

โปรแกรมตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกในผู้ป่วยโรคจิตเภท

Positive Psychology Intervention in patients with Schizophrenia

ฉันทนิต์ สิมะวารังกูร¹

Chantanit Simavarangkul¹

¹ นักวิชาการอิสระ E-mail: nickynickoo@gmail.com

รับบทความ 25 พฤษภาคม 2563

แก้ไขบทความ 29 มิถุนายน 2563

ตอบรับบทความ 30 มิถุนายน 2563

บทคัดย่อ

โรคจิตเภทจัดเป็นโรคที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง ความเจ็บป่วยของอาการโรคทำให้ผู้ป่วยขาดการมีคุณภาพชีวิตที่ดี แนวทางการดูแลรักษาส่วนใหญ่จะเน้นไปที่การรักษาพยาธิสภาพของโรค เช่น การบำบัดรักษาด้วยยาและการบำบัดแบบดั้งเดิมที่มุ่งเน้นไปที่การรักษาอาการโรค ซึ่งการศึกษาตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกมีแนวทางการปฏิบัติบนพื้นฐานของการสร้างเสริมอารมณ์ทางบวก ให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง มองโลกในแง่ดี มองเห็นจุดแข็งภายในตนมาใช้ในการดูแลสุขภาพ มีเป้าหมายในการสร้างความสุข อันจะนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีและลดอาการของโรคได้ บทความนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะนำเสนอแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกและการนำโปรแกรมตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกไปใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภท

คำสำคัญ: โปรแกรมการบำบัด จิตวิทยาเชิงบวก โรคจิตเภท

ABSTRACT

Schizophrenia is considered as a severe mental illness. Patients with schizophrenia live without a good quality of life. A typical treatment of schizophrenia are likely focused on pathology; for instance, pharmacotherapy and traditional psychotherapy which focused on symptom treatment. Positive Psychology Intervention (PPI) is practical guidelines based on building positive emotions, hope, create optimistic, and finding the strengths. It aims to create happiness, promote well-being which leads to symptom reduction. The purpose of this article was to present the concepts of positive psychology and the application of positive psychology intervention for support schizophrenia patients.

Keywords: Intervention, Positive Psychology, Schizophrenia

บทนำ

โรคจิตเภทถูกจัดให้เป็น 1 ใน 20 ของโรคที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงมากที่สุดของโลก (GBD 2017; Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2018) ในปี พ.ศ. 2561 ประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทมากถึง 80,092 คน จากผู้ป่วยโรคจิตเวชทั้งหมด 300,288 คน ที่เข้ารับบริการ ทางด้านสุขภาพจิต นับเป็นความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่มีผู้ป่วยจำนวนสูงกว่าโรคทางจิตเวชอื่น ๆ และเป็น โรคที่สูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year of Life Lost due to Disability: YLD) ติดอันดับ 1 ใน 10 ทั้งนี้มีความชุกตลอดชีพ (Lifetime Prevalence) ร้อยละ 0.3-1 (กรมสุขภาพจิต, 2561)

ปัจจัยทางชีวภาพเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติทางสมอง ส่งผลต่อ การแสดงออกทางความคิด ความรู้สึก มีพฤติกรรมที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย มีแนวโน้มที่จะมี อาการต่อเนื่องระยะยาวและผู้ป่วยจะมีอัตราการกลับไปเป็นซ้ำเพิ่มสูงขึ้นเมื่อมีระยะการป่วยเป็นเวลานาน 28% ในปีแรก 43% เมื่อพ้นปีแรกถึงสองปี และ 54% ในปีที่สามถัดมา (Alvarez-Jimenez et al, 2012) และร้อยละ 40-50 จะมีอาการหลงเหลือไปตลอดชีวิต (Kaplan & Sadock, 2003) ผู้ป่วยมีการแสดงออก ของอาการโรคที่ยากจะรับมือ เกิดอาการประสาทหลอน ส่วนใหญ่มักมีอาการหูแว่ว ภาพหลอน และ/หรือมี อาการหลงผิดทำให้เกิดการรับรู้ต่อตนเอง บุคคลอื่น วัตถุและสถานที่ ไม่ตรงตามจริง มีการสื่อสาร และความคิดที่ไม่เป็นระบบ (American Psychiatric Association, 2013) อาการที่กล่าวถึงนี้ล้วนส่งผล กระทบอย่างมากแก่ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ด้าน ต่าง ๆ ของชีวิต ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติ

ปัจจุบันการรักษาโรคจิตเภทใช้การรักษาด้วยการยาร่วมกับการทำจิตบำบัด อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการใช้ยารักษาจะให้ผลดีต่อการรักษาอาการโรค แต่กลับพบว่า มีอัตราการขาดการรักษาอยู่ที่ร้อยละ 37-74 (Lieberman et al., 2005; Patel, Cherian, Gohil, & Atkinson, 2014) สาเหตุจากผลข้างเคียง ในการใช้ยารักษาบางตัวที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเกร็งแข็งตามอวัยวะบางส่วน ควบคุมกล้ามเนื้อหรือการ เคลื่อนไหวได้ยาก มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเองและขาดผู้ดูแล รวมถึงการขาดความรู้และไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ชัดเจนถูกต้อง ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือ โดยทีมสหวิชาชีพจึงมีบทบาทสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการรักษาให้เกิดประสิทธิภาพและช่วยให้ผู้ป่วยคงอยู่ใน ระบบการรักษาได้ โดยการให้ความรู้และแนวทางการดูแลตนเองอย่างถูกวิธี สร้างความเข้าใจให้กับ ครอบครัวและสังคม สนับสนุนให้กำลังใจในการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสม่ำเสมอ รวมถึงการ ฝึกทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน ทักษะด้านอาชีพและการเข้าสังคม

นอกจากนี้ยังพบว่าประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับตราบาปนั้นส่งผลต่อการรับรู้ตนเองในทิศทางลบ ความรู้สึกอับอายจากอาการเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่อยากเข้าสังคม (Gerlinger and et al., 2013; Biffittu & Dachew, 2014; Li and et al., 2017) การถูกมองว่าเป็นคนไร้ความสามารถ และการถูกกีดกันทางสังคมนำไปสู่ปัญหาทางจิตใจได้ ความรู้สึกที่เกิดจากการตีตราตนเองหรือจากสังคมนั้นเป็นอุปสรรคสำหรับผู้ป่วยในการรับมือกับอาการโรคและเพิ่มโอกาสในการกลับไปเป็นซ้ำ (relapse) (Van, 2009)

ในช่วง 20 กว่าปีที่ผ่านมา แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกได้รับความสนใจและนำไปใช้ศึกษาประสิทธิภาพในการบำบัดกลุ่มผู้ป่วยทางจิตเวชมากขึ้น แนวโน้มในการดูแลรักษาผู้ป่วยหันมาให้ความสำคัญในการเสริมสร้างสุขภาวะ เน้นด้านเข้มแข็งในตัวบุคคล สร้างเสริมคุณลักษณะทางบวกให้เกิดขึ้น ซึ่งแตกต่างจากในอดีตที่มุ่งเน้นการรักษาไปที่อาการป่วยของโรค (Duckworth, Steen, & Seligman, 2005) แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกตามทฤษฎี Well-being Theory ที่นำเสนอโดยศาสตราจารย์ Seligman มีเป้าหมายให้บุคคลเกิดความสุข พอใจในชีวิตตน และมีอารมณ์แจ่มใส ผูกพันในสิ่งที่ตนลงมือทำ มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มองเห็นความหมายในการมีชีวิตอยู่ บรรลุเป้าหมายที่ตั้งใจ (Seligman, 2012) ผู้ป่วยมีความหวังในการรักษา เกิดความหวังในการดำเนินชีวิต รับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคม รับรู้ว่าคุณค่ารอบข้างเข้าใจอาการแสดงของโรค ไม่ตำหนิและทำร้าย จะเป็นส่วนสนับสนุนให้ผู้ป่วยลดทอนการตีตราตนเองลงได้ (Suchitra Worasing, 2014) จากการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิภาพการบำบัดตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกในผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตหูแว่ว ประสาทหลอน ตั้งแต่ปี ค.ศ.1998-2017 ได้ผลการศึกษานำแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกไปประสานใช้ในการบำบัด ทั้งหมด 17 ฉบับที่พบว่าการศึกษา การแผ่เมตตา การบริหารอารมณ์ให้แจ่มใส การมีอารมณ์ขัน การฝึกทักษะการรับมือและทักษะทางสังคม ส่งผลช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พัฒนาทักษะด้านสังคม พ้นตัวจากอาการโรคได้ดีขึ้น และชะลอระยะเวลาการกลับไปรักษาตัวที่โรงพยาบาล ซึ่งที่ผ่านมา การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology Intervention) ที่นำมาศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นพบหลักฐานการศึกษาไม่มาก (Poppe, 2017) การศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดส่วนมากจะนำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น ๆ บทความนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะนำเสนอความรู้เกี่ยวกับอาการโรคจิตเภทและโปรแกรมตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกที่นำไปใช้ศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อเป็นความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

อาการสำคัญของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการโรคที่สำคัญ จำแนกลักษณะอาการทางคลินิกได้ ดังนี้ (American Psychiatric Association, 2013, p. 87-88)

1) อาการด้านบวก (positive symptoms) ผู้ป่วยมีอาการหลงผิด (delusion) ที่เกิดจากความคิด การรับรู้ที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงและไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความเชื่อนั้นได้ เช่น ผู้ป่วยเชื่อว่ามีคนมุ่งร้ายต่อตนเอง (Persecutory Delusion) หรือเชื่อว่าบุคคลนั้นกำลังสื่อสารบางอย่าง ส่งข้อความลับหรือส่งสัญญาณให้กับตนเอง (Referential Delusion) บางครั้งผู้ป่วยมองว่าตนเองนั้นเป็นบุคคลสำคัญ เป็นผู้ยิ่งใหญ่ มีพลังอำนาจพิเศษในตนเอง (Grandiose Delusion) ขณะที่กำลังพูดคุยกับบุคคลอื่น อาจจะมีอาการเชื่อว่าบุคคลนั้นกำลังตกหลุมรักหรือพึงพอใจในตน (Romantic Delusion) ในผู้ป่วยบางรายมีความคิดว่าไม่มีตนเองอยู่ในขณะนี้ อวัยวะบางส่วนของร่างกายตนหายไป (Nihilistic Delusion) ซึ่งความเชื่อดังกล่าวต้องไม่ใช่ความเชื่อที่พบได้ตามปกติในสังคมหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วย

นอกจากนี้ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน (hallucination) ปรากฏขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นการรับรู้ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีสิ่งเร้าผ่านประสาทการรับรู้ทั้ง 5 คือ ตา หู จมูก ปาก สัมผัส เช่น อาการหูแว่ว ผู้ป่วยได้ยินเสียงพูด เสียงต่าหนิว่าร้ายตนเองโดยไม่มีที่มาของเสียง มองเห็นภาพบุคคลหรือวัตถุที่ไม่มีอยู่จริง ปรากฏอยู่ รู้สึกว่ามีกลิ่นเหม็น กลิ่นไหม้หรือกลิ่นบางอย่างโดยไม่มีแหล่งที่มา รู้สึกที่ผิวหนังคล้ายมีแมลงไต่ตามตัว ซึ่งทั้งอาการหลงผิดและอาการประสาทหลอนนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตได้อย่างยากลำบาก เกิดความระแวงสงสัย มีภาวะนอนไม่หลับ ส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของตนเองและผู้อื่น

ด้านการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท จะพบลักษณะการพูดแบบไม่มีแบบแผน (disorganized speech) ผู้ป่วยไม่สามารถลำดับความคิดและขาดความคิดในการเชื่อมโยงที่สมเหตุสมผล คำพูดไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราว จับใจความไม่ได้ มีการเล่าเรื่องเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นเรื่องหนึ่งโดยไม่มีจุดเชื่อมโยง ไม่สามารถสื่อสารเรื่องราวให้ผู้อื่นเข้าใจได้

ด้านพฤติกรรมจะพบว่า ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไร้แบบแผน (disorganized behavior) ทำให้เกิดการบกพร่องในการใช้ชีวิต ไม่สามารถดูแลสุขอนามัยของตนเองและประกอบหน้าที่การงานได้ บางรายมีท่าทีก้าวร้าวที่ไม่สามารถคาดเดาได้ หรือมีท่าทีที่ดูน่าสงสาร มีการแต่งตัวพะรุงพะรัง สวมเสื้อผ้าหลายชั้น หอบหิ้วสิ่งของ ดูแปลกประหลาดจากผู้อื่น (Grossly disorganized behavior) มีการเคลื่อนไหวร่างกายที่ผิดไปจากปกติ (catatonic behavior) เคลื่อนไหวมากเกินไป น้อยเกินไป หรือนิ่งแข็งอยู่กับที่ ไม่สามารถเคลื่อนไหวตามคำสั่งได้

แนวคิดพื้นฐานจิตวิทยาเชิงบวก

แนวคิดการพัฒนาความสุขได้รับอิทธิพลจากแนวคิดจิตวิทยากลุ่มมนุษยนิยม (Humanistic Psychology) ซึ่งเป็นแนวคิดจิตวิทยาคลื่นลูกที่ 3 ต่อจากแนวคิดจิตวิเคราะห์และแนวคิดพฤติกรรมนิยม ให้ความสำคัญกับการเติบโตพัฒนาในตัวบุคคล เน้นการเข้าใจตนเอง มากกว่าที่จะเข้าไปทำงานในด้านการแก้ไขข้อบกพร่องมองหาศักยภาพและแนวทางที่จะพาบุคคลให้บรรลุในเป้าหมาย

ที่ปรารถนา (Sudarath Tuntivivat, 2017) ทฤษฎี The Broaden and Build Theory มีอิทธิพลต่อจิตวิทยาเชิงบวกอย่างมาก การอธิบายรูปแบบและหน้าที่ของอารมณ์ทางบวกที่ส่งผลต่อการขยายมุมมองความคิดและนำไปสู่การสร้างคุณลักษณะที่เข้มแข็งในการนำไปรับมือกับสิ่งที่เกิดขึ้น ถูกนำไปเป็นแนวคิดพื้นฐานในการสร้างวิธีการบำบัดตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Fredrickson, 2004)

เมื่อกล่าวถึง “จิตวิทยาเชิงบวก” (Positive psychology) บุคคลจะมองเห็นภาพหรือสัมผัสได้ถึงสิ่งดี ๆ อารมณ์ที่แจ่มใส การคิดบวก การมองโลกในแง่ดี แม้ว่าจะยังไม่ได้ศึกษาเข้าไปในองค์ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎี ก็สามารถสะท้อนให้เห็นถึงเป้าหมายของการศึกษาได้ โดยกลุ่มผู้ก่อตั้งแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก ศาสตราจารย์ Martin Seligman บิดาแห่งจิตวิทยาเชิงบวก และผู้ร่วมก่อตั้ง Mihaly Csikszentmihalyi และ Christopher Peterson บุคคลทั้ง 3 ที่กล่าวถึงนี้ เป็นผู้ขับเคลื่อนให้จิตวิทยาเชิงบวกเป็นที่รู้จักและได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ให้บุคคลมองเห็นความเป็นมนุษย์รอบด้าน ที่มีทั้งด้านที่บกพร่องและด้านที่เข้มแข็งอยู่ด้วยกัน แต่จะให้ความสำคัญกับการมองเห็นคุณลักษณะเชิงบวกและอารมณ์ด้านบวกในตนเอง เพื่อเป็นแนวทางป้องกันความเจ็บป่วยและเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีให้เกิดขึ้น (Seligman, 2019) ศาสตราจารย์ Seligman ได้นำเสนอแนวคิดทฤษฎี Well-being Theory มีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ ที่นำมาวัดเรื่องของสุขภาวะ หรือที่รู้จักกันในชื่อ PERMA ประกอบไปด้วย 1. การที่บุคคลมีภาวะอารมณ์ทางบวก อยู่ในภาวะอารมณ์ที่เป็นผลดีต่อตนเองและผู้อื่น เช่น มีความหวัง มีกำลังใจ มองโลกในแง่ดี เกิดความภูมิใจ (Positive emotion) 2. การที่บุคคลมีความผูกพันอยู่กับสิ่งที่ลงมือทำ มีสมาธิ จดจ่อกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องได้ (Engagement) 3. การที่บุคคลมีความสัมพันธ์ มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง (Positive Relationship) 4. การที่บุคคลสามารถให้ความหมายกับสิ่งที่ตนเองเป็น สิ่งที่ตนเองลงมือทำการมองเห็นความหมายที่ยิ่งใหญ่กว่าเพียงแค่สิ่งที่จำเป็นต้องได้ (Meaning of life) 5. การลงมือทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ความสำเร็จที่ได้รับจากการเพียรพยายามทำ (Achievement) เมื่อบุคคลมีระดับของ PERMA เพิ่มขึ้น จะนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีได้ (Seligman, 2012)

นอกจากนี้ศาสตราจารย์ Peterson และ ศาสตราจารย์ Seligman ร่วมกันทำการศึกษาเพื่อค้นหาคุณลักษณะด้านที่เข้มแข็งของบุคคลที่มีความเป็นสากล เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นกับบุคคลในทุกเชื้อชาติ ศาสนาและวัฒนธรรม เป็นลักษณะที่มีคุณค่าในตัวของมันเอง ไม่ได้วัดคุณค่าที่ความสำเร็จและเป็นลักษณะที่เติมเต็มชีวิตในแก่บุคคลได้ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างเสริมคุณลักษณะที่เข้มแข็งให้เกิดขึ้นแก่บุคคล เป็นส่วนสำคัญในแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกที่จะช่วยสร้างเสริมสุขภาวะที่ดีให้เกิดขึ้น จากการศึกษาอย่างลึกซึ้งทำให้ได้คุณลักษณะที่เข้มแข็ง ที่ประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบหลัก มี 24 ลักษณะย่อย ดังนี้ 1) ด้านปัญญาและความรู้ (Wisdom and knowledge) คือ ความสามารถทางปัญญาและการแสวงหาความรู้ ประกอบด้วย ความคิดสร้างสรรค์ (Creativity) ความใฝ่รู้ (Curiosity) การใฝ่เรียน (Love of learning) การเปิดใจ (Open-mindedness) และการเข้าใจภาพรวม (Perspective) 2) ด้านการมีกำลังใจ (Courage) คือ ลงมือกระทำให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีกำลังใจ ประกอบด้วยความกล้าหาญ (Bravery) ความมานะพยายาม (Persistence) ความซื่อสัตย์ (Integrity) และความกระตือรือร้น (Vitality)

(Vitality) 3) ด้านมนุษยธรรม (Humanity) คือ มีความเมตตาและเป็นมิตรกับผู้อื่น ประกอบด้วย ความรัก (Love) ความอ่อนโยน (Kindness) และมีความฉลาดเชิงสังคม (Social intelligence) 4) ด้านความเที่ยงธรรม (Justice) คือ การสร้างเสริมความแข็งแรงของสังคมและชุมชน ประกอบด้วย การเข้าใจสิทธิของผู้มีส่วนร่วม (Citizenship) ความเสมอภาค (Fairness) และภาวะผู้นำ (Leadership) 5) ด้านการควบคุมอารมณ์ (Temperance) คือ การประมาณตน ประกอบด้วย การให้อภัยและความเมตตา (Forgiveness and mercy) การอ่อนน้อมถ่อมตน (Humility and Modesty) ความรอบคอบ (Prudence) และการควบคุมตนเอง (Self-regulation) 6) ด้านการรู้จักความจริงของชีวิต (Transcendence) คือ การให้ความหมายของการมีชีวิต ประกอบด้วย การรู้คุณค่าของความงามและความเป็นเลิศ (Appreciation of beauty and excellence) ความรู้สึกสำนึกในบุญคุณ (Gratitude) ความหวัง (Hope) อารมณ์ขัน (Humor) และความเลื่อมใสศรัทธา (Spiritual) (Peterson & Seligman, 2004)

โปรแกรมตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology Intervention)

แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกทำการศึกษายู่บนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ที่จะสามารถพิสูจน์และวัดผลให้เห็นเป็นเชิงประจักษ์ได้ การศึกษาพัฒนาและนำกิจกรรมของจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology Intervention) ไปใช้เสริมสร้างสุขภาวะให้แก่บุคคล โดยมีโปรแกรมต่าง ๆ ที่ถูกพัฒนาและนำไปใช้ในงานวิจัยอย่างกว้าง มีแนวคิดพื้นฐานในเรื่องการแสดงความรู้สึกขอบคุณ (Gratitude) การให้อภัย (Forgiveness) การสร้างความรู้สึกบวก (Savoring) การสร้างด้านเข้มแข็ง (Strengths) การสร้างความหมายของชีวิต (Meaning of life) การเข้าใจผู้อื่น (Empathy-Related) ศาสตราจารย์ Seligman และคณะทำงาน พัฒนาโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกแบบระยะสั้นที่สามารถนำไปใช้งานได้โดยไม่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญขึ้น ดังนี้ การแสดงความรู้สึกขอบคุณถึงผู้มีพระคุณ (Gratitude visit) การเขียนถึงสิ่งที่ดีในแต่ละวัน (Three good things in life) การเขียนถึงช่วงเวลาที่ตนเองรู้สึกดี มีพลังความเข้มแข็งในตน (You at your best) การค้นหาจุดแข็งในตนเองและนำจุดเด่นเหล่านั้นไปคิดค้นแนวทางใหม่ ๆ ให้ตนเอง (Using signature strengths in a new way) และการมองหาจุดแข็งของตน (Identifying signature strengths) ซึ่งจากการศึกษาความเที่ยงตรงของโปรแกรมดังกล่าวพบว่า โปรแกรม Gratitude visit ให้ผลดีในการเสริมสร้างความสุขและลดอาการซึมเศร้าภายในเวลา 1 เดือน โปรแกรม Three good things in life และ Using signature strengths in a new way ให้ผลดีในการเสริมสร้างความสุขและลดอาการซึมเศร้าภายในเวลา 6 เดือน (Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005)

Kim, Doir, Warren, & Donaldson (2018) ทำการทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับงานวิจัยที่นำแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกไปใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1998-2014 พบการวิจัยจาก 63 ประเทศ ได้ทั้งหมด 863 ฉบับ ให้ความสนใจศึกษาเรื่องการพยากรณ์ ซึ่งตัวแปรการแสดงความรู้สึกขอบคุณ (Gratitude) และ บุคลิกภาพ (Personality) มีความถี่ที่ถูกนำมาศึกษาสูงที่สุดในด้านผลลัพธ์ของการวิจัย

พบว่า มีการศึกษาตัวแปรด้านสุขภาวะ (Well-being) ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) ด้านอารมณ์ (Affects) ความสุข (Happiness) และการฟื้นคืนกลับ (Resilience) มากเป็นอันดับสูงสุด นอกจากนี้ประเด็นที่แต่ละประเทศทำการศึกษาที่มีทั้งปัญหาระดับบุคคล ชุมชนและประเทศ เช่น การเผชิญกับการป่วยโรค HIV ประเด็นการฟื้นกลับของบุคคลที่ประสบกับภัยพิบัติ การต่อสู้กับผลกระทบจากการก่อการร้าย การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงการยอมรับ ความน่าเชื่อถือในประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก

แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกถูกนำไปใช้ออกแบบโปรแกรมสร้างสุขภาวะทั้งในกลุ่มประชากรทั่วไป (Bolier et. al., 2013) และกลุ่มประชากรที่มีความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตอย่างกว้างขวาง ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุขภาพจิตในหลายกลุ่มอาการ มีรูปแบบการนำไปใช้ทั้งแบบแนวทางเดี่ยว เช่น โปรแกรมการแสดงความขอบคุณ (Gratitude Intervention) โปรแกรมการเจริญสติ (Mindfulness Intervention) การบำบัดด้วยความหวัง (Hope Therapy) และแบบผสมผสานหลายวิธี เช่น โปรแกรม MPPI (Multi-component PPI) ที่นำกิจกรรมทางจิตวิทยาเชิงบวกมากกว่า 3 กิจกรรมมาร่วมใช้งาน โปรแกรม Positive Psychotherapy (PPT) ที่ใช้การบำบัดทั้งหมด 14 ครั้ง นำกิจกรรมการค้นหาความเข้มแข็งในตน (Character and Identify Strengths) การให้อภัย (Forgiveness) การแสดงความรู้สึกรับขอบคุณ (Gratitude) การมองหาความหวัง (Hope) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) การสร้างความเติบโตหลังวิกฤติ (Posttraumatic Growth) การสื่อสารทางบวก (Positive Communication) การมองหาจุดเข้มแข็งของครอบครัว (Signature Strengths of other) การสร้างอารมณ์ทางบวก (Savoring) การเผื่อแผ่ผู้อื่น (Altruism) และการเติมชีวิตให้สมบูรณ์ (Full of life) โดยนำหลัก PERMA ที่ได้กล่าวถึงข้างต้นเข้ามาผสมผสาน โปรแกรมที่กล่าวถึงทั้งหมดนี้ ให้ประสิทธิภาพสูงในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเศร้า ช่วยลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มสุขภาวะที่ดี (Hendriks and et al., 2018; Seligman, Rashid & Parks, 2016; Shin and Lyubomirsky, 2009)

โปรแกรมตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภท

การศึกษาแบบทบทวนอย่างเป็นระบบในด้านประสิทธิภาพของโปรแกรมตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกที่นำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทและกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกอื่น ๆ พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่มากนัก การรวบรวมเอกสารของ Spitzer (2017) พบงานวิจัยเพียง 1 ฉบับจากทั้งหมด 14 ฉบับ ที่ใช้กระบวนการกลุ่มตามแนวทาง Positive Psychotherapy (PPT) (Meyer et al., 2012) ที่เรียกว่า Positive Living group ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทชาวอเมริกัน พบว่า ช่วยเพิ่มระดับสุขภาวะทางจิต ความหวัง อารมณ์ทางบวก พินิจตัวเองร่างกาย มองเห็นคุณค่าในตนและลดการกำเริบของอาการโรคได้ และพบการศึกษาเชิงคุณภาพในประชากรชาวอังกฤษที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิต (Psychosis) โดยผสมผสานกระบวนการกลุ่ม Positive Psychology Intervention (PPI) ร่วมกับการใช้ดนตรี (Brownell et al., 2014) พบว่า ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ที่ดีและได้รับประโยชน์จากการทำกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวก

Poppe (2017) ทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบร่วมกับการวิเคราะห์แบบ Meta ตีพิมพ์ในช่วงปี ค.ศ. 1998-2017 พบการศึกษา 17 ฉบับ ที่ศึกษาการนำโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก (PPI) และโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ผสมวิธีการตามแนวความคิดบำบัดไปใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น loving-kindness meditation (LKM), mindfulness therapy (MT), acceptance and commitment therapy (ACT), (self-) compassion-focused therapy (CFT), well-being therapy (WBT) และ positive psychotherapy ซึ่งแนวทางการบำบัดด้วยความคิดที่นำมาใช้ผสมผสานนี้ก็เป็นรากฐานหนึ่งในการพัฒนาแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกขึ้นมา การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แบ่งออกได้เป็นแบบรายบุคคล 4 โปรแกรม และแบบกลุ่ม 13 โปรแกรม ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

โปรแกรม	วิธีการ	เป้าหมาย	ระยะเวลา/จำนวนครั้ง
<u>โปรแกรมรายบุคคล</u>			
1. Compassionate Mind Training (CMT)	- การฝึกแผ่เมตตา - ฝึกการผ่อนคลาย	- เพิ่มระดับอารมณ์ด้านบวกและการเมตตาตนเอง - ลดอาการด้านลบและความกังวลใจ	12 สัปดาห์/ 12 ครั้ง
2. Treatment of Resistant Command Hallucinations (TORCH)	- ฝึกการยอมรับอาการโรค - ฝึกการเจริญสติ - สร้างแรงจูงใจ	- สามารถควบคุมและรับมือกับอาการหูแว่วได้ - ลดระดับความรุนแรงของอาการโรค	15 สัปดาห์/ 15 ครั้ง
3. Recovery-Oriented Cognitive Therapy	- ฝึกทักษะ - ฝึกการยอมรับอาการโรค - เพิ่มระดับการลงมือทำกิจกรรม	- เสริมสร้างสุขภาวะและการปฏิบัติกิจวัตรได้ดีขึ้น - ชะลอการกลับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล	18 เดือน/ 70 ครั้ง
4. Computer-mediated intervention: DIALOG+	- เสริมสร้างการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	- พัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก - เพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	6 เดือน/ 6 ครั้ง

โปรแกรม	วิธีการ	เป้าหมาย	ระยะเวลา/จำนวนครั้ง
<u>โปรแกรมแบบกลุ่ม</u>			
5. Adventure- and Recreation -Based Group Intervention	- เสริมสร้างการพัฒนาดน - เพิ่มระดับการลงมือทำกิจกรรม	- พื้นดินความสุขให้กลับมาอีกครั้ง - เพิ่มความสามารถด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมให้แก่ผู้ป่วย	8 เดือน/ 16 ครั้ง
6. Well-Being Therapy. (WBT)	- ฝึกทักษะ	- เสริมสร้างสุขภาวะและคุณภาพชีวิต - ลดระดับอาการโรค	6 สัปดาห์/ 6 ครั้ง
7. Loving-Kindness. Meditation (LKM)	- การฝึกแผ่เมตตา - ฝึกการเจริญสติ	- เพิ่มระดับอารมณ์ด้านบวก - ลดระดับอาการทางลบ	6 สัปดาห์/ 6 ครั้ง
8. Positive Living (PL)	- ฝึกทักษะ - ฝึกการเจริญสติ - เสริมสร้างจุดแข็ง - สร้างความรู้สึกรักเชิงบวก	- เสริมสร้างจุดแข็ง ความหมาย และคุณค่าในตน - เพิ่มระดับอารมณ์ด้านบวก - ลดระดับอาการโรค	16 สัปดาห์/ 11 ครั้ง
9. Coping with stress self-efficacy (CSSE)	- ฝึกทักษะ	- เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อการจัดการความเครียด	8 สัปดาห์/ 15 ครั้ง
10. Humor Intervention	- ฝึกทักษะ	- เสริมสร้างสุขภาวะ	5 สัปดาห์/ 10 ครั้ง
11. Mindfulness-based psychoeducation programme (MBPP)	- ฝึกการเจริญสติ	- เพิ่มระดับการยอมรับ - การจัดการความคิดและตอบสนองทางอารมณ์ - ได้รับความรู้เชิงจิตวิทยา	16 สัปดาห์/ 11 ครั้ง
12. Mindfulness Intervention for Rehabilitation and Recovery in Schizophrenia (MIRORS)	- ฝึกการเจริญสติ	- เพิ่มความสามารถในด้านการทำงาน	16 สัปดาห์/ 32 ครั้ง
13. Positive Emotions Program for Schizophrenia (PEPS)	- สร้างความรู้สึกรักเชิงบวก - ฝึกทักษะ - ฝึกการผ่อนคลาย	- เพิ่มระดับอารมณ์เชิงบวก - ลดระดับอาการทางลบ - ได้รับความรู้เชิงจิตวิทยา	8 สัปดาห์/ 8 ครั้ง

โปรแกรม	วิธีการ	เป้าหมาย	ระยะเวลา/จำนวนครั้ง
14. Social Cognition and Interaction Training (SCIT)	- ฝึกทักษะ - ฝึกการรับรู้ทางสังคม	- เพิ่มระดับการรับรู้ทางสังคม และระดับสุขภาวะ	8 สัปดาห์/ 16 ครั้ง
15. Mindfulness-based psychoeducation group program (MPGP)	- ฝึกการเจริญสติ - ฝึกทักษะ	- พัฒนาด้านการรับรู้ การยอมรับ และการจัดการอาการโรค - ลดระดับอาการโรค - ได้รับความรู้เชิงจิตวิทยา	12 สัปดาห์/ 12 ครั้ง
16. Compassion Focused Imagery Intervention	- การฝึกแผ่เมตตา	- เพิ่มอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวก - ลดระดับอาการหวาดระแวง	10 นาที/ 1 ครั้ง
17. Cognitive Enhancement Therapy (CET)	- ฝึกการรับรู้ - ฝึกการรับรู้ทางสังคม - ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	- ลดระดับความบกพร่องด้าน การรับรู้ทางสังคมและด้าน สมอง - พัฒนาระดับการรับรู้ทางสังคม และกระบวนการรับรู้ข้อมูล	8 สัปดาห์/ 6 ครั้ง

การวิเคราะห์ประสิทธิภาพของแต่ละโปรแกรม พบว่า ช่วยเสริมสร้างสุขภาวะ คุณภาพชีวิต และช่วยลดอาการของโรคได้ แต่โปรแกรมที่มีคุณภาพในด้านกระบวนการวิจัยที่น่าเชื่อถือมากที่สุดและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มากที่สุด เนื่องจากมีต้นทุนต่ำ ประหยัดค่าใช้จ่าย คือ โปรแกรม Computer-mediated intervention: DIALOG+ ที่ให้ประสิทธิภาพการบำบัดสูง เช่นเดียวกับ โปรแกรม Mindfulness - based psychoeducation programme (MBPP) และ Mindfulness-based psychoeducation group program (MPGP) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะ พัฒนาด้านจิตสังคมนอกจากการศึกษาของ Hansson (2008) นำโปรแกรม Computer-mediated intervention: DIALOG+ ไปศึกษาปัจจัยกำกับในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต การไม่ได้รับการตอบสนองตามที่ต้องการ และความไม่พอใจในการรักษา พบว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมขึ้นอยู่กับปัจจัยของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีระยะการป่วยมาไม่นานมีระดับคุณภาพชีวิตสูงขึ้น ผู้ป่วยที่ประกอบกรงานอาชีพที่มีลักษณะแข่งขัน หรือมีระยะการป่วยมาไม่นาน จะสามารถเข้าใจและยอมรับได้เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามที่ต้องการ และผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าจะพึงพอใจกับการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ดังนั้นในการพิจารณาประสิทธิภาพของโปรแกรม จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยส่วนบุคคล เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการรักษาให้ดียิ่งขึ้น

แม้ว่าการศึกษานี้เน้นทางการบำบัดตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทนั้นจะปรากฏประสิทธิภาพการรักษาให้ผลดีเพียงไร แต่การพิจารณาถึงวิธีการที่นำไปใช้ ก็ยังคงต้องมีความสำคัญ สำหรับผู้ให้การรักษาและผู้บำบัดจำเป็นต้องมีความระมัดระวังในการใช้แนวคิดการสร้างอารมณ์ด้านบวก ในบางครั้งผู้ปฏิบัติงานอาจลืมนำถึงธรรมชาติของมนุษย์

ว่าผู้ป่วยยังคงมีอารมณ์ด้านลบเกิดขึ้นได้ ซึ่งการคงระดับอารมณ์ด้านลบให้พอดีนั้นจำเป็นพอ ๆ กับการดูแลภาวะอารมณ์ด้านลบ (Hervás, 2017) นอกจากนี้การค้นหาและการสร้างจุดแข็งซึ่งไม่เหมาะสมและขาดความพอดี อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ ดังที่ศาสตราจารย์ Peterson ได้ศึกษา ลักษณะการเกิดโรคที่มาจากการความไม่สมดุลในคุณลักษณะที่บุคคลเป็นอยู่ หากบุคคลมีคุณลักษณะ เข้มแข็งในระดับที่มากหรือน้อยเกินไป มีโอกาสนำไปสู่ความเจ็บป่วยได้เช่นเดียวกัน อย่างเช่น การส่งเสริม คุณสมบัติด้านการควบคุมตนเอง (Self-regulation) ที่มากเกินไป อาจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องคอยระงับตนเอง ยับยั้งซึ่งใจมากเกินไปจนจำเป็น ซึ่งนำไปสู่ภาวะตึงเครียดได้ (Seligman, 2015) ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานจึงต้อง พิจารณาลักษณะของผู้ป่วย จัดวิธีการทางจิตวิทยาเชิงบวกให้เหมาะสมกับการฟื้นฟูอย่างแท้จริง

สรุป

ความรู้ในการบำบัดตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกเป็นที่รู้จักและได้รับการยอมรับในกลุ่มผู้ทำงานด้าน สุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แม้ว่าจากการศึกษา รวบรวมเอกสารจะพบว่า ผู้วิจัยได้นำวิธีการทางจิตวิทยาเชิงบวกมาสร้างโปรแกรมที่หลากหลาย เพื่อใช้ ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทตามวัตถุประสงค์ที่ผู้ทำวิจัยแต่ละคนต้องการศึกษา แต่องค์ความรู้และหลักฐาน การศึกษาที่ปรากฏ ยังไม่มีการศึกษาที่มากเพียงพอจะนำไปสู่การสรุปประเด็นในเรื่องประสิทธิภาพของ โปรแกรมการบำบัดที่มีอยู่ในปัจจุบันได้ การขยายผลการศึกษาที่ผ่านมาโดยพิจารณาการใช้แนวทางการ บำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกให้เพิ่มมากขึ้น น่าจะเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยยืนยันถึงประสิทธิภาพของแนวคิดนี้ได้ ตียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องศึกษาแนวคิดการบำบัดนี้ให้ลึกซึ้ง เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจน ถูกต้อง พิจารณาคำนี้ถึงความปลอดภัยและความเหมาะสม ก่อนที่จะนำวิธีการต่าง ๆ ไปใช้ในการบำบัด ต่อไป

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). ระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวช
ของ ประเทศไทยประจำปีงบประมาณ. สืบค้นวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2563,
จาก <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/dmh/reds.asp>
- สุดารัตน์ ต้นติวิวัฒน์, (2560) จิตวิทยาเชิงบวก: การพัฒนา การประยุกต์ และความท้าทาย.
วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, 9,277-290.
- สุจิตรา วรสิงห์. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช,บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยบูรพา.

- Alvarez-Jimenez, M., Priede, A., Hetrick, S. E., Bendall, S., Killackey, E., Parker, A. G., Gleeson, J. E. (2012). **Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies.** Schizophrenia Research, 139, 116-128.
- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders.** 5th ed. doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596
- Biffu, B.B., & Dachew, B.A. (2014). **Perceived Stigma and Associated Factors among People with Schizophrenia at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: A Cross-Sectional Institution Based Study.** Psychiatry journal. Article id: 694565, 7 pages.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). **Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies.** BMC Public Health. 13, 119. doi.org/10.1186 /1471-2458-13-119
- Brownell, T., Schrank, B., Jakaite, Z., Larkin, C., & Slade, M. (2015). **Mental health service user experience of positive psychotherapy.** Journal of clinical psychology, 71(1), 85- 92. doi:10.1002/jclp.22118
- Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). **Positive psychology in clinical practice.** Annual Review of Clinical Psychology. 1(1), 629-651. doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154
- Fredrickson B. L. (2004). **The broaden-and-build theory of positive emotions.** Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences, 359(1449), 1367–1378. doi.org/10.1098/rstb.2004.1512
- GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2018). **Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.** Lancet (London, England), 392(10159), 1789–1858.

- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). **Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions.** *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 12(2), 155–164.
- Hansson, L., Svensson, B., Björkman, T., Bullenkamp, J., Lauber, C., Martinez-Leal, R., McCabe, R., Rössler, W., Salize, H., Torres-Gonzales, F., van den Brink, R., Wiersma, D., & Priebe, S. (2008). **What works for whom in a computer-mediated communication intervention in community psychiatry? Moderators of outcome in a cluster randomized trial.** *Acta psychiatrica Scandinavica*, 118 (5), 404–409. doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01258.x
- Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., Graafsma, T., Bohlmeijer, E. & Jong, J. (2018). **The efficacy of positive psychology interventions from non-Western countries: A systematic review and meta-analysis.** *International Journal of Wellbeing*, 8(1), 71-98. doi:10.5502/ijw.v8i1.711.
- Hervás, G. (2017). The limits of positive intervention. *Psychologist Papers*, 38(1), 42-49. doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2820
- Kim, H., Doiron, K., Warren, M. A., & Donaldson, S. I. (2018). **The international Lands cape of positive psychology research: A systematic review.** *International Journal of Wellbeing*, 8 (1), 50-70. doi:10.5502/ijw.v8i1.651
- Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Swartz, M. S., Rosenheck, R. A., Perkins, D. O., & Hsiao, J. K. (2005). **Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia.** *New England Journal of Medicine*, 353(12), 1209–1223.
- Li, J., Guo, Y., Huang, Y., Liu, J., Chen, W., Zhang, X., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2017). **Stigma and discrimination experienced by people with schizophrenia living in the community in Guangzhou, China.** *Psychiatry Research*, 255, 225-231.

- Meyer, P. S., Johnson, D. P., Parks, A., Iwanski, C., & Penn, D. L. (2012). **Positive living: A pilot study of group positive psychotherapy for people with schizophrenia.** *The Journal of Positive Psychology*, 7(3), 239–248. doi:10.1080/17439760.2012.677467
- Patel, K. R., Cherian, J., Gohil, K., & Atkinson, D. (2014). **Schizophrenia: overview and treatment options.** *P & T: a peer-reviewed journal for formulary management*, 39(9), 638–645.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). **Character strengths and virtues: A handbook and classification.** Washington, DC: American Psychological Association.
- Poppe, G.M. (2017) **Positive psychological interventions in the treatment of Schizophrenia: A systematic review of the effects of positive psychology on well-being and symptoms of people with schizophrenia.** Retrieved from: <https://pdfs.semanticscholar.org/5132/74adae6c93cd874a17313f56cefb933265cd.pdf>
- Seligman, M.E.P., Rashid, Tayyab & Parks, Acacia. (2016). **Positive Psychotherapy.** *The American Psychologist*. 61. 772-788.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Kaplan, H. I. (2003). **Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry.** Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). **Positive psychology progress: empirical validation of interventions.** *The American psychologist*. 60(5), 410-421.
- Seligman, M. E. P. (2012). **Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being.** New York: Atria Books.
- Seligman, M. E. P. (2015). **Chris Peterson's unfinished masterwork: The real mental illnesses.** *The Journal of Positive Psychology*, 10(1), 3–6. doi.org/10.1080/17439760.2014.888582

- Seligman, M. E. P. (2019). **Positive Psychology: A Personal History**. Annual Review of Clinical Psychology, 15,1-23. doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095653
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). **Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis**. Journal of Clinical Psychology. 65(5), 467-487. doi.org/10.1002/jclp.20593
- Spitzer, M. (2017) **Effect and Use of Positive Psychology Interventions in Clinical Practice. A Systematic Literature Review**. Retrieved from: <https://essay.utwente.nl/73117/>
- Van Zelst C. (2009). **Stigmatization as an environmental risk in schizophrenia: a user perspective**. Schizophrenia bulletin, 35(2), 293–296.

TRANSLATED THAI REFERENCES

- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2561). **Central Psychiatric Service System of Thailand**. [Internet]. [cited 2020 Mar 14]. Retrieved from: <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/dmh/reds.asp>
- Sudarat Tuntivivat, (2017). **Positive Psychology: Development, Applications and Challenges**. Journal of Behavioral Science for Development, 9(1), 277-290.
- Suchitra Worasing, (2014). **Factor Related to Perceived Stigma among Patients with Schizophrenia**. Thesis for Master of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health), Burapha University.