

ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า The Effect of Anticipatory Pleasure Skills Training Program on Anhedonia Among Patients with Major Depressive Disorder

จิรวัดน์ เตรียาภิรมย์^{1*}, สกาวรัตน์ เทพประสงค์¹
Jirawat Teriyapiom^{1*}, Sakaorat Thepprasong¹
โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่¹
Suanprung Psychiatric Hospital, Chiang Mai¹

(Received: May 08, 2021; Revised: May 31, 2021; Accepted: June 16, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศหญิง และเพศชาย อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า รับการรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 50 คน ได้รับการสุ่มเข้าการทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ ทำการศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2563-เดือนตุลาคม 2563 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข แบบประเมินภาวะสิ้นยินดี และแบบวัดการมุ่งสร้างความสุข วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon sign rank test และเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p -value < 0.001) งานวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีสามารถช่วยให้ภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามลดลงได้ เป็นการเพิ่มทางเลือกในการบำบัดฟื้นฟูทางสังคมจิตใจสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และพยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ สามารถพัฒนาหรือประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีภาวะสิ้นยินดี เช่น โรคไบโพลาร์ และโรคซึมเศร้าหลังคลอด

คำสำคัญ: โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข, โรคซึมเศร้า, ภาวะสิ้นยินดี

*ผู้ให้การติดต่อ จิรวัดน์ เตรียาภิรมย์ E-mail: pimuy@hotmail.com

Abstract

The objective of this quasi-experimental, namely two-group pretest-posttest design, was to examine the effect of anticipatory pleasure skills training program on anhedonia among patients with major depressive disorder. Participants were 50 patients with major depressive disorder, aged 18-59 years old, both males and females who were being treated in the inpatient department of Suanprung Psychiatric Hospital. All participants were randomly assigned to the experimental group or the control group, 25 inpatients in each group. The experimental group received the anticipatory pleasure skills training program, whereas the control group received the regular nursing care routine. This study was conducted between June 2020 and October 2020. The research instruments included the anticipatory pleasure skills training program, the anhedonia scale, and the temporal experience pleasure scale. Data were analyzed using descriptive statistics (percentages, mean and standard deviation). The Wilcoxon sign rank and the Mann-Whitney U tests were used to compare the pretest and posttest average scores of anhedonia between the experimental group and the control group.

The results revealed that after receiving the anticipatory pleasure skills training program, the mean score of anhedonia of patients with major depressive disorder in the experimental group was significantly lower than before enrolling the program (p -value <0.001). In addition, the mean score of anhedonia among patients with major depressive disorder in the experimental group was also significantly lower than patients in the control group that receiving the regular nursing care routine (p -value <0.001). This research indicated that the anticipatory pleasure skills training program can reduce anhedonia levels of patients with major depressive disorder. This program could be an additional treatment option psychosocial rehabilitation for patients with major depressive disorder. Nurses and other health care providers can apply or develop this program to other patients with bipolar disorder and postpartum depression in order to reduce anhedonia levels.

Keywords: Anticipatory Pleasure Skills Training Program, Depressive, Anhedonia

บทนำ

สถาบันเพื่อการวัดและประเมินผลด้านสุขภาพและรายงานการศึกษาภาวะโรคทั่วโลก (Institute for Health Metrics and Evaluation) ประเมินการว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากกว่า 264 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 3.4 ของประชากรทั่วโลก เป็นเพศหญิงร้อยละ 4.1 และเพศชายร้อยละ 2.7 จากรายงานขององค์การอนามัยโลกเมื่อต้นปี ค.ศ. 2018 ระบุว่าภาวะซึมเศร้า คือ ปัจจัยเหตุของความเจ็บป่วยและไร้ความสามารถ (Cause of Illness and Disability) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าประมาณ 800,000 คนเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทุกปี และการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในอายุ 15-29 ปี (World

Health Organization, 2019) จากการเก็บข้อมูลและรายงานผลโดย The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2017) พบว่าประชากรทั่วโลกมีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าที่เพิ่มสูงขึ้น มีปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตหรือสร้างภาวะไร้ความสามารถแก่บุคคล โรคซึมเศร้าถูกจัดเป็นปัญหาอยู่ในอันดับที่ 6 และในช่วงปี ค.ศ. 2005-2016 อัตราการเกิดโรคเพิ่มสูงขึ้น 13 % พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 18.4 จากปี พ.ศ. 2548-2558 คาดการณ์ว่าเป็นประชากรไทยประมาณ 29 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และจากการประมาณการภาระโรค พบว่ามีการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability- Adjusted Life Year (DALY)) คิดเป็นร้อยละ 6.7% (Years Live with Disability (YLD)) (World Health Organization, 2017) และจากรายงานผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เข้าถึงบริการ (Workload) ปีงบประมาณ 2561-2563 จำนวน 387,632 คน, 480,059 คน และ 570,679 คน ตามลำดับ มีอัตราการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 6.32, 6.64 และ 7.37 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2563)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีลักษณะความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood Disorder) โดยพบว่ามีภาวะสิ้นยินดีซึ่งเป็นอาการหลักที่ใช้เป็นแนวทางในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า หรือมีอาการซึมเศร้า (Favrod et al., 2015) ภาวะสิ้นยินดีจึงเป็นอาการทางคลินิกในลักษณะของอารมณ์ที่ลดหรือขาดความสามารถในการมีประสบการณ์ความสุขของบุคคลทำให้ไม่มีความสุขหรือความพึงพอใจในกิจกรรมที่เคยทำและมองเห็นความสามารถของตนเองต่ำ (Cassar, Applegate, & Bentall, 2013) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะสิ้นยินดีร้อยละ 86.2 (Llorca & Gourion, 2015) มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น และนำไปสู่การทำร้ายตนเองในที่สุด (Pillon et al., 2019) นอกจากนี้ ภาวะสิ้นยินดียังมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะซึมเศร้า (Loas, Lefebvre, Rotsaert, & Englert, 2018) จากการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสิ้นยินดีกับภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคม พบว่า ภาวะสิ้นยินดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและการสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคม (Gourion et al., 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของดาร์วอร์น ต๊ะปินตา (2555) ที่ระบุว่าร้อยละ 86 ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงจะสูญเสียความพึงพอใจ และความปลื้มปิติในตัวเอง (Reduction in Gratification) และมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าประชาชนโดยทั่วไป (ธรรณิษฐ์ กองสุข, สุปราณี พิมพ์ตรา, & จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, ม.ป.ป.) นอกจากนี้ ภาวะสิ้นยินดียังมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะซึมเศร้า (Loas, Lefebvre, Rotsaert, & Englert, 2018)

โรงพยาบาลสวนปรุงเป็นสถานบริการระดับตติยภูมิ สังกัดกรมสุขภาพจิต มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากเป็นอันดับที่ 1 ของผู้ป่วยที่มารับบริการ (งานผู้ป่วยนอก, 2563) จากข้อมูลทางสถิติในปีงบประมาณ 2561- 2563 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 14,590 ราย 17,943 ราย และ 16,970 ราย ตามลำดับ เข้ารับการรักษานอกแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 397 ราย, 543 ราย และ 401 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2563) ให้บริการการรักษาบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนี้ 1) การรักษาด้วยยาต้านเศร้า 2) การรักษาด้วยไฟฟ้า และ 3) การบำบัดทางจิตสังคมโดยทีมสหวิชาชีพ (จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา) ได้แก่ 3.1) การบำบัดพฤติกรรมทางความคิด (Cognitive Behavior Therapy) ทั้งรายบุคคล/กลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการสืบค้นถึงความขัดแย้งภายในจิตใจ โดย

การพิสูจน์หาแบบแผน ความคิด ที่ทำให้เกิดกระบวนการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบแล้วดัดแปลงแก้ไข 3.2) การบำบัดทางความคิด (Cognitive Therapy) เพื่อมุ่งเน้นการแก้ไขความคิดให้สอดคล้องตามความเป็นจริง 3.3) การบำบัดการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Interpersonal Therapy) เพื่อมุ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น จากการติดตามผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยใน พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในโรงพยาบาล จำนวน 2 ราย, 4 ราย และ 2 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0.61, 1.03 และ 0.37 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2563) พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในโรงพยาบาล จำนวน 2 ราย, 4 ราย และ 2 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0.61, 1.03 และ 0.37 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2563) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์และมีความจำเป็นที่จะหาแนวทางป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข พัฒนาขึ้นโดย แฟบรอด และคณะ (Favrod, Giuliani, Ernst, & Bonsack, 2010) เป็นโปรแกรมที่ฝึกความสามารถด้านรับรู้ (Cognitive Training) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการรับรู้อารมณ์ทางบวก สามารถควบคุมอารมณ์ทางบวกของตนเองได้และเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเอง มีกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Favrod et al. 2015) และทำให้ภาวะสิ้นยินดีลดลงได้ ผู้วิจัยปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปหญิง ในปัจจุบันยังไม่มีโปรแกรมการบำบัดที่ช่วยเสริมสร้างความสุข และลดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยคาดหวังว่าผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะสามารถนำไปเป็นทางเลือกในการบำบัดทางสังคมจิตใจสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ให้มีอาการทางจิตหายทุเลา และลดภาวะสิ้นยินดีได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข
2. ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร่า อธิบายได้จากแนวคิดเอนโดฟีไทป์ (Endophenotypes) ว่าเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรมที่อ่อนแอ และปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ผ่านกระบวนการให้รางวัลที่ผิดปกติในสมอง (Abnormal Reward Process) จึงทำให้เกิดภาวะสิ้นยินดีในโรคซึมเศร่าได้ การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามีภาวะสิ้นยินดี จะทำให้ผู้ป่วยการปราศจากความสุข จากความบกพร่องของการรับรู้

ต่อการให้รางวัล และการรับรู้การตอบสนองอารมณ์ (Abnormal Reward Process) จากการศึกษาของ แพพรอด และคณะ (Favrod et al. 2010, 2015) พบว่า โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข มีรูปแบบการบำบัดโดยการเพิ่มประสบการณ์ของการสร้างอารมณ์ทางบวก มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) การสัมผัสเชิงประสบการณ์ (Savoring Experience) 2) กระบวนการของสัมผัส (Savoring Process) และ 3) การตอบสนองที่เกิดขึ้นภายหลังการสัมผัส (Savoring Responses) ผู้ป่วยได้ฝึกความสามารถด้านรับรู้ (Cognitive Training) เพื่อจะได้เกิดการเรียนรู้ในการได้อยู่กับปัจจุบัน (Being in the Moment) มีการสื่อสารกับผู้อื่น (Communicating) มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูล ได้แสดงความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ได้ฝึกทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ตามใบงานและการบ้านในแต่ละกิจกรรม ได้แสดงออกทางพฤติกรรม (Behavioral Display) มีการคาดหวังความสนุกสนาน (Anticipating the Enjoyment) มีการระลึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความสุขในอดีต (Recalling Previously Pleasurable Events) สมาชิกทุกคนในกลุ่มจะได้รับการปรับกระตุ้นพฤติกรรม (Behavioral Activation) และใช้เทคนิคการเพิ่มประสบการณ์ของอารมณ์ทางบวก 5 ข้อ (Strauss, 2011) ดังนี้ 1) การคาดหวังความสนุกสนาน (Anticipating the Enjoyment) 2) การแสดงออกทางพฤติกรรม (Behavioral Display) 3) การอยู่กับปัจจุบัน (Being in the Moment) 4) สื่อสารกับผู้อื่น (Communicating) และ 5) การระลึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความสุขในอดีต (Recalling Previously Pleasurable Events)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่มมีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ทำการศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2563-เดือนตุลาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์โรงพยาบาลสวนปรุง มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorders ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโรค ฉบับที่ 10 (ICD-10) หมวด F32, F33, F34.1, F38, F39 หรือ Major Depressive Disorders และ Dysthymic Disorders ตามมาตรฐานการจำแนกโรคของ APA ฉบับที่ 5 (DSM-V)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง มีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. อายุระหว่าง 18-59 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Dx F32, F33, F34.1, F38, F39)
3. ประเมินภาวะสิ้นยินดี ทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงค่อนข้างรุนแรง มีค่าคะแนนในช่วง 2-4 คะแนน
4. ประเมินภาวะสุขภาพจิต ด้วยแบบประเมิน Thai HoNOS หมวดที่ 4 ประเมินปัญหาด้าน

พบปัญหาเกี่ยวกับความจำ การรู้เวลา สถานที่ บุคคลและความเข้าใจเรื่องราวต่าง และหมวดที่ 7 ประเมินเกี่ยวกับอารมณ์ซึมเศร้า มีค่าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน

5. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ตามปกติ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคร่วมทางจิตเวชอื่น ๆ
2. มีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางสมอง
3. ผู้ป่วยที่เคยร่วมการวิจัยอื่นๆ ซึ่งเสร็จสิ้นลงแล้วอย่างน้อย 1 สัปดาห์
4. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า

เกณฑ์การยุติ (Discontinuing Criteria) ได้แก่

1. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้จนครบจำนวนครั้งของโปรแกรม
2. มีภาวะวิกฤตจิต ประเมินโดยแบบประเมิน HoNOS หมวดที่ 2 มีความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีการทำร้ายตนเองโดยไม่ใช้อุปกรณ์ และหมวดที่ 7 อารมณ์เศร้า โดยมีค่าคะแนนเท่ากับ 3 คะแนนขึ้นไป

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์ Power Analysis of T-Test โดยมีค่านัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ 0.05 กำหนดค่า Power เท่ากับ 0.80 ค่า Effect Size $D = 0.80$ (Large Effect Size) ซึ่งหาได้จากผลการวิจัยที่ผ่านมา เรื่อง ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ (จิราภา บุญศิลป์, 2559) หลังจากคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power พบว่า จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด คือ 42 คน และเพิ่มจำนวนเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม (Drop Out) อีกประมาณ 20% (8 คน) ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งสิ้น 50 คน แบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ละ 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ สถานภาพ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา รายได้ ผู้ดูแล งานอดิเรก/กิจกรรมที่ชอบทำยามว่าง ประวัติการใช้สารเสพติด ระยะเวลาการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค ครั้งที่เข้ารับการรักษา ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ การรักษา และข้อเสนอแนะ

2. โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยได้ขออนุญาตและดัดแปลงมาจากโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบของ จิราภา บุญศิลป์ (2559) เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ ซึ่งได้พัฒนาตามแนวคิดของ Favrod et al. (2010, 2015) และดำเนินการตามแผน โดยมีรูปแบบการบำบัดแบบกลุ่ม กลุ่มละ 6-8 คน มีแผนการดำเนินกิจกรรมโดยทำกลุ่มบำบัดวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ติดต่อกันรวมทั้งหมด 8 ครั้ง (10 กิจกรรม) ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 2 การประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวัง (Relationship and Defeatist Thinking)

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องภาวะสิ้นยินดี
ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 4 การสัมผัสความสุขในปัจจุบันช่วงที่ 1 (Savoring Pleasant Moments (I))
ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 5 การเน้นย้ำอารมณ์สุขด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรม (Accentuating the Behavioral Expression of Emotions)
ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 6 สร้างช่วงเวลาของการมีความสุขสุดด้วยการแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น (Making the Most of Pleasant Moments by Sharing Them with Others)
ครั้งที่ 5 กิจกรรมที่ 7 การสัมผัสความสุขที่เกิดขึ้นในอดีต (Savoring Past Pleasant Moments (II))
ครั้งที่ 6 กิจกรรมที่ 8 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุขช่วงที่ 1 (Anticipating Pleasant Moments (I))
ครั้งที่ 7 กิจกรรมที่ 9 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุขช่วงที่ 2 (Anticipating Pleasant Moments (II))
ครั้งที่ 8 กิจกรรมที่ 10 ทบทวนทักษะทั้งหมด (Review of All Skills)

3. แบบประเมินภาวะสิ้นยินดี ผู้วิจัยได้ขออนุญาต จิราภา บุญศิลป์ (2559) ซึ่งได้ให้ผู้เชี่ยวชาญ ภาษาแปลและพัฒนาจากแบบประเมินของ Kirkpatrick (2011) ที่พัฒนามาจาก NIMH-MATRICES Consensus Development Conference on Negative Symptom ข้อคำถามด้านภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) มีข้อคำถาม 3 ข้อ ซึ่งจะถามด้านความเข้มข้นของความสุขระหว่างทำกิจกรรมต่างๆ ด้านความถี่ของความสุขระหว่างทำกิจกรรม และด้านความเข้มของความสุขที่คาดหวังจากกิจกรรมต่างๆ ในอนาคต และมีการแปลผล

4. แบบวัดการมุ่งสร้างความสุข ใช้เป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง ผู้วิจัยได้ขออนุญาต จิราภา บุญศิลป์ (2559) ซึ่งพัฒนามาจาก Temporal Experience of Pleasure Scale (TEPS) ของ Gard et al. (2006) เป็นแบบความสุข/ความเพลิดเพลินในระดับปกติ ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงจากการกระทำกิจกรรมที่สนุกสนาน (Consummatory Pleasure) และความสุข/ความเพลิดเพลินเกี่ยวกับการทำกิจกรรมในอนาคต (Anticipatory Pleasure: TEPS-ANT) โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 18 ข้อ แบ่งเป็นการประเมินความสุข/ความเพลิดเพลินในระดับปกติ ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงจากการทำกิจกรรมที่สนุกสนาน (Consummatory Pleasure: TEPS CON) จำนวน 8 ข้อ และการประเมินความสุข/ความเพลิดเพลินเกี่ยวกับการทำกิจกรรมในอนาคต (Anticipatory Pleasure) จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยนำฉบับร่างโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ทำการดัดแปลงเสนอผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพและความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งประกอบด้วย 1) จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาลจิตเวชที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ จำนวน 1 ท่าน และ 3) พยาบาลผู้ได้รับวุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence (IOC)) เท่ากับ 1.00

2. แบบประเมินภาวะสิ้นยินดี ผู้วิจัยไม่ได้เปลี่ยนแปลงข้อมูล เนื้อหา วิธีการใช้ของแบบประเมิน และได้นำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่ในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 10 คน เพื่อนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มทดลอง ผลจากการตรวจสอบได้ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) ที่ระดับ 0.95

3.แบบวัดการมุ่งสร้างความสุข ผู้วิจัยไม่ได้เปลี่ยนแปลงข้อมูล เนื้อหา วิธีการใช้ของแบบประเมิน และได้นำไปทดสอบกับผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 10 คน เพื่อนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มทดลอง ผลจากการตรวจสอบได้ ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) ที่ระดับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหน้าที่ขอความร่วมมือจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป และหอผู้ป่วยพิเศษ เพื่อทำการคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะสิ้นยินดี ผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ในการเชื้อเชิญอาสาสมัครทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ให้ลงลายมือเป็นลายลักษณ์อักษรและให้เอกสารชี้แจงโครงการวิจัยให้อาสาสมัครเก็บไว้ 1 ชุด และมอบให้ผู้วิจัยเก็บไว้เป็นหลักฐาน 1 ชุด ผู้วิจัยทำการสุ่มแบบง่าย ใช้การจับสลากกำหนดให้หมายเลขที่เป็นกลุ่มทดลอง และหมายเลขคู่เป็นกลุ่มควบคุม เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยทำกลุ่มบำบัดวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ติดต่อกันรวมทั้งหมด 8 ครั้ง (10 กิจกรรม) ระยะเวลา 2 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลปกติ ผู้วิจัยประเมินภาวะสิ้นยินดีอีกครั้งในกลุ่มทดลองหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที สำหรับกลุ่มควบคุมจะประเมินหลังจากที่ประเมินครั้งแรก 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสถิติวิเคราะห์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนาในการวิเคราะห์โดย หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Chi-Square Test หรือ Fisher's Exact Test

2) ข้อมูลค่าคะแนนภาวะสิ้นยินดีที่ได้จากการทดลอง ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลแล้ว พบว่า ข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ Non-Parametric ดังนี้ 2.1) กรณีเปรียบเทียบก่อน-หลัง ถ้าแจกแจงแบบปกติใช้ Paired Sample T-Test ถ้าแจกแจงไม่ปกติใช้ Wilcoxon Signed Ranks Test 2.2) กรณีเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ถ้าแจกแจงแบบปกติใช้ Independent Sample T-Test ถ้าแจกแจงไม่ปกติใช้ Mann-Whitney U Test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งให้ความเห็นชอบ และอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยเมื่อ วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2563 (เลขที่หนังสือรับรอง 3/2563) โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก มีการรับรู้และความสามารถในการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง หลังจากเข้าร่วมเข้าโครงการวิจัยแล้ว สามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อสิทธิการรักษาที่พึงได้รับ ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อเพื่อป้องกันข้อมูลที่เชื่อมโยงไปถึงกลุ่มตัวอย่าง และในขั้นตอนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้ในตู้ที่มีกุญแจล็อก ซึ่งมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่มีกุญแจเปิด และจะทำลายเอกสารต่างๆ หลังจากทำงานวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว ข้อมูลต่างๆ ของอาสาสมัครจะปิดเป็นความลับ เปิดเผยข้อมูลก็ต่อเมื่ออาสาสมัครให้ความยินยอมแล้วเท่านั้น และนำเสนอผลการวิจัยออกมาเป็นภาพรวม เพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่อายุ 20-29 ปี ร้อยละ 36 และอายุรองลงมา คือ 30-39 ปี ร้อยละ 24 เฉลี่ยอายุ 30.72 ปี สถานภาพส่วนใหญ่โสด ร้อยละ 64 การศึกษาระดับมัธยมเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 48 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 24 รองลงมาคือ เป็นนักเรียนหรือนักศึกษา ร้อยละ 20 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 88 ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 28 และมีรายได้มากกว่า 15,000 ร้อยละ 28 เช่นกัน มีประวัติใช้สารเสพติด ร้อยละ 32 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 60 กิจกรรมยามว่างส่วนใหญ่มักดูหนัง ฟังเพลง ร้อยละ 36

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนภาวะสิ้นยินดีก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่า ข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ในการทดสอบ ผลการทดสอบพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะสิ้นยินดี	ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)		Z	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	8.00 (6.00, 11.00)	4.00 (3.00, 6.00)	-4.409	<0.001*
กลุ่มควบคุม	9.00 (6.00, 10.00)	6.00 (6.00, 7.00)	-4.455	<0.001*

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่า ข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ Mann-Whitney U Test ในการทดสอบ ผลการทดสอบพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) แต่หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะสิ้นยินดี	ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)		Z	P-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
ก่อนการทดลอง	8.00 (6.00, 11.00)	9.00 (6.00, 10.00)	-1.948	0.051
หลังการทดลอง	4.00 (3.00, 6.00)	6.00 (6.00, 7.00)	-5.304	<0.001*

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะสิ้นยินดีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะสิ้นยินดีในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดเป็น ร้อยละ 92 มีสีหน้าดูแจ่มใส ทำที่เป็นมิตรเพิ่มมากขึ้น มีการยิ้ม พูดทักทาย ให้ความร่วมมือขณะทำกิจกรรมทุกขั้นตอน สามารถพูดบทสนทนาที่ทำได้ทำร่วมกัน บอกสิ่งที่คาดหวัง สิ่งที่ต้องการ โดยเขียนบันทึกในใบงานตามกิจกรรมกลุ่มบำบัด ดังต่อไปนี้ การบอกเหตุผลของความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวัง เช่น “รู้สึกเบื่อ กินยารักษาแล้วไม่หาย” “ไม่มีอนาคต ทำอะไรไปก็ไม่สำเร็จ” “เวลาเกิดอารมณ์ดิ่ง ไม่อยากทำอะไร” “ทำอะไรไม่ดี ไม่อยากอยู่ให้ พ่อ แม่ต้องอับอาย เสียหน้า” ผู้ป่วยได้บอกสิ่งที่คาดหวัง และสิ่งที่ต้องการ เช่น “อยากรักษาให้หายขาด” “ต้องการให้ตัวเองมีความสุข สดชื่น” “อยากกลับมามองโลกในทางบวกอีกครั้ง” “มีสติ ไม่ทำร้ายตัวเอง และไม่คิดทำร้ายคนอื่น” จะเห็นได้ว่า ภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นอาการทางคลินิกในลักษณะของอารมณ์ที่ลด หรือขาดความสามารถในการมีประสบการณ์ความสุขของบุคคลทำให้ไม่มีความสุขหรือความพึงพอใจในกิจกรรมที่เคยทำและมองเห็นความสามารถของตนเองต่ำ (Cassar, Applegate, & Bentall, 2013) จากการศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของไทย พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความรู้สึกเบื่อหน่าย และขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ สูงถึงร้อยละ 48.5 (ธรรณิษฐ์ กองสุข, สุปราณี พิมพ์ตรา, & จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, ม.ป.ป.) การระลึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตเป็นการแสวงหาความสุขทางอารมณ์และจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจและความพอใจในชีวิต ตัวอย่าง เช่น “เล่นกับน้องแมวแล้วรู้สึกสบายใจ” “ฟังเพลงแล้วผ่อนคลาย” “เล่นเกมแล้วรู้สึกเพลิดเพลิน” “นั่งสมาธิแล้วทำให้จิตใจสงบ” สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา เหล่าคงธรรม และคณะ (2558) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลของกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคซึมเศร้า ส่วนในเรื่องของการคาดหวังกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุข ตัวอย่าง เช่น “อยากให้แม่มาเยี่ยม ไปหาเพื่อนๆ และแฟน ฟังเพลง คาราโอเกะ ดูละคร เล่นกับลูก กินข้าวนอกบ้านกับครอบครัว ทำซอสบาบิควอบขนม ปลูกต้นไม้ ปลูกผัก ไปเที่ยวต่างประเทศ กิจกรรมที่ผู้ป่วยได้บอกในสิ่งที่ตนเองชอบ และได้เล่าเรื่องเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความสุข เช่น ได้ช่วยแม่เลือกซื้อลอตเตอรี่ 1 ใบ และโชคดีถูกรางวัลเลขท้าย 3 ตัว ได้เงิน 4,000 บาท ขณะเล่าเรื่อง ผู้ป่วยยิ้ม แสดงท่าทางดีใจ มีความสุข และอยากถูกรางวัลอีก เคยช่วยเหลือลูกนกที่ตกจากต้นไม้ ดูแล 3 วัน ลูกนกแข็งแรงบินได้ และ เรื่องวาดรูปตุ๊กตา ชุดแต่งตัว เลียนแบบคอสเพลย์ ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุขที่ได้ทำในสิ่งที่ตัวเองรัก เป็นต้น ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการฝึกความสามารถของด้านรับรู้ (Cognitive Training) เพื่อบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะสิ้นยินดี โดยฝึกการสร้างอารมณ์บวก การเพิ่มความสามารถของการรับรู้ต่อความสุข การสัมผัสเชิงประสบการณ์ สามารถช่วยลดความรุนแรงของอาการทางคลินิก และลดภาวะสิ้นยินดีได้ (จิราภา บุญศิลป์ 2559; Favrod, J., & et al., 2015)

ข้อจำกัดการวิจัย

1. ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการสุ่มคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด บางรายมีบุคลิกภาพพูดน้อย ไม่แสดงออกทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก หรือบางรายมีภาวะอารมณ์แปรปรวน เมื่อมีสิ่งกระตุ้น และในบางกลุ่มผู้ป่วยมีความแตกต่างกันเรื่อง อายุ การศึกษา

ๆ มีผลทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการแสดงออกด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ของผู้ป่วย และให้ร่วมกิจกรรมในระยะเวลาที่กำหนด (40-60 นาที) ได้

2. ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือน มิถุนายน -ตุลาคม 2563 ซึ่งอยู่ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ปี 2563-2564 (Combat 4th Wave of COVID 19 Plan: C4) โรงพยาบาลสวนปรุงมีนโยบายการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยในโรงพยาบาล เน้นการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) ทำให้มีผลกระทบต่อ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย

การนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาวิจัยเรื่อง การใช้โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ ดังนี้

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. ควรมีการนำเสนอต่อผู้บริหารการพยาบาลเรื่อง การนำโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปใช้บำบัดฟื้นฟูทางสังคมจิตใจสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีสามารถนำไปเป็นทางเลือกในการบำบัดฟื้นฟูทางสังคมจิตใจผู้ป่วย

2. การนำโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถดัดแปลง ปรับแผนการดำเนินงาน ระยะเวลา หรือกิจกรรม ตามบริบทของหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ โรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้าหลังคลอด เพื่อให้ผู้ป่วยได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจช่วยลดระดับภาวะสิ้นยินดีได้

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2563). บริการ e- Reports กรมสุขภาพจิต. สืบค้น 31 พ.ค. 2563, จาก <https://WWW.dmh.go.th/report/>.

จิราภา บุญศิลป์. (2559). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธรรณิษฐ์ กองสุข, สุปราณี พิมพ์ตรา, และจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (ม.ป.ป). คุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย. โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์. สืบค้น 3 มีนาคม 2563, จาก <file:///C:/Users/erdi01/Downloads/2345bf60739a566e.pdf>.

โรงพยาบาลสวนปรุง. (2563). สถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.

- วาสนา เหล่าคงธรรม, สุปรภาณี พิมพ์ตรา, ธรณินทร์ กองสุข, และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2558). ผลของ
กลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคซึมเศร้า.
วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 29(2), 12-27.
- 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 Research, 210(3), 830-834.
- Favrod, J., Giuliani, F., Ernst, F., & Bonsack, C. (2010). Anticipatory pleasure skills training: A
new intervention to reduce anhedonia in schizophrenia. *Perspectives in
psychiatric care, 46*(3), 171–181. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00255.x>.
- Favrod, J., Nguyen, A., Fankhauser, C., Ismailaj, A., Hasler, J. D., Ringuet, A., Rexhaj, S., &
Bonsack, C. (2015). Positive Emotions Program for Schizophrenia (PEPS): a pilot
intervention to reduce anhedonia and apathy. *BMC psychiatry, 15*, 231.
<https://doi.org/10.1186/s12888-015-0610-y>.
- Gard D. E., Gard M. G., Kring A. M., John O. P. (2006). Anticipatory and consummatory
components of the experience of pleasure: a scale development study. *Journal
of Research in Personality, 40*, 1086–1102. 10.1016/j.jrp.2005.11.001.
- Gourion, B., Berrabah, F., Ratet, P. & Stacey G. (2015). Rhizobium-legume symbioses: The
crucial role of plant immunity. *Trends in plant science, 20*(3), 186-94.
- 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.
Schizophrenia Bulletin, 37(2), 300-305. doi: 10.1093/schbul/sbq059
- Llorca, P., & Gourion, D. (2015). Management of Anhedonia and Depressive Symptoms
in Depressed Outpatients: Benefit for Functioning. *European Psychiatry, 30*, 364.
- Loas, G., Lefebvre G., Rotsaert, M., & Englert Y. (2018). Relationships between anhedonia,
suicidal ideation and suicide attempts in a large sample of physicians. *PLOS
ONE, 13*(3), 1-23. [Online]. Retrieved from [https://doi:
10.1371/journal.pone.0193619](https://doi:10.1371/journal.pone.0193619). Accessed January 12, 2020.
- Pillon, S. C., Vedana, K., Teixeira, J. A., Dos Santos, L. A., de Souza, R. M., Diehl, A.,
Rassool, G. H., & Miaso, A. I. (2019). Depressive symptoms and factors
associated with depression and suicidal behavior in substances user in
treatment: Focus on suicidal behavior and psychological problems. *Archives of
psychiatric nursing, 33*(1), 70–76. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.11.00>.
- 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 Research, 187*(1-2), 36–41. Retrieved from
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.01.012>.

The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2017). *Depressive disorders-Level 3 cause*. Retrieved 19 June 2018 from http://www.healthdata.org/results/gbd_summaries/2019/depressive-disorders-level-3-cause.

World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva, Switzerland. [Online]. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>.

World Health Organization. *Mental disorders*. (2019). Retrieved 19 June 2018 from <https://www.who.int/news-room/fact-heets/detail/mental-disorders>.