



ประกาศกรมสุขภาพจิต

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรมสุขภาพจิต กำหนด นั้น

กรมสุขภาพจิต ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ โดยผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น จะต้องจัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๖ เดือน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงาน จะต้องขอรับประเมินบุคคลใหม่ เว้นแต่กรณีผู้ผ่านการประเมินบุคคลจะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ในปีงบประมาณนั้น

ทั้งนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริต ให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖


(นายจุมภฏ พรมสีดา)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๖
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๑๐๙ / ๒๕๖๖

ลำดับที่	ผู้ผ่านการประเมินบุคคล/หน่วยงาน	ตำแหน่งที่เข้ารับการประเมินผลงาน/ หน่วยงาน	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน
๑.	นางสาววรรณิกา อักษรทอง นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๗๔๘ กลุ่มงานจิตวิทยา กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ (ด้านจิตวิทยา) ตำแหน่งเลขที่ ๑๗๔๘ กลุ่มงานจิตวิทยา กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	ผลการทำจิตบำบัดโดยการประยุกต์ ใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) และการตรวจวินิจฉัย ทางจิตวิทยาคลินิกในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง (กรณีศึกษา)	ผลของการทำจิตสังคมบำบัดโดยใช้โปรแกรมศิลปะบำบัด ในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
๒.	นางสุพานี ภูหนองโอง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๗๖๑ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนา กลุ่มภารกิจพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านสาธารณสุข) ตำแหน่งเลขที่ ๓๗๖๑ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนา กลุ่มภารกิจพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	การศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับ การฆ่าตัวตายของประชาชนทั่วไป ในจังหวัดขอนแก่น	การเสริมสร้างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ของประชาชนทั่วไปในจังหวัดขอนแก่น

ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล.....นางสาวกรรณิกา อักษรทอง.....
♦ ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล นักจิตวิทยาคลินิก ระดับชำนาญการ
ด้าน (ถ้ามี).....จิตวิทยา.....ตำแหน่งเลขที่ 1748 กลุ่มงาน จิตวิทยา
กลุ่มภารกิจ บริการจิตเวชและสุขภาพจิต หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง ผลการทำจิตบำบัดโดยการประยุกต์ใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) และการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง(กรณีศึกษา)

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ สิงหาคม 2565 - ธันวาคม 2566

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มโรคทางอารมณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ และส่งผลกระทบต่ออาการทางกายร่วมด้วย เช่น ปวดหัว ใจสั่น เพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง เป็นต้น ทั้งส่งยังผลต่อกระบวนการคิด การตัดสินใจ และสมาธิที่แย่งลง จนกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างและการเข้าสังคมแย่งลง ในบางรายเมื่อจัดการภาวะอารมณ์ไม่ได้จึงแสดงออกทางพฤติกรรมด้วยการทำร้ายตนเองซ้ำๆ ซึ่งผู้ป่วยมักให้เหตุผลว่าเครียดจึงระบายออกด้วยการทำร้ายตนเองเพื่อช่วยปลดปล่อยอารมณ์ จากผลการศึกษาเรื่องระบาศติศาสตร์การทำร้ายตนเอง ในปี พ.ศ. 2545 - 2546 โดยกรมสุขภาพจิต พบว่าสาเหตุกระตุ้นสำคัญคือ การถูกดูถูกลง่าว่ากล่าวหรือตำหนิ การทะเลาะกับคนใกล้ชิด ปัญหาความรัก หึงหวง และการเจ็บป่วย ส่วนสาเหตุกระตุ้นอื่นเนื่องจากการเป็นโรคเรื้อรังมีแนวโน้มลดลง และจากการศึกษาวิจัยยังแสดงให้เห็นว่าการทำร้ายตนเองส่วนใหญ่ยังคงมีลักษณะเป็นแบบอารมณ์ชั่ววูบในขณะที่กำลังเผชิญภาวะวิกฤติในชีวิตซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากปัญหาความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว และพบมากในกลุ่มคนที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนของตัวแปรต่างๆในประชากรพบว่า มีตัวแปรบางตัวที่กลุ่มผู้ทำร้ายตนเองมีสัดส่วนมากกว่าสัดส่วนของประชากร ได้แก่ การดื่มสุรา การเคยใช้สารเสพติด การมีโรคประจำตัว มีอาการซึมเศร้า มีอาการโรคจิต เคยทำร้ายตนเองมาก่อน และมีคนในครอบครัวที่เคยทำร้ายตนเอง ซึ่งตัวแปรเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สัมพันธ์กับการทำร้ายตนเอง และจากปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยเสี่ยงที่กล่าวมา การทำร้ายตนเองในบางรายอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จได้

นอกจากนี้แล้วโรคซึมเศร่ายังเป็นกลุ่มโรคที่มีลักษณะเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง และเป็นกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง จากข้อมูลของศูนย์เฝ้าระวังป้องกันและการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ได้ศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย (ช่วงระยะเวลา เดือนตุลาคม 2564 - กรกฎาคม 2565) พบว่า เพศชายยังคงเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิงเป็น 4 เท่า ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่า มีความสัมพันธ์ในหลายปัจจัย คือ 1)ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด หรือคนในครอบครัว 2) ภาวะเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิต และ 3) ผลกระทบจากภาวะเครียดเรื่องเศรษฐกิจ บางรายมีมากกว่า 2 ปัจจัยร่วม เช่น ปัญหาเศรษฐกิจร่วมกับปัญหาความสัมพันธ์และการดื่มสุรา และพบว่าวิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ แหวนคอ รองลงมาคือ ใช้ยากำจัดวัชพืช/ฆ่าแมลง และใช้ปืน นอกเหนือจาก 3 วิธี ดังกล่าว ยังพบวิธีการฆ่าตัวตายวิธีอื่นๆ เช่น ใช้สารเคมีและสารพิษอื่นๆการใช้ยาเกินขนาด เป็นต้น และมีการคาดการณ์แนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2565 ว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่าทุกปีที่ผ่านมา (สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 รอบที่ 2) จากสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ พบว่า ในปีงบประมาณ 2563 -

2565 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามารับบริการทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จำนวน 4,838 ราย, 5,242 ราย และ 5,512 ราย ตามลำดับ ซึ่งจากสถิติดังกล่าวบ่งได้ว่าอาจมีแนวโน้มของผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมารับบริการเพิ่มมากขึ้น และการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น มีส่วนทำให้การรักษาเกิดผลดีต่ออาการของผู้ป่วย โดยในกระบวนการรักษาโรคซึมเศร้าจะประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) และการรักษาด้วยการทำจิตบำบัด ซึ่งการรักษาด้วยการทำจิตบำบัดเป็นวิธีหนึ่งที่มีความสำคัญต้องทำควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา เนื่องจากการรักษาด้วยยาจะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าวได้ดีขึ้น ขณะที่การทำจิตบำบัดควบคู่ไปด้วยจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในทางที่เหมาะสมมากขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมการทำร้ายตนเองลดลง

จิตบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีหลากหลายเทคนิค โดยการทำจิตบำบัดต้องพิจารณาตามระดับความรุนแรงของโรค โดยจะใช้แบบประเมิน 9Q ในการประเมินความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าซึ่งเหมาะสำหรับคนไทยเนื่องจากมีค่าความเที่ยง ความจำเพาะสูงเมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือที่มาตรฐานสากล (แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับพยาบาลจิตเวชในสถานบริการระดับตติยภูมิ, 2554) ดังนี้

ประเภทการบำบัดทางสังคมจิตใจ	ระดับความรุนแรง	คะแนน 9Q
การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย (Exercise Therapy; ET)	อาการระดับน้อย	7 - 12
การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหา (Problem Solving Therapy; PST)	อาการระดับน้อยถึงปานกลาง	7 - 18
การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy; CBT)	ระดับปานกลางถึงรุนแรง	13 คะแนนขึ้นไป
จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy; IPT)	ระดับปานกลางถึงรุนแรง	13 คะแนนขึ้นไป

ฉัตร พิทยรัตน์เสถียรและคณะ กล่าวไว้ว่า โรคทางจิตเวชที่มีงานวิจัยสนับสนุนว่าการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) แล้วได้ผลดี คือกลุ่มโรค Major depression, Generalized anxiety disorder, Panic disorder, Social phobia, Substance abuse, Eating disorder, Obsessive Compulsive Disorder, Post-Traumatic Stress Disorder, Personality disorder, Bipolar disorder และSchizophrenia โดยการใช้ cognitive model จะช่วยให้เข้าใจว่าแต่ละโรคจะมีลักษณะของความคิดที่บิดเบือนเป็นอย่างไร เช่น ในโรคซึมเศร้า จะมองตนเองแย่ โลกรอบตัวแย่ และอนาคตแย่ การนำ cognitive model มาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความเชื่อมโยงระหว่างกัน และสามารถประเมินได้ว่าการมองโลกของผู้ป่วยนั้นถูกต้องหรือผิดเพี้ยนไปจากความเป็นจริงอย่างไร

การบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี(Dialectical Behavior Therapy: DBT) เป็นรูปแบบการบำบัดที่ดัดแปลงมาจากการบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) เพื่อรักษาความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบก้ำกึ่ง(Borderline) และมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่ง รูปแบบการบำบัดแบบDBT จะให้ความสำคัญกับการประเมินแนวโน้มของพฤติกรรม การกำหนดรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมและทำงานร่วมกับความสัมพันธ์ของผู้บำบัดและผู้ป่วย ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้านใหญ่ ดังนี้ (วารสารจิตวิทยาคลินิก ปีที่50 ฉบับที่ 2 : กรกฎาคม-ธันวาคม 2562)

1. การยอมรับและการตรวจสอบพฤติกรรม ณ เวลานั้น โดยเน้นความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงและการยอมรับ
2. ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมที่รบกวนการรักษาของทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดโดยจะเป็นการเน้นพฤติกรรม

ของความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อผู้บำบัด (Transference) และความรู้สึกที่ผู้บำบัดมีต่อผู้ป่วย (Countertransference)

3. ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ในการบำบัดซึ่งเป็นปัจจัยต่อความก้าวหน้าในการรักษาของDBT
4. มุ่งเน้นไปที่กระบวนการแนววิถีชีวิต

นอกจากนี้การบำบัดแบบDBT ยังมีกระบวนการฝึกทักษะเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และเสริมทักษะในการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับปัญหาในการใช้ชีวิต ประกอบด้วย 4 ทักษะ คือ ทักษะการฝึกสติ (Mindfulness skill) ทักษะการฝึกจัดการอารมณ์ (Emotion regulation) ทักษะการฝึกความทนทานต่อความทุกข์ (Distress tolerance) และทักษะทางสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal effective) และการบำบัดแบบDBT ได้นำวิธีการบำบัดแบบCBT มาประยุกต์โดยใช้การสนทนาและสัมพันธ์ภาพเพื่อเน้นให้เกิดความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงและการยอมรับ เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับตนเอง ณ ขณะเวลานั้น ผ่านเทคนิคที่หลากหลายโดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะการฝึกสติ และฝึกทักษะทางจิตสังคมหรือการแทนที่พฤติกรรมทางลบ รวมถึงสร้างคุณค่าในการใช้ชีวิตให้กับผู้ป่วย

ดังนั้น การบำบัดแบบDBTเป็นการบำบัดที่มีรูปแบบดัดแปลงมาจากการบำบัดแบบCBT โดยเน้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำร้ายตนเอง พฤติกรรมรุนแรง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (Borderline) เพื่อให้เกิดการยอมรับตนเองและสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต ด้วยการฝึกทักษะต่างๆในการจัดการความคิด และควบคุมอารมณ์เพื่อรับมือกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น โดยมีทักษะการฝึกสติเป็นทักษะหลักของการบำบัดแบบDBT

กรณีศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะประยุกต์ใช้เทคนิคการบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) ร่วมกับเทคนิคพฤติกรรมบำบัดวิถีชีวิต(Dialectical Behavior Therapy: DBT) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองเพราะเทคนิคดังกล่าวเป็นวิธีการที่ช่วยปรับความคิดและพฤติกรรมที่บิดเบือนไปในทางลบ เช่น มองโลกในแง่ลบ ขาดความช่วยเหลือ มองตนเองแย่ ไม่มีคุณค่า เป็นภาระให้คนอื่น สิ้นหวัง ไม่มีเป้าหมายที่จะใช้ชีวิตต่อไป เป็นต้น ดังนั้นจึงเป็นเทคนิคที่ช่วยปรับความคิด พฤติกรรมทางลบที่บิดเบือนให้สอดคล้องกับความเป็นจริง และช่วยให้ผู้ป่วยในการฝึกควบคุมอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้น นอกจากนี้แล้วผู้ศึกษายังใช้กระบวนการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกร่วมด้วย ได้แก่ การทดสอบความสามารถทางเขาวนปัญญา และบุคลิกภาพเพราะผลวิเคราะห์ที่ได้จากการทดสอบสามารถช่วยให้เกิดความเข้าใจผู้ป่วยในด้านบุคลิกภาพ อารมณ์ ความขัดแย้งภายในจิตใจและการใช้กลไกทางจิตเพื่อนำมาประกอบการวางแผนทำจิตบำบัดต่อไป

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

ขั้นตอนการดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในรูปแบบกรณีศึกษา(case study)ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายและมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

1. ประสานกับกลุ่มงานผู้ป่วยนอกและจิตแพทย์ เพื่อเลือกกรณีศึกษา คือผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง โดยมีระดับคะแนนความรุนแรงของโรคจากการใช้แบบประเมิน 9Q 13 คะแนนขึ้นไป
2. ศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติ และประเมิน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติก่อนเริ่มทำการทดสอบทางจิตวิทยาคลินิก เพื่อศึกษาและรวบรวมข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ต่อการเลือกแบบทดสอบ และการทำจิตบำบัด
3. ดำเนินการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก จากนั้นประมวลวิเคราะห์ผลจากแบบทดสอบ สรุปรายงานผลการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก เพื่อทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วย และนำข้อมูลมาประกอบการวางแผนเพื่อทำจิตบำบัด

4. ดำเนินการทำจิตบำบัดโดยเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
5. ทำการนัดหมายเพื่อติดตามอาการ โดยมีการใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q ในการติดตามผลเมื่อบำบัดครบ 6 ครั้ง

เป้าหมายของงาน

- การทำจิตบำบัดโดยประยุกต์ใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) ร่วมกับเทคนิคพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี(Dialectical Behavior Therapy: DBT) มีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและลดพฤติกรรมการทำร้ายตนเองของผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา

- เพื่อใช้ผลการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกมาวิเคราะห์ทำความเข้าใจบุคลิกภาพ อารมณ์ ความขัดแย้งภายในจิตใจและการใช้กลไกทางจิตมาประกอบการวางแผนบำบัดรักษา รวมทั้งการทำจิตบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง

5) ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัด มีคะแนนซึมเศร้าจากแบบประเมิน 9Q ลดลง
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัด มีคะแนนความเสี่ยงฆ่าตัวตายจากแบบประเมิน 8Q ลดลง

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เป็นแนวทางในการนำไปปรับใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ ที่มีปัญหาพฤติกรรมทำร้ายตนเองร่วมด้วย
2. เป็นข้อมูลหรือแนวทางแก่นักจิตวิทยาคลินิกและบุคลากรที่สนใจในการทำความเข้าใจบุคลิกภาพ อารมณ์ พฤติกรรมของผู้ป่วยจากรายงานผลการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

มีความยากลำบากในการนัดหมายครอบครัวมาปรึกษาพูดคุยเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมผู้ป่วย และระยะเวลาในการดำเนินการทดสอบทางจิตวิทยาในแต่ละแบบทดสอบค่อนข้างใช้เวลานาน จึงทดสอบได้ครั้งละ 1-2 แบบทดสอบ ซึ่งไม่สามารถนัดแยกมาทำแบบทดสอบในวันอื่น ๆ ที่ไม่ตรงกับจิตแพทย์นัดได้เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในเรื่องการเดินทางมารับบริการ

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเดินทาง หากต้องนัดแยกจากนัดปกติจะทำให้เป็นภาระสำหรับผู้ป่วย ดังนั้นทำให้ไม่สามารถนัดมาทำจิตบำบัดและทำแบบทดสอบทางจิตวิทยาโดยเฉพาะได้ จึงต้องนัดมาตามจิตแพทย์

9) ข้อเสนอแนะ

ผลของการศึกษานี้เป็นเพียงการศึกษาแบบรายกรณีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อาจยังไม่ครอบคลุมมาก และต้องเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้แล้วควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ด้วยเพราะผู้ป่วยมีปัจจัยหลายอย่างที่เป็นตัวกระตุ้นประกอบกับลักษณะบุคลิกภาพและการจัดการอารมณ์ก็ส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมที่รุนแรงแตกต่างกัน

10) การเผยแพร่(ถ้ามี)

- ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 100 และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
ไม่มี	-	-

ส่วนที่ 4 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล.....นางสาวกรรณิกา อักษรทอง.....

♦ ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล.....นักจิตวิทยาคลินิก.....ระดับ.....ชำนาญการ.....

ด้าน (ถ้ามี).....จิตวิทยา.....ตำแหน่งเลขที่.....1748.....กลุ่มงาน.....จิตวิทยา.....

กลุ่มภารกิจ.....บริการจิตเวชและสุขภาพจิต.....หน่วยงาน.....โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์.....

กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง ผลของการทำจิตสังคมบำบัดโดยใช้โปรแกรมศิลปะบำบัดในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

2) หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภทเป็นกลุ่มโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีพบได้บ่อย มีลักษณะเรื้อรัง และมีระยะเวลาการบำบัดรักษาที่ยาวนานและต้องต่อเนื่อง แต่มักไม่หายขาด และผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมักพบว่ามีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวันหลายด้านทั้งเรื่องการดูแลตนเอง กระบวนการคิด การตัดสินใจ การควบคุมอารมณ์ และทักษะทางสังคม ทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยร่วมด้วย ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการจากหลายๆสาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ Stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา หรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า(Electroconvulsive therapy : ECT) และการรักษาจิตสังคม โดยการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท หลักๆจะเป็นการรักษาด้วยยาเพราะยาจะสามารถช่วยควบคุมอาการทางจิตให้สงบและลดอาการกำเริบซ้ำได้ ขณะที่การรักษาด้วยไฟฟ้าหรือ ECT จะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย ผู้ป่วยจิตเภทแบบ catatonic และผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อการใช้ยาได้ และจะพิจารณาใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมไปด้วย ในระยะควบคุมอาการ (acute phase) อาจพิจารณาใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าในลักษณะ continuation/maintenance ร่วมกับการใช้ยาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (เกียรติกูมิ วงศ์จิต และคณะ, 2551) ในขณะเดียวกันแม้มีอาการทางจิตของผู้ป่วยจะทุเลาลงด้วยยา แต่ผู้ป่วยก็จะมีปัญหาทางด้านจิตสังคมที่ต้องได้รับการแก้ไข ดังนั้นการรักษาจิตสังคมจึงเป็นกระบวนการรักษาที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง โดยเป็นการรักษาที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะเข้าใจตนเองและผู้อื่น ช่วยปรับระดับประคอง ผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวล อารมณ์เศร้าได้ รวมทั้งยังช่วยในเรื่องการปรับตัวอยู่ร่วมกับคนอื่นได้ กลุ่มบำบัดเป็นการบำบัดด้านจิตสังคมชนิดหนึ่งที่อาศัยกระบวนการของกลุ่มเป็นสื่อในการช่วย ซึ่งมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์(2558) อธิบายว่า กลุ่มบำบัด เป็นกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ และการทำกลุ่มบำบัดมีหลากหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่วัตถุประสงค์ของกลุ่มและลักษณะของผู้ป่วย

พงศกร เล็งดี(2555) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การทำกลุ่มศิลปะบำบัดมีผลดีต่อการรักษา สามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่า มีผลดีต่อความรู้สึกและเพิ่มการมีกิจกรรมทางสังคมและลดอาการทางลบ ผลการใช้ศิลปะบำบัดกับผู้ป่วยทางจิตมีส่วนในการปรับพฤติกรรม ผู้ป่วยที่ผ่านการทำศิลปะบำบัดจะมีลักษณะสงบมากกว่า มีความตั้งใจ สนใจ ให้ความร่วมมือมากกว่า ลดการผูกมัด ลดการใช้ยาทางจิตลง ผลนั้นอาจเกิดจากกระบวนการทำงานศิลปะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและควบคุมโลกภายในของตนเองได้มากขึ้น มีความรู้สึกถึงการมีตัวตน การสัมผัสตัวตนในแง่มุมที่สวยงามผ่านกิจกรรมศิลปะ และช่วยให้แพทย์ พยาบาลเข้าใจตัวตนของผู้ป่วยได้มากขึ้น มีงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ในการใช้ศิลปะบำบัดเป็นการบำบัดเสริมกับผู้ป่วยจิตเภทในปี ค.ศ.2007 มีผู้ป่วยเข้าร่วม 43 คน ใช้กระบวนการบำบัด 12 ครั้ง เทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยปกติ 47 คน วัดผลโดย Social functioning และ quality of life ก่อนและหลังการทดลอง และมีการติดตามเป็นเวลา 6 เดือน พบว่า การใช้ศิลปะบำบัดได้ผลดีขึ้นกับ negative symptoms และผลการศึกษากลุ่มศิลปะบำบัดที่มีต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทของ กานดา ผาวงศ์(2548) พบว่า ระดับอาการทางลบของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มศิลปะบำบัดครบตามโปรแกรมจะมีค่าเฉลี่ยของอาการทางจิตก่อนทดลองและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งหมายความว่ากลุ่มศิลปะบำบัดนี้มีผลทำให้อาการด้านลบของผู้ป่วยลดลง

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะนำกลุ่มศิลปะบำบัดมาใช้ในผู้ป่วยจิตเภทเพราะส่งผลทำให้อาการทางลบลดลง เสริมความภาคภูมิใจและคุณค่าในตนเอง และทักษะทางสังคมร่วมด้วย ทั้งช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการสื่อสารได้ระบายความคิด อารมณ์ภายใต้ความรู้สึกที่ปลอดภัย

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคจิตเภทเป็นกลุ่มโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีพบได้บ่อย มีลักษณะเรื้อรัง และมีระยะเวลาการบำบัดรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่อง แต่มักไม่หายขาด และผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมักพบว่ามีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทักษะทางสังคม ดังนั้นการรักษา ไม่เพียงแต่รักษาด้วยยาเพื่อให้อาการทางจิตสงบลงเท่านั้น แต่ต้องรักษาด้านจิตสังคมเพราะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองและผู้อื่น เรียนรู้ในการปรับตัวและอยู่ร่วมกับชุมชน/สังคมได้ดีขึ้น

กลุ่มบำบัดจึงเป็นกระบวนการหนึ่งในการรักษาจิตสังคม โดยผู้ศึกษามีความสนใจเกี่ยวกับศิลปะบำบัดในผู้ป่วยโรคจิตเภท แม้การศึกษาวิจัยเรื่องศิลปะบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในไทยยังมีไม่มากนักและ แต่ผลของการทำศิลปะบำบัดที่มีอยู่พบว่ามีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบลดลง และยังช่วยผู้ป่วยได้สื่อสารทางความคิด ความรู้สึก และความต้องการโดยแสดงออกผ่านทางศิลปะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสิ่งที่อยู่ภายในจิตใจ ผู้ป่วยได้ดีขึ้น ทั้งยังเป็นการช่วยผู้ป่วยได้ผ่อนคลายทางอารมณ์ เสริมความภูมิใจเห็นคุณค่าตนเอง และช่วยเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการปรับตัวทางสังคม ดังนั้นการใช้ศิลปะบำบัดจึงเป็นการบำบัดทางจิตสังคมอย่างหนึ่งที่มีประโยชน์ต่อกระบวนการบำบัดรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบได้ดี

แนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับศิลปะบำบัด

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการนำศิลปะมาใช้ในการบำบัดมีดังนี้ (อ้างถึงใน พรหมเพรา ดิษยวณิช, 2553)

ฟรอยด์(S Freud) อธิบายว่า การวาดภาพและงานศิลปะชนิดอื่นๆ ต่างมีลักษณะเกี่ยวข้องกับเรื่องส่วนตัวของแต่ละคน และแสดงออกถึงความหมายของสิ่งที่อยู่ในระดับจิตสำนึกและจิตไร้สำนึก โดยได้ตั้งสมมติฐานไว้ว่าสัญลักษณ์เป็นสิ่งแทนความจำที่ลึบเลือนไปแล้ว และปรากฏออกมาเป็นความฝันหรือการแสดงออกเชิงศิลปะ

บางส่วนอาจเกี่ยวข้องกับความเครียดภายในจิตใจ (intrapsychic stress) การใช้สัญลักษณ์เป็นใช้กลไกการป้องกันทางจิตอย่างหนึ่ง เพื่อแปรเปลี่ยนความวิตกกังวลไปเป็นการกระทำที่ยอมรับได้และยังเป็นการป้องกันบุคคลจากการคุกคามของแรงขับทางเพศและทางก้าวร้าวในจิตไร้สำนึก

จุง (CG Jung) กล่าวว่า สัญลักษณ์เป็นประสบการณ์ส่วนตัวที่มีส่วนสัมพันธ์กับความคิดสร้างสรรค์และเป็นพื้นฐานของกระบวนการรักษา การแสดงออกมาเป็นภาพลักษณ์ต่างๆ คือรูปแบบอย่างหนึ่งของต้นแบบดั้งเดิม (archetypes) ซึ่งเป็นสัญลักษณ์สากล เป็นตัวแทนของคน สิ่งของหรือประสบการณ์ที่อยู่ในจิตไร้สำนึกสะสม (collective unconscious)

มาร์กาเรต นอมบวร์ก (Margaret Naumberg) เป็นผู้ริเริ่มนำเอาศิลปะมาประยุกต์ใช้เพื่อการรักษา เธอผู้ได้รับการศึกษาและการฝึกอบรมในแนวจิตวิเคราะห์แบบดั้งเดิม (traditional psychoanalysis) ซึ่งใช้เทคนิคของความเกี่ยวข้องอิสระ (free association) และการแปลความหมายเป็นพื้นฐาน การแสดงออกเชิงศิลปะถูกนำมาใช้เพื่อเป็นตัวกระตุ้นที่จะนำไปสู่การแปลความหมายของสิ่งที่เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ

อีดิธ เครเมอร์ (Edith Kramer) เป็นผู้ติดตามงานของนอมบวร์ก และต่อมาได้นำเอาวิธีการต่างๆ ในศิลปะบำบัดมาใช้กับเด็ก เครเมอร์ กล่าวว่า กระบวนการเชิงศิลปะบำบัดโดยตัวเองแล้วเป็นการรักษาโดยไม่ต้องอาศัยการใช้คำพูด บทบาทของผู้รักษาจะช่วยกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์และยังช่วยให้ได้รับการช่วยเหลือและการพึ่งพิงทางอารมณ์ โดยไม่ต้องอาศัยการเล่นหรือจินตนาการแบบคิดฝัน

ทวิตซ์คี สิริรัตน์เรขา(2550) ได้กล่าวว่า มาร์กาเรต นอมบวร์ก เป็นจิตแพทย์คนแรกที่บัญญัติศัพท์คำว่า “art therapy” หรือ ศิลปะบำบัด และมีผลงานวิจัย ตำราด้านศิลปะบำบัดจำนวนมาก โดยนำศิลปะมาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์และการทำจิตบำบัด นำจิตวิเคราะห์แบบดั้งเดิมมาเป็นพื้นฐานการแสดงออกทางศิลปะ เพื่อเป็นตัวกระตุ้นไปสู่การแสดงออกของความขัดแย้งภายในจิตใจ ในขณะที่อีดิธ เครเมอร์ (Edith Kramer) ศิลปินซึ่งเป็นนักศิลปะบำบัดได้เสนอแนวคิดที่แตกต่างจากจิตแพทย์หรือนักบำบัด ในหลักการปฏิบัติ โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการทางศิลปะเป็นเอกเทศว่า “ให้ผลการบำบัดได้โดยไม่ต้องพึ่งพาด้านจิตวิเคราะห์” ใช้คำว่า “art as therapy” แทนคำว่า “art therapy” เป็นการประกาศชัดเจนว่า “ศิลปะเป็นการบำบัด ไม่ใช่เครื่องมือที่นำไปใช้ในการทำจิตบำบัด” ดังนั้นศิลปะบำบัดจึงเริ่มต้นจากแนวคิดที่แตกต่างกัน 2 สาย ขึ้นอยู่กับผู้นำไปใช้ว่ามีพื้นฐานมาจากสายศาสตร์หรือสายศิลป์ เป็นจิตแพทย์หรือศิลปิน แต่ในปัจจุบันก็สามารถผสมผสานกันได้ในที่สุด นับเป็นวิธีการบำบัดทางเลือกที่เสริมเข้ามาในรูปแบบต่างๆ ที่มีเป้าหมายเพื่อบำบัดรักษาเยียวยาจิตใจผู้ป่วย และเริ่มมีงานวิจัยที่สนับสนุนผลสำเร็จของศิลปะบำบัดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

ศิลปะบำบัดในผู้ป่วยทางจิตเวช

ศิลปะบำบัด ในปัจจุบันมีการนำมาใช้ในกลุ่มบุคคลที่มีความต้องการพิเศษ กลุ่มบกพร่องทางพัฒนาการสติปัญญา ออทิสติก และในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ เนื่องจากสามารถช่วยเสริมสร้างพัฒนาการด้านต่างๆ บรรเทาปัญหาทางด้านอารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรมได้เป็นอย่างดี ในการทำงานศิลปะบำบัดกับผู้ที่ขาดความสมดุลเป็นการมองการเยียวยาอย่างเป็นองค์รวมทั้งความคิด ความรู้สึก และเจตจำนง ในปัจจุบันปัญหาของโรคภัยไข้เจ็บหลายโรครมีสาเหตุมาจากจิตใจมากกว่าร่างกาย ดังนั้น แพทย์ตามแนวมนุษยปรัชญาจึงใช้ศิลปะบำบัดร่วมในการรักษาด้วย กระทั่งสามารถกล่าวได้ว่า ศิลปะบำบัดหมายถึง การฟื้นชีวิตอีกครั้งภายในหรือปรับดุลยภาพในด้านต่างๆ ดังนี้ ความคิด (Thinking) ความรู้สึก(Feeling) เจตจำนง(Willing) ศิลปะบำบัดมีประโยชน์

ในด้านการพัฒนาอารมณ์ สติปัญญา สมาธิ ความคิดสร้างสรรค์ นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยกระตุ้นการสื่อสาร และเสริมสร้างทักษะสังคมอีกด้วย(เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2551)

Helen B.Landgarten (1981:291-296) ได้เสนอรูปแบบของกลุ่มศิลปะบำบัดในสมาชิกกลุ่ม severe dysfunction ไว้ว่า ส่วนสำคัญคือ ต้องเน้นงานศิลปะที่ง่าย ๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสัญลักษณ์ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร และปฏิสัมพันธ์ สมาชิกกลุ่มควรมี 4 – 5 คน สูงสุด 7 – 8 คน ถ้ามากกว่านี้จะยากต่อการรักษาสถานภาพในการบำบัด (อ้างถึงใน อัจฉรียา นคะจัดและคณะ, 2550)

ขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะนำโปรแกรมศิลปะบำบัดของอัจฉรียา นคะจัดและคณะ(2550) ที่ได้มีการพัฒนามาจากโปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดในผู้ป่วยจิตเภทของกานดา ผาวงศ์(2548) ตามแนวคิดของHelen B.Landgarten มาประยุกต์ใช้ในการทำจิตสังคัมบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ โดยมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภทและการบำบัดรักษา
2. นำเสนอต่อหัวหน้ากลุ่มงานเพื่อตรวจทานและให้ข้อเสนอแนะ
3. ดำเนินการประสานตักผู้ป่วยในเพื่อจัดเตรียมผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตสงบเตรียมเข้ากลุ่มศิลปะบำบัด
4. ดำเนินการตามแผนกิจกรรมโปรแกรมศิลปะบำบัด ทั้งหมด 4 ครั้ง โดยดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันพฤหัสบดี เวลา14.00 – 15.00 น. (เวลายืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรม) โดยมีกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพ เป็นการ Warm-up (การอุ่นเครื่อง) ด้วยการทำกิจกรรมสวัสดีภาพสะท้อน และการวาดมือ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เกิดความคุ้นเคยกันมากขึ้น กล้าเปิดเผยตนเอง มีส่วนร่วมในกลุ่ม เข้ากลุ่มโดยปราศจากความตึงเครียด ความกลัว ลดความรู้สึกต่อต้าน และเกิดความพร้อมในการเริ่มต้นทำกลุ่ม

ครั้งที่ 2 กิจกรรม Expression ประกอบด้วยกิจกรรมการวาดภาพสิ่งที่ต้องการจากเจ้าหน้าที่ เพื่อนของฉัน และการรู้จักอารมณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้น สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ระบายความต้องการของตนซึ่งจะสร้างความรู้สึกลึกซึ้งยอมรับเกิดขึ้นกับสมาชิก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ใส่ใจคนอื่น ตระหนักรู้ในตนเอง รู้จุดเด่น จุดด้อยของตนเอง และเพิ่มความรู้สึกรับคุณค่าของตน และเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงอารมณ์ของตนเอง บอกอารมณ์ความรู้สึกได้ และแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

ครั้งที่ 3 กิจกรรมการทำงานเป็นกลุ่ม ประกอบด้วยกิจกรรม Group collage และGroup Art Activity โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกการทำงานร่วมกันกับผู้อื่น ใส่ใจสิ่งรอบตัวและมีความความคิดสร้างสรรค์ เกิดการยอมรับและปรับตัวเข้ากับคนอื่นได้

ครั้งที่ 4 กิจกรรมความสวยงามของชีวิต ประกอบด้วยกิจกรรมการวาดรูปตนเองใน 1 ปีข้างหน้า วาดภาพที่ขอมอง และกิจกรรมของขวัญสำหรับกลุ่ม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้มองถึงอนาคต สร้างความหวัง เกิดกำลังใจในการบำบัดรักษา และเพื่อสร้างความรู้สึกรับรู้ในทางบวก สร้างความผูกพัน/ความรู้สึกลึกซึ้งที่ติดต่อกันในระหว่างทำกลุ่ม นอกจากนี้แล้วในกิจกรรมครั้งที่ 4 ยังรวมถึงการสรุปและยุติกลุ่ม โดยการให้ผู้ป่วยได้

ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาทั้งหมดและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มศิลปะบำบัด ทั้งเป็นการเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ป่วยในการนำประโยชน์ที่ได้รับไปใช้ในการดำเนินชีวิตของตน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับศิลปะบำบัดในผู้ป่วยจิตเภท

เคยมีการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาที่อยู่ในระดับวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมเพียง 2 การศึกษาที่เปรียบเทียบผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดโดยระบบมาตรฐานและผู้ที่ได้รับการทำศิลปะบำบัดร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน พบว่า ผู้ที่ได้รับการบำบัดศิลปะร่วมด้วยมีการเปลี่ยนแปลงคืออาการทางลบลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่รับการรักษาแบบมาตรฐานคือการรักษาด้วยยาจากแพทย์อย่างเดียว แต่การประเมินความสามารถทางสังคมและคุณภาพชีวิตไม่พบว่ามีความแตกต่าง (พงศกร เล็งดี, 2555) ดังนี้

1.งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ในการใช้ศิลปะบำบัดเป็นการบำบัดเสริมกับผู้ป่วยจิตเภทในปี ค.ศ.2007 มีผู้ป่วยเข้าร่วม 43 คน ใช้กระบวนการบำบัด 12 ครั้ง เทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยปกติ 47 คน วัดผลโดย Social functioning และ quality of life ก่อนและหลังการทดลอง และมีการติดตามเป็นเวลา 6 เดือน พบว่า การใช้ศิลปะบำบัดได้ผลดีขึ้นกับ negative symptoms

2. การศึกษางานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ประเทศอังกฤษโปรแกรม The MATISSE study (Multi-center study of Art Therapy In Schizophrenia-Systematic Evaluation) มีผู้ป่วยเข้าร่วมในการศึกษา 417 คน แบ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบสุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่1 (140 คน) ได้รับศิลปะบำบัดร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน กลุ่มที่2 (140 คน) ได้รับการทำกลุ่มกิจกรรมทางสังคม เช่น พูดคุย เล่นเกม ดูโทรทัศน์ ดูวิดีโอ การท่องเที่ยวตามสถานที่ที่น่าสนใจ ร่วมไปกับการรักษาตามมาตรฐาน และกลุ่มที่3 (137 คน) ได้รับการรักษาตามมาตรฐานโดยทั่วไปคือรักษาพยาบาลจิตแพทย์ ติดตามประเมินด้วย GAF(Global Assessment of Functioning), PANSS(Positive and Negative Syndrome Scale) ที่ 24 เดือนหลังจากที่เริ่มทำการรักษา มาพบว่ามีความแตกต่างกันทั้ง 3 กลุ่มที่ทดลอง และการตรวจประเมินผลด้วยเครื่องมือต่าง เช่น levels of group attendance, social functioning, adherence with prescribed drugs, satisfaction with care, mental wellbeing และhealth relate quality of life ประเมินที่ 12 และ 24 เดือนหลังเริ่มการศึกษาก็ยังไม่พบว่ามีความแตกต่างกัน

กานดา ผาวงศ์(2548) ได้ทำการศึกษาผลของกลุ่มศิลปะบำบัดที่มีต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ระดับอาการทางลบของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มศิลปะบำบัดครบตามโปรแกรมจะมีค่าเฉลี่ยของอาการทางจิตก่อนทดลองและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งหมายความว่ากลุ่มศิลปะบำบัดนี้มีผลทำให้อาการด้านลบของผู้ป่วยลดลง

อัจฉริยา นະจัตและคณะ(2550) ได้ทำการศึกษาผลของกลุ่มศิลปะบำบัดในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทสามารถแสดงออกถึงความคิด อารมณ์ความรู้สึกของตนเองผ่านทางศิลปะได้ มีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกกลุ่ม เรียนรู้การมีความฝัน ความหวัง การแลกเปลี่ยนอารมณ์ด้านบวกต่อกัน มีประสบการณ์ด้านการให้และการรับ ทำให้ลดอาการด้านลบที่แยกตัวกลับมาสัมผัสสภาพกับผู้อื่น เรียนรู้การแสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึกอย่างเหมาะสม สร้างอารมณ์ในด้านบวกจากการได้สร้างงานศิลปะที่มีคุณค่าร่วมกันในกลุ่ม

พิมจันทร์ ภูแก้ว(2562) ได้ทำการศึกษาผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาวิจัยเรื่องศิลปะบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในไทย ได้มีข้อเสนอแนะให้มีการศึกษาวิจัยประสิทธิผลของกลุ่มศิลปะบำบัดโดยการออกแบบการวิจัยที่มีการควบคุมคุณภาพ การเปรียบเทียบกับกลุ่มเป้าหมายอื่นที่ไม่ได้เข้ากลุ่มศิลปะบำบัด การศึกษาตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และควรมีการติดตามวัดผลระยะยาวร่วมด้วย นอกจากนี้แล้วจากการทบทวนวรรณกรรมของ พงศกร เล็งดี(2555) ได้กล่าวเกี่ยวกับศิลปะบำบัดในผู้ป่วยจิตเภทไว้ว่า การทำศิลปะบำบัดในผู้ป่วยจิตเภทนั้นยังมีความอ่อนด้อยด้านกระบวนการวิจัย การศึกษาจะเป็นรูปแบบรายงานกรณีผู้ป่วย ขั้นตอนของการทำศิลปะบำบัด การคัดเลือกผู้ป่วยไม่เป็นแบบสุ่ม ตัวอย่างในการศึกษามีน้อยไม่สามารถสรุปผลที่สัมพันธ์กับประชากรทั่วไปได้ การติดตามผลระยะสั้นทำให้ไม่ทราบว่าผลของศิลปะบำบัดสามารถคงอยู่ได้นานเท่าใด ส่วนการทำศิลปะบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ เป็นการศึกษาทำที่ศูนย์เดียว และคัดเลือกผู้ป่วยตามความสะดวก ลักษณะการเขียนบทความก็เป็นการอธิบายวิธีการทำงาน ไม่เน้นการวัดผลทางคลินิก ส่วนใหญ่วัดโดยการเปรียบการรักษาร่วมกับการรักษามาตรฐานเดียว จึงยังไม่สามารถเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะที่เกิดจากศิลปะบำบัดนั้นคืออะไร การศึกษาวิจัยผลจากศิลปะบำบัดจึงยังต้องมีการศึกษาที่มากขึ้น มีการออกแบบให้เป็นวิจัยเชิงทดลอง และวัดผลทางคลินิกมากขึ้น น่าจะมีผลต่อความน่าเชื่อถือการศึกษาวิจัยและส่งผลให้การใช้ศิลปะบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชเป็นที่แพร่หลายมากขึ้น

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มอาจไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมจนครบตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้ ดังนั้นแนวทางแก้ไขที่จะสามารถป้องกันได้คือการประสานกับจิตแพทย์และพยาบาลประจำตึกเพื่อชี้แจงให้ข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมห่วงการถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะของกลุ่ม และระยะเวลาในการทำ

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบได้ระบายออกทางความคิด อารมณ์ และความต้องการที่เก็บซ่อนไว้ภายในจิตใจผ่านทางงานศิลปะ ทั้งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในตนเอง สัมผัสถึงตัวตนมากขึ้น เสริมคุณค่าในตนเอง และช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงจิตใจผู้ป่วยมากขึ้นอันจะนำไปสู่การวางแผนบำบัดรักษา
2. ใช้เป็นแนวทางในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภท และผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ ที่ปัญหาการขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม มีความยากลำบากในการสื่อสารหรือไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ขาดทักษะทางสังคม

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ร้อยละอาการทางจิตด้านลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังการเข้ากลุ่มศิลปะบำบัดน้อยกว่าก่อนเข้ากลุ่มศิลปะบำบัด