

บทความวิจัย
ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว*
Selected Factors Related to Functioning of
Patients with Bipolar Disorder

* โศรดา สุรเทวมิตร (Sorada Suratewamit, MNS.)**
 ** รังสิมันต์ สุนทรไชยา (Rangsiman Soonthornchaiya, Ph.D., R.N.) ***

Abstract

The purpose of this descriptive research was to examine functioning, and the relationships between gender, age of onset, sleep duration, cognitive impairment, social support and functioning of patients with bipolar disorder. Subjects were 132 outpatients with bipolar disorder at the psychiatric hospitals, Bangkok and vicinity. 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 และ .95 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-Square and Pearson's product moment correlation.

Major findings were as follow:

1. The percentages of bipolar patients who had impaired functioning were 60.61.

2. Gender was not significantly correlated with patients' functioning.

3. Age of onset, sleep duration, cognitive impairment, and social support were significant positive correlations with the functioning of patients with bipolar disorder at the level of .05.

Keywords: Functioning, Bipolar, Age of onset, Sleep Duration, Cognitive Impairment, Social Support

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการทำหน้าที่และความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ที่เริ่มแสดงอาการระยะเวลาการนอนหลับความบกพร่องในการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคมต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นผู้ป่วยนอกมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร

** Corresponding author คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

E-mail: rangsiman.s@chula.ac.th

เขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล จำนวน 132 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการทำหน้าที่ ซึ่งแบบทดสอบและแบบสอบถามมีความเที่ยงเท่ากับ .94, .95 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคส-สแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีการทำหน้าที่ระดับบกพร่อง ร้อยละ 60.61
2. เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วย
3. อายุที่เริ่มแสดงอาการ ระยะเวลาการนอนหลับ ความบกพร่องในการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การทำหน้าที่ โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อายุที่เริ่มแสดงอาการ ระยะเวลาการนอนหลับ ความบกพร่องในการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม

ความสำคัญของปัญหา

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) เป็นความผิดปกติทางด้านอารมณ์ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในระบบสุขภาพ องค์การอนามัยโลกได้จัดผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่ทำให้สูญเสียประสิทธิภาพสูงเป็นอันดับ 6 (Woods, 2000) ความชุกของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วคิดเป็นร้อยละ 2.8-6.5 ของ

ประชากรทั่วโลก (Bauer & Pfenning, 2005) และจำนวนการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คิดเป็นร้อยละ 70-85 (Gitlin, Swendsen, Heller, & Hammen, 1995) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ในการดำเนินชีวิต (Gitlin et al., 1995) จากการสำรวจผู้ป่วยไทยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช 2 แห่งแห่งแรก พบว่าจำนวนผู้ป่วย ปีพ.ศ. 2548-2551 แผนกผู้ป่วยนอก มีจำนวน 7,139, 7,688, 8,128, 8,098 คน ตามลำดับ และแผนกผู้ป่วยในจำนวน 403, 406, 366 และ 456 คน ตามลำดับ (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2552) เช่นเดียวกับอีกแห่งหนึ่งพบจำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจำนวน 4,274, 4,455, 5,633 และ 6,682 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2551) แสดงว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย และมีแนวโน้มของการเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น

การศึกษาผลกระทบของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการรักษาและติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี พบว่า การฟื้นฟูสภาพการทำงานที่ให้อยู่ในระดับปกติของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบร้อยละ 24 เท่านั้น (Keck et al., 1998) การทำหน้าที่เป็นความสามารถในการแสดงพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Sanchez-Moreno et al., 2009) ปัญหาการทำงานที่ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ ประวัติการขาดงานเนื่องจากการงานบกพร่อง สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน ครอบครัวบกพร่อง ไม่ดูแลรับผิดชอบตนเอง หรือขาดการทำงานที่ในครอบครัว ความคิด/จำ/ตัดสินใจลดลง ซึ่งพบความบกพร่องการทำงานที่ร้อยละ 60 (Goldberg, Harrow, & Grossman, 1995) นับได้ว่าปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคอารมณ์

แปรปรวนสองข้อ

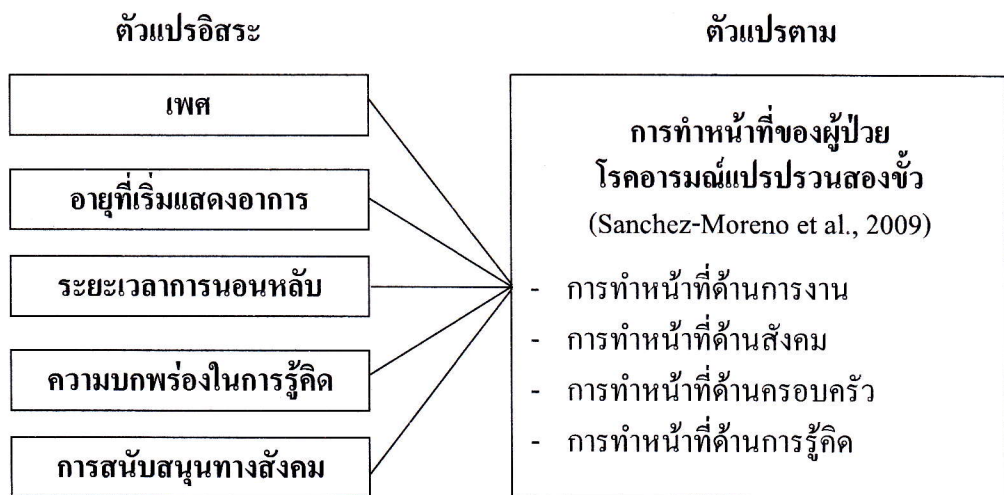
การทำหน้าที่จึงเป็นสิ่งสะท้อนถึงความสามารถของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองข้อในการดำเนินชีวิตอยู่ได้ในสังคม ซึ่งพยาบาลจิตเวชสามารถดูแลให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ได้ดีขึ้น และลดอาการกำเริบซ้ำ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ตามกรอบแนวคิดของ Sanchez-Moreno et al. (2009) แบ่งเป็น 5 ปัจจัย คือ 1) ลักษณะทางสังคม-ประชากร ได้แก่ เพศ อายุ 2) อาการ ได้แก่ อายุที่เริ่มแสดงอาการ จำนวนครั้งของอาการกำเริบ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาระยะเวลาการนอนหลับ 3) การรู้คิด ได้แก่ ความคิด ความจำ การใช้ภาษา เป็นต้น 4) เกสซ์วิทยา ได้แก่ จำนวน/ผลข้างเคียงของยาและปฏิกิริยาร่วมกันของยา 5) สิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม/

ครอบครัวและเจตคติ การใช้บริการสุขภาพ นโยบายการเข้ารับการรักษาศึกษาปัจจัยดังกล่าวจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองข้อให้ดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองข้อ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุที่เริ่มแสดงอาการ ระยะเวลาก่อนนอนหลับ ความบกพร่องในการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคม ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองข้อ

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง



การศึกษานี้ทบทวนและคัดสรรตัวแปรจากวรรณกรรม (Sanchez-Moreno et al., 2009) แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองข้อประกอบด้วย 5 ปัจจัย

คือ 1) เพศการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงกว่าเพศชาย (Robb, Young, Cooke, 1997) 2) อายุที่เริ่มแสดงอาการ เมื่อผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการตั้งแต่อายุน้อยมีความสัมพันธ์กับ

การทำหน้าที่โดยรวมต่ำกว่าผู้ที่เริ่มแสดงอาการเมื่ออายุน้อย (Suzanne, 1999) จำนวนครั้งในการแสดงอาการกำเริบ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระยะเวลาการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ (Bauer et al., 2008) 3) ความบกพร่องในการรู้คิดส่งผลถึงการทำหน้าที่และการกลับเป็นซ้ำ (Goldstein et al., 2009) และ 4) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวทั้งทางอารมณ์ การให้ข้อมูลและการเงินมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ (Martinez-Aran et al., 2007)

สมมติฐานทางการวิจัย

1. เพศ อายุที่เริ่มแสดงอาการ ระยะเวลาการนอนหลับ ความบกพร่องในการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งชนิด I และ II ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 และมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศรีรัชัญญา และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาและเป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ

คือ เพศชาย/หญิง อายุระหว่าง 15-59 ปี มีอาการสงบ (คะแนน ≤ 10) ประเมินโดยแบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale) และแบบวัดอาการmania (Thai Mania Rating Scale) สื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออกคือ ไม่มีประวัติคิดสารเสพติดและประวัติโรคทางจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตร Thorndike (1978) $n = 10k+50$ (n =ขนาดกลุ่มตัวอย่าง k =จำนวนตัวแปรที่ศึกษา) กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ระดับ $\alpha = .05$ และเพิ่มขึ้นอีก 20% (Lemeshow, Hosmer, Klar, & Lwanga, 1990) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 132 คน เลือกโรงพยาบาลจิตเวชเฉพาะทางและสุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวก กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.94 มีอายุน้อย 36.94 ปี อายุที่เริ่มแสดงอาการเฉลี่ย 29.63 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 46.21 ระยะเวลาการนอนหลับอยู่ในช่วง 6.5-9 ชั่วโมง/คืน (เฉลี่ย 7.31) ร้อยละ 50.76

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาและโรงพยาบาลศรีรัชัญญา ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างการตอบคำถามสามารถแจ้งเพื่อยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผล ข้อมูลจากการวิจัยถือเป็นความลับ นำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยที่เกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถ

สอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุที่เริ่มแสดงอาการ ระยะเวลานอนหลับ (จำนวนชั่วโมง) ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นคำถามปลายเปิด แปรผล 3 ระดับ คือ ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย < 6 ชั่วโมง/ คืน) ระดับปกติ (6.5-8.5 ชั่วโมง/ คืน) ระดับมาก (≥ 9 ชั่วโมง/คืน) (Gruber et al., 2009)

ส่วนที่ 2 คือ แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai version; MMSE-Thai 2002) (กระทรวงสาธารณสุขสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542) จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม ทบทวนการรับรู้เรื่องเวลา สถานที่ ความจำ ความใส่ใจ การเรียกชื่อ การพูดตาม การทำตามเสียงพูด การทำตามคำเขียน การเขียน การมองโครงสร้าง คะแนนต่ำถือว่าบกพร่องขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา ถ้าไม่ได้เรียนหนังสือ/อ่าน-เขียนไม่ได้ (จุดตัด ≤ 14) ระดับประถมศึกษา (จุดตัด ≤ 17) ระดับสูงกว่าประถมศึกษา (จุดตัด ≤ 22) เป็นเครื่องมือมาตรฐานได้ผ่านการทดสอบและเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการทดสอบความตรงตามเนื้อหา แต่ทดสอบความเที่ยงได้เท่ากับ .94

ส่วนที่ 3 คือ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม บุญพา ณ นคร (2538) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) เพื่อประเมินความรู้สึกได้รับความช่วยเหลือ จำนวน 25 ข้อ ได้แก่ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการช่วยเหลือด้าน

การเงินและสิ่งของ และการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ประเมินค่า 5 ระดับ คือ 1 น้อยสุด ถึง 5 มากสุด การตรวจสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .88 และค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94

ส่วนที่ 4 คือ แบบสอบถามการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (The Functioning Assessment Short Test- FAST) ของ Rosa et al. (2007) จำนวน 24 ข้อ พัฒนาจากเครื่องมือประเมินการทำหน้าที่โดยรวม ด้านจิตใจ สังคม และการงานอาชีพ (The Global Assessment Functioning Scale) เครื่องมือ FAST วัดการทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วโดยเฉพาะ มีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเอง ความสามารถในการทำหน้าที่ที่งาน ความสามารถในการคิดรู้ การใช้จ่ายเงิน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการใช้เวลาว่าง เป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับ ผู้วิจัยแปลภาษาโดยวิธีแปลย้อนกลับร่วมกับการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญทางภาษาไทย-อังกฤษ 2 ท่าน และนำมาปรับร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วนำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .875 และค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยพบพยาบาลเพื่อชี้แจงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 9 มีนาคม – 12 เมษายน 2554 โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 132 คน และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามพบว่าสมบูรณ์ทุกฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ข้อมูลความบกพร่องในการรู้คิดและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ ระยะเวลาการนอนหลับ และความบกพร่องในการรู้คิด กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยใช้สถิติไคสแควร์ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุที่เริ่มแสดงอาการ และการสนับสนุนทางสังคม กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการทำหน้าที่โดยรวมระดับบกพร่องร้อยละ 60.61 และระดับปกติ ร้อยละ 39.39 โดยค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่บกพร่องสูงสุด คือ มีความพึงพอใจกับความสัมพันธ์ทางเพศ ($\bar{X} = 1.30, \pm SD = 1.02$) และค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่บกพร่องต่ำสุดคือ ดูแลความสะดวกตนเอง เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน สระผม ($\bar{X} = 0.11, \pm SD = 0.33$)

2. เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระยะเวลาการนอนหลับ ความบกพร่องในการรู้คิด อายุที่เริ่มแสดงอาการ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระยะเวลาการนอนหลับ ความบกพร่องในการรู้คิด อายุที่เริ่มแสดงอาการ และการสนับสนุนทางสังคมกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	
	χ^2	r
เพศ	-1.4	
ระยะเวลาการนอนหลับ	0.39*	
ความบกพร่องในการรู้คิด	0.22*	
อายุที่เริ่มแสดงอาการ		0.26*
การสนับสนุนทางสังคม		0.64*

* p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการทำหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับบกพร่องร้อยละ 60.61 เนื่องจากการดำเนินโรคมียังระยะซึมเศร้าและระยะครั่นเครงสลับเป็นช่วงๆ และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงร้อยละ 80-90 (Hilty et al., 1999) ซึ่งในการกลับเป็นซ้ำในแต่ละครั้งทำให้การฟื้นคืนสภาพในสภาวะปกติของผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ (Kebede, et al., 2006; Goldberg, Harrow, & Grossman, 1995) โดยเฉพาะการทำหน้าที่ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่าเป็นปัญหาทั้งในการทำงานและครอบครัว ผู้ป่วยมักมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน คู่สมรส เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าบกพร่องในเรื่องความพึงพอใจกับความสัมพันธ์ทางเพศมากที่สุด ($\bar{X} = 1.30$, $SD = 1.02$) อาจเป็นผลจากการรับประทานยาควบคุมอารมณ์อย่างต่อเนื่อง เช่น lithium หรือ risperidone หรือยาอื่นๆ ที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์แก่ผู้ป่วย บางรายให้มีความต้องการทางเพศลดลงเกิดความบกพร่องทางเพศ (รัชชชัย ลิพหานาจ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549) ส่วนการทำหน้าที่เรื่องดูแลความสะอาดตนเอง เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน สระผมมีความบกพร่องต่ำสุด ($\bar{X} = 0.11$, $S.D. = 0.33$) แสดงว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในเรื่องของการทำกิจวัตรประจำวัน อาจเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพของตน และอยู่ในระยะสงบเป็นเวลานาน (Strakowski, et al., 2000) จึงทำให้สามารถดูแลการทำกิจวัตรประจำวันได้เป็นอย่างดี

3. เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐานวิจัย อาจเนื่องจากปัจจุบันมีการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพได้แก่ การรักษาด้วยยาที่มีผลข้างเคียงน้อยและการรักษาด้วยจิตบำบัดและการให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตและจัดการกับอาการเตือน ส่งผลถึงประสิทธิภาพการรักษาดีขึ้น (Colom & Lam, 2005) ประกอบกับผู้ป่วยหญิงและชายในปัจจุบันสามารถทำงานและดูแลตนเองได้ จึงใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้เหมือนผู้อื่นซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nolen, et al. (2004) แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Robb, Young, & Cooke (1998) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพศหญิงในระยะอารมณ์ปกติมีการทำหน้าที่ต่ำกว่าเพศชาย

4. อายุที่เริ่มแสดงอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .258$) เป็นไปตามสมมติฐานวิจัย อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอายุที่เริ่มแสดงอาการตอนอายุน้อยสัมพันธ์กับการทำหน้าที่อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่สามารถเข้าใจกับการเจ็บป่วยและการรักษาทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันบกพร่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Suzanne (1999) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่มีอายุที่เริ่มแสดงอาการอยู่ในช่วง 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.47 อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการแสดงชัดเจนในช่วงอายุน้อยทำให้การดำเนินโรคเป็นระยะเวลานาน การเสื่อมสภาพหรือการบกพร่องในการทำหน้าที่

จึงเพิ่มขึ้น (Oostervink, Boomsma, & Nolen, 2009)

5. **ระยะเวลาการนอนหลับ** มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .392$) เป็นไปตามสมมติฐานวิจัย อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีระยะเวลานอนหลับน้อยมีการทำหน้าที่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Russell & Browne (2005) ที่พบว่าระยะเวลาการนอนหลับที่เพียงพอของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีส่วนช่วยปรับอารมณ์ให้คงที่อยู่ในภาวะสงบของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้นานขึ้น และพบว่าระยะเวลาการนอนหลับ 6.5-9 ชั่วโมง/คืน เป็นระยะเวลาการนอนหลับที่เพียงพอและสอดคล้องกับงานวิจัยของ Gruber et al. (2009) ทั้งนี้เนื่องจากการนอนหลับมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ถ้าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีระยะการนอนหลับน้อยกว่าปกติเป็นเวลา 7-10 วัน จะส่งผลให้การทำหน้าที่ในชีวิตบกพร่อง (Kaneita et al., 2007)

6. **ความบกพร่องในการรู้คิด** มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .218$) เป็นไปตามสมมติฐานวิจัย อภิปรายได้ว่า การรู้คิดเป็นความสามารถเกี่ยวกับการทำงานของสมอง เช่น ความจำ ความเข้าใจ การใช้ภาษาหรือการตัดสินใจต่างๆ และมีแนวโน้มส่งผลถึงการทำหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Martinez-Aran et al. (2007) ที่พบว่า ความบกพร่องในการรู้คิดของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในส่วนของความจำและการคิดแก้ปัญหา

ซึ่งการรู้คิดเป็นตัวแปรตัวหนึ่งที่ทำนายผลลัพธ์ในการทำหน้าที่ระยะยาวของผู้ป่วย (Bonnin et al., 2010) อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการสงบจึงทำให้มีการรู้คิดอยู่ในระดับปกติเป็นส่วนใหญ่

7. **การสนับสนุนทางสังคม** มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .644$) เป็นไปตามสมมติฐานวิจัย อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยหรือบกพร่อง จะมีการทำหน้าที่อยู่ในระดับต่ำ และหากผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีการทำหน้าที่อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Rosenfarb et al. (2001) และ Martinez-Aran et al. (2007) ที่พบว่าคนที่สมาชิก ในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยรับฟังและช่วยจัดการกับความเครียดและปัญหาของผู้ป่วย มีส่วนสำคัญในการป้องกันการเกิดอาการของโรคกลับเป็นซ้ำ นั่นคือ การสนับสนุน ช่วยเหลือ ดูแลจากสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยกลุ่มนี้นอกจากนั้น การศึกษาของ Weinstock & Miller (2010) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรตระหนักถึงการพยาบาลที่ส่งเสริมการทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีการทำหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับ

บกพร่อง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้นาน ดังนั้นจึงควรให้การดูแลรักษาพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีสุขภาวะ ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน โดยการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนในด้านการประเมินการทำหน้าที่ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองก่อนกลับสู่ชุมชน รวมทั้งให้การปรึกษาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส เป็นต้น เนื่องจากการทำหน้าที่มีผลต่อระยะเวลาและความสุขในการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนของผู้ป่วย

2. ควรมีการนำไปสร้างแนวปฏิบัติหรือพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยเฉพาะในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมที่ดีในการกลับไปอยู่ในสังคมและการวางแผนจำหน่ายซึ่งการเตรียมญาติในการสนับสนุนช่วยเหลือทั้งด้านอารมณ์ ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล รวมทั้งด้านการเงินและการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

3. จากผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังนั้นพยาบาลควรสร้างความตระหนัก ส่งเสริมและสนับสนุน ให้แก่ผู้ดูแลในเรื่องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจและสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข

4. จากผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาการนอนหลับเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรค

อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีระยะเวลาการนอนหลับที่เพียงพอและเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้เป็นปกติ

5. ควรนำปัจจัยอื่นๆ เช่น อาการเตือนก่อนอาการกลับเป็นซ้ำ การจัดการกับอาการด้วยตนเอง และตัวแปรอื่นๆ โดยไม่ต้องคำนึงถึงตัวแปรเพศ เนื่องจากไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ เพื่อนำผลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ในระดับปกติ

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการนำผลศึกษาที่ได้ครั้งนี้ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมสำหรับการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้อยู่ในระดับปกติ มีการจัดกระทำกับตัวแปรระยะเวลาการนอนหลับที่มีความสัมพันธ์ปานกลางกับการทำหน้าที่และการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์สูงกับการทำหน้าที่ โดยไม่ต้องคำนึงถึงตัวแปรเพศหญิงหรือเพศชาย

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนที่มีความบกพร่องในการรู้คิด โดยปรับเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อหาความสัมพันธ์ของความบกพร่องในการรู้คิดกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา และอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้

กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันมีคุณค่า ชี้นำแนวทาง ด้วยความเอาใจใส่ ให้กำลังใจ เป็นแรงผลักดัน ให้เกิดความสำเร็จ ขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบัน จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา คณะแพทย วิทยาลัย และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ตลอดจนผู้ เกี่ยวข้องที่มีได้เอื้อนามในที่นี้ทุกท่านสำหรับ ความช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัย

รายการอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2542). คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย. (2542). *แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002*. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- รัชชัย ลิฬหานาจ และ สรยุทธ วาสิกนันท์. (2549). *ตำราไบโพลาร์*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- บุญพา ณ นคร. (2538). การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. *วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์*, 15 (2), 39-48.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2551). *รายงานสถิติประจำปี 2551*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2552). *รายงานผลการปฏิบัติงานปีงบประมาณ 2548-2552*. กรุงเทพมหานคร: งานเวชสถิติ ศูนย์สารสนเทศ.
- 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.
- 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.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314.
- Colom, F., & Lam, D. (2005). Psychoeducation: Improving outcomes in bipolar disorder. *European Psychiatry*, 1-13.
- 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.
- 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.
- 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.
- Hilty, D. M., Brady, K. T., & Hales, R. E. (1999). A review of bipolar disorder among adults. *Psychiatric Service*, 50, 201-213.
- 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.
- 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.
- Kumar S., & Frangou S. (2010). Clinical implications of cognitive function in bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, 1(3), 85-93.
- 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.
- Lemeshow, S. H., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. W. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. New York: John Wiley & Sons.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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, 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 Clinic Psychiatry*, 61(13), 38-41.