เริ่มแสดงอาการของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจึงมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่

3. **ระยะเวลาการนอนหลับ** การนอนหลับเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติของมนุษย์ (ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์, 2538) ซึ่งปัญหาทางด้านจิตใจ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยเกี่ยวข้องกับยา กระตุ้นให้เกิดอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วด้วยการทำให้เกิดภาวะขาดการนอนหลับ ในขณะที่เดียวกันอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก็ทำให้เกิดปัญหาในการนอนหลับ (สมภพ เรืองตระกูล, 2550) ซึ่งระยะเวลาการนอนหลับ เป็นปริมาณช่วงเวลาหลับถึงตื่น โดยลดการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกร่างกายขณะหลับ จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระยะเวลาในการนอนหลับที่น้อยกว่า 3 ชั่วโมงจะส่งผลต่ออารมณ์ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และระยะเวลาการนอนหลับที่มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงมีความเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ซึ่งระยะเวลาการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ และเป็นอาการเตือนการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ (Bauer et al., 2008) ดังนั้นระยะเวลาการนอนหลับจึงมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

4. **ความบกพร่องในการรู้คิด** ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีความบกพร่องในการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในส่วนของความจำและการคิดตัดสินใจแก้ปัญหา (Martinez-Aran et al., 2007) ซึ่งการรู้คิดเป็นตัวแปรตัวหนึ่งที่ทำนายผลลัพธ์ในการทำหน้าที่โดยรวมในระยะยาวของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วด้วย (Bonnin et al., 2010) ดังนั้นความบกพร่องในการรู้คิดจึงมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

5. **การสนับสนุนทางสังคม** เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีต่อบุคคลในสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Sanchez-Moreno et al., 2009) ซึ่งการสนับสนุนของสังคม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) คือ การช่วยเหลือโดยการให้ความรัก และการยอมรับ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) คือ การให้ความรู้และ

คำแนะนำต่างๆ 3) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือการบริการ (Tangible support) คือ การช่วยเหลือทางด้านสิ่งของ เงินของ หรือแรงงาน (Schaefer, 1981) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Martinez-Aran et al., 2007) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานครั้งนี้ ดังนี้

สมมติฐานทางการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
2. อายุที่เริ่มแสดงอาการมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
3. ระยะเวลาการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
4. ความบกพร่องในการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
5. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ซึ่งเป็น โรงพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่มีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเป็นจำนวนมาก

ตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่

ตัวแปรอิสระ คือ เพศ อายุที่เริ่มแสดงอาการ ระยะเวลาการนอนหลับ ความบกพร่องในการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

คำจำกัดความในการวิจัย

การทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถในการแสดงพฤติกรรมในการดำรงชีวิตการทำงานและแสดงบทบาทของตนเอง ครอบครัวและสังคมของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการทำงาน (Work functioning) เช่น การประกอบอาชีพ การทำหน้าที่ด้านสังคม (Social functioning) เช่น การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำหน้าที่ด้านครอบครัว (Family functioning) เช่น การมีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (Cognitive functioning) เช่น ความสามารถเกี่ยวกับความจำ เป็นต้น (Sanchez-Moreno, Martinez-Aran, Tabares-Seisdedos, & Torrent, 2009)

เพศ หมายถึง สถานภาพซึ่งบ่งชี้ถึงความเป็นหญิงหรือชายของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประเมินได้จากการที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นผู้ให้ข้อมูลไว้ในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

อายุที่เริ่มแสดงอาการ หมายถึง อายุแรกเริ่มในการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค (Diagnostic Statistical Manual of Mental disorders-IV-TR [DSM-IV-TR]) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 มีหน่วยเป็นปี ประเมินได้จากการประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ระยะเวลาการนอนหลับ หมายถึง ปริมาณช่วงเวลาหลับถึงตื่น ซึ่งในขณะที่หลับจะลดการตอบสนองชั่วคราวต่อสิ่งเร้าภายนอกร่างกายของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (ฉัฐสุรางค์ บุญจันทร์, 2538) ประเมินได้จากการรวบรวมข้อมูลการนอนหลับของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นจำนวนชั่วโมง โดยใช้เกณฑ์การประเมินการนอนหลับของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วของ Gruber และคณะ (Gruber et al., 2009)

ความบกพร่องในการรู้คิด หมายถึง ความบกพร่องในการทำหน้าที่ในสมอง เกี่ยวกับการรับรู้ จดจำ การมีความตั้งใจในช่วงระยะเวลาหนึ่ง รวมถึงการคิดและตัดสินใจ (Lamer, 2008) ซึ่งประเมินได้จากแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination – Thai version 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2542)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้รับความช่วยเหลือกันระหว่างบุคคลในสังคม ทั้งด้านอารมณ์ สังคม ทรัพยากร และข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเกิดจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (บุญพา ณ นคร, 2538)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงลักษณะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วย เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างเหมาะสม

2. เป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เน้นการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจากตำรา เอกสาร บทความ และ รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ในการนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 1.1 ความหมายของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 1.2 การวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 1.3 สาเหตุของการเกิดโรค
 - 1.4 อาการและอาการแสดง
 - 1.5 ผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 1.6 การรักษา
 - 1.7 การพยาบาสภาพจิตและจิตเวชในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
2. แนวคิดการทำหน้าที่
 - 2.1 ความหมายของการทำหน้าที่
 - 2.2 องค์ประกอบของการทำหน้าที่
 - 2.3 การประเมินการทำหน้าที่
 - 2.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 3.1 ปัจจัยทั่วไปที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 - 3.2 ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้แก่
 - 3.2.1 เพศ
 - 3.2.2 อายุที่เริ่มแสดงอาการ
 - 3.2.3 ระยะเวลาการนอนหลับ
 - 3.2.4 ความบกพร่องในการรู้คิด
 - 3.2.5 การสนับสนุนทางสังคม
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

1.1 ความหมายของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder)

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีผู้ให้ความหมายไว้หลายประการ ดังนี้

อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) กล่าวว่า บุคคลที่มีอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คือ บุคคลที่มีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด โดยแสดงออกถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ (depressive) อาจแสดงอาการเศร้ามาก ร้องไห้มาก ปฏิเสธสังคม อ่อนเพลีย หดหู่ใจ อยากตาย หรืออาจมีอาการครื้นเครง กลุ่มคลั่ง เร่งร่ามากกว่าปกติ (mania) หัวเราะ โดยไม่มีเหตุผลตลอดเวลา หรืออาจมีอาการทั้งเศร้าและครื้นเครงมากในเวลาเดียวกัน หรือเวลาใกล้เคียงกัน พยาธิสภาพทางอารมณ์ส่งผลถึงพฤติกรรมการณ์เคลื่อนไหว ทำให้มีพฤติกรรมแปลกๆ

สมภพ เรื่องตระกูล (2549) กล่าวถึง โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ไว้ว่าเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีหรือเคยมีอาการเมเนียหรืออาการครื้นเครง (manic episodes) หรืออาการไฮโปเมเนีย เป็นอาการครื้นเครงอย่างอ่อน (hypomanic episodes) และมีประวัติหรือเคยมีอาการของโรคซึมเศร้า

ธวัชชัย ลิฬหานาจ และสรยุทธ วาสิกนันทน์ (2549) ให้ความหมายของ โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วว่า หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดหนึ่ง ผู้ป่วยจะมีอาการของ manic episode, mixed episode หรือ hypomanic episode สลับกับ major depressive episode ตามระบบการวินิจฉัยโรคของ DSM-IV-TR ยังได้กำหนดว่า ผู้ป่วยที่ป่วยทางอารมณ์เพียงครั้งเดียวด้วย manic episode แม้จะยังไม่เคยป่วยด้วย major depressive episode มาก่อนและผู้ป่วยที่ป่วยด้วย manic episode ซ้ำอย่างเดียวเท่านั้น (unipolar manic) ก็ยังจัดเป็น bipolar disorder เพราะเชื่อว่าในที่สุดแล้ว ผู้ป่วยจะต้องป่วยด้วย major depressive episode อย่างน้อยที่สุด 1 ครั้ง

สงกรานต์ ก่อธรรมนิเวศน์ (2552) กล่าวว่า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หมายถึง โรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เป็นอย่างมาก ตั้งแต่ระดับ mania หรือ hypomania สลับกับอาการซึมเศร้า จัดอยู่ในกลุ่มของ mood disorders

สรุปผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หมายถึง บุคคลที่มีความเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากความผิดปกติทางอารมณ์ โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4-TR (text revision) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic Statistical Manual of Mental disorders-IV-TR [DSM-IV-TR,2000]) โดยมีการแสดงออกของภาวะซึมเศร้า หรือภาวะเร่ร่อน สนุกสนานมากผิดปกติ ไม่สมเหตุสมผล และจะมีอาการครื้นเครงเท่านั้น หรือเกิดมีอาการซึมเศร้าสลับกับเร่ร่อน

1.2 การวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ปัจจุบันมีการวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชใหญ่ๆ 2 ระบบ คือ การวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) และการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์จำแนกโรคแบบสากลครั้งที่ 10 (ICD-10) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำแนกโรคตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4-TR (text revision) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic Statistical Manual of Mental disorders-IV-TR (DSM-IV-TR) ดังนี้

1) Bipolar I disorder ลักษณะที่สำคัญคือ ผู้ป่วยมีอาการแมนีหรือซึมเศร้าหรือมากกว่าหรือมีอาการผสม อย่างน้อย 1 สัปดาห์ อารมณ์ของผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงเร็ว เช่น เศร้า หงุดหงิดง่าย และกรีนเครงสนุกสนาน

2) Bipolar II disorder ลักษณะที่สำคัญคือ ผู้ป่วยมีหรือเคยมีอาการของภาวะซึมเศร้า 1 ครั้งหรือมากกว่า ในการวินิจฉัยโรคนี้ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการแมนีหรืออาการแบบผสม

3) Cyclothymic disorder ลักษณะที่สำคัญคือ ผู้ป่วยมีอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนเรื้อรัง โดยมีอาการ hypomania และอาการซึมเศร้าหลายครั้ง โดยผู้ป่วยมีอาการติดต่อกันนานอย่างน้อย 2 ปี และไม่มีเวลาเป็นปกติมากกว่า 2 เดือน

4) Bipolar disorder ที่ยังไม่ได้ตั้งชื่อเป็นการเฉพาะ (Bipolar disorder not otherwise specified) คือโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วชนิดอื่น

ส่วนการวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่จำแนกโรคแบบสากลครั้งที่ 10 ขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Diseases 10; ICD-10) ได้แบ่งโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วไว้ 4 ชนิด ดังนี้

1) Manic episode ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความสุข รื่นเริงผิดปกติ ขาดความยับยั้งชั่งใจ กระวนกระวายใจ มีความคิดสร้างสรรค์มากมาย มั่นใจตนเองมากผิดปกติ และเคลื่อนไหวมากผิดปกติ

2) Bipolar affective disorder เป็นช่วงที่แสดงอารมณ์สลับไปมาทั้งกรีนเครง และซึมเศร้า

3) Persistent mood (affective) disorders ซึ่งเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วชนิด cyclothymia

4) Other mood (affective) disorder ได้แก่ other single mood (affective) disorder หมายถึง Mixed affective episode ซึ่งอาการเข้าได้กับเกณฑ์ทั้งระยะกรีนเครงและซึมเศร้าแทบทุกวันในช่วงเวลาอย่างน้อย 1 สัปดาห์

1.3 สาเหตุของการเกิดโรค

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ทราบแต่เพียงว่าความผิดปกตินี้เกิดจากหลายปัจจัย ซึ่งจากหลายตำราและผลงานวิจัย (มาโนช หล่อตระกูล, 2548; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549; ธวัชชัย ลิพหานาจ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2549) ดังนี้

1.3.1 สาเหตุทางชีวภาพ

1.3.1.1 สาเหตุจากสารสื่อประสาท (neurotransmitters) โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสัมพันธ์กับการขาดความสมดุลสารสื่อประสาท มีผลให้อารมณ์ผิดปกติเป็นช่วงๆ ในช่วงที่มีภาวะซึมเศร้า จะมี biogenic amine activity (norepinephrine, serotonin, dopamine) ลดลง, สารสื่อประสาทซีโรโทนินลดลง หรือ Gamma-Amino Butyric Acid (GABA) ลดลง และบางช่วงเวลาก็จะมี dysregulation ของ adrenergic-cholinergic system แล้วทำให้มี cholinergic activity เพิ่มขึ้นในระยะครึ่งแรก ซึ่งการมี biogenic amine activity เพิ่มขึ้นจะตรงข้ามกับภาวะซึมเศร้า (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

1.3.1.2 ฮอร์โมน ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความผิดปกติของฮอร์โมนหลายชนิดในภาวะซึมเศร้า เช่น Thyroid Stimulating Hormone (TSH) เพิ่มขึ้น และมีการลดลงของ Growth hormone, Leutinizing hormone และ Testosterone (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

1.3.1.3 การนอนหลับที่ผิดปกติ จากการศึกษากการนอนหลับที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วคือ ผู้ป่วยจะมีระยะเวลาเริ่มหลับจนถึงการเกิดการเคลื่อนไหวของลูกตา (Rapid Eye Movement หรือ REM latency) ลดลง ซึ่งพบได้ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า การนอนหลับชนิด REM ในแต่ละคาบ (period) จะนานขึ้น ครั้งตื่นแรกของการนอนหลับจะมีการหลับชนิด REM มากขึ้น การนอนหลับมักจะไม่ติดต่อกันคือ หลับๆตื่นๆ เพิ่มขึ้น (ธวัชชัย ลิพหานาจ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2549)

1.3.2 สาเหตุทางพันธุศาสตร์ โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางพันธุศาสตร์ คือ ญาติสนิทของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสูงกว่าประชากรทั่วไป 1.5-3 เท่า คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคอีกคนจะมีโอกาสเป็นร้อยละ 54 ส่วนในคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบมีโอกาสเป็นร้อยละ 24 และบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดาและมารดาเป็นโรคนี้อย่างน้อย 2 คน มีโอกาสเป็นโรคในอัตราที่สูงกว่าบุตรบุญธรรมซึ่งบิดาและมารดาปกติ (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) ส่วนใหญ่พบว่าในครอบครัวที่เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในเครือญาติ บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย,

2549) gene ที่ทำให้เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อาจอยู่บนโครโมโซม 5, 11, 18 และ x อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน (รัชชัย ลิพพานาจ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2549)

1.3.3 สาเหตุทางจิตสังคม สาเหตุทางจิตสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนส่งเสริมให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้ อารมณ์เศร้าเกิดจากการสูญเสีย เช่น การตายจากหรือ การถูกปฏิเสธ เหตุการณ์ชีวิต (life event) การสูญเสียสิ่งที่มีความสำคัญแก่ชีวิตและอารมณ์เศร้า (object loss and depression) โดยอาจจะเกิดจากสิ่งแวดล้อมทำให้คนไม่มีโอกาสได้รับสิ่งตอบแทนจนทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย เกิดความภาคภูมิใจในตนเองลดลง บุคลิกภาพก่อนเกิดโรค (premorbid personality) สภาพการไร้ประโยชน์หมดหนทางที่เคยประสบมาแล้ว (learned helplessness) ทำให้สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเองและเกิดภาวะซึมเศร้า (loss of self esteem and depression) ฟรอยด์เชื่อว่าสาเหตุของความเศร้าโศกเกิดจากความรู้สึกสับสนเรื่องสัมพันธ์ภาพเกี่ยวกับความรัก และความขัดแย้งเกี่ยวกับตนเอง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

1.4 อาการและอาการแสดง อาการและอาการแสดงของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ อาการในระยะซึมเศร้า และระยะครื้นเครง ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1.4.1 ระยะซึมเศร้า ในระยะนี้ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะมีอารมณ์เศร้า มีความรู้สึกอยากรับประทานอาหารลดลงหรือมากกว่าปกติ การนอนหลับไม่เป็นปกติ กระวนกระวาย เชื่องช้า รู้สึกอ่อนแรง อารมณ์แปรเปลี่ยนตามเวลาเช้าหรือเย็น ในช่วงเช้ามักมีอารมณ์เศร้า ในช่วงสายอารมณ์จะดีขึ้น เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของ Cortisol ในพลาสมา มีอาการวิตกกังวลได้แก่ ใจเต้น ตกลใจง่าย ใจเด่นแรง ร้อนวูบตามตัว หมดอารมณ์ทางเพศซึ่งพบบ่อยในเพศชาย หลงลืมง่าย คิดเชื่องช้า อยากเก็บตัวอยู่คนเดียว มองโลกในแง่ร้าย และมีความคิดอยากตายซึ่งพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และบ่อยครั้งที่พบผู้ป่วยโรคอารมณ์-แปรปรวนสองขั้วที่อยู่ในภาวะซึมเศร้ามีอาการรุนแรงขึ้น โรคจิต คือมีอาการซึมเศร้าร่วมกับมีอาการหลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

1.4.2 ระยะครื้นเครง ในระยะนี้ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะมีอาการครื้นเครง จะมีความรู้สึกมั่นใจในตนเองมาก อาจแสดงอาการหงุดหงิดเมื่อถูกขัดใจ แสดงพฤติกรรมในลักษณะเชิงแข่งขันมากกว่าปกติ ชอบพูดคุยสนุกสนานติดต่อกับบุคคลอื่นตลอดเวลา คิดเร็วเปลี่ยนแปลงความคิดตามสิ่งเร้า แต่มีความบกพร่องในการตัดสินใจ พุคเร็วเร็ว เสียงดัง พุดจาก้าวร้าวเมื่อโกรธ พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม แต่งกายด้วยเสื้อผ้าสีฉูดฉาด นอนน้อย เคลื่อนไหวตลอดเวลาไร้จุดหมาย ใช้เงินเปลือง ชอบซื้อของมากกว่าปกติ คิดว่าตนเองเป็นใหญ่ รู้สึกว่ามีความสำคัญมากกว่าปกติ และในบางรายอาจมีอาการหลงผิดประสาทหลอน (จินตนา ยูนิพันธ์, 2528)

1.5 ผลกระทบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน อาการเกิดขึ้นเป็นช่วงๆตามระยะการเกิดโรค และมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำคิดเป็นร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งหมด (Hilty, Brady, & Hales, 1999) และส่งผลให้การทำหน้าที่บกพร่องถึงร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งหมด (Goldberg, Harrow, & Grossman, 1995) ซึ่งไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว และสังคม ซึ่งผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีดังนี้

1.5.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วย การเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ทำให้ตนเองรู้สึกทุกข์ทรมาน มีผลกระทบต่อความคิด คำพูด การนอนหลับ การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพอนามัย ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และหน้าที่การงาน (ธวัชชัย ลิฬหานาจ และ สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2549) อาการของผู้ป่วยเกิดขึ้นเป็นระยะๆ มีระยะที่โรคสงบหรือหายเป็นปกติ และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำอีก ก่อให้เกิดความบกพร่อง (impairment) หลายด้าน (ธวัชชัย ลิฬหานาจ และ สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2549) ทั้งในการทำงานและทักษะทางสังคม โดยเฉพาะการทำหน้าที่ทางสังคม (Goldberg et al., 1995) ส่งผลกระทบต่อการทำงาน ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย (Goossens et al., 2008)

ในบางระยะผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะมีอารมณ์เครียดมากกว่าปกติ แต่บางระยะจะมีอารมณ์ซึมเศร้ามากกว่าปกติ สลับกันไปมา ก่อให้เกิดปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพ ไม่ไว้วางใจใคร และไม่ได้รับความไว้วางใจจากผู้อื่น ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วรู้สึกโดดเดี่ยวและถูกปฏิเสธจากเพื่อนร่วมงานและมักแยกตัว (Soloman, Keitner, Miller, Shea, & Keller, 1995) และเกิดความขัดแย้งขึ้น ทั้งหมดนี้ส่งผลให้สูญเสียความสามารถในการทำงานทั้งสิ้น (Reed, Goetz, Vieta, Bassi, & Haro, 2010) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต้องเปลี่ยนงานบ่อยครั้ง ขาดงาน หรือตกงานจากการบกพร่องในการทำหน้าที่ ทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วรายได้จากความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านการทำงาน (Laxman, Lovibond, & Hassan, 2008)

การเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความสัมพันธ์กับการคิดสารเสพติด และทำร้ายตนเอง (Elizabeth et al., 2009) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ติดสารเสพติด เช่น แอลกอฮอล์ ทำให้การตอบสนองในการรักษาลดลง เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่การงาน การฟื้นฟูของอาการช้าลง และมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ (Strakowski, DelBello, Fleck, & Arndt Stephan, 2000) อีกทั้งยังพบความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประมาณร้อยละ 10 ถึง 20 อย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต (Muller-Oerlinghausen et

al., 2002) การที่ผู้ป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการทำงานและการทำหน้าที่ด้านอื่นๆตามบทบาทในสังคมตามมาอีกด้วย

1.5.2 ผลกระทบต่อครอบครัว ในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่งผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่ ความวิตกกังวล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความรู้สึกเป็นภาระการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัวในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ κρίนเครงหรือซึมเศร้า ในระยะที่แสดงอาการในระดับรุนแรง ผู้ป่วยจะควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ ครอบครัวเป็นกังวลเกี่ยวกับสัมพันธภาพของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่บกพร่อง การใช้จ่ายเงินทองที่มากเกินไปเกินความจำเป็นของผู้ป่วย และการแสดงพฤติกรรมจากอารมณ์ก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย ซึ่งครอบครัวต้องเฝ้าระวังและป้องกันมิให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองและผู้อื่น (Szmukler, 1996) นอกจากนี้ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยมีต้นทุนสูงส่งผลกระทบต่อความเป็นภาระการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว อาการของโรคมักจะกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมทั้งคู่สมรส (Spouse) และสมาชิกในครอบครัวด้วย ทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีอัตราการหย่าร้างสูงกว่าประชาชนทั่วไป (Hirschfeld et al, 2002) จากการศึกษางานวิจัยการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วรับรู้ภาระการดูแลมากกว่าโรคจิตเภท แม้ว่าบุคลากรในทีมสุขภาพจะเห็นว่าภาระการดูแลผู้ป่วยทั้งสองโรคนี้นี้ไม่แตกต่างกันก็ตาม (Mueser, Webb, Pfeiffer, Gladis & Levinson, 1996 อ้างถึงใน Pimroon, 2007)

1.5.3 ผลกระทบต่อสังคม การเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีผลกระทบต่อสังคม ได้แก่ รายได้ขององค์กรหรือหน่วยงานลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการแปรปรวนจนไม่สามารถทำงานได้ แก้ปัญหาของตนเองไม่ได้ ไม่ต้องการพูดคุยพบปะทางสังคม และก่อให้เกิดปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งทำให้นายจ้างต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายถึงสองเท่าเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะซึมเศร้า (Laxman et al., 2008) ประเทศชาติต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่สามารถทำงานได้ และเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เนื่องจากในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการที่ไม่สามารถทำงานได้ หรือทำงานได้ประสิทธิภาพลดลง อีกทั้งพบผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ติดสารเสพติดร่วมด้วยร้อยละ 50 ซึ่งเพิ่มอัตราเสี่ยงในการทำร้ายตนเองและทำร้ายผู้อื่น (George, 1998) เกิดปัญหากลายเป็นภาระต่อสังคม

1.6 การรักษา การรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ 3 แบบ ดังนี้

1.6.1 การรักษาด้วยยา ได้แก่ การรักษาด้วยยากด Mood Stabilizer เช่น Lithium, Anticonvulsant เช่น Valproic acid, Carbamazepine, Atypical antipsychotic เช่น Haloperidol, และ

Anxiety drugs เช่น Clonazepam และการรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต้องให้ยาเป็นเวลานานอย่างน้อย 2 ปี เนื่องจากถ้าหยุดยาเร็วกว่านี้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะกลับเป็นซ้ำสูงขึ้นในการรักษาด้วย Lithium ในระยะยาว ต้องสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อคัดกรองตอบสนองต่อยา ถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงเร็ว มีความผิดปกติของบุคลิกภาพหรือมีประวัติไม่ร่วมมือในการรักษา แสดงว่ามีการตอบสนองต่อลิเทียมไม่ดี (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

1.6.2 การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy; E.C.T.)

หมายถึง การรักษาทางจิตเวชโดยใช้กระแสไฟฟ้าจำนวนจำกัดผ่านเข้าสมองในระยะเวลาจำกัดคือใช้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำ 70-125 โวลต์ ผ่านเข้าสมองของผู้ป่วยในเวลา 0.1-0.5 วินาที ทำให้เกิดการชักเกร็งทั้งตัว เป็นผลทำให้อาการทางจิตเวชทุเลาลงได้ E.C.T. มี 2 ชนิด คือ Unmodified E.C.T. เป็นการผ่านกระแสไฟฟ้าเข้าไปสู่ร่างกายขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี และ Modified E.C.T. เป็นการผ่านกระแสไฟฟ้าเข้าไปสู่ร่างกาย ภายหลังได้รับยาสลบ ข้อชี้บ่งในการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า คือ มีอาการโรคจิตร่วมด้วย, มีอาการชนิดเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา คือการรักษาด้วยยาไม่ได้ผล (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) ผลการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าจะช่วยลดอาการซึมเศร้าและการพยายามฆ่าตัวตายได้

การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าจะสำเร็จเมื่อเกิดการชักที่เรียกว่า Grandmal seizer ซึ่งสังเกตได้ชัดเจนในการรักษาด้วยวิธี Unmodified E.C.T. แบ่งเป็น 5 ระยะ ดังนี้ ระยะไม่รู้สึกรู้ตัว (Unconscious stage) ประมาณ 1-2 วินาที, ระยะชักเกร็งทั้งตัว (Tonic stage) ประมาณ 10 วินาที, ระยะกระตุกทั้งตัว (Clonic stage) ประมาณ 15-30 วินาที, ระยะหลับ (Sleep stage) ประมาณ 5-10 วินาที และระยะสับสน (Confused stage) ประมาณ 30 วินาที และพบอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยไฟฟ้า ได้แก่ อาการปวดศีรษะ พบหลังทำการผ่านกระแสไฟฟ้าเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยประมาณ 1-2 ชั่วโมง หรือ 2-3 วัน และให้การดูแลโดยให้ยาบรรเทาอาการปวด อาจมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหลังและบั้นเอว โดยเฉพาะการรักษาแบบ Unmodified E.C.T. และมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ดูแลโดยให้ยาลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนประมาณ 30 นาทีก่อนการรักษา ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนน้อยพบภาวะแทรกซ้อนในการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า เช่น มีความจำบกพร่อง ซึ่งมีมากขึ้นตามจำนวนครั้งของการรักษา อาการจะดีขึ้นหลังจากหยุดการรักษา 2-3 สัปดาห์ และจะกลับคืนสภาพเดิมหลังจากหยุดการรักษาเป็นเวลา 6 เดือน ในระยะเกร็งและระยะกระตุกจะทำให้ข้อเคล็ดหรือกระดูกหัก บางรายที่ได้รับยาอ่อนคลายกล้ามเนื้อเกิดขนาด กล้ามเนื้อรอบกล่องเสียงจะหดตัว พบภาวะหยุดหายใจได้ 0.1-0.2 ต่อประชากร 10,000 คน (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง คิชยวานิช, 2542)

1.6.3 การรักษาด้านจิตสังคม (Psychosocial treatments) การรักษาในด้านจิตสังคมเป็นการรักษาด้วยจิตบำบัด ซึ่งเป็นการใช้หลักการมีสัมพันธภาพทั้งในรายบุคคลและกลุ่มร่วมกับความสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม หรือปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยใช้เทคนิคในการติดต่อสื่อสารที่ดี และสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่เหมาะสมตามสภาพปัญหาและความพร้อมของผู้ป่วย การรักษาด้านจิตสังคม ได้แก่ Milieu therapy, Behavior therapy, Group therapy และ Family Therapy เป็นต้น พยาบาลต้องอาศัยการสังเกตและพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีการอธิบายเกี่ยวกับธรรมชาติและวิธีการรักษาให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างเคร่งครัด แนะนำให้ผู้ป่วยมีกิจวัตรประจำวันตามปกติ นอนหลับได้ตามเวลา และการปรับตัวต่อผลกระทบทางจิตใจและสังคมซึ่งเกิดจากการเจ็บป่วย รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมทางสังคม และสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน และผู้ร่วมงาน เป็นการปรับเปลี่ยนแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวันให้สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

1.7 กระบวนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
 หลักการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วไม่ว่าจะอยู่ในระยะซึมเศร้าหรือ κρίนเครง แต่เดิมจะมุ่งประเด็นไปที่เรื่องสุขอนามัยและความปลอดภัยของตัวผู้ป่วยและผู้อื่นรอบข้าง พยาบาลดูแลเรื่องการให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ของยาซึ่งถือเป็นการดูแลหลักที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ ในปัจจุบันพยาบาลจิตเวชได้ศึกษาค้นคว้าและให้การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในด้านจิตสังคมร่วมกับการดูแลให้ได้รับยาจิตเวชตามแผนการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางจิตสังคม (Crowe et al., 2010) โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนเป็นหลัก (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) คือ

1.7.1 การประเมินภาวะสุขภาพ 4 ด้าน คือ การรวบรวมข้อมูลความผิดปกติด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้านความรู้สึกรู้จักคิด และด้านสรีรวิทยา ที่มีผลกระทบต่อบุคคล พยาบาลควรสังเกต พูดคุย และสอบถามจากผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยเพื่อรวบรวมข้อมูลต่างๆ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริง (Tugrul, 2003)

1.7.2 การวินิจฉัยการพยาบาลจากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น อาจพบปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2537) ได้แก่ มีความแปรปรวนด้านการนอนหลับและการพักผ่อน มีแนวโน้มจะได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย เนื่องจากเกิด

อุบัติเหตุ หรือการทะเลาะวิวาท ขาดความรู้ความเข้าใจในการรักษาทางด้านสุขภาพจิต จึงไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือการจัดการตนเองตามบทบาทพร่อง ได้แก่ การทำงาน การเป็นแม่บ้านหรือเป็นพ่อบ้าน เป็นต้น

1.7.3 การวางแผนการพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ของการพยาบาล เป็นการพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ แบ่งเป็น ดังนี้

1.7.3.1 การวางแผนการพยาบาลระยะสั้น เน้นแผนการดูแลและกิจกรรมที่ต้องเร่งปฏิบัติโดยใช้เทคนิคการจัดการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าแก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Wang, Tse, & Michalak, 2009) ได้แก่ การป้องกันอันตราย การสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมการปรับตัว การส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีและพัฒนาคุณค่าในตนเอง และการดูแลช่วยเหลือด้านสรีรวิทยา

1.7.3.2 การวางแผนการพยาบาลระยะยาว ได้แก่ การพัฒนาหรือดูแลให้คงสภาพการทำหน้าที่ต่างๆ การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคม ซึ่งเน้นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เหมาะสมได้ในอนาคต (Piper & Brown, 1998) การพัฒนาคุณค่าในตนเอง การส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและคุณค่าแห่งตน สนับสนุนความสามารถในการทำงาน การเผชิญปัญหา และการปรับตัวในครอบครัวและสังคม เป็นต้น (Davies, McBride, & Sajatovic, 2008)

1.7.4 การปฏิบัติการพยาบาล เน้นการใช้ทักษะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่เหมาะสม ชีตหลักในการป้องกันอันตรายสำหรับผู้ป่วยอารมณ์เศร้าที่มีแนวโน้มในการทำร้ายตนเอง และผู้ป่วยอารมณ์ครั้นเครงมากผิดปกติในการทำร้ายผู้อื่นจากการควบคุมตนเองไม่ได้ (Bauer, 2001) มีการใช้เทคนิคการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และการให้การพยาบาลโดยให้ข้อมูลเรื่องการบริหารยา และเฝ้าระวังและดูแลเมื่อเกิดอาการเตือน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Jones & Jones, 2008) ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ และการดูแลตนเอง ส่งเสริมการนอนหลับให้เพียงพอ ให้คำปรึกษาหาแนวทางลภาวะเครียดต่อครอบครัว และผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดำรงชีวิตในสังคม รวมถึงการแนะนำแหล่งบริการสุขภาพที่สะดวกต่อผู้ป่วยหลังจำหน่าย โดยใช้การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา การบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการใช้ครอบครัวบำบัด การพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องคำนึงถึงวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล ครอบครัว และสังคม (Wang et al., 2009)

1.7.5 การประเมินผล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล โดยพิจารณาหลังทำกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการบำบัดว่าบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความจำเป็นที่จะต้องใช้การปฏิบัติการพยาบาลจากพยาบาลผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อีกทั้งควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่และนำไปประยุกต์ใช้เพื่อคงสภาพการทำงานที่และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อไปในอนาคต

2. แนวคิดการทำงานที่

2.1 ความหมายของการทำหน้าที่

การทำงานที่ เป็นคำที่มีความหมายกว้างๆ มีความซับซ้อน บทบาทการทำงานที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพ มีผู้ให้ความหมายของการทำหน้าที่ (functioning) ไว้หลากหลายดังนี้

Ann (1997) ให้ความหมายของการทำหน้าที่ว่า เป็นสถานะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั่วไป และเป็นความสามารถแสดงบทบาทของการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในสังคม ซึ่งเป็นการวัดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพมากกว่าการดำเนินของโรค

Rosa และคณะ (2007) ได้กล่าวถึงการทำงานที่ของผู้ป่วยจิตเวชว่า เป็นปัญหาหลักในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งเป็นการทำหน้าที่ของตนเองให้อยู่ในสังคมได้ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลรับผิดชอบด้วยตนเอง (Autonomy), การทำหน้าที่ในการประกอบอาชีพการงาน (Occupational functioning), การทำหน้าที่ในการรู้จัก (Cognitive functioning), การจัดการด้านการเงิน (Financial issues), สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationships) และ การใช้เวลาว่าง (Leisure time)

Sanchez-Moreno และคณะ (2009) กล่าวถึงการทำงานที่ว่าเป็นความสามารถในการทำงาน และแสดงบทบาทของตนเองต่อครอบครัว และสังคมได้

Banerjee (2010) ได้ให้ความหมายการทำงานที่ไว้ว่า เป็นการดำเนินชีวิตของบุคคลโดยสามารถทำกิจวัตรประจำวันของบุคคล, มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และสามารถประกอบอาชีพได้

สรุปการทำงานที่ (functioning) หมายถึง ความสามารถในการแสดงพฤติกรรมในการดำรงชีวิตการงานและแสดงบทบาทของตนเองต่อครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้แก่ การทำงานที่ด้านการงาน (Work functioning) เช่น การประกอบอาชีพ การทำงานที่ด้านสังคม (Social functioning) เช่น การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำงานที่ด้านครอบครัว (Family functioning) เช่น การมีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว และการทำงานที่ด้านกรรู้จัก (Cognitive functioning) เช่น ความสามารถเกี่ยวกับความจำ เป็นต้น

2.2 องค์ประกอบของการทำหน้าที่

การทำงานที่ (Functioning) ประกอบด้วย การทำงานที่ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม การทำงานที่ด้านร่างกาย ได้แก่ การมีกิจกรรม และการมีส่วนร่วม และการทำงานที่ทางด้านจิต

สังคม ซึ่งเป็นจุดเน้นที่สำคัญด้านหนึ่งของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM –IV) ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคม การทำหน้าที่ในการประกอบอาชีพการงาน (WHO, 2001) ซึ่งองค์ประกอบการทำหน้าที่ที่มีความซับซ้อนหลายด้าน สรุปได้ดังนี้

องค์ประกอบของการทำหน้าที่ตามแนวคิดของ Rosa และคณะ (2007) ได้กล่าวถึงการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเวชว่า เป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อนและมีส่วนสำคัญในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วควรแสดงพฤติกรรมให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่

1) การดูแลรับผิดชอบด้วยตนเอง (Autonomy) เป็นการตัดสินใจและแสดงความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการฟื้นคืนสภาพได้มากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท (Strakowski, et al., 1999) ซึ่งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน ซื่อของด้วยตนเอง หรือทำงานง่ายๆ ได้

2) การทำหน้าที่ในการประกอบอาชีพการงาน (Occupational functioning) เป็นการคงสภาพการเป็นลูกจ้าง หรือเป็นความสามารถในการทำงานเพื่อสร้างรายได้ จากงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์-แปรปรวนสองขั้วว่างงานร้อยละ 70 (Mason 1998)

3) การทำหน้าที่ในการรู้คิด (Cognitive functioning) เป็นความสามารถในการใส่ใจกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง, การคำนวณ, การเรียนรู้จดจำข้อมูลใหม่ๆ และความสามารถในการแก้ปัญหา

4) การจัดการด้านการเงิน (Financial issues) เป็นความสามารถในการบริหารรายรับกับรายจ่ายให้อยู่ในสมดุล คือใช้จ่ายอย่างพอเพียง

5) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationships) เช่น การมีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับเพื่อนและครอบครัว และร่วมทำกิจกรรมทางสังคม ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ และมีความพึงพอใจระดับต่ำกับความสัมพันธ์ทางเพศ ซึ่งความสัมพันธ์ทางเพศเป็นส่วนหนึ่งของการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และอาจส่งผลกระทบต่อถึงคู่สมรสของผู้ป่วยให้ขาดความพึงพอใจต่อกิจกรรมทางเพศ และเกิดปัญหาภายในครอบครัว (Lam et al., 2005)

6) การใช้เวลาว่าง (Leisure time) เป็นการแสดงกิจกรรมตามความสนใจในเวลาที่ไม่ออกเหนือจากการทำงาน เช่น การออกกำลังกาย

Sanchez-Moreno และคณะ (2009) กล่าวถึง การทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบปัญหาต่างๆ ในระหว่างการดำเนินของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประกอบด้วยการทำหน้าที่ทั้ง 4 ด้าน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการทำหน้าที่ของ Rosa และคณะ (2007) คือ

1) การทำหน้าที่การงาน (Work functioning) เป็นการประกอบอาชีพการงานเพื่อสร้างรายได้ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการทำหน้าที่ในการประกอบอาชีพการงาน (Occupational functioning) ของ Rosa et al. (2007)

2) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) เป็นการแสดงพฤติกรรมอยู่ในสังคม เช่น การมีสัมพันธภาพกับเพื่อน (Interpersonal relationships) และการใช้เวลาว่าง (Leisure time) ของ Rosa et al. (2007)

3) การทำหน้าที่ของตนเองในครอบครัว (Family function) เป็นการแสดงบทบาทของตนต่อสมาชิกในครอบครัว เช่น การทำหน้าที่ดูแล และการจัดการกับคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationships) รวมทั้งการจัดการด้านเงินของครอบครัว (Financial issues) ของ Rosa et al. (2007)

4) การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (Cognitive function) เช่น การจำ การคิดตัดสินใจ ความตั้งใจทำ สิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ตรงกับการทำหน้าที่ในการรู้คิด (Cognitive functioning) ของ Rosa et al. (2007)

Churchill (2009) กล่าวว่าการทำงานที่ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1) การทำกิจวัตรประจำวัน (Daily living skills) เช่น การทำความสะอาด การดูแลตนเอง

2) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) เช่น การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การประกอบอาชีพการงาน

3) ความใส่ใจในการทำงาน (Concentration) เพราะหากไม่มีความใส่ใจในการทำงาน ย่อมไม่สามารถทำหน้าที่ด้านการงานได้ประสบผลสำเร็จ

4) การตอบสนองต่อสถานการณ์ (Decompensation) เช่น การขว้างปาสิ่งของเมื่อเกิดความเครียด หรือ เดินหนีเมื่อไม่พอใจ

Banerjee (2010) กล่าวถึงแนวคิดการทำงานที่ของบุคคล เป็นความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของบุคคล ได้แก่ การอาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน รับประทานอาหาร และการดูแลสุขภาพด้วย สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น และสามารถทำหน้าที่การงานได้ โดยใช้ทักษะทางสังคมที่ใช้ในการทำงาน

ในการวิจัยครั้งนี้เลือกใช้กรอบแนวคิดการทำงานที่ของ Sanchez-Moreno และคณะ (2009) และแนวคิดของ Rosa และคณะ (2007) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่มีองค์ประกอบครบทุกด้านและมีความสอดคล้องกัน และเหมาะสมกับประชากรกลุ่มที่ต้องการศึกษา

2.3 แบบประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเวช การประเมินการทำหน้าที่เป็นการแสดงพฤติกรรมของตนเองให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่น และเป็นที่ยอมรับของสังคม ซึ่งมีการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเวชจากหลายเครื่องมือ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) เป็นการประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมและการทำหน้าที่ในการประกอบอาชีพของผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป ซึ่งใช้ประเมินความบกพร่องในการทำหน้าที่ทั้งสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต โดยไม่รวมผลกระทบที่เกิดจากการขาดโอกาสและการจำกัดของสิ่งแวดล้อม และไม่ขึ้นอยู่กับระดับอาการทางจิต (Rush, First, & Blacker, 2008)

2) แบบประเมินความบกพร่องในการทำหน้าที่ (Life- Range of impaired functioning tool psychosocial impairment scores; Life-RIFT) เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปที่มีระดับความบกพร่องทางจิตสังคมต่ำมากจนถึงระดับผิดปกติ มีการเพิ่มเติมความบกพร่องในบทบาทการทำงาน การดูแลทั้งที่บ้าน และ โรงเรียน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่น คู่สมรส บุตร เพื่อน และผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กัน รวมทั้งในเรื่องของการทำงานอดิเรก เครื่องมือ The Range of Impaired Functioning Tool (Life-RIFT: a brief measure of functional impairment) (Leon et al, 1999) เป็นเครื่องมือประเมินความบกพร่องในการทำหน้าที่สำหรับผู้ป่วยจิตเวช เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีการประเมินเครื่องมือเป็นระยะๆ ได้ 6, 12, 18 และ 24 เดือน มีค่า Standardized cronbach's coefficient alpha 0.82, 0.83, 0.81 และ 0.83 ตามลำดับ และค่า Intraclass correlation coefficient (ICC) เท่ากับ 0.94 เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีองค์ประกอบชีวิต 4 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านการทำงาน, ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล, ด้านการพักผ่อนหย่อนใจ และด้านความพึงพอใจโดยรวม จะคิดคะแนนแต่ละหัวข้อระดับ 1 (ไม่บกพร่อง) ถึง 5 (บกพร่องรุนแรง) รวมคะแนนทั้งหมดอยู่ในช่วง 4 ถึง 20 (Leon et al, 1999)

3) The Global Assessment of Functioning Scale (GAF; Axis V; DSM-IV) เป็นแบบทดสอบใช้ประเมินความสามารถทางสังคมและการประกอบอาชีพ ใช้ประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมที่ผ่านมา 1 เดือน เป็นการประเมินการทำหน้าที่ด้านจิตใจ, การทำหน้าที่ด้านสังคม และการทำหน้าที่ด้านการทำงานอาชีพ ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 1 (คะแนนการทำหน้าที่ต่ำสุด) ถึง 100 (คะแนนการทำหน้าที่สูงสุด) (Gruber et al., 2009) มีเกณฑ์การประเมินดังนี้ 51-60 หมายถึง การทำหน้าที่อย่างยากลำบากปานกลาง 61-70 หมายถึงการทำหน้าที่อย่างยากลำบากเล็กน้อย 71-80 หมายถึง การบกพร่องในการทำหน้าที่เล็กน้อย 81-90 หมายถึงการทำหน้าที่ได้ดี และ 91-100 หมายถึง การทำหน้าที่อย่างดีมาก (เดชา ลลิตอนันต์พงศ์, 2548) พบการใช้เครื่องมือนี้ในการประเมินอาการที่หลงเหลืออยู่หลังจากฟื้นคืนสภาพเดิมของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่ง

ศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการระยะครึ่งเครง 23 คน และอยู่ในระยะกลับเป็นซ้ำอย่างน้อยที่สุด 6 เดือนจำนวน 20 คน โดยใช้ The Global Assessment of Functioning Scale (GAF) เครื่องมือประเมินความสามารถทางสังคมและการประกอบอาชีพด้วยแบบทดสอบใช้ประเมินการทำหน้าที่โดยรวม พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ฟื้นฟูสภาพจากระยะซึมเศร้ามีความบกพร่องในการทำหน้าที่ประจำวันมากกว่าความบกพร่องในส่วนของความจำ (Kaya, Aydemir, & Selcuki, 2007)

4) The Functioning Assessment Short Test (FAST) (Rosa et al., 2010) เป็นแบบสอบถามการทำหน้าที่หลักในด้านจิตสังคมโดยรวมของผู้ป่วยจิตเวชฉบับสั้น โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีทั้งหมด 24 ข้อ มีองค์ประกอบ 6 มิติ ได้แก่ 1) ด้านการรับผิดชอบดูแลด้วยตนเอง 2) ด้านการทำหน้าที่ที่ทำงาน 3) ด้านการทำหน้าที่ในการคิดรู้ 4) ด้านการใช้จ่ายเงิน 5) ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล 6) ด้านการใช้เวลาว่าง ซึ่งผ่านการทดสอบค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.909, และค่า Intraclass correlation coefficient (ICC) เท่ากับ 0.98 ใช้เวลาตอบแบบสัมภาษณ์ประมาณ 6 นาที Rosa และคณะได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วชนิด I จำนวน 106 คน, ชนิด II จำนวน 66 คน และกลุ่มควบคุมที่มีสุขภาพดี 61 คน ที่ Clinic de Barcelona ประเทศสเปน โดยใช้แบบสอบถามการทำหน้าที่ (The Functioning Assessment Short Test; FAST) ประเมินการทำหน้าที่โดยรวม พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งชนิด I และ II มีการทำหน้าที่ระดับต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีสุขภาพดีปกติ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วชนิด II มีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่ำกว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วชนิด I

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกแบบสอบถามการทำหน้าที่หลักในด้านจิตสังคมของผู้ป่วยจิตเวชฉบับสั้น (The Functioning Assessment Short Test; FAST) (Rosa et al., 2010) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่วัดการทำหน้าที่โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งตรงกับกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ประชากรที่ต้องการศึกษา ครอบคลุมการทำหน้าที่ทุกมิติ ทั้งในการดูแลตนเอง การประกอบอาชีพการทำงาน การจัดการด้านการเงิน และการมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการใช้เวลาประเมินระยะสั้นซึ่งเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาคเท่ากับ .91 ซึ่งอยู่ในระดับดี

2.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วย โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความถี่ของระยะการดำเนินของโรคกลับเป็นซ้ำพบได้มาก ผลของการกลับเป็นซ้ำทำให้การทำหน้าที่ที่บกพร่อง (Gidlin et al., 1995) ส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม และในฐานะพยาบาลจิตเวชจึงควรเข้าใจความหมาย แนวคิด และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์

แปรปรวนสองขั้ว เพื่อวางแผนให้การพยาบาลเพื่อคงความสามารถในการทำหน้าที่เพื่อการดำรงชีวิตในสังคมอย่างปกติ จากการศึกษาวิจัย พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Sanchez-Moreno et al., 2009) ดังนี้

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Sociodemographic factors) เช่น อายุ เพศ เศรษฐฐานะ
- 2) ปัจจัยด้านอาการ (Clinical factors) เช่น อายุแรกเริ่มในการแสดงอาการ จำนวนครั้งของการเจ็บป่วยในแต่ละ episode จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอาการนำก่อนเกิดโรค
- 3) ปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive factors) เช่น ความบกพร่องของทำหน้าที่ในการรู้คิด
- 4) ปัจจัยด้านเภสัชวิทยา (Pharmacological factors) เช่น จำนวนยา และผลข้างเคียงของยา
- 5) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) เช่น การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนของครอบครัว เจตคติ และระบบการบริการสุขภาพ

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

3.1 ปัจจัยทั่วไปที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม ผู้ศึกษาพบปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ ตามกรอบแนวคิดของ Sanchez-Moreno et al. (2009) แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่

3.1.1 ปัจจัยทางลักษณะทางสังคม-ประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพศหญิงในระยะอารมณ์ปกติ (Euthymic episode) มีการทำหน้าที่ต่ำกว่าเพศชาย (Robb, Young, & Cooke, 1998) ซึ่งอาจเกิดจากเพศหญิงมีพื้นอารมณ์ที่อ่อนแอกว่าเพศชาย เมื่อมีสิ่งกระตุ้น พื้นอารมณ์ที่อ่อนแอจะทำให้เกิดความขัดแย้ง และกระตุ้นอารมณ์ จนทำให้เกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วซ้ำ ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง (ธวัชชัย ลิพทานาจ และ สรยุทธ วาสิกนันท์, 2549) และผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน-สองขั้วอายุมากกว่าจะมีการทำหน้าที่ต่ำกว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอายุน้อยกว่า (Loyd, Simpson, & Tsuang, 1985 cited in Sanchez-Moreno et al., 2009)

3.1.2 ปัจจัยทางอาการ ได้แก่ อายุที่เริ่มแสดงอาการ จำนวนครั้งในการแสดงอาการกำเริบ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการนอนหลับ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอายุเริ่มแสดงอาการเร็ว (อายุ < 50 ปี) มีความถี่ในการเป็นโรคสูง ทำให้เกิดการทำหน้าที่ที่ลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุเริ่มแสดงอาการล่าช้า (อายุ \geq 50ปี) (Oostervink, Boomsma, & Nolen, 2009) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Suzanne (1999) ที่พบว่าหากอายุเริ่มต้นเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วยิ่งน้อยจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรม

ประจำวันและการทำหน้าที่การงานลดลง (Suzanne, 1999) ซึ่งผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีจำนวนครั้งในการแสดงอาการกำเริบ หรือจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น จะทำให้การทำหน้าที่ลดลง (Sanchez-Moreno et al., 2009) และระยะเวลาในการนอนหลับของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คือระยะเวลาในการนอนหลับที่น้อยกว่า 3 ชั่วโมงจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และระยะเวลาการนอนหลับที่มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงมีความเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ซึ่งระยะเวลาการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ และเป็นอาการเตือนการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bauer et al., 2008)

3.1.3 ปัจจัยทางการรู้คิด ได้แก่ ความบกพร่องในการรู้คิด ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีความบกพร่องในการรู้คิดในด้านความจำ และการคิดตัดสินใจแก้ปัญหา จะมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ลดลง (Martinez-Aran et al., 2007)

3.1.4 ปัจจัยทางเภสัชวิทยา ได้แก่ จำนวนยาที่ใช้ร่วมกันหลายชนิด ผลข้างเคียงของยา และปฏิภิกิริยาร่วมกันของยา ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ใช้ยาร่วมกันหลายชนิด และได้รับผลข้างเคียงของยามาก จะทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง (Martinez-Aran et al., 2007)

3.1.5 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนของครอบครัวและเจตคติ การใช้บริการสุขภาพในสถานบริการ และนโยบายการเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ จะมีผลต่อการทำหน้าที่ลดลง (Sanchez-Moreno et al., 2010) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่แสดงถึงสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่มีต่อกันในสังคม

3.2 ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ปัจจัยที่คัดสรรมา คือ เพศ อายุที่เริ่มแสดงอาการ ระยะเวลาการนอนหลับ ความบกพร่องในการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยแต่ละปัจจัยไว้ดังนี้

3.2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

3.2.1.1 เพศ (Sex) หมายถึง สถานภาพซึ่งบ่งชี้ถึงความเป็นหญิงหรือชายของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

เพศมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังนี้ Robb, Young, Cooke (1998) ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในระยะอารมณ์ปกติ (Euthymic episode) ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพศชายและเพศหญิง ใช้แบบประเมินองค์ประกอบทางกายและทางจิตฉบับย่อ (12 Item short form survey; SF-12) พบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ต่ำกว่าเพศชาย ซึ่งอาจเกิดจากเพศหญิงมีพื้นฐานอารมณ์ที่อ่อนแอกว่าเพศชาย เมื่อมีสิ่งกระตุ้น พื้นอารมณ์ที่อ่อนแอจะทำให้เกิดความขัดแย้ง กระตุ้นอารมณ์ ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค และทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง (ธวัชชัย ลิพหานาจ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2549) ดังนั้นเพศจึงเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

3.2.1.2 อายุที่เริ่มแสดงอาการของโรค (Age of onset) อายุที่เริ่มแสดงอาการของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเป็นปัจจัยทางคลินิกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วย (Sanchez-Moreno et al., 2009) หมายถึง อายุที่พบอาการของโรคหรือเริ่มแสดงอาการของโรค (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2539) การศึกษาอายุที่เริ่มแสดงอาการของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบหลากหลาย ได้แก่ โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมักเริ่มเป็นก่อนวัยกลางคน บางรายเริ่มเป็นตั้งแต่อายุน้อยกว่า 20 ปี แต่บางรายเริ่มเป็นหลังอายุ 40 ปี (สเปญ อุ๋นองงค์, 2552) อายุเริ่มต้นเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเฉลี่ย 25 ปี (Franco, 2000) ผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบได้ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย ส่วนมากมีอาการครั้งแรกระหว่างอายุ 15-24 ปี ตามงานวิจัยของประชาชนจีนในไต้หวันส่วนใหญ่อายุเริ่มต้นในการเป็นโรคอารมณ์แปรปรวน-สองขั้วคืออายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 ปี (Shang-Ying, Ju-Chin, and Chiao-Chicy, 1999) แต่บางรายอาจมีอาการเมื่ออายุ 50-60 ปี (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2544) บางงานวิจัยพบว่าส่วนใหญ่จะเริ่มเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเมื่ออายุ 15-19 ปี รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 20-24 ปี และจะกลับเป็นซ้ำทั้งในระยะซึมเศร้าและพัฒนาเป็นระยะครั่นเครงอย่างต่อเนื่องเมื่ออายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป (Soreff & Lynne, 2010)

สรุปได้ว่า อายุที่เริ่มแสดงอาการ หมายถึง อายุแรกเริ่มในการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค (Diagnostic Statistical Manual of Mental disorders-IV-TR [DSM-IV-TR]) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 มีหน่วยเป็นปี

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มแสดงอาการของโรคกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วย โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

อายุที่เริ่มแสดงอาการของโรคมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังนี้ มีการศึกษางานวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอายุเริ่มแสดงอาการเร็ว (อายุ < 50 ปี) มีความถี่ในการเป็นโรคสูง ทำให้เกิดการทำหน้าที่ลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุเริ่มแสดงอาการล่าช้า (อายุ \geq 50ปี) (Oostervink, Boomsma, & Nolen, 2009) เช่นเดียวกับงานวิจัยที่พบว่าหากอายุเริ่มต้นเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วยิ่งน้อยจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและการทำหน้าที่การทำงานลดลง (Suzanne, 1999) เป็นที่น่าสนใจว่า อายุที่เริ่มแสดงอาการของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ (Sanchez-Moreno et al., 2009) และจากการศึกษาวิจัยผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ใน Clinic of the New York Presbyterian Hospital. พบผลการเริ่มต้นการเจ็บป่วยด้วยอายุก่อน 19 ปี มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ 46 % (Ernst & Goldberg, 2003) ในช่วงอายุน้อยๆ ในการเริ่มต้นเป็นโรคและตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา มีการเข้ารับการรักษาเป็นช่วงๆอย่างต่อเนื่องยาวนาน พบว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบเกิดปัญหาสัมพันธภาพ การตัดสินใจไม่ดี ทำให้เปลี่ยนแปลงงานบ่อยครั้ง ส่งผลให้มีอัตราเสี่ยงในการคิดฆ่าและฆ่าตัวตายสูง (Shang-Ying, Ju-Chin, and Chiao-Chicy, 1999) อีกทั้งยังทำให้มีภาวะจิตสังคมผิดปกติ บางรายมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย (Cassano et al., 1992) จึงเป็นที่น่าสนใจในการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุเริ่มแรกในการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนกับการทำหน้าที่

3.2.1.3 ระยะเวลาการนอนหลับ การนอนหลับเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดำเนินได้ตามปกติ (Russell & Browne, 2005) มีผู้ให้ความหมายของการนอนหลับไว้ดังนี้

ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์ (2538) กล่าวว่า ระยะเวลาการนอนหลับ หมายถึง ปริมาณช่วงเวลาหลับถึงตื่น ซึ่งในขณะที่หลับจะลดการตอบสนองชั่วคราวต่อสิ่งเร้าภายนอก ร่างกายของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

Guyton (1981) ให้ความหมายของระยะเวลาการนอนหลับว่า หมายถึง ช่วงระยะเวลาที่บุคคลไม่รู้สึกรู้สิดำเนินการใดๆ โดยการสัมผัสทางประสาทหรือสิ่งกระตุ้นอื่นๆ

สรุประยะเวลาการนอนหลับ หมายถึง ปริมาณช่วงเวลาหลับถึงตื่น ซึ่งในขณะที่หลับจะลดการตอบสนองชั่วคราวต่อสิ่งเร้าภายนอก ร่างกายของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประเมิน

ได้จากเกณฑ์การประเมินการนอนหลับของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วของ Gruber และคณะ (Gruber et al., 2009)

การจำแนกความผิดปกติของการนอนหลับ การจำแนกความผิดปกติของการนอนหลับ (Classification of sleep disorder) ตามระบบเกณฑ์การวินิจฉัยโรค (Diagnostic Statistical Manual of Mental disorders-IV-TR [DSM-IV-TR]) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล, 2541) จำแนกความผิดปกติของการนอนหลับเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1) Primary sleep disorders ความผิดปกติของระยะเวลาการนอนหลับหรือตื่นที่เกิดขึ้นเอง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ Dyssomnias เป็นความผิดปกติเกี่ยวกับลักษณะ และเวลาของการนอนหลับ ซึ่งมีการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์จำแนกโรคแบบสากลครั้งที่ 10 (ICD-10) ดังนี้ F51.0 Primary Insomnia F51.1 Primary Hypersomnia G47.4 Narcolepsy G47.3 Breath-Related Sleep Disorder F51.2 Circadian Rhythm Sleep Disorder F51.9 Dyssomnia Not Otherwise Specified และ Parasomnias เป็นความผิดปกติของพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนหลับ ซึ่งมีการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์จำแนกโรคแบบสากลครั้งที่ 10 (ICD-10) ดังนี้ F51.5 Nightmare Disorder F51.4 Sleep Terror Disorder F51.3 Sleepwalking Disorder F 51.8 Parasomnia Not Otherwise Specified

2) Sleep disorders related to another mental disorder ความผิดปกติของการนอนหลับเนื่องจากโรคทางจิตเวช หมายถึง ความผิดปกติของการนอนหลับ ซึ่งเกิดเนื่องจากโรคทางจิตเวช เช่น โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และมีข้อสันนิษฐานว่ากลไกทางสรีรวิทยาและพยาธิสภาพของโรคทางจิตเวชมีผลต่อการควบคุมระยะเวลาการนอนหลับและตื่น (สมภพ เรืองตระกูล, 2550) ซึ่งมีการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์จำแนกโรคแบบสากลครั้งที่ 10 (ICD-10) ดังนี้ F51.0 Insomnia related to... (ระบุความผิดปกติใน Axis I หรือ Axis II) F51.1 Hypersomnia related to... (ระบุความผิดปกติใน Axis I หรือ Axis II) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544) 3) Other sleep disorders ความผิดปกติของการนอนหลับเนื่องจากโรคทางกาย หมายถึง การนอนหลับและตื่นผิดปกติจากโรคทางกาย เช่น อาการนอนไม่หลับจากโรคทางกาย (สมภพ เรืองตระกูล, 2550) ซึ่งมีการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์จำแนกโรคแบบสากลครั้งที่ 10 (ICD-10) ดังนี้ G47.x Sleep disorder due to... (ระบุภาวะความเจ็บป่วยทางกาย) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544) 4) Substance-Induced sleep disorders ความผิดปกติของการนอนหลับเนื่องจากสารเสพติด หมายถึง ความผิดปกติของการนอนหลับซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกับการเสพสารหรือขาดสารเสพติด (สมภพ เรืองตระกูล, 2550) ซึ่งมีการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์จำแนกโรคแบบสากล

ครั้งที่ 10 (ICD-10) ลงรหัส สารที่เหนียวทำให้เกิดการนอนหลับผิดปกติ ดังนี้ F10.8 Alcohol F15.8 Amphetamine F15.8 Caffeine F14.8 Cocaine F11.8 Opioid F13.8 Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic F19.8 Other or Unknown Substance (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544)

การประเมินระยะเวลาการนอนหลับ การประเมินระยะเวลาเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินการนอนหลับ ซึ่งการประเมินการนอนหลับของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ประเมินได้ 2 ลักษณะ (กันตพร ขอคไชย, 2547) ได้แก่

1) การประเมินคุณภาพของการนอนหลับ ซึ่งหมายถึง การรับรู้ถึงความเพียงพอต่อการนอนหลับของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย คุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ ได้แก่ ระยะเวลาในการนอนหลับ หรือจำนวนครั้งในการตื่นแต่ละคืน และคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ ได้แก่ ความรู้สึกเพียงพอต่อการนอนหลับ หรือผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในตอนกลางวัน (Buysse et al., 2001)

2) การประเมินปริมาณของการนอนหลับ เป็นการประเมินระยะเวลาของการนอนหลับเป็นชั่วโมง

การประเมินการนอนหลับ แบ่งได้ 2 วิธี (ชนกพร จิตปัญญา, 2543) ดังนี้

1) การประเมินการนอนหลับด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ (Objective sleep measurement) เป็นการประเมินที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ได้แก่ Polysomnography เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพการนอนหลับ โดยวัดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าในสมอง คลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ และคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อตา ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สามารถวัดได้ถูกต้องและเที่ยงตรง แต่เป็นเครื่องมือที่ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการประเมิน และมีราคาแพง

2) การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงจิตพิสัย (Subjective Sleep Measurement) เป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยการบอกด้วยตนเอง ซึ่งประเมินการนอนหลับทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ทำได้ง่าย และไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ได้แก่ แบบบันทึกจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับและตื่นในแต่ละวัน รวมทั้งกิจกรรมที่ทำในช่วงกลางวัน เป็นวิธีที่นิยมใช้เนื่องจากประเมินได้ง่ายและประหยัด แต่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงเร็ว (ชนกพร จิตปัญญา, 2543) และ แบบวัดคุณภาพการนอนหลับ ของ The Pittsburgh Sleep Quality Index เป็นแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย คุณภาพการนอนหลับ ระยะเวลาก่อนนอนหลับ จำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ ประสิทธิภาพการนอนหลับ การรบกวนการนอนหลับ การให้ยานอนหลับ และความคิดปกติในการทำหน้าที่ของร่างกายในเวลากลางวัน มีมาตรา 4 ระดับ ให้ค่าคะแนน 0-3 คะแนน 0 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับดี 3 คะแนน

หมายถึง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 – 21 คะแนน เกณฑ์การประเมินคิดจากคะแนนรวม หากคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับดี และถ้าคะแนนรวมมากกว่า 5 หมายถึง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี (Buysse et al., 1989)

หลังจากทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการนอนหลับและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้เลือกใช้การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงจิตพิสัย (Subjective Sleep Measurement) ด้านปริมาณ เพื่อประเมินปริมาณการนอนหลับเป็นจำนวนชั่วโมงของช่วงเวลาหลับถึงตื่น โดยใช้เวลาไม่นาน และมีการคิดค่าคะแนนและการแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระยะการนอนหลับน้อยกว่าปกติโดยรวมเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ชั่วโมงต่อ 1 คืน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ระยะการนอนหลับปกติโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในช่วง 6.5-9 ชั่วโมงต่อ 1 คืน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ระยะการนอนหลับนานกว่าปกติโดยรวมเฉลี่ยมากกว่า 9 ชั่วโมงต่อ 1 คืน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Gruber et al., 2009)

ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการนอนหลับกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วของ Golbin, Kravitz, and Keith (2004). พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระยะซึมเศร้า และระยะครื้นเครง มีระยะเวลาการนอนหลับจะน้อยลงมากกว่าปกติ (Golbin, Kravitz, & Keith, 2004) ซึ่งความผิดปกติเกี่ยวกับการนอน (Sleep disorder) พบอาการนอนไม่หลับหรือหลับไม่เพียงพอ (insomnia) บ่อยที่สุด (สงกรานต์ ก่อธรรมนิเวศน์, 2552) ซึ่งเปลี่ยนแปลงตามอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bauer et al., 2008) ระยะเวลาในการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระยะเวลาในการนอนหลับที่น้อยกว่า 3 ชั่วโมง จะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และระยะเวลาการนอนหลับที่มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงมีความเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ซึ่งระยะเวลาการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ และเป็นอาการเตือนการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ (Bauer et al., 2008) เนื่องจากการนอนหลับ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ถ้าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีระยะการนอนหลับน้อยกว่าปกติเป็นเวลา 7-10 วัน จะส่งผลให้การทำหน้าที่ในชีวิตบกพร่อง (Kaneita et al., 2007) ดังนั้นระยะเวลาการนอนหลับที่เพียงพอของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีส่วนช่วยปรับอารมณ์ให้คงที่ที่อยู่ในภาวะสงบของโรคอารมณ์แปรปรวนได้นานขึ้น (Russell & Browne, 2005) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการนอนหลับกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

3.2.2 ความบกพร่องในการรู้คิด

การรู้คิดเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญและแสดงถึงการทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Ferrier, Stanton, Kelly, & Scott, 1999) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายความบกพร่องในการรู้คิดไว้ดังนี้

Carayannis (2000) กล่าวว่า ความบกพร่องในการรู้คิด หมายถึง ความบกพร่องในกระบวนการคิด ตระหนักรู้ของบุคคล ได้แก่ การจำ การคิด การรู้สึก การเข้าใจ การระลึกได้ และการใช้เหตุผล

Kiatlaekakul (2005) กล่าวว่า ความบกพร่องในการรู้คิด หมายถึง ความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมอง เกี่ยวกับกระบวนการจำ สมาธิ และการระลึกได้

Larner (2008) ให้ความหมายของความบกพร่องในการรู้คิดว่าเป็นความบกพร่องในการทำหน้าที่ในสมอง เกี่ยวกับการรับรู้ จดจำ การมีความตั้งใจในช่วงระยะเวลาหนึ่ง รวมถึงการคิดและตัดสินใจ

กิ่งแก้ว ปาจารย์ (2547) กล่าวว่า ความบกพร่องในด้านการรู้คิด หมายถึง ความบกพร่องในการทำความเข้าใจ จดจำ แปลความหมาย และใช้ข้อมูลแสดงพฤติกรรมอย่างเหมาะสม

สรุปความหมายของความบกพร่องในการรู้คิด หมายถึง ความบกพร่องในการทำหน้าที่ในสมอง เกี่ยวกับการรับรู้ จดจำ การมีความตั้งใจในช่วงระยะเวลาหนึ่ง รวมถึงการคิดและตัดสินใจ (Larner, 2008)

องค์ประกอบของการรู้คิด มี 5 ด้าน (Lezak, 1995) ดังนี้

- 1) ความสามารถในการจำเรื่องราว เป็นการทบทวนความคิด
- 2) ความสามารถในการพูด
- 3) ความสามารถในการคิดตัดสินใจแก้ไขปัญหา
- 4) ความสามารถในการตั้งใจ หรือมีสมาธิในช่วงระยะเวลาหนึ่งความสามารถในการทำตามคำสั่ง

การทำตามคำสั่ง

วรพรรณ เสนาณรงค์ (2550) กล่าวถึงการทำงานของสมองทั้ง 5 ด้านหลัก ร่วมกับอารมณ์ จนเกิดเป็นพฤติกรรม ประกอบด้วย

- 1) ความสามารถในการใส่ใจและด้านทานสิ่งกระตุ้นภายนอกได้ในระยะเวลาหนึ่ง
- 2) ความจำ ซึ่งแบ่งความผิดปกติของความจำได้ 2 ชนิด ชนิดแรกคือ amnesic deficit เป็นความบกพร่องในการจำที่เกิดจากรอยโรคที่ medial limbic และ hippocampus เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะไม่สามารถเก็บข้อมูลใหม่ๆ ได้ จึงมีปัญหาทั้งในส่วนของการคิดทบทวนย้อนกลับ และในส่วนของความจำในอดีต ชนิดที่สองคือ retrieval deficit ซึ่งเป็นความจำที่เกิดจากการทำงาน

ที่ผิดปกติของ frontal subcortical circuit หากเกิดขึ้นจะมีปัญหาในการคิดทบทวนย้อนกลับ แต่ใน ส่วนความจำในอดีตจะยังทำได้ดี

3) ความสามารถในการใช้ภาษา ได้แก่ การอ่าน การเขียน การคำนวณ และการทำตามคำสั่ง

4) ความสามารถในการใช้ทักษะการมองเห็น ซึ่งต้องมีทั้งการทำหน้าที่ในการมองเห็น ความจำ และสมาธิที่ดีถึงจะสามารถทำได้

5) ความสามารถในการคิดวางแผน ได้แก่ ความสามารถในการคิดแปลส่วนวนหรือคำพังเพย

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความบกพร่องในการรู้คิด ซึ่งส่งผลถึงการทำหน้าที่ (Zubieta et al., 2001) ซึ่งผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมากกว่าผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไป (Schneider, Candiago, Rosa, Cereser, & Kapczynski, 2008)

การประเมินการรู้คิด การรู้คิดเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ของบุคคลในสังคม รวมถึงผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วด้วย ซึ่ง Lezak (1995) ได้กล่าวถึงการประเมินการรู้คิดเป็นการประเมินปัจจัยที่ทำให้ทราบถึงการทำหน้าที่ของผู้ป่วยและมีการประเมินหลายด้าน ซึ่งมีเครื่องมือประเมินต่างๆ ดังนี้

1) Logical memory visual reproduction เป็นการประเมินความจำเป็นเรื่องราว ใช้ Wechsler Memory Scale Revised (WMS-R) โดยทบทวนความคิดจากการฟัง หลังจากนั้นประมาณ 20 นาที ให้พูดซ้ำทันที ทิศคะแนนรวมได้จากค่าเฉลี่ยของจำนวนความคิดแต่ละเรื่อง (McGuir & Batchelor, 1998)

2) Associate Learning เป็นการทดสอบการเรียนรู้โดยอ่านคำศัพท์ให้ฟังและให้จับคู่คำศัพท์ จาก Wechsler Memory Scale-Revised (WMS-R) (Inglis, 1959)

3) Visual Reproduction เป็นการทดสอบความจำจากการมองเห็น โดยคิดทบทวนย้อนกลับในเวลาไม่นาน เช่น ทันที่ที่มองเห็น และหลังจากมองเห็นเป็นเวลา 30 นาที (McGuir & Batchelor, 1998)

4) Wisconsin Card Sorting Test เป็นการประเมินการทำหน้าที่คิดและตัดสินใจ การใช้เหตุผลเชิงนามธรรม และความสามารถในการเปลี่ยนความคิดเมื่อมีเงื่อนไขเปลี่ยนแปลงไป โดยมีบัตรแข็ง 64 ใบ มีสัญลักษณ์ เป็นรูปสามเหลี่ยม ดาว กากบาท และวงกลม ซึ่งมีสีแดง สีเขียว สีเหลือง สีฟ้า และไม่มีสัญลักษณ์อยู่ 2 ใบ สลับกันเรียงแถวครึ่งละ 10 ใบ ให้จำและจับคู่รูปภาพที่มี

ความแตกต่างของสี รูปร่าง และจำนวน หลังจากนั้นสลับแถวอีกครั้ง (Greve, Stickle, Love, Bianchini, & Stanford, 2005)

5) Stoop Color and Word Test เป็นการประเมินความรู้คิดที่แสดงถึงความสามารถในการใส่ใจ และการทำหน้าที่ในการคิดและตัดสินใจแก้ปัญหา (Van der Elst, Van Boxtel, Van Breukelen, & Jolles, 2006)

6) Verbal Fluency เป็นการประเมินการสะสมข้อมูลจากการบอกคำศัพท์ วัดโดยถามชื่อคำหลายๆคำ เริ่มต้นด้วยข้อความเฉพาะ เช่น ชื่อสัตว์ หรือรายการคำศัพท์ที่ขึ้นต้นด้วยตัวอักษร เช่น “P” ภายในเวลา 60 วินาที ซึ่งสามารถใช้ในการประเมินทักษะการติดต่อสื่อสาร และความสามารถตอบสนองต่อการบอกคำศัพท์อย่างรวดเร็วได้ (Almeida et al., 2008)

7) Test of variables of attention (TOVA) เป็นการประเมินความตั้งใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างต่อเนื่อง ซึ่งวัดได้ทั้งจากการมองเห็นและได้ยินเสียง จากการสุ่มด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้ทดสอบได้ตั้งแต่เด็กอายุสี่ปีจนถึงอายุแปดสิบปีขึ้นไป และใช้เวลาประเมินประมาณ 23 นาที ซึ่งสามารถใช้ประเมินความคิดปกติในการรู้คิดอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Zubieta Jon-Kar, Huguélet Philippe, O' Neil Renee Lajiness, & Giordani Bruno, 2001)

8) Digit Span เป็นการประเมินการรู้คิดในส่วนที่พูดออกมา เช่น การจำหมายเลขโทรศัพท์เพื่อน ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่บ่งบอกถึงความฉลาด หรือการประเมิน IQ ประกอบด้วย การทบทวนความจำไปข้างหน้าและย้อนกลับ ผู้ที่มีความพร่องในความจำจะแสดงออกมาเมื่อถูกทดสอบด้วย Digit Span (Muangpaisan, Intalaporn, & Assantachai, 2010)

การประเมินการรู้คิดของสมองทั่วไป (General Neurocognitive function)

(สุชีรา ภัทรายุศวรรัตน์, 2548) ได้แก่

1) The Mini-Mental State Examination (Larner, 2008) เป็นแบบประเมินการทำงานของสมอง ใช้ประเมินความรุนแรงของความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และบ่งบอกถึงภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น โดยวัดระดับการเรียนรู้ การคิด และความจำ (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ข้อทดสอบมีจำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย การทดสอบความจำ (Orientation, Registration and Recall) การทดสอบสมาธิ (Attention, Concentration and Calculation) และการทดสอบด้านภาษา (Language, Motor skill items, Naming, Repetition, Understanding, Reading, Writing and Copying a Design) คิดค่าคะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน และหากคะแนนรวมน้อยกว่า 24 แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเหมาะสำหรับประเมินผู้สูงอายุ

2) Mini-Mental State Examination-Thai version 2002 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2542) เป็นแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย สำหรับประเมินความบกพร่องในการรู้คิด ซึ่งเป็นแบบทดสอบที่สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ พ.ศ. 2542 แปรมาจากต้นฉบับของ Folstein และคณะ (1975) โดยคงความหมายของแบบทดสอบ The Mini-Mental State Examination ต้นฉบับภาษาอังกฤษ และ ไม่มีการตัดข้อคำถามเดิมทั้งหมด 11 ข้อ ประกอบด้วย การทดสอบการรับรู้เรื่องเวลา สถานที่ ความจำ ความเข้าใจ ความ การเรียกชื่อ พุดตาม การทำตามเสียงพูด ทำตามคำเขียน การเขียน และการมองโครงสร้าง ซึ่งคิดค่าคะแนนตามระดับการศึกษา หากผู้ถูกทดสอบไม่ได้เรียนหนังสือมีคะแนนเต็มเท่ากับ 23 คะแนน เนื่องจากไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10 ถ้าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด หากผู้ถูกทดสอบศึกษาระดับประถมศึกษา มีคะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน ถ้า คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด และหากผู้ถูกทดสอบศึกษาระดับสูงกว่าประถมศึกษามีคะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน ถ้าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด

3) Neurobehavioral Cognitive Status Examination (NCSE) เป็นเครื่องมือประเมินความบกพร่องในการรู้คิดที่เหมาะสมกับวัยผู้ใหญ่ โดยประเมินระดับการทำหน้าที่ของสมอง 5 ด้าน ได้แก่ ภาษา การเข้าใจ ความจำ การคิดคำนวณ และการคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล ซึ่งใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที และประเมินผลด้วยการนำคะแนนทั้ง 5 ด้านมารวมกัน หากคะแนนต่ำ แสดงว่าการรู้คิดมีความบกพร่อง (วรพรรณ เสนาณรงค์, 2550)

4) Thai Mental State Examination (TMSE) (จงเจษฎ์ ยังสกุล, 2545) เป็นแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทยที่ดัดแปลงและปรับปรุงจากแบบทดสอบ Mini-Mental State Examination (MMSE) ของ Folstein และคณะ (1975) ที่แปลเป็นภาษาไทย โดยชาญทอง ได้เลิศ (2536) ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม คือ การรับรู้ ความจำ ความเข้าใจ การคิดคำนวณ ภาษา และการทบทวนความจำ คะแนนเต็ม 30 คะแนน หากผู้ป่วยได้คะแนนต่ำกว่า 23 คะแนน ถือว่าผิดปกติ

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai version 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2542) เนื่องจากเป็นแบบทดสอบสำหรับประเมินความสามารถในการรู้คิดที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน สามารถประเมินการรู้คิดได้ครอบคลุม 11 ด้าน ได้แก่ ทดสอบเวลา ทดสอบสถานที่ ทดสอบด้านความจำ ทดสอบความจำระยะสั้น ทดสอบการพูดซ้ำในคำที่ได้ยิน ทดสอบการเข้าใจความหมายและคำสั่ง ทดสอบการอ่าน

ทดสอบการเขียนภาษา ทดสอบความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างตากับมือ และทดสอบสมาธิ และมีความสะดวกรวดเร็วในการประเมิน ซึ่งพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ใช้เครื่องมือนี้ประเมินได้ ส่วน เครื่องมือประเมินความสามารถในการรู้คิดเฉพาะด้าน เช่น เครื่องมือประเมินความจำเรื่องราว (WMS-R), เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่คิดและตัดสินใจ การใช้เหตุผลเชิงนามธรรม และ ความสามารถในการเปลี่ยนความคิดเมื่อมีเงื่อนไขเปลี่ยนแปลง (Wisconsin Card Sorting Test) เป็นต้น เป็นเครื่องมือสำหรับนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ใช้ในการประเมินการรู้คิดในแต่ละด้าน เนื่องจากผู้ใช้เครื่องมือเหล่านี้จำเป็นต้องผ่านการอบรมฝึกฝนจากผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยาคลินิก ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้จึงเลือกใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai version 2002)

ความสัมพันธ์ระหว่างความบกพร่องในการรู้คิดกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรค อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การรู้คิดเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งในการทำหน้าที่ทางจิตสังคม (Ferrier et al., 1999) หากมีความบกพร่องในการรู้คิดจะส่งผลถึงการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วชนิด I (Zubieta et al., 2001) ซึ่งผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมากกว่าผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไป (Schneider, Candiago, Rosa, Cereser, & Kapczinski, 2008) และไม่ว่าจะบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านใด รวมถึงการรู้คิดในผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะมีส่วนสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคเพิ่มขึ้น (Goldstein et al., 2009) ความบกพร่องในการรู้คิดของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในส่วนของความจำ และการคิดตัดสินใจแก้ปัญหา (Martinez-Aran et al., 2007) ซึ่งความบกพร่องในการรู้คิดเป็นตัวแปรตัวหนึ่งที่ทำนายผลลัพธ์ในการทำหน้าที่โดยรวมในระยะยาวของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วด้วย (Bonnin et al., 2010) และ Kumar & Frangou (2010) พบว่าความบกพร่องในการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งหากมีความบกพร่องในการรู้คิดจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอาการของโรค ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความบกพร่องในการรู้คิดกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

3.2.3 การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมหลากหลายแนวคิด และเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Sanchez-Moreno et al., 2009) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นเรื่องที่น่าสนใจ มีนักวิชาการให้ความหมายไว้ ดังนี้

Cobb (1976) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลว่ามีคนรัก เอาใจใส่ รู้สึกภาคภูมิใจ และยอมรับว่าบุคคลนั้นเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความรู้สึกผูกพันที่เกิดจากความเกี่ยวข้องทางสังคม ซึ่งช่วยเผชิญความเครียดในชีวิต

House (1981) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งแสดงออกถึงการยอมรับนับถือ เห็นคุณค่า โดยให้การช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ สิ่งของ เงินทอง คำแนะนำ การดูแล และการให้ข้อมูลเพื่อการประเมินตนเอง

Norbeck (1982) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งให้การสนับสนุนทางอารมณ์ ได้แก่ บุคคลในสังคมช่วยเหลือซึ่งกันและกัน บุคคลในสังคมช่วยกันคิดแก้ไขปัญหาต่างๆ

อุบลรัตน์ สิงหเสนี (2552) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ไว้วางใจจากคนรอบข้าง ได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ เวลา ข้อมูล และได้รับการยอมรับจากคนในสังคม

Thoits (1986) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การติดต่อสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลในการให้ความช่วยเหลือ ทั้งด้านอารมณ์ สังคม ทรัพยากร และข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

สรุปการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้รับความช่วยเหลือกันระหว่างบุคคลในสังคม ทั้งด้านอารมณ์ สังคม ทรัพยากร และข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเกิดจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม

แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม มีหลากหลายได้แก่

Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่ทำให้รับรู้ได้รับความรัก เอาใจใส่ ยอมรับ และไว้วางใจ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ใกล้ชิดผูกพันกัน

2) การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า (Esteem Support) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าได้รับการยอมรับ มีผู้อื่นมองเห็นคุณค่า และรู้สึกมั่นใจในตนเอง

3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Support or Network Support) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม

Schaefer (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) คือ การช่วยเหลือโดยการให้ความรัก และการยอมรับ

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) คือ การให้ความรู้ และคำแนะนำต่างๆ

3) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือการบริการ (Tangible support) คือ การช่วยเหลือทางด้านสิ่งของ เงินของ หรือแรงงาน

แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) แบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพการงาน ได้แก่ หัวหน้า ลูกน้อง เพื่อนร่วมงาน และความสัมพันธ์ไม่เป็นทางการ มีความสัมพันธ์โดยไม่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพการงาน ได้แก่ พ่อแม่ คู่สมรส และเพื่อน และแบ่งการสนับสนุนทางสังคมในการได้รับความช่วยเหลือออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นการแสดงออกถึงความห่วงใย รับฟัง และไว้วางใจการสนับสนุนทางการประเมิน เป็นการให้ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ

2) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขปัญหา

3) การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร เป็นการช่วยเหลือสิ่งของ เงินทอง และเวลา

Thoits (1986) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1) การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์สังคม เช่น การได้รับการยอมรับและเอาใจใส่

2) การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้ข้อมูล และคำแนะนำ

3) การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร เช่น การช่วยเหลือด้านสิ่งของหรือแรงงาน

Pender (1987) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นความรู้สึกได้รับการยอมรับเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งแบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ระบบ คือ

1) ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ (Nature social support system) ได้แก่ ครอบครัว

2) ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (Peer support) เป็นการสนับสนุนจากบุคคลที่มีประสบการณ์ และมีความสัมพันธ์ติดต่อกัน

3) ระบบสนับสนุนด้านศาสนา (Religious organization) เป็นแหล่งที่ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความเชื่อในการดำเนินชีวิต

4) ระบบสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health team support) เป็นแหล่งดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านสุขภาพ

5) ระบบสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่น (Organized directed by health professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มอาสาสมัครที่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบหลายด้าน ซึ่งเป็นการได้รับการตอบสนองความต้องการ จากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม และเป็นปัจจัยที่มีผู้ศึกษาแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันออกไป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการสนับสนุนทางสังคม 2 ด้าน (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000) ดังนี้

1) การวัดด้าน โครงสร้างของการสนับสนุนทางสังคม (Structure aspects of social support) เป็นการวัดข้อมูลเชิงปริมาณของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ จำนวนคนของผู้ที่ไว้วางใจ จำนวนความถี่ในการมีส่วนร่วมในชุมชน

2) การวัดหน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคม (Functional aspects of social support) เป็นการวัดข้อมูลเชิงคุณภาพของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การวัดความพึงพอใจในการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกเพียงพอหรือเหมาะสมในการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

เครื่องมือการประเมินการสนับสนุนทางสังคมหลากหลายแบบ ดังนี้

1) แบบสอบถามแหล่งสนับสนุนทางสังคมส่วนบุคคล (The Personal Resource Questionnaire [PRQ-85]) ของ Brandt & Weinert (1981) สร้างโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (Weiss as cited in Brandt & Weinert, 1981) ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นการประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม และส่วนที่ 2 เป็นการประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการได้รับความรัก ด้านการได้รับความยอมรับ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการช่วยเหลือบุคคลอื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำ ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ แต่ละข้อให้ค่าคะแนน 1-7 คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 25-175 ค่าคะแนนรวมที่มากแสดงถึงการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมสูง แบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89

2) แบบวัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (The Interpersonal Relationship Index: IPRI) พัฒนาโดย Tilden, Nelson & May (Tilden, Nelson & May, 1990) ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดและทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคมของ Cook ในปี 1979 และทฤษฎีความเสมอภาคของ Messick & Cook ในปี 1983 เป็นการประเมินองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ แรงสนับสนุนทางสังคม การแลกเปลี่ยนความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และความขัดแย้งของเครือข่ายทางสังคม ซึ่งองค์ประกอบ 1 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ รวมทั้งหมด 39 ข้อ แบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแต่ละองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน ดังนี้ 0.91 , 0.84 และ 0.81 ตามลำดับ

3) แบบประเมินการสนับสนุนระหว่างบุคคล (The Interpersonal Support Evaluation List: ISEL) พัฒนาขึ้นโดย Cohen & Hoberman (Cohen et al., 2000) เพื่อวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ สิ่งของ สัมพันธภาพ และควมมีคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90

4) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบประเมินที่บุญพา ณ นคร (2538) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer (1981) ได้แก่ การช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่ทำให้รับรู้ว่าจะได้รับความรัก เอาใจใส่ ขอมรับ และไว้วางใจ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ใกล้ชิดผูกพันกัน การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า (Esteem Support) ตามแนวคิดของ Cobb (1976) ได้แก่ การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองได้รับการยอมรับ มีผู้อื่นมองเห็นคุณค่า และรู้สึกมั่นใจในตนเอง การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Support or Network Support) ตามแนวคิดของ Cobb (1976) ได้แก่ การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าตนเองเป็นสมาชิก หรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ได้แก่ การให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆ และการสนับสนุนด้านสิ่งของหรือการบริการ (Tangible support) ตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ได้แก่ การช่วยเหลือทางด้านสิ่งของ เงินของ หรือแรงงาน ประกอบด้วยข้อคำถามเพื่อประเมินความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆที่มีความหมายทางบวกทั้งหมด 25 ข้อ ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลางมาก และมากที่สุด โดยให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ และผ่านการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .88

5) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ของดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) เป็นเครื่องมือวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของฉันทนาฎ ไชยศิริ (2534) ที่สร้างขึ้นเองจากแนวคิดของ House (1983) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ ครอบคลุมการสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านทรัพยากร การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า และการสนับสนุนด้านข่าวสาร โดยให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทให้ข้อมูลการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการคิดคะแนนทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม รวมเป็นรายด้านพิจารณาตามเกณฑ์ 5 ระดับ โดยนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวนข้อแล้วแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับ

คะแนนเฉลี่ย และตรวจสอบได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของการสนับสนุนทางสังคมกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เท่ากับ 0.74

6) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของอรอนงค์ สารระทำ และนรลัทภรณ์ เอื้อกิจ (2551) ซึ่งนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประเมินกลุ่มตัวอย่างที่คิดเชื่อเอชไอวี มีข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .93 และนฤมลคมกล้า (2553) ได้ปรับแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมนี้ให้เหมาะสมกับกลุ่มวัยรุ่นที่คิดเชื่อเอชไอวี ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ ได้ปรับข้อคำถาม มีจำนวน 16 ข้อ ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .70 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่คิดเชื่อเอชไอวีที่มารับบริการที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 30 ราย และโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 158 ราย เท่ากับ .97 และ .94 ตามลำดับ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกเครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมของบุญพาณ นคร (2538) ตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่วัดการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งใกล้เคียงกับประชากรที่ต้องการศึกษาครอบคลุมการได้รับความช่วยเหลือทางสังคมในด้านต่างๆ ทั้งการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านสิ่งของ และด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งใช้เวลาประเมินไม่มาก เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .88

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีต่อกันในสังคม เป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Sanchez-Moreno et al., 2010) โดยให้การช่วยเหลือทั้งทางด้านอารมณ์ เช่น ความห่วงใย การรับฟัง ด้านสังคม เช่น การให้การยอมรับ การช่วยเหลือด้านทรัพยากร เช่น การให้สิ่งของหรือเงินทอง ซึ่ง Rosenfarb et al., 2001 พบว่าสมาชิก ในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย รับฟัง และช่วยจัดการกับความเครียดและปัญหาของผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วยจึงมีส่วนสำคัญในการป้องกันการเกิดอาการของโรคกลับเป็นซ้ำ และการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ คำปรึกษา (Thoits, 1986) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Weinstock & Miller, 2010) ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมี

ความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่ำลง (Johnson, et al., 2003) และการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Martinez-Aran et al., 2007)

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Suzanne (1999) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มแสดงอาการของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกับการทำหน้าที่ โดยใช้ Global Assessment Scale ประเมินการทำหน้าที่ พบว่าเมื่อผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการตั้งแต่อายุน้อยมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่โดยรวมต่ำกว่าผู้ที่เริ่มแสดงอาการเมื่ออายุมาก

Zubieta et al. (2001) ศึกษาความบกพร่องในการรู้คิดของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อยู่ในระยะสงบที่เป็นผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมิชิแกน จำนวน 15 คน โดยใช้แบบประเมินการรู้คิด ได้แก่ Wechsler Memory Scales, Wisconsin Card Sorting Test, Test of variables of attention เป็นต้น พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการกำเริบ จะทำให้เกิดความบกพร่องในการรู้คิด ทั้งในด้านความจำ การคิดและตัดสินใจ และความตั้งใจ เป็นต้น

Carter, Mundo, Parikh, & Kennedy (2003) ศึกษาผลกระทบของอายุเริ่มแสดงอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อจำนวนครั้งในการคิดสารเสพติด การมีความคิดทำร้ายตนเอง และระยะแสดงอาการของโรค โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 320 คน เป็นเพศหญิง 202 คน และเป็นเพศชาย 118 คน ซึ่งเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอายุเริ่มแสดงอาการเร็ว คือ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอายุเริ่มแสดงอาการช้า คือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปี และพบว่า อายุของผู้ป่วยที่เริ่มแสดงอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเกิดขึ้นเมื่ออายุน้อยส่งผลให้จำนวนครั้งในการคิดสารเสพติดมากขึ้น มีความคิดทำร้ายตนเอง และมีระยะแสดงอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วยาวนานขึ้น

Bauer et al. (2008) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการนอนหลับกับอาการเดือนของผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ววัยผู้ใหญ่ จำนวน 101 คน โดยสัมภาษณ์ระยะเวลาการนอนหลับเฉลี่ยต่อวันในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่า ระยะเวลาในการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คือ ระยะเวลาในการนอนหลับที่น้อยกว่า 3 ชั่วโมงจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และระยะเวลาการนอนหลับที่มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงมีความเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ซึ่งระยะเวลาการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และเป็นอาการเดือนการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

Laxman, Lovibond and Hassan (2008) ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบในสถานที่ทำงานของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีบทบาททางสังคมเปลี่ยนแปลงไปในด้านการทำงาน มีสัมพันธภาพไม่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ไม่ใส่ใจในงานเหมือนปกติ การทำหน้าที่ของคนไม่เหมาะสมกับค่าจ้างที่ได้รับ เช่น จากการทำงานที่ผู้ป่วยตัดสินใจบกพร่อง เนื่องจากมีการทำหน้าที่ทางสังคมและบทบาทประจำวันของผู้ป่วยบกพร่อง บางรายถึงขั้นตกงานจนเป็นภาระต่อผู้ดูแล ครอบครัว และสังคม

Gruber et al. (2009) ศึกษาความสัมพันธ์ของระยะเวลาการนอนหลับที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ การทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีระยะเวลาการนอนหลับที่สั้นกว่าหรือยาวกว่าปกติมีความสัมพันธ์กับการแสดงอาการของโรคที่รุนแรงมากขึ้น ทำให้การหน้าที่ที่บกพร่อง ลดคุณภาพชีวิต โดยใช้เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ด้วยแบบประเมินการทำหน้าที่ The Global Assessment of Functioning Scale (GAF) ประเมินการหน้าที่ด้านจิตใจ การทำหน้าที่ด้านสังคม และการทำหน้าที่ด้านการงานอาชีพ และประเมินความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้วยแบบประเมิน Life-RIFT ผลงานวิจัยพบว่า ร้อยละ 55.9 ของประชากรกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้หญิง อายุเฉลี่ย 38 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มแสดงอาการ 16.8 ปี ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น Bipolar I 62.4%, Bipolar II 25.8% และ Bipolar NOS 7.9% ซึ่งมีระยะเวลาการนอนหลับเฉลี่ยโดยรวมไม่แตกต่างกันมากนัก ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 641 คน หรือร้อยละ 31.7 มีระยะเวลาการนอนหลับสั้นกว่าปกติเฉลี่ย 5.9 ชั่วโมง, ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 760 คน หรือร้อยละ 37.5 มีระยะเวลาการนอนหลับเฉลี่ยเป็นปกติ 7.28 ชั่วโมง, และผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจำนวน 467 คน หรือร้อยละ 23.1 มีระยะเวลาการนอนนานกว่าปกติเฉลี่ย 8.66 ชั่วโมง เมื่อเปรียบเทียบความสามารถทางหน้าที่โดยรวมระหว่างผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกับระยะเวลาการนอนหลับ พบความบกพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีระยะเวลาการนอนหลับสั้นกว่า มีความบกพร่องในการทำหน้าที่มากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะการนอนหลับปกติและระยะการนอนหลับนานกว่าปกติ ทั้งในด้านการประกอบอาชีพ ด้านการพักผ่อนหย่อนใจ และด้านความพึงพอใจในชีวิต

Sanchez-Moreno et al. (2009) รวบรวมวรรณกรรมเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว แบ่งปัจจัยเหล่านี้เป็น 5 ด้าน ดังนี้ ปัจจัยทางลักษณะทางสังคม-ประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ปัจจัยทางอาการ ปัจจัยทางอาการ ได้แก่ อายุที่เริ่มแสดงอาการ จำนวนครั้งในการแสดงอาการกำเริบ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการ

นอนหลับ ปัจจัยทางการรู้คิด ได้แก่ ความบกพร่องในการรู้คิด ปัจจัยทางเภสัชวิทยา ได้แก่ จำนวนยาที่ใช้ร่วมกันหลายชนิด ผลข้างเคียงของยา และปฏิกริยาร่วมกันของยา และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนของครอบครัวและเจตคติ การใช้บริการสุขภาพในสถานบริการ และนโยบายการเข้ารับการรักษา ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ในชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านภาระงาน การทำหน้าที่ด้านสังคม การทำหน้าที่ด้านครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

Suto, Murray, Hale, Amari, & Michalak (2010) ศึกษากลยุทธ์ในการฟื้นฟูสภาพการทำงานที่และคงภาวะสุขภาพดีของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพศหญิงจำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้คือ The self-report Social Adjustment Scale (SAS) เป็นแบบสัมภาษณ์ประเมินตนเองที่วัดการปรับตัวที่ประสบความสำเร็จในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน จำนวน 54 ข้อ โดยวัดบทบาทการทำงานที่ 6 ด้าน ได้แก่ บทบาทการทำงานทั้งในบ้านและนอกบ้าน 18 ข้อ กิจกรรมทางสังคม 11 ข้อ สัมพันธภาพในครอบครัว 8 ข้อ การแสดงบทบาทคู่สมรส 9 ข้อ บทบาทการเป็นพ่อแม่ 4 ข้อ บทบาทการเป็นสมาชิกของครอบครัว 3 ข้อ และการใช้จ่ายเงิน 1 ข้อ พบว่า กลยุทธ์ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสามารถฟื้นฟูสภาพการทำงานที่ให้คงภาวะการมีสุขภาพดีนั้น คือ การประเมินการทำงานที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพื่อนำไปใช้วางแผนดูแลในด้านการนอนหลับ พักผ่อน การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การรับรู้สัญญาณเตือนล่วงหน้า การกำหนดแผน แบบฝึกหัดให้ทบทวนใคร่ครวญ ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และสัมพันธภาพกับผู้อื่น

5. กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive research) ในลักษณะของการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ (Correlational study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุที่เริ่มแสดงอาการ ระยะเวลาการนอนหลับ ความบกพร่องในการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคมต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และเพื่อศึกษาระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับการบริการในโรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีขั้นตอนในการวิจัยดังนี้

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่รักษาเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลดศัญญาในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้แก่ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และมารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

1. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้ $N = 10k + 50$ (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, k = จำนวนของตัวแปรที่ศึกษา) การศึกษานี้มีจำนวนตัวแปรอิสระ 6 ตัวแปร ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จึงเท่ากับ 110 คน และเพื่อป้องกันปัญหาการสูญหายของข้อมูลหรือข้อมูลในแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ไม่สามารถนำมาใช้ได้ ให้มั่นใจว่าการศึกษานี้มีจำนวนตัวอย่างที่เพียงพอ ผู้วิจัยจึงได้ปรับจำนวนตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 20 (Lemeshow, Hosmer, Klar, & Lwanga, 1990) ดังนั้น จำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดในการศึกษานี้ คือ จำนวน 132 คน แบ่งเป็น โรงพยาบาลละ 66 คน เนื่องจากทั้งสองโรงพยาบาลมีสัดส่วนจำนวนประชากรที่ต้องการศึกษาใกล้เคียงกัน

2. คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ

2.1 เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ทั้งชนิด I และ II ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10

2.2 เป็นผู้ป่วยเพศชายหรือหญิง ที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี

2.3 มีอาการอยู่ในระยะสงบ โดยมีคะแนนรวมจากการประเมินอาการ โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale) และแบบวัดอาการแมเนีย (Thai Mania Rating Scale) ที่มีคะแนนรวมในแต่ละแบบวัดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 เนื่องจากความรุนแรงของอาการมีผลต่อความน่าเชื่อถือของการประเมิน

2.4 สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

2.5 ไม่มีประวัติติดสารเสพติด

2.6 ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย

3. ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.1 กัดเลือกโรงพยาบาล โดยเลือกเฉพาะเจาะจง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เนื่องจากเป็นสถาบันหรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชวัยผู้ใหญ่ และเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลจิตเวชที่สังกัดกรมสุขภาพจิตที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชทั่วประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยมาก มีการดูแลครอบคลุมการให้บริการทั้ง 4 มิติ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อีกทั้งมีการรับผู้ป่วยจากการส่งต่อทั้งจากโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและระดับตติยภูมิเพื่อเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน

3.2 ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยใช้วิธีการคัดเลือกผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

3.3 เมื่อได้ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้ว จึงดำเนินการรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด ตามวันคู่และวันที่ได้จากการสุ่ม ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลละ 66 คน แล้วผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.4 ดำเนินการสัมภาษณ์เพื่อรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากผู้ป่วยทุกราย ซึ่งเป็นผู้มารับบริการในช่วงเวลาที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 9 มีนาคม – 12 เมษายน 2554

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบวัดอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งประกอบด้วย

1. แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale) ของ Montgomery and Asberg (1979) ซึ่งรัชชัย กงสกนธ์ และคณะ (2546) ได้พัฒนามาเป็นภาษาไทยผ่านการนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คนประเมินความเหมาะสมครบถ้วนของเนื้อหา (Content validity) โดยแบบวัดนี้มีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยผู้ประเมินจะต้องประเมินลักษณะอาการ และความรุนแรงของอาการ โดยให้ค่าลำดับคะแนน เป็น 0, 2, 4, 6 หรือระหว่างค่าลำดับคะแนนนั้นก็ได้อีก ซึ่งก็คือ 1, 3, 5 ในบางกรณีไม่สามารถประเมินจากผู้ป่วยได้โดยตรง ก็ให้ใช้ข้อมูลแวดล้อมทางคลินิกอื่นๆที่เชื่อถือได้แทนการประเมิน

การคิดค่าคะแนน ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน การแปลผลคะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีอาการซึมเศร้ามาก และคะแนนต่ำ หมายถึง มีอาการซึมเศร้าน้อย

2. แบบวัดอาการครั่นเครง (Thai Mania Rating Scale) ของ Young และคณะ (1978) ซึ่งรัชชัย กงสกนธ์ ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย (2548) ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ คิดค่าคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยคะแนนสูง หมายถึง มีอาการครั่นเครงมาก และคะแนนต่ำ หมายถึง มีอาการครั่นเครงน้อย เครื่องมือนี้พัฒนาเป็นภาษาไทยโดยนักภาษาศาสตร์ และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ตรวจสอบความเหมาะสมครบถ้วนของเนื้อหาและวัฒนธรรมของคนไทย แบบประเมินนี้ได้ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สันจาก interrater's score เท่ากับ .87 และนำไปใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการแมเนีย จำนวน 76 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient ของทั้งฉบับจากการวัดเท่ากับ .89 แสดงว่าโดยรวมของแบบประเมินนี้สามารถนำมาใช้วัดภาวะครั่นเครงเป็นอย่างดี

คะแนนรวมจากการประเมินอาการ โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale) และแบบวัดอาการแมเนีย (Thai Mania Rating Scale) ที่มีคะแนนรวมในแต่ละแบบวัดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 เนื่องจากความรุนแรงของอาการมีผลต่อความน่าเชื่อถือของการประเมิน (นันทนา สุขสมนรินทร์, 2552)

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และ 4) แบบสอบถามการทำหน้าที่ ซึ่งเครื่องมือทุกส่วนได้ผ่านการ

ตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อประเมินความเที่ยงของเครื่องมือ และความตรงตามเนื้อหา และได้ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง (Pilot study) กับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ทั้งหมดมีดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ เพศ ซึ่งมีลักษณะของคำถามเป็นคำถามปลายเปิดมีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ จำนวน 1 ข้อ อายุที่เริ่มแสดงอาการ เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ ระบุเป็นจำนวนปีเต็ม ประเมินได้จากประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และระยะเวลาการนอนหลับ ซึ่งแบบประเมินระยะเวลาการนอนหลับ เป็นการประเมินช่วงเวลาหลับและตื่น และลดการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกร่างกายชั่วคราวในขณะหลับ (ฉัฐสุรางค์ บุญจันทร์, 2538) ซึ่งจะรวบรวมข้อมูลการนอนหลับเฉลี่ยโดยรวมด้านปริมาณ (จำนวนชั่วโมง) ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Gruber et al., 2009) ประเมินได้จากการคำนวณทางสถิติหาค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วย โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว การคิดค่าคะแนนและการแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระยะการนอนหลับน้อยกว่าปกติโดยรวมเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ชั่วโมงต่อ 1 คืน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ระยะการนอนหลับปกติโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในช่วง 6.5-9 ชั่วโมงต่อ 1 คืน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ระยะการนอนหลับนานกว่าปกติโดยรวมเฉลี่ยมากกว่า 9 ชั่วโมงต่อ 1 คืน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Gruber et al., 2009)

ส่วนที่ 2 คือ แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai version 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2542) เป็นแบบวัดความบกพร่องในการรู้คิด จัดทำขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ พ.ศ. 2542 จำนวน 11 ข้อ ข้อคำถามทบทวนการรับรู้เรื่องเวลา 5 คะแนน ทบทวนการรับรู้เรื่องสถานที่ 5 คะแนน ทบสอบความจำ 3 คะแนน ทดสอบความใส่ใจ 5 คะแนน ทบทวนความจำ 3 คะแนน การเรียกชื่อ 2 คะแนน การพูดตาม 1 คะแนน การทำตามเสียงพูด 3 คะแนน การทำตามคำเขียน 1 คะแนน การเขียน 1 คะแนน การมองโครงสร้าง 1 คะแนน การคิดค่าคะแนนความบกพร่องในการรู้คิด ขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา หากผู้ถูกทดสอบไม่ได้เรียนหนังสืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด ซึ่งมีคะแนนเต็ม 23 คะแนน เพราะผู้ถูกทดสอบไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10 หากผู้ถูกทดสอบศึกษาระดับประถมศึกษา คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด หากผู้ถูกทดสอบศึกษาระดับสูงกว่าประถมศึกษา คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบทดสอบนี้ เนื่องจากเป็นการวัดความสามารถในการรู้คิด ซึ่งสามารถใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน และเป็นแบบทดสอบที่ใช้เวลาไม่มากนัก ซึ่งผู้ประเมินไม่จำเป็นต้องเป็นจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาเหมือนเครื่องมือประเมินการรู้คิดอื่นๆ

ส่วนที่ 3 คือ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบประเมินที่บุญพา ณ นคร (2538) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามเพื่อประเมินความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆที่มีความหมายทางบวก ทั้งหมด 25 ข้อ ได้แก่ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ 5 ข้อ การได้รับการยอมรับ 5 ข้อ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 5 ข้อ การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินและสิ่งของ 5 ข้อ และการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ และผ่านการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .88

การแปลผลคะแนน โดยคิดค่าคะแนนรวมของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม แล้วประเมินคะแนนรวมตามเกณฑ์การพิจารณาคะแนน (บุญพา ณ นคร, 2538) ดังนี้

คะแนนรวม 25-57 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

คะแนนรวม 58-92 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

คะแนนรวม 93-125 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ บุญพา ณ นคร (2538) ตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่วัดการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งใกล้เคียงกับประชากรที่ต้องการศึกษาครอบคลุมการได้รับความช่วยเหลือทางสังคมทุกด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ ขกย่อง และเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านสิ่งของ และด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งใช้เวลาประเมินไม่มาก

ส่วนที่ 4 คือ แบบสอบถามการทำหน้าที่ (The Functioning Assessment Short Test) ของ Rosa et al., 2007 ชุดข้อ 24 ตัวชี้วัด ได้พัฒนามาจากแบบ GAF (The Global Assessment of Functioning Scale) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ประเมินการทำหน้าที่โดยรวมประเมินการทำหน้าที่ด้านจิตใจ การทำหน้าที่ด้านสังคม และการทำหน้าที่ด้านการทำงานอาชีพ ส่วนเครื่องมือแบบสอบถามการทำ

หน้าที่ใช้วัดการทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วโดยเฉพาะ ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านการดูแลรับผิดชอบด้วยตนเอง (Autonomy)
- 2) ด้านการทำหน้าที่การงาน (Occupational Functioning)
- 3) ด้านการทำหน้าที่ด้านการคิดรู้ (Cognitive Functioning)
- 4) ด้านการใช้จ่ายเงิน (Financial Issues)
- 5) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relationships)
- 6) ด้านการใช้เวลาว่าง (Leisure Time)

ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเอง ดังนี้

0 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกว่าทำได้ไม่ยากเลย

1 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกว่าทำได้ยากลำบากเล็กน้อย

2 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกว่าทำได้ด้วยความยากลำบากปานกลาง

3 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกว่าทำได้ด้วยความยากลำบากมาก

การคิดค่าคะแนน ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-72 คะแนน มีการแปลผลคะแนน ดังนี้

≤ 11 คะแนน หมายถึง การทำหน้าที่ปกติ

> 11 คะแนน หมายถึง บกพร่องในการทำหน้าที่

เครื่องมือนี้พัฒนาเป็นภาษาสเปน ภาษาโปรตุเกส และภาษาอังกฤษ โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา ซึ่งทดลองวิจัยประเมินผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วใน Clinic de Barcelona ประเทศสเปน ทั้งหมด 101 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .909 ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สันทางลบกับ GAF ได้ค่า r เท่ากับ -0.903 และได้ค่าความเที่ยงภายใน (Item correlation coefficient; ICC) เท่ากับ .98

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกแบบสอบถามการทำหน้าที่ (The Functioning Assessment Short Test; FAST) (Rosa et al., 2010) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่วัดการทำหน้าที่โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ซึ่งตรงกับประชากรที่ต้องการศึกษา ครอบคลุมการทำหน้าที่ทุกมิติ โดยใช้เวลาประเมินไม่มาก ซึ่งพัฒนาใช้ทั้งภาษาสเปน โปรตุเกส และภาษาอังกฤษแล้ว จึงมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

การตรวจสอบคุณภาพ (Validity and Reliability) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกร่วมตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องจากแบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale) แบบวัดอาการครื้นเครง (Thai Mania Rating Scale) และแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai version: 2002) เป็นเครื่องมือมาตรฐานได้ผ่านการทดสอบ และเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการทดสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยจึงตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาในส่วนของเครื่องมือส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของบุญพา ฅ นคร (2538) และส่วนที่ 4 แบบสอบถามการทำหน้าที่ (The Functioning Assessment Short Test) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางอารมณ์จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางอารมณ์จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ชำนาญการเกี่ยวโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางอารมณ์จำนวน 1 ท่าน โดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่านให้ข้อเสนอแนะพิจารณาความสอดคล้องของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมครั้งนี้ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .88 ซึ่งเท่ากับค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ของบุญพา ฅ นคร (2538) ซึ่งเป็นระดับที่ยอมรับได้ว่าน่าเชื่อถือ โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน และสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553)

1.2 แบบสอบถามการทำหน้าที่ (The Functioning Assessment Short Test) เนื่องจากเครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่มีการพัฒนาในประเทศสเปน และได้พัฒนาต่อเนื่องและใช้ทั้งภาษาสเปน โปรตุเกส และภาษาอังกฤษ ผู้วิจัยได้เขียนจดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมืออย่างเป็นทางการ ภายหลังได้รับการอนุญาตให้ใช้เครื่องมือได้ ผู้วิจัยจึงทำการแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญภาษาไทย-อังกฤษ ตรวจสอบความหมายของคำถามที่แปลว่าให้ความหมายตรงกับ The Functioning Assessment Short Test ของ Rosa et al., 2007 อย่างสมบูรณ์ที่สุด และนำมาปรับ

ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วนำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางอารมณ์จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางอารมณ์จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ชำนาญการเกี่ยวกับโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางอารมณ์จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความถูกต้องตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การจัดลำดับของเนื้อหา และข้อเสนอแนะในการปรับปรุง ซึ่งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้ปรับคำถามเป็นภาษาไทยให้เหมาะสมตามวัฒนธรรมของคนไทย และปรับภาษาในแต่ละข้อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเข้าใจได้ง่ายขึ้น และนำผลการพิจารณามาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .875 ซึ่งได้ค่าใกล้เคียงกับค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ของ Rosa และคณะ (2010) ที่เท่ากับ 0.91

หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้มีให้มีความเหมาะสม ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยพิจารณาพร้อมกับโครงสร้างเนื้อหาในแต่ละตัวแปร เช่น “ไปจ่ายตลาดด้วยตนเอง” ปรับเป็น “ซื้อของด้วยตนเองได้” และ “ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง” ปรับเป็น “ดูแลความสะอาดตนเอง เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน สระผม” เป็นต้น

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale) และแบบวัดอาการครื้นเครง (Thai Mania Rating Scale) และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ส่วนที่ 1 คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มแสดงอาการ และระยะเวลาการนอนหลับ ส่วนที่ 2 คือ แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai version 2002) ส่วนที่ 3 คือ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ บุญพา ฦ นกร (2538) และ ส่วนที่ 4 คือ แบบสอบถามการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (The Functioning Assessment Short Test) หลังจากปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือในส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 ให้มีความเหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าที่ยอมรับได้มากกว่า .7 (Nunnally, 1978 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553) ซึ่งในแบบสอบถามส่วนที่ 3 คือ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ บุญพา ฦ นกร (2538) และส่วนที่ 4 คือ

แบบสอบถามการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (The Functioning Assessment Short Test; FAST) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ดังนี้

แบบทดสอบ/แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง	
	ฉบับทดลอง (N=30 คน)	ฉบับใช้จริง (N=132 คน)
1. แบบทดสอบสภาพสมอง เสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย	.94	.94
2. แบบสอบถามการสนับสนุน ทางสังคม	.95	.94
3. แบบสอบถามการทำหน้าที่	.95	.95

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (Protection of the Right of Human Subjects)

ภายหลังจากการได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่าง แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ ได้แก่ การได้รับความเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์ การพิทักษ์สิทธิในการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงประโยชน์ของการนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการปรับปรุงการพยาบาลในอนาคต ซึ่งคำนึงถึงความยินยอมของผู้ป่วยเป็นหลัก ผู้ป่วยมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการให้บริการแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยแล้วไม่พอใจ หรือไม่ต้องการตอบแบบสอบถามต่อ สามารถบอกเลิกได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย และตอบคำถามทุกข้อ หลังจากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมร่วมมือวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection Procedure)

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์ด้วยแบบประเมินและแบบสอบถาม ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมผู้ช่วยวิจัย

1.1 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานวิจัย จำนวน 1 คน และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประชากร

ในการวิจัย และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง การนำเครื่องมือไปใช้ ความหมายของการให้คะแนน และวิธีการให้คะแนนของแบบสอบถามทุกส่วนอย่างละเอียด

1.2 อธิบายขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และพิทักษ์สิทธิ์ผู้ตอบแบบสอบถาม

1.3 ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองทำแบบสอบถามก่อน เพื่อช่วยให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจ และผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ช่วยวิจัยไม่เข้าใจในข้อคำถาม เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันทั้งด้านความหมาย และรายละเอียดของข้อคำถามของแต่ละข้อให้ตรงกัน

1.4 หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย วางแผนเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกันในเวลาที่กำหนด

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อม โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีธัญญาและสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัย โรงพยาบาลศรีธัญญาและสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2.3 ผู้วิจัยดำเนินการและประสานงานกับผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการดังนี้

2.3.1 เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ในช่วงเวลาดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยดูจากเพิ่มประวัติผู้ป่วยและดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.3.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบประเมินที่ใช้เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม

2.4 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 132 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

หลังจากรวบรวมข้อมูลได้ครบตามต้องการแล้ว ทำการลงรหัสข้อมูล นำข้อมูลไปลงในโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป และดำเนินการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ

1. สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) ใช้เพื่อแสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งสถิติเชิงบรรยายที่นำมาใช้คือ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ อธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มแสดงอาการ ระยะเวลาการนอนหลับ รวมถึงความบกพร่องในการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และการทำหน้าที่

2. สถิติอ้างอิง (Inferential statistics) ใช้ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัยในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สถิติที่ใช้คือ สถิติเพียร์สัน ไคสแควร์ เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระยะเวลาการนอนหลับ และความบกพร่องในการรู้คิด ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มแสดงอาการ และการสนับสนุนทางสังคม โดยได้มีการตรวจสอบคุณสมบัติตามข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (รัตนศิริ ทาโต, 2552) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเปรียบเทียบค่า r โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ (อวยพร เรื่องตระกูล, 2551)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ความหมาย
$r = 0.80-1.00$	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก
$r = 0.60-0.79$	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง
$r = 0.40-0.59$	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
$r = 0.20-0.39$	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
$r = 0.00-0.19$	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก

ศูนย์วิทยุโทรคมนาคม
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จากกลุ่มตัวอย่าง 132 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยนำเสนอรายละเอียดเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มแสดงอาการ และระยะเวลาในการนอนหลับ โดยใช้สถิติบรรยาย แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 1

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ข้อมูลความบกพร่องในการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยใช้สถิติบรรยาย แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 2-4

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ ระยะเวลาการนอนหลับ และความบกพร่องในการรู้คิด ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยใช้สถิติเพียร์สัน ไคสแควร์ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุที่เริ่มแสดงอาการ และการสนับสนุนทางสังคม ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5-6 ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางต่างๆ มีการใช้สัญลักษณ์ ดังนี้

\bar{X}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
S.D.	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
Range	หมายถึง	ค่าพิสัย
\bar{X}_F	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่
S.D. _F	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มแสดงอาการ และระยะเวลาในการนอนหลับ

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคล ค่าเฉลี่ยของการทำหน้าที่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ศึกษา (n = 132)

ลักษณะของบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	\bar{X}	S.D.	Range	\bar{X}_F	S.D. _F
เพศ							
ชาย	41	31.06				18	13.93
หญิง	91	68.94				20.26	14.66
อายุ			36.94	9.06	20-58		
20-29 ปี	37	28.04	26.76	2.17		20.03	14.50
30-39 ปี	48	36.37	36.08	3.47		13.97	12.96
40-49 ปี	32	24.26	44.38	3.19		22.81	13.46
50-59 ปี	15	11.33	53.13	3.34		25.40	16.63
อายุที่เริ่มแสดงอาการ			29.63	9.38	15-54		
ต่ำกว่า 20 ปี	13	9.85	17.62	1.39		22.92	13.47
20-29 ปี	60	45.47	23.58	2.70		20.98	13.97
30-39 ปี	34	25.77	33.67	2.67		14.73	14.44
40-49 ปี	21	15.91	43.67	3.22		21.62	15.02
50-59 ปี	4	3.00	51.25	1.89		19.75	18.82
ระยะเวลาในการ							
นอนหลับ			7.31	1.46	3-12		
≤ 6 ชั่วโมง/คืน	54	40.92	5.81	0.65	0.65	25.54	13.28
6.5- 9 ชั่วโมง/คืน	67	50.76	8.03	8.03	0.17	14.97	14.06
> 9 ชั่วโมง/คืน	11	8.32	10.27	10.27	0.65	18.18	12.21

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	\bar{X}	S.D.	Range	\bar{X}_F	S.D. _F
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา	16	12.13				25.13	15.43
มัธยมศึกษา	19	14.39				21.74	13.48
อนุปริญญา/ปวส.	33	25.00				15.06	12.51
ปริญญาตรี	61	46.21				19.37	14.92
สูงกว่าปริญญาตรี	3	2.27				21.33	14.22

จากตารางที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย พบว่า

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.94 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 20.26 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 14.66 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 31.06 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 18 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการ 13.93

เมื่อแบ่งเป็นช่วงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.37 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 13.97 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 12.96 รองลงมาคืออายุในช่วง 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.04 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 20.03 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 14.50 และพบน้อยที่สุดในช่วงอายุ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.33 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 25.40 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 16.63 และในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีอายุเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 36.94 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.06

สำหรับอายุที่เริ่มแสดงอาการ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มแสดงอาการเท่ากับ 29.63 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.38 ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุที่เริ่มแสดงอาการอยู่ในช่วง 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.47 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 20.98 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 13.97 รองลงมาคือ 30-39 ปีคิดเป็นร้อยละ 25.77 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 14.73 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 14.44 และพบน้อยที่สุดในช่วงอายุ 50-59 ปี คิดเป็น

ร้อยละ 3.00 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 19.75 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 18.82

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 46.21 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 19.37 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 14.92 คือ อนุปริญญาหรือปวส. คิดเป็นร้อยละ 25.00 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 15.06 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 12.51 และน้อยที่สุดคือ มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 2.27 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 21.33 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 14.22

นอกจากนั้นยังพบว่าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการนอนหลับอยู่ในช่วง 6.5- 9 ชั่วโมง/คืน คิดเป็นร้อยละ 50.76 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 14.97 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 14.06 รองลงมาระยะเวลาในการนอนหลับอยู่ในช่วงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ชั่วโมง/คืน คิดเป็นร้อยละ 40.92 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 25.54 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 13.28 และน้อยที่สุดพบระยะเวลาในการนอนหลับมากกว่า 9 ชั่วโมง/คืน คิดเป็นร้อยละ 8.32 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 18.18 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 12.21 และมีระยะเวลาในการนอนหลับเฉลี่ยเท่ากับ 7.31 ชั่วโมง/คืน

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ข้อมูลความบกพร่องในการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของระดับการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ศึกษา (n = 132)

ระดับการทำหน้าที่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บกพร่อง (> 11 คะแนน)	80	60.61
ปกติ (\leq 11 คะแนน)	52	39.39
รวม	132	100

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการทำหน้าทีโดยรวมบกพร่อง คิดเป็นร้อยละ 60.61 และมีการทำหน้าที่อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 39.39 โดยตาราง ข ในภาคผนวก พบว่า ข้อที่มีคะแนนความลำบากของการทำหน้าที่เฉลี่ยสูงสุด คือ มีความพึงพอใจกับความสัมพันธ์ทางเพศ ($\bar{X} = 1.30$, S.D. = 1.02) และข้อที่มีคะแนนการทำหน้าที่อย่างลำบากเฉลี่ยต่ำสุด คือ ดูแลความสะอาดตนเอง เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน สระผม ($\bar{X} = 0.11$, S.D. = 0.33)

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของความบกพร่องในการรู้จัก ค่าเฉลี่ยของการทำหน้าที่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ศึกษา ($n = 132$)

ความบกพร่องในการรู้จัก	จำนวน (คน)	ร้อยละ	\bar{X}_f	S.D. _f
ระดับการรู้จักบกพร่อง	9	6.82	27.11	16.28
ระดับการรู้จักปกติ	123	93.18	19.01	14.19
รวม	132	100		

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรู้จักปกติ คิดเป็นร้อยละ 93.18 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 19.01 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 14.19 และมีระดับการรู้จักบกพร่อง คิดเป็นร้อยละ 6.82 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 27.11 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 16.28

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ และระดับของการสนับสนุนทางสังคม ค่าเฉลี่ยของการทำหน้าที่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ศึกษา ($n = 132$)

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ	\bar{X}_f	S.D. _f
ระดับต่ำ	5	3.79	41.80	5.81
ระดับปานกลาง	78	59.09	25.13	13.31
ระดับสูง	49	37.12	8.43	7.24
รวม	132	100		

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.09 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 25.13 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 13.31 โดยจากตาราง ก ในส่วนภาคผนวก พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้รับความรักความอบอุ่นจากครอบครัว ($\bar{X} = 3.77$, S.D. = 1.13) รองลงมาคือ มีคนให้คำแนะนำ เสนอแนะแนวทาง ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต ($\bar{X} = 3.75$, S.D. = 0.93) และ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ มีคนรอบข้างให้ความเคารพนับถือ ($\bar{X} = 3.12$, S.D. = 0.98)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มแสดงอาการ ระยะเวลาการนอนหลับ ความบกพร่องในการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระยะเวลาการนอนหลับ และความบกพร่องในการรู้คิด ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยใช้สถิติเพียร์สัน ไคสแควร์

ปัจจัย	การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว		
	Value	Approx. Sig.	ระดับความสัมพันธ์
เพศ	-1.48	.140	ไม่สัมพันธ์กัน
ระยะเวลาการนอนหลับ	0.415**	.000	ระดับปานกลาง
ความบกพร่องในการรู้คิด	0.218*	.012	ระดับต่ำ

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระยะเวลาการนอนหลับ และความบกพร่องในการรู้คิด ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ด้วยการคำนวณสถิติเพียร์สัน ไคสแควร์ แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยด้านเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ส่วนปัจจัยความบกพร่องในการรู้คิดกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($V = .218$ และ Approx. Sig. = .012) และปัจจัยระยะเวลาการนอนหลับพบว่ามีสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ในระดับปานกลางของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ($V = .415$ และ Approx. Sig. = .000)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มแสดงอาการ และการสนับสนุนทางสังคม ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ปัจจัย	การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว		
	ค่าสหประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุที่เริ่มแสดงอาการ	.258**	.003	สัมพันธ์ต่ำ
การสนับสนุนทางสังคม	.644**	.000	สัมพันธ์สูง

* $p < .05$

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มแสดงอาการ และการสนับสนุนทางสังคม ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ด้วยการคำนวณหาค่าสหประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยนำเสนอค่าสหประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และระดับของการมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยที่พบว่ามี ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วย โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ อายุที่เริ่มแสดงอาการ ($r = .258$) ส่วนปัจจัยที่พบว่ามี ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วย โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การสนับสนุนทางสังคม ($r = .644$)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุที่เริ่มแสดงอาการ ระยะเวลาการนอนหลับ ความบกพร่องในการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคม ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วย โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
2. อายุที่เริ่มแสดงอาการมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
3. ระยะเวลาการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
4. ความบกพร่องในการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
5. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่รักษาเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้แก่ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและมารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งเพศชายหรือหญิงที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยการเซ็นยินยอมในการให้ข้อมูล มีอาการอยู่ในระยะสงบ โดยมีคะแนนรวมจากการประเมินอาการ โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale) และแบบวัดอาการเมเนีย (Thai Mania Rating Scale) ที่มีคะแนนรวมในแต่ละแบบวัด

น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 เนื่องจากความรุนแรงของอาการมีผลต่อความน่าเชื่อถือของการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยไม่มีประวัติคิดสารเสพติด และไม่มีประวัติโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย เนื่องจากประวัติดังกล่าวมีผลต่ออาการของผู้ป่วย ทำให้ความน่าเชื่อถือของการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ เพศ ซึ่งมีลักษณะของคำถามเป็นคำถามปลายเปิดมีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ จำนวน 1 ข้อ อายุที่เริ่มแสดงอาการ เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ ระบุเป็นจำนวนปีเต็ม ประเมินได้จากประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และระยะเวลาการนอนหลับ ซึ่งแบบประเมินระยะเวลาการนอนหลับ เป็นการประเมินช่วงเวลาหลับและตื่น และลดการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกร่างกายชั่วคราวในขณะหลับ ซึ่งจะรวบรวมข้อมูลการนอนหลับเฉลี่ยโดยรวมค่านปริมาตร (จำนวนชั่วโมง) ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Gruber et al., 2009) ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด มีการคิดค่าคะแนนและการแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระยะการนอนหลับน้อยกว่าปกติโดยรวมเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ชั่วโมงต่อ 1 คืน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ระยะการนอนหลับปกติโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในช่วง 6.5-9 ชั่วโมงต่อ 1 คืน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ระยะการนอนหลับนานกว่าปกติโดยรวมเฉลี่ยมากกว่า 9 ชั่วโมงต่อ 1 คืน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Gruber et al., 2009)

ส่วนที่ 2 คือ แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai version Thai 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2542) เป็นแบบวัดความบกพร่องในการรู้คิด จัดทำขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ พ.ศ. 2542 จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทบทวนการรับรู้เรื่องเวลา 5 คะแนน ทบทวนการรับรู้เรื่องสถานที่ 5 คะแนน ทบสอบความจำ 3 คะแนน ทดสอบความใส่ใจ 5 คะแนน ทบทวนความจำ 3 คะแนน การเรียกชื่อ 2 คะแนน การพูดตาม 1 คะแนน การทำตามเสียงพูด 3 คะแนน การทำตามคำเขียน 1 คะแนน การเขียน 1 คะแนน การมองโครงสร้าง 1 คะแนน การคิดค่าคะแนนความบกพร่องในการรู้คิด ขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา หากผู้ถูกทดสอบไม่ได้เรียนหนังสืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด ซึ่งมีคะแนนเต็ม 23 คะแนน เพราะผู้ถูกทดสอบไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10 หากผู้ถูกทดสอบศึกษาในระดับประถมศึกษา คะแนน

น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด หากผู้ถูกทดสอบศึกษาระดับสูงกว่า ประถมศึกษา คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด

แบบประเมินนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ทำการประเมินความสามารถในการรู้คิดที่สามารถใช้กับผู้ป่วย โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน และเป็นแบบประเมินที่ใช้เวลาไม่มากนัก

ส่วนที่ 3 คือ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบประเมินที่บุญพา ณ นคร (2538) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) ประกอบด้วยข้อคำถาม เพื่อประเมินความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆที่มีความหมายทางบวก ทั้งหมด 25 ข้อ ได้แก่ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ 5 ข้อ การได้รับการยอมรับ 5 ข้อ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 5 ข้อ การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินและสิ่งของ 5 ข้อ และการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ ซึ่งผู้วิจัยสามารถสัมภาษณ์ตามเนื้อหาของแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านภาษาไทยได้โดยไม่ใช้เวลามากนัก และการวิจัยครั้งนี้ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบว่าค่า CVI = .88 และค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94

ส่วนที่ 4 คือ แบบสอบถามการทำหน้าที่ (The Functioning Assessment Short Test) ของ Rosa et al., 2007 ชุดย่อ 24 ตัวชี้วัด ได้พัฒนามาจากแบบ GAF (The Global Assessment of Functioning Scale) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ประเมินการทำหน้าที่โดยรวมประเมินการทำหน้าที่ด้านจิตใจ การทำหน้าที่ด้านสังคม และการทำหน้าที่ด้านการทำงานอาชีพ ส่วนเครื่องมือ FAST ใช้วัดการทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วโดยเฉพาะ ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเอง ความสามารถในการทำหน้าที่การทำงาน ความสามารถในการคิดรู้ การใช้จ่ายเงิน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และใช้เวลาว่าง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ผู้วิจัยสามารถสัมภาษณ์ตามเนื้อหาของแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านภาษาไทยได้โดยไม่ใช้เวลามากนัก ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบว่าค่า CVI = .875 และค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล นำเสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ศรีธัญญา และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เพื่อขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมในคนในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบ หัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัย โรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
3. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงวันที่ 9 มีนาคม – 12 เมษายน 2554
4. จัดเตรียมข้อมูลและวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติเพื่อสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ข้อมูลความบกพร่อง ในการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยใช้สถิติ บรรยาย แจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ ระยะเวลาการนอนหลับ และความบกพร่องในการรู้คิด ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยใช้สถิติ เพียร์สันไคสแควร์ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุที่เริ่มแสดงอาการ และการ สนับสนุนทางสังคม ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยใช้สถิติ สหสัมพันธ์เพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาการทำหน้าที่ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำ หน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีผลการวิจัยที่สามารถสรุปได้ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.94 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 20.26 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 14.66 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 30-39 ปี คิด เป็นร้อยละ 36.37 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 13.97 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 12.96 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.94 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการทำหน้าที่เท่ากับ 9.06 ส่วนใหญ่มีอายุที่เริ่มแสดงอาการอยู่ในช่วง 20-29 ปี คิดเป็น

ร้อยละ 45.47 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 20.98 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 13.97 และมีอายุที่เริ่มแสดงอาการเฉลี่ยเท่ากับ 29.63 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ เท่ากับ 9.38 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 46.21 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 19.37 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 14.92 รองลงมาคือ อนุปริญญาหรือปวส. คิดเป็นร้อยละ 25.00 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 15.06 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 12.51 นอกจากนั้นยังพบว่าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการนอนหลับอยู่ในช่วง 6.5- 9 ชั่วโมง/คืน คิดเป็นร้อยละ 50.76 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 14.97 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 14.06 รองลงมาระยะเวลาในการนอนหลับอยู่ในช่วงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ชั่วโมง/คืน คิดเป็นร้อยละ 40.92 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 25.54 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 13.28 และน้อยที่สุดพบระยะเวลาในการนอนหลับมากกว่า 9 ชั่วโมง/คืน คิดเป็นร้อยละ 8.32 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 18.18 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 12.21 และมีระยะเวลาในการนอนหลับเฉลี่ยเท่ากับ 7.31 ชั่วโมง/คืน

2. ระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ข้อมูลความบกพร่องในการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากผลการวิจัยพบระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ข้อมูลความบกพร่องในการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการทำหน้าที่โดยรวมบกพร่อง คิดเป็นร้อยละ 60.61 และมีการทำหน้าที่อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 39.39 ซึ่งพบว่าข้อที่มีคะแนนความลำบากของการทำหน้าที่เฉลี่ยสูงสุด คือ มีความพึงพอใจกับความสัมพันธ์ทางเพศ ($\bar{X} = 1.30$, $SD = 1.02$) และข้อที่มีคะแนนการทำหน้าที่อย่างลำบากเฉลี่ยต่ำสุด คือ ดูแลความสะอาดตนเอง เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน สระผม ($\bar{X} = 0.11$, $SD = 0.33$)

2.2 ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรู้คิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 93.18 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 19.01 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 14.19 และมีระดับการรู้คิดบกพร่อง คิดเป็นร้อยละ 6.82 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 27.11 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 16.28

2.3 ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.09 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 25.13 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 13.31 โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้รับความรักความอบอุ่นจากครอบครัว ($\bar{X} = 3.77$, $SD = 1.13$) รองลงมาคือ มีคนให้คำแนะนำ เสนอแนะแนวทาง ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต ($\bar{X} = 3.75$, $SD = 0.93$) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ มีคนรอบข้างให้ความเคารพนับถือ ($\bar{X} = 3.12$, $SD = 0.98$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มแสดงอาการ ระยะเวลาการนอนหลับ ความบกพร่องในการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จากผลการวิจัยพบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มแสดงอาการ ระยะเวลาการนอนหลับ ความบกพร่องในการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังนี้

3.1 เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

3.2 อายุที่เริ่มแสดงอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 ระยะเวลาการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลางกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

3.4 ความบกพร่องในการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

3.5 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับสูงกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการทำหน้าที่โดยรวมบกพร่อง คิดเป็นร้อยละ 60.61 การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Goldberg, Harrow, & Grossman (1995) ที่พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประมาณร้อยละ 60 พบความบกพร่องในการทำหน้าที่ อาจเนื่องจากโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีทั้งระยะซึมเศร้าและระยะครื้นเครงสลับเป็นช่วงๆ และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงร้อยละ 80-90 (Hilty et al., 1999) ซึ่งในการกลับเป็นซ้ำในแต่ละครั้ง ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีอาการอยู่ในระยะซึมเศร้าหรือ

ครั้นเครงก็ตาม จะทำให้การฟื้นคืนสภาพในสภาวะปกติของผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ (Kebede, et al., 2006) จากอาการที่หลงเหลือของผู้ป่วยในระยะยาวส่งผลให้พบผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่มีระดับการทำหน้าที่บกพร่อง แม้ว่าระดับการทำหน้าที่บกพร่องส่วนใหญ่จะไม่มากเท่ากับผู้ป่วยโรคจิตเภทก็ตาม (George, 1998) และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มตัวอย่างพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่อย่างต่ำมากที่สุด คือ ความสะอาดตนเอง เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน สระผม ($\bar{X} = 0.11$, S.D. = 0.33) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองได้ในเรื่องของการทำกิจวัตรประจำวัน อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่สัมภาษณ์จะได้รับข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพเพื่อใช้ในการดูแลตนเอง จึงทำให้อยู่ในระยะสงบเป็นเวลานาน ซึ่งผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการฟื้นคืนสภาพได้มากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท (Strakowski, et al., 2000) จึงทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันได้เป็นอย่างดี ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยความต่ำมากที่สุดของการทำหน้าที่สูงสุด คือ มีความพึงพอใจกับความสัมพันธ์ทางเพศ ($\bar{X} = 1.30$, S.D. = 1.02) หมายถึง ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่มีความบกพร่องหรือยากลำบากของการทำหน้าที่ ในด้านความพึงพอใจกับความสัมพันธ์ทางเพศ ซึ่งความสัมพันธ์ทางเพศเป็นส่วนหนึ่งของการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อาจเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาควบคุมอารมณ์อย่างต่อเนื่อง เช่น lithium หรือ risperidone หรือยาอื่นๆ ที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์แก่ผู้ป่วยบางรายให้มีความต้องการทางเพศลดลง เกิดความบกพร่องทางเพศ (รัชชชัย ลิพพานาจ และ สรยุทธ วาสิกนันนท์, 2549) และอาจส่งผลกระทบต่อคู่สมรสของผู้ป่วยให้ขาดความพึงพอใจต่อกิจกรรมทางเพศ และเกิดปัญหาภายในครอบครัว (Lam et al., 2005)

ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกหรือก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ควรมีการประเมินภาวะสุขภาพ โดยมีการประเมินการทำหน้าที่ด้วย เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการทำหน้าที่โดยรวมของตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข หรือจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองก่อนกลับสู่ชุมชน รวมทั้งให้การปรึกษาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างเพศ เป็นต้น เนื่องจากการทำหน้าที่ต่างๆ มีผลต่อระยะเวลาและความสุขในการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2. จากผลการศึกษาพบว่า

2.1 เพศ จากผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งผลการวิจัยนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อภิปรายได้ว่า ผลการวิจัย

ครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Robb, Young, & Cooke (1998) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพศหญิงในระยะอารมณ์ปกติมีการทำหน้าที่ต่ำกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพศชายและเพศหญิงมีคะแนนเกี่ยวกับการทำหน้าที่ไม่แตกต่างกัน โดยเพศชายมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 18 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการ 13.93 และเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 20.26 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 14.66 และได้ผลประเมินค่าคือ มีการทำหน้าที่บกพร่องเช่นกัน ผลของงานวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Nolen, et al., 2004 ที่พบว่า ปัจจัยลักษณะทางสังคม-ประชากร ได้แก่ เพศ ไม่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อภิปรายได้ว่า เนื่องจากในปัจจุบันมีการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การรักษาด้วยยาชนิดใหม่ๆ และการรักษาด้วยจิตบำบัด การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และการให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตและจัดการกับอาการเตือนก่อนเกิดอาการซ้ำ ทำให้ผลลัพธ์ในการรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วดีขึ้น (Colom & Lam, 2005) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่โดยรวมทั้งเพศชาย และเพศหญิงไม่แตกต่างกัน

2.2 อายุที่เริ่มแสดงอาการ จากผลการศึกษาพบว่า อายุที่เริ่มแสดงอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .258$) กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า อายุที่เริ่มแสดงอาการมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอายุที่เริ่มแสดงอาการน้อย จะมีการทำหน้าที่อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Suzanne (1999) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่มีอายุที่เริ่มแสดงอาการอยู่ในช่วง 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.47 และสอดคล้องกับงานวิจัยของประชาชนจีนในไต้หวันส่วนใหญ่มีอายุเริ่มต้นในการเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วคือ อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 ปี (Shang-Ying, Ju-Chin, and Chiao-Chicy, 1999) ซึ่งผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มเป้าหมายมีอายุ 20-29 ปี ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 20.98 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 13.97 แสดงให้เห็นว่าการทำหน้าที่ของผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในระดับบกพร่อง อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่มีอายุเริ่มแสดงอาการเร็วทำให้มีระยะเวลาในการเกิดโรคนานขึ้น หรือมีจำนวนกลับเป็นซ้ำหลายรอบมากขึ้น ทำให้เกิดการเสื่อมสภาพหรือการบกพร่องในการทำหน้าที่เพิ่มมากขึ้น (Oostervink, Boomsma, & Nolen, 2009) ดังนั้นจึงสามารถอธิบายผลการศึกษาครั้งนี้ได้ว่า อายุที่เริ่มแสดงอาการมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2.3 ระยะเวลาการนอนหลับ จากผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .392$) กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผลการวิจัยนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีระยะเวลาการนอนหลับน้อย จะมีการทำหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการศึกษากครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Russell & Browne, (2005) ที่พบว่า ระยะเวลาการนอนหลับที่เพียงพอของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีส่วนช่วยปรับอารมณ์ให้คงที่ที่อยู่ในภาวะสงบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้นานขึ้น จากผลงานวิจัยในครั้งนี้พบว่าระยะเวลาการนอนหลับ 6.5-9 ชั่วโมงต่อ 1 คืน เป็นระยะเวลาการนอนหลับที่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 14.97 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 14.06 แสดงถึงการทำหน้าที่ที่บกพร่อง แต่บกพร่องน้อยกว่าการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีระยะเวลาการนอนหลับในช่วงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ชั่วโมง/คืน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 25.54 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 13.28 และระยะเวลาในการนอนหลับมากกว่า 9 ชั่วโมง/คืน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 18.18 คะแนน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ 12.21 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Gruber et al. (2009) ทั้งนี้เนื่องจากการนอนหลับ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ถ้าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีระยะเวลาการนอนหลับน้อยกว่าปกติเป็นเวลา 7-10 วัน จะส่งผลให้การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน (Kaneita et al., 2007) ดังนั้นจึงสามารถอธิบายผลการศึกษาครั้งนี้ได้ว่า ระยะเวลาการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2.4 ความบกพร่องในการรู้คิด จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรู้คิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 93.18 ($n = 123$) และมีระดับการรู้คิดบกพร่อง ($n = 9$) คิดเป็นร้อยละ 6.82 ซึ่งมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยมากเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด อยู่ในระยะสงบ จึงมีระดับการรู้คิดส่วนใหญ่เป็นปกติ

อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาพบว่า ความบกพร่องในการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (.218) กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ความบกพร่องในการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 27.11 คะแนน มีความบกพร่องมากกว่าระดับการรู้คิดปกติที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 19.01 คะแนน อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีความบกพร่องในการรู้

คิดจะมีคะแนนการทำหน้าที่อยู่ในระดับต่ำ คือมีแนวโน้มแสดงถึงการทำหน้าที่ที่มีความบกพร่อง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Martinez-Aran et al. (2007) ที่พบว่า ความบกพร่องในการรู้คิดของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในส่วนของการจำและการคิดตัดสินใจในการแก้ปัญหา ซึ่งการรู้คิดเป็นตัวแทนหนึ่งที่ทำนายผลลัพธ์ในการทำหน้าที่ระยะยาวของผู้ป่วย (Bonnin et al., 2010)

2.5 การสนับสนุนทางสังคม จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r = .644$) กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผลการวิจัยนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และจากจากค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ 25.13 คะแนน ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ 41.80, 25.13 และ 8.43 คะแนนตามลำดับ อภิปรายได้ว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยหรือบกพร่อง จะมีการทำหน้าที่อยู่ในระดับต่ำ และหากผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีการทำหน้าที่อยู่ในระดับสูง ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้มีการคัดเลือกผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่อยู่ในระยะสงบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้รับความรักความอบอุ่นจากครอบครัว รองลงมาคือ มีคนให้คำแนะนำ เสนอแนะแนวทาง ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenfarb et al., 2001 ที่พบว่าสมาชิก ในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย รับฟัง และช่วยจัดการกับความเครียดและปัญหาของผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วยจึงมีส่วนสำคัญในการป้องกันการเกิดอาการของโรคกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นจึงสามารถอธิบายผลการศึกษาครั้งนี้ได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยเฉพาะการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว และการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Weinstock & Miller, 2010) ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่ำลง (Johnson, et al., 2003) และการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Martinez-Aran et al., 2007)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรตระหนักถึงการพยาบาลที่ส่งเสริมการทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่มีการทำหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับบกพร่อง ผลดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้นาน ดังนั้นจึงควรให้การดูแลรักษาพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีสุขภาวะ

2. ควรมีการนำไปสร้างแนวปฏิบัติหรือพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยเฉพาะในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ของตนได้ ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมที่ดีในการกลับไปอยู่ในสังคม

3. จากผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังนั้นพยาบาลควรสร้างความตระหนัก ส่งเสริมและสนับสนุน ให้แก่ผู้ดูแลในเรื่องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจและสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข

4. จากผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาการนอนหลับเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีระยะเวลาการนอนหลับที่เพียงพอและเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้เป็นปกติ

5. ควรนำปัจจัยอื่นๆ เช่น อาการเตือนก่อนอาการกลับเป็นซ้ำ การจัดการกับอาการด้วยตนเอง และตัวแปรอื่นๆ โดยไม่ต้องคำนึงถึงตัวแปรเพศ เนื่องจากไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่เพื่อนำผลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ในระดับปกติ

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการนำผลศึกษาที่ได้ครั้งนี้ไปศึกษาปัจจัยทำนาย และพัฒนาเป็น โปรแกรมสำหรับการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ให้อยู่ในระดับปกติ มีการจัดการกระทำกับตัวแปรระยะเวลาการนอนหลับที่มีความสัมพันธ์ปานกลางกับการทำหน้าที่ และตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์สูงกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยไม่ต้องคำนึงถึงตัวแปรเพศหญิงหรือเพศชาย

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนที่มีความบกพร่องในการรู้คิด โดยปรับเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาความสัมพันธ์ของความบกพร่องในการรู้คิดกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กันตพร ยอดไชย. (2547). ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2547). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร: บริษัท แอล. ที. เพรส.
- คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย. (2542). แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- จงเจริญ ยิ่งสกุล. (2545). แบบทดสอบสภาพสมองของคนไทยสำหรับบุคคลที่อ่านภาษาไทยไม่ได้. สารศิริราช ปีที่ 54 ฉบับเดือนกุมภาพันธ์: 96-107.
- จินตนา ชูนิพันธ์. (2528). การพยาบาลจิตเวชเล่ม 2. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนกพร จิตปัญญา. (2543). บทความวิชาการมโนคติและการวัดการนอนหลับ: Conceptual and measurement of sleep. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีที่ 12 ฉบับที่ 1: 1-9.
- ชาญทอง ไล่เลิศ. (2536). การพัฒนาแบบทดสอบสำหรับการค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2541). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: เทพเนรมิตการพิมพ์.
- ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์. (2538). การนอนหลับ: แนวคิดทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์ ปีที่ 13 ฉบับที่ 1: 10-18.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพ กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เดชา ลลิตอนันต์พงศ์. (2548). การศึกษาลักษณะ อาการทางคลินิก และหน้าที่โดยรวมในผู้ป่วยนอก โรคจิตเภทในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* ปีที่ 49 ฉบับที่ 8: 447-457.
- ธวัชชัย ลิพหานาจ และ สรยุทธ วาสิกนันทน์. (2549). *ตำราใบโพลาาร์*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- นงนภัศ พันธุ์แจ่ม. (2549). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่วมกับการบริหารสมองต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นฤมล คมกล้า. (2553). *ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื่อเฮอไอวี/เอดส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทนา สุขสมนิรันดร์. (2552). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: ยูเออนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย
- บุญพา ณ นคร. (2538). การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. ปีที่ 15 ฉบับที่ 2: 39-48.
- ประคอง วรรณสุด. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุทธนาการพิมพ์.
- ประไพ ทายุทธ. (2545). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา*. การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภัทรภร วิริยวงศ์. (2551). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง คิชชวนิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: แสงศิลป์การพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2544). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 6
กรุงเทพมหานคร: สุวีชาญการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และ แสงอุษา สุทธิธนกกุล. (2548). *ความคิดปกติกด้านการนอน*.
กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- รณชัย คงสกนธ์. (2549). เครื่องมือที่ใช้ประเมิน Bipolar Disorder. ใน *รวิชัย ลิขิตานาจ และ
สรยุทธ วสิกกานนท์, ตำราไบโพลาร์*, 343-360. กรุงเทพมหานคร: สมาคมจิตแพทย์แห่ง
ประเทศไทย.
- รณชัย คงสกนธ์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก, อวยชัย โรจนนิรันถกิจ, และ อุไร บูรณเชษฐ. (2546). การ
พัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS).
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ปีที่ 48 ฉบับที่ 4: 212-218.
- รัตนศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางการแพทย์ทางจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร:
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2551). *รายงานสถิติประจำปี 2551*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข.
- วรพรรณ เสนาณรงค์. (2550). Neurocognitive assessment. *หมอชาวบ้าน*. ฉบับที่ 274: 1-5.
- ศิรินภา นันทพงษ์. (2542). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สงกรานต์ ก่อธรรมนิเวศน์. (2552). *ศัพท์ทางจิตเวช*. (หนังสือชุดจุฬาฯ พจนานุกรม เล่มที่ 14).
กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2552). *รายงานผลการปฏิบัติงานปีงบประมาณ 2548-2552*.
กรุงเทพมหานคร: งานเวชสถิติ ศูนย์สารสนเทศ.
- สเปญ อุ๋นองงค์. (2552). โรคไบโพลาร์ (Bipolar disorder). [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา:
<http://www.infomental.com/bipolar.htm>.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2550). *ความคิดปกติกของการนอนหลับ การประเมิน และการรักษา*.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2549). *จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร:
เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). *ความคิดปกติกทางอารมณ์*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภักดิ์.
- สุธีรา ภัทรายุตวรรตน์. (2548). *คู่มือการวัดทางจิตวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: เมดิกัลมีเดีย.

- สุณี สุวรรณพสุ. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนันทา สกฤตติ. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระยะเวลาในการใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม ภาวะไม่สมดุลทางอารมณ์ และคุณภาพการนอนหลับ กับการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรอนงค์ สารท่า และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2551). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลศูนย์ ภาควิชา. โครงการประชุมวิชาการเรื่อง การสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลและเผยแพร่ผลงานวิชาการ: 161-177.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2553). เอกสารคำสอนวิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (เอกสารอัดสำเนา 20 มิถุนายน).
- อุบลรัตน์ สิงหเสนี. (2552). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อวยพร เรืองตระกูล. (2551). สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธรรมสาร จำกัด.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สุณี สุวรรณพสุ. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนันทา สกฤติ. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระยะเวลาในการใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม ภาวะไม่สมดุลทางอารมณ์ และคุณภาพการนอนหลับ กับการทำหน้าที่ด้านการรู้จักของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรอนงค์ สาระท่า และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2551). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลศูนย์ ภาควิชา. โครงการประชุมวิชาการเรื่อง การสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลและเผยแพร่ผลงานวิชาการ: 161-177.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2553). เอกสารคำสอนวิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (เอกสารอัดสำเนา 20 มิถุนายน).
- อุบลรัตน์ สิงหเสนี. (2552). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อวยพร เรืองตระกูล. (2551). สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อ่ำไพบรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธรรมสาร จำกัด.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาษาอังกฤษ

- Almeida Rocca, C. C. d., Macedo-Soares, M. B. d., Gorenstein, C., Tamada, R. S., Isller, C. K., Dias, R. S., et al. (2008). Verbal fluency dysfunction in euthymic bipolar patients: A controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 107(1), 187-192.
- Ann, B. (1997). *Measuring Health : A review of quality of life measurement scales*. USA: St Edmundsbury Press.
- Banerjee, G. (2010). The concept of disability and mental illness, from <http://www.psyplexus.com/excl/cdmi.html>
- Bauer, M., Glenn, T., Grof, P., Rasgon, N., Alda, M., Marsh, W., et al. (2008). Comparison of sleep/wake parameters for self-monitoring bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 116(170-175).
- Bauer, M., & Pfenning, A. (2005). Epidemiology of bipolar disorder. *Epilepsia*, 46(Suppl 4), 8-13.
- Bauer, M. S. (2001). The collaborative practice model for bipolar disorder: Design and implementation in a multi-site randomised controlled trial. *Bipolar Disorders*, 3, 233-244.
- Berk, M. and Dodd, S. (2005). Bipolar II disorder: a review. *Bipolar disorder* 7(1): 11-21.
- Biffin, F., Tahtalian, S., Filia, K., Fitzgerald, P. B., De Castella, A. R., Filia, S., et al. (2009). The impact of age at onset of bipolar I disorder on functioning and clinical presentation. *Acta Neuropsychiatrica*, 21(4), 191-196.
- Bonnin, C. M., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Pacchiarotti, I., Rosa, A. R., Franco, C., et al. (2010). Clinical and neurocognitive predictors of functional outcome in bipolar euthymic patient: A long-term, follow-up study. *Journal Affective Disorders*, 121, 156-160.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ-a social support measure. *Nursing Research*, 30(5), 277-280.
- Buysse, D., Reynolds III, C., Monk, T., Berman, S., & Kupfer, D. (2001). *Handbook of psychiatric Measures*: Washington DC.
- Carayannis, G. P. (2000). Memory/cognitive status loss [pdf]. . http://www.geocities.com/Althens/Acropolis/4870/MED_Memory_Cognitive.html, [2551 july 28]

- Carter Tasha D. Cate, Mundo Emanuela, Parikh Sagar V., & Kennedy James L. (2003). Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar disorder. *Journal Psychiatric Research, 37*, 297-303.
- Cassano, G. B., Akiskal, H. S., Savino, M., Musetti, L., & Perugi, G. (1992). Proposed subtypes of bipolar II and related disorders: with hypomanic episodes (or cyclothymia) and with hyperthymia temperament. *Journal of Affective Disorders, 26*, 127-140.
- Churchill Martha A. (2009). How to prove you are disabled when you have a mental illness, from <http://www.marthachurchill.com/ssmibasic.htm>
- Cobb, S. (1976). "Social Support as a Moderator of Life Stress" *Psychosomatic medicine, 38*(5), 300-314.
- Cohen, S., Underwood, L. G., & Gotlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and intervention*. U.S.A.: Oxford University Press.
- Crowe Marie, Whitehead Lisa, Wilson Lynere, Carlyle Dave, O'Brien Anthony, Inder Maree, et al. (2010). Disorder-specific psychosocial interventions for bipolar disorder- A systematic review of the evidence for mental health nursing practice. *International Journal of Nursing Studies, 47* 896-908.
- Davies, M. A., McBride, L., & Sajatovic, M. (2008). The collaborative care practice model in the long-term care of individuals with bipolar disorder: a case study. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 15*, 649-653.
- Elizabeth Sublette M., Carballo Juan J., Moreno Carmen, Galfalvy Hanga C., Brent David A., Birmaher Boris, et al. (2009). Substance use disorders and suicide attempts in bipolar subtypes. *Journal of Psychiatric research, 43*(3), 230-238.
- Ernst, C. L., & Goldberg, J. F. (2003). Clinical features related to age at onset in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 82* (21-27).
- Ferrier, I. N., Stanton, B. R., Kelly, T. P., & Scott, J. (1999). Neuropsychological function in euthymic patients with bipolar disorder. *British Journal Psychiatry, 175*, 246-251.
- Franco, B. (2000). Early- versus late-onset bipolar II disorder. *Journal Psychiatry Neuroscience, 25*(1), 53-57.

- Folstein, F. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatric Research*, *12*, 189-198.
- George, S. (1998). Towards an integrated treatment approach for manic depression. *Journal of Mental Health*, *7*, 145-156.
- Gitlin M.J., Swendsen Joel, Heller T.L., & Hammen Constance (1995). Relapse and Impairment in Bipolar Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *152*(11), 1635-1640.
- Golbin, A. Z., Kravitz, H. M., & Keith, L. G. (2004). *Sleep Psychiatry*. United Kingdom: Taylor and Francis Group.
- Goldberg, J. F., Harrow, M., & Grossman, L. S. (1995). Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. *American Journal of psychiatry*, *152*, 379-384.
- Goldstein Tina R., Birmaher Boris, Axelson David, Goldstein Benjamin I., Gill Mary Kay, Esposito-Smythers Christianne, et al. (2009). Psychosocial functioning among bipolar youth. *Journal of Affective Disorders*, *114*, 174-183.
- Goossens Peter Jan J., Beentjes Titus Andreas Adrianus, Leeuw Jacqueline Antoinetta Maria de, Klein Elise Alida Maria Knoppert-van der, & Achterberg Theo van (2008). The Nursing of outpatients with a bipolar disorder: What nurses actually do. *Archives of psychiatric nursing*, *22*(1), 3-11.
- Greve, K. W., Stickler, T. R., Love, J., Bianchini, K. J., & Stanford, M. S. (2005). Latent structure of the Wisconsin Card Sorting Test: a confirmatory factor analytic study. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *20*, 355-364.
- Gruber June, Harvey Allison G., Wang Po W., Brooks III John O., Thase Michael E., Sachs Gary S., et al. (2009). Sleep functioning in relation to mood, function, and quality of life at entry to the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Journal of Affective Disorders*, *114*, 41-49.
- Guyton, A. C. (1981). *Basic Human Neurophysiology*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Hayter, J. (1980). The rhythm of sleep. *American Journal of Nursing*, *80*(3), 457-461.
- Hilty, D. M., Brady, K. T., & Hales, R. E. (1999). A review of bipolar disorder among adults. *Psychiatric Service*, *50*, 201-213.

- Hirschfeld, R. M. A., Bowden, C. L., Gitlin, M. L., Keck, P. E., Suppes, S., & Thase, M. E., et al. (2002). *Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (2nd ed)*: American psychiatric association. Washing, DC.
- House, J. S. (1981). *Work stress and Social support* Massachusetts: Addison-Wesley.
- Inglis, J. (1959). A Paired-Associate Learning Test for use with Elderly Psychiatric Patients. *Journal of Mental Science, 105*, 440-443.
- Johnson, L., Lundstrom, O., Aberg-Wistedt, A., & Mathe, A. A. (2003). Social support in bipolar disorder: its relevance to remission and relapse. *Bipolar Disorders, 5*, 129-137.
- Jones, M., & Jones, A. (2008). Promotion of choice in the care of people with bipolar disorder: a mental health nursing perspective. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 15*, 87-92.
- Kaneita, Y., Ohida, T., Osaki, Y., Tanihata, T., Minowa, M., Suzuki, K., et al. (2007). Association between mental health status and sleep status among adolescents in Japan: a nationwide cross-sectional survey. *Journal clinic psychiatry, 68*, 1426-1435.
- Kaya, E., Aydemir, O., & Selcuki, D. (2007). Residual symptoms in bipolar disorder: The effect of the last episode after remission. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 31*, 1387-1392.
- Kebede, D., Alem, A., Shibire, T., Deyassa, N., Negash, A., Beyero, T., et al. (2006). Symptomatic and functional outcome of bipolar disorder in Butajira, Ethiopia. *Journal Affective Disorders, 90*, 239-249.
- Keck P.E., McElroy S.L., Strakowski S.M., West S.A., Sax K.W., Hawkins J.M., et al. (1998). 12-Month Outcome of Patients With Bipolar Disorder Following Hospitalization for a Manic or Mixed Episode. *American Journal of Psychiatry, 155*, 646-652.
- Kiatlaekakul, S. (2005). *Factors related to cognitive status among the elderly Natawee District, Songkhla province*. Master degree in Nursing Science. Prince of Songkhla University.
- Lam, D., Hayward, P., Watkins, E., Wright, K., & Sham, P. (2005). Relapse Prevention in Patients With Bipolar Disorder: Cognitive Therapy Outcome After 2 Years. *American Journal Psychiatry, 162*, 324-329.
- Larner, A. J. (2008). *Neuropsychological Neurology: The Neurocognitive Impairments of Neurological Disorders*. USA: Cambridge University Press.

- Laxman K.E., Lovibond K.S., & Hassan M.K. (2008). Impact of Bipolar Disorder in Employed Populations. *The American Journal of managed care*, 14(11), 757-764.
- Lemeshow, S. H., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. W. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. New yourk: John Wiley & Sons.
- Leon A. C. , Solomon D. A., Mueller T. I., Turvey C. L., Endicott J., & Keller M. B. (1999). The Range of Impaired Functioning Tool (LIFE-RIFT) : a brief measure of functional impairment. *Psychological Medicine*, 29, 869-878.
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological Assessment*: Oxford University Press, New York.
- Martinez-Aran, A., Vieta, E., Reinares, M., Colom, F., Torrent, C., Sanchez-Moreno, J., et al. (2004). Cognitive function across manic or hypomanic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. *American Journal Psychiatry*, 161, 262-270.
- McGuir, B. E., & Batchelor, J. (1998). Inter-rater reliability of the WMS-R logical memory and visual reproduction subtests in a neurosurgical sample. *Australian Psychologist*, 33(3), 231-233.
- Michalak, E. E., Yatham, L. N., Maxwell, V., Hale, S., & Lam, R. W. (2007). The impact of bipolar disorder upon work functioning; a qualitative analysis. *Bipolar Disorders*, 9, 126-143.
- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal Psychiatry*, 134, 382-389.
- Muangpaisan, W., Intalaporn, S., & Assantachai, P. (2010). Digit Span and Verbal Fluency Tests in Patients with Mild Cognitive Impairment and Normal Subjects in Thai-Community. *Journal Medical Association Thai*, 93(2), 224-230.
- Muller-Oerlinghausen B., Berghofer A., & Bauer M. (2002). Bipolar disorder. *Lancet*, 359(9302), 241-247.
- Nolen, W. A., Luckenbaugh, D. A., Altshuler, L. L., Suppes, T., McElroy, S. L., Frye, M. A., et al. (2004). Correlates of 1-year prospective outcome in bipolar disorder: result from the Stanley Foundation Bipolar Network. *American Journal Psychiatry*, 161(8), 1447-1454.
- Oostervink Frits, Boomsma Maarten M., & Nolen Willem A. (2009). Bipolar disorder in the elderly; different effects of age and of age of onset. *Journal of Affective Disorders*, 116, 176-183.

- Pender, N. I. (1987). *Health promotion in nursing practice*. New York: Appleton & Lange.
- Piccinni Armando, Catena Mario, Debbio Alessandro Del, Marazziti Donatella, Monje Cristina, Schiavi Elisa, et al. (2007). Health-related Quality of life and functioning in remitted bipolar I outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 323-328.
- Pimroon, K. (2007). *Quality of life and symptom self-management of patients with bipolar disorder*. The degree of mater of nursing science (Mental Health and Psychiatric Nursing) Faculty of graduate studies Mahidol University.
- Piper, S. M., & Brown, P. A. (1998). The theory and practice of health education applied to nursing: a bi-polar approach. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 383-389.
- Reed, C., Goetz, I., Vieta, E., Bassi, M., & Haro, J. M. (2010). Work impairment in bipolar disorder patients- results from a two-year observational study (EMBLEM). *European Psychiatry*, 1-7.
- Reichart C.G., Ende Jan van der, Wals Marjolein, Hillegers Manon H.J., Nolen W.A., Ormel Johan, et al. (2007). Social functioning of bipolar offspring. *Journal of Affective Disorders*, 98, 207-213.
- Robb, J. C., Cooke, R. G., Devin, G. M., Young, L. T., & Joffe, R. T. (1997). Quality of life and life style disruption in euthymic bipolar disorder *Journal Psychiatric Research* 31 (5), 509-517.
- Rosa A.R., Bonnin C.M., Vazquez G.H., Reinares M., Sole B., Tabares-Seisdedos R., et al. (2010). Functional impairment in bipolar II disorder: Is it as disabling as bipolar I? *Journal of Affective Disorders*, 1-6.
- Rosa A.R, Sanchez-Moreno Jose, Martinez-Aran Anabel, Salamero Manel, Torrent Carla, Reinares Maria, et al. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 3(5), 1-8.
- Rosenfarb, I. S., Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Harmon, L., Nuechterlein, K. H., & Rea, M. M. (2001). Family Transactions and Relapse in Bipolar Disorder. *Family Process*, 40(1), 5-14.
- Rush Jr.A.J., First M.B. , & Blacker Deborah (2008). *Handbook of psychiatric measures* (2 nd edition ed.). USA: American Psychiatric Publishing, Inc.

- Russell S.J., & Browne J.L. (2005). Staying well with bipolar disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 187-193.
- Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Tabares-Seisdedos R, & Torrent C (2009). Functioning and Disability in Bipolar Disorder: An Extensive Review. *Psychotherapy and Psychosomatics.*, 78(5), 285.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.
- Schneider, J. J., Candiago R.H., Rosa, A. R., Cereser, K. M., & Kapczinski, F. (2008). Cognitive impairment in a brazilian sample of patients with bipolar disorder. *Rev Bras Psiquiatr*, 30(3), 209-214.
- Shang-Ying Tsai, Ju-Chin Lee, & Chiao-Chicy Chen (1999). Characteristics and psychosocial problems of patients with bipolar disorder at high risk for suicide attempt. *Journal of Affective Disorders*, 52, 145-152.
- Soloman, D. A., Keitner, G. I., Miller, I. W., Shea, M. T., & Keller, M. B. (1995). Course of illness and maintenance treatments for patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 5-13.
- Soreff, S., & Lynne, A. M. (2010). Bipolar Affective Disorder, from <http://emedicine.medscape.com/article/286342-overview>
- Strakowski S.M., DelBello M.P., Fleck D.E., & Arndt Stephan. (2000). The Impact of Substance Abuse on the Course of Bipolar Disorder. *Society of Biological Psychiatry*, 48, 477-485.
- Suto, M., Murray, G., Hale, S., Amari, E., & Michalak, E. E. (2010). What works for people with bipolar disorder? Tips from the experts. *Journal of Affective Disorders*, 1-8.
- Suzanne, M. (1999). Bipolar disorder in the latter half of life: symptom presentation, global functioning and age of onset. *Journal of Affective Disorders*, 52, 161-167.
- Szmukler, G. (1996). Family burden to caregiving *Psychiatry Bull*, 20, 449-510.
- Tilden, V. P., Nelson, C. A., & May, B. A. (1990). The IPR inventory: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 39(6), 337-343.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 416-423.

- Tugrul, K. (2003). The nurse's role in the assessment and treatment of bipolar disorder. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 9(6), 180-186.
- Van der Elst, W., Van Boxtel, M. P. J., Van Breukelen, G. J. P., & Jolles, J. (2006). The Stroop Color-Word Test Influence of Age, Sex, and Education; and Normative Data for a Large Sample Across the Adult Age Range. *Assessment*, 12(1), 62-79.
- Wang, G., Tse, S., & Michalak, E. E. (2009). Self-management techniques for bipolar disorder in a sample of New Zealand Chinese. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 16 (11), 602-608.
- Weinstock, L. M., & Miller, I. W. (2010). Psychosocial predictors of mood symptoms 1 year after acute phase treatment of bipolar I disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51(5), 497-503.
- Woods S. (2000). The economic burden of bipolar disease. *Journal Clin Psychiatry*, 61(13), 38-41.
- World Health Organization (2001). *ICF: International classification of functioning, disability, and health*. Geneva, Switzerland.
- Zubieta Jon-Kar, Huguelet Philippe, O'Neil Renee Lajiness, & Giordani Bruno J. (2001). Cognitive function in euthymic Bipolar I disorder. *Psychiatry Research*, 102, 9-20.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
นายแพทย์พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ	แพทย์ชำนาญการ สาขาจิตเวชศาสตร์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
นายแพทย์ลัญจมน์ศักดิ์ อรรถมยากร	แพทย์ประจำบ้านวุฒิบัตรเชี่ยวชาญ เวชกรรมสาขาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สี่หรีดวงศ์	อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและ การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มณวิภา สาครินทร์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล อนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
นางสาววรรณ์ พวงลัดดา	พยาบาลวิชาชีพ 8 ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
นางจรีรัตน์ ไกรวงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระยา



ภาคผนวก ข

ใบทักขสิทธิ์ผู้ตอบแบบสอบถาม
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารชี้แจงข้อมูล

ชื่อโครงการวิจัย ปังจัจคัตสรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ชื่อผู้วิจัย นางสาวไศรดา สุรเทวมิตร

เหตุผลที่ต้องศึกษา วัตถุประสงค์ และประโยชน์

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) เป็นความผิดปกติทางด้านอารมณ์ชนิดหนึ่งซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในระบบสุขภาพ และมีแนวโน้มที่จะพบสูงขึ้น ผู้ป่วยโรคนี้อาจกลับเป็นซ้ำสูง ผลของการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทำให้การทำหน้าที่ต่างๆของผู้ป่วยลดลง การวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุที่เริ่มแสดงอาการ ระยะเวลาการนอนหลับ ความบกพร่องในการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคมต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เพื่อเก็บข้อมูลไว้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่รักษาเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลดศวิทยุมิในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 132 คน ตามแบบสอบถามที่แนบมาพร้อมกับจดหมายชี้แจงฉบับนี้ ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบประมาณ 30 นาที ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางด้านสุขภาพในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และเป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เน้นการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อไป

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่านการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่าน

การรักษาความลับของท่าน

ข้อมูลที่ท่านตอบจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ยกเว้นในกรณีที่มีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเป็นต้น ข้อมูลต่างๆ จะถูกทำลายเมื่อการวิจัยได้เสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว

บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อได้

ถ้าท่านมีข้อสงสัยใดๆ หรือเกิดผลกระทบจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยโดยตรงที่ นางสาวโศรดา สุรเทวมิตร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์มือถือ 080-4575488

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงกับที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงข้อมูลผู้เข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถแจ้งได้ที่ กลุ่มงานวิจัย โรงพยาบาลศรีธัญญา หมายเลขโทรศัพท์ 0-2525-2333-5 ต่อ 2131, 2157



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ชื่อผู้วิจัย นางสาว โสรดา สุรเทวมิตร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 3

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) ศูนย์บริการสาธารณสุขสุขเคหะสัมพันธ์ จ.กรุงเทพมหานคร

(ที่บ้าน) 42/6 ม. 12 ต.ทรงคะนอง อ.พระประแดง จ.สมุทรปราการ

10130 E-mail: soradajoy@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไร รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย

2. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุที่เริ่มแสดงอาการ ระยะเวลาการนอนหลับ ความบกพร่องในการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคม ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่

3.1 เพื่อศึกษาระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

3.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุที่เริ่มแสดงอาการ ระยะเวลาการนอนหลับ การบกพร่องในการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคม ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และมารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา โดยมิควมสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ

4.1 เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

(Bipolar disorder)

4.2 เป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพศชายหรือหญิง ที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน

4.3 สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยการเซ็นยินยอมในการให้ข้อมูล

4.4 มีอาการอยู่ในระยะ Partial to full remission โดยมีคะแนนรวมจากการ

ประเมินอาการโดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale: MADRS) และแบบวัดอาการเมเนีย (Thai Mania Rating Scale: TMRS) ที่มีคะแนนแต่ละแบบวัดรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ เนื่องจากความรุนแรงของอาการมีผลต่อความน่าเชื่อถือของการประเมินเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก มีดังนี้

- 1) ผู้ป่วยมีประวัติคิดสารเสพติด
- 2) ผู้ป่วยมีประวัติโรคทางจิตเวชอื่นๆร่วมด้วย

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยจำนวน 110 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เนื่องจากเป็นสถาบันหรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช และเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลจิตเวชที่สังกัดกรมสุขภาพจิตที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชทั่วประเทศ ครอบคลุมการให้บริการทั้ง 4 มิติ อีกทั้งมีการรับผู้ป่วยจากการส่งต่อทั้งจากโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและระดับตติยภูมิเพื่อเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ข้างต้น โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีจำนวนเท่า ๆ กันทั้ง 2 โรงพยาบาลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 110 คน

เหตุผลที่ได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย คือมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกรวมทั้งกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้ดำเนินการวิจัย นางสาวโสธรา สุรเทวมิตร ศึกษางานวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างเพศอายุที่เริ่มแสดงอาการ ระยะเวลาการนอนหลับ ความบกพร่องในการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคม ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยจัดทำโครงการวิจัยนี้ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้วิจัยจะใช้การสอบถามโดยตรงกับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ต่อคน โดยมีแบบสอบถามทั้งหมด 4 ชุด คือ ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มแสดงอาการ และระยะเวลาการนอนหลับ ชุดที่ 2 แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ชุดที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และชุดที่ 4 แบบสอบถามการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการ และจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย คือ เป็นข้อมูลระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างเหมาะสม และเป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เน้นการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อไป

7. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ได้ที่เบอร์โทร 080-4575488

8. ในการขอข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อนที่จะทำการศึกษา

9. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การกระทำดังกล่าวจะ ไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

10. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-22188147

โทรสาร 0-22188147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
ชื่อผู้วิจัย นางสาว โสธคา สุรเทวมิตร

ที่อยู่ติดต่อ 42/6 ม. 12 ค.ทรงคนอง อ.พระประแดง จ.สมุทรปราการ โทรศัพท์ 080-4575488

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องให้ข้อมูล และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้คัดเลือกรูปแบบตัวอย่าง 2 ชุด และเครื่องมือประเมินกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ 4 ชุด เกี่ยวกับตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และได้ทราบถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุถึงตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 112 ถ.สมเด็จพระยา แขวงคลองสาน เขตคลองสาน กทม. โทรศัพท์ (02)

4371011

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนานั่งสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



ศูนย์วิทยพัทพยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่องปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท

1. เครื่องมือที่ใช้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale: MADRS) ของ Montgomery and Asberg (1979)

1.2 แบบวัดอาการแมเนีย (Thai Mania Rating Scale : TMRS) ของ Young และคณะ (1978)

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มแสดงอาการ และระยะเวลาการนอนหลับ

ส่วนที่ 2 คือ แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai version: MMSE-Thai 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2542)

ส่วนที่ 3 คือ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบประเมินที่บุญพา ณ นคร (2538) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981)

ส่วนที่ 4 คือ แบบสอบถามการทำหน้าที่ (FAST) ของ Adriane R Rosa, et al. (2007)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้คัดเลือกรูปแบบตัวอย่าง

เลขที่แบบประเมิน.....

วันที่ประเมิน.....

แบบวัดอาการซึมเศร้า MONTGOMERY- ASBERG DEPRESSION RATING SCALE

(MADRS) ฉบับภาษาไทย

การให้คะแนนจะให้โดยการประเมินลักษณะอาการ และความรุนแรงของอาการ ผู้ประเมินจะต้องให้เป็นค่าลำดับคะแนน (0, 2, 4, 6) หรือระหว่างค่าลำดับคะแนนก็ได้ (1, 3, 5) ในบางกรณีที่ไม่สามารถประเมินจากผู้ป่วยได้โดยตรงขอให้ประเมินจากข้อมูลแวดล้อมทางคลินิกอื่นๆที่เชื่อถือได้แทน

การประเมินสามารถประเมินโดยใช้ระยะเวลาถึงห่างเท่าใดก็ได้

1. ความซึมเศร้าที่ปรากฏให้เห็น คะแนน.....

หมายถึง ความสลดใจ ความเศร้า และความสิ้นหวัง (ไม่ได้เป็นเพียงความเบื่อหน่าย ซึ่งเกิดขึ้นเพียงชั่วครั้งชั่วคราว) โดยสะท้อนออกมาเป็นคำพูด การแสดงออกทางสีหน้าและท่าทาง ประเมินจากความรุนแรง และความไม่สามารถที่จะร่าเริงและมีชีวิตชีวา

- 0- ไม่มีความเศร้า
- 2- ดูเหมือนไม่มีชีวิตชีวา แต่สดชื่นขึ้นได้โดยไม่ลำบาก
- 4- แลดูเศร้า และ ไม่มีความสุขเกือบตลอดเวลา
- 6- ดูเหมือนมีความทุกข์ตลอดเวลา รู้สึกสิ้นหวังอย่างมาก
- 1.....
- 3.....
- 5.....

2. ความซึมเศร้าที่รายงาน คะแนน.....

ปรากฏชัดถึงอารมณ์ที่รู้สึกหดหู่ โดยไม่คำนึงถึงว่าจะแสดงออกมาหรือไม่ รวมถึงความเบื่อหน่าย ความสลดใจ หรือความรู้สึกที่สิ้นหวัง คงไม่มีใครช่วยเหลือได้

แบบวัดอาการเมเนีย YOUNG MANIA RATING SCALE (YMRS) ฉบับภาษาไทย

คำแนะนำในการให้คะแนน

วัตถุประสงค์ของการให้คะแนนแต่ละข้อ คือการประเมินความรุนแรงของความคิดปกติกี่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเลือกให้คะแนนเพียงข้อเดียว

ตัวเลือกที่ให้เพียงแนวทาง ถ้าจำเป็นอาจจะให้คะแนนโดยไม่ต้องใช้ตัวเลือก

สามารถให้คะแนนระหว่างตัวเลือกได้ (1 หรือ ½ คะแนน) ในกรณีที่ระดับความรุนแรงไม่ได้เป็นไปตามตัวเลือกที่ให้ไว้

1. อารมณ์ครื้นเครง

คะแนน.....

0- ไม่มี

1- เพิ่มขึ้นเล็กน้อย หรือเพิ่มขึ้นจากการซักถาม

2- อารมณ์ครื้นเครงอย่างชัดเจน โดยความรู้สึกของผู้ป่วย มองโลกในแง่ดี มั่นใจ ตัวเอง ร่าเริง อารมณ์เหมาะสมกับเนื้อหาเรื่องราว มีอารมณ์ขันตลอดเวลา

3- อารมณ์ครื้นเครงมาก ไม่เหมาะสมกับเนื้อหาเรื่องราว มีอารมณ์ขันตลอดเวลา

4- สนุกสนานครื้นเครง หัวเราะอย่างไม่เหมาะสม ร้องเพลงขึ้นมาไม่สมเหตุสมผล

2. การเพิ่มขึ้นของกิจกรรม การเคลื่อนไหว

คะแนน.....

0- ไม่มี

1- เพิ่มขึ้น โดยความรู้สึกของผู้ป่วย

2- กระปรี้กระเปร่า ร่าเริง แสดงท่าทางมากขึ้น

3- มีพลังเหลือเฟือ ทำกิจกรรมมากเกินไปเป็นบางครั้ง อยู่ไม่สุข กระวนกระวาย (สามารถทำให้สงบได้)

4- ท่าทางตื่นตัวมาก ทำกิจกรรมมากตลอดเวลา (ไม่สามารถทำให้สงบได้).....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบบันทึกนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวท่าน กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยทำเครื่องหมาย (/) หรือเติมคำลงในช่องว่างตามข้อคำถามที่กำหนดให้

1. เพศ (.....) ชาย (.....) หญิง
2. อายุ ปี (นับจำนวนปีเต็ม)
3. อายุที่เริ่มแสดงอาการ ปี (นับจำนวนปีเต็ม)
4. ระยะเวลาในการนอนหลับ ชั่วโมงต่อหนึ่งคืน (ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)
5. ระดับการศึกษา

(.....) ไม่ได้เรียน	(.....) อนุปริญญา/ปวส.
(.....) ประถมศึกษา	(.....) ปริญญาตรี
(.....) มัธยมศึกษา	(.....) สูงกว่าปริญญาตรี (.....) อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai version: MMSE-Thai 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2542)

คำชี้แจง 1. ผู้วิจัยเป็นผู้ทดสอบและทำการบันทึกข้อมูลทุกครั้งทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด
2. ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำ ข้อ 4, 9 และ 10

1. Orientation for time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน) คะแนน

1.1 วันนี้ วันที่เท่าไร	.....	.....
1.2 วันนี้ วันอะไร	.....	.....
1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร	.....	.....
1.4 ปีนี้ ปีอะไร	.....	.....
1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร	.....	.....
2. Orientation for place (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบประเมินที่บุญพา ณ นคร (2538)

สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981)

คำชี้แจง ให้กาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียงช่องเดียว

มากที่สุด	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด
มาก	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนมาก
ปานกลาง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นปานกลาง
น้อย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อยที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.มีคนที่ท่านสามารถปรึกษาปัญหาได้					
2.คนรอบตัวท่านไม่เคยแสดงท่าทางรังเกียจ หรือไม่ชอบใจท่าน					
3.ท่านได้รับความรักจากครอบครัว					
4.ท่านไม่เคยรู้สึกเหงาขณะอยู่ตามลำพัง					
5.-----					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการทำหน้าที่ (FAST) ของ Adriane R Rosa, et al., 2007

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ เป็นแบบวัดการทำหน้าที่ ประกอบด้วยคำถาม 24 ข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องคะแนนด้านขวามือที่ตรงกับความลำบากของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละคำตอบมีความหมาย ดังนี้

- 0 หมายถึงการทำหน้าที่ของท่านตามข้อคำถาม ไม่ลำบากเลย
- 1 หมายถึงการทำหน้าที่ของท่านตามข้อคำถามลำบากเล็กน้อย
- 2 หมายถึงการทำหน้าที่ของท่านตามข้อคำถามลำบากปานกลาง
- 3 หมายถึงการทำหน้าที่ของท่านตามข้อคำถามลำบากมาก

ข้อคำถามการทำหน้าที่	ความลำบากของการทำหน้าที่			
	ไม่ลำบาก เลย	ลำบาก เล็กน้อย	ลำบาก ปานกลาง	ลำบาก มาก
การดูแลตนเอง				
1. รับผิดชอบงานบ้านได้				
2. สามารถพึ่งพาตนเองได้				
3. ซื้อของได้ด้วยตนเอง				
4. ดูแลความสะอาดตนเอง เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน สระผม				
ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านการทำงาน				
5. -----				

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

ตารางผลการวิจัย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรค
อารมณ์แปรปรวนสองชั่วที่ศึกษาจำแนกรายข้อ (n = 132)

การสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	SD	ความหมาย
1. มีคนที่ไว้ใจและสามารถพูดคุยปัญหาต่างๆได้	3.73	0.88	ระดับปานกลาง
2. คนรอบตัวไม่เคยแสดงท่าทางที่ทำให้รู้สึกหมกมุ่นกังวลใจ	3.55	1.02	ระดับปานกลาง
3. ได้รับความรักความอบอุ่นจากครอบครัว	3.77	1.13	ระดับปานกลาง
4. ไม่เคยรู้สึกเหงา ว้าเหว่ แม้ต้องอยู่ตามลำพัง	3.44	1.03	ระดับปานกลาง
5. เมื่อมีปัญหาใดๆก็ตามสามารถปรึกษาคนในครอบครัวหรือคน ใกล้ชิด	3.64	1.10	ระดับปานกลาง
6. มีคนรอบข้างให้ความเคารพนับถือ	3.12	0.98	ระดับปานกลาง
7. สามารถให้คำปรึกษาแก่คนที่ปัญหาได้	3.65	0.86	ระดับปานกลาง
8. เคยช่วยเหลือดูแลผู้อื่นเพื่อให้เขาได้รับความสุขสบาย	3.64	0.85	ระดับปานกลาง
9. สามารถทำประโยชน์ให้กับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี	3.70	0.89	ระดับปานกลาง
10. เป็นคนที่ไว้วางใจได้เสมอเมื่อทำงานร่วมกับผู้อื่น	3.73	2.71	ระดับปานกลาง
11. มีการติดต่อไปมาหาสู่กับผู้อื่นบ้างเป็นครั้งคราว	3.33	0.97	ระดับปานกลาง
12. มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในบางโอกาส	3.30	0.95	ระดับปานกลาง
13. เข้าร่วมกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ต่างๆภายในหมู่บ้าน	3.20	0.95	ระดับปานกลาง
14. บุคคลรอบข้างให้การยอมรับให้ช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ	3.26	0.99	ระดับปานกลาง
15. มีส่วนร่วมในการรับรู้เรื่องราวความเป็นไปต่างๆของคนใน ครอบครัว	3.31	1.06	ระดับปานกลาง
16. มีเงินใช้จ่ายอย่างเพียงพอ	3.35	0.91	ระดับปานกลาง
17. เมื่อต้องการสิ่งของ เครื่องใช้ต่างๆ สามารถหาซื้อได้อย่าง สะดวกสบาย	3.41	0.90	ระดับปานกลาง
18. เมื่อเจ็บไข้ได้ป่วย มีคนคอยช่วยเหลือเอาใจใส่ดูแล	3.69	0.93	ระดับปานกลาง
19. เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการเงินท่านสามารถขอความช่วยเหลือ จากคนรอบข้างได้	3.20	1.00	ระดับปานกลาง
20. ได้รับความสะดวกสบายในการบริการจากผู้อื่น เมื่อต้องการ ทำสิ่งต่างๆ	3.26	0.93	ระดับปานกลาง
21. เมื่อต้องการทราบข้อมูลข่าวสารต่างๆมีนสามารถอธิบายให้ ท่านเข้าใจ	3.55	0.85	ระดับปานกลาง

ตารางที่ 7 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	SD	ความหมาย
22. เมื่อทำบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้องมีคนให้คำแนะนำ	3.64	0.91	ระดับปานกลาง
23. มีคนดักเตือน เมื่อไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ	3.58	0.99	ระดับปานกลาง
24. เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีคนที่สามารถแก้ปัญหาหรือข้อสงสัยให้ได้	3.70	0.82	ระดับปานกลาง
25. มีคนให้คำแนะนำ เสนอแนะแนวทาง ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต	3.75	0.93	ระดับปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเฉลี่ย	3.50	1.02	


ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนความลำบากในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ศึกษา โดยจำแนกรายชื่อตามคะแนนความลำบากในการทำหน้าที่ ($n = 132$)

การทำหน้าที่ (คะแนนความลำบากในการทำหน้าที่)	\bar{X}	SD
การดูแลตนเอง	0.43	
1. รับผิดชอบงานบ้านได้	0.55	0.70
2. สามารถพึ่งพาตนเองได้	0.75	0.83
3. ซื้อของได้ด้วยตนเอง	0.32	0.56
4. ดูแลความสะอาดตนเอง เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน สระผม	0.11	0.33
ความสามารถในการทำหน้าที่การงาน	0.90	
5. อดทนได้ต่อการทำงานที่ได้รับคำตอบแทน	0.80	0.98
6. ทำงานให้สำเร็จได้ตามกำหนดเวลา	1.07	1.00
7. ทำงานในสาขาวิชาที่ท่านได้ศึกษาแล้วเรียนได้	0.96	0.98
8. ประกอบอาชีพที่มีรายได้	0.83	0.99
9. บริหารจัดการงานที่ได้รับมอบหมายได้	0.83	0.79
ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านกรู้คิด	0.89	
10. มีสมาธิในการอ่านหนังสือ หรือดูหนัง	0.72	0.79

ตารางที่ 8 (ต่อ)

การทำหน้าที่ (คะแนนความลำบากในการทำหน้าที่)	\bar{X}	SD
11. สามารถคิดเลขในใจได้	1.09	0.98
12. สามารถแก้ปัญหาได้อย่างพอประมาณ	1.02	1.13
13. สามารถจดจำชื่อผู้คน หรือสิ่งของที่เพิ่งได้ยินใหม่	0.84	1.11
14. สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ หรือข้อมูลใหม่ๆ ได้	0.77	1.03
การใช้จ่ายเงิน	0.77	
15. การบริหารจัดการเงินของตนเอง	0.75	0.72
16. ใช้จ่ายเงินให้สมดุลกับรายรับ	0.79	0.76
สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล	0.94	
17. รักษาสัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อนได้	1.00	0.85
18. มีส่วนร่วมกับกิจกรรมทางสังคม	1.03	0.87
19. มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลผู้ใกล้ชิด	0.79	0.89
20. อยู่ร่วมกันกับครอบครัวได้ดี	0.58	0.80
21. มีความพึงพอใจกับความสัมพันธ์ทางเพศ	1.30	1.02
22. สามารถดูแลปกป้องผลประโยชน์ของตัวเองได้	0.92	0.94
การใช้เวลาว่าง	0.89	
23. ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา	1.11	0.84
24. ทำงานอดิเรกหรือทำกิจกรรมที่ตนเองสนใจ	0.66	0.77

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างจดหมายขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิและเอกสารรับรอง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ศบ 0512.11/ 0304

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

4 กุมภาพันธ์ 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับตั้งเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาว ไสรดา สุรเทวมิตร นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร ตีหิรัญวงศ์ อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร ตีหิรัญวงศ์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

ข้อมติ

นางสาว ไสรดา สุรเทวมิตร โทร. 08-0457-5488



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการด้านการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีธัญญา โทร ๒๑๓๓, ๒๑๓๖
ที่ ศธ ๐๘๐๗๒๖/๒๖๕ วันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๕๔
เรื่อง แจ้งผลการพิจารณางานวิจัยที่ขอดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยในโรงพยาบาลศรีธัญญา

เรียน นางสาวไตรดา สุรวทมิตร

ตามหนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑ / ๐๓๓๕ ลงวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔ จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย ณ แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อทำการศึกษาวิจัย เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว" นั้น

บัดนี้ ขอแจ้งว่าการศึกษาวิจัยเรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว" ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการด้านการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีธัญญา เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔ โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) แนวทางการปฏิบัติกรวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) และคณะกรรมการฯ มีมติดังนี้

- อนุญาต โดยมีข้อเสนอนะดังนี้
๑. กลุ่มตัวอย่าง ควรทบทวนเรื่องจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ซึ่งเป็นจำนวนที่อาจไม่สามารถนำไปอ้างอิงหรืออธิบายผลการวิจัยได้อย่างน่าเชื่อถือ
 ๒. ผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตัวเองที่แผนกผู้ป่วยนอก
 ๓. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือจำนวน ๖๖ คน โดยไม่เข้าถึงวงระเบียนผู้ป่วย
 ๔. ให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นเวลา ๓ ปี (๓๐ มีนาคม ๒๕๕๔ - ๔ มีนาคม ๒๕๕๔)
 ๕. ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยนำเอกสารแจ้งผลการพิจารณานี้ แสดงต่อหน่วยงานที่ต้องการเก็บข้อมูลก่อนการดำเนินการ
 ๖. หลังจากดำเนินการศึกษาวิจัยเสร็จสิ้น กรุณาส่งเอกสารฉบับสมบูรณ์จำนวน ๒ เล่ม ที่ฝ่ายวิจัย โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อเผยแพร่ต่อไป
 ๗. คณะกรรมการด้านวิจัยฯ มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับ/ ติดตามการดำเนินการวิจัยให้เป็นไปตามจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

ไม่อนุญาต

ลงนาม.....

แพทย์หญิงอรพรรณ ศิลปกิจ

ประธานคณะกรรมการด้านการวิจัย
และจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีธัญญา

วันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๕๔

ศูนย์วิทยการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยศัตรูที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ผู้ดำเนินการวิจัยโดย นางสาวไครดา สุรเทวมิตร

สถานที่ดำเนินการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลาดำเนินการ พฤศจิกายน ๒๕๕๓ - เมษายน ๒๕๕๔

เอกสารที่อนุมัติ

โครงการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยศัตรูที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว"

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาโครงการแล้ว คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

(นายสินเงิน สุขสมบูรณ์)

ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว โสรดา สุรเทวมิตร เกิดวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2524 ที่จังหวัดสมุทรปราการ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ.2546 ได้เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ในสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการศึกษา 2552 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 3 ศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดกรุงเทพมหานคร



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย