

(Original Article)

The Effect of Integrated Anticipatory Pleasure Skills Training Program on Anhedonia of Persons with Major Depressive Disorder

*Flt.Lt. Prapaluk Sanlom, Asst.Prof.Dr. Sudaporn Stithyudhakarn**Faculty of Nursing, Chulalongkorn University**Correspondence to : pond_49prapaluk@hotmail.com**(Received : 24 June 25, Revised : 26 July 25, Accepted : 29 July 25)*

Abstract

This quasi-experimental research employed a two-group pretest-posttest design and aimed to examine the effect of integrated anticipatory pleasure skills training program on anhedonia of persons with major depressive disorder. The sample consisted of 64 male and female patients aged between 20 and 59 years who were receiving outpatient treatment at the psychiatric clinic of a tertiary hospital in Bangkok. Participants were randomly assigned to either the experimental group or the control group, with 32 individuals in each group. The experimental group received the integrated anticipatory pleasure skills training program, while the control group received standard nursing care. Research instruments included The Integrated Anticipatory Pleasure Skills Training program, the Anhedonia Assessment Scale and the Temporal Experience Pleasure Scale (for intervention monitoring). All instruments were validated for content validity by experts. The content validity index (CVI) of the Anhedonia Assessment Scale and the Temporal Experience Pleasure Scale were 1.00 and 0.98, respectively. The reliability coefficients (Cronbach's alpha) were 0.94 and 0.87, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests.

The results revealed that the mean anhedonia score of patients with major depressive disorder in the experimental group significantly decreased after participating in the integrated anticipatory pleasure skills training program ($p < 0.05$). Additionally, the mean anhedonia score of the experimental group after participating in the integrated anticipatory pleasure skills training program was significantly lower than that of the control group ($p < 0.05$). These findings indicated that the nursing intervention involving integrated anticipatory pleasure skills training can effectively reduce anhedonia in patients with major depressive disorder.

Keywords: *anhedonia, major depressive disorder, the integrated anticipatory pleasure skills training program, future event specificity training*

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 71 No. 2 July - December 2025

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานต่อภาวะสั่นยืนดิ้น ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ร.อ.หญิง ประภาลักษณ์ แสนล้อม, ผศ.ดร.สุตาพร สติยยุทธการ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานต่อภาวะสั่นยืนดิ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสาน ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสาน แบบประเมินภาวะสั่นยืนดิ้น และแบบวัดการมุ่งสร้างความสุขสำหรับการกำกับการทดลอง เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยแบบประเมินภาวะสั่นยืนดิ้นและแบบวัดการมุ่งสร้างความสุข มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และ 0.98 ตามลำดับ นอกจากนี้ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94 และ 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสั่นยืนดิ้นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และคะแนนเฉลี่ยภาวะสั่นยืนดิ้นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการบำบัดทางการพยาบาลโดยการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสาน สามารถช่วยให้ภาวะสั่นยืนดิ้นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลงได้

คำสำคัญ: ภาวะสั่นยืนดิ้น, โรคซึมเศร้า, โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสาน, การฝึกจินตนาการ เหตุการณ์เฉพาะในอนาคต

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่จัดอยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ เกิดขึ้นได้ทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะวัยผู้ใหญ่ เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการไร้ความสามารถในการดำรงสภาวะที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก จากการศึกษา Global Burden of Disease Study ระหว่างปี ค.ศ. 1990-2021 พบว่าโรคซึมเศร้าจัดเป็นโรคที่มีภาวะทางสุขภาพจิตสูงอันดับต้นๆ ของโลก และเป็นหนึ่งในโรคทางจิตเวชที่มี Disability-Adjusted Life Years (DALYs) สูงที่สุดในปี ค.ศ. 2021⁽¹⁾ ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงราว 280 ล้านคน

คิดเป็นร้อยละ 3.8 ของประชากรโลก และมากกว่า 700,000 คน เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทุกปี⁽²⁾ ในประชากรแถบเอเชีย ช่วงปี ค.ศ. 2000-2020 มีประชากรวัยผู้ใหญ่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 1.7 ถึง 37.35^(3,4) ในประเทศไทยจากรายงานการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2565 พบว่าคนไทยป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจำนวน 1.5 ล้านคน เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และในปี พ.ศ. 2564 มีรายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มสูงขึ้นเป็น 7.38 ต่อแสนประชากร ถือเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของประเทศ และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของไทย โดยพบในกลุ่ม

วัยทำงานช่วงอายุ 20-59 ปี มากเป็นอันดับต้นๆ⁽³⁾ จากการศึกษาในกลุ่มประเทศแถบยุโรป พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะสิ้นยินดีในแผนกผู้ป่วยนอกมีจำนวน 1,428 คน คิดเป็นร้อยละ 86.2⁽⁵⁾ ในประเทศไทยพบภาวะสิ้นยินดีในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช เป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5⁽⁶⁾ และในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ จากการสำรวจสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32.0-32.9) วัยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษา ปี พ.ศ. 2562-2566 พบว่ามีจำนวน 764, 861, 824, 997 และ 2,617 คน ตามลำดับ โดยพบว่า พ.ศ. 2565-2566 เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง (F32.1-32.2) จำนวน 109 และ 270 คน ตามลำดับ⁽⁷⁾ ซึ่งมีการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าที่ระดับปานกลางถึงรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภาวะสิ้นยินดีที่เพิ่มขึ้น และสามารถทำนายการพยากรณ์โรคที่เลวลงได้^(8,9) ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาอยู่นั้นอยู่ในระยะการกลับเป็นซ้ำ และมีความรุนแรงของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยผู้ป่วยยังคงมีภาวะสิ้นยินดีหลงเหลืออยู่

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะสิ้นยินดี หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาอาจส่งผลกระทบต่ออาการพยากรณ์โรคที่จะแย่ลง ผู้ป่วยจะขาดประสบการณ์ความสุข ขาดความสนใจต่อกิจกรรมต่างๆ ขาดแรงจูงใจ ไม่มีความหวัง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและกิจวัตรประจำวันลดลง⁽¹⁰⁾ รวมถึงส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพในการปฏิบัติงานให้สำเร็จ การปรับตัวต่อสถานการณ์เครียดต่างๆ ไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ไม่สามารถประกอบการทำงานให้สำเร็จได้ด้วยตนเอง^(10,11) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง แยกตัวจากสังคม ภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้นและทำร้ายตนเองในที่สุด⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวอาจต้องออกจากงานหรือการเรียน สมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระเพิ่มในการดูแล จนอาจเกิดปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว

ภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) หมายถึง การไม่สามารถหรือความสามารถที่ลดลงอย่างมากในการรับรู้ความพึงพอใจจากกิจกรรมที่โดยปกติเป็นที่น่าพอใจ ทั้งในมิติของความพึงพอใจที่ลดลงในกิจกรรมปัจจุบัน (consummatory pleasure) และการคาดหวังความสุขจากกิจกรรมในอนาคต (anticipatory pleasure)⁽¹²⁾ ผู้ป่วยจะแสดงความสนใจหรือความเพลินใจในสิ่งต่างๆ ลดลง เบื่อและหมดความสนใจ

ในสิ่งต่างๆ กิจกรรมที่เคยชอบก็ไม่สนใจเหมือนเดิม ความรู้สึกทางเพศลดลง⁽¹³⁾ และภาวะสิ้นยินดียังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและการสูญเสียหน้าที่ทางสังคม⁽⁹⁾ ทั้งนี้ภาวะสิ้นยินดีเป็นอาการหลักที่ถูกนำมาใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามหลักการจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision: ICD-10)

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ ความผิดปกติของวงจรการตอบสนองความสุขในสมองและความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสารโดปามีน รวมถึงอายุของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะเกิดภาวะสิ้นยินดีได้ในอัตราที่สูงขึ้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับพยาธิสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงก่อให้เกิดความบกพร่องในการตอบสนองทางอารมณ์^(12,14) 2) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความบกพร่องของการรับรู้ต่อการให้รางวัล และการรับรู้การตอบสนองอารมณ์⁽¹⁵⁾ ความบกพร่องในการจินตนาการเหตุการณ์ในอนาคต (episodic future thinking) เชิงบวก⁽¹⁶⁾ อาการย้ำคิดย้ำทำ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า⁽⁶⁾ 3) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งเป็นความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่และบทบาททางสังคมในชีวิตประจำวัน⁽⁶⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดที่ทำให้ภาวะสิ้นยินดีลดลง พบว่าในประเทศไทยมีการศึกษาการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบ⁽¹⁷⁾ และการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช⁽¹⁵⁾ ในต่างประเทศ พบว่ามีการศึกษาการฝึกทักษะการมุ่งสร้างความสุขในผู้ป่วยโรคจิตเภท⁽¹⁸⁾ การฝึกอารมณ์เชิงบวกเพื่อลดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภท⁽¹⁹⁾ การฝึกอารมณ์เชิงบวกในผู้ป่วยจิตเภท⁽²⁰⁾ การฝึกจินตนาการเหตุการณ์ในอนาคตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า⁽²¹⁾ และการฝึกจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะสิ้นยินดี⁽²²⁾ ผลการศึกษาพบว่าส่งผลให้ภาวะสิ้นยินดีลดลง

จากการศึกษาแนวทางการบำบัดทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะสิ้นยินดีที่ผ่านมา พบว่าการมุ่งสร้างความสุขด้วยการใช้กลยุทธ์การควบคุมอารมณ์ของ Favrod

และคณะ⁽¹⁸⁾ เป็นการฝึกการรับรู้ประสบการณ์ความสุข เพิ่มการคาดหวังและคงไว้ซึ่งอารมณ์เชิงบวก แต่พบว่ายังไม่เป็นรูปธรรมมากนัก รวมทั้งจากการศึกษาของ Favrod และคณะ⁽²⁰⁾ ก็ยังพบว่าผู้ป่วยมีความสุขในการเข้าร่วมกิจกรรมที่สนุกสนานที่เป็นปัจจุบันเพิ่มขึ้น แต่ความสุขจากการคาดหวังกิจกรรมในอนาคตนั้นยังไม่พบความแตกต่างอย่างชัดเจน อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยได้จัดกระทำกับปัจจัย ด้านความบกพร่องของการรับรู้ต่อการให้รางวัลและการรับรู้ การตอบสนองอารมณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยในเท่านั้น⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะสิ้นยินดีมีความยากลำบากในการจินตนาการเหตุการณ์หรือคาดหวังเหตุการณ์ความสุขในอนาคตของตนเอง และปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาที่จะกระทำกับปัจจัยความบกพร่องในการสร้างจินตนาการเหตุการณ์ในอนาคตเชิงบวกในประเทศไทย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานขึ้น ตามแนวคิดของ Favrod และคณะ⁽¹⁹⁾ ร่วมกับแนวคิดของ Hallford และคณะ⁽²²⁾ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ฝึกให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะสิ้นยินดีมีความสามารถในการรับรู้และสัมผัสกับประสบการณ์ความสุขที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง คงไว้ซึ่งอารมณ์สุขนั้นของตนเองและสามารถสร้างจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคตเชิงบวกได้นำไปสู่การคาดหวังภาพเหตุการณ์ความสุขในอนาคตของตนเองที่ชัดเจนมากขึ้น เกิดแรงจูงใจในการลงมือปฏิบัติ และมีพฤติกรรมที่นำไปสู่เป้าหมายตามที่คาดหวังไว้ ส่งผลให้ระดับของภาวะสิ้นยินดีลดลงได้

วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสาน
2. เปรียบเทียบภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานแตกต่างกันหรือไม่

2. ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสาน
2. ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ ความบกพร่องของกระบวนการรับรู้ต่อการได้รับรางวัลหรือความสุขที่มุ่งหวัง^(12,23) รวมถึงความบกพร่องต่อการสร้างจินตนาการเหตุการณ์ในอนาคตเชิงบวกทั้งในด้านรายละเอียด/ความชัดเจนของเหตุการณ์ (detail/vividness) และการจินตภาพเหตุการณ์ (mental imagery)⁽¹⁶⁾ ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการวางแผนในอนาคตของผู้ป่วยและเพื่อจัดการกับปัจจัยดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการมุ่งสร้างความสุข ด้วยการใช้กลยุทธ์การควบคุมอารมณ์ของ Favrod และคณะ⁽¹⁹⁾ มาประยุกต์ใช้ ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก 4 ประการ ได้แก่ 1) การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขในปัจจุบันหรืออดีต 2) การแสดงอารมณ์โดยการเพิ่มการแสดงออกทางพฤติกรรม 3) การใช้ประโยชน์สูงสุดจากประสบการณ์เชิงบวก 4) การคาดหวังช่วงเวลาแห่งความสุขบูรณาการร่วมกับแนวคิดการฝึกจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคต (future event specificity training) ของ Hallford และคณะ⁽²²⁾ เพื่อเพิ่มการคาดหวังเหตุการณ์ความสุขในอนาคตแบบเฉพาะเจาะจงยิ่งขึ้นจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถสร้างจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคตเชิงบวกโดยมีองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ 1) ความเฉพาะเจาะจงของเหตุการณ์ (specificity) 2) รายละเอียดและความชัดเจนของเหตุการณ์ (detail/vividness) 3) การจินตภาพเหตุการณ์ (mental imagery) ดังนั้น โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิด

ดังกล่าว จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และสัมผัสกับประสบการณ์ความสุขแบบเฉพาะเจาะจง สามารถคงไว้ซึ่งอารมณ์สุขนั้น และสามารถสร้างจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคตเชิงบวกได้ นำไปสู่การคาดหวังภาพเหตุการณ์ความสุขในอนาคตของตนที่ชัดเจนมากขึ้น เกิดแรงจูงใจที่มากพอในการทำกิจกรรม นำไปสู่พฤติกรรมตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ และส่งผลให้ระดับของภาวะสิ้นยินดีลดลงได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบศึกษา กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (the pretest-posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder: F32.0-F32.9) และเข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง อายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder: F32.0-F32.9) และเข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ 1) มีคะแนนภาวะสิ้นยินดีทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงค่อนข้างรุนแรง (2-4 คะแนน) โดยแบบประเมินภาวะสิ้นยินดี 2) มีความสามารถด้านการรับรู้และความจำ โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (TMSE) มีคะแนนระหว่าง 24-30 คะแนน 3) ได้รับยากลุ่มยาต้านเศร้า ตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 สัปดาห์ขึ้นไป 4) มีความสามารถในการสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ดี และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีโรคร่วมจิตเวชอื่นหรือความผิดปกติทางสมอง 2) อยู่ระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมหรือการวิจัยอื่น

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการ power analysis โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กำหนดค่าอำนาจทดสอบที่ 0.80 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล

ที่ 0.80 ตามเกณฑ์ large effect size ของ Cohen (1988) ผลการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power ได้กลุ่มตัวอย่าง 52 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างการทดลอง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ตามข้อเสนอแนะของ Pilot & Beck คิดเป็น 12 คน ดังนั้น ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 64 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการศูนย์วิจัยและพัฒนาสิ่งประดิษฐ์คิดค้นทางการแพทย์ ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2568 (IRB No.28/68) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยได้แนะนำตนเองและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งแจ้งว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมจะไม่กระทบต่อการดูแลรักษาข้อมูลจะได้รับการรักษาความลับ และนำเสนอเป็นภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องชี้แจงเหตุผล หากยินยอมเข้าร่วมจึงลงนามในเอกสารยินยอม และสามารถสอบถามข้อสงสัยจากผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Favrod และคณะ⁽¹⁹⁾ และ Hallford และคณะ⁽²²⁾ ได้รับการตรวจสอบและประเมินคุณภาพของโปรแกรมและคู่มือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ได้รับวุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 2 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้โปรแกรมมีความชัดเจนและถูกต้อง ผลการตรวจสอบได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.92 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (try-out) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน ก่อนนำไปใช้จริง ซึ่งเมื่อนำมาใช้ผู้วิจัยดำเนินการเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 7-9 คน

ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ขั้นตอน (13 กิจกรรม) สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 นาทีต่อเนื่องกัน 6 สัปดาห์ และมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 “ลบความคิดที่ลึ้มเหลว เริ่มการสัมผัสประสบการณ์เรียนรู้ในปัจจุบัน ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2 การประเมินความคิด และความเชื่อที่ลึ้มเหลวหรือสิ้นหวัง (defeatist thinking) กิจกรรมที่ 3 การฝึกรับรู้ประสบการณ์ความสุขในปัจจุบันแบบเฉพาะเจาะจง

สัปดาห์ที่ 2 “สัมผัสอารมณ์สุขและแบ่งปันความสุขกับเพื่อน” ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 4 การเน้นย้ำอารมณ์สุขด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรม กิจกรรมที่ 5 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสุขกับผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง

สัปดาห์ที่ 3 “สัมผัสความทรงจำที่รื่นรมย์ในอดีต” ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 6 การให้ความรู้เรื่องการรับรู้ประสบการณ์ความสุขในอดีตแบบเฉพาะเจาะจง กิจกรรมที่ 7 การฝึกรับรู้ประสบการณ์ความสุขที่เกิดขึ้นในอดีตแบบเฉพาะเจาะจง

สัปดาห์ที่ 4 “คาดหวังความรื่นรมย์ ด้วยการจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคต ช่วงที่ 1” ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 8 การให้ความรู้เรื่องการจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคตและความสัมพันธ์ระหว่างความทรงจำที่เป็นสุขในอดีตกับการจินตนาการเหตุการณ์ในอนาคตที่เป็นสุขตามที่คาดหวัง กิจกรรมที่ 9 การฝึกสร้างจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคต

สัปดาห์ที่ 5 “คาดหวังความรื่นรมย์ ด้วยการจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคต ช่วงที่ 2” ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 10 ทบทวนการบ้าน กิจกรรมที่ 11 การให้ความรู้เรื่องความแตกต่างของการจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคตเพื่อคาดหวังความสุขแบบทั่วไปและแบบเฉพาะเจาะจง กิจกรรมที่ 12 การฝึกสร้างจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคตที่มุ่งเน้นอารมณ์เชิงบวกอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 6 “มาทบทวนกัน” ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 13 ทบทวนทักษะทั้งหมด

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ งานอดิเรก/กิจกรรมที่ชอบทำยามว่าง ประวัติการใช้สารเสพติด ระยะเวลาการเจ็บป่วย

3. แบบประเมินภาวะสิ้นยินดี ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือของ จิราภา บุญศิลป์, วิภา จีระแพทย์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2559) ซึ่งได้แปลมาจากแบบประเมิน the brief negative symptom scale⁽²⁴⁾ มีข้อความถามด้านภาวะสิ้นยินดี จำนวน 3 ข้อ ตัวเลือกตอบแบบ Likert scale 7 ระดับ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-18 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเต็ม 6 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยคะแนนที่สูงหมายถึง มีภาวะสิ้นยินดีสูง และคะแนนที่ต่ำ หมายถึง มีภาวะสิ้นยินดีต่ำ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คะแนน 0 หมายถึง ระดับปกติ และคะแนน 6 หมายถึง ระดับรุนแรงมาก ตรวจสอบพบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อกำหนดค่าความเที่ยงก่อนนำไปใช้จริง และหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.95

4. แบบวัดการมุ่งสร้างความสุข ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือของ จิราภา บุญศิลป์, วิภา จีระแพทย์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2559) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมิน temporal experience of pleasure scale (TEPS)⁽²⁵⁾ มีข้อความถามทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งเป็นด้านการประเมินความสุข/ความเพลิดเพลินในระดับปกติ ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงจากการทำกิจกรรมที่สนุกสนาน (consummatory pleasure: TEPS-CON) จำนวน 8 ข้อ และการประเมินความสุข/ความเพลิดเพลินเกี่ยวกับการทำกิจกรรมในอนาคต (anticipatory pleasure: TEPS-ANT) จำนวน 10 ข้อ ตัวเลือกตอบแบบ Likert scale 6 ระดับ โดยคะแนนเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน ถือเป็นเกณฑ์ผ่านการทำกับการทดลอง⁽¹⁷⁾ ตรวจสอบพบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.98 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อกำหนดค่าความเที่ยงก่อนนำไปใช้จริง และหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากที่ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลคลินิกจิตเวช เพื่อขออนุญาตสำรวจข้อมูลรายชื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากเวชระเบียน และ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งเจตนาวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และสิทธิของผู้ป่วยหากยินยอมมาเข้าร่วมในการศึกษา ให้ลงลายมือเป็นลายลักษณ์อักษร และให้เอกสารชี้แจงโครงการวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อน โดยการจับคู่ด้านอายุ⁽¹²⁾ และระดับความรุนแรงของภาวะเส้นยืนตี⁽²⁶⁾ และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยโปรแกรม create a blocked randomization list เพื่อป้องกันอคติในการจัดกลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสาน ดำเนินการเป็นรายกลุ่มมีกิจกรรมทั้งหมด 6 ขั้นตอน (รวม 13 กิจกรรม) สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 นาที ต่อเนื่องกัน 6 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยประเมินภาวะเส้นยืนตีอีกครั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และประเมินแบบวัดการมุ่งสร้างความสุขอีกครั้งในกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Statistics ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่งนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลด้วยสถิติ independent samples test โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะเส้นยืนตีในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Paired samples t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะเส้นยืนตีระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ independent t-test โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างครบถ้วนตลอดระยะเวลาของโปรแกรม เนื่องจากติดธุระไปราชการที่ต่างจังหวัด 1 คน เจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย 1 คน และติดต่อไม่ได้ 4 คน รวมทั้งสิ้น 6 คน

ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง 3 คน และกลุ่มควบคุม 3 คน ภายหลังจากการคัดออกจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 29 คน และผลการวิจัยมีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.5) โดยพบในกลุ่มทดลองร้อยละ 72.4 และ กลุ่มควบคุมร้อยละ 58.6 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 31.12 ปี โดยในกลุ่มทดลองอายุเฉลี่ยเท่ากับ 30.79 ปี และกลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ยเท่ากับ 31.45 มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 53.4) พบในกลุ่มทดลองร้อยละ 55.2 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 51.7 มีระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี (ร้อยละ 58.6) พบในกลุ่มทดลองร้อยละ 55.2 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 62.1 ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 58.6) พบในกลุ่มทดลองร้อยละ 62.1 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 55.2 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 46.6) พบในกลุ่มทดลองร้อยละ 44.8 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 48.3 มีงานอดิเรก/กิจกรรมที่ชอบทำ ยามว่างสูงสุด คือกิจกรรมผ่อนคลายและพักผ่อน ได้แก่ เล่นกับสัตว์เลี้ยง ฟังเพลง ท่องเที่ยวต่างจังหวัด นอนเล่น ดูแลต้นไม้ (ร้อยละ 48.3) พบในกลุ่มทดลองร้อยละ 48.3 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 48.3 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 ปี โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 ปี และกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 ปี ทั้งนี้ จากการวิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคลทางสถิติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะเส้นยืนตีทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเส้นยืนตีก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเส้นยืนตีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ dependent t-test ในการทดสอบ ผลการทดสอบพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเส้นยืนตีภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสัณยิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ยภาวะสัณยิต	Mean	SD	df	t	P-value
กลุ่มทดลอง (n=29)					
ก่อนการทดลอง	10.68	1.79	28	15.854	<0.001
หลังการทดลอง	4.72	2.34			
กลุ่มควบคุม (n=29)					
ก่อนการทดลอง	10.24	1.80	28	1.826	0.079
หลังการทดลอง	9.58	2.73			

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสัณยิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสัณยิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่าข้อมูลมีการ

แจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ independent t-test ในการทดสอบผลการทดสอบพบว่าหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสัณยิตในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสัณยิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=58)

คะแนนเฉลี่ยภาวะสัณยิต	N	Mean	SD	df	t	P-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม	29	10.68	1.79	56	.948	0.347
กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	29	10.24	1.80			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม	29	4.72	2.34	56	-7.274	<0.001
กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	29	9.58	2.73			

การอภิปรายผล

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะสัณยิตก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะสัณยิตในกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$, $t = 15.854$) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะสัณยิตหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 10.68$, $SD = 1.79$ และ $\bar{X} = 4.72$, $SD = 2.34$ ตามลำดับ) ทั้งนี้ผลการประเมินด้วยแบบวัดการมุ่งสร้างความสุข ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย จิราภา บุญศิลป์, วิภา จีระแพทย์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2559) ของกลุ่มทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ

3.37 ($\bar{X} = 3.37$, $SD = 0.52$) และคะแนนเฉลี่ยหลังสิ้นสุดการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 4.31 ($\bar{X} = 4.31$, $SD = 0.69$) ซึ่งสอดคล้องกับคะแนนเฉลี่ยของภาวะสัณยิตที่ลดลง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถรับรู้ประสบการณ์ความสุขจากการทำกิจกรรมในปัจจุบัน (consummatory pleasure) และความสุขที่คาดหวังจากกิจกรรมในอนาคต (anticipatory pleasure) ได้ดีขึ้น นอกจากนี้โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างสุขแบบผสมผสานมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะสัณยิตพัฒนาทักษะในการรับรู้ประสบการณ์หรือเหตุการณ์ความสุขของตนเองอย่างเฉพาะเจาะจง สามารถ

เอาชนะความคิดและความเชื่อที่มีแนวโน้มลึ้มเหลวหรือสิ้นหวังของตนเอง ด้วยการใช้อัลยูธการควบคุมอารมณ์เชิงบวก (positive emotion regulation) ที่เน้นการเพิ่มการคาดหวังและการคงไว้ซึ่งอารมณ์เชิงบวกนั้น จะช่วยเพิ่มความถี่ ความเข้ม และระยะเวลาของประสบการณ์อารมณ์เชิงบวก⁽²⁷⁾ ประกอบด้วยการรับรู้ประสบการณ์ความสุขในปัจจุบันหรืออดีตการแสดงอารมณ์โดยการเพิ่มการแสดงออกทางพฤติกรรม การใช้ประโยชน์สูงสุดจากประสบการณ์เชิงบวก และการคาดหวังช่วงเวลาแห่งความสุข⁽¹⁹⁾ ร่วมกับการเพิ่มการคาดหวังประสบการณ์ความสุขในอนาคตด้วยการจินตนาการเหตุการณ์ความสุขในอนาคตที่เฉพาะเจาะจงของตนเอง ก่อให้เกิดภาพทางใจที่มีรายละเอียด มีความชัดเจน และมีความเฉพาะเจาะจงของเหตุการณ์ โดยเริ่มต้นจากการให้ผู้ป่วยได้ประเมินความคิดและความเชื่อในเชิงลบที่เกี่ยวข้องกับความลึ้มเหลวหรือความสิ้นหวังของตนเอง พร้อมทั้งจัดการปรับความคิดและความเชื่อเหล่านั้น ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญ เนื่องจากความคิดความเชื่อเชิงลบมีส่วนกระตุ้นให้เกิดภาวะสิ้นยินดีและลดการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การจัดการด้านความคิดเช่นนี้มีส่วนสำคัญในการรักษาเพื่อที่จะทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้น⁽²⁸⁾ หลังจากนั้นผู้ป่วยได้ฝึกการรับรู้ประสบการณ์ความสุขในปัจจุบันแบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้สื่อภาพหรือวิดีโอที่กระตุ้นอารมณ์เชิงบวก⁽¹⁸⁾ ผู้วิจัยตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสังเกตความรู้สึกของตนเองอย่างมีสติ และตระหนักถึงประสบการณ์ที่น่าพึงพอใจในขณะนั้น โดยพบว่าผู้ป่วยสามารถแสดงอารมณ์ ความรู้สึก บอกความเฉพาะเจาะจง และรายละเอียดของภาพได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้กิจกรรมการเลียนแบบสีหน้าและท่าทางที่แสดงอารมณ์เชิงบวกแบบเฉพาะเจาะจงยังช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้อารมณ์เชิงบวกได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เมื่อผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสุขในกลุ่มยังส่งเสริมการเข้าถึงอารมณ์เชิงบวกที่ลึกซึ้งผ่านกระบวนการสะท้อนความรู้สึกและการรับฟังเชิงสนับสนุนจากผู้อื่น ยิ่งไปกว่านั้นประสบการณ์ที่แลกเปลี่ยนกันในกลุ่มที่มีความเฉพาะเจาะจงและลงลึกในรายละเอียดของเหตุการณ์ยังทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้อารมณ์เชิงบวกได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งสังเกตได้จากภาษากาย เช่น การผ่อนคลายใบหน้า การยิ้ม และการมีส่วนร่วมในการสนทนาอย่างกระตือรือร้นมากขึ้น กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้และเชื่อมโยง

กับประสบการณ์ความสุขแบบเฉพาะเจาะจง เกิดอารมณ์เชิงบวก และคงไว้ซึ่งอารมณ์ความเพลิดเพลินไว้ได้ รวมถึงการได้ฝึกจินตนาการถึงเหตุการณ์ความสุขในอนาคตแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งช่วยส่งเสริมแรงจูงใจในการแสวงหากิจกรรมความสุขในชีวิตประจำวันได้ชัดเจนมากขึ้น นำไปสู่การลงมือปฏิบัติที่เป็นไปตามเป้าหมาย และส่งผลให้ระดับของภาวการณ์ดีลดลง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Favrod และคณะ⁽²⁰⁾ ที่ได้ศึกษาการมุ่งสร้างความสุข ด้วยการใช้อัลยูธการควบคุมอารมณ์เชิงบวก มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการรับรู้อารมณ์เชิงบวกในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ เพิ่มการคาดหวังและคงไว้ซึ่งอารมณ์เชิงบวก และเพื่อลดภาวการณ์ดีและอารมณ์เฉยเมย ซึ่งส่งผลให้ระดับของภาวการณ์ดีลดลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวการณ์ดีแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช⁽¹⁵⁾ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีระดับของภาวการณ์ดีลดลงเช่นกัน

2. ภายหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวการณ์ดีของกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานแตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยภาวการณ์ดีของกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$, $t = -7.274$) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวการณ์ดีภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 4.72$, $SD = 2.34$ และ $\bar{X} = 9.58$, $SD = 2.73$ ตามลำดับ) อาจเป็นผลเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานทั้ง 6 ขั้นตอน (รวม 13 กิจกรรม) ซึ่งแต่ละกิจกรรมทำให้ผู้ป่วยได้ฝึกการรับรู้ประสบการณ์ความสุขแบบเฉพาะเจาะจงของตนเองทั้งในปัจจุบัน อดีต และอนาคต โดยเฉพาะกิจกรรมคาดหวังความรื่นรมย์ด้วยการจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคต ซึ่งถือเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวการณ์ดี เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความยากลำบาก ในการคาดหวังเหตุการณ์ในอนาคตและคาดหวังต่อสิ่งต่างๆ ลดลง กิจกรรมนี้จึงเน้นให้ผู้ผู้ป่วยได้ฝึกการรับรู้ประสบการณ์ความสุขของตนเองในอดีต และเชื่อมโยงไปสู่ภาพเหตุการณ์ความสุขของตนเองในอนาคต โดยเฉพาะการฝึกสร้างจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคตเชิงบวกที่มีความเฉพาะเจาะจงของเหตุการณ์ มีรายละเอียด/ความชัดเจน

ของเหตุการณ์และการจินตภาพเหตุการณ์⁽²²⁾ จะยิ่งเพิ่มความทุกข์ในการคาดหวังเหตุการณ์นั้นให้มากขึ้น ทั้งนี้หากมีรายละเอียด/ความชัดเจนของภาพเหตุการณ์ความสุขในอนาคตจำนวนมากเพียงใด ยิ่งเพิ่มความเป็นไปได้ของเหตุการณ์เหล่านั้นให้เกิดขึ้นจริงในอนาคตและส่งผลให้ภาวะสิ้นยินดีลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าการสร้างจินตนาการเหตุการณ์ในอนาคต ด้วยการเพิ่มเติมรายละเอียดความชัดเจนและจินตภาพถึงเหตุการณ์ ช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะสิ้นยินดีมีความสุขจากการคาดหวังเหตุการณ์เฉพาะที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ในอนาคตมากขึ้น⁽²¹⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการฝึกสร้างภาพจินตนาการเชิงบวกอย่างต่อเนื่องสามารถลดภาวะสิ้นยินดีได้ดีกว่าการใช้ข้อความเชิงบวกเพียงอย่างเดียว⁽²⁹⁾ โดยผู้ป่วยที่จินตนาการถึงเหตุการณ์เชิงบวกมีพัฒนาการด้านอารมณ์ที่ดีกว่าอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของการจินตนาการเชิงบวกในการฟื้นฟูความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อความสุขในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากกิจกรรมนี้สังเกตได้ว่าผู้ป่วยสามารถเล่าถึงเหตุการณ์ในอนาคตที่ตนเองอยากทำได้อย่างชัดเจนมากขึ้น และภายหลังการได้รับการบำบัดผู้ป่วยลงมือทำกิจกรรมที่ได้จินตนาการไว้และเชื่อมโยงกับความสุขส่วนตน เช่น ผู้ป่วยกล่าวว่า “หนูได้กลับมาเริ่มใส่บาตรอีกครั้งหนึ่งแล้วนะคะวันนี้เป็นวันแรกเลย หนูดีใจมากค่ะ” “ผมได้ไปซื้อเค้กให้ผมชอบกินประจำในสมัยก่อนแล้วนะครับ รู้สึกดีมากเลยครับ อร่อยเหมือนเดิม แต่มีความสุขเพิ่มขึ้นเลยครับ” อีกคนกล่าวว่า “ดิฉันเตรียมชุดสำหรับจะใส่ไปวัดในวันวิสาขบูชาแล้วนะคะ เป็นชุดกระโปรงสีขาวยาวถึงกลางหน้าแข้ง รีดไว้แล้วเรียบร้อย รอถึงวันแค่นั้นเองค่ะ” คำบอกเล่าเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยสามารถนำภาพจินตนาการเหตุการณ์ในอนาคตที่มีความสุขของตนเองไปฝึกปฏิบัติในชีวิตจริง ส่งผลให้เกิดการคาดหวังว่าจะสามารถมีความสุขแบบนั้นได้อีกครั้งในอนาคต จึงเกิดแรงจูงใจภายในที่ส่งเสริมให้แสวงหาเหตุการณ์ความสุข นำไปสู่พฤติกรรมที่เป็นไปตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ และช่วยลดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลงได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยผู้วิจัยเพียงผู้เดียว ไม่มีผู้ช่วยวิจัย จึงอาจเกิดอคติบางประการระหว่างกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล แม้ว่าผู้วิจัยจะได้อธิบายแก่ผู้ป่วยทุกคน

ถึงวัตถุประสงค์ของแบบสอบถาม และขอความร่วมมือให้ตอบตามความรู้สึกและความคิดเห็นของตนเองในปัจจุบันอย่างตรงไปตรงมาแล้วก็ตาม อย่างไรก็ตามการที่ไม่มีผู้ช่วยวิจัยอาจส่งผลต่อความเป็นกลางของข้อมูลในบางประเด็น

2. โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานในงานวิจัยนี้ ออกแบบมาเพื่อใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับบริการในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโดยเฉพาะ จึงไม่สามารถอ้างอิงผลลัพธ์ครอบคลุมถึงผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยในหรือประชากรที่มีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างได้ (generalization) นอกจากนี้การออกแบบมาเพื่อใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ยังมีเงื่อนไขด้านระยะเวลา สภาพแวดล้อม และการใช้ชีวิตประจำวันที่แตกต่างกันจากกลุ่มผู้ป่วยอื่น เช่น ผู้ป่วยในหรือผู้ที่อยู่ในสถานพยาบาลแบบควบคุม จึงอาจไม่สามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับประชากรกลุ่มอื่นได้โดยตรง

สรุป

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานมีประสิทธิภาพในการลดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ โปรแกรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ประสบการณ์ความสุขแบบเฉพาะเจาะจง สามารถสร้างจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคตเชิงบวกได้ และเพิ่มความคาดหวังความสุขต่อเหตุการณ์ในอนาคตส่งผลให้ภาวะสิ้นยินดีลดลงได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานในระยะยาว โดยมีการประเมินประสิทธิผลอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อสะท้อนผลลัพธ์ที่ยั่งยืนของการบำบัดรักษา

2. ควรนำโปรแกรمدังกล่าวไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยอื่นที่มีภาวะสิ้นยินดี เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระดับความรุนแรงต่างกัน ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ระยะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุในสถานดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วย หรือผู้ต้องขังในเรือนจำ เพื่อขยายขอบเขตการใช้ประโยชน์ของโปรแกรมในประชากรที่หลากหลายยิ่งขึ้น

3. ควรพัฒนาและบูรณาการโปรแกรมดังกล่าวร่วมกับแนวคิดหรือแนวทางการดูแลอื่นๆ ให้เหมาะสมกับปัญหาและบริบทของผู้ป่วยที่มีภาวะลึนยิดในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะราย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณอย่างสูงต่อ ผศ.ดร.สุดาพร สถิตยทุทธการ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รวมถึงคณะผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน สำหรับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และการสนับสนุนที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่องานวิจัยฉบับนี้ ตลอดจนขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ที่อนุมัติและเอื้อต่อการดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณทุกภาคส่วนที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเคารพอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. Fan Y, Yang X, Chen H, Li T, Lian M, Zhou X, et al. Global burden of mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2021: results from the Global Burden of Disease Study 2021. *BMC Psychiatry*. 2025;25(1):486.
2. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2024 Jan 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2565 [Internet]. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2565 [cited 2566 Sep 5]. Available from: <https://www.dmh.co.th/report/suicide>
4. Nour MO, Alharbi KK, Hafiz TA, et al. Prevalence of Depression and Associated Factors among Adults in Saudi Arabia: Systematic Review and Meta-Analysis (2000-2022). *Depression and Anxiety*. 2023;2023:1-18.
5. Llorca P, Gourion D. Management of Anhedonia and Depressive Symptoms in Depressed Outpatients: Benefit for Functioning. *European Psychiatry*. 2015;30:364.
6. วนิตา อาแว, รัชเนกร อุปเสน. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะลึนยิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเขตภาคใต้. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 2561;19 (ฉบับพิเศษ):333-342.
7. แผนกทะเบียนเวชสถิติ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ. สถิติจำนวนผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าปี 2562 - 2566. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ; 2566.
8. Wong S, Le GH, Phan L, Rhee TG, Ho R, Meshkat S, et al. Effects of anhedonia on health-related quality of life and functional outcomes in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2024;356:684-98.
9. Gourion D, Vinckier F, Mouchabac S. A longitudinal study of the Relationships between anhedonia and functioning in a large cohort of depressed patients treated by general practitioners. *European Neuropsychopharmacology*. 2015;25(2):393-4.
10. Wong S, Le GH, Phan L, Rhee TG, Ho R, Meshkat S, et al. Effects of anhedonia on health-related quality of life and functional outcomes in major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2024;356:684-98.
11. Luca A, Luca M, Kasper S, Pecorino B, Zohar J, Souery D, et al. Anhedonia is associated with a specific depression profile and poor antidepressant response. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2024;27(12):pyae055.
12. Klein DF. Depression and anhedonia. In: Clark DC, Fawcett J, editors. *Anhedonia and affect deficit states*. New York: PMA Publishing; 1987. p.1-14.

13. สมภพ เรืองตระกูล และคณะ. คู่มือจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว; 2557.
14. Lin J, Su Y, Rizvi SA, Jagoda J, Li J, Wu Y, Dai Y, Zhang Y, Kennedy SH, Si T. Define and characterize the anhedonia in major depressive disorder: An explorative study. *J Affect Disord*. 2022;313:235-242.
15. จิรวัดน์ เติรียาภิรมย์, สกาวรัตน์ เทพประสงค์. ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*. 2564;1(2):1-13.
16. Hallford DJ, Barry TJ, Austin DW, Raes F, Takano K, Klein B. Impairments in episodic future thinking for positive events and anticipatory pleasure in major depression. *J Affect Disord*. 2020;260:536-43.
17. จิราภา บุญศิษฐ์, วิภา จีระแพทย์, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ. ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ. *The Journal of Baromrajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*. 2559;20(1):6-21.
18. Favrod J, Giuliani F, Ernst F, Bonsack C. Anticipatory pleasure skills training: a new intervention to reduce anhedonia in schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care*. 2010;46(3):171-81.
19. Favrod J, Nguyen A, Fankhauser C, et al. Positive Emotions Program for Schizophrenia (PEPS): a pilot intervention to reduce anhedonia and apathy. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1):231.
20. Favrod J, Nguyen A, Chaix J, et al. Improving Pleasure and Motivation in Schizophrenia: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2019;84-95.
21. Hallford DJ, Sharma MK, Austin DW. Increasing Anticipatory Pleasure in Major Depression through Enhancing Episodic Future Thinking: a Randomized Single-Case Series Trial. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2020;42(4):751-64.
22. Hallford DJ, Rusanov D, Yeow JJE, et al. Reducing Anhedonia in Major Depressive Disorder with Future Event Specificity Training (FEST): A Randomized Controlled Trial. *Cognitive Therapy and Research*. 2023;47:20-37.
23. Shankman SA, Katz AC, DeLizza AA, Sarapas C, Gorka SM, Campbell ML. The different facets of anhedonia and their associations with different psychopathologies. In: Ritsner MS, editor. *Anhedonia: A comprehensive handbook volume I: conceptual issues and neurobiological advances*. Dordrecht: Springer; 2014. p.3-22.
24. Kirkpatrick B, Strauss GP, Nguyen L, Fischer BA, Daniel DG, Cienfuegos A, et al. The Brief Negative Symptom Scale: Psychometric properties. *Schizophrenia Bulletin*. 2011;37(2):300-5.
25. Gard DE, Gard MG, Kring AM, John OP. Anticipatory and consummatory components of the experience of pleasure: A scale development study. *Journal of Research in Personality*. 2006;40(6):1086-2.
26. Lin J, Su Y, Rizvi SA, Jagoda J, Li J, Wu Y, Dai Y, Zhang Y, Kennedy SH, Si T. Define and characterize the anhedonia in major depressive disorder: An explorative study. *J Affect Disord*. 2022;313:235-42.
27. LaFreniere LS, Newman MG. Savoring, worry, and positive emotion duration in generalized anxiety disorder: Assessment and interventional experiment. *J Anxiety Disord*. 2023;97:102724.
28. Culpepper L. Cognitive impairment in patients with depression: awareness, assessment, and management. *J Clin Psychiatry*. 2022;83(5):IN21078AH1C.
29. Blackwell SE, Rolver A, Margraf J, Woud ML. The effect of positive mental imagery versus positive verbal thoughts on anhedonia. *Appl Psychol Health Well Being*. 2024;17(1):e12626.