



วารสาร

การพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา

Nursing Public Health and Education Journal

ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2561 ISSN 2651-1908

แนวทางระบบส่งต่อการดูแลเด็กปฐมวัยระหว่างครอบครัว โรงเรียน และโรงพยาบาลในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 2 ปี

* เดชา ทำดี, เนตรทอง นามพรม, จุฑามาศ ไชยบัง, พัชรี วรกิจพูนผล, อุษณีย์ จินตเวช

จริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง : มุมมองที่แตกต่าง

* วิยะดา รัตนสุวรรณ

การออกกำลังกายเพื่อชะลอความเสี่ยงของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

* ลักขณา ขอบเสียง

อาการและการจัดการอาการตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่มีพยาธิสภาพประสาทส่วนปลายเนื่องจากเคมีบำบัด

* ภาวินี อนุผาย, มณีนันท์ สุพรรณโมก, รัตนภรณ์ เนตรวงษ์อินทร์, รุ่งทิวา ไทศก, ลักษมี สุทา, วชิราธิ์ คันคร, วันเพ็ญ บุตะเคียน, วิมลศิริ สาสุข, นุสรา ประเสริฐศรี

ผลของการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากสามีต้อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

* ดลลักษณ์ ไรจน์นวล

การเจริญเติบโต พัฒนาการ และภาวะสุขภาพของเด็กต่ำกว่า 5 ปี ที่เกิดจากมารดาวัยรุ่น

* ณัฐติพร อันด้วง, สมศรี ทาทาน, นงนุช ปัญจธรรมเจริญ

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร

* ณัฐวรา เชื้อหมอ, รัชนิกร อุปเสน, ณัฏฐา สายเสวย

ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังตำบลบ้านต้อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

* สิริสุตา เตชะวิเศษ, ทักษิภา ชัยวรรัตน์, วิฑิตพร เรือนกุล

การวิเคราะห์การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย: กรณีศึกษาหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

* จำเนียร มาเนตร, เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล, อภิรติ นันทคุกวัดณ์

พฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น

* ทักษิภา ชัยวรรัตน์, วรินทร์ธร พันธวงศ์, สุภาภรณ์ นันตา

การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

* ไสภาพร พันธุ์ลาวัณย์, พงศ์พัชรา พรหมเผ่า, สมัยพร อาฮาล

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพและการบริหารสมองต่อคะแนนการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นของผู้สูงอายุในชุมชน อ.บ้านนาสาร จ.สุราษฎร์ธานี

* อารี พุ่มประไพทย์, สุระพรรณ พนมฤทธิ์, จุริภรณ์ เจริญพงศ์, ทัดติยา นครไชย

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย

* ยุทธนา แยกคาย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

* มุสนีย์ แก้วณีย์, วาณิตา สาเมาะ, ศุภวรรณ สีแสงแก้ว, เปรมฤดี คำรักษ์

พฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

* ธาณี กล่อมใจ, กนกภรณ์ อ่วมพรหมณ์

โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

* ทิพย์ ทอสุข, วิภา เพ็งเสียม



วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2561 ISSN 2651-1908

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

กำหนดการออกวารสาร

ทุกๆ 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)

มกราคม – เมษายน

พฤษภาคม – สิงหาคม

กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

312 หมู่ 11 ต.บ้านต้อม อ.เมือง จ.พะเยา 56000

โทรศัพท์ 0-5443-1779 โทรสาร 0-5443-1889

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.เวทิน นพนิตย์

ผู้อำนวยการ Professional Associates of Thailand

ดร.ธานี กล่อมใจ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

บรรณาธิการ

ดร.ทักษิภา ชัชรรัตน์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อาจารย์ฐิติพร เรือนกุล

เลขานุการ

อาจารย์จรรยา แก้วใจบุญ

อาจารย์สมศรี ทาทาน

อาจารย์อัมพร ยานะ

นางสาว ชนิดาภา อินตะมุด

นายเอกชัย หมั่นขัตติย์

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.ประวิต เอรารวรรณ์

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรัตน์ สิทธิสมบัติ

มหาวิทยาลัยเนชั่น

รองศาสตราจารย์ ดร. พรพนพิไล ศรีอาภรณ์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพล นธการกิจกุล

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมยศ ชิตมงคล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมานจิต ภิรมย์รัตน์

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

ดร.วิยะดา รัตนสุวรรณ

มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.ประจวบ แผลมหลัก

มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์

มหาวิทยาลัยเนชั่น

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ดร. สุชาดา อินทรกำแหง ณ.ราชสีมา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์

นครสวรรค์

ดร.จุไรรัตน์ ห้าวหาญ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ดร. ดาราวรรณ รองเมือง

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ดร.ดลนภา หงส์ทอง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ดร.กฤตพัทธ์ ฝึกฝน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ดร.ปรศนีย์ สมिति

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

สารบัญ

หน้า

● แนวทางระบบส่งต่อการดูแลเด็กปฐมวัยระหว่างครอบครัว โรงเรียน และโรงพยาบาล ในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 2 ปี	3
● จริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง : มุมมองที่แตกต่าง	14
● การออกกำลังกายเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	25
● อาการและการจัดการอาการตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่มีพยาธิสภาพประสาทส่วนปลาย เนื่องจากเคมีบำบัด	36
● ผลของการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากสามีต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์	47
● การเจริญเติบโต พัฒนาการ และภาวะสุขภาพของเด็กต่ำกว่า 5 ปี ที่เกิดจากมารดาวัยรุ่น	59
● ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร	72
● ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ตำบลบ้านต้อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา	84
● การวิเคราะห์การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย : กรณีศึกษาหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	96
● พฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น	107
● การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุม โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น	121
● ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพและการบริหารสมอต่อคะแนนการทดสอบสภาพ สมอเบื้องต้นของผู้สูงอายุในชุมชน อ.บ้านนาสาร จ.สุราษฎร์ธานี	134
● ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย	145
● ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา	156
● พฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล	171
● โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา	179



ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร

ณัฐรา เชื้อหมอ

รัชนิกร อุปเสน

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ณัฐรา สายแสวง

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร และศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการแฉะ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 168 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยเครื่องมือทั้งหมด 7 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา 3) แบบวัดอาการซึมเศร้า 4) แบบวัดอาการแฉะ 5) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 6) แบบสัมภาษณ์การจัดการกับอาการด้วยตนเอง และ 7) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อชุด 26 ตัวชี้วัด เครื่องมือทุกส่วนได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และมีความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือทุกชุด เท่ากับ .82, .81, .82, .94, .81 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบเข้านำตัวแปรเข้าทั้งหมด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 45.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม อายุ ระดับการศึกษา และอาการซึมเศร้า ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาในลักษณะการวิจัยเชิงทดลองในรูปแบบโปรแกรมจากปัจจัยดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา ส่งเสริม และปรับปรุงการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้มีกำลังใจ สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ด้วยการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความพึงพอใจในชีวิตตามอัตภาพของตนต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คุณภาพชีวิต



Predicting Factors Of Quality Of Life In Patients With Bipolar Disorder, Bangkok Metropolis

Natwara Chuemor

Ratchaneekorn Upasen

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Nattha Saiveoy

Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Abstract

The purposes of this descriptive research were: 1) to study the quality of life in patients with bipolar disorder in Bangkok Metropolis and 2) to determine the predictor of quality of life in patients with bipolar disorders, Bangkok Metropolis; age, education, substance abuse, side effects of antipsychotic drug, depressive symptoms, manic symptoms, social support and symptom self-management. Research subjects were 168 bipolar patients receiving mental health treatments in outpatient department. Selected by inclusion and exclusion criteria. Research instruments divided into 7 parts 1) Personal Data 2) Questionnaire on Adverse Effect of Medication for Bipolar Disorder and Schizophrenia 3) Montgomery Asberg Depression Rating Scale 4) Thai Mania Rating Scale 5) Social Support Scale 6) Symptom Management Measure 7) Quality of Life were questionnaire on adverse, effect of medication for bipolar disorder and schizophrenia, Montgomery Asberg depression rating Scale, Thai Mania Rating Scale, Social Support Scale, Symptom Management Measure (WHOQOL-BREF-THAI) which were tested for validity by 5 experts. The reliability of the scales with chronbach's alpha were .82, .81, .82, .94, .81 and .84 respectively. Data were analyzed by using mean, SD, and multiple regression. The results revealed that patients with bipolar disorders, Bangkok Metropolis had score on overall quality of life in the moderate level. Factors significantly predicted quality of life in bipolar patients, Bangkok Metropolis were social support, age, education and depressive symptoms, at the level of .05. These predictors were accounted for 45.2 percent ($R^2 = .452$, $p < .05$). The study suggests the use of experimental research program on such factors as the way to develop, support and improve the treatment process for encouraging and increasing happiness in social life of patients with bipolar disorder, based on their own healthy quality of life and life satisfaction.

Keywords : Predicting factor, Bipolar disorder, Quality of life



บทนำ

จากสภาพสังคมปัจจุบันที่มีการขยายตัวของเมืองใหญ่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประชากรส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในเมือง เพื่อการทำงาน การศึกษา การเข้าถึงบริการสุขภาพ และความสะดวกสบาย กรุงเทพมหานครเป็นเมืองหลวงของประเทศไทย มีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น การอยู่อย่างหนาแน่นของประชากรมีผลต่อสุขภาพจิตโดยตรง โดยผู้อยู่อาศัยต้องเผชิญกับความเครียดของสิ่งแวดล้อม ตั้งแต่การอยู่กันอย่างหนาแน่น อากาศเป็นพิษ กิจกรรมชีวิตประจำวัน ปฏิสัมพันธ์การอยู่กันอย่างใกล้ชิดของที่อยู่ในสังคม ลักษณะที่อยู่อาศัยที่เบียดเสียด รวมทั้งอุบัติการณ์ของการเกิดอาชญากรรมที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึก ต่อร่างกาย สิ่งเหล่านี้มีผลโดยตรงมีผลต่อสุขภาพจิต (Billie et al., 2012) จากผลสำรวจกรมสุขภาพจิตปี 2556 พบว่าประชาชนในกรุงเทพมหานครอายุ 18 ปีขึ้นไป ป่วยทางจิตและมีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 11.5 หรือประมาณ 520,000 คน และกรมสุขภาพจิตได้ประเมินว่า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจะเป็นปัญหาปัญหาสุขภาพจิตอันดับ 5 ที่สำคัญสำหรับอนาคตไทย (สินเงิน สุขสมpongและคณะ, 2559)

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีระดับของอารมณ์ที่ผิดปกติเป็นช่วงๆ ความผิดปกตินี้ประกอบด้วย อาการแหมเนีย มีอารมณ์ครื้นเครง ร่าเริงผิดปกติ รู้สึกมีเรี่ยวแรงและอยากทำกิจกรรมต่างๆ มาก (manic episode) ภาวะอารมณ์อีกแบบหนึ่ง คืออาการซึมเศร้าเศร้าผิดปกติ รู้สึกไม่มีเรี่ยวแรงและไม่อยากทำกิจกรรมอะไร (depressive episode) ลักษณะพิเศษของโรคนี้คือ อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นจนกลับมาเป็นปกติ ในช่วงเวลาระหว่างแต่ละระยะของโรค (ณัฐกร จำปาทอง, 2554) ปัจจุบันแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพิ่มสูงขึ้น องค์การอนามัยโลกได้จัดผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่ทำให้สูญเสียสุขภาพสูงเป็นอันดับ 6 (Woods, 2000) จากการสำรวจผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการในสถานพยาบาลสังกัด

กรมสุขภาพจิต ประจำปี 2556 จำนวน 156,663 ราย พบเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 52,852 ราย หรือประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2556) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการเจ็บป่วยไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแค่นิยามระยะเฉียบพลันเท่านั้น แต่ความผิดปกติด้านอารมณ์จะคงอยู่และนำไปสู่การบกพร่องทางจิตสังคม และการประกอบอาชีพอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน (United State Department of Health Education and Welfare อ้างอิงในธวัชชัย สีนพนาท, สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์ และรณชัย คงสกนธ์, 2545) แม้ว่าอาการเจ็บป่วยจะทุเลาลงจนเข้าสู่ระยะสงบแล้ว นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยต้องขาดงานไม่สามารถทำงานได้ปกติในวันทำงาน หรือตกงานได้ ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและความสัมพันธ์กับผู้อื่น หรือแม้แต่การสูญเสียชีวิตก่อนวันอันควรจากการฆ่าตัวตาย (สรยุทธ วาสิกนันท์, 2549) ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตต่ำลง (Michalak, 2005) มีการเปลี่ยนแปลงของ Circadian rhythm ทำให้วงจรการนอนแปรปรวน โดยในระยะอาการซึมเศร้ามักเกิดปัญหานอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป (Gazalle et al., 2007) ในระยะอาการซึมเศร้าผู้ป่วยมักเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดความภูมิใจและมองคุณค่าตนเองต่ำลง (Cohen et al., 2004) ทำให้การทำหน้าที่ของระบบการรู้คิดเสียไป (Suppes and Dennehy, 2005) ส่วนในระยะอาการแหมเนีย ผลกระทบที่เกิดขึ้นจะตรงกันข้าม ผู้ป่วยมักมีความภาคภูมิใจในตนเองสูงกว่าปกติ ทำให้การตัดสินใจเสียไปและเกิดผลเสียแก่ตนเองและคนรอบข้างตามมา (Montgomery and Cassano, 1996) จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งที่ใช้และไม่ใช้สารเสพติด มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนปกติอย่างมีนัยสำคัญ



ทางสถิติ (Singh et al., 2005) สำหรับในประเทศไทย กนกรัตน์ พิมพ์รุณ (2549) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตกับการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตสูงสุดในด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย และมีคุณภาพชีวิตต่ำสุดในด้านการถูกจำกัดบทบาทอื่นเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขและส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จำเป็นจะต้องทราบถึงคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตเพื่อนำมาจัดกระทำกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และเป็นแนวทางในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรมาจากแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL - BERF, 1996) และคัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศ และต่างประเทศ โดยเลือกปัจจัยที่สำคัญ สามารถนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบของการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้แก่ อายุ (Yen et al., 2008), ระดับการศึกษา (Kim et al., 2013) และการสนับสนุนทางสังคม (Yen et al., 2008), การใช้สารเสพติด (Singh et al., 2005), อาการข้างเคียงของการใช้ยา (Yen et al., 2008) อาการซึมเศร้า, อาการแฉะ (นันทนา สุขสมนรินทร์, 2552) และการจัดการกับอาการด้วยตนเอง (กนกรัตน์ พิมพ์รุณ, 2549) ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นแนวทางในพัฒนา ส่งเสริม และปรับปรุงการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้มีกำลังใจ สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ด้วยการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความพึงพอใจในชีวิตตามอัตภาพของตนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร จากปัจจัย อายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการแฉะ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเอง

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและศึกษาปัจจัย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด อาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการซึมเศร้า อาการแฉะ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเองในการร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว อายุตั้งแต่ 20-59 ปี และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยคัดเลือกโรงพยาบาลที่ใช้ในการเก็บข้อมูลโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก 4 โรงพยาบาล ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชนคร และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) $[N = 10 \times 9 + 50]$ จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน



ป้องกันการสูญหายของข้อมูลโดยเพิ่ม 20% เท่ากับ 168 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอายุ 20-59 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. มีอาการอยู่ในระยะ partial to full remission โดยมีคะแนนรวมจากการประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale : MADRS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 และมีคะแนนรวมจากการประเมินอาการmania โดยใช้แบบวัดอาการmania (Thai Mania Rating Scale : TMRS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10

3. ไม่มีปัญหาการได้ยิน สื่อสารภาษาไทย เข้าใจสามารถพูดคุยตอบโต้ได้และอ่านออกเขียนได้

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 7 ส่วน จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 131 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุระบุเป็นจำนวนปีเต็ม ระดับการศึกษา และการใช้สารเสพติด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (Questionnaire on Adverse Effect of Medication for Bipolar Disorder and Schizophrenia : QAEM-BS) เป็นแบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ป่วยโรคจิตเภท ของ Yen et al. (2008) โดยมีข้อคำถาม 26 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด ตรวจสอบรายการแบบ ให้เลือกตอบ (Check list) ใช่ หรือ ไม่ใช่ เครื่องมือนี้ผู้วิจัยพัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back translation โดย

ผู้เชี่ยวชาญทางภาษาจากสถาบันภาษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงและหาค่าความเที่ยงโดยการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าความตรงของเครื่องมือเท่ากับ .88 และได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

ส่วนที่ 3 แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale : MADRS) สร้างมาจากแนวคิดของ Montgomery and Asberg (1979) ซึ่งรณชัย คงสกนธ์ และคณะ (2546) ได้พัฒนามาเป็นภาษาไทย ใช้วัดอาการซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ใช้ประเมินลักษณะอาการ และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

ส่วนที่ 4 แบบวัดอาการmania (Thai Mania Rating Scale : TMRS) สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Young et al. (1978) ซึ่งรณชัย คงสกนธ์ ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย (2548) ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ใช้ประเมินลักษณะอาการและความรุนแรงของอาการmania

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Scale : SSS) Wang (1999) ได้พัฒนาขึ้น จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Inventory of Social Supportive Behavior) ของ Barrera and Sandler (1981) ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคม โดยมีข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับได้แก่ น้อยมาก ปานกลาง มาก และมากที่สุด เครื่องมือนี้พัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลจากฉบับภาษาจีนเป็นภาษาไทย ด้วยวิธี Back translation โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาจากสถาบันภาษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงและหาค่าความเที่ยงโดยการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าความตรงของเครื่องมือเท่ากับ .83 และได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การจัดการกับอาการด้วยตนเอง (Symptom Management



Measure) ของ Murphy and Molley (1993) ซึ่ง วยุณี ช้างมิ่ง (2546) ได้พัฒนามาเป็นภาษาไทย ใช้ สัมภาษณ์การจัดการกับอาการด้วยตนเอง โดยมีข้อ คำถาม 38 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนน 0-4 มี 2 ส่วน ส่วนแรกถามถึง ความถี่ของการใช้ ส่วนที่ 2 ถามถึงการรับรู้ถึงผลของ การใช้วิธีจัดการกับอาการ

ส่วนที่ 7 แบบวัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อชุด 26 ตัวชี้วัด ที่สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้พัฒนาเป็นฉบับ ภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรประมาณค่า 5

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังขั้นตอนที่ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัย ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการรับรองจริยธรรม กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้ง หากเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัย สามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 4 แห่งแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชแต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูล การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 5 สิงหาคม 2560 – 21 พฤษภาคม 2561 โดยใช้วิธีตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 168

คน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามพบว่า สมบูรณ์ทุกฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดยเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเข้าทีละตัว (Enter Multiple regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. **ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง** ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 168 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.5 มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 29.8 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.38 ปี และส่วนใหญ่จบปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 50 มีการใช้สารเสพติดได้แก่ บุหรี่และสุรา คิดเป็นร้อยละ 22.6 ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.1 และได้รับการวินิจฉัยล่าสุดเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยไม่ระบุประเภท คิดเป็นร้อยละ 48.8

2. **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร** ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 84.61) ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือระดับดี ร้อยละ 25 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย คือ ด้านสิ่งแวดล้อม รองลงมาคือด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{X}$ = 26.50, 22.96, 19.72 และ 9.06 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม

คุณภาพชีวิต	Range	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านร่างกาย	12.00 – 34.00	22.96	4.32	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	7.00 – 30.00	19.72	4.80	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	4.00 – 15.00	9.06	2.25	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	10.00 – 40.00	26.50	5.24	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	46.00 – 115.00	84.61	15.76	ปานกลาง

1. ผลการวิเคราะห์โดยวิธีการถดถอยพหุคูณแบบนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter Regression) พบว่า กลุ่มตัวพยาบาลที่สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 4 ตัวคือ การสนับสนุนทางสังคม อายุ ระดับการศึกษา และอาการซึมเศร้า ซึ่งสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ร้อยละ 45.2 ($R^2 = .452$) ตัวที่มีความสัมพันธ์ทางบวกและมีความสำคัญเป็นอันดับแรก คือ การสนับสนุนทางสังคม ($Beta = .484$) รองลงมาคือ อายุ ($Beta = .422$) และระดับการศึกษา ($Beta = 0.155$) ตามลำดับ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบคือ อาการซึมเศร้า ($Beta = -.129$) แสดงว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญอันดับแรกในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร รองลงมาคือ อายุ ระดับการศึกษา และอาการซึมเศร้า ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ(b)และค่าคะแนนมาตรฐาน(Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ตัวแปร	b	S.E. _b	Beta	t	p-value
Constant	34.842	6.096		5.715	.000
อายุ	.558	.080	.422	6.962	.000
ระดับการศึกษา (ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป=1)	5.046	2.035	.155	2.479	.007
อาการข้างเคียงจากการใช้ยา	-.352	.297	-.087	-1.185	.119
การใช้สารเสพติด	2.198	1.920	.071	1.145	.127
อาการซึมเศร้า	-.600	.339	-.129	-1.770	.039
อาการแฉะเนื้อ	-.568	.352	-.104	-1.613	.054
การสนับสนุนทางสังคม	.768	.103	.484	7.479	.000
การจัดการกับอาการด้วยตนเอง	.051	.035	.091	1.448	.075

R = .673 $R^2 = .452$ R^2 change = .425 F= 16.412 Constant = 34.842



สามารถสร้างสมการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค
อารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{คะแนนคุณภาพชีวิต}} = 0.422 \text{ อายุ} + 0.155 \text{ ระดับการศึกษา}$$

(ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป)

$$- 0.129 \text{ อาการซึมเศร้า} + 0.484 \text{ การสนับสนุนทางสังคม}$$

อภิปรายผล

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์
แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์
แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีระดับ
คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 112 คน คิด
เป็นร้อยละ 66.7 รองลงมาคือมีคุณภาพชีวิตอยู่ใน
ระดับดีจำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 และมี
คุณภาพชีวิตไม่ดีจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3
การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนันทนา
สุขสมนรินทร์ (2552) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มารับบริการที่แผนก
ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญาและคณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าผู้ป่วย
โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่
ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ
Singh et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์
แปรปรวนสองขั้วในประเทศอินเดียมีระดับคุณภาพชีวิต
โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า
การที่พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
กรุงเทพมหานคร มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง
นั้น มีบริบทบางประการของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเช่น
ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่จบปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่า
ปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 50 การศึกษาจะช่วยให้คนมี
พัฒนาการความรู้ สามารถใช้สติปัญญาอย่างมีเหตุผล
มีวุฒิภาวะ มีความมั่นใจในการพัฒนาความสามารถใน
การดูแลตนเองได้ดี ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

สามารถประกอบอาชีพ เลี้ยงดูตนเองได้โดยไม่ต้องเป็น
ภาระของผู้อื่น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Orem,
1985) ดังนั้นด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยโรค
อารมณ์แปรปรวนสองขั้วส่วนใหญ่มีความรู้สึกพึงพอใจ
ในการดำเนินชีวิต

2. ตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร
ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่ามีทั้งหมด
4 ตัวแปร ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนาย
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้
(Beta = .484) สามารถอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทาง
สังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์
แปรปรวนสองขั้วได้นั้น เนื่องจากว่า การสนับสนุนทาง
สังคม เป็นสิ่งที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐาน
ของผู้ป่วยได้ โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นเสมือน
แรงกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีคนให้ความรักและ
ดูแล เอาใจใส่ สนใจยกย่อง หรือเห็นคุณค่า รู้สึกว่า
ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม ซึ่งมีการ
ติดต่อและผูกพันซึ่งกันและกัน (Cobb, 1979) และ
การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจ
ของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียด
(Schaefer et al., 1981) การดำรงชีวิตของมนุษย์ใน
สังคมนั้นจำเป็นต้องมีการพึ่งพาหะหว่างกัน มีความ
ไว้วางใจและช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยนความ
คิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิด
ความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคล
ในสังคม อันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมี
ความหมายมากขึ้น (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542) ผู้ป่วยโรค
อารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการสนับสนุนทาง
สังคมส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับ
การศึกษาของ Yen et al. (2008) ผลการศึกษาพบว่า
ตัวแปร การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับ
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทุก
ด้านนั้น เมื่อผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้รับ
การสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการมี
แหล่งประโยชน์ และช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย
และจิตใจ ทั้งยังทำให้ไม่รู้สึกอ้างว้าง และโดดเดี่ยว ทำ



ให้รู้สึกว่ามีส่วนร่วมในสังคม ได้รับการยอมรับ ก็จะทำให้พึงพอใจในการดำเนินชีวิตของตนเอง จึงทำให้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

อายุ พบว่าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ ($Beta = .422$) สามารถอธิบายได้ว่า อายุเป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ ร้อยละ 42.2 อายุเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง นิสัย การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจและการตัดสินใจ บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมตอบสนองเพื่อเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน (Orem, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yen et al. (2008) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับการตระหนักในตนเอง, อาการข้างเคียงจากการใช้ยา, และการใช้ยาทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ป่วยจิตเวชพบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ทางด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($r=0.247$, $t = 2.59$) ซึ่งอธิบายได้ว่าบุคคลที่มีอายุมากกว่าถึงแม้จะมีสุขภาพที่เลวลง มีหน้าที่การงานที่มั่นคง สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ไม่ลำบาก และผู้ที่มีอายุมากมักมีแนวโน้มในการปรับตัวต่อการสูญเสียความสามารถในหน้าที่การงานได้ดีกว่า ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุน้อย เป็นวัยที่กำลังริเริ่มทำกิจกรรมมากมายและเป็นวัยที่ริเริ่มสร้างสรรค์ การเจ็บป่วยและการรักษาจึงมีผลกระทบต่อการสร้างหลักฐานชีวิตเป็นอย่างมาก (ทัศนีย์ จินางกูร, 2530) ดังนั้น อายุจึงสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

ระดับการศึกษา พบว่าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ ($Beta = .155$) สามารถอธิบายได้ว่า ระดับการศึกษาเป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ ร้อยละ 15.5 ระดับการศึกษาพบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยระดับการศึกษาเป็นการบอกถึงความรู้ของผู้ป่วยโรค

อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว การศึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการพัฒนาทางสติปัญญา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่า เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า การศึกษาเป็นส่วนที่พัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคล เป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิต ช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ ความคิดของตนเองแก้ปัญหาการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ การศึกษาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สุติดา กาญจนรังษี, 2538) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2013) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการหุนหันพลันแล่นกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ($r = .374$) ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมักพบกับปัญหาในการทำความเข้าใจหรือรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค แผนการรักษาและการดูแลตนเอง ประกอบกับความไม่เข้าใจถึงประโยชน์ หรือความจำเป็นในสิ่งที่ตนต้องปฏิบัติ ส่วนผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมภาวะความเจ็บป่วยด้วยความเข้าใจ ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำที่มักมีความยุ่งยากกับการดำเนินชีวิต ซึ่งความยุ่งยากในชีวิตที่เกิดขึ้นอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (Orem, 1985) ดังนั้น ระดับการศึกษาจึงสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

อาการซึมเศร้า พบว่าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ ($Beta = -.129$) มีความสัมพันธ์ทางลบ สามารถอธิบายได้ว่า อาการซึมเศร้าเป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ ร้อยละ 12.9 สอดคล้องกับการศึกษาของ Sarika KK and Baby Shari PA (2015) พบว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางลบในระดับสูง ($r = -.716$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา สุขสมนิรันดร์ (2552) พบว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์



ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ($r = -.62$) นั่นคือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรงจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง จากการศึกษาของ Zhang et al. (2006) พบว่าอาการซึมเศร้าเป็นตัวแปรทำนายที่ดีของคุณภาพชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากอาการซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีอาการด้านร่างกาย ได้แก่ อ่อนเพลีย ขาดพลังกำลังในการทำงาน ด้านอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยจะซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวัง ความจำบกพร่อง ขาดสมาธิ เกิดความเสื่อมของการรู้คิด ด้านสังคม พบว่าผู้ป่วยจะแยกตัวและถอยห่างจากสังคม ซึ่งการดำเนินโรคของอาการซึมเศร้านั้นจะคงอยู่เป็นเวลานาน และช่วงเวลาที่มียาอาการจะนานกว่าช่วงที่มีอาการแถมเนี่ยถึง 3 เท่า (Judd et al., 2002) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการซึมเศร้าเป็นระยะเวลานานจะส่งผลต่อระบบการรู้คิด (Cognitive) ซึ่งความรู้คิดที่บกพร่องส่งผลต่อความเสื่อมของหน้าที่ (Suppes and Dennehy, 2005) ดังนั้น อาการซึมเศร้าจึงสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาเป็นแนวทางในการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วดังนี้

1. บทบาทของพยาบาลจิตเวชนั้นจะต้องให้การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วคงไว้ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ พยาบาล

จิตเวชจะต้องให้การพยาบาลโดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้กับสภาพความเป็นจริงที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยให้การพยาบาลในรูปแบบของการให้ความรัก ความเห็นอกเห็นใจ เห็นคุณค่าของผู้ป่วย ไม่แสดงท่าทางรังเกียจผู้ป่วย เน้นให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้พบปะกับบุคคลอื่นทั้งในครอบครัวของตนเองและบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ และเน้นในเรื่องของการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถที่จะดูแลตนเองได้

2. จากผลการวิจัยพบว่า อาการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีอาการซึมเศร้ามากก็จะมีคุณภาพชีวิตต่ำลง ดังนั้นพยาบาลจึงควรกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย เพื่อให้สามารถจัดการกับอาการซึมเศร้าด้วยตนเองได้

3. พยาบาลควรจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และครอบครัว เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันในระหว่างสมาชิกกลุ่ม เพื่อส่งเสริมให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม อันเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต

ด้านการวิจัย

ควรศึกษาในลักษณะการวิจัยเชิงทดลองในรูปแบบโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม เพื่อพัฒนาให้เป็นโปรแกรมสำหรับดูแลผู้ป่วย และเพื่อเป็นประโยชน์ในการพยาบาลเพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วต่อไป



เอกสารอ้างอิง

- กนกรัตน์ พิมพ์รุณ. (2550). *คุณภาพชีวิตและการจัดการกับอาการตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว*.
วิทยานิพนธ์, นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2542). การพยาบาลชีวิตที่เป็นสุข. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 13, 1-13.
- ณัฐกร จำปาทอง. (2554). *mhGAP Intervention Guide สำหรับโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช โรคทางระบบประสาท และโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติดในหน่วยบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่หน่วยเฉพาะทาง*. (ฉบับที่ 1).
กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ทัศนีย์ จินางกูร. (2530). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร*. วิทยานิพนธ์,
กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธวัชชัย สืพหานาจ, สุวรรณา เรื่องกานจนเศรษฐ์, ธนชัย คงสกันธ์. (2545). ลิเทียมเปรียบเทียบกับลิเทียม
ร่วมกับ Carbamazepine ในการรักษา bipolar disorder : การวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 47, 97-110.
- นันทนา สุขสมนินันทร, เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2552). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค
อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว*. วิทยานิพนธ์, กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชฐ อุดมรัตน์. (2547). *การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องราวระบาดวิทยาของปัญหา
สุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ธนชัย คงสกันธ์, สมบัติ ศาสตรรุ่งรัก, อวยชัย โรจนนรินทิก, อุไร บุรณเชษฐ์. (2546). การพัฒนาแบบประเมิน
Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ฉบับภาษาไทย. *วารสาร
จิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 48, 218-211.
- ธนชัย คงสกันธ์. (2549). เครื่องมือที่ใช้ประเมิน Bipolar Disorder. ใน: ธวัชชัย สืพหานาจ, สรยุทธ วลีกันานนท์.
(บรรณาธิการ), *ตำราไบโพลาร์*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- สินเงิน สุขสมบอง, สาวิตรี แสงสว่าง, คุชฎี อุดมอิทธิพงศ์ และวัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์. (2559). ความชุกของโรค
จิตเวชในสังคมเมืองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารสวนปรุง*. 32(1), 28-41.
- สุธิดา กานจนรังษี. (2538). *ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสีย*. วิทยานิพนธ์, นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทรกุล, วิระวรรณ ตันติพัฒน์สกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิต วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะจิริงกุล.
(2541). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*.
เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สรยุทธ วลีกันานนท์. (2549). *ระบาดวิทยาและภาระโรค*. ในธวัชชัย สืพหานาจ, สรยุทธ วลีกันานนท์ (บรรณาธิการ),
ตำราไบโพลาร์, กรุงเทพมหานคร: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549 (หน้า 63-67).
- Barrera, M, Sandler I. (1981). Preliminary development of a scale of social support: studies on college
students. *Am J Community Psychol*, 9, pp. 435-447.
- Billie GC, Kate R, Sarah F. (2012). Evidence review increasing density in Australia: maximizing the
health benefits and minimizing harm. *Commissioned by the National Heart Foundation of
Australia*.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of life Stress. *Psychosomatic Medicine*,
38, pp. 300-314.
- Cohen, A.N., Hammen, C., Henry, R.M., and Daley, S.H., (2004). Effect of stress and social support on
recurrence in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorder*, 82, pp. 143-147.
- Gazalle, F. K., Hallal, P. C Andreazza, A. C. et al. (2007). Manic symptoms and quality
of life in bipolar disorder. *Psychiatric Research*, 153, pp. 33-38.



เอกสารอ้างอิง

- Judd, L.L., Akiskal, H., Schettler, P.J. et al., (2003). A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry* 60: pp. 261-269.
- Kim Yoon-Seok., Cha Boseok., Lee Dongyun., Kim Sun-Mi., Moon Eunsoo., Park Chul-Soo., et. al. (2013). The Relationship between Impulsivity and Quality of Life in Euthymic Patients with Bipolar Disorder. *Korean neuropsychiatric Association*, 10, pp. 246-252.
- Michalak E.E., Yatham L., Lam R.W. (2008). Quality of life in bipolar disorder: *A review of literature*. 2008 April [cited 2008 April 25]. Available from: <http://www.hqlo.com/content/3/1/72>
- Montgomery S, Asberg M. (1979). A new depression rating scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*, 134, pp. 382-389.
- Montgomery, S.A., Cassano, G.B. (1996). Management of bipolar disorder. *London: Martin Dunitz*, pp. 13-16.
- Murphy M., Moller M. (1997). Relapse management in neurobiological disorders: The Moller-Murphy symptom management assessment tool. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7, pp. 226-235.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing concepts of practice*. (3rd ed). New York Macgraw-Hill.
- Sarika K K, Baby Shari PA. Quality of life and Depression among Bipolar Disorder. (2015). *International Journal of Information & Futuristic Research*, 2, pp. 2692-2697.
- Schaefer C., Colyne C., Lazarus R.S. (1981). The health relate function of social support. *Journal of behavior medicine*. 4, pp. 381-406.
- Singh J., Mattoo S.K., Sharan P., Basu D. (2005). Quality of life and its correlations in patients with dual diagnosis of bipolar affective disorder and substance dependence. *Bipolar Disorder*. 7, pp. 187-191.
- Stuart G.W., Laraia M.T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Missouri: Mosby.
- Suppes, T. and Dennehy, E. B. (2005). *Bipolar disorder: The latest assessment and treatment strategies*. Missouri: Compct clinicals.
- Thorndike R M. (1978). *Correlational procedures for research*. New York: Garner Press.
- Vornik L.A., Hirschfeld R.M. (2005). Bipolar Disorder: Quality of life and the impact of Atypical Antipsychotics. *The American Journal of Manage Care*, 11(9).
- Wang Y.H. Study on life quality and its associated factors of rheumatoid arthritis patients. (1999). *J Chang Gung Institute Technol*, 2, pp. 108-120.
- Wood S.W. (2006). The economic burden of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 61 (Supp 13). 2000, 61, pp. 38-41.
- Yen Cheng-Fang., Cheng Chung-Ping., Huang Chi-Fen., Yen Ju-Yu., Ko Chih-Hung., Chen Cheng-Sheng. (2008). Quality of life and its association with insight, adverse effects of medication and use of atypical antipsychotics in patients with bipolar disorder and schizophrenia in remission. *Bipolar Disorder*, 10, pp. 617-624.
- Young R.C., Briggs J.T., Ziegler B.E., Mayer D.A. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*, 133, pp. 429-435.
- Zhang, H., Wisniewski, S. R., Bauer, M. S, Sachs, G. S. and Thase, M. E. (2006). Comparisons of perceived quality of life across clinical states in bipolar disorder data from the first 2000 Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP- BD) participants. *Comprehensive Psychiatry*, 47, pp. 161-168.



คำแนะนำ



การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์

ในวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา พ.ศ.2561

เพื่อให้การจัดทำวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ จึงขอให้งดเลิกคำแนะนำปี 2558 และใช้คำแนะนำนี้ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 ดังนี้

วารสารจะดำเนินการในลักษณะ E- journal ไม่จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นๆ

ผลงานวิชาการที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ หมายถึง ผลงานที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน ในลักษณะ Double blinded ที่มีความเห็นตรงกันว่าเป็นผลงานที่มีคุณภาพสามารถลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้

ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ หมายถึง บทความวิจัย บทความวิชาการหรือ บทความปริทรรศน์

คำแนะนำของการเตรียมบทความ

1. ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษามีดังต่อไปนี้

1.1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

1.2. ผลงานวิชาการต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อนยกเว้นเป็นผลงาน

วิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาถ้อยแถลงจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน

1.4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารหลังจากผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

1.5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนดมิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์

1.6. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง (เฉพาะวิจัยในมนุษย์)

2. อัตราค่าบำรุงวารสารฯ / ค่าธรรมเนียมในการนำผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารฯ อัตราค่าธรรมเนียม 4,000 บาท/ 1 บทความ โดยชำระค่าลงทะเบียนตีพิมพ์บทความ โดยการโอนเงินมาที่บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขา พระยา เลขบัญชี 512-0-69285-0 ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี (งานวารสาร)

3. การเตรียมต้นฉบับบทความวิจัยมีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้



3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
3.2 ชื่อ-สกุลและสถานที่ทำงานของผู้แต่ง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

3.3. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract)

3.4. คำสำคัญ (Keywords) ให้ผู้เขียนพิจารณา คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

3.5. บทนำเป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักการวิจัยเขียนให้กระชับตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษ

3.6. วัตถุประสงค์การวิจัย กระชับและชัดเจน

3.7. ระเบียบวิธีการวิจัยเป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธีวิจัยที่มีคุณภาพ โดยมีรายละเอียดพอสังเขปที่แสดงให้เห็นถึงรายละเอียดของกระบวนการ

3.8. ผลการวิจัย เป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัยหากจะมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้เหมาะสมและให้นำเสนอข้อมูลได้ตารางตามที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง

3.9. อภิปรายผลเป็นการแปลความหมายของผลการวิจัยและอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นหรือไม่อย่างไรทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลและอธิบาย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

3.10. ข้อเสนอแนะในการเขียนข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคตทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป

3.11. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

3.12. เอกสารอ้างอิง

4. การเตรียมต้นฉบับบทความปริทัศน์ (Review Article) มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียนดังนี้

4.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

4.2 ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย

4.3 บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำสำคัญ (Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

4.4 บทนำ เป็นการเขียนความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของเรื่องที่น่าสนใจ เขียนให้กระชับตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญว่าทำไมจึงนำเสนอบทความนี้

4.5 สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ ที่ตรงกับชื่อเรื่อง โดยประเด็นที่น่าสนใจจะต้องกระชับตรงประเด็น ไม่ซ้ำซ้อน

4.6 วิจารณ์ เป็นการสรุปสาระ และแสดงความคิดเห็นของผู้เขียนโดยจะอ้างอิงวรรณกรรมต่างๆมาเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้

4.7. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

4.8 เอกสารอ้างอิง

5. การอ้างอิงเอกสาร

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความสำหรับแนวทางของการเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้ระบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 (The Publication Manual of the American Psychological Association, 6th edition, published by the American Psychological Association, 2011) มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้แต่งเป็นชาวไทยให้ลงทั้งชื่อและนามสกุลตามลำดับ

ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศให้ลงนามสกุลตามด้วยเครื่องหมายจุด และต่อด้วยอักษรย่อของชื่อต้น และชื่อรอง ทั้งนี้รวมถึงผู้แต่งชาวไทยที่เขียนหนังสือเป็น



ภาษาอังกฤษจะลงรายการผู้แต่ง โดยใช้นามสกุลขึ้นต้น
เหมือนผู้แต่งชาวต่างประเทศดังตัวอย่าง

5.1 หนังสือ

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์:สำนักพิมพ์

บุญชม ศรีสะอาด. (2547). *วิธีการทางสถิติ
สำหรับการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่4).
กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

Kosslyn, S. M., & Rosenberg, R. S.
(2004). *Psychology: The brain, the
person, the world*. (2nd ed.). Essex,
England: Pearson Education
Limited.

Mussen, P., Rosenzweig, M. R., Aronson,
E., Elkind, D., Feshbach, S., Geiwitz,
P. J., et al. (1973). *Psychology: An
introduction*. Lexington, Mass.:
Health.

5.2 วารสาร

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อ
วารสาร, ปีที่(ฉบับที่), หน้า.

เพชฌัญญู กิจระการ และสมนึก ภัททิยธนี.
(2545). ดัชนีประสิทธิผล Effectiveness
Index:E.I.). *วารสารการวัดผลการศึกษา
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 8(1), 30-36.

Klimoski, R., & Palmer, S. (1993). The
ADA and the hiring process in
organizations. *Consulting
Psychology Journal: Practice and
Research*, 45(2), 10-36.

5.3 หนังสือรวมเรื่อง (Book Review)

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อบรรณาธิการ
(บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่
2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

ประสม เนื่องเฉลิม. (2549). *วิทยาศาสตร์พื้นฐาน
การจัดการเรียนรู้มิติทางวัฒนธรรมท้องถิ่น
การบูรณาการ ความรู้พื้นฐานกับการจัดการ
เรียนรู้วิทยาศาสตร์เพื่อชุมชน: กรณีศึกษา
จากแหล่งเรียนรู้ป่าปู้ตา. ใน ฉลาด
จันทร์สมบัติ (บรรณาธิการ), *ศึกษาศาสตร์
วิจัย ประจำปี2548 – 2549* (หน้า 127 –
140). มหาสารคาม: สารคาม-การพิมพ์-สาร
คามเปเปอร์*

Cooper, J., Mirabile, R., & Scher, S. J. (2005).
Actions and attitudes: The theory of
cognitive dissonance. In T. C. Brock &
M. C. Green (Eds.), *Persuasion:
Psychological insights and
perspectives* (2nd ed., pp. 63-79).
Thousand Oaks, CA, US: Sage
Publications, Inc.

5.4 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้นิพนธ์. (วันที่ เดือน ปีที่ปรับปรุง
ล่าสุด). ชื่อเรื่อง. วันที่ทำการสืบค้น, ชื่อฐานข้อมูล

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (3
ธันวาคม 2548). *ธนาคารหลักสูตร.
สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2550*, จาก
[http://db.onec.go.th/thaigifted/les
sonplan/index.php](http://db.onec.go.th/thaigifted/lessonplan/index.php)

Wollman, N. (1999, November 12).
*Influencing attitudes and
behaviors for social change*.
Retrieved July 6, 2005, from
[http://www.radpsynet.org/docs/woll
manattitude.html](http://www.radpsynet.org/docs/wollmanattitude.html)

6. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียน
หัวข้อต่างๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่างๆ ถูกต้อง
ตามพจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทาง
วิชาการ และระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

7. ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในบทความ
ขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและ



ทันสมัยไม่เกิน 10 ปีมีการระบุชื่อผู้แต่งและปีพิมพ์ ปรากฏอย่างชัดเจนควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูลและบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาลงตีพิมพ์

8. การตั้งค่าน้ำกระดาษให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว อักษรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ฟอนต์ AngsanaNew ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหารวมบทความย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

9. การส่งต้นฉบับให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

9.1. ส่งต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (.docx) ไปที่เว็บไซต์ของวารสารที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy> เพื่อทำการลงทะเบียนสมาชิกวารสารและดำเนินการส่งบทความผ่านระบบออนไลน์ของ TCI ทั้งนี้ผู้เขียนสามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำเบื้องต้นสำหรับผู้พิมพ์ที่เมนูด้านขวามือของหน้าเว็บไซต์ หรือตามคู่มือแนบท้าย

9.2. เมื่อบทความผ่านประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีการแจ้งจากกองบรรณาธิการ

วารสารให้ผู้เขียนดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

9.3. ชำระเงินค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ในวารสารเมื่อได้รับการแจ้งจากกองบรรณาธิการ

ข้อ 8. วารสารมีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับคือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

ผู้พิมพ์หรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล
การสาธารณสุขและการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
312 หมู่ 11 ตำบลบ้านต้อม อำเภอเมือง
จังหวัดพะเยา รหัสไปรษณีย์ 56000
โทรศัพท์ 0-5443-1779 ต่อ 105,114
โทรสาร 0-5443-1889
มือถือ 06-1289-5926
E-mail : journal@bcnpy.ac.th

