

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจากตำรา 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 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
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

อรพรรณ ลีอนุชวณิช (2549) กล่าวว่า บุคคลที่มีอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คือ บุคคลที่มีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด โดยแสดงออกถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ (depressive) อาจแสดงอาการเศร้ามาก ร้องไห้มาก ปฏิเสธสังคม อ่อนเพลีย หดหู่ใจ อยากตาย หรืออาจมีอารมณ์ครื้นเครง คลุ้มคลั่ง เร่งร่ามากกว่าปกติ (mania) หัวเราะโดยไม่มีเหตุผลตลอดเวลา หรืออาจมีอาการทั้งเศร้าและครื้นเครงมากในเวลาเดียวกัน หรือเวลาใกล้เคียงกัน พยาธิสภาพทางอารมณ์ส่งผลถึงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีพฤติกรรมแปลกๆ

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

ธวัชชัย ลิพหานาจ และสรยุทธ วาสิกันานนท์ (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 เพราะเชื่อว่าในที่สุดแล้วผู้ป่วยจะต้องป่วยด้วย 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 หรือภาวะเร่รัง สุนุกสนานมากผิดปกติ ไม่สมเหตุสมผล และจะมีอาการครื้นเครงเท่านั้น หรือเกิดมีอาการซึมเศร้าสลับกับเร่รัง

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 ผู้ป่วยมีอาการแมนีเอครั้งเดียวหรือมากกว่าหรือมีอาการผสม อย่างน้อย 1 สัปดาห์ อาการของผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงเร็ว เช่น เศร้า หงุดหงิดง่าย และกรีนเครงสนุกสนาน

2) Bipolar II disorder ลักษณะที่สำคัญคือ ผู้ป่วยมีหรือเคยมีอาการของภาวะซึมเศร้า 1 ครั้งหรือมากกว่า ในการวินิจฉัยโรคนี้ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการแมนีเอหรืออาการแบบผสม

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 เป็นช่วงที่แสดงอารมณ์สลับไปมาทั้งกรีนเครงและซึมเศร้า

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



สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
ห้องสมุดงานวิจัย
วันที่..... 7 สิงหาคม 2555.....
เลขทะเบียน..... 245647.....
เลขเรียกหนังสือ.....

1.3 สาเหตุของการเกิดโรค

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ทราบแต่เพียงว่าความผิดปกตินี้เกิดจากหลายปัจจัย ซึ่งจากหลายตำราและผลงานวิจัย (มาโนช หล่อตระกูล, 2548; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549; ธวัชชัย ลิพหานาจ และสรยุทธ วาสิกนันนท์, 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 จากการศึกษาการนอนหลับที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วคือ ผู้ป่วยจะมีระยะเวลาเริ่มหลับจนถึงการเกิดการเคลื่อนไหวของลูกตา (Rapid Eye Movement หรือ REM latency) ลดลง ซึ่งพบได้ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า การนอนหลับชนิด REM ในแต่ละคาบ (period) จะนานขึ้น ครั้งคืนแรกของการนอนหลับจะมีการหลับชนิด REM มากขึ้น การนอนหลับมักจะไม่ได้ติดต่อกันคือ หลับๆ ตื่นๆ เพิ่มขึ้น (ธวัชชัย ลิพหานาจ และสรยุทธ วาสิกนันนท์, 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 อย่างไรก็ดีตามยังไม่มียีนที่ชัดเจน (วัชชัย ลิพพานาจ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 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) ฟรอยด์เชื่อว่าสาเหตุของความเศร้าโศกเกิดจากความรู้สึกสับสนเรื่องสัมพันธภาพเกี่ยวกับความรัก และความขัดแย้งเกี่ยวกับตนเอง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

1.4 อาการและอาการแสดง อาการและอาการแสดงของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ อาการในระยะซึมเศร้า และระยะครั่นเครง ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

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

1.4.2 ระยะครั่นเครง ในระยะนี้ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะมีอารมณ์ครั่นเครง จะมีความรู้สึกมั่นใจในตนเองมาก อาจแสดงอาการหงุดหงิดเมื่อถูกขัดใจ แสดงพฤติกรรมในลักษณะเชิงแข่งขันมากกว่าปกติ ชอบพูดคุยสนุกสนานติดต่อกับบุคคลอื่นตลอดเวลา คิดเร็วเปลี่ยนแปลงความคิดตามสิ่งเร้า แต่มีความบกพร่องในการตัดสินใจ พุดรัวเร็ว เสียงดัง พุดจก้าวรัวเมื่อโกรธ พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม แต่งกายด้วยเสื้อผ้าสีฉูดฉาด นอนน้อย เคลื่อนไหวตลอดเวลาไร้จุดหมาย ใช้เงินเปลือง ชอบซื้อของมากกว่าปกติ คิดว่าตนเองเป็นใหญ่ รู้สึกว่ามีความสำคัญมากกว่าปกติ และในบางรายอาจมีอาการหลงผิดประสาทหลอน (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2528)

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

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

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

การเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความสัมพันธ์กับการคิดสารเสพติด และทำร้ายตนเอง (Elizabeth et al., 2009) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่คิดสารเสพติด เช่น แอลกอฮอล์ ทำให้การตอบสนองในการรักษาลดลง เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่การงาน การฟื้นฟูของอาการซ้าลง 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 สัมพันธภาพในครอบครัวในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการ κρίนเครงหรือซึมเศร้า ในระยะที่แสดงอาการในระดับรุนแรง ผู้ป่วยจะควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ ครอบครัวเป็นกังวลเกี่ยวกับสัมพันธภาพของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่บกร่อง การใช้จ่ายเงินทองที่มากเกินไปจนจำเป็นของผู้ป่วย และการแสดงพฤติกรรมจากอารมณ์ก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย ซึ่งครอบครัวต้องเฝ้าระวังและป้องกันมิให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองและผู้อื่น (Szmukler, 1996) นอกจากนั้นค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยมีต้นทุนสูงส่งผลกระทบต่อความเป็นภาระการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอาการของโรคมักจะกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 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 ไม่ต้องการพูดคุยพบปะทางสังคมและก่อให้เกิดปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งทำให้นายจ้างต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายถึงสองเท่าเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะซึมเศร้า (Laxman et al., 2008) ประเทศชาติต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่สามารถทำงานได้ และเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เนื่องจากในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการที่ไม่สามารถทำงานได้ หรือทำงานได้ประสิทธิภาพลดลง อีกทั้งพบผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่คิดสารเสพติดร่วมด้วยร้อยละ 50 ซึ่งเพิ่มอัตราเสี่ยงในการทำร้ายตนเองและทำร้ายผู้อื่น (George, 1998) เกิดปัญหากลายเป็นภาระต่อสังคม

1.6 การรักษา การรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ 3 แบบ ดังนี้

1.6.1 การรักษาด้วยยา ได้แก่ การรักษาด้วยยากลุ่ม 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 การรักษาทางด้านจิตเวชโดยใช้กระแสไฟฟ้าจำนวนจำกัดผ่านเข้าสมองในระยะเวลาจำกัดคือใช้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำ 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 บางรายที่ได้รับยาฟ่อนคลายกล้ามเนื้อเกิดขนาด กล้ามเนื้อรอบกล่องเสียงจะหดตัว พบภาวะหยุดหายใจได้ 0.1-0.2 ต่อประชากร 10,000 คน (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยานุช, 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 พยาบาลต้องอาศัยการสังเกตและดูพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีการอธิบายเกี่ยวกับธรรมชาติและวิธีการรักษาให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างเคร่งครัด แนะนำให้ผู้ป่วยมีกิจวัตรประจำวันตามปกติ นอนหลับได้ตามเวลา และการปรับตัวต่อผลกระทบทางจิตใจและสังคมซึ่งเกิดจากการเจ็บป่วย รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมทางสังคม และสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน และผู้ร่วมงาน เป็นการปรับเปลี่ยนแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวันให้สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

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

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

1.7.2 การวินิจฉัยการพยาบาลจากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น อาจพบปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (อำเภอพรรณ 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 ยึดหลักในการป้องกันอันตรายสำหรับผู้ป่วยอารมณ์เศร้าที่มีแนวโน้มในการทำร้ายตนเอง และผู้ป่วยอารมณ์ครุ่นเครงมากผิดปกติในการทำร้ายผู้อื่นจากการควบคุมตนเองไม่ได้ (Bauer, 2001) มีการใช้เทคนิคการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และการให้การพยาบาลโดยให้ข้อมูลเรื่องการบริหารยา และเฝ้าระวังและดูแลเมื่อเกิดอาการเตือน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Jones & Jones, 2008) ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ และการดูแลตนเอง ส่งเสริมการนอนหลับให้เพียงพอ ให้คำปรึกษาหาแนวทางลดภาวะเครียดต่อครอบครัว และผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดำรงชีวิตในสังคม รวมถึงการแนะนำแหล่งบริการสุขภาพที่สะดวกต่อผู้ป่วยหลังจำหน่าย โดยใช้การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา การบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการใช้ครอบครัวบำบัด การพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องคำนึงถึงวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล ครอบครัว และสังคม (Wang et al., 2009)

1.7.5 การประเมินผล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล โดยพิจารณาหลังทำกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการบำบัดว่าบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ (อรพรรณ ถิ่นบุญรัชชัย, 2549)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความจำเป็นที่จะต้องใช้การปฏิบัติการพยาบาลจากพยาบาลผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อีกทั้งควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่และนำไปประยุกต์ใช้เพื่อคงสภาพการทำหน้าที่และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อไปในอนาคต

2. แนวคิดการทำหน้าที่

2.1 ความหมายของการทำหน้าที่

การทำหน้าที่ เป็นคำที่มีความหมายกว้างๆ มีความซับซ้อน บทบาทการทำหน้าที่ที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพ มีผู้ให้ความหมายของการทำหน้าที่ (functioning) ไว้หลากหลายดังนี้

Ann (1997) ให้ความหมายของการทำหน้าที่ว่าเป็นสถานะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั่วไป และเป็นความสามารถแสดงบทบาทของการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในสังคม ซึ่งเป็นการวัดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพมากกว่าการดำเนินของโรค

Rosa และคณะ (2007) ได้กล่าวถึงการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเวชว่าเป็นปัญหาหลักในการดำเนินชีวิต 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) กล่าวถึงการทำหน้าที่ว่าเป็นความสามารถในการทำงาน และแสดงบทบาทของตนเองต่อครอบครัว และสังคมได้

Banerjee (2010) ได้ให้ความหมายการทำหน้าที่ไว้ว่าเป็นการดำเนินชีวิตของบุคคลโดยสามารถทำกิจวัตรประจำวันของบุคคล, มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และสามารถประกอบอาชีพได้

สรุปการทำหน้าที่ (functioning) หมายถึง ความสามารถในการแสดงพฤติกรรมในการดำรงชีวิตการงานและแสดงบทบาทของตนเองครอบครัวและสังคมของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการงาน (Work functioning) เช่น การประกอบอาชีพ การทำหน้าที่ด้านสังคม (Social functioning) เช่น การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำหน้าที่ด้านครอบครัว (Family functioning) เช่น การมีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้จัก (Cognitive functioning) เช่น ความสามารถเกี่ยวกับความจำ เป็นต้น

2.2 องค์ประกอบของการทำหน้าที่

การทำหน้าที่ (Functioning) ประกอบด้วย การทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม การทำหน้าที่ด้านร่างกาย ได้แก่ การมีกิจกรรม และการมีส่วนร่วม และการทำหน้าที่ทางด้านจิต

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 ชื่อของด้วยตนเอง หรือทำงานง่ายๆได้

2) การทำหน้าที่ในการประกอบอาชีพการงาน (Occupational functioning) เป็นการคงสภาพการเป็นลูกจ้าง หรือเป็นความสามารถในการทำงานเพื่อสร้างรายได้ จากงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วว่างงานร้อยละ 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) เป็นการแสดงกิจกรรมตามความสนใจในเวลาทีนอกเหนือจากการทำงาน เช่น การออกกำลังกาย

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

1) การทำหน้าที่การทำงาน (Work functioning) เป็นการประกอบอาชีพการทำงานเพื่อสร้างรายได้ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการทำหน้าที่ในการประกอบอาชีพการทำงาน (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 การประกอบอาชีพการทำงาน

3) ความใส่ใจในการทำงาน (Concentration) เพราะหากไม่มีความใส่ใจในการทำงาน ย่อมไม่สามารถทำหน้าที่ด้านกรงานได้ประสบผลสำเร็จ

4) การตอบสนองต่อสถานการณ์ (Decompensation) เช่น การขว้างปาสิ่งของเมื่อเกิดความเครียด หรือ เดินหนีเมื่อไม่พอใจ

Banerjee (2010) กล่าวถึงแนวคิดการทำงานที่ของบุคคล เป็นความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของบุคคล ได้แก่ การอาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน รับประทานอาหาร และการดูแล สุขภาพด้วย สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น และสามารถทำหน้าที่การทำงานได้ 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 และโรงเรียน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่น คู่สมรส บุตร เพื่อน และผู้ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน 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 และการทำหน้าที่ด้านการงานอาชีพ 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

ศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการระยะครั้นเครง 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) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 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 มีการทำหน้าที่ระดับต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีสุขภาพจิตปกติ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วชนิด II มีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่ำกว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วชนิด I

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

2.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วย โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความถี่ของ ระยะการดำเนินของโรคกลับเป็นซ้ำพบได้มาก ผลของการกลับเป็นซ้ำทำให้การทำหน้าที่บกพร่อง (Gitlin et al., 1995) ส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม และในฐานะพยาบาลจิตเวช จึงควรเข้าใจความหมาย 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 ลิพหานาจ และ สรยุทธ วาสิกนนานนท์, 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 ทำให้เกิดการทำหน้าที่ลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุเริ่มแสดงอาการล่าช้า (อายุ \geq 50ปี) (Oostervink, Boomsma, & Nolen, 2009) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Suzanne (1999) ที่พบว่าหากอายุเริ่มต้นเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วยิ่งน้อยจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรม

ประจำวันและการทำหน้าที่ที่งานลดลง (Suzanne, 1999) ซึ่งผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีจำนวนครั้งในการแสดงอาการกำเริบ หรือจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น จะทำให้การทำหน้าที่ลดลง (Sanchez-Moreno et al., 2009) และระยะเวลาในการนอนหลับของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คือระยะเวลาในการนอนหลับที่น้อยกว่า 3 ชั่วโมงจะส่งผลต่ออารมณ์ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 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 และปฏิกริยาร่วมกันของยา ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ใช้ยาร่วมกันหลายชนิด และได้รับผลข้างเคียงของยามาก จะทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง (Martinez-Aran et al., 2007)

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

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 ซึ่งอาจเกิดจากเพศหญิงมีพื้นอารมณ์ที่อ่อนแอกว่าเพศชาย เมื่อมีสิ่งกระตุ้น พื้นอารมณ์ที่อ่อนแอจะทำให้เกิดความขัดแย้ง กระตุ้นอารมณ์ ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค และทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง (วัชชัย ลีพพานาจ และ สรยุทธ วาสิกนานนท์, 2549) ดังนั้นเพศจึงเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

3.2.1.2 อายุที่เริ่มแสดงอาการของโรค (Age of onset) อายุที่เริ่มแสดงอาการของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเป็นปัจจัยทางคลินิกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วย (Sanchez-Moreno et al., 2009) หมายถึง อายุที่พบอาการของโรคหรือเริ่มแสดงอาการของโรค (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิชย์, 2539) การศึกษาอายุที่เริ่มแสดงอาการของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบหลากหลาย ได้แก่ โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมักเริ่มเป็นก่อนวัยกลางคน บางรายเริ่มเป็นตั้งแต่อายุน้อยกว่า 20 ปี แต่บางรายเริ่มเป็นหลังอายุ 40 ปี (สเปญ อุ่นองค์, 2552) อายุเริ่มต้นเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเฉลี่ย 25 ปี (Franco, 2000) ผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองขั้วพบได้ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย ส่วนมากมีอาการครั้งแรกระหว่างอายุ 15-24 ปี ตามงานวิจัยของประชาชนจีนในไต้หวันส่วนใหญ่อายุเริ่มต้นในการเป็นโรคอารมณ์แปรปรวน-สองขั้วคือ อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 ปี (Shang-Ying, Ju-Chin, and Chiao-Chicy, 1999) แต่บางรายอาจมีอาการเมื่ออายุ 50-60 ปี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชย์, 2544) บางงานวิจัยพบว่าส่วนใหญ่จะเริ่มเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเมื่ออายุ 15-19 ปี รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 20-24 ปี และจะกลับเป็นซ้ำทั้งในระยะซึมเศร้าและพัฒนาเป็นระยะครั่นคร้างอย่างต่อเนื่องเมื่ออายุมากกว่า 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) เช่นเดียวกับงานวิจัยที่พบว่าหากอายุเริ่มต้นเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วยิ่งน้อยจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและการทำหน้าที่ที่การงานลดลง (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) ในช่วงอายุน้อยๆในการเริ่มต้นเป็นโรคและตลอดระยะเวลาที่ผ่านมามีการเข้ารับการรักษาเป็นช่วงๆอย่างต่อเนื่องยาวนาน พบว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบเกิดปัญหาสัมพันธภาพ การตัดสินใจไม่ดี ทำให้เปลี่ยนแปลงงานบ่อยครั้ง ส่งผลให้มีอัตราเสี่ยงในการติดยาและฆ่าตัวตายสูง (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 ช่วงระยะเวลาที่บุคคลไม่รู้ตัวซึ่งอาจถูกรบกวนด้วยการสัมผัสทางประสาทหรือสิ่งกระตุ้นอื่นๆ

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 อากานอนไม่หลับจากโรคทางกาย (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 ความผิดปกติของการนอนหลับซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกับการเสพยาหรือขาดสารเสพติด (สมภพ เรืองตระกูล, 2550) ซึ่งมีการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์จำแนกโรคแบบสากล

ครั้งที่ 10 (ICD-10) ลงรหัส สารที่เหี่ยวนำไปเกิดการนอนหลับผิดปกติ 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 ยอดไชย, 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 และความผิดปกติในการทำหน้าที่ของร่างกายในเวลากลางวัน มีมาตรา 4 ระดับ ให้ค่าคะแนน 0-3 คะแนน 0 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับดี 3 คะแนน

หมายถึง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 – 21 คะแนน เกณฑ์การประเมินคิดจากคะแนนรวม หากคะแนนร่วมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 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) ดังนั้นระยะเวลาการนอนหลับที่เพียงพอของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีส่วนช่วยปรับอารมณ์ให้คงที่อยู่ในภาวะสงบของโรคอารมณ์แปรปรวนได้นานขึ้น (Russell & Browne, 2005) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการนอน-หลับกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

3.2.2 ความบกพร่องในการรู้คิด

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

Carayannis (2000) กล่าวว่า ความบกพร่องในการรู้คิด หมายถึง ความบกพร่องในกระบวนการคิด ตระหนักรู้ของบุคคล ได้แก่ การจำ การคิด การรู้สึกรู้ใจ 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

วรพรรณ เสนาณรงค์ (2550) กล่าวถึงการทำงานของสมองทั้ง 5 ด้านหลัก ร่วมกับอารมณ์ จนเกิดเป็นพฤติกรรม ประกอบด้วย

- 1) ความสามารถในการใส่ใจและต้านทานสิ่งกระตุ้นภายนอกได้ในระยะเวลาหนึ่ง
- 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 ความสามารถในการคิดแปลสำนวนหรือคำพังเพย

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 คิดคะแนนรวมได้จากค่าเฉลี่ยของจำนวนความคิดแต่ละเรื่อง (McGuir & Batchelor, 1998)

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

3) Visual Reproduction เป็นการทดสอบความจำจากการมองเห็น โดยคิดทบทวนย้อนกลับในเวลาไม่นาน เช่น ทันทีที่มองเห็น 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 สลับกันเรียงแถวครั้งละ 10 ใบ ให้จำและจับคู่รูปภาพที่มี

ความแตกต่างของสี รูปร่าง และจำนวน หลังจากนั้นสลับแถวอีกครั้ง (Greve, Stickler, 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 ซึ่งสามารถใช้ประเมินความผิดปกติในการรู้คิดอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Zubieta Jon-Kar, Huguelet 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 ภัทรายุทธวรรณ์, 2548) ได้แก่

1) The Mini-Mental State Examination (Lerner, 2008) เป็นแบบประเมินการทำงานของสมอง ใช้ประเมินความรุนแรงของความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านความรู้คิด และบ่งบอกถึงสถานะสมองเสื่อมเบื้องต้น 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 และไม่มีการตัดข้อคำถามเดิมทั้งหมด 11 ข้อ ประกอบด้วย การทดสอบการรับรู้เรื่องเวลา สถานที่ ความจำ ความใส่ใจ ความ การเรียกชื่อ พูดยตาม การทำตามเสียงพูด ทำตามคำเขียน การเขียน และการมองโครงสร้าง ซึ่งคิดค่าคะแนนตามระดับการศึกษา หากผู้ถูกทดสอบไม่ได้เรียนหนังสือมีคะแนนเต็มเท่ากับ 23 คะแนน เนื่องจากไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10 ถ้าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด หากผู้ถูกทดสอบศึกษาระดับประถมศึกษา มีคะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน ถ้า คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด และหากผู้ถูกทดสอบศึกษาระดับสูงกว่าศึกษามีคะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน ถ้าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด

3) Neurobehavioral Cognitive Status Examination (NCSE) เป็นเครื่องมือประเมินความบกพร่องในการรู้คิดที่เหมาะสมกับวัยผู้ใหญ่ โดยประเมินระดับการทำหน้าที่ของสมอง 5 ด้าน ได้แก่ ภาษา การเข้าใจ ความจำ การคิดคำนวณ และการคิดวิเคราะห์ห้อย่างมีเหตุผล 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 ไล่เลิศ (2536) ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม คือ การรับรู้ ความจำ ความใส่ใจ 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 ส่วนเครื่องมือประเมินความสามารถในการรู้คิดเฉพาะด้าน เช่น เครื่องมือประเมินความจำเรื่องราว (WMS-R), เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่คิดและตัดสินใจ การใช้เหตุผลเชิงนามธรรม และความสามารถในการเปลี่ยนความคิดเมื่อมีเงื่อนไขเปลี่ยนแปลง (Wisconsin Card Sorting Test) เป็นต้น เป็นเครื่องมือสำหรับนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ใช้ในการประเมินการรู้คิดในแต่ละด้าน เนื่องจากผู้ใช้เครื่องมือเหล่านี้จำเป็นต้องผ่านการอบรมฝึกฝนจากผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยาคลินิก ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้จึงเลือกใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai version 2002)

ความสัมพันธ์ระหว่างความบกพร่องในการรู้คิดกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การรู้คิดเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งในการทำหน้าที่ทางจิตสังคม (Ferrier et al., 1999) หากมีความบกพร่องในการรู้คิดจะส่งผลถึงการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วชนิด I (Zubieta et al., 2001) ซึ่งผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมากกว่าผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไป (Schneider, Candiago, Rosa, Cereser, & Kapczynski, 2008) และไม่ว่าจะบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านใด รวมถึงการรู้คิดในผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะมีส่วนสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคเพิ่มขึ้น (Goldstein et al., 2009) ความบกพร่องในการรู้คิดของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในส่วนของความจำและการคิดตัดสินใจแก้ปัญหา (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 การช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่ทำให้รับรู้ว่าจะได้รับความรัก เอาใจใส่ ยอมรับ และไว้วางใจ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ใกล้ชิดผูกพันกัน

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

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

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 เงินทอง 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 เป็นความรู้สึกได้รับการยอมรับ เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งแบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ระบบ คือ

1) ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ (Nature social support system) ได้แก่ ครอบครัว

2) ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (Peer support) เป็นการสนับสนุนจากบุคคลที่มีประสบการณ์ และมีความสัมพันธ์ติดต่อกัน

3) ระบบสนับสนุนด้านศาสนา (Religious organization) เป็นแหล่งที่ผู้ป่วย แลกเปลี่ยนความเชื่อในการดำเนินชีวิต

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) การวัดด้านโครงสร้างของการสนับสนุนทางสังคม (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) พัฒนาขึ้น โดย Cohen & Hoberman (Cohen et al., 2000) เพื่อวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ สิ่งของ สัมพันธภาพ และความมีคุณค่าในตนเอง 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 การช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่ทำให้รู้สึกว่าได้รับความรัก เอาใจใส่ ยอมรับ และไว้วางใจ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ใกล้ชิดผูกพันกัน การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า (Esteem Support) ตามแนวคิดของ Cobb (1976) ได้แก่ การที่บุคคลรู้ว่าตนเองได้รับการยอมรับ มีผู้อื่นมองเห็นคุณค่า และรู้สึกมั่นใจในตนเอง การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Support or Network Support) ตามแนวคิดของ Cobb (1976) ได้แก่ การที่บุคคลรู้ว่าตนเองเป็นสมาชิก หรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร (Information support) ตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ได้แก่ การให้ความรู้ และคำแนะนำต่างๆ และการสนับสนุนด้านสิ่งของหรือการบริการ (Tangible support) ตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ได้แก่ การช่วยเหลือทางด้านสิ่งของ เงินของ หรือแรงงาน ประกอบด้วยข้อคำถามเพื่อประเมินความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆที่มีความหมายทางบวก ทั้งหมด 25 ข้อ ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ และผ่านการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .88

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

คะแนนเฉลี่ย และตรวจสอบได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของการสนับสนุนทางสังคมกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เท่ากับ 0.74

6) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของอรอนงค์ สารระทำ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2551) ซึ่งนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประเมินกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี มีข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .93 และนฤมล คมกล้า (2553) ได้ปรับแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมนี้ให้เหมาะสมกับกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ ได้ปรับข้อคำถาม มีจำนวน 16 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .70 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 30 ราย และโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 158 ราย เท่ากับ .97 และ .94 ตามลำดับ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกเครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ บุญพา ณ 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) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการนอนหลับกับอาการเดือนของผู้ป่วยนอกที่เป็น โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ววัยผู้ใหญ่ จำนวน 101 คน โดยสัมภาษณ์ระยะเวลาการนอนหลับเฉลี่ยต่อวันในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่า ระยะเวลาในการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คือ ระยะเวลาในการนอนหลับที่น้อยกว่า 3 ชั่วโมงจะส่งผลต่ออารมณ์ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และระยะเวลาการนอนหลับที่มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงมีความเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ซึ่งระยะเวลาการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และเป็นอาการเดือนการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

Laxman, Lovibond and Hassan (2008) ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบในสถานที่ทำงานของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีบทบาททางสังคมเปลี่ยนแปลงไปในด้านการทำงาน มีสัมพันธภาพไม่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ไม่ใส่ใจในงานเหมือนปกติ การทำหน้าที่ของตนไม่เหมาะสมกับค่าจ้างที่ได้รับ เช่น จากการทำงานที่ผู้ป่วยตัดสินใจบกร่อง เนื่องจากมีการทำหน้าที่ทางสังคมและบทบาทประจำวันของผู้ป่วยบกร่อง บางรายถึงขั้นตงงานจนเป็นภาระต่อผู้ดูแล ครอบครัว และสังคม

Gruber et al. (2009) ศึกษาความสัมพันธ์ของระยะเวลาการนอนหลับที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ การทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีระยะเวลาการนอนหลับที่สั้นกว่าหรือยาวกว่าปกติมีความสัมพันธ์กับการแสดงอาการของโรคที่รุนแรงมากขึ้น ทำให้การทำหน้าที่บกร่อง ลดคุณภาพชีวิต โดยใช้เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ด้วยแบบประเมินการทำหน้าที่ The Global Assessment of Functioning Scale (GAF) ประเมินการทำหน้าที่ด้านจิตใจ การทำหน้าที่ด้านสังคม และการทำหน้าที่ด้านการงานอาชีพ และประเมินความบกร่องในการทำหน้าที่ด้วยแบบประเมิน 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 พบความบกร่องในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีระยะเวลาการนอนหลับสั้นกว่า มีความบกร่องในการทำหน้าที่มากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการนอนหลับปกติและระยะเวลาการนอนนานกว่าปกติ 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 การทำหน้าที่ด้านแรงงาน การทำหน้าที่ด้านสังคม การทำหน้าที่ด้านครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

Suto, Murray, Hale, Amari, & Michalak (2010) ศึกษากลยุทธ์ในการฟื้นฟูสภาพการทำงานที่และภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 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 กลยุทธ์ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสามารถฟื้นฟูสภาพการทำงานที่ให้ภาวะการมีสุขภาพจิตนั้น คือ การประเมินการทำงานที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพื่อนำไปใช้วางแผนดูแลในด้านการนอนหลับ พักผ่อน การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การรับรู้สัญญาณเตือนล่วงหน้า การกำหนดแผน แบบฝึกหัดให้ทบทวนได้ตรง ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และสัมพันธภาพกับผู้อื่น

5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

