

ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสั้น ยีนดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

จิราภา บุญศิลป์, พย.ม.¹

วีณา จีระแพทย์, Ph.D.²

เพ็ญพักตร์ อุทิศ, Ph.D.³

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสั้นยีนดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยอายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทซึ่งมีอาการทางลบและเข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 40 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือวิจัยคือ โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข แบบประเมินอาการทางลบ แบบประเมินภาวะสั้นยีนดี และแบบวัดการมุ่งสร้างความสุข เครื่องมือวิจัยทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ แบบวัดการมุ่งสร้างความสุข แบบประเมินอาการทางลบ และแบบประเมินภาวะสั้นยีนดี มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .91, .84 และ .70 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบทีและทีคู่ ผลการวิจัยพบดังนี้

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสั้นยีนดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ หลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสั้นยีนดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการพยาบาลโดยฝึกการสร้างอารมณ์ทางบวกและการฝึกการมุ่งสร้างความสุขสามารถลดภาวะสั้นยีนดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข, ภาวะสั้นยีนดี, ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

¹ นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

² ศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

The Effect of Anticipatory Pleasure Skills Training Program on Anhedonia of Schizophrenia Patients with Negative Symptoms

Jirapa Boonsin, M.N.S.¹

Veena Jirapeat, Ph.D.²

Penpaktr Uthis, Ph.D.³

Abstract

This quasi-experimental pretest-posttest with control group research design examined the effect of anticipatory pleasure skills training program on anhedonia of schizophrenia patient with negative symptoms. The subjects were 40 patients aged between 20 to 59 years diagnosed with schizophrenia and had negative symptoms. They were attending an out-patients clinic of a tertiary level hospital. The experimental group received the anticipatory pleasure skills training program whereas the control group received the routine nursing care. Research instrument consisted of the anticipatory pleasure skills training program, the negative syndrome scale, the anhedonia scale and the temporal experience pleasure scale. All research instruments were validated for content validity by professional experts. The temporal experience pleasure scale, the negative syndrome scale and the anhedonia scale had the reliability as of .91, .84 and .70, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, dependent t-test and independent t-test. The findings were as follows:

1. The mean score of anhedonia of schizophrenic patients with negative symptoms after receiving the anticipatory pleasure skills training program was significantly lower than that before at the .05 level of significance.
2. The mean score of anhedonia of schizophrenic patients with negative symptoms in the group receiving the anticipatory pleasure skills training program was significantly lower than that of the group receiving the routine nursing care at the .05 level of significance.

The results suggest that the nursing care of positive emotion and the anticipatory pleasure skills training is effective in reducing anhedonia of schizophrenia patients.

Keyword: Anticipatory Pleasure Skills Training Program, Anhedonia, Schizophrenia Patients with Negative Symptoms

¹ Student of Master degree, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

² Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตซึ่งพบมากที่สุด โดยพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดโรคจิตเภทเป็น 15.2 ต่อ 100,000 ประชากร มีความชุกตลอดช่วงชีวิต 4.0 ต่อ 1,000 และความชุกตลอดช่วงชีวิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็น 7.2 ต่อ 1,000 อัตราส่วนที่พบในเพศชายต่อหญิงเป็น 1.4:1 (McGrath, Saha, Chant, & Welham, 2008) สำหรับในประเทศไทยพบว่า ความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ในประชากรไทยเป็น 8.8 ต่อ 1,000 อัตราส่วนที่พบเพศชายต่อเพศหญิง 1.1:1 (Pudtan Phanthunane, Theo Vos, Harvey Whiteford, Melanie Bertram, & Pichet Udomratn, 2010) และจากรายงานประจำปีงบประมาณ 2556 ของกรมสุขภาพจิตพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับการตรวจในโรงพยาบาลสังกัด กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งสิ้น 1,109,183 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท (schizophrenia) ผู้ป่วยพฤติกรรมแบบจิตเภท (schizotypal) และความหลงผิด (delusional disorders) จำนวน 388,369 คน แบ่งเป็นเพศชายจำนวน 236,139 คน คิดเป็นร้อยละ 38.24 และเพศหญิงจำนวน 152,230 คน คิดเป็นร้อยละ 30.96 และผู้ป่วยในจำนวน 388,369 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท (schizophrenia) ผู้ป่วยพฤติกรรมแบบจิตเภท (schizotypal) และความหลงผิด (delusional disorders) จำนวน 20,634 คน แบ่งเป็นเพศชายจำนวน 13,974 คนคิดเป็นร้อยละ 47.35 และเพศหญิงจำนวน 6,660 คน คิดเป็นร้อยละ 49.9 (กรมสุขภาพจิต, 2556)

มานิซ หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) กล่าวว่า อาการสำคัญของโรคจิตเภทแบ่ง

ออกเป็นสามกลุ่มอาการหลักคือ 1) psychotic dimension โดยผู้ป่วยจะมีลักษณะอาการเด่นคือ มีความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน 2) disorganized dimension ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของกระบวนการคิด ทำให้ไม่สามารถแสดงออกโดยการพูดและการคิดให้เป็นไปในทางเดียวกันได้ รวมถึงมีพฤติกรรมไม่สมเหตุสมผลไม่มีจุดมุ่งหมาย และ 3) negative dimension ผู้ป่วยจะมีลักษณะพื้นฐานความเป็นมนุษย์ลดลงหรือขาดไปในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ ซึ่งอาการในมตินี้เรียกว่า อาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่ พูดน้อย อารมณ์เฉยเมย ขาดความกระตือรือร้น มีภาวะสิ้นยั้งคิด การทำหน้าที่ทางสังคมและการงานลดลงอีกทั้งกล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีการดำเนินโรคเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะอาการนำ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักเริ่มด้วยการแยกตัวเองทางสังคม ขาดความสนใจ สุขวิทยาส่วนบุคคล การทำหน้าที่ด้านการงานหรือการเรียนบกพร่อง ระยะเวลาของช่วงนี้ไม่แน่นอน อาจนานตั้งแต่สัปดาห์จนถึงเป็นปี โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดี หากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลเองเรื่อยๆ 2) ระยะอาการชัดเจน (active phase) เป็นระยะที่อาการแสดงของโรคจิตเภทปรากฏชัดเจน เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน บางรายอาการอาจรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น หรือทำลายสิ่งของ จนทำให้ญาติเดือดร้อนและตัดสินใจพาผู้ป่วยมารับการรักษาและ 3) ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) คือ หลังจากได้รับการบำบัดรักษาแล้วอาการจะยังไม่หมดไป โดยจะมีอาการ

คล้ายระยะแรก แต่มีความเสื่อมทางจิตใจและการทำหน้าที่ทางสังคมมากกว่า เช่น ไร้อารมณ์ เชื้อขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และอาจมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบ (relapse หรือ acute exacerbation) เป็นครั้งคราว ส่วนใหญ่จะกำเริบเมื่อมีความกดดันทางจิตใจ โดยอาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง

ปัจจุบันผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะอยู่ในระยะ Residual phase โดยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวในชุมชน ซึ่งการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขมีกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม ครอบคลุม องค์กรร่วม ตามบทบาทมาตรฐานวิชาชีพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านหรือหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้เหมือนบุคคลปกติ (กรมสุขภาพจิต, 2551) ซึ่งอาการเด่นที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ “กลุ่มอาการทางลบ” (negative symptoms) เนื่องจากเป็นอาการที่ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างจำกัด จนทำให้ขาดทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน อาการในกลุ่มอาการทางลบที่พบได้ คือ 1) มีอารมณ์เรียบเฉย (affective flattening) 2) ขาดความกระตือรือร้น (avolition) 3) ไม่มีความสนใจหรือพึงพอใจในกิจกรรมที่ทำตามปกติ หรือมีภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) และ 4) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) (Perivoliotis & Cather, 2009) โดยในต่าง

ประเทศพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในอัตราสูงถึงร้อยละ 30–50 (Hafner, Loffler, Maurer, Hambrecht, & Heiden, 1999) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Bobes, Arango, Garcia-Garcia, Rejas (2010) ซึ่งพบผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบคิดเป็นร้อยละ 57.6 จำแนกลักษณะตามอาการ ดังนี้ 1) แยกตัวจากสังคม (social withdrawal) ร้อยละ 45.8 2) การแยกตัวทางอารมณ์ (emotion withdrawal) ร้อยละ 39.1 3) มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (poor rapport) ร้อยละ 35.8 4) การแสดงออกทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunted affect) ร้อยละ 33.1 สำหรับในประเทศไทยพบผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบร้อยละ 30-31.5 (เวนิช บุราชรินทร์และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2554) ซึ่งอาการทางลบที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวหลายประการ ได้แก่ เป็นตัวทำนายการพยากรณ์โรคที่แย่ง ผลลัพธ์ทางสังคมที่แย่ง (Kirkpatrick, Fenton, Carpenter, & Marder, 2006)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีภาวะสิ้นยินดีเป็นอาการหลักทางคลินิกที่สำคัญและพบได้บ่อย (Favrod, Giuliani, Ernst & Bonsack, 2010) โดยอาจพบสูงถึงร้อยละ 45 (Pelizza & Ferrari, 2009) ทั้งนี้ภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) เป็นลักษณะของอารมณ์ที่ลดหรือขาดความสามารถในการมีประสบการณ์ความสุขของบุคคล ทำให้ไม่มีความสุขหรือความพึงพอใจในกิจกรรมที่เคยทำและมองเห็นความสามารถของตนเองต่ำ (Cassar, Applegate, & Bentall, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะสิ้นยินดีนั้นอาจเกิดจากหลายสาเหตุ โดยแบ่งออกเป็น 2 ด้านหลักๆ ได้แก่ 1) ด้าน pathology โดยพบว่า ภาวะสิ้นยินดีเกิดจากการทำงานที่ผิดปกติ

ปกติของสารสื่อประสาทชื่อว่า โดปามีนในส่วน
ของ mesocorticolimbic ซึ่งพบว่า มีบทบาทในการ
จูงใจ เพื่อให้บุคคลเกิดพฤติกรรมและเสริมแรงใน
การเรียนรู้ โดยที่ระบบ mesocorticolimbic มีความ
เชื่อมโยงกับการรับรู้ประสบการณ์ของความสุข
หรือความเพลิดเพลินซึ่งส่งผลต่ออารมณ์ทางบวก
และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคือเกิดพฤติกรรม
ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยมี pathway ที่เกี่ยวข้อง
จำนวน 2 pathway คือ mesolimbic pathway เป็น
ระบบประสาทของ dopaminergic ที่ส่งผลต่อ
ระบบ limbic ในสมอง อันประกอบด้วย amygdala,
nucleus accumbens [NAc] และ hippocampus
ซึ่งเป็นระบบที่มีความสำคัญในการควบคุมอารมณ์
และพฤติกรรมและ mesocortical pathway เป็น
ระบบของ dopaminergic ที่ส่งผลต่อสมองส่วน
หน้า (prefrontal cortex) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการ
คิดและการกระทำที่ทำให้เป็นไปตามความต้องการ
ของคนโดยทั้ง 2 pathway จะทำหน้าที่เชื่อมโยงกัน
โดยมีจุดกำเนิดที่ ventral tegmental area (VTA)
ในสมองส่วนกลางและ 2) ด้าน psychological โดย
พบว่าภาวะสิ้นยินดีนั้นเกิดจากสาเหตุหลายด้าน
เช่น 1) มีความสามารถในการรับรู้ประสบการณ์
ของความสุขในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตในระดับ
ระดับต่ำ (Cassar, Applegate, & Bentall, 2013)
2) มีความคิดที่บิดเบือนและไม่คาดหวังในกิจกรรม
ที่ทำให้เกิดความสุข ทำให้ขาดแรงจูงใจไปสู่การ
แสดงพฤติกรรมตามเป้าหมาย (Sherdell, Waugh, &
Gotlib, 2012; Kring et al., 2010) และ 3) ขาดความ
เชื่อเกี่ยวกับความสุขหรือมีความเชื่อเกี่ยวกับความ
สุขในระดับต่ำ ทำให้มีพฤติกรรมในการแสวงหา
ความสุขที่ลดลงและมีลักษณะของอารมณ์ทางลบ
ที่เพิ่มสูงขึ้น (Strauss & Gold, 2012) ทั้งนี้จากการ

ทบทวนวรรณกรรมถึงแนวทางการบำบัดรักษาใน
ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในต่างประเทศพบ
ว่า มีการบำบัด 2 รูปแบบหลัก ๆ คือ 1) รูปแบบการ
บำบัดรักษาด้วยยา ประกอบด้วยยา 2 กลุ่มคือยาต้าน
โรคจิตกลุ่มใหม่ซึ่งจะไปมีผลต่อ pathway ในสมอง
ทั้ง 2 pathway ดังที่กล่าวข้างต้น คือ mesolimbic
pathway ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาอาการด้านบวก
และ mesocortical pathway ที่เกี่ยวข้องกับการ
ด้านลบ ทำให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น
ยากกลุ่มที่สองเป็นยาด้านเศร้า ซึ่งมีหลักฐานเชิง
ประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นว่ามีผลทำให้สารสื่อประสาท
ที่ชื่อว่า serotonin เพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมี
อารมณ์ดีเพิ่มขึ้นและมีภาวะซึมเศร้าลดลง ส่งผลให้
อาการทางลบลดลงตามมา (Singh, Singh, Kar, &
Chan, 2010) และ 2) รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม
เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Staring,
Ter Huurne, & van der Gaag, 2013)
จากปัจจัยสาเหตุดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะสิ้น
ยินดีจะมีพฤติกรรมในการมุ่งหวังความสุข ที่ลดลง
และมีอารมณ์เชิงลบ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร่องใน
การทำหน้าที่ในระยะยาวในเรื่องทักษะทางสังคม
และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Harvey, Koren,
Reichenberg, & Bowie, 2006; Milev, Ho, Arndt,
& Andreasen, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า การ
มุ่งสร้างความสุข (Anticipatory pleasure) ที่ผ่าน
กระบวนการของความคิดและอารมณ์ของผู้
ป่วยสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ตามเป้าหมายได้ (Loewenstein, Weber, Hsee, &
Welch, 2001; Strauss, Wilbur, Warren, August,
& Gold, 2011) โดยจากการศึกษาของ Favrod et
al. (2010, 2015) ที่ทำการศึกษาและพบว่า การฝึก

ทักษะที่มุ่งสร้างความสุขช่วยลดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทได้เนื่องจากโปรแกรมฯ เป็นรูปแบบของกิจกรรมที่ฝึกให้ผู้ป่วยคิดและรับรู้ความรู้สึกสุขที่เกิดจากการคาดหวังความสุขในอนาคต โดยจะไปมีผลต่อ mesocorticolimbic ที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และประสบการณ์ความเพลิดเพลิน ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ภาวะสิ้นยินดีลดลง

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ประชากรเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลตติยภูมิ ที่มีบริการผู้ป่วยนอกด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุขกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) รหัส F20 (F20-F20.9) ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) และมีอาการทางลบระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ที่อาศัยอยู่ในชุมชนและมารับการรักษาด้วยยาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี จำนวน 40 คน ซึ่ง

ได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน และควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณลักษณะที่เหมือนกันเรื่องเพศและระดับอาการทางลบ

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการคำนึงในการดำเนินการอย่างรอบคอบเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี (081/2016) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมที่จะให้ข้อมูลโดยไม่มีการบังคับใดๆ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบว่าข้อมูลจะเก็บเป็นความลับและผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มี ความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการทดลองคือโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Favrod et al. (2010, 2015) ประกอบไปด้วย 8 ขั้นตอน 10 กิจกรรม

มีระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ๆ ละ 6-7 คน ใช้เวลาทำกลุ่มครั้งละ 45-60 นาที

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส อายุระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา รายได้ต่อเดือน ผู้ดูแล งานอดิเรก/กิจกรรมที่ชอบทำยามว่างและประวัติการใช้สารเสพติด

2.2 แบบประเมินภาวะสิ้นยินดี เป็นแบบประเมินอาการของผู้ป่วยที่มีอาการทางลบที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมิน The Brief Negative Symptom Scale ของ(Kirkpatrick et al., 2011) มีการประเมินอาการย่อย 6 อาการโดยผู้วิจัยเลือกเฉพาะข้อคำถามด้าน ภาวะสิ้นยินดี (Anhedonia)แล้วนำไปให้สถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แปลแบบย้อนกลับ (back translation)

3. เครื่องมือคัดกรองอาการทางลบตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มอย่าง

3.1 แบบประเมินอาการทางลบ ของ หงษ์ บรรเทิงสุขและจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ที่พัฒนามาจากโครงสร้างเนื้อหาของ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และ คณะ แปลจาก PANSS ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิด Kay et al. (1987)มีจำนวนข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ แบ่งเป็นการสังเกตจำนวน 6 ข้อ และการสัมภาษณ์จำนวน 7 ข้อ

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง

4.1 แบบวัดการมุ่งสร้างความสุข ผู้วิจัยนำมาจาก Temporal Experience of Pleasure Scale (TEPS)ของ Gard et al. (2006) ประกอบด้วยข้อ

คำถามทั้งสิ้น 18 ข้อ แบ่งเป็นการประเมินความสุข/ความเพลิดเพลินในระดับปกติซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงจากการทำกิจกรรมที่สนุกสนาน (Consummatory Pleasure: TEPS-CON) จำนวน 8 ข้อ และการประเมินความสุข/ความเพลิดเพลินเกี่ยวกับการทำกิจกรรมในอนาคต (Anticipatory Pleasure: TEPS-ANT)จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่แปลเป็นภาษาไทยและคู่มือการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข ที่ผ่านการปรับแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาขั้นตอนและกิจกรรมตามแนวคิดของ Favrod et al. (2010, 2015) และ การใช้ภาษาโดยใช้ความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ ไม่น้อยกว่า 3 ใน 5 ท่าน

2. แบบประเมินภาวะสิ้นยินดี ผู้วิจัยได้เลือกเฉพาะข้อคำถามด้าน ภาวะสิ้นยินดี (Anhedonia) ไปให้สถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แปลแบบย้อนกลับ (Back Translation) แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง มีค่า Interrater Reliability เครื่องมือเท่ากับ 0.76

3. แบบประเมินอาการทางลบ ของ หงษ์ บรรเทิงสุขและจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ที่ พัฒนามาจากโครงสร้างเนื้อหาของ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และ คณะ แปลจาก PANSS ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิด Kay

et al. (1987) ผ่านการตรวจสอบความความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธี inter-rater reliability ซึ่งมีค่าเท่ากับ .84

4. แบบวัดการมุ่งสร้างความสุข เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยนำมาจาก Temporal Experience of Pleasure Scale (TEPS) ของ Gard et al. (2006) จากนั้นนำมาแปลเป็นภาษาไทย ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งพบว่า ด้าน anticipatory pleasure: TEPS-ANT มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .86 ด้าน consummatory pleasure: TEPS-CON มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .81 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งคู่เท่ากับ .91

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขซึ่งมี 8 ขั้นตอน จำแนกเป็น 10 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมรายกลุ่มครั้งละ 45 - 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินความคิดที่มีแนวโน้มล้มเหลวหรือสิ้นหวังมี 3 กิจกรรมคือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันและเกิดความไว้วางใจซึ่งกัน 2) ประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวังและประเมินความคาดหวังและความต้องการเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการแก้ไขความคิดความเชื่อและเรียนรู้การเกิดความคิดในเชิงบวกผ่านการตั้งคำถามและการบอกความ

คาดหวังและความต้องการของตนเองเพื่อนำไปสู่การเกิดแรงจูงใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ 3) การให้ความรู้เรื่องภาวะสิ้นยินดีเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ตระหนักและเห็นความสำคัญของภาวะสิ้นยินดี

สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 การสัมผัสความสุข มี 1 กิจกรรม คือการฝึกให้ผู้ป่วยได้นึกและจินตนาการถึงความสุขของตนเองที่เป็นรูปธรรม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์และทักษะในการสร้างความสุข

สัปดาห์ที่ 2 ขั้นตอนที่ 3 การแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมมี 1 กิจกรรม คือ การฝึกให้ผู้ป่วยได้นึกถึงความสุขที่เกิดขึ้นในขั้นของความคิดเชิงรูปธรรมและกระตุ้นให้มีแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมโดยการแสดงสีหน้าและท่าทางเพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจในการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 2 ขั้นตอนที่ 4 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสุขกับผู้อื่นและหาโอกาสที่จะได้รับความสุขมี 1 กิจกรรม คือ การฝึกให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ของความสุขของตนเองเพื่อให้สมาชิกได้มีประสบการณ์ของความสุขจากการที่แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น

สัปดาห์ที่ 3 ขั้นตอนที่ 5 การสัมผัสความสุขที่เกิดขึ้นในอดีต มี 1 กิจกรรมคือ การให้ผู้ป่วยระลึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจและความพึงพอใจในชีวิต

สัปดาห์ที่ 3 ขั้นตอนที่ 6 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 1 มี 1 กิจกรรมคือการฝึกให้ผู้ป่วยได้คาดหวังถึงกิจกรรมที่ทำให้ตนเองเกิดความสุขและเป็นความสุขที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมได้สำเร็จ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและมีพฤติกรรมตาม

ที่ต้องการ

สัปดาห์ที่ 4 ขึ้นตอนที่ 7 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 2 กิจกรรมการฝึกทักษะการคาดหวังความสุขซ้ำอีกครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีทักษะในการคาดหวังความสุขที่หลากหลายซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและมีพฤติกรรมตามที่ต้องการ

สัปดาห์ที่ 4 ขึ้นตอนที่ 8 ทบทวนทักษะทั้งหมด (Review of all skill)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. เปรียบเทียบภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดีในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 80 ทั้งสองกลุ่ม และมีอายุระหว่าง 30-39 ปีและ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 90 และร้อยละ 85 ตามลำดับมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35 และร้อยละ 65 ตามลำดับมีระดับอาการทางลบเล็กน้อยและปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75 และร้อยละ 25 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่ม ตัวอย่างจำแนกตาม เพศ สถานภาพ อายุ ระดับการศึกษาและระดับอาการทางลบ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง(n=20)		กลุ่มควบคุม(n=20)		รวม(n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	16	80	16	80	32	80
หญิง	4	20	4	20	8	20
อายุ (ปี)						
20-29 ปี	1	5	1	5	2	5
30-39 ปี	7	35	9	45	16	40
40-49 ปี	7	35	6	30	13	32.5
50-59 ปี	5	25	4	20	9	22.5
สถานภาพสมรส						
โสด	18	90	17	85	35	87.5
คู่	2	10	3	15	5	12.5
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	6	30	5	25	11	27.5
มัธยมศึกษา	7	35	13	65	20	50
ปวช. หรือ ปวส.	3	15	0	0	3	7.5
ปริญญาตรี	4	20	2	10	6	15
ระดับอาการทางลบ						
เล็กน้อย	15	75	15	75	30	75
ปานกลาง	5	25	5	25	10	25

2. เปรียบเทียบภาวะสัณยิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสัณยิตก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทาง

ลบในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=7.611$) โดยคะแนนของภาวะสัณยิตหลังการทดลองจะต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M=6.10$ และ 11.10 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนภาวะสิ้นยินดี	M	S.D.	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n=20)					
ก่อนการทดลอง	11.10	3.35	19	7.611	.00*
หลังการทดลอง	6.10	3.65			
กลุ่มควบคุม(n=20)					
ก่อนการทดลอง	9.80	4.00	19	.812	.427
หลังการทดลอง	9.45	4.66			

* $p < .05$

3.เปรียบเทียบภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกันโดยคะแนนของภาวะสิ้นยินดีหลังการทดลองจะต่ำกว่าก่อนการทดลอง (M=6.10 และ 11.10 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของภาวะสิ้นยินดีในกลุ่มควบคุมพบ

ว่าต่ำลงมาเล็กน้อยก่อนการทดลองแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังตารางที่ 2 แต่ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -2.529$) โดยคะแนนภาวะสิ้นยินดีหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (M=6.10 และ 9.45 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะสิ้นยินดี	M	S.D.	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง (n=40)					
กลุ่มทดลอง	11.10	3.35	38	1.11	.273
กลุ่มควบคุม	9.80	4.00			
หลังการทดลอง (n=40)					
กลุ่มทดลอง	6.10	3.65	38	-2.529	.016*
กลุ่มควบคุม	9.45	4.66			

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดี ก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 7.611$) โดยคะแนนภาวะสิ้นยินดีหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (6.10 และ 9.45 ตามลำดับ) เนื่องจากโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเกิดทักษะในการคาดหวังความสุขและเพิ่มอารมณ์ทางบวกที่ประกอบด้วยเทคนิคที่หลากหลายในการช่วยเพิ่มความถี่ ระยะ

เวลาของการประสบการณ์ทางบวก ได้แก่ 1) การคาดหวังถึงความสนุกสนาน (anticipating the enjoyment) 2) การแสดงออกทางพฤติกรรม (behavioral display) โดยแสดงออกทางการพูดและการใช้ภาษาท่าทาง 3) การอยู่กับปัจจุบัน (being in the moment) เมื่อมีประสบการณ์ทางบวกจากการเน้นย้ำอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้น 4) การสื่อสาร (communication) และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางบวก (celebrating positive experience) จากการนึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความสุขในอดีต (Strauss, 2013) จากการศึกษาของ Bryant (2007) ที่พบว่าประสบการณ์ของความสุขประกอบไปด้วย การตระหนักถึงความสุขที่กำลังจะเกิดขึ้นหรือความรู้สึกทางบวกที่ผู้ป่วยรู้สึกในขณะนั้น ซึ่งในโปรแกรมได้นำรูปภาพที่ทำให้เกิดความสุข เช่น รูปภาพธรรมชาติ งานอดิเรก ประเพณีวันสำคัญ

ของไทย จากนั้นกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึง ประสพการณ์ของความสุขที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งการ แสดงออกทางสีหน้าว่าหากผู้ป่วยจะมีความสุขจะ แสดงออกทางสีหน้าและท่าทางอย่างไร ซึ่งจากการ ดำเนินตามโปรแกรมดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมี อารมณ์เชิงบวกที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ระดับของภาวะ สิ้นยินดีลดลง

สำหรับคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีในกลุ่ม ควบคุม พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มควบคุมมี คะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีที่สูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่ง เป็นการพยาบาลที่ผู้ป่วยที่มีภาวะสิ้นยินดีได้รับ เมื่อมารับการรักษาที่คลินิกสุขภาพใจ แผนกผู้ป่วย นอก โรงพยาบาลสระบุรี ได้แก่ การซักประวัติ ก่อนพบแพทย์ซึ่งครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ การให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย การให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การให้คำแนะนำ หลังพบแพทย์ รวมถึงการเยี่ยมบ้านของบุคลากร สาธารณสุข ทั้งหมดนี้เป็นการบำบัดรักษาทาง ด้านร่างกายแต่ยังไม่ได้มีการเน้นย้ำถึงการสร้าง ประสพการณ์ของอารมณ์ในทางบวก ทำให้ภาย หลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของ ภาวะสิ้นยินดีที่เพิ่มขึ้น

2. ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่ง สร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มี อาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยภาวะ สิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อน การทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม การฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขและกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกันแต่ภาย หลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะ สิ้นยินดี

ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบของกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข แตกต่างกับกับคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ซึ่งได้รับการพยาบาล ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=-2.529$) โดยคะแนนภาวะสิ้นยินดีหลังการ ทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($M=6.10$ และ 9.45 ตามลำดับ) เป็นผลเนื่องมาจากกลุ่ม ทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้าง ความสุขทั้ง 10 กิจกรรม ซึ่งแต่ละกิจกรรมทำให้ ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ตระหนัก และเห็นความสำคัญของภาวะสิ้นยินดี มีกิจกรรม ที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการทางอารมณ์และพฤติกรรม มีกิจกรรมในการฝึกให้ผู้ป่วยได้นึกถึงความสุขที่เกิด ขึ้นในอดีตซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจและ ความพึงพอใจในชีวิต และมีกิจกรรมที่ฝึกให้ผู้ป่วย คาดหวังความสุขซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและมี พฤติกรรมตามที่ต้องการ ซึ่งจากการดำเนินตาม โปรแกรมดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์เชิงบวกที่ เพิ่มขึ้นส่งผลให้ระดับของภาวะสิ้นยินดีลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษากการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะ ที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอาการทางลบ สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะ ด้านต่างๆได้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล
 - 1.1 โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขสามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาล ทางกาย ในระดับตติยภูมิที่มี OPD ให้บริการทางจิตได้
 - 1.2 โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขที่จะนำไปใช้ พยาบาลอาจปรับเปลี่ยน

ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน ได้ตามความเหมาะสมและตามความสามารถของผู้ป่วยที่จะสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้เช่น ขั้นตอน ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวัง และขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ความสุขในปัจจุบันโดยสามารถดำเนินกิจกรรมใน 2 ขั้นตอนได้ในคราวเดียวกันเนื่องจากเนื้อหา มีความเชื่อมโยงกัน

2. ด้านการศึกษา

ในการจัดการเรียนการสอนควรเพิ่มเติมเนื้อหาของภาวะสิ้นยินดีในส่วนของอาการทางลบ ในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจ และมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขในผู้ป่วยจิตเวชโรคอื่นๆ เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้นำทักษะที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเองลดระดับของภาวะสิ้นยินดีและดูแลช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2551). *ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติเรื่อง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท (ฉบับปรับปรุง 2551)*. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- กรมสุขภาพจิต. (2556). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2556*. กรุงเทพฯ: หจก.บางกอกบลิ๊อค.
- มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. เวนิช บูราชรินทร์และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- Bobes, J., Arango, C., Garcia-Garcia, M., & Rejas, J. (2010). Prevalence of negative symptoms in outpatients with schizophrenia spectrum disorders treated with antipsychotics in routine clinical practice: findings from the CLAMORS study. *J Clin Psychiatry*, 71(3), 280-286.
- Brian Kirkpatrick, Wayne S. Fenton, William T. Carpenter, Jr, & Stephen R. Marder. (2006). The NIMH-MATRICES Consensus Statement on Negative Symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 214-219.
- Bryant, F. B. (2007). *The Process of Savoring: A New Model of Positive Experience*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cassar, R., Applegate, E., & Bentall, R. P. (2013). Poor savouring and low self-efficacy are predictors of anhedonia in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Res*, 210(3), 830-834.
- Favrod, J., Nguyen, A., Fankhauser, C., Ismailaj, A., Hasler, J.-D., Ringuet, A., Bonsack, C. (2015).

- Positive Emotions Program for Schizophrenia (PEPS): a pilot intervention to reduce anhedonia and apathy. *BMC Psychiatry*, 15(1), 231.
- Favrod, J., Giuliani, F., Ernst, F., & Bonsack, C. (2010). Anticipatory pleasure skills training: a new intervention to reduce anhedonia in schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care*, 46.
- Harvey, P. D., Koren, D., Reichenberg, A., & Bowie, C. R. (2006). Negative symptoms and cognitive deficits: what is the nature of their relationship? *Schizophr Bull*, 32(2), 250-258.
- Hafner, H., Löffler, W., Maurer, K., Hambrecht, M., & an der Heiden, W. (1999). Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 100(2), 105-118.
- John McGrath, Sukanta Saha, David Chant, & Joy Welham. (2008). Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30, 67-76.
- Kirkpatrick, B., Strauss, G. P., Nguyen, L., Fischer, B. A., Daniel, D. G., Cienfuegos, A., & Marder, S. R. (2011). The brief negative symptom scale: psychometric properties. *Schizophr Bull*, 37(2), 300-305.
- Kring, A. M., & Caponigro, J. M. (2010). Emotion in Schizophrenia: Where Feeling Meets Thinking. *Curr Dir Psychol Sci*, 19(4), 255-259.
- Loewenstein, G. F., Weber, E. U., Hsee, C. K., & Welch, N. (2001). Risk as feelings. *Psychol Bull*, 127(2), 267-286.
- Milev, P., Ho, B. C., Arndt, S., & Andreasen, N. C. (2005). Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: a longitudinal first-episode study with 7-year follow-up. *Am J Psychiatry*, 162(3), 495-506.
- Pelizza, L., & Ferrari, A. (2009). Anhedonia in schizophrenia and major depression: state or trait? *Ann Gen Psychiatry*, 8, 22.
- Pudtan Phanthunane, Theo Vos, Harvey Whiteford, Melanie Bertram, & Pichet Udomratn. (2010). Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Population Health Metrics*, 8(24), 1-8.
- Sherdell, L., Waugh, C. E., & Gotlib, I. H. (2012). Anticipatory pleasure predicts Motivation for reward in major depression. *J Abnorm Psychol*, 121(1), 51-60.
- Singh, S. P., Singh, V., Kar, N., & Chan, K. (2010). Efficacy of antidepressants in treating the negative symptoms of chronic schizophrenia: meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 197(3), 174-179.
- Stewart A. Shankman, Andrea C. Katz, Alison A. DeLizza, Casey Sarapas, Stephanie M. Gorka, & Miranda L. Campbell. (2014).

*The Different Facets of Anhedonia and
Their Associations with Different
Psychopathologies: Springer Netherlands.*

- Staring, A. B., Ter Huurne, M. A., & van der Gaag, M. (2013). Cognitive Behavioral Therapy for negative symptoms (CBT-n) in psychotic disorders: a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 44(3), 300-306.
- Strauss, G. P., & Gold, J. M. (2012). A new perspective on anhedonia in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 169(4), 364-373.
- Strauss, G. P., Wilbur, R. C., Warren, K. R., August, S. M., & Gold, J. M. (2011). Anticipatory vs. consummatory pleasure: what is the nature of hedonic deficits in schizophrenia? *Psychiatry Res*, 187(1-2), 36-41.