

ผลของโปรแกรมสุขภาวะต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท

The Effective of The well-being Program on Depressive Symptoms of Schizophrenic Patients

กิติกร พรมา* รังสิมันต์ สุนทรไชยา นุชนาถ บรรทมพร

Kitikorn Pornma* Rangsiman Soonthonchaiya Nuchanart Bunthumporn

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี 12121

Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani 12121

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาวะต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง จำนวน 66 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาวะและกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ 1) โปรแกรมสุขภาวะ 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท ฉบับภาษาไทย ตรวจสอบคุณภาพโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = 1.0) และความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ($M = 2.2$, $SD = 1.40$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 8.6$, $SD = 2.60$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.579$, $p < .001$) 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาวะ ($\bar{D}_1 = 6.4$, $SD = .41$) แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{D}_2 = .40$, $SD = .18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.41$, $p < .001$) ผลการวิจัยนี้ พบว่าโปรแกรมสุขภาวะสามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้บำบัดอีกทางเลือกหนึ่งเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

คำสำคัญ: โปรแกรมสุขภาวะ, อาการซึมเศร้า, ผู้ป่วยโรคจิตเภท

Abstract

This quasi-experimental control with a pretest-posttest measure to examination aimed the effective of the well-being program on depressive symptoms of schizophrenic patients. The sample is schizophrenic patients, receiving services in the inpatient department at a psychiatric hospital of 66 patients. Randomly assigned to the experimental and control groups, with 33 patients in each group. The experimental group participated in the well-being program, whereas the control group received routine nursing care. The research instruments were: 1) the well-being program, and 2) the Depression Assessment in Schizophrenia Thai version, which was content validated by 3 experts, Content validity index of 1.0, a Cronbach alpha coefficient of .83. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test. The research findings were as follows: 1) The mean score for depressive symptoms among the schizophrenia patients in the experimental group after

Corresponding Author: * E-mail: Kitikorn031@nurse.tu.ac.th

วันที่รับ (received) 25 ธ.ค. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 2 เม.ย. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 15 พ.ค. 2564

participating in the well-being program ($M = 2.2$, $SD = 1.40$) was significantly lower than that before participating in the program ($M = 8.6$, $SD = 2.60$) at a statistical significance ($t = 15.579$, $p < .001$). 2) The mean difference score for the depressive symptoms among the schizophrenia patients between the pretest and posttest in the experimental group after participating in the well-being program ($\bar{D}_1 = 6.4$, $SD = .41$) was significantly different from that of the mean difference score for the depressive symptoms in the control group ($\bar{D}_2 = .40$, $SD = .18$) at a statistical significance ($t = 13.41$, $p < .001$).

The findings of this study that well-being program is able to reduce depression symptoms in patients with schizophrenia. Healthcare providers could use this program as an alternative intervention.

Keywords: well-being program, depression symptoms, patients with schizophrenia

บทนำ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทพบได้บ่อยทั่วโลก พบความชุกร้อยละ 0.3-0.7¹ และมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5 ต่อ 1,000 ประชากรต่อปี² อาการซึมเศร้าเป็นอาการที่สามารถเกิดได้ทั้งในคนปกติเจ็บป่วยทางกาย รวมถึงผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต จากการศึกษาการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชพบว่าอาการซึมเศร้าพบมากในผู้ป่วยโรคจิตเภทในทุกช่วงของการเจ็บป่วยโดยพบความชุกประมาณร้อยละ 7- 80³ ความชุกของการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทหลังจากอาการสงบร้อยละ 20⁴ ในประเทศไทยมีการศึกษาถึงความชุกของการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกโดยมีช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่เกิน 5 ปีอยู่ร้อยละ 75.32⁵ และความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาพบร้อยละ 35⁶ เช่นเดียวกับความชุก ณ ขณะของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทพบร้อยละ 21.3⁷ ที่ได้ศึกษาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทล้วนมีอัตราการเกิดอาการซึมเศร้าได้ จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการประเมินเพื่อเข้ารับการรักษาบำบัดเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายและให้ได้รับการช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁸ ซึ่งผลกระทบของอาการซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยโรคจิตเภทและเป็นสาเหตุหลักสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่สูงอย่างต่อเนื่อง^{6,8,9,10}

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคลคือ 1) ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต (Clinical insight)^{11,12} 2) อาการทางจิต⁸ 3) การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา¹³ 4) ระยะเวลาในการเจ็บป่วย¹⁴ 5) อาการข้างเคียงของยา¹⁵ 6) การใช้สารเสพติด¹⁴ ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ 1) เหตุการณ์ความเครียดใน

ชีวิต⁹ 2) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม⁷ ปัจจัยเกี่ยวกับความเข้าใจในการเจ็บป่วยทางจิต (Clinical insight) ในเชิงลบจึงเป็นปัจจัยสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท^{5,14,16} เป็นผลมาจากที่ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยของตัวเอง และประเมินว่าการเจ็บป่วยของตนเองเป็นเหตุทำให้ตนเองต้องสูญเสียบทบาทสถานภาพทางสังคม รู้สึกเป็นตราบาป เป็นที่น่ารังเกียจของสังคม¹¹ มักโทษตนเองว่าเป็นต้นเหตุของความเจ็บป่วย มองตัวเองด้อยค่า ลดคุณค่าในตัวเอง ก่อให้เกิดเป็นอาการซึมเศร้า¹²

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตให้ถูกต้อง⁵ การช่วยให้ผู้ป่วยมองโลกในแง่ดี มีความรู้สึกต่อตนเองในเชิงบวก เปลี่ยนแปลงไปสู่ความคิดและการกระทำในเชิงบวก ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุข จะเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ช่วยลดอารมณ์และความเข้าใจในเชิงลบ สอดคล้องกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก¹⁷ ที่ได้พัฒนาทฤษฎี “P.E.R.M.A.” เป็นแนวคิดในการพัฒนาความสุข และสุขภาวะโดยมี องค์ประกอบหลักของความสุข 5 องค์ประกอบ คือ 1) สภาวะของอารมณ์ที่ดี (Positive Emotion) 2) ความผูกพันในการทำกิจกรรม (Engagement) 3) ความสัมพันธ์ที่ดี (Relationships) 4) การรู้สึกว่ามีชีวิตมีความหมาย (Meaning) 5) การบรรลุถึงเป้าหมาย (Accomplishment)¹⁷ หากช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของตนเองและช่วยให้ยอมรับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจอย่างเหมาะสม จัดการกับปัจจัยเกี่ยวกับความเข้าใจการเจ็บป่วยทางลบให้ถูกต้อง ส่งเสริมให้มีความสุขหรือมีอารมณ์เชิงบวกจะช่วยลดอาการซึมเศร้าลงได้ จึงช่วยลดผลกระทบของอาการซึมเศร้าซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยโรคจิตเภทและเป็นสาเหตุหลักสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่สูงอย่างต่อเนื่อง⁸ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิด

จิตวิทยาเชิงบวก¹⁷ มาพัฒนาและประยุกต์เป็นโปรแกรมสุขภาวะ เพื่อศึกษาและนำไปเป็นอีกทางเลือกของการบำบัดที่ช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท

มีวัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาวะ
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาวะและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมสุขภาวะมี 5 กิจกรรม ตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก¹⁷ ที่มีองค์ประกอบหลักอยู่ 5 องค์ประกอบ (P.E.R.M.A) ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 “สถานะของอารมณ์ที่ดี” (Positive Emotion) ส่งเสริมความสงบทางจิตใจ การรู้อารมณ์เชิงบวกหรือสถานะอารมณ์ที่ดี ทักษะการมองจุดดีของตนเองและผู้อื่น

กิจกรรมที่ 2 “ผูกพัน...ร่วมกันออกกำลังกาย” (Engagement) การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม โดยใช้ทักษะที่ผู้ป่วยสามารถทำร่วมกันและเป็นไปได้

กิจกรรมที่ 3 “ความสัมพันธ์ที่ดี” (Relationships) สร้างสัมพันธภาพ สร้างความคุ้นเคย ให้เกิดความไว้วางใจ สัมพันธ์ที่ดี ระหว่างสมาชิกกลุ่มและผู้วิจัย

กิจกรรมที่ 4 “ฉันมีความหมาย” (Meaning) ค้นหาข้อดีของตนเอง ยอมรับความผิดปกติของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้และความเข้าใจความเจ็บป่วยทางจิตของตนเองได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมที่ 5 “ฉันทำได้” (Accomplishment) ฝึกการสร้างความสำเร็จให้บรรลุถึงเป้าหมายความต้องการที่ตั้งไว้อย่างเป็นรูปธรรมและตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการลดอาการซึมเศร้า พร้อมทั้งแนวทางปฏิบัติเพื่อความสำเร็จตามเป้าหมาย

อาการซึมเศร้า
ของผู้ป่วยจิตเภท

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18-59 ปี แผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ได้รับยาตามแผนการรักษาของจิตแพทย์และ

คำถามการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาวะลดลงหรือไม่
2. อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาวะ แตกต่างจากอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาวะต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาวะ
2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาวะแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ คะแนนอาการทางจิต (BPRS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน คะแนนอาการซึมเศร้า (CDSS) 5-20 คะแนน สามารถพูด ฟัง เข้าใจภาษาไทยได้และยินดียินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 คำนวณกลุ่มตัวอย่างซึ่งได้กำหนดค่าขนาดของอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.9618 แทนค่าในโปรแกรม G*Power version 3.1

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 60 คน แต่เนื่องจากป้องกันการคลาดเคลื่อนสูญหาย (drop out) จึงทำการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ 10¹⁹ รวมเป็นทั้งหมดจำนวน 66 คน แล้วจึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 33 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 33 คน โดยทำการสุ่มจับฉลาก ดึงผู้ป่วยใน 4 ดึง แบ่งเป็น ดึงชาย 2 ดึง และดึงหญิง 2 ดึง ดึงที่จับฉลากได้ เลข 1 คือดึกที่จะถูกกำหนดให้เป็น ดึงทดลอง ดึงที่จับฉลากได้ เลข 2 คือดึกที่จะถูกกำหนดให้เป็น ดึงควบคุม แล้วจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งได้กลุ่มทดลอง (Experimental Group) ดึงชายจำนวน 17 คน ดึงหญิงจำนวน 16 คน รวมเป็น 33 คน เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาวะ และได้กลุ่มควบคุม (Control Group) ดึงชายจำนวน 16 คน ดึงหญิงจำนวน 17 คน รวมเป็น 33 คน ซึ่งจะได้เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาวะแต่จะได้รับการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. ชุดแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน ระยะการเจ็บป่วยทางจิตด้วยโรคจิตเภท ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยมีทั้งหมด 9 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน²⁰ ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล (APN) และอาจารย์พยาบาล และนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เช่น รายได้ต่อเดือน ให้ปรับเป็นความเพียงพอของรายได้ต่อครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานจึงไม่มีรายได้ เป็นต้น

2. แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia: CDSS) ฉบับภาษาไทย²¹ เป็นแบบประเมินที่ใช้บอกระดับของอาการซึมเศร้า มี 9 หัวข้อ ซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้ถูกสัมภาษณ์ โดยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-27 คะแนน หากได้มากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ถือว่ามีอาการซึมเศร้า ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน (Polit & Beck, 2008) คำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 1.0 วิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha ecoefficiency) เท่ากับ .8319

3. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)²² เป็นแบบประเมินเพื่อตรวจสอบอาการ

ทางคลินิก ทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยนำเครื่องมือมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงใดๆ ทำการวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาความสอดคล้องภายในใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .80¹⁹

4. โปรแกรมสุขภาวะ ประกอบไปด้วย 5 กิจกรรมประยุกต์ตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก¹⁷ 5 องค์ประกอบ (P.E.R.M.A) กิจกรรมที่ 1 “สภาวะของอารมณ์ที่ดี” (Positive Emotion) กิจกรรมที่ 2 “ผูกพัน...ร่วมกันออกกำลังกาย” (Engagement) กิจกรรมที่ 3 “ความสัมพันธ์ที่ดี” (Relationships) กิจกรรมที่ 4 “ฉันมีความหมาย” (Meaning) กิจกรรมที่ 5 “ฉันทำได้” (Accomplishment) ทำกิจกรรม ครั้งละ 90 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (จันทร์, พุธ, ศุกร์) จนครบ 5 ครั้ง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา รูปแบบกิจกรรมแต่ละกิจกรรมในโปรแกรมและความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน นำโปรแกรมสุขภาวะไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างและเข้าเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 5 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้จริง โดยดำเนินการจบครบทั้ง 5 กิจกรรมเพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา และอุปสรรคอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้จากการทำกิจกรรม ก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ หนังสือรับรองรหัสโครงการวิจัย 043/2563 เลขที่หนังสือรับรอง COA No. 040/2563 อนุมัติวันที่ 30 เมษายน 2563 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กรมสุขภาพจิต รหัสโครงการวิจัย DMH.IRB 018/2563 BRm_Ful เลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.COA 028/2563 อนุมัติวันที่ 26 มิถุนายน 2563

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็น ร้อยละ 51.5 ส่วนในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็น ร้อยละ 51.5 ด้านอายุ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี เท่ากัน โดยคิด

เป็นร้อยละ 39.4 และ 33.3 ตามลำดับ ด้านการศึกษา กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาเหมือนกัน โดยคิดเป็นร้อยละ 45.5 เท่ากัน ด้านศาสนา กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าส่วนใหญ่มีการนับถือศาสนาพุทธเหมือนกัน โดยคิดเป็นร้อยละ 94 และ 100 ตามลำดับ ด้านสถานภาพสมรส กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดเหมือนกัน คิดเป็นร้อยละ 45.5 และ 57.6 ตามลำดับ ด้านการประกอบอาชีพ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 63.5 ตามลำดับ ด้านความเพียงพอของรายได้ครอบครัว กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอมีพอกิน

คิดเป็นร้อยละ 60.6 และ 75.8 ตามลำดับ รองลงมาคือ รายได้ไม่พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 27.3 และ 21.2 ตามลำดับ และด้านระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 เท่ากัน และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในแต่ละด้านด้วยสถิติ Chi square test และ Fisher's Exact test พบว่าไม่แตกต่างกัน จึงกล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะทั่วไปที่เหมือนกันหรือคล้ายคลึงกัน จึงเชื่อมั่นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างเป็นผลมาจากกิจกรรมของโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้จัดให้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าวก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 33)

คะแนนอาการซึมเศร้า	Mean (SD)	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	8.6 (2.60)	15.579	32	.000
หลังการทดลอง	2.2 (1.40)			

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง (M = 2.2, SD = 1.40) ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าวก่อนการทดลอง (M = 8.6, SD = 2.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 15.579, p<.05) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าวก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม (n = 33)

คะแนนอาการซึมเศร้า	Mean (SD)	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	9.1 (2.915)	1.876	32	.070
หลังการทดลอง	8.73 (2.46)			

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง (M = 8.73, SD = 2.46) และคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าวก่อนการทดลอง (M = 9.1, SD = 2.915) ไม่แตกต่างกัน (t = 1.876, p>.05) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n = 66)

คะแนนอาการซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง Mean (SD)	$\bar{D}_1$	SD	กลุ่มควบคุม Mean (SD)	$\bar{D}_2$	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง	8.6 (2.60)			9.1 (2.92)				
		6.4	.41		.40	.18	13.41	.000
หลังการทดลอง	2.2 (1.40)			8.7 (2.43)				

จากการเปรียบเทียบ ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาวะ ($\bar{D}_1 = 6.4$, SD = .41) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{D}_2 = .40$, SD = .18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 13.41, P<.001) ตามตารางที่ 3

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษานับสนสมมติฐานทั้ง 2 ข้อ คือ สามารถอธิบายได้ดังนี้

สมมติฐานข้อ 1 ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าลดลงหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาวะ เนื่องจากโปรแกรมสุขภาวะมีส่วนช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลง เป็นผลจากกิจกรรมของโปรแกรมสุขภาวะ ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก¹⁷ ตามทฤษฎี “P.E.R.M.A.” ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของตนเองและช่วยให้ยอมรับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจอย่างเหมาะสม จัดการกับปัจจัยเกี่ยวกับความเข้าใจการเจ็บป่วยทางลบให้ถูกต้อง ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความสุขหรือมีอารมณ์เชิงบวกมากขึ้นซึ่งจะไปช่วยลดอาการซึมเศร้าโดยผ่าน 5 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “สภาวะอารมณ์ที่ดี” ส่งเสริมความสงบทางจิตใจ จิตที่ออกมาจากความสงบของสมาธิจะช่วยให้คิดเรียนรู้ได้ดี²³ การระบุมารมณ์ จะช่วยให้เข้าใจถึงสภาวะของอารมณ์ที่ดีได้มากขึ้น¹⁸ ฝึกทักษะการมองจุดดีของตนเองและผู้อื่น ทำให้มีความรู้สึกและอารมณ์บวกที่มีผลดีต่อตนเองและบุคคลอื่น หากผู้ป่วยรู้สึกดีกับตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ก็จะทำให้รู้สึกดีมีความสุข นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลดีต่อด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์²⁴ ซึ่งสารแห่งความสุขหลักที่เกี่ยวข้อง คือ โดปามีน (Dopamine) เอนโดรฟิน (Endorphin) ออกซิโตซิน (Oxytocin) และซีโรโทนิน (Serotonin) นั้น เป็นฮอร์โมนใน

สมองที่หลั่งออกมาในขณะอารมณ์ดีมีความสุข²³ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์จิตวิทยาเชิงบวกเพื่อบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการพัฒนาโปรแกรมบางส่วนจากแนวคิดความสุขและสุขภาวะ ร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก¹⁷ พบว่าสามารถเพิ่มสุขภาวะและลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้¹⁸

กิจกรรมที่ 2 “ผูกพัน...ร่วมกันออกกำลังกาย” ซึ่งการออกกำลังกาย ส่งผลดีต่อระบบต่างๆ ของร่างกายและจิตใจ ทำให้ร่างกายมีอารมณ์บวกและตื่นตัวมากขึ้น เมื่อออกกำลังกายไประยะหนึ่ง จะรู้สึกได้มีความสุข สนุกไปกับกิจกรรม ทำให้รู้สึกเพลิดเพลินกับการทำกิจกรรมจนลืมไปว่ากำลังรู้สึกเศร้าหรือทุกข์อยู่สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบเรื่องกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในต่างประเทศ พบว่า โปรแกรมการออกกำลังกายที่เกี่ยวข้องกับการทำโยคะในผู้ป่วยจิตเภท ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้^{25,26}

กิจกรรมที่ 3 “ความสัมพันธ์ที่ดี” เป็นกิจกรรมที่สร้างความสัมพันธ์ที่ดี สร้างความคุ้นเคยให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้รับรู้ถึงความเป็นมิตร ความเอื้ออาทร ส่งผลให้เกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกและทัศนคติของตนเองต่อกลุ่ม ก่อให้เกิดกระบวนการกลุ่ม เกิดปัจจัยบำบัด ในกลุ่มซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมีกลุ่ม รู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม ส่งผลให้รู้สึกดี มีความสุขที่จะทำกิจกรรมในกลุ่ม²⁷ ส่งเสริมให้เกิดความรัก ความนับถือ ความร่วมมือ และการยอมรับจากคนรอบข้าง ทำให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข¹⁷ ซึ่งพบว่าการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้¹⁰

กิจกรรมที่ 4 “ฉันมีความหมาย” ค้นหาข้อดีของตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยได้ยอมรับความผิดปกติและความรู้สึกที่เป็นจริงในปัจจุบัน ปรับมุมมอง

เชิงบวก รับรู้และเข้าใจความเจ็บป่วยทางจิตของตนเองได้อย่างถูกต้อง ลดปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า⁵ โดยเขียนเล่าเรื่องราวข้อดีของตนเองและผู้อื่น สิ่งที่จะทำเพื่อคนอื่นในอนาคต ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยได้คิดทบทวนตนเองมากขึ้น ส่งผลให้สามารถค้นหาความหมายของชีวิต ทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่า ทั้งต่อตนเองและมีความหมายกับผู้อื่น¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดอาการซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอาการซึมเศร้าก็จะลดลงไปด้วย²⁸

กิจกรรมที่ 5 “ฉันทำได้” ฝึกการสร้างความสำเร็จให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างเป็นรูปธรรม เรียนรู้ถึงวิธีการเพื่อความสำเร็จ มีงานวิจัยที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาในอนาคตเป็นตัวทำนายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและอารมณ์ทางลบของผู้ป่วยโรคจิต²⁹ การที่ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงคุณค่า ความรู้สึกที่เกิดจากความสำเร็จตามเป้าหมายที่ผ่านมา แม้เป็นเรื่องเล็กน้อย จะช่วยให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังโดยการฝึกทำกิจกรรมจนสำเร็จ จะมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น³⁰ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพอใจ มีภาวะอารมณ์ดีต่อความสามารถของตนเอง ซึ่งสิ่งที่ได้รับนั้น จะเป็นการเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์ในอนาคต¹⁷

สมมุติฐานข้อ 2 โปรแกรมสุขภาวะมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากโปรแกรมสุขภาวะ เน้นส่งเสริมอารมณ์เชิงบวก ทำความเข้าใจกับอาการเจ็บป่วยอย่างถูกต้อง กระตุ้นให้มีกิจกรรม ความสัมพันธ์ที่ดีและฝึกตั้งเป้าหมายในการจัดการอาการซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมที่ใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกบำบัดในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้³¹ รวมไปถึงการศึกษาถึงผลของการพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการบำบัดโดยใช้จิตวิทยาเชิงบวกในผู้สูงอายุ พบว่าจิตวิทยาเชิงบวกสามารถเพิ่มสุขภาวะและลดอาการซึมเศร้าได้ เนื่องจากเมื่อบุคคลเกิดความพึงพอใจในชีวิต และมีความสุข ผลที่ได้รับคือจะช่วยลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต เกิดเป็นความสุขตามมา³² ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นการพยาบาลทั่วไป สอบถามประวัติการเจ็บป่วย ประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ

การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่มและรายบุคคลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดจากอารมณ์เชิงลบและกระบวนการคิดที่บิดเบือน การรับรู้ เข้าใจอาการเจ็บป่วยของตนเองไม่เหมาะสม หากช่วยส่งเสริมอารมณ์เชิงบวก และให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ เข้าใจและยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงของอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ก็จะช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลงได้ ซึ่งจะเห็นได้จากผลคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังการทดลอง ของกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาวะต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สรุปผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนว่าโปรแกรมสุขภาวะสามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ และมีประสิทธิผลมากกว่าการพยาบาลตามปกติ ในการช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้วยการส่งเสริมอารมณ์เชิงบวก ปรับอารมณ์เชิงลบและกระบวนการที่บิดเบือน การรับรู้ เข้าใจอาการเจ็บป่วยของตนเอง ให้เหมาะสม ส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรจัดให้มีการอบรมการใช้โปรแกรมสุขภาวะสำหรับใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้า ให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกอื่นๆ และในชุมชน เพื่อเพิ่มคุณภาพในการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมสุขภาวะในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิภาพของความคงทนการลดลงของอาการซึมเศร้าต่อไป

References

- Loitrakul M, Sukanit P. Psychiatry Ram Chor. 4thed. Bangkok: Mahidol University; 2015 (in Thai).
- Ruangtrakul S. Textbook of Basic Psychiatry and Psychiatric Diseases. (2nd edition). Bangkok: Ruenkaew Printing; 2010 (in Thai).
- Balci, G., Oter, G. B., Akdag, H. A., Bekki, A., Kisa, C., Goka, E. Associated with depression in patients with schizophrenia. Journal of Mood Disorders. 2016; 6(2): 54-62.

4. Upthegrove, R., Birchwood, M., Ross, K., Brunett, K., McCollum, R., Jones, L. The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand.* 2010; 122(3): 8-211.
5. Ketschai S., Sitthimongkol Y., Vongsirimas N., PetraSuwan S. Predictive factors for depression in schizophrenia with first-episode psychosis. *J Nursing Sci.* 2012; 30(4): 90-101. (in Thai).
6. Salasawad P. Prevalence and predictive factors of depression among schizophrenic patients. *Journal of Somdej Chao Phraya Institute of Psychiatry.* 2013; 7(1): 37-48. (in Thai).
7. Suttajit S., Philakantha S. Prevalence and Factors Associated with Depression in Schizophrenia Patients in University Hospital: A Historical Data Analysis. *Chiang Mai Medical Journal.* 2011; 50(4): 115-121. (in Thai).
8. Sathitwakarn S. Depression in schizophrenic patients: key issues in nursing practice. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University.* 2018; 30(3): 1-13. (in Thai)
9. Sukhao S., Arunphongpaisarn S. Risk Factors and Adolescent Suicide Theory: An In-Depth Literature Review. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand.* 2017; 62(4): 359-378. (in Thai).
10. Khamthawee A, Yunibhand J. The Effect of Family Support Program on Depressive Symptoms in First - Episode Schizophrenic Patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2018; 19: 250-258. (in Thai).
11. Sandhu, A., Ives, J., Birchwood, M., Upthegrove, R. The subjective experience and phenomenology of depression following first episode psychosis: a qualitative study using photo-elicitation. *Journal of Affective Disorders.* 2013; 149(1-3): 74-166.
12. Xu, Z. Y., Zu, S., Xiang, Y. T., Wang, N. et al. Associations of self-esteem, dysfunctional beliefs and coping style with depression in patients with schizophrenia: a preliminary survey. *psychiatry Res.* 2013; 209(3): 340-5.
13. Suttajit S., Philakantha S. Comparative study of methods for evaluating non-co-operation in taking anti-psychotic drugs and barriers affecting non-co-operation in taking anti-psychotic drugs in schizophrenic patients. *Chiang Mai Medical Journal.* 2010; 49(3): 97-103. (in Thai).
14. Phanmuang P. Selective Factors Associated with Depression of Schizophrenic Patients in the Central Region. (Master's thesis). Chulalongkorn University, Faculty of Nursing, Department of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2011. (in Thai).
15. Namsoot J. Depression and violent behavior of schizophrenic patients and forensic schizophrenic patients at Galya Rajanagarindra Institute. *Chula Med J.* 2016; 60(6): 641-53. (in Thai).
16. Misdrahi, D., Denard, S., Swendsen, J., Jaussent, I., & Courtet, Philippe. Depression in schizophrenia: The influence of the different dimensions of insight. *Psychiatry Research.* 2014, 216(1): 12-16.
17. Seligman. M. E. P. *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being.* New York: Atria Books; 2011.
18. Chaves, C., Gomez, I. L., Hervas, G., Vazquez, C. The Integrative Positive Psychological Intervention for Depression (IPPI-D). *Journal of Contemporary Psychotherapy.* 2019; 49(3): 177-185.

19. Srisatidnarakul B. Research Methods in Nursing. 5th ed. Bangkok: U and I Intermedia; 2010. (in Thai).
20. Polit, D., Beck. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia Lippincott William and Wilkins; 2008.
21. Suttajit, S., Srisurapanont, M., Pilakanta, S., Charnsil, C., Suttajit, S. Reliability and validity of the Thai version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2013; 1371(9): 113-8.
22. Department of Mental Health. Handbook of care for psychiatric patients at high risk of violence. For institutions / hospitals Under the Department of Mental Health. Bangkok: Prosperous Plus Company Limited; 2018. (in Thai).
23. Wongpiromsan Y. Create happiness with mindfulness in organization (Mindfulness in Organization: MIO). 4th ed. Nonthaburi: Beyond Publishing Co., Ltd; 2017. (in Thai).
24. Thaiudom A, Chaleoykitti S. Pathways to Happiness for Nursing Students. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(2): 92-98. (in Thai).
25. Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., Ward, P. B. Physical Activity Interventions for People with Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Psychiatry. 2014; 75(9): 74-964.
26. Dauwan, Marieke J. H. Begemann., Sophie M. Heringa., Iris E. Sommer. Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global Functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. Schizophrenia Bulletin. 2015; 42(3): 588-599.
27. Yalom, I. D. Theory and practice of group psychotherapy. 4th ed. New York: Basic Books; 1995.
28. Salasawad P., Seeherunwong. Development of enhancing self-Esteem and Depressing depressive symptoms Program for Patients with Schizophrenia. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2020; 34(1): 13-42. (in Thai).
29. Norman, R., Windell, D., Lynch, J., Manchanda, R. The significance of possible selves in patients of an early intervention program for psychotic disorders. Early Intervention Psychiatry. 2014; 8(2): 170-175.
30. Chuchuen U, Wirun S, Nuchawat W. Effects of Group Therapy Program on Self-Esteem of Chronic Psychiatric Patients. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2014; 28(3): 13-25. (in Thai).
31. Ramirez E, Raquel Ortega A, Chamorro A, María Colmenero J. A program of positive intervention in the elderly: Memories, gratitude and forgiveness. Aging and Mental Health. 2014; 18(4): 463-470.
32. Ho, H. Y., Yeung, D. Y., & Kwok, S. L. Development and evaluation of the positive psychology intervention for older adults. The Journal of Positive Psychology. 2014; 9(3): 187-197.