



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 เพื่อลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้วัสดุในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน 2564 บำบัดเป็นรายกลุ่ม จำนวน 5 ครั้ง โดยใช้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินอาการทางจิต ความเที่ยงสัมประสิทธิ์และพาของครอนบาก เท่ากับ 0.80 3) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และความเที่ยงสัมประสิทธิ์และพาของครอนบาก 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 และอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม¹⁻² ในปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ารับบริการ จำนวน 26 ล้านคน คิดเป็นอัตราป่วย 7 ต่อ 1,000 คน ในประชากร วัยผู้ใหญ่³ ซึ่งในปีงบประมาณ 2560 ประเทศไทย มีผู้รับบริการที่เป็นโรคจิตเภท 480,266 คน มากเป็นอันดับ 1 ของผู้รับบริการรักษาโรคทางจิตเวช ทั้งหมดและมีแนวโน้มสูงขึ้น^{2,4} ปัญหาสุขภาพที่พบในผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น อาการซึมเศร้า พฤติกรรมรุนแรง ภาระการณ์แพคลาญอาหารของร่างกายที่ผิดปกติ (Metabolic syndrome) ภาวะอ้วนติดสารเสพติด เป็นต้น⁵ อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนอกจากจะเกิดกับคนปกติหรือผู้ที่มีปัญหาโรคทางกายแล้ว ในผู้ป่วยจิตเภทก็มีโอกาสเกิดอาการซึมเศร้าได้ จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท⁶⁻⁷ ในประเทศไทยมีการศึกษาถึงความชุกของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ร้อยละ 35⁸ จะเห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทล้วนมีอัตราการ

เกิดอาการซึมเศร้าได้ จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการประเมินเพื่อเข้ารับการรักษาบำบัดเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายและให้ได้รับการช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁹

ลักษณะอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท จะมีอาการซึมหรือความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ มีความคิดเชิงลบต่อตัวเองและผู้อื่น รวมถึงสิ่งแวดล้อม รอบตัว มีความแปรปรวนทางอารมณ์ที่ต้องการหลีกหนีและลิ่อนไหวของหรืออภัยดาย ผลกระทบนี้ จึงเป็นสาเหตุหลักสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่สูงอย่างต่อเนื่อง⁸⁻⁹ ปัญหาดังกล่าวจึงกลายเป็นความรุนแรงทั้งในแสวงค์และสารานุสุข โดยองค์กรอนามัยโลกรายงานว่า ในแต่ละปีจะมีแนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรทั่วโลกเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุแบบทุกประเทศ สำหรับประเทศไทย อัตราการฆ่าตัวตายอยู่ในอันดับที่ 56 ของโลก¹⁰ ความรู้สึกซึมเศร้าจากการตระหนักว่าตนเองป่วย เป็นโรคจิต ยอมรับไม่ได้กับความเจ็บป่วยของตนเอง รู้สึกหมดหวังกับอนาคต มีทักษะในการเชื่อปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ และลดการติดต่อ กับบุคคลที่ให้การสนับสนุนซึ่งทำให้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย¹¹



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ความเข้าใจ การเจ็บป่วยทางจิต อาการทางจิต การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยา และการใช้สารสเปตติด ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม คือ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม⁹ จากการทบทวนวรรณกรรม พบร่วม ปัจจัยเกี่ยวกับความเข้าใจในการเจ็บป่วยทางจิต (Clinical insight) ในเชิงลบ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท^{6,12} เป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยของตัวเอง และประเมินว่าการเจ็บป่วยของตนเองเป็นเหตุทำให้ตนเองต้องสูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม รู้สึกเป็นตราบป เป็นที่น่ารังเกียจของสังคม¹³ มักโทรมตนเองว่า เป็นต้นเหตุของความเจ็บป่วยของตัวเองด้วยค่า ลดคุณค่าในตัวเอง ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า¹⁴

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตให้ถูกต้อง⁶ ช่วยให้ผู้ป่วยมองโลกในแง่ดี มีความรู้สึกต่อตนเองในเชิงบวก เปลี่ยนแปลงความคิดและการกระทำในเชิงบวก รับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของตนเองและยอมรับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุข จะเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ช่วยลดอารมณ์เศร้าและความเข้าใจในเชิงลบได้¹⁵

แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก

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

และความภูมิใจ 2) ความผูกพันในการทำกิจกรรม (Engagement) เป็นความรู้สึกเพลิดเพลินกับการทำกิจกรรม โดยกิจกรรมต้องใช้ทักษะความสามารถที่มีความท้าทาย แต่ว่ายังเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ ทำให้มีความตั้งใจที่จะทำกิจกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมาย 3) ความสัมพันธ์ที่ดี (Relationships) เป็นความรู้สึกได้รับการยอมรับจากสังคมรอบข้าง ไม่ว่าจะเกี่ยวกับคู่ชีวิต ครอบครัว อาชีพการทำงาน และความสัมพันธ์แบบอื่นๆ 4) การรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย (Meaning) เป็นการค้นหาความหมายของชีวิตและการเรียนรู้ว่ามีอะไรที่ยิ่งใหญ่กว่าตนเพื่อช่วยให้พยาบาล ทำการเป้าหมาย 5) การบรรลุถึงเป้าหมาย (Accomplishment) เป็นการสร้างความสำเร็จและความเชี่ยวชาญให้บรรลุถึงเป้าหมายความต้องการ ที่ตั้งไว้อย่างเป็นรูปธรรม¹⁵

การพัฒนาโปรแกรมการบำบัด โดยใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก

จากการทบทวนผลการศึกษา พบร่วม ความเข้าใจในการเจ็บป่วยทางจิตในเชิงลบ เป็นปัจจัยสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท^{6,12,16} ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท มีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตให้ถูกต้อง⁶ การช่วยให้ผู้ป่วยมองโลกในแง่ดี มีความรู้สึกต่อตนเองในเชิงบวก เปลี่ยนแปลงไปสู่ความคิดและการกระทำในเชิงบวก รับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของตนเองและยอมรับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขจะเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ช่วยลดความเข้าใจเชิงลบและอาการซึมเศร้า โดยประยุกต์ใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก¹⁵ ที่ได้พัฒนาทฤษฎี "P.E.R.M.A." เป็นแนวคิดในการพัฒนาความสุข (Happiness) และสุขภาวะ (Well-being) โดยมีองค์ประกอบหลักของความสุข 5 องค์ประกอบ คือ 1) ความสุขของอารมณ์ที่ดี (Positive emotion) 2) ความผูกพันในการทำกิจกรรม



(Engagement) 3) ความสัมพันธ์ที่ดี (Relationships) 4) การรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย (Meaning) 5) การบรรลุถึงเป้าหมาย (Accomplishment) พัฒนามาเป็นโปรแกรมสุขภาวะ มีกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง¹⁵ คือ

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

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

กิจกรรมที่ 3 “ความสัมพันธ์ที่ดี” (Relationships) สร้างสัมพันธภาพ 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

三 งานวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดจิตวิทยา 三 เชิงบวกเพื่อลดอาการซึมเศร้า

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การนำแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกไปประยุกต์ในโปรแกรมเพื่อลดอาการซึมเศร้า ได้แก่ การศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างสุข และลดภาวะซึมเศร้าแก่ผู้สูงอายุในตำบลบึงน้ำรักษ์ เป็นโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้นโดยการบูรณาการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตกิจกรรมการสร้างสุข ภายใต้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกและกิจกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างสุข และลดภาวะซึมเศร้า มีระดับคุณภาพชีวิตและระดับความสุขสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมีระดับอาการซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดผู้สูงอายุ: ความจำ ความกตัญญู และการให้อภัยโดยใช้แนวคิดจิตวิทยา เชิงบวก พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความวิตกกังวลและการซึมเศร้าลดลง มีความจำเพิ่มขึ้น พึงพอใจในชีวิต และมีความสุข โปรแกรมนี้จึงช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมุ่งเน้นให้บุคคลมีความสุขเกิดขึ้น¹⁸ รวมไปถึงการศึกษาถึงผลของการพัฒนาและประเมินผลโปรแกรม การบำบัดโดยใช้จิตวิทยาเชิงบวกในผู้สูงอายุ พบว่า จิตวิทยาเชิงบวกสามารถเพิ่มสุขภาวะและลดอาการซึมเศร้าได้ เมื่อจากเมื่อบุคคลเกิดความพึงพอใจในชีวิตและมีความสุข ผลที่ได้รับ คือ จะช่วยลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต เกิดเป็นความสุขตามมา¹⁹ ด้วยเหตุนี้การนำแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม จึงคาดว่าจะช่วยส่งเสริมความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ถูกต้อง มีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจ ยอมรับในสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม เรียนรู้



การมีอารมณ์เชิงบวก ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษารายกรณ์จำนวน 1 คน ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าที่รับไวรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน 2564 โดยสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากจากการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดแบบกลุ่มปิด จำนวน 8 คน แต่ละครั้งใช้เวลาในการทำกิจกรรม 90 นาที วันเว้นวัน จนครบทั้ง 5 กิจกรรม ตามโปรแกรมฯ ประเมินผลการศึกษาก่อนและหลังการบำบัดทันที ด้วยแบบประเมินอาการทางจิตและแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท และวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าของกรณีศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

ประกอบด้วยแบบประเมิน 3 ชุด และโปรแกรมสุขภาวะที่ใช้ในการบำบัด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อชีพ ความเพียงพอของรายได้ ต่อเดือน ระยะเวลาเจ็บป่วยทางจิตด้วยโรคจิตเภท ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยมีทั้งหมด 9 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์พยาบาล (APN) และอาจารย์พยาบาล และนิร์มา แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)²⁰ เป็นแบบประเมินเพื่อตรวจสอบอาการทางคลินิก ทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 18 ข้อ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาใช้โดยไม่ได้มีการตัดแปลงใดๆ จึงทำการวิเคราะห์

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

3. แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia: CDSS) ฉบับภาษาไทย²¹ เป็นแบบประเมินที่ใช้บอร์ดดับของอาการซึมเศร้า จำนวน 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 ซึ่งมุ่งเขียนได้เพื่อเพิ่มเติมการแบ่งระดับคะแนนของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าออกเป็น 3 กลุ่ม คือ มีอาการซึมเศร้าระดับต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้ขั้นตຽภาคชั้นในการแบ่ง 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 โดยวิธีการหาความสอดคล้องภายใต้ใช้สูตรสัมประสิทธิ์และพาราเมตริก ของครอนบาก เท่ากับ 0.83

4. โปรแกรมสุขภาวะ ประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม ประยุกต์ตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก¹⁵ จาก 5 องค์ประกอบ (P.E.R.M.A) กิจกรรมที่ 1 “สภาวะของอารมณ์ที่ดี” (Positive emotion) ส่งเสริมความสงบทางจิตใจ การรู้ อารมณ์เชิงบวก หรือสภาวะอารมณ์ที่ดี ทักษะการมองจุดดีของตนเองและผู้อื่น กิจกรรมที่ 2 “ผู้พัน...ร่วมกัน



ออกกำลังกาย” (Engagement) ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม โดยใช้ทักษะที่ผู้ป่วยสามารถทำร่วมกันและเป็นไปได้ กิจกรรมที่ 3 “ความสัมพันธ์ที่ดี” (Relationships) สร้างสัมพันธภาพ สร้างความคุ้นเคยให้เกิดความไว้วางใจ สัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่มและผู้วิจัย กิจกรรมที่ 4 “ฉันมีความหมาย” (Meaning) ค้นหาข้อดีของตนเอง ยอมรับความผิดปกติของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท มีการรับรู้และความเข้าใจความเจ็บป่วยทางจิต ของตนเองได้อย่างถูกต้อง กิจกรรมที่ 5 “ฉันทำได้” (Accomplishment) ฝึกการสร้างความสำเร็จให้บรรลุถึงเป้าหมายความต้องการที่ตั้งไว้อย่างเป็นรูปธรรมและตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการลดอาการซึมเศร้า พร้อมทั้งแนวทางปฏิบัติเพื่อความสำเร็จตามเป้าหมาย ทำกิจกรรมครั้งละ 90 นาที วันเวนวัน จนครบ 5 ครั้ง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา รูปแบบกิจกรรมแต่ละกิจกรรมในโปรแกรมและความเหมาะสม โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิต และจิตเวช 3 ท่าน นำโปรแกรมสุขภาวะไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างและเข้าเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 5 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้จริง โดยดำเนินการจับครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา และอุปสรรคอื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากการทำกิจกรรม ก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

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

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 33 ปี สถานภาพโสด ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาปริญญาตรี อาชีพพนักงานบริษัทเอกชน ความเพียงพอของรายได้พ้อยพอกิน การวินิจฉัยโรค โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid schizophrenia; F20.0) มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตมา 5 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดยามาเป็นเวลา 1 ปี เพราะคิดว่าตนของหายดีแล้ว ทดลองหยุดยาเอง เนื่องจากกลัวเพื่อนที่ทำงานทราบว่าตนของป่วยเป็นโรคจิตเภท ไม่อยากให้เพื่อนเห็นว่าตนของรับประทานยา.rakshaโรคจิตอยู่ เคยรับประทานแล้วว่าง มีนศิรษะ จนบางครั้งทำงานไม่ได้ ต้องลาหยุดงานบ่อย กังวลจะส่งผลกระทบต่องานที่ทำ จึงไม่ไปรับยาต่อ 4 เดือนก่อน มาโรงพยาบาลครั้งนี้ ผู้ป่วยมีอาการหูแว่วเป็นเสียงเพื่อนที่ทำงานนานนินทาว่าร้ายตนเอง รู้สึกเพื่อนที่ทำงานมีท่าทีเปลี่ยนไป เริ่มออกห่างตนของเหมือนไม่อยากพูดคุยกับตนของ เริ่มวิตกกังวล เครียดไม่มีความสุขขณะทำงาน 3 สัปดาห์ก่อนมา มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ทะเลาะกับเพื่อนร่วมงานคิดว่าเพื่อนร่วมงานไม่หวังดีกับตนของ นินทา มีหูแว่วมากขึ้น ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 โดยปัจจุบันได้รับการรักษาด้วยจิตเภทบำบัดและกลุ่มกิจกรรมบำบัดในตึกผู้ป่วยใน ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ Haloperidol 5 mg 1 x 3, Trihexyphenidyl 2 mg 1 x เช้า, 1 x pm EPS และ Diazepam 2 mg 1 x 3 โดยได้รับยาสาม สัปดาห์ ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ จากการประเมินสภาพจิต พบร่วมกับลักษณะสีหน้าไม่แจ่มใส จังหวะการพูดปกติ ตอบคำถามได้ตรงคำถาม เป็นประโยค ใช้ภาษาพูดปกติ שבตากะ พูดคุยไม่มีหงุดหงิดก้าวไว เนื้อหาและกระแสรสความคิดต่อเนื่อง การรับรู้ตรงกับความเป็นจริงปฏิเสธหูแว่ว รับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง รับรู้ว่า “ตนของมารักษาเรื่องอาการหูแว่ว เพราะตนของเป็น



โรคจิตเภท เป็นโรคจิตที่ไม่มีวัณรักษาหาย ต้องกินยาไปตลอดชีวิต ไม่มีใครที่อยากจะเป็นโรคนี้ เมื่อไรขาดยาอาการหูแว่วก็จะกลับมา อาการอื่นๆ ก็จะ “กำเริบ” ประเมินอาการทางจิต (BPRS) ได้ 32 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตเล็กน้อย และประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิต (CDSS) ได้ 16 คะแนน หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง

เนื่องจากการณีศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบริการรักษาแบบผู้ป่วยใน และผู้ศึกษาเป็นพยาบาลจิตเวชประจำตึกที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอยู่ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดจึงได้เริ่มเกิดขึ้น ก่อนหน้า ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้ารักษา ทำให้การณีศึกษาถูกระจัดและมีความไว้วางใจในผู้บำบัด การบำบัดตามโปรแกรมสุขภาวะทั้ง 5 ครั้งจึงสามารถ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนน BPRS และ CDSS ก่อนและหลังการบำบัด

	BPRS	CDSS
ก่อนบำบัด	32	16
หลังบำบัด	28	7

การณีศึกษามีอาการซึมเศร้าลดลงหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาวะ เป็นผลจากกิจกรรมของโปรแกรมสุขภาวะ ซึ่งผู้บำบัดได้ประยุกต์ใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก¹⁵ ตามทฤษฎี “P.E.R.M.A.” ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง และช่วยให้ยอมรับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจอย่างเหมาะสม จัดการกับปัจจัยเกี่ยวกับความเข้าใจการเจ็บป่วยทางลบให้ถูกต้อง ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความสุขหรือมีอารมณ์เชิงบวกมากขึ้นซึ่งจะไปช่วยลดอาการซึมเศร้าโดยผ่าน 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สภาวะของอารมณ์ที่ดี ส่งเสริมความสงบทางจิตใจ จิตที่อ่อนมาจากการสงบของสมานิจจะช่วยให้คิด เรียนรู้ได้²² การระบุอารมณ์ จะช่วยให้เข้าใจถึงสภาวะของอารมณ์ที่ดี

บำบัดได้ในห้องกิจกรรมที่ตีกผู้ป่วยใน ใช้เวลาใน การบำบัดครั้งละ 90 นาที ห่างกันวันเว้นวัน รวมเวลาในการบำบัดทั้งหมดประมาณ 2 สัปดาห์ ตามกิจกรรมของโปรแกรมสุขภาวะ คือ กิจกรรมที่ 1 สภาวะของอารมณ์ที่ดี กิจกรรมที่ 2 ผูกพัน... ร่วมกันออกกำลังกาย กิจกรรมที่ 3 ความสัมพันธ์ ที่ดี กิจกรรมที่ 4 ฉันมีความหมาย และกิจกรรมที่ 5 ฉันทำได้

ผลการบำบัดและอภิปรายผล

หลังการบำบัด พบร่วมกับ กรณีศึกษามีค่าคะแนนอาการทางจิต (BPRS) และค่าคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิต (CDSS) ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการบำบัดโดยวัดทันทีหลังการบำบัดสิ้นสุดลง ดังตารางที่ 1

ได้มากรขึ้น²³ ฝึกหัดจะการมองจุดเดียวของตนเองและผู้อื่น ทำให้มีความรู้สึกและอารมณ์บางที่มีผลต่อตนเองและบุคคลอื่น หากผู้ป่วยรู้สึกดีกับตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ก็จะทำให้รู้สึกดีมีความสุข ซึ่งสารแห่งความสุขหลักที่เกี่ยวข้อง คือ โดปามีน (Dopamine) เอนโดรฟิน (Endorphin) ออกซิโตซิน (Oxytocin) และซีโรโทนิน (Serotonin) นั้น เป็นฮอร์โมนในสมองที่หลังออกมานอกน้ำในขณะอารมณ์ดี มีความสุข²² ลดคลื่นของการศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์จิตวิทยาเชิงบวกเพื่อบำบัดผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า โดยการพัฒนาโปรแกรมบางส่วนจากแนวคิดความสุขและสุขภาวะร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก¹⁵ พบร่วมกับ สามารถเพิ่มสุขภาวะและลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าได้²³ ซึ่งก่อนเริ่มกิจกรรมจะสังเกตเห็นว่าการณีศึกษาดู



เป็นกังวล ท่าทีตื่นตัว อยู่ไม่ค่อยนิ่ง แต่เมื่อให้ลีมตา ทำสมาธิกำหนดลมหายใจ เข้า-ออก 5 นาทีพร้อม เปิดเสียงดนตรีบำบัดก่อนเริ่มกิจกรรม กรณีศึกษาดู ท่าทีส่ง อยู่นิ่งมากขึ้น ความจังหวัดลดลง จึงเป็นการ เตรียมพร้อมที่ดีต่อการทำกิจกรรม และฝึกเรียนรู้ ถึงการระบุอารมณ์ ทักษะการมองจุดดีของตนเอง และผู้อื่น ซึ่งบางคนไม่เคยมองข้อดีของคนอื่น แต่ กรณีศึกษาสามารถบอกข้อดีของตนเองว่า “ตนเอง เป็นคนชอบแบ่งปัน ช่วยเหลือคนอื่น ยิ่งถ้ามีโอกาส ไปวัดจะชอบทำบุญ” และผู้อื่นได้ เช่น บอกว่า “เพื่อนในกลุ่มกิจกรรม เป็นคนใจดี น่าคบ เพราะ ดูจากที่เป็นคนพูดสุภาพ น่าฟัง จึงมักจะเข้ากับคน อื่นได้่าย” กิจกรรมนี้ช่วยให้เกิดการมองโลกใน แง่ดี ทำให้มีความรู้สึกและอารมณ์บวกที่มีผลดีต่อ บุคคลอื่น หากผู้ป่วยรู้สึกดีกับตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ก็จะทำให้รู้สึกมีความสุข²²

กิจกรรมที่ 2 ผูกพัน...ร่วมกันออกกำลังกาย ซึ่งการออกกำลังกาย ส่งผลดีต่อระบบต่างๆ ของ ร่างกายและจิตใจ ทำให้ร่างกายมีอารมณ์บวกและ ตื่นตัวมากขึ้น เมื่อออกกำลังกายไประยะหนึ่งจะ รู้สึกได้ว่ามีความสุข สนุกไปกับกิจกรรม ทำให้รู้สึก เพลิดเพลินกับการทำกิจกรรมจนบางครั้งก็ลืมไป ว่ากำลังรู้สึกเครียหือทุกข์อยู่สอดคล้องกับการ ทบทวนอย่างเป็นระบบเรื่องกิจกรรมการออก กำลังกาย สำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตใน ต่างประเทศ พบว่า โปรแกรมการออกกำลังกายที่ เกี่ยวข้องกับการทำโยคะในผู้ป่วยจิตเภท ช่วยลด ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้^{24,25} ซึ่งจากการ ทำกิจกรรมเด่นของการออกกำลังกายประกอบเสียงเพลงนี้ พบว่า กรณีศึกษามีความสนใจให้ความร่วมมือไป กับการเดินประกอบเพลง ซึ่งเพลงที่เดินมีจังหวะที่ สนุก พิจิจจัย เนื้อหาและทำได้เด่นของเพลงเป็นการ ประยุกต์ท่ากิจกรรมที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ไม่ยาก และหักโหมจนเกินไป ทำให้กรณีศึกษาสามารถ ขยับร่างกายและทำได้เดินประกอบเพลงตามได้

อย่างสนุกสนาน สีหน้าแจ่มใส มีบางจังหวะชวน สมาชิกคนอื่นในกลุ่มเต้น ยกแขนขา ทำให้ กรณีศึกษาและสมาชิกคนอื่นอยากรเต้นและ ทำกิจกรรมนี้ต่อ ดังที่กรณีศึกษาบอกว่า “จบแล้ว เทรอครับ ผูกกับเพื่อนยังเต้นมันอยู่เลย” พร้อม กับใบหน้าที่เป็นยิ้มเล็กน้อย สอดคล้องกับ การศึกษาการทบทวนอย่างเป็นระบบเรื่องกิจกรรม การออกกำลังกายสำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตใน ต่างประเทศ พบว่า โปรแกรมการออกกำลังกาย ที่เกี่ยวข้องกับการทำโยคะ ร่วมกับการลดน้ำหนัก ในผู้ป่วยจิตเภทที่หลากหลาย เมื่อทำตามระยะ เวลาจนจบโปรแกรมช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย จิตเภทได้^{24,25}

กิจกรรมที่ 3 ความสัมพันธ์ที่ดี เป็น กิจกรรมที่สร้างความสัมพันธ์ที่ดี สร้างความคุ้นเคย ให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้รับรู้ถึง ความเป็นมิตร ความเอื้ออาทร ส่งผลให้เกิดความ ไว้วางใจ กล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกและทัศนคติ ของตนเองต่อกลุ่ม ก่อให้เกิดกระบวนการการกลุ่ม เกิดปัจจัยบำบัดในกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเห็น ความสำคัญของการมีกลุ่ม รู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม ส่งผลให้รู้สึกดี มีความสุขที่จะทำกิจกรรมในกลุ่ม²⁶ ส่งเสริมให้เกิดความรัก ความนับถือ ความร่วมมือ และการยอมรับจากคนรอบข้าง ทำให้สามารถอยู่ ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข¹⁵ ซึ่งพบว่า การ สร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะช่วยลดอาการ ซึมเศร้าได้²⁷ ซึ่งกิจกรรมนี้พบว่า กรณีศึกษาได้ทำ ความรู้จักกันมากขึ้นกับผู้ป่วยคนอื่นๆ บางคนเคย เจอน้ำกันแต่ไม่เคยทำความรู้จักกัน บางคนรู้จัก แต่ชื่อ แต่ไม่เคยรู้ข้อมูลประวัติของกันและกัน บางคนเมื่อมองแต่ลักษณะบุคลิกแล้วดูเคร่งชรีม ทำให้กรณีศึกษามิ่งกล้าเข้าหาหรือพูดคุย แต่เมื่อ กระตุนให้ได้ทำความรู้จักกัน ทำให้เกิดสัมพันธภาพ ที่ดีต่อกันภายในกลุ่ม ทำให้รู้สึกดี มีความสุขที่จะทำ กิจกรรมในกลุ่มส่งผลให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้



อย่างมีความสุข จากที่กรณีศึกษาได้กล่าวว่า “เคยเห็นพี่คนนี้ดี๊ดีตั้งแต่ตอนเข้ามาที่ตึก พี่เขาดูเป็นคนเยี่ยบๆ ตอนแรกคิดว่าจะดู แต่พอได้คุยกันถึงรู้ว่าพี่เค้านิสัยดี คุยสนุก ต่อไปคงได้คุยกันบ่อยแน่ๆ”

กิจกรรมที่ 4 ฉันมีความหมาย คันหา ข้อดีของตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยได้ยอมรับความพิถีพิถันและความรู้สึกที่เป็นจริงในปัจจุบัน ปรับมุมมองเชิงบวก รับรู้และเข้าใจความเจ็บป่วยทางจิตของตนเองได้อย่างถูกต้อง ลดปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า⁶ โดยเขียนเล่าเรื่องราวข้อดีของตนเองและผู้อื่น สิ่งที่จะทำเพื่อคนอื่นในอนาคต ซึ่งพบว่า กรณีศึกษาได้คิดทบทวนตนของมากขึ้น ส่งผลให้สามารถคันหาความหมายของชีวิต ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ทั้งต่อตนเองและมีความหมายกับผู้อื่น¹⁵ ดังที่กรณีศึกษาได้กล่าวว่า “ผมเป็นคนอธิบายดี มักจะอี๊มให้ผู้อื่นก่อนเสมอและชอบช่วยเหลือผู้อื่น” “คนอื่นมักชื่นชมที่ผมชอบแบ่งปันสิ่งของขึ้นมาให้กับเพื่อนๆ เสมอ และในอนาคตถ้ายังคงเอื้อเพื่อแบ่งปันให้กับคนอื่นต่อไป” “สิ่งที่ทำให้ผมมีความสุขและภูมิใจ คือ เวลาไปวัด ขอบริจาคเงินในตู้ เวลาเมื่อห้องผ้าป่ามาก็ชอบใส่เงินช่วยผ้าป่า” สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดอาการซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยจิตเวช พบว่า คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นจากการซึมเศร้า ก็จะลดลงไปด้วย²⁸

กิจกรรมที่ 5 ฉันทำได้ ฝึกการสร้างความสำเร็จให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างเป็นรูปธรรม เรียนรู้ถึงวิธีการเพื่อความสำเร็จ มีงานวิจัยที่พ布ว่า การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหานในอนาคตเป็นตัวกำหนดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และอารมณ์ทางลบของผู้ป่วยโรคจิต²⁹ การที่ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงคุณค่า ความรู้สึกที่เกิดจากความสำเร็จ ตามเป้าหมายที่ผ่านมา แม้เป็นเรื่องเล็กน้อยจะ

ช่วยให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น โดยออกแบบกิจกรรมให้กรณีศึกษาได้ตั้งเป้าหมายโดยการเลือกทำในสิ่งตนเองเลือก และลงมือทำด้วยตนเอง เกิดเป็นความสำเร็จในกิจกรรม “การประดิษฐ์ดอกไม้กระดาษ” ซึ่งเป็นดอกไม้ในวันสำคัญ โดยเปิดโอกาสให้กรณีศึกษาได้เลือกทำตามความชอบหรือความต้องการ คือ ดอกมะลิ ซึ่งกรณีศึกษากล่าวว่า “อย่างการทำดอกมะลิ เพื่อเก็บเอาราให้แม่เวลาออกจากโรงพยาบาล” จากการทำกิจกรรมครั้งนี้ กรณีศึกษาไม่เคยทำมาก่อนจึงใช้เวลาในการเรียนรู้ สังเกต ลองผิดลองถูก แต่ก็ได้ตั้งเป้าหมายชัดเจนนั้น คือ การประดิษฐ์ดอกมะลิ จากการประดิษฐ์ให้ได้จนสำเร็จ ซึ่งจากการพูดคุยกับกรณีศึกษาเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำได้ถึงแม้ยังไม่เคยทำมาก่อน ก็จะพยายามตั้งใจทำจนสำเร็จ หลังจากทำจนสำเร็จกรณีศึกษาได้กล่าวว่า “รู้สึกภูมิใจในตนเอง ดีใจ ถ้าเอ้าไปให้แม่คิดว่าแม่ต้องมีความสุข” โดยผู้ศึกษาได้อธิบายถึงกลไกแห่งความสำเร็จ โดยให้ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ถึงความสำเร็จของตนเอง และให้กลุ่มได้ทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า การจัดการกับอาการซึมเศร้า และตั้งเป้าหมายอย่างไรเพื่อลดอาการซึมเศร้าที่เป็นอยู่ พร้อมทั้งแนวทางปฏิบัติเพื่อความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยให้ช่วยกันถอดบทเรียนเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายการป้องกันและการจัดการกับอาการซึมเศร้า ซึ่งการเชื่อว่าจะทำสำเร็จตามที่คาดหวังไว้ จะทำให้รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการทำสิ่งต่างๆ ได้และพูดคุยพิจารณาถึงประโยชน์ของความสำเร็จ ซึ่งจะช่วยให้รู้สึกว่ามีคุณค่าในตนของมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนของของกลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง โดยการฝึกทำกิจกรรมจนสำเร็จ จะมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนของสูงขึ้น³⁰ ทำให้ผู้ป่วย



รู้สึกพอใจ มีภาวะอารมณ์ดีต่อความสามารถของตนเอง ซึ่งสิ่งที่ได้รับนั้นจะเป็นการเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์ในอนาคต¹⁵

แม้ว่าโปรแกรมสุขภาวะทำให้อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภตลดลง แต่การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษารายกรณ์ในผู้โรคจิตเภทที่มารักษาแผนผู้ป่วยในในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานครเท่านั้น จึงควรจัดให้มีการอบรมการใช้โปรแกรมสุขภาวะสำหรับใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภตในแผนกอื่นๆ และในชุมชนเพื่อเพิ่มคุณภาพในการพยาบาล รวมถึงมีการศึกษาในขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น และเนื่องจากกรณีศึกษารายกรณ์ได้รับการประเมินอาการซึมเศร้าทันทีหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมจึงควรมีการติดตาม

อาการซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมสุขภาวะในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิภาพของความคงทนการลดลงของการซึมเศร้าต่อไป

บทสรุป

ผลการบำบัดด้วยโปรแกรมสุขภาวะที่พัฒนามาจากแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกของกรณีศึกษาครั้งนี้สนับสนุนว่า โปรแกรมสุขภาวะสามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภตราญี่ด้วยการส่งเสริมอารมณ์เชิงบวก 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/.
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. 3rd ed. Bangkok: Prayoonasan 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. 2nd 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. Ananpatiwet 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, María 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;13:71(9):113-8.
22. Wongpiromsan Y. Create happiness with mindfulness in organization (Mindfulness in Organization: MIO). 4th 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. 4th 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, Nuchsawat 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).