

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อย่างสมเหตุสมผลต่อความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีอาการผิดปกติในระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ

The Effects of Health Literacy Promote Program on Rational Use of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs on Health Literacy and Drug Use Behaviors by Elderly with Musculoskeletal Disorders Symptoms

ศรกาญจน์ ฉันทเฉลิมพงศ์ ญญา ธนกิจธรรมกุล*

Sirakarn Chantachaloempong Nayada Thanakijtummakul*

คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50000

McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Chiangmai, Thailand 50000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ 2 กลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs) อย่างสมเหตุสมผลต่อความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีอาการผิดปกติในระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจำนวน 70 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดตามลำดับการลงทะเบียน โดยใช้แบบสอบถามที่มีเนื้อหา 2 ส่วน ได้แก่ แบบประเมินความรู้และแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ NSAIDs อย่างสมเหตุสมผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test, Independent Samples test, Wilcoxon Pairs Signed-Ranks Test และ Mann-Whitney Test ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ NSAIDs อย่างสมเหตุสมผลในกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการใช้ NSAIDs อย่างสมเหตุสมผล สามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุได้ ดังนั้นควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านการใช้ NSAIDs แก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว การจัดการตนเอง การทำหน้าที่

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to determine the effects of a self-management program on the functioning of patients with bipolar disorder during the recovery stage. The sample consisted of 72 patients with bipolar disorder aged between 20 and 59 years, recruited using inclusion criteria, and paired based on age. Then each pair was assigned to the control or the experimental group, with 36 patients in each

*Corresponding author: E-mail: nayada54@gmail.com

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

group. The experimental group participated in the self-management program. Their activities comprised 6 sessions, each session lasting 100 minutes, once a week for 6 weeks. The control group received normal nursing care. The research instruments were the following: 1) the self-management program, which passed an examination for content validity by 3 professional experts; 2) the functioning assessment short test (FAST); and 3) the Young mania rating scale: Thai version. The reliability of these questionnaires were determined with a Cronbach's alpha coefficient of .93 and .82 respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The results found as follow: (1) The experimental group, participants had mean functional scores post test participating in the self - management program higher score than pre test (pre-test; $M = 52.72$, $SD = 6.76$ and post test; $M = 64.31$, $SD = 6.09$) the functional higher scores was significantly ($t = 16.83$, $p < .001$). (2) The mean difference of the patients' functioning between the pretest and posttest in the experimental group that participated in the self-management program ($E = 11.58$, $SD = 4.13$) was higher scores than the control group that received normal nursing care ($C = 6.08$, $SD = 4.99$) significantly ($t = 16.37$, $p < .001$).

Keywords: functioning, patients with bipolar disorder, self-management

บทนำ

โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ แบ่งอาการเป็น 3 ระยะคือ ระยะซึมเศร้า (Major depressive episode) ระยะแมนเนีย (Manic episode) และระยะไฮโปแมนเนีย (Hypomanic episode)¹ อธิบายโดยสังเขปว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว คือโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง สาเหตุอาจเกิดจากความผิดปกติทางชีววิทยา ได้แก่ ความผิดปกติของสารสื่อประสาท ความผิดปกติของระบบประสาทต่อมไร้ท่อ ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท ความผิดปกติของระบบวิทยามีคุ้มกัน รวมทั้งโครงสร้างและการทำงานของสมอง หรืออาจเกิดจากสาเหตุทางพันธุกรรม หรือสาเหตุทางจิตวิทยาและสังคม² ซึ่งอาการจะเป็น ๆ หาย ๆ มีผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง มีการทำหน้าที่ระดับบกพร่องถึงร้อยละ 60.61 ในขณะที่พบว่า การฟื้นฟูสภาพการทำงานที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วให้อยู่ในระดับปกติมีร้อยละ 24³ พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง⁴ องค์การอนามัยโลกคาดว่าขณะนี้ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ประมาณ 27 ล้านคน หรือร้อยละ 1 - 2 ของประชากรโลก และได้จัดโรคนี้เป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือความพิการสูงเป็นอันดับ 6 ของโลกในกลุ่มประชากรอายุ 15 - 44 ปี⁵ จากรายงานกรมสุขภาพจิตพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลสังกัด

กรมสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 4.79 ของผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมด และที่สำคัญพบว่ามากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่เคยเป็นมีโอกาสจะกลับป่วยซ้ำ ลักษณะของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบบ่อยจะทำให้ระยะฟื้นฟูการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันช้าตามไปด้วย^{6,7}

จากการทบทวนวรรณกรรม จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ฐานข้อมูลวารสารภาษาไทย (Thai Journals Online: ThaiJO) และฐานข้อมูลวารสารนานาชาติ (WILEY, Springer, ScienceDirect, Scholar) วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย และเอกสารตำรา ระหว่าง พ.ศ. 2551 - 2560 พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วถือว่าเป็นโรคจิตเวชเรื้อรังเช่นเดียวกับโรคจิตเวชอื่น ที่เมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องของการทำหน้าที่ในด้านต่าง ๆ แสดงให้เห็นชัดเจนขึ้นเรื่อย ๆ เช่น การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด การทำงาน และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นเป็นต้น^{2,6} ซึ่งการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเวช จะเป็นตัวบ่งชี้ถึงระดับความสามารถในการใช้ชีวิตที่ดีของผู้ป่วยทั้งด้านการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการดูแลตนเอง⁸ ดังนั้นการทำหน้าที่ทางจิตสังคมบกพร่องจึงเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว และมีความจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขด้วยการใช้ยาควบคู่กับการบำบัดทางจิตสังคม⁹ และยังพบว่ามีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในประเทศไทยในหลายด้าน พอสรุปได้ว่านักวิจัยส่วนใหญ่สนใจศึกษาด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

มากที่สุด^{3,10} และสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตคือ การศึกษาความสามารถในการทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม นั้นเอง ปัจจัยส่วนใหญ่ที่ใช้เป็นตัวแปรในการศึกษา ได้แก่ การทำให้ความสามารถประกอบอาชีพ การมีรายได้เป็นของตัวเอง การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และระดับคุณภาพชีวิต^{4,11,12} จากผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการจัดการตนเอง (Self – management) คือหนึ่งในกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทิศทางในการจัดการกับโรคและอาการของตนเองอย่างเหมาะสม เพราะการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น¹³ ให้มีความสำคัญกับบทบาทของผู้ป่วยในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เรื้อรังของตนเอง เสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ในการจัดการดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง และการฝึกทักษะที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ ที่จะดูแลตนเอง และปรับเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะการเจ็บป่วย และสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ยุ่งยากได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{11,15} ซึ่งการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีการจัดการสุขภาพตนเองที่ดีและถูกต้อง จะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและมีภาวะสุขภาพที่ดี¹⁴ ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตรุนแรง เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท และโรคอารมณ์สองขั้ว ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าการจัดการตนเองสามารถช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้นและมีสุขภาวะที่ดี¹⁰ ซึ่งโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นกระบวนการเพิ่มความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองโดยการเรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการพัฒนาทักษะในรับรู้และควบคุมอาการต่าง ๆ และช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็งหรือข้อดีของตนเองและทำให้รู้สึกถึงพลังอำนาจและการรับผิดชอบตนเองได้¹⁶ สิ่งเหล่านี้จะสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยทั้งในด้านการรู้คิด การดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำงานและการใช้จ่ายเงินอย่างเหมาะสมของตนเองได้¹⁷ ซึ่งผลลัพธ์ที่มุ่งหวังของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองคือการเพิ่มระดับความสามารถ และความมั่นใจให้กับผู้ป่วยว่าเขาสามารถที่จะจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเองในหลากหลายสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ฟื้นฟูการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน¹⁶ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสุขภาพ โดยการนำพื้นฐานความคิดจากทฤษฎีอัตตลิติต¹⁶ มาประยุกต์เป็นแนวทางในวางแผน

โปรแกรมการจัดการตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่เพื่อฟื้นฟูสุขภาพของตนเองดีขึ้น และสามารถปรับตัวอยู่กับอาการของโรคได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะฟื้นฟูสุขภาพได้นานที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสุขภาพ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสุขภาพระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสุขภาพหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองหรือไม่
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสุขภาพหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการนำพื้นฐานความคิดจากทฤษฎีอัตตลิติต¹⁶ มาประยุกต์ใช้ ซึ่งมีแนวคิดหลักประกอบด้วย 1) การตัดสินใจด้วยตนเอง (autonomy) 2) ความต้องการมีความสามารถ (competence) และ 3) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (relatedness) และนำกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมาใช้เพื่อช่วยในการสร้างสัมพันธภาพในระหว่างดำเนินกิจกรรม ด้วยการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดการรู้คิด มีความสามารถในการจัดการตนเอง และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เกิดแรงจูงใจภายในที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้สามารถทำหน้าที่ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม โดยจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ในด้านการพัฒนาตนเอง (Autonomy) ด้านการรู้คิด (Cognitive functioning) ด้านการทำงาน (Occupational functioning) ด้านการใช้จ่ายเงิน (Financial issues) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationships) และด้านการใช้เวลาว่าง (Leisure time)¹⁷ ดังแสดงในภาพ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรค
อาการสองข้อในระยะเวลาฟื้นฟูสภาพหลังได้รับโปรแกรมการ
จัดการตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของ
ผู้ป่วยโรคอาการสองข้อในระยะเวลาฟื้นฟูสภาพ ระหว่างก่อน
และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มทดลองสูงกว่า
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

โปรแกรมการจัดการตนเอง

ประกอบด้วย

- 1) ระยะเริ่มสร้างสัมพันธภาพ
- 2) ระยะดำเนินการเพื่อสร้างให้เกิด
 - การตัดสินใจด้วยตนเอง
 - ความต้องการมีความสามารถ
 - การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น
- 3) ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ

การทำหน้าที่

- 1) ด้านการรู้จัก
- 2) ด้านการพัฒนาตนเอง
- 3) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
- 4) ด้านการทำงาน
- 5) ด้านการใช้จ่าย
- 6) ด้านการใช้เวลาว่าง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม
วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคอาการ
สองข้อที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี
ทั้งเพศหญิงและชาย ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก
ในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรค
อาการสองข้อที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ มีอายุระหว่าง
20 - 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง และมารับการรักษาที่แผนก
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยไม่มีโรคทางจิต
อื่นร่วม และสามารถสื่อสารภาษาไทย อ่านออกและเขียนได้
มีอาการทางจิตสงบโดยมีคะแนนความรุนแรงของอาการเมเนีย
ต่ำกว่า 26 คะแนน ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่
กำหนดจำนวน 72 คน ทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ
คล้ายคลึงกันในด้านอายุได้จำนวน 36 คู่ แล้วทำการสุ่มอย่าง
ง่ายในแต่ละคู่เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวน
กลุ่มละ 36 คน ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มโดยใช้โปรแกรม
G*Power version 3.0.1.0 โดยกำหนดขนาดอิทธิพลทดสอบ
(Power of the test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้น้อย
ที่สุด ที่ระดับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
กำหนดขนาดอิทธิพล (d) เท่ากับ .60 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 36 คน และกลุ่มควบคุม 36 คน
ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน ข เดือนกรกฎาคม 2561

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบวัดอาการเมเนีย ของยัง และคณะ
พัฒนามาเป็นภาษาไทยโดย รณชัย คงสกนธ์ และดาวชมพู
พัฒนประภาพันธุ์ผ่านการตรวจสอบคุณภาพได้ค่าความเชื่อมั่น
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 และผู้วิจัย
ได้ตรวจสอบหาความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาคเท่ากับ .82 2) แบบสอบถามการทำหน้าที่
แปลโดยไศรดา สุรเทวมิตร และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา³
ผ่านการตรวจสอบคุณภาพได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์
แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 ผู้วิจัยได้ตรวจสอบหาค่า
ความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .93
3) โปรแกรมการจัดการตนเอง เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจ
สอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนของภาษา
ที่ใช้ ความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรมและระยะเวลาที่ใช้
จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน
โปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 6 กิจกรรมดังนี้
1) กิจกรรมเราจะอยู่กับโรคอารมณ์สองข้อให้มีความสุข
2) ยานั่น สำคัญไฉน 3) ยามว่าง สร้างสรรค์ประโยชน์ 4) ใช้จ่าย
เป็น เห็นคุณค่า 5) การงาน สานสมรรถนะ และ 6) วางแผน
กิจวัตรประจำวันดี ชีวิตมีสุข

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ หนังสือรับรองโครงการวิจัยที่ COA No. 054/2561 และหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง เอกสารรับรองเลขที่ 005/2561 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอนกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือยกเลิกเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาและบริการที่จะได้รับ และข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ

การดำเนินการทดลอง

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง ประสานกับผู้อำนวยการและหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งนั้น เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง ดังนี้ 1) กลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามการทำหน้าที่ (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยพบกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อทำแบบสอบถามการทำหน้าที่ (Post-test) 2) กลุ่มได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามการทำหน้าที่ (Pre-test) และเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการจัดการตนเอง 6 ครั้ง ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 100 นาที และมีการบ้านกลับไปทำที่บ้านวันละ 30 นาที ประกอบด้วย 6 กิจกรรมดังกล่าวข้างต้น หลังการทดลองผู้วิจัยให้กลุ่มได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ทำแบบสอบถามการทำหน้าที่ (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 6 และนัดหมายกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการจัดการตนเองตามความสมัครใจอีกจำนวน 10 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) และทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi - square) การทดสอบของฟิชเชอร์ แอคแซค (Fisher's exact test)

2. วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยสถิติที ชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t - test) วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติที ชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t - test)

ผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาในการนอนหลับต่อคืน (ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) ด้วยด้วยสถิติไค - สแควร์ (Chi - square) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสภาพ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะในด้านดังกล่าวไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ส่วนด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อเปรียบเทียบกับด้วยสถิติฟิชเชอร์ แอคแซค (Fisher's exact test) แล้วพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) จากข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน สรุปได้ว่าเริ่มต้นก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสภาพ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ก่อนและหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่รายด้านระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ทุกด้านมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่โดยรวม หลังการทดลอง ($M = 64.31, SD = 6.09$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 52.72, SD = 6.76$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.83, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่รายด้านก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 36)

คะแนนการทำหน้าที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p - value
	M	SD	M	SD			
ด้านการพัฒนาตนเอง	10.53	1.30	13.25	1.16	35	17.29	.000
ด้านการทำงาน	10.69	2.19	12.58	1.83	35	8.28	.000
ด้านการรู้จัก	10.69	1.97	13.17	1.86	35	9.20	.000
ด้านการใช้จ่ายเงิน	4.06	.89	4.78	.90	35	4.91	.000
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	13.64	2.28	16.14	1.48	35	7.27	.000
ด้านการใช้เวลาว่าง	3.11	.75	4.39	.90	35	8.69	.000
การทำหน้าที่โดยรวม	52.72	6.76	64.31	6.09	35	16.83	.000

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่รายด้านก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม (n = 36)

คะแนนการทำหน้าที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p - value
	M	SD	M	SD			
ด้านการพัฒนาตนเอง	10.14	1.51	6.78	2.30	35	9.80	.000
ด้านการทำงาน	10.03	2.47	9.86	2.82	35	.58	.567
ด้านการรู้จัก	10.42	2.45	9.92	2.45	35	1.73	.092
ด้านการใช้จ่ายเงิน	3.81	1.04	3.39	.93	35	2.44	.020
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	13.28	2.29	12.08	2.42	35	4.01	.000
ด้านการใช้เวลาว่าง	3.42	.87	2.97	.91	35	3.16	.003
การทำหน้าที่โดยรวม	51.08	7.97	45.00	8.68	35	7.32	.000

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านของกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ด้านการพัฒนาตนเอง ด้านการใช้จ่ายเงิน ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการใช้เวลาว่าง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ด้านการทำงานและด้านการรู้จัก ระหว่างก่อนและหลังการทดลองพบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังนั้นจากตารางที่ 2 สรุปได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่โดยรวม ภายหลังการทดลอง ($M = 45.00$, $SD = 8.68$) ต่ำกว่า ก่อนการทดลอง ($M = 51.08$, $SD = 7.97$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.32$, $p < .001$)

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่รายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลองพบว่ามีความแตกต่างกันในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่โดยรวม ภายหลังการทดลอง ($M = 64.31$, $SD = 6.09$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 45.00$, $SD = 6.68$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.93$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

3. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสุขภาพ ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่รายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (n = 72)

การทำหน้าที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p - value
	M	SD	M	SD			
ด้านการพัฒนาตนเอง	13.25	1.16	6.78	2.30	70	15.05	.000
ด้านการทำงาน	12.58	1.83	12.58	1.83	70	4.86	.000
ด้านการรู้จัก	13.17	1.86	9.92	2.45	70	6.33	.000
ด้านการใช้จ่ายเงิน	4.78	.90	3.39	.93	70	6.43	.000
ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	16.14	1.48	12.08	2.42	70	8.59	.000
การใช้เวลาว่าง	4.39	.90	2.97	.91	70	6.63	.000
การทำหน้าที่โดยรวม	64.31	6.09	45.0	8.68	70	10.93	.000

จากตารางที่ 4 พบว่า ผลการเปรียบเทียบ ผลต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (E = 11.58, SD = 4.13) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (c = 6.08, SD = 4.99) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 16.37, p < .001)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 72)

คะแนนการทำหน้าที่	กลุ่มทดลอง (n = 36)				กลุ่มควบคุม (n = 36)				df	t	p - value
	M	SD	$\bar{D}_E$	SD	M	SD	$\bar{D}_E$	SD			
ก่อนการทดลอง	52.72	6.76			51.08	7.97					
			11.58	4.13			6.08	4.99	70	16.37	.000
หลังการทดลอง	64.31	6.09			45.00	8.68					

การอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ในระยะฟื้นฟูสภาพ ซึ่งพบว่าผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสภาพ หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (M = 64.31, SD = 6.09) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (M = 52.72, SD = 6.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 16.83, p < .001) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อภิปรายได้ว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นด้วยการประยุกต์แนวคิดหลักจากทฤษฎีอัตตลิตได้แก่ การตัดสินใจด้วยตนเอง ความต้องการมีความสามารถ และการมีสัมพันธ์ที่ดีกับ

ผู้อื่น โดยประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของเพลบลาวในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง ประกอบด้วย 1) ระยะเริ่มสร้างสัมพันธ์ภาพ (Orientation phase) ทำให้เกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจ มีสัมพันธ์ภาพที่ดีเกิดขึ้น 2) ระยะดำเนินการ (Working phase) ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความสามารถของตนเอง มีความรู้สึกเป็นตัวของตัวเอง และมีสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น เกิดแรงจูงใจภายในที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้สามารถทำหน้าที่ทั้งต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม^{13,16} และ 3) ระยะสิ้นสุดสัมพันธ์ภาพ (Termination phase) จะเป็นการสรุปแผนในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย โดยออกแบบกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้งในทุก กิจกรรมของโปรแกรมจะเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการพัฒนาตนเอง นั่นคือผู้ป่วย

สามารถดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม
2) ด้านการทำงาน ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจกรรมได้สำเร็จ เช่น การทำงานหรือการคงสภาพการเป็นลูกจ้างเพื่อสร้างรายได้ การช่วยเหลือทำงานบ้าน หรือช่วยกิจกรรมในครอบครัว
3) ด้านการรู้จัก โดยผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรค สัญญาณเตือน ตัวกระตุ้น แนวทางการรักษา และยา สามารถวางแผนที่จะเผชิญกับสัญญาณเตือนและตัวกระตุ้นนั้นๆ ได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสามารถสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยา และมีวิธีแก้ไขเมื่อเกิดอาการดังกล่าวขึ้นได้ 4) ด้านการใช้จ่ายเงิน ผู้ป่วยมีการวางแผนการใช้จ่ายอย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเอง และครอบครัว
5) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผู้ป่วยสามารถสร้างและรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และมีการติดต่อสื่อสาร ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม และ 6) ด้านการใช้เวลาว่าง ผู้ป่วยสามารถเลือกทำกิจกรรมยามว่างในแบบที่ตนเองชอบ ได้อย่างมีอิสระ^{4,17} ดังนั้นภายหลังจากดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 6 กิจกรรม สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองนี้มีประสิทธิผลมากกว่าการให้การพยาบาลตามปกติ เนื่องจากโปรแกรมนี้นี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเอง และรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นได้ ส่งผลให้ทำหน้าที่ของตนเองในด้านต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

2. ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสภาพ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ($E = 11.58$, $SD = 4.13$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($c = 6.08$, $SD = 4.99$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.37$, $p < .001$) แสดงว่าโปรแกรมการจัดการตนเอง สามารถเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ด้านการพัฒนาตนเอง ด้านการใช้จ่ายเงิน ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและด้านการใช้เวลาว่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อเวลาผ่านไปหากผู้ป่วยไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพหรือมีการจัดการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม จะทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงได้ อาจเป็นผลเนื่องมาจากพยาธิสภาพของการดำเนินโรค ซึ่งการป่วยแต่ละครั้งของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจะเพิ่มโอกาสการกลับ

เป็นซ้ำทำให้ทุกข์ทรมานหากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเมื่อเวลาผ่านไปอาการมักเลวลงเรื่อย ๆ^{5,7} และยังปล่อยให้เวลาผ่านไปเนิ่นนานต่อเนื่อง จะยิ่งส่งผลให้การทำหน้าที่บกพร่องมากขึ้น โดยเฉพาะด้านการพัฒนาตนเองตามช่วงวัย การใช้จ่ายเงิน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการใช้เวลาว่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ที่พบว่าการฟื้นฟูสภาพการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วให้อยู่ในระดับปกติพบเพียงร้อยละ 24³ โดยที่ปัญหาการทำหน้าที่ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ ปัญหาการขาดงานต่อเนื่อง การงานไม่ได้ประสิทธิภาพ สัมพันธภาพกับเพื่อนและบุคคลในครอบครัวลดลง ความรับผิดชอบต่อตนเองหรือครอบครัวบกพร่อง และยังพบว่ามีความสามารถเรื่องการคิด จำ และการตัดสินใจลดลง ในขณะที่กลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.83$, $p < .001$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.93$, $p < .001$) ตามตารางที่ 3 เมื่อนำผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสภาพก่อนและหลังการให้โปรแกรมการจัดการตนเอง มาเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.37$, $p < .001$) ตามตารางที่ 4 จากที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพ ช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสภาพได้ และสามารถสรุปได้ว่า การส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ให้แก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วด้วยโปรแกรมการจัดการตนเองนี้ มีผลช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น มีประสิทธิภาพมากกว่าการพยาบาลตามปกติ ดังจะเห็นได้ว่าผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการหน้าที่ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยการหน้าที่โดยรวมหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษ และโรงพยาบาลจิตเวชอื่นสามารถนำไปรณการจัการตนเอง ไปใช้เป็นแนวทางการเพิ่มความสามารถในการทำหน้า ที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสภาพที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลได้

2. การวิจัยในอนาคต

2.1 ควรศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองกับผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังอื่น ๆ ที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่หรือการดูแลตนเอง

2.2 ควรมีการศึกษาแบบติดตามผลการทำหน้าที่ หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในระยะ 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินผลการคงไว้ของการทำหน้าที่ในผู้ป่วย โรคอารมณ์สองขั้วต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ และ คณะกรรมการสอบทุกท่าน ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิตที่ สนับสนุนทุนการศึกษา กองทุนวิจัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่สนับสนุนทุนการวิจัย และขอขอบคุณกัลยาณมิตรและ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านในการให้กำลังใจ สนับสนุนช่วยเหลือ ให้การทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

References

1. Lotrakul, M., and Sukanich, P. Psychiatry Ramathibodi. 4th edition. Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital. Mahidol University; 2015. (In Thai).
2. Sitdhiraksa, N., Wannasewak, K., Wannarit, K., Pukrittakayamee, P., Apinuntavech, S., Katumarn, P. Psychiatry Siriraj DSM-5. Bangkok: Prayoonsanthai; 2015. (In Thai).
3. Suratavamit, S., Soonthornchaiya, R. Selected factors related to functioning of patients with bipolar disorder. Thai Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2011; 25(1): 63-74. (In Thai).
4. Suksomnirundorn, N, Uthis, P. Factors related to quality of life of patients with bipolar disorders. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2012; 24(1): 68-82. (In Thai).
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 5th ed. Arlington, VA, American Psychiatric Association; 2013.
6. Seeherunwong, A, Yuttatri P, Kaesornsamut P, Thanoi W. Psychiatric nursing. Bangkok: Amarin Printing & Publishing; 2014. (In Thai).
7. Inoue, I., and Kimura, S. Prevalence and predictors of bipolar disorders in patients with a major depressive episode The Japanese epidemiological trial with latest measure of bipolar disorder (JET - LMBP). Journal of Affective Disorders. 2015; 174(15): 535-41.
8. Leethongkham, S., and Uthis, P. The effect of negative symptoms self - management program on functioning of schizophrenic patients with negative symptoms. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19 (Supplement):459-67. (In Thai).
9. Leelanajan, T. Euthymia issues in medical practice. Bangkok: Beyond Enterprise; 2010. (In Thai).
10. Murray, G., Suto, M., Hole, R., Hale, S., Amari. E, Michalak, EE. Self-management strategies used by 'high functioning' individuals with bipolar disorder: from research to clinical practice. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2011;18(2):95-109.

11. Srithanya Hospital. Introduction to psychiatric rehabilitation for health: employment for health personnel. Nonthaburi: Prosperous Plus; 2016. (In Thai).
12. Reinales, M., Sánchez-Moreno, J., Fountoulakis, KN. Psychosocial interventions in bipolar disorder: what, for whom, and when. *Journal of affective disorders*. 2014; 156: 46-55.
13. Seenee, A. Self management program in chronic diseases. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014; 15(2):129-34. (In Thai).
14. Wongchan, W. Metabolic syndrome in adult : self - management. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018; 19(Supplement):16-24.
15. Zarate, CA., Tohen, M., Land, M., Cavanagh, S. Functional impairment and cognition in bipolar disorder. *Psychiatric Quarterly*. 2000; 71(4):309-29.
16. Ryan, R., and Deci, E. Self - determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well - being. *The American Psychologist*. 2000; 55(1):68-78.
17. Suominen, K., Salminen, E., Latteenmaki, S., Tupala, T., Isometsa, E. Validity and reliability of the finish version of the functioning assessment short test (FAST) in bipolar disorder. *International Journal of Bipolar Disorders*. 2015; 3(1): 10.
18. Kongsakon, R., and Bhatanaprabhabhan, D. Validity and reliability of the Young Mania Rating Scale: Thai version. *J Med Assoc Thai*. 2005; 88(11):1598-604. (In Thai).