

## การบำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกในผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอาการซึมเศร้า: รายงานกรณีศึกษา

# Positive Psychological Therapy in Schizophrenic Patients with Depression: Case Study Report

กิติกร พรมา\* รังสิมันต์ สุนทรไชยา\*\*

Kitikorn Pornma,\* Rangsiman Soonthonchaiya\*\*

\* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จ.นครปฐม

\* Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom Province

\*\* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จ.ปทุมธานี

\*\* Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani Province

\* Corresponding Author: kitikorn031@nurse.tu.ac.th

### บทคัดย่อ

รายงานการศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาวะที่ประยุกต์ใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก เพื่อลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน 2564 บำบัดเป็นรายกลุ่ม จำนวน 5 ครั้ง โดยใช้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินอาการทางจิต ความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 3) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83 ประเมินก่อนและหลังการบำบัด รายงานผลการศึกษาด้วยการวิเคราะห์รายกรณี พบว่า หลังการบำบัดด้วยโปรแกรมสุขภาวะที่ประยุกต์ใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง และยอมรับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจอย่างเหมาะสม จัดการกับปัจจัยเกี่ยวกับความเข้าใจการเจ็บป่วยทางลบได้อย่างถูกต้อง ส่งเสริมให้มีอารมณ์เชิงบวกมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนอาการซึมเศร้าลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการบำบัด

**คำสำคัญ:** การบำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวก ผู้ป่วยจิตเภท อาการซึมเศร้า

### Abstract

This case study reported the use of the well-being program applying the concept of positive psychology to reduce depression symptoms of schizophrenic patients were admitted for inpatient care at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry between March and April 2021,

Received: October 2, 2021; Revised: January 2, 2022; Accepted: January 7, 2022



and received 5 sessions of group therapy. The three instruments were: 1) general information questionnaire, 2) psychiatric symptom assessment (BPRS), a Cronbach alpha coefficient of 0.80, and 3) depression assessment in schizophrenic patients, with content validity index of 1, and a Cronbach alpha coefficient of 0.83, evaluated before and after the treatment program. The results of the study were reported from case analysis. It was found that after therapy with the use of the well-being program applying the concept of positive psychology, schizophrenia patients become aware of their illness and accept the changes that occur with proper understanding. Dealing with factors related to understanding negative illness correctly encourages more positive emotions. As a result, schizophrenia patients had lower depression scores compared to before therapy.

**Keywords:** positive psychological therapy, schizophrenic patients, depression

## บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพ ความคิด การรับรู้ และอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม<sup>1-2</sup> ในปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ารับบริการ จำนวน 26 ล้านคน คิดเป็นอัตราป่วย 7 ต่อ 1,000 คน ในประชากรวัยผู้ใหญ่<sup>3</sup> ซึ่งในปีงบประมาณ 2560 ประเทศไทยมีผู้รับบริการที่เป็นโรคจิตเภท 480,266 คน มากเป็นอันดับ 1 ของผู้รับบริการรักษาโรคทางจิตเวชทั้งหมดและมีแนวโน้มสูงขึ้น<sup>2,4</sup> ปัญหาสุขภาพที่พบในผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น อาการซึมเศร้า พฤติกรรมรุนแรง ภาวะการเผาผลาญอาหารของร่างกายที่ผิดปกติ (Metabolic syndrome) ภาวะอ้วน ติดสารเสพติด เป็นต้น<sup>5</sup> อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนอกจากจะเกิดกับคนปกติหรือผู้ที่มีปัญหาโรคทางกายแล้ว ในผู้ป่วยจิตเภทก็มีโอกาสเกิดอาการซึมเศร้าได้ จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท<sup>6-7</sup> ในประเทศไทยมีการศึกษาถึงความชุกของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ร้อยละ 75.32<sup>6</sup> และความชุกของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ร้อยละ 35<sup>8</sup> จะเห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทล้วนมีอัตราการ

เกิดอาการซึมเศร้าได้ จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการประเมินเพื่อเข้ารับการรักษาบำบัดเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายและให้ได้รับการช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>9</sup>

ลักษณะอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทจะมีอารมณ์หรือความรู้สึกที่ไม่พึงปรารถนา มีความคิดเชิงลบต่อตัวเองและผู้อื่น รวมถึงสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีความแปรปรวนทางอารมณ์ที่ต้องการหลีกเลี่ยงและลงโทษตัวเองหรืออยากตาย ผลกระทบนี้จึงเป็นสาเหตุหลักสู่พฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายที่สูงอย่างต่อเนื่อง<sup>8-9</sup> ปัญหาดังกล่าวจึงกลายเป็นความรุนแรงทั้งในแง่สังคมและสาธารณสุข โดยองค์กรอนามัยโลกรายงานว่า ในแต่ละปีจะมีแนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรทั่วโลกเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุแทบทุกประเทศ สำหรับประเทศไทยอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ในอันดับที่ 56 ของโลก<sup>10</sup> ความรู้สึกซึมเศร้าจากการตระหนักว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิต ยอมรับไม่ได้กับความเจ็บป่วยของตนเอง รู้สึกหมดหวังกับอนาคต มีทักษะในการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ และลดการติดต่อกับบุคคลที่ให้การสนับสนุนซึ่งทำให้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย<sup>11</sup>

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ความเข้าใจ การเจ็บป่วยทางจิต อาการทางจิต การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยา และการใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม คือ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม<sup>9</sup> จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยเกี่ยวกับความเข้าใจในการเจ็บป่วยทางจิต (Clinical insight) ในเชิงลบเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท<sup>6,12</sup> เป็นผลมาจากที่ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง และประเมินว่าการเจ็บป่วยของตนเองเป็นเหตุทำให้ตนเองต้องสูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม รู้สึกเป็นดราม่า เป็นที่น่ารังเกียจของสังคม<sup>13</sup> มักโทษตนเองว่า เป็นต้นเหตุของความเจ็บป่วย มองตัวเองด้อยค่า ลดคุณค่าในตัวเอง ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า<sup>14</sup>

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตให้ถูกต้อง<sup>6</sup> ช่วยให้ผู้ป่วยมองโลกในแง่ดี มีความรู้สึกต่อตนเองในเชิงบวก เปลี่ยนแปลงความคิดและการกระทำในเชิงบวก รับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของตนเองและยอมรับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุข จะเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยลดอารมณ์เศร้าและความเข้าใจในเชิงลบได้<sup>15</sup>

### แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก

แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก ถูกพัฒนามาเป็นทฤษฎี "P.E.R.M.A." ซึ่งเป็นแนวคิดในการพัฒนาความสุข (Happiness) และสุขภาวะ (Well-being) โดยมีองค์ประกอบหลักของความสุข 5 องค์ประกอบ คือ 1) สภาวะของอารมณ์ที่ดี (Positive emotion) เป็นความรู้สึกและอารมณ์ที่ส่งผลดีต่อบุคคล เช่น ความสุข ความเพลิดเพลิน ความตื่นเต้น ความพอใจ

และความภูมิใจ 2) ความผูกพันในการทำกิจกรรม (Engagement) เป็นความรู้สึกเพลิดเพลินกับการทำกิจกรรม โดยกิจกรรมต้องใช้ทักษะความสามารถที่มีความท้าทาย แต่อย่างไรก็ตามเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ ทำให้มีความตั้งใจที่จะทำกิจกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมาย 3) ความสัมพันธ์ที่ดี (Relationships) เป็นความรู้สึกได้รับการยอมรับจากสังคมรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นเกี่ยวกับคู่ชีวิต ครอบครัว อาชีพการทำงาน และความสัมพันธ์แบบอื่นๆ 4) การรู้สึกว่ามีชีวิตมีความหมาย (Meaning) เป็นการค้นหาความหมายของชีวิตและการเรียนรู้ว่ามีอะไรที่ยิ่งใหญ่กว่าตนเพื่อช่วยให้พยายามทำตามเป้าหมาย 5) การบรรลุถึงเป้าหมาย (Accomplishment) เป็นการสร้างความสำเร็จและความเชี่ยวชาญให้บรรลุถึงเป้าหมายความต้องการที่ตั้งไว้อย่างเป็นรูปธรรม<sup>15</sup>

### การพัฒนาโปรแกรมการบำบัด โดยใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก

จากการทบทวนผลการศึกษา พบว่า ความเข้าใจในการเจ็บป่วยทางจิตในเชิงลบเป็นปัจจัยสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท<sup>6,12,16</sup> ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตให้ถูกต้อง<sup>6</sup> การช่วยให้ผู้ป่วยมองโลกในแง่ดี มีความรู้สึกต่อตนเองในเชิงบวก เปลี่ยนแปลงไปสู่ความคิดและการกระทำในเชิงบวก รับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของตนเองและยอมรับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขจะเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยลดความเข้าใจเชิงลบและอาการซึมเศร้า โดยประยุกต์ใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก<sup>15</sup> ที่ได้พัฒนาทฤษฎี "P.E.R.M.A." เป็นแนวคิดในการพัฒนาความสุข (Happiness) และสุขภาวะ (Well-being) โดยมีองค์ประกอบหลักของความสุข 5 องค์ประกอบ คือ 1) สภาวะของอารมณ์ที่ดี (Positive emotion) 2) ความผูกพันในการทำกิจกรรม



(Engagement) 3) ความสัมพันธ์ที่ดี (Relationships) 4) การรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย (Meaning) 5) การบรรลุถึงเป้าหมาย (Accomplishment) พัฒนามาเป็นโปรแกรมสุขภาพ มีกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง<sup>15</sup> คือ

กิจกรรมที่ 1 “สภาวะของอารมณ์ที่ดี” (Positive emotion) ส่งเสริมความสงบทางจิตใจ รับรู้อารมณ์เชิงบวกหรือสภาวะอารมณ์ที่ดี ทักษะการมองจุดดีของตนเองและผู้อื่น

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

กิจกรรมที่ 3 “ความสัมพันธ์ที่ดี” (Relationships) สร้างสัมพันธ์ภาพ สร้างความคุ้นเคยให้เกิดความไว้วางใจ สัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่มและผู้วิจัย

กิจกรรมที่ 4 “ฉันมีความหมาย” (Meaning) ค้นหาข้อดีของตนเอง ยอมรับความผิดปกติของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้และความเข้าใจความเจ็บป่วยทางจิตของตนเองได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมที่ 5 “ฉันทำได้” (Accomplishment) ฝึกการสร้างความสำเร็จให้บรรลุถึงเป้าหมายความต้องการที่ตั้งไว้อย่างเป็นรูปธรรมและตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการลดอาการซึมเศร้า พร้อมทั้งแนวทางปฏิบัติเพื่อความสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งโปรแกรมฯ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยพิจารณาความเหมาะสมและความครอบคลุมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยให้เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดแบบกลุ่มปิด แต่ละครั้งใช้เวลาในการทำกิจกรรม 90 นาที วันเว้นวัน จนครบทั้ง 5 กิจกรรม ตามโปรแกรมและประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม

### งานวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดจิตวิทยา เชิงบวกเพื่อลดอาการซึมเศร้า

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การนำแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกไปประยุกต์ในโปรแกรมเพื่อลดอาการซึมเศร้า ได้แก่ การศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างสุขและลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลบึงน้ำรักษ์ เป็นโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้นโดยการบูรณาการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตกิจกรรมการสร้างสุขภายใต้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกและกิจกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างสุขและลดภาวะซึมเศร้า มีระดับคุณภาพชีวิตและระดับความสุขสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมีระดับอาการซึมเศร้ามักต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>17</sup> สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดผู้สูงอายุ: ความจำ ความกตัญญู และการให้อภัยโดยใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามลดลง มีความจำเพิ่มขึ้น ฟังพอใจในชีวิต และมีความสุข โปรแกรมนี้จึงช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมุ่งเน้นให้บุคคลมีความสุขเกิดขึ้น<sup>18</sup> รวมไปถึงการศึกษาถึงผลของการพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการบำบัดโดยใช้จิตวิทยาเชิงบวกในผู้สูงอายุ พบว่า จิตวิทยาเชิงบวกสามารถเพิ่มสุขภาวะและลดอาการซึมเศร้าได้ เนื่องจากเมื่อบุคคลเกิดความพึงพอใจในชีวิตและมีความสุข ผลที่ได้รับ คือ จะช่วยลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต เกิดเป็นความสุขตามมา<sup>19</sup> ด้วยเหตุนี้การนำแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมจึงคาดว่าจะช่วยส่งเสริมความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ถูกต้อง มีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจ ยอมรับในสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม เรียนรู้

การมีอารมณ์เชิงบวก ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้

## วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษารายกรณีจำนวน 1 คน ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน 2564 โดยสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากจากการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดแบบกลุ่มปิด จำนวน 8 คน แต่ละครั้งใช้เวลาในการทำกิจกรรม 90 นาที วันเว้นวัน จนครบทั้ง 5 กิจกรรม ตามโปรแกรมฯ ประเมินผลการศึกษาก่อนและหลังการบำบัดทันทีด้วยแบบประเมินอาการทางจิตและแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท และวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าของกรณีศึกษา

### เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

ประกอบด้วยแบบประเมิน 3 ชุด และโปรแกรมสุขภาพที่ใช้ในการบำบัด ดังนี้

**1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป** ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ต่อเดือน ระยะการเจ็บป่วยทางจิตด้วยโรคจิตเภท ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยมีทั้งหมด 9 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล (APN) และอาจารย์พยาบาล และนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

**2. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)<sup>20</sup>** เป็นแบบประเมินเพื่อตรวจสอบอาการทางคลินิก ทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงใดๆ จึงทำการวิเคราะห์

หาความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยวิธีการหาความสอดคล้องภายในใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.80

**3. แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia: CDSS) ฉบับภาษาไทย<sup>21</sup>** เป็นแบบประเมินที่ใช้บอกระดับของอาการซึมเศร้าจำนวน 9 ข้อ ซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้ถูกสัมภาษณ์ ซึ่งแต่ละข้อเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้ ไม่มี ให้คะแนนเท่ากับ 0 เล็กน้อย ให้คะแนนเท่ากับ 1 ปานกลาง ให้คะแนนเท่ากับ 2 และรุนแรง ให้คะแนนเท่ากับ 3 การแปลผล ผู้ที่ได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ซึ่งผู้เขียนได้เพิ่มเติมการแบ่งระดับคะแนนของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าออกเป็น 3 กลุ่ม คือ มีอาการซึมเศร้าระดับต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้เกณฑ์ภาคขึ้นในการแบ่ง ดังนี้ ไม่มีอาการซึมเศร้า 0 - 4 คะแนน มีอาการซึมเศร้าระดับต่ำ 5 - 12 คะแนน มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง 13 - 20 คะแนน มีอาการซึมเศร้าระดับสูง 21 - 27 คะแนน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้เท่ากับ 1 ทำการวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยวิธีการหาความสอดคล้องภายในใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83

**4. โปรแกรมสุขภาพ** ประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม ประยุกต์ตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก<sup>15</sup> จาก 5 องค์ประกอบ (P.E.R.M.A) กิจกรรมที่ 1 “สถานะของอารมณ์ที่ดี” (Positive emotion) ส่งเสริมความสงบทางจิตใจ การรู้อารมณ์เชิงบวก หรือสภาวะอารมณ์ที่ดี ทักษะการมองจุดดีของตนเองและผู้อื่น กิจกรรมที่ 2 “ผูกพัน...ร่วมกัน





## กรณีศึกษา

ออกกำลังกาย” (Engagement) ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม โดยใช้ทักษะที่ผู้ป่วยสามารถทำร่วมกันและเป็นไปได้ กิจกรรมที่ 3 “ความสัมพันธ์ที่ดี” (Relationships) สร้างสัมพันธภาพ สร้างความคุ้นเคยให้เกิดความไว้วางใจ สัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่มและผู้วิจัย กิจกรรมที่ 4 “ฉันมีความหมาย” (Meaning) ค้นหาข้อดีของตนเอง ยอมรับความผิดพลาดของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้และความเข้าใจความเจ็บป่วยทางจิตของตนเองได้อย่างถูกต้อง กิจกรรมที่ 5 “ฉันทำได้” (Accomplishment) ฝึกการสร้างความสำเร็จให้บรรลุถึงเป้าหมายความต้องการที่ตั้งไว้อย่างเป็นรูปธรรมและตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการลดอาการซึมเศร้า พร้อมทั้งแนวทางปฏิบัติเพื่อความสำเร็จตามเป้าหมาย ทำกิจกรรมครั้งละ 90 นาที วันเว้นวัน จนครบ 5 ครั้ง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา รูปแบบกิจกรรมแต่ละกิจกรรมในโปรแกรมและความเหมาะสม โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน นำโปรแกรมสุขภาวะไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างและเข้าเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 5 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้จริง โดยดำเนินการจบครบทั้ง 5 กิจกรรมเพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา และอุปสรรคอื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากการทำกิจกรรมก่อนนำไปใช้จริง

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

รายงานกรณีศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมสุขภาวะต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กรมสุขภาพจิต เลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.COA 028/2563 อนุมัติวันที่ 26 มิถุนายน 2563 สิ้นสุดวันอนุมัติวันที่ 25 มิถุนายน 2564

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 33 ปี สถานภาพโสด ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาปริญญาตรี อาชีพพนักงานบริษัทเอกชน ความเพียงพอของรายได้พออยู่พอกิน การวินิจฉัยโรค โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid schizophrenia; F20.0) มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตมา 5 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดยามาเป็นเวลา 1 ปี เพราะคิดว่าตนเองหายดีแล้ว ทดลองหยุดยาเอง เนื่องจากกลัวเพื่อนที่ทำงานทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภท ไม่อยากให้เพื่อนเห็นว่าตนเองรับประทานยารักษาโรคจิตอยู่ เคยรับประทานแล้วง่วง มึนศีรษะ จนบางครั้งทำงานไม่ได้ ต้องลาหยุดงานบ่อย กังวลจะส่งผลกระทบต่องานที่ทำ จึงไม่ไปรับยาต่อ 4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลครั้งนี้ ผู้ป่วยมีอาการหูแว่วเป็นเสียงเพื่อนที่ทำงานมาขึ้นท้าวว่าร้ายตนเอง รู้สึกเพื่อนที่ทำงานมีท่าทีเปลี่ยนไป เริ่มออกห่างตนเองเหมือนไม่อยากพูดคุยกับตนเอง เริ่มวิตกกังวล เครียด ไม่มีความสุขขณะทำงาน 3 สัปดาห์ก่อนมา มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ทะเลาะกับเพื่อนร่วมงาน คิดว่าเพื่อนร่วมงานไม่หวังดีกับตนเอง นินทา มีหูแว่วมากขึ้น ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 โดยปัจจุบันได้รับการรักษาด้วยจิตเภสัชบำบัดและกลุ่มกิจกรรมบำบัด ในตีผู้ป่วยใน ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ Haloperidol 5 mg 1 x 3, Trihexyphenidyl 2 mg 1 x เข้า, 1 x prn EPS และ Diazepam 2 mg 1 x 3 โดยได้รับยามา 3 สัปดาห์ ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ จากการประเมินสภาพจิต พบว่า ลักษณะสีหน้าไม่แจ่มใส จังหวะการพูดปกติ ตอบคำถามได้ตรงคำถาม เป็นประโยชน์ ใช้ภาษาพูดปกติ สบตาขณะพูดคุย ไม่มีหงุดหงิดก้าวร้าว เนื้อหาและกระแสดมคิดต่อเนื่อง การรับรู้ตรงกับความเป็นจริง ปฏิเสธหูแว่ว รับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง รับรู้ว่า “ตนเองมารักษาเรื่องอาการหูแว่ว เพราะตนเองเป็น

โรคจิตเภท เป็นโรคจิตที่ไม่มีวันรักษาหาย ต้องกินยาไปตลอดชีวิต ไม่มีใครที่อยากจะเป็นอย่างโรคนี้นี้ เมื่อไรขาดยาอาการทุกอย่างก็จะกลับมา อาการอื่นๆ ก็จะกำเริบ” ประเมินอาการทางจิต (BPRS) ได้ 32 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตเล็กน้อย และประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท (CDSS) ได้ 16 คะแนน หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง

เนื่องจากกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบริการรักษาแบบผู้ป่วยใน และผู้ศึกษาเป็นพยาบาลจิตเวชประจำตึกที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอยู่ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดจึงได้เริ่มเกิดขึ้นก่อนหน้า ตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยเข้ารับรักษา ทำให้กรณีศึกษารู้จักและมีความไว้วางใจในผู้บำบัด การบำบัดตามโปรแกรมสุขภาวะทั้ง 5 ครั้งจึงสามารถ

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าคะแนน BPRS และ CDSS ก่อนและหลังการบำบัด

	BPRS	CDSS
ก่อนบำบัด	32	16
หลังบำบัด	28	7

กรณีศึกษามีอาการซึมเศร้าลดลงหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาวะ เป็นผลจากกิจกรรมของโปรแกรมสุขภาวะ ซึ่งผู้บำบัดได้ประยุกต์ใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก<sup>15</sup> ตามทฤษฎี "P.E.R.M.A." ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง และช่วยให้ยอมรับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจอย่างเหมาะสม จัดการกับปัจจัยเกี่ยวกับความเข้าใจการเจ็บป่วยทางลบให้ถูกต้อง ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความสุขหรือมีอารมณ์เชิงบวกมากขึ้นซึ่งจะไปช่วยลดอาการซึมเศร้าโดยผ่าน 5 กิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** **สถานะของอารมณ์ที่ดี**  
ส่งเสริมความสงบทางจิตใจ จิตที่ออกมาจากความสงบของสมาธิจะช่วยให้คิด เรียนรู้ได้ดี<sup>22</sup> การระบุนอารมณ์ จะช่วยให้เข้าใจถึงสถานะของอารมณ์ที่ดี

บำบัดได้ในห้องกิจกรรมที่ตีผู้ป่วยใน ใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 90 นาที ห่างกันวันเว้นวัน รวมเวลาในการบำบัดทั้งหมดประมาณ 2 สัปดาห์ ตามกิจกรรมของโปรแกรมสุขภาวะ คือ กิจกรรมที่ 1 สถานะของอารมณ์ที่ดี กิจกรรมที่ 2 ผูกพัน... ร่วมกันออกกำลังกาย กิจกรรมที่ 3 ความสัมพันธ์ที่ดี กิจกรรมที่ 4 ฉันมีความหมาย และกิจกรรมที่ 5 ฉันทำได้

### ผลการบำบัดและอภิปรายผล

หลังการบำบัด พบว่า กรณีศึกษามีค่าคะแนนอาการทางจิต (BPRS) และค่าคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท (CDSS) ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการบำบัดโดยวัดทันทีหลังการบำบัดสิ้นสุดลง ดังตารางที่ 1

ได้มากขึ้น<sup>23</sup> ฝึกทักษะการมองจุดดีของตนเองและผู้อื่น ทำให้มีความรู้สึกและอารมณ์บวกที่มีผลต่อตนเองและบุคคลอื่น หากผู้ป่วยรู้สึกดีกับตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ก็จะทำให้รู้สึกดีมีความสุข ซึ่งสารแห่งความสุขหลักที่เกี่ยวข้อง คือ โดปามีน (Dopamine) เอนโดรฟิน (Endorphin) ออกซิโตซิน (Oxytocin) และซีโรโทนิน (Serotonin) นั้น เป็นฮอร์โมนในสมองที่หลั่งออกมาในขณะอารมณ์ดี มีความสุข<sup>22</sup> สอดคล้องการศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์จิตวิทยาเชิงบวกเพื่อบำบัดผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า โดยการพัฒนาโปรแกรมบางส่วนจากแนวคิดความสุขและสุขภาวะร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก<sup>15</sup> พบว่า สามารถเพิ่มสุขภาวะและลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าได้<sup>23</sup> ซึ่งก่อนเริ่มกิจกรรมจะสังเกตเห็นว่ากรณีศึกษาดู



เป็นกังวล ทำที่ตื่นตัว อยู่ไม่ค่อยนิ่ง แต่เมื่อให้สัมภาษณ์ ทำสมาธิกำหนดลมหายใจ เข้า-ออก 5 นาทีพร้อมเปิดเสียงดนตรีบำบัดก่อนเริ่มกิจกรรม กรณีศึกษาคนที่สงบ อยู่หนึ่งมากขึ้น ความกังวลลดลง จึงเป็นการเตรียมพร้อมที่ดีต่อการทำกิจกรรม และฝึกเรียนรู้ถึงการระบอบารมณั ทักษะการมองจุดดีของตนเองและผู้อื่น ซึ่งบางคนไม่เคยมองข้อดีของคนอื่น แต่กรณีศึกษาสามารถบอกข้อดีของตนเองว่า “ตนเองเป็นคนชอบแบ่งปัน ช่วยเหลือคนอื่น ยิ่งถ้ามีโอกาสไปวัดจะชอบทำบุญ” และผู้อื่นได้ เช่น บอกว่า “เพื่อนในกลุ่มกิจกรรม เป็นคนใจดี น่ารัก เพราะดูจากที่เป็นคนพูดสุภาพ น่ารักจึงมักจะเข้ากับคนอื่นได้ง่าย” กิจกรรมนี้จึงช่วยให้เกิดการมองโลกในแง่ดี ทำให้มีความรู้สึกและอารมณ์บวกที่มีผลดีต่อบุคคลอื่น หากผู้ป่วยรู้สึกดีกับตนเองและผู้อื่นมากขึ้นก็จะทำให้รู้สึกดีมีความสุข<sup>22</sup>

**กิจกรรมที่ 2 ผูกพัน...ร่วมกันออกกำลังกาย**  
ซึ่งการออกกำลังกาย ส่งผลดีต่อระบบต่างๆ ของร่างกายและจิตใจ ทำให้ร่างกายมีอารมณ์บวกและตื่นตัวมากขึ้น เมื่อออกกำลังกายไประยะหนึ่งจะรู้สึกได้มีความสุข สนุกไปกับกิจกรรม ทำให้รู้สึกเพลิดเพลินกับการทำกิจกรรมจนบางครั้งก็ลืมไปว่ากำลังรู้สึกเศร้าหรือทุกข์อยู่สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบเรื่องกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิตในต่างประเทศ พบว่า โปรแกรมการออกกำลังกายที่เกี่ยวข้องกับการทำโยคะในผู้ป่วยจิตเภท ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้<sup>24,25</sup> ซึ่งจากการทำกิจกรรมเดินออกกำลังกายประกอบเสียงเพลงนี้พบว่า กรณีศึกษามีความสนใจให้ความร่วมมือไปกับการเต้นประกอบเพลง ซึ่งเพลงที่เต้นมีจังหวะที่สนุก ฟังง่าย เนื้อหาและทำนองของเพลงเป็นการประยุกต์ทำกิจกรรมที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ไม่ยากและหักโหมจนเกินไป ทำให้กรณีศึกษาสามารถขยับร่างกายและทำท่าเต้นประกอบเพลงตามได้

อย่างสนุกสนาน สีสหน้าแจ่มใส มีบางจังหวะชวนสมาชิกคนอื่นในกลุ่มเต้น ยกแขนขา ทำให้กรณีศึกษาและสมาชิกคนอื่นอยากเต้นและทำกิจกรรมนี้ต่อ ดังที่กรณีศึกษาบอกว่า “จบแล้วหรือครับ ผมกับเพื่อนยังเต้นมันอยู่เลย” พร้อมกับใบหน้าที่เป็นยิ้มเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาการทบทวนอย่างเป็นระบบเรื่องกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิตในต่างประเทศ พบว่า โปรแกรมการออกกำลังกายที่เกี่ยวข้องกับการทำโยคะ ร่วมกับการลดน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภทที่หลากหลาย เมื่อทำตามระยะเวลาจนจบโปรแกรมช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้<sup>24,25</sup>

**กิจกรรมที่ 3 ความสัมพันธ์ที่ดี** เป็นกิจกรรมที่สร้างความสัมพันธ์ที่ดี สร้างความคุ้นเคยให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้รับรู้ถึงความเป็นมิตร ความเอื้ออาทร ส่งผลให้เกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกและทัศนคติของตนเองต่อกลุ่ม ก่อให้เกิดกระบวนการกลุ่มเกิดปัจจัยบำบัดในกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมีกลุ่ม รู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม ส่งผลให้รู้สึกดี มีความสุขที่จะทำกิจกรรมในกลุ่ม<sup>26</sup> ส่งเสริมให้เกิดความรัก ความนับถือ ความร่วมมือและการยอมรับจากคนรอบข้าง ทำให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข<sup>15</sup> ซึ่งพบว่า การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้<sup>27</sup> ซึ่งกิจกรรมนี้พบว่า กรณีศึกษาได้ทำ ความรู้จักกันมากขึ้นกับผู้ป่วยคนอื่นๆ บางคนเคยเจอหน้ากันแต่ไม่เคยทำความรู้จักกัน บางคนรู้จักแต่ชื่อ แต่ไม่เคยรู้ข้อมูลประวัติของกันและกัน บางคนเมื่อมองแต่ลักษณะบุคลิกแล้วดูเคร่งขรึม ทำให้กรณีศึกษาไม่กล้าเข้าหาหรือพูดคุย แต่เมื่อกระตุ้นให้ได้ทำความรู้จักกัน ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันภายในกลุ่ม ทำให้รู้สึกดี มีความสุขที่จะทำกิจกรรมในกลุ่มส่งผลให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้



อย่างมีความสุข จากที่กรณีศึกษาได้กล่าวว่า “เคยเห็นพี่คนนี้ได้ตั้งแต่ตอนเข้ามาที่ตึก พี่เขาดูเป็นคนเจี๊ยบๆ ตอนแรกคิดว่าจะดู แต่พอได้คุยกันถึงรู้ว่าพี่เค้านิสัยดี คุยสนุก ต่อไปคงได้คุยกันบ่อยแน่ๆ”

**กิจกรรมที่ 4 ฉันมีความหมาย** ค้นหาข้อดีของตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยได้ยอมรับความผิดปกติและความรู้สึกที่เป็นจริงในปัจจุบัน ปรับมุมมองเชิงบวก รับรู้และเข้าใจความเจ็บป่วยทางจิตของตนเองได้อย่างถูกต้อง ลดปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า<sup>6</sup> โดยเขียนเล่าเรื่องราวข้อดีของตนเองและผู้อื่น สิ่งที่จะทำเพื่อคนอื่นในอนาคต ซึ่งพบว่า กรณีศึกษาได้คิดทบทวนตนเองมากขึ้น ส่งผลให้สามารถค้นหาความหมายของชีวิต ทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่าทั้งต่อตนเองและมีความหมายกับผู้อื่น<sup>15</sup> ดังที่กรณีศึกษาได้กล่าวว่า “ผมเป็นคนอหังการ คิดว่าผมจะยิ่งใหญ่กว่าคนอื่นก่อนเสมอและชอบช่วยเหลือผู้อื่น” “คนอื่นมักชื่นชมที่ผมชอบแบ่งปันสิ่งของขนมให้กับเพื่อนๆ เสมอ และในอนาคตก็ยังคงเอื้อเฟื้อแบ่งปันให้กับคนอื่นต่อไป” “สิ่งที่ทำให้ผมมีความสุขและภูมิใจ คือ เวลาไปวัด ชอบบริจาคเงินในตู้ เวลาซื้อของผ้าป่ามาก็ชอบใส่เงินช่วยผ้าป่า” สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดอาการซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยจิตเภท พบว่า คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอาการซึมเศร้าก็จะลดลงไปด้วย<sup>28</sup>

**กิจกรรมที่ 5 ฉันทำได้** ฝึกการสร้างความสำเร็จให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างเป็นรูปธรรม เรียนรู้ถึงวิธีการเพื่อความสำเร็จ มีงานวิจัยที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาในอนาคตเป็นตัวทำนายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและอารมณ์ทางลบของผู้ป่วยโรคจิต<sup>29</sup> การที่ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงคุณค่า ความรู้สึกที่เกิดจากความสำเร็จตามเป้าหมายที่ผ่านมา แม้เป็นเรื่องเล็กน้อยจะ

ช่วยให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น โดยออกแบบกิจกรรมให้กรณีศึกษาได้ตั้งเป้าหมายโดยการเลือกทำในสิ่งตนเองเลือก และลงมือทำด้วยตนเอง เกิดเป็นความสำเร็จในกิจกรรม “การประดิษฐ์ดอกไม้กระดาษ” ซึ่งเป็นดอกไม้ในวันสำคัญโดยเปิดโอกาสให้กรณีศึกษาได้เลือกทำตามความชอบหรือความต้องการ คือ ดอกมะลิ ซึ่งกรณีศึกษากล่าวว่า “อยากทำดอกมะลิ เพื่อเก็บเอาไว้ให้แม่เวลาออกจากโรงพยาบาล” จากการทำกิจกรรมครั้งนี้ กรณีศึกษาไม่เคยทำมาก่อนจึงใช้เวลาในการเรียนรู้ สังเกต ลองผิดลองถูก แต่ก็ได้ตั้งเป้าหมายชัดเจนนั้น คือ การประดิษฐ์ดอกมะลิจากกระดาษให้ได้จนสำเร็จ ซึ่งจากการพูดคุยกับกรณีศึกษาเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำได้ ถึงแม้ยังไม่เคยทำมาก่อน ก็จะพยายามตั้งใจทำจนสำเร็จ หลังจากทำงานสำเร็จกรณีศึกษาได้กล่าวว่า “รู้สึกภูมิใจในตนเอง ดีใจ ถ้าเอาไปให้แม่คิดว่าแม่ต้องมีความสุข” โดยผู้ศึกษาได้อธิบายถึงกลไกแห่งความสำเร็จ โดยให้ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ถึงความสำเร็จของตนเอง และให้กลุ่มได้ทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า การจัดการกับอาการซึมเศร้า และตั้งเป้าหมายอย่างไรเพื่อลดอาการซึมเศร้าที่เป็นอยู่ พร้อมทั้งแนวทางปฏิบัติเพื่อความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยให้ช่วยกันถอดบทเรียนเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายการป้องกันและการจัดการกับอาการซึมเศร้า ซึ่งการเชื่อว่าจะทำสำเร็จตามที่คาดหวังไว้ จะทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังโดยการฝึกทำกิจกรรมจนสำเร็จ จะมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น<sup>30</sup> ทำให้ผู้ป่วย



รู้สึกพอใจ มีภาวะอารมณ์ดีต่อความสามารถของตนเอง ซึ่งสิ่งที่ได้รับนั้นจะเป็นการเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์ในอนาคต<sup>15</sup>

แม้ว่าโปรแกรมสุขภาวะทำให้อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลง แต่การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษารายกรณีในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารักษาแผนกผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานครเท่านั้น จึงควรจัดให้มีการอบรมการใช้โปรแกรมสุขภาวะสำหรับใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกอื่นๆ และในชุมชนเพื่อเพิ่มคุณภาพในการพยาบาล รวมถึงมีการศึกษาในขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น และเนื่องจากกรณีศึกษารายนี้ได้รับการประเมินอาการซึมเศร้าทันทีหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมจึงควรมีการติดตาม

อาการซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมสุขภาวะในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิภาพของความคงทนการลดลงของอาการซึมเศร้าต่อไป

## บทสรุป

ผลการบำบัดด้วยโปรแกรมสุขภาวะที่พัฒนามาจากแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกของกรณีศึกษาครั้งนี้สนับสนุนว่า โปรแกรมสุขภาวะสามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทรายนี้ด้วยการส่งเสริมอารมณ์เชิงบวก ปรับอารมณ์เชิงลบและกระบวนการเข้าใจที่บิดเบือน การรับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเองให้เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลงได้

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Schizophrenia. [Internet]. [cited 2020 February 15]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/management/schizophrenia/en/](http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/).
2. Phongam R, Aungsuroch Y, Suktrakul S. The effect of therapeutic relationship combined with telephone continuing care program on medical adherence in persons with schizophrenia. Royal Thai Navy Medical Journal 2019;46(2):268-83. (in Thai).
3. Thai Health Promotion Foundation. Schizophrenic patients urged doctors to suggest coexistence. [Internet]. [cited 2018 November 28]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/Content/26076>. (in Thai).
4. Thailand's Psychiatric Service Center System, Department of Mental Health. Report of patients receiving psychiatric services for the fiscal year 2017. [Internet]. [cited 2018 November 28]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>. (in Thai).
5. Sitthirak N. Siriraj psychiatry DSM-5. 3<sup>rd</sup> ed. Bangkok: Prayoonsan Thai Publishing; 2015. (in Thai).
6. 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).
7. Khunarak U, Aekwarangkoon S. The effect of using love language for taking care of oneself on depression among psychiatric patients. Royal Thai Navy Medical Journal 2020;47(1):94-107. (in Thai).

8. Salasawad P. Prevalence and predictive factors of depression among schizophrenic patients. *Journal of Somdet Chaophraya Institute of Psychiatry* 2013;7(1):37-48. (in Thai).
9. Sathitwakarn S. Depression in schizophrenic patients: key issues in nursing practice. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2018;30(3):1-13. (in Thai).
10. World Health Organization. Suicide rates data by country. [Internet]. [cited 2019 March 28]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en>.
11. Sitthimongkol Y, Kesornsamut P, Wongsirimas N, Pornchaiket Oo Yong A. Revised edition of psychiatric nursing. 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok: Mahidol University; 2016. (in Thai).
12. Misdrahi D, Denard S, Swendsen J, Jaussent I, Philippe C. Depression in schizophrenia: the influence of the different dimensions of insight. *Psychiatry Research* 2014;216(1):12-6.
13. 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.
14. Yan Xu Z, Zu S, Tao Xiang Y, Wang N, Guo Z, Kilbourne AM, 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.
15. Seligman MEP. *Flourish: a visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Atria Books; 2011.
16. Phandontree P. Selective factors associated with depression of schizophrenic patients in the central region. [Master' s Thesis]. [Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2011. (in Thai).
17. Ananpattiwet S, Pengsangiam W. The effectiveness of an integrated program on quality of life, happiness enhancement, depression reduction: case study, Buengnamrak sub-district. *Journal of Nursing and Education* 2016;9(4):102-16. (in Thai).
18. Ramirez E, Raquel Ortega A, Chamorro A, Maria Colmenero J. A program of positive intervention in the elderly: memories, gratitude and forgiveness. *Aging and Mental Health* 2014;18(4):463-70.
19. Henry CY, Ho L, Dannii Y, Yeung Y, Sylvia YC, Kwok L. Development and evaluation of the positive psychology intervention for older adults. *The Journal of Positive Psychology* 2014;9(3):187-97.
20. 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; 2018. (in Thai).

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. Wongpiromsan Y. Create happiness with mindfulness in organization (Mindfulness in Organization: MIO). 4<sup>th</sup> ed. Nonthaburi: Beyond Publishing; 2017. (in Thai).
23. Chaves C, Gomez IL, Hervas G, Vazquez C. The Integrative Positive Psychological Intervention for Depression (IPPI-D). *Journal of Contemporary Psychotherapy* 2019;49(3):177-85.
24. Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C, Curtis J, Ward PB. Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2014;75(9):964-74.
25. Dauwan MJH, Begemann MM, Heringa SE, Sommer I. Exercise improves clinical symptoms, quality of life, global functioning, and depression in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin* 2015;42(3):588-99.
26. Yalom ID. Theory and practice of group psychotherapy. 4<sup>th</sup> ed. New York: Basic Books; 1995.
27. 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;19:250-8. (in Thai).
28. Salasawad P, Seeherunwong A. 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 Ross MG, Deborah W, Jill L, Rahul M. The significance of possible selves in patients of an early intervention program for psychotic disorders. *Early Intervention Psychiatry* 2014;8(2):170-5.
30. Chuchuen U, Wirun S, Nuchawatt 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).