

ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2559
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF ANTICIPATORY PLEASURE SKILLS TRAINING PROGRAM ON ANHEDONIA
OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH NEGATIVE SYMPTOMS

Mrs. Jirapa Boonsin



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะ สิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ
โดย	นางจิราภา บุญศิลป์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ภาณิตร์ตัน)

จิราภา บุญศิลป์ : ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ (THE EFFECT OF ANTICIPATORY PLEASURE SKILLS TRAINING PROGRAM ON ANHEDONIA OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH NEGATIVE SYMPTOMS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ศ. ดร. วิณา จีระแพทย์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ. ดร. เพ็ญพัทธ์ อุทิศ, 164 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยอายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ซึ่งมีอาการทางลบและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่ให้มีเพศและระดับอาการทางลบเหมือนกัน และแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือวิจัยคือ โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข แบบประเมินอาการทางลบ แบบประเมินภาวะสิ้นยินดี และแบบวัดการมุ่งสร้างความสุข เครื่องมือวิจัยทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ แบบวัดการมุ่งสร้างความสุข แบบประเมินอาการทางลบ และแบบประเมินภาวะสิ้นยินดี มีความเที่ยง เท่ากับ .91, .84 และ .70 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบทีและทีคู่

ผลการวิจัยพบดังนี้

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ หลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการพยาบาลโดยฝึกการสร้างอารมณ์ทางบวกและการฝึกการมุ่งสร้างความสุขสามารถลดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบได้

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5677164036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: ANTICIPATORY PLEASURE SKILLS TRAINING PROGRAM / ANHEDONIA / SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH NEGATIVE SYMPTOMS

JIRAPA BOONSIN: THE EFFECT OF ANTICIPATORY PLEASURE SKILLS TRAINING PROGRAM ON ANHEDONIA OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH NEGATIVE SYMPTOMS. ADVISOR: PROF. VEENA JIRAPAET, Ph.D., CO-ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIS, Ph.D., 164 pp.

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. Subjects were matched pairs by sex and level of negative symptoms and divided into either an experimental or a control group, 20 subjects in each group. 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.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2016

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ ศาสตราจารย์ ดร.วิมา จีระแพทย์และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพิภตร ุทธิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ผู้ซึ่งให้ความรู้และ ข้อคิดเห็นชี้แนะแนวทางในการทำวิจัยตลอดจนความทุ่มเท ความเอาใจใส่ พร้อมด้วยกำลังใจ ทำให้เกิดเกิดความมุ่งมั่นและมีพลังใจในการทำงานวิจัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะ ชี้แนะแนวทางและให้ความเมตตาและเป็นกำลังใจเสมอมาและ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ภาณิตร์ตัน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่ เป็นประโยชน์ในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ เครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี กลุ่มการพยาบาล กลุ่มวิจัย และ คลินิกสุขภาพใจ ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและดำเนินการทดลองจนเสร็จสิ้น

ขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณาจารย์ทุกท่านที่สนับสนุน ช่วยเหลือและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณคุณแม่เสริม ทองดี คุณโสภณ บุญศิลป์ สมาชิกในครอบครัวทุกคน และนายเสถียร ทองดี บิดาผู้ล่วงลับ ที่คอยสนับสนุนกำลังใจ ให้กำลังใจ ปลอดภัยทำให้ ผู้วิจัยมีแรงผลักดันในตนเอง และความมุ่งมั่นตั้งใจจนประสบความสำเร็จในการทำวิทยานิพนธ์จน สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบให้ผู้ป่วย จิตเภททุกท่านที่กรุณาเป็นกลุ่มตัวอย่างและขอให้ทุกท่านมีสุขภาพแข็งแรงทั้งทางร่างกายและ จิตใจ

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญภาพ	ฏ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	16
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	17
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ	19
1.1 ความหมายของโรคจิตเภท.....	19
1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท	20
1.3 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท	22
1.4 ประเภทของโรคจิตเภท.....	26
1.5 อาการแสดงของโรคจิตเภท.....	29
1.6 การดำเนินของโรค	29

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	30
1.8. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท.....	31
1.9 ความหมายของโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบ.....	33
1.10 ความชุกของโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบ.....	34
1.11 ผลกระทบของอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท.....	35
1.12 อาการของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ.....	35
1.13 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการทางลบ.....	36
1.14 การประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท.....	36
2. ภาวะสั่นยิบในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ.....	39
2.1 ความหมาย.....	39
2.2 ความชุกของภาวะสั่นยิบ.....	40
2.3 สาเหตุของการเกิดภาวะสั่นยิบ.....	40
2.4 ลักษณะของผู้ป่วยที่มีภาวะสั่นยิบ.....	41
2.5 เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะสั่นยิบ.....	42
2.6 การรักษาภาวะสั่นยิบ.....	42
2.7 การประเมินภาวะสั่นยิบ.....	42
2.8 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบร่วมกับมีภาวะสั่นยิบ.....	43
3. แนวคิดและหลักการพื้นฐานในการบำบัดเพื่อลดภาวะสั่นยิบ.....	45
3.1 ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสั่นยิบ: บทบาทของการรับรู้ความสามารถในการควบคุม (Understanding Anhedonia : The Role of Perceived Control).....	45
3.2 การมุ่งสร้างความสุข.....	50
3.2.1 ความหมาย.....	50
3.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการมุ่งสร้างความสุข.....	50

3.2.3 การประเมินความสุข	51
3.3. อารมณ์ทางบวก (Positive Emotion).....	51
3.3.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์เชิงบวก	51
3.3.2 การควบคุมอารมณ์ทางบวก.....	51
3.3.3 การรับรู้ประสบการณ์ของความสุข (Savoring)	52
3.4 การให้ความรู้ของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข	53
4. โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทาง ลบ.....	53
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	59
5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ	59
5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องภายในประเทศ.....	61
บทที่ 3 วิธีดำเนินการ	64
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	64
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	65
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	66
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	69
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	79
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	90
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	110
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	118
รายการอ้างอิง	136
ภาคผนวก ก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	145
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	148

ภาคผนวก ค การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา	150
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)	152
ภาคผนวก จ ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และแบบแสดงความ ยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	155
ภาคผนวก ฉ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	162
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	164



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	การให้รหัสโรคจิตเภทตาม ICD-10.....	24
ตารางที่ 2	ผลการจับคู่คุณลักษณะเหมือนกัน (Match-pairs) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	68
ตารางที่ 3	โปรแกรมการฝึกทักษะการมุ่งสร้างความสุขที่พัฒนาขึ้นตามโครงสร้างของ Favrod et al. (2010, 2015).....	70
ตารางที่ 4	คะแนนเฉลี่ยและการแปลผลระดับคะแนนการมุ่งสร้างในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข (n=20) จำแนกเป็นรายบุคคล	89
ตารางที่ 5	ตารางดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข.....	93
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ สถานภาพ อายุ ระดับการศึกษาและระดับอาการทางลบ.....	111
ตารางที่ 7	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อาชีพ ศาสนา รายได้และผู้ดูแล	112
ตารางที่ 8	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	114
ตารางที่ 9	คะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีของกลุ่มทดลอง ก่อน (pre-test) และหลังการทดลอง (post-test) จำแนกเป็นรายบุคคล	115
ตารางที่ 10	คะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีของกลุ่มควบคุม ก่อน (pre-test) และหลังการทดลอง (post-test) จำแนกเป็นรายบุคคล	116
ตารางที่ 11	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	117

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1	กระบวนการจูงใจ (ที่มา: ขนิษฐา วิเศษสารและ มานิกา วิเศษสาร, 2552).....	48
ภาพที่ 2	แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดการวิจัย	63
ภาพที่ 3	แผนภูมิแสดงขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม inclusion criteria	67
ภาพที่ 4	แผนภูมิแสดงการพัฒนาโปรแกรมฯ ตามโครงสร้างของ Favrod et al. (2010, 2015).....	75



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตซึ่งพบมากที่สุด โดยสถานการณ์ในประเทศออสเตรเลียพบว่า อุบัติการณ์ของการเกิดโรคจิตเภทเป็น 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 ของกรมสุขภาพจิตพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับการตรวจในโรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต 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 คน คิดเป็นร้อยละ 47.35 และเพศหญิงจำนวน 6,660 คน คิดเป็นร้อยละ 49.9 (กรมสุขภาพจิต, 2556)

มานอช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์ (2555) กล่าวว่า อาการสำคัญของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็นสามกลุ่มอาการหลักคือ 1) psychotic dimension โดยผู้ป่วยจะมีลักษณะอาการเด่นคือ มีความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน 2) disorganized dimension ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของกระบวนการคิด ทำให้ไม่สามารถแสดงออกโดยการพูดและการคิดให้เป็นไปในทางเดียวกันได้ รวมถึงมีพฤติกรรมไม่สมเหตุสมผลไม่มีจุดมุ่งหมาย และ 3) negative dimension ผู้ป่วยจะมีลักษณะพื้นฐานความเป็นมนุษย์ลดลงหรือขาดไปในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ ซึ่งอาการในมตินี้เรียกว่าอาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่ พุดน้อย อารมณ์เฉยเมย ขาดความกระตือรือร้น

มีภาวะสิ้นยินดี การทำหน้าที่ทางสังคมและการงานลดลง อีกทั้งกล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีการดำเนินโรคเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะอาการนำ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักเริ่มด้วยการแยกตัวเองทางสังคม ขาดความสนใจสุขวิทยาส่วนบุคคล การทำหน้าที่ด้านการงานหรือการเรียนบกพร่อง ระยะเวลาของช่วงนี้ไม่แน่นอนอาจนานตั้งแต่สัปดาห์จนถึงเป็นปี โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลลงเรื่อย ๆ 2) ระยะอาการชัดเจน (active phase) เป็นระยะที่อาการแสดงของโรคจิตเภทปรากฏชัดเจน เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน บางรายอาการอาจรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น หรือทำลายสิ่งของ จนทำให้ญาติเดือดร้อนและตัดสินใจพาผู้ป่วยมารับการรักษา และ 3) ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) คือ หลังจากได้รับการบำบัดรักษาแล้วอาการจะยังไม่หมดไป โดยจะมีอาการคล้ายระยะแรก แต่มีความเสื่อมทางจิตใจและการทำหน้าที่ทางสังคมมากกว่า เช่น ไร้อารมณ์ เฉื่อยชา ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และอาจมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบ (relapse หรือ acute exacerbation) เป็นครั้งคราวส่วนใหญ่จะกำเริบเมื่อมีความกดดันทางจิตใจ โดยอาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ แยกตัวเอง วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง

ปัจจุบันผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะอยู่ในระยะ Residual phase โดยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวในชุมชน ตามนโยบายเน้นการดูแลที่บ้านและในชุมชนของกระทรวงสาธารณสุข 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) โดยในต่างประเทศพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในอัตราสูงถึงร้อยละ 30 – 50 (Hafner, Loffler, Maurer, Hambrecht & Heiden, 1999) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Bobes, Arango, Garcia-Garcia, Rejas (2008) 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) การแสดงออกทาง

อารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunted affect) ร้อยละ 33.1 สำหรับในประเทศไทย พบผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบร้อยละ 30-31.5 (เวนิช บุราชรินทร์, 2554) ซึ่งอาการทางลบที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อผู้ป่วยและครอบครัวหลายประการ ได้แก่ เป็นตัวทำนายการพยากรณ์โรคที่แย่ง ผลลัพธ์ทางสังคมที่แย่ง (Kirkpatrick, Fenton, Carpenter & Marder, 2006) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลง (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) อีกทั้งทำให้ครอบครัวเกิดความคับข้องใจและต้องรับภาระในการดูแลมากขึ้นจากการที่ผู้ป่วยไม่ช่วยเหลือตนเอง (Chien, Norman & Thompson, 2004)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีภาวะสิ้นยินดีเป็นอาการหลักทางคลินิกที่สำคัญและพบได้บ่อย (Favrod, Giuliani, Ernst & Bonsack, 2010; Wolf, 2006) โดยอาจพบสูงถึงร้อยละ 45 (Pelizza & Ferrari, 2009) ทั้งนี้ ภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) เป็นลักษณะของอารมณ์ที่ลดหรือขาดความสามารถในการมีประสบการณ์ความสุขของบุคคล ทำให้ไม่มีความสุขหรือความพึงพอใจในกิจกรรมที่เคยทำและมองเห็นความสามารถของตนเองต่ำ (Cassar, Applegate, & Bentall, 2013) โดย Shankman et al. (2014) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะสิ้นยินดีจะมีลักษณะทางคลินิก ดังนี้

- 1) มีความพร่องในประสบการณ์ทางโลกเกี่ยวกับการรับรู้ถึงการได้รับรางวัล (Deficit the temporal experience of reward)
- 2) มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่จำกัด (Restricted range of affect)
- 3) ขาดความสนใจ ขาดประสบการณ์ของความสุข (Loss of interest, Loss of pleasure)
- 4) เกิดภาวะสิ้นยินดีไม่ว่าจะประสบกับตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความสุขใดๆ ก็ตาม (anhedonia across a wide range of pleasurable stimuli)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะสิ้นยินดีนั้นอาจเกิดจากหลายสาเหตุ โดยแบ่งออกเป็น 2 ด้านหลักๆ ได้แก่ 1) ด้าน pathology โดยพบว่า ภาวะสิ้นยินดีเกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของสารสื่อประสาทชื่อว่าโดปามีน ในส่วนของ mesocorticolimbic ซึ่งพบว่า มีบทบาทในการจูงใจ เพื่อให้บุคคลเกิดพฤติกรรมและเสริมแรงในการเรียนรู้ โดยที่ระบบ mesocorticolimbic มีความเชื่อมโยงกับการรับรู้ประสบการณ์ของความสุขหรือความเพลิดเพลิน ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์ทางบวกและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคือ เกิดพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยมี pathway ที่เกี่ยวข้องจำนวน 2 pathway คือ mesolimbic pathway เป็นระบบประสาทของ dopaminergic ที่ส่งผลต่อ ระบบ limbic ในสมอง อันประกอบด้วย amygdala, nucleus accumbens [NAc] และ hippocampus ซึ่งเป็นระบบที่มีความสำคัญในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมและ mesocortical pathway เป็นระบบของ dopaminergic ที่ส่งผลต่อสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการคิดและการกระทำทำให้เป็นไปตามความต้องการของคน โดยทั้ง 2 pathway

จะทำหน้าที่เชื่อมโยงกัน โดยมีจุดกำเนิดที่ ventral tegmental area (VTA) ในสมองส่วนกลาง และ 2) ด้าน psychological โดยพบว่า ภาวะสิ้นยินดีนั้นเกิดจากสาเหตุหลายด้าน เช่น มีความสามารถในการรับรู้ประสบการณ์ของความสุขในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตในระดับต่ำ (Cassar, Applegate & Bentall, 2013) มีความคิดที่บิดเบือนและไม่คาดหวังในกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุข ทำให้ขาดแรงจูงใจไปสู่การแสดงพฤติกรรมตามเป้าหมาย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์ของความสุข (Sherdell, Waugh, & Gotlib, 2012; Kring et al., 2007) และขาดความเชื่อเกี่ยวกับความสุขหรือมีความเชื่อเกี่ยวกับความสุขในระดับต่ำ ทำให้มีพฤติกรรมในการแสวงหาความสุขที่ลดลงและมีลักษณะของอารมณ์ทางลบที่เพิ่มสูงขึ้น (Strauss & Gold, 2012) ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมถึงแนวทางการบำบัดรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในต่างประเทศพบว่า มีการบำบัด 2 รูปแบบหลัก ๆ คือ 1) รูปแบบการบำบัดรักษาด้วยยา ประกอบด้วยยา 2 กลุ่มคือ ยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่ซึ่งจะไปมีผลต่อ pathway ในสมองทั้ง 2 pathway ดังที่กล่าวข้างต้น คือ mesolimbic pathway ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาอาการด้านบวก และ mesocortical pathway ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาอาการด้านลบ ทำให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น ส่วนยาอีกกลุ่มที่สองเป็นยาด้านเศร้า ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นว่ามีผลทำให้สารสื่อประสาทที่ชื่อว่า serotonin เพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและมีภาวะซึมเศร้าลดลง ส่งผลให้อาการทางลบลดลงตามมา และ 2) รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

จากปัจจัยสาเหตุดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะสิ้นยินดีจะมีพฤติกรรมในการมุ่งหวังความสุขที่ลดลงและมีอารมณ์เชิงลบ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร่องในการทำหน้าที่ในระยะยาวในเรื่องทักษะทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Harvey, Koren, Reichenberg, & Bowie, 2006; Kirkpatrick, Fenton, Carpenter, & Marder, 2006; Milev, Ho, Arndt, & Andreasen, 2005) จากข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ไม่คาดหวังกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุข (anticipate pleasure) จะขาดแรงจูงใจเพื่อนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมตามเป้าหมาย ทำให้ไม่มีประสบการณ์ของความสุข (Germans & Kring, 2000)

การมุ่งสร้างความสุข (Anticipatory pleasure) หรือ ความคาดหวังความสุข เป็นการคาดการณ์ประสบการณ์เกี่ยวกับความสุขในอนาคต (Predicting the future experience of pleasure) หรือประสบการณ์เกี่ยวกับความสุขที่เกิดขึ้น พร้อมๆ กับการรับรู้ว่ามีกิจกรรมบางอย่างที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต ผ่านกระบวนการของความคิดและอารมณ์ของผู้ป่วยที่นำไปสู่เป้าหมายเพื่อ

เกิดการปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา (Kring & Caponigro, 2010; Loewenstein, Weber, Hsee, & Welch, 2001; Strauss, Wilbur, Warren, August, & Gold, 2011) โดยจากการศึกษาของ Favrod et al. (2010) ที่ทำการศึกษานำร่องและพบว่า การฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขช่วยลดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทได้ เนื่องจากโปรแกรมฯ เป็นรูปแบบของกิจกรรมที่ฝึกให้ผู้ป่วยคิดและรับรู้ความรู้สึกสุขที่เกิดจากการคาดหวังความสุขในอนาคต โดยจะไปมีผลต่อ mesocorticolimbic ที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และประสบการณ์ความเพลิดเพลิน ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ภาวะสิ้นยินดีลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทได้ (อติญา โพธิ์ศรี, 2551) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของอัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) ซึ่งใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทและพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมมีอาการทางลบน้อยลง นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ มีผลทำให้อาการทางลบลดลงเช่นเดียวกัน (ปริสณา ใจกิจสุวรรณ, 2552) ซึ่งการบำบัดทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นการบำบัดทางจิตสังคม สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในประเทศไทย แต่ไม่ได้มุ่งที่การจัดการเพื่อลดสาเหตุหรือปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโดยตรง แต่เป็นเพียงการบำบัดทางอ้อม ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงสนใจนำแนวคิดการฝึกทักษะที่มุ่งหวังสร้างความสุข ของ Favrod et al. (2010, 2015) มาพัฒนาโปรแกรมให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ซึ่งมีปัญหาภาวะสิ้นยินดี ทั้งนี้เพื่อนำไปใช้ในการกระตุ้นและฝึกให้ผู้ป่วยที่มีภาวะสิ้นยินดีเกิดทักษะในการมุ่งสร้างความสุขแก่ตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีประสบการณ์ของความสุขที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองจนทำให้ภาวะสิ้นยินดีลดลง อันจะส่งผลให้สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ ลดภาระการดูแลของญาติและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามมา

คำถามการวิจัย

1. ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ภาวะสิ้นยินดีเป็นอาการทางคลินิกที่สำคัญของอาการทางลบที่พบในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากภาวะสิ้นยินดีเป็นลักษณะของอารมณ์ที่ลดหรือขาดความสามารถในการมีประสบการณ์ความสุขของบุคคล ทำให้ไม่มีความสุขหรือความพึงพอใจในกิจกรรมที่เคยทำและมองเห็นความสามารถของตนเองต่ำ (Cassar et al., 2013) โดยสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดภาวะสิ้นยินดีคือ การขาดการมุ่งหวังความสุขทั้งในอดีต ปัจจุบันและในอนาคต (Favrod, Giuliani, Ernst & Bonsack, 2010) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการรับรู้ประสบการณ์ของความสุขในอดีต ปัจจุบันและอนาคตต่ำ (Cassar, Applegate & Bentall, 2013) มีความคิดที่บิดเบือนและไม่คาดหวังในกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุข ทำให้ขาดแรงจูงใจไปสู่การแสดงพฤติกรรมตามเป้าหมาย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์ของความสุข (Sherdell, Waugh, & Gotlib, 2012; Kring et al., 2007) อีกทั้ง ขาดความเชื่อเกี่ยวกับความสุข ทำให้มีพฤติกรรมในการแสวงหาความสุขลดลงและมีลักษณะของอารมณ์ทางลบเพิ่มสูงขึ้น (Strauss & Gold, 2012) ส่งผลให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม ความสามารถในการทำงานและการทำหน้าที่ลดลง ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตและมีแนวโน้มการพยากรณ์ของโรคที่ต่ำลง

จากการศึกษาของ Sherdell et al. (2012) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะสิ้นยินดีจะเป็นผู้ที่ขาดการมุ่งสร้างความสุขในระดับที่รุนแรง ทำให้ขาดแรงจูงใจในการเกิดพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุตามสิ่งที่ต้องการและมีการแสดงออกทางอารมณ์ลดลงอย่างมากถือเป็นพยาธิสภาพทางจิตที่รุนแรง ซึ่งการรักษาด้วยยาและการรักษาทางจิตสังคมแบบเก่ามีข้อจำกัดไม่สามารถลดอาการดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นจะต้องมีการบำบัดแบบผสมผสาน เช่น การบำบัดรักษาทางจิตสังคมและยาควบคู่กัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเพิ่มการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน อันจะทำให้ระดับของภาวะสิ้นยินดีลดลง แต่ที่ผ่านมามีพบว่า การบำบัดทางจิตสังคมที่มีการใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในประเทศไทยจะไม่ได้มุ่งที่การจัดการเพื่อลดสาเหตุหรือปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโดยตรง แต่เป็นเพียงการบำบัดทางอ้อม เช่น การบำบัดเพื่อลดอาการทางลบในภาพรวมดังในการศึกษาของ อติญา โพธิ์ศรี (2551) ที่ทำการศึกษาเรื่องโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและพบว่าอาการทางลบในผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม ลดลงกว่าก่อนการทดลอง เช่นเดียวกับกับการศึกษาของ ชุมทรัพย์ ก้อนทอง (2557) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและพบว่าอาการทางลบของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมลดลงกว่าก่อนการทดลองเช่นเดียวกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งหลายการศึกษาก็ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีกิจกรรมที่สนุกสนานและกิจกรรมทางบวกที่น้อยกว่าคนอื่นๆ และขาดการคาดหวังความสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคตทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ของการคาดหวังและสร้างเป้าหมายของความสุขที่ลดลงหรือขาดแรงจูงใจในการสร้างความสุขให้ตัวเอง สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดีก็จะพบว่าขาดการคาดหวังความสุขและมีลักษณะของอารมณ์ทางลบที่สูง ทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ของการคาดหวังและการสร้างเป้าหมายเกี่ยวกับการมีความสุขที่ลดลง หรือขาดแรงจูงใจในการสร้างความสุขให้ตัวเอง ดังนั้น การบำบัดให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะสิ้นยินดีลดลงจึงจำเป็นต้องส่งเสริมและพัฒนาทักษะให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เกิดความสามารถในการคาดหวังความสุขและการเพิ่มอารมณ์ทางบวกโดยใช้เทคนิคของการรับรู้ประสบการณ์ของความสุข (savoring)

ผู้ป่วยที่มีภาวะสิ้นยินดี จะมีลักษณะของอารมณ์ที่ลดหรือขาดความสามารถในการมีประสบการณ์ความสุขของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความสุขหรือความพึงพอใจในกิจกรรมที่เคยทำ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเพิ่มอารมณ์ทางบวกเพื่อให้ผู้ป่วยได้เพิ่มความสามารถในการมีประสบการณ์ของความสุข ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) การรับรู้ความสุขเชิงประสบการณ์ (savoring experience) เกิดจากผสมผสานกันของประสาทสัมผัส,

ความคิด, พฤติกรรมและอารมณ์จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลสนใจในเหตุการณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงในสิ่งแวดล้อม ๆ นั้น 2) กระบวนการของการรับรู้ความสุข (savoring process) ประกอบด้วยด้านกายภาพและด้านจิตใจ ซึ่งเกิดขึ้นจากเหตุการณ์ และ 3) การตอบสนองที่เกิดขึ้นภายหลังการรับรู้ความสุข (savoring responses) คือ การตอบสนองทางด้านพฤติกรรมและความคิดที่แสดงออกมาภายหลังถูกกระตุ้น เช่นเดียวกับกับ Strauss (2013) ได้แนะนำวิธีการเพิ่มประสบการณ์ของอารมณ์ทางบวกซึ่งเป็นเทคนิคที่พัฒนาขึ้นตามการศึกษาของ Quoidbach et al. (2010) และ Bryant (2007) ที่พบว่า มีความความเที่ยงตรงและมีผลในการเพิ่มความถี่ (frequency), ความเข้มข้น (intensity) และระยะเวลาของอารมณ์เชิงบวก (duration of positive emotion) ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการคิดและมีความคาดหวังและคงไว้ซึ่งอารมณ์ทางบวก ประกอบด้วย 5 เทคนิค ดังนี้ 1) การคาดหวังความสนุกสนาน (anticipating the enjoyment) 2) การแสดงออกทางพฤติกรรม (behavioral display) ซึ่งเป็นการแสดงออกทางท่าทางการกระทำเช่นนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์เชิงบวก 3) การอยู่กับปัจจุบัน (being in the moment) เกี่ยวกับประสบการณ์เชิงบวกที่เกิดขึ้น 4) การสื่อสารกับผู้อื่น (communicating) และ 5) การระลึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความสุขในอดีต (recalling previously pleasurable events) นอกจากนี้ Johnson et al. (2011) ได้ทำการศึกษาและพบว่า การฝึกสมาธิมีผลเฉพาะเจาะจงกับภาวะสัณยคติ เนื่องจากไปช่วยเพิ่มอารมณ์ทางบวกในด้านของการมุ่งสร้างความสุข (anticipatory pleasure) พบว่า การมุ่งสร้างความสุขเป็นสิ่งที่คาดการณ์/คาดหวังในเหตุการณ์ของความสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยจะสะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการของความคิดและอารมณ์ของผู้ป่วยที่นำไปสู่เป้าหมายเพื่อเกิดการปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา (Kring & Caponigro, 2010; Loewenstein et al., 2001; Strauss et al., 2011) และจากการศึกษาของ Favrod et al. (2010) พบว่า การฝึกทักษะการมุ่งสร้างความสุขมีผลทำให้คะแนนการมุ่งสร้างความสุขเพิ่มขึ้นและทำให้ภาวะสัณยคติลดลง เนื่องจากในโปรแกรมฯ มุ่งเน้นการจัดกระทำที่การคาดหวังความสุขจากการทำกิจกรรมในอนาคต ทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ของการคาดหวังและสร้างเป้าหมายของความสุขที่เพิ่มขึ้นหรือเพิ่มแรงจูงใจในการสร้างความสุขให้ตัวเองและทำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมประจำวันเพิ่มขึ้นส่งผลให้ภาวะสัณยคติลดลง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เพื่อหาแนวทางในการลดภาวะสัณยคติ โดยได้พัฒนาโปรแกรมตามโครงสร้างการบำบัดของ Favrod et al. (2010, 2015) เพื่อจัดกระทำกับอารมณ์และการมุ่งสร้างความสุขของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นรูปแบบการบำบัดที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้อารมณ์ทางบวกและคาดหวังความสุขอันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น และทำให้

ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมทางบวกของตนเองได้ อีกทั้งเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเอง จนส่งผลให้ภาวะสั่นยืนยั่นลดลงในที่สุด โดยโปรแกรมการฝึกทักษะการมุ่งสร้างความสุขที่ผู้วิจัยพัฒนา ให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในบริบทของประเทศไทยนี้ ประกอบไปด้วย 8 ขั้นตอน จำแนกเป็น 10 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มๆ ละ 6-7 คน จำนวน 3 กลุ่ม ใช้เวลาดำเนินการทำกลุ่มครั้งละ 45 - 60 นาที โดยแต่ละกิจกรรมจะเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะสั่นยืนยั่นได้รับรู้ความรู้สึกเชิงบวกและฝึกการมุ่งสร้างความสุข ซึ่งเนื้อหาในและกิจกรรมจะส่งผลต่อภาวะสั่นยืนยั่นในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวัง (Relationship and defeatist thinking) ประกอบไปด้วย 3 กิจกรรมคือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยในกลุ่มด้วยกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความผ่อนคลาย มีอารมณ์ของความสุขและทำให้รู้จักตนเอง (Self realization) ยอมรับตนเอง (Self acceptance) เคารพและนับถือตนเอง (Self respect) สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ และทำให้เกิดความไว้วางใจ

กิจกรรมที่ 2 การประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวังและเป็นกิจกรรมมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความคิดความเชื่อที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวังที่มีความเฉพาะเจาะจงกับอาการของผู้ป่วยพร้อมทั้งปรับความคิดความเชื่อของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องประเมินเนื่องจากข้อมูลที่ได้เป็นสิ่งสนับสนุนที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการและทำให้การทำหน้าที่ลดลง ซึ่งมีส่วนสำคัญในการรักษาเพื่อที่จะทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้นและลดอาการทางลบในผู้ป่วยโรคจิตเภท (Couture, Blanchard, & Bennett, 2011)

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องภาวะสั่นยืนยั่น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสั่นยืนยั่นเพิ่มมากขึ้นซึ่งจะเป็นพื้นฐานในการนำไปใช้ในการสังเกตและดูแลตนเองต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขในปัจจุบัน (savoring pleasant moments)

เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยได้ฝึกการควบคุมตนเองและดึงความสนใจเกี่ยวกับอารมณ์ทางบวกและสัมผัสกับความสุขที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยพยาบาลฝึกให้ผู้ป่วยได้นึกถึงประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมจากการ จินตภาพและถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกจากประสบการณ์รูปธรรมให้ผู้ป่วย

คนอื่นๆ ได้รับฟัง ผลที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเชิงบวก เข้าใจถึงความรู้สึกที่มีผลต่ออารมณ์ ส่งผลให้ประสบการณ์ของความสุขเพิ่มมากขึ้น (Strauss, 2013)

ขั้นตอนที่ 3 การเน้นย้ำอารมณ์สุขด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรม (accentuating the behavioral expression of emotions)

เป็นกิจกรรมที่เพิ่มประสบการณ์ของอารมณ์ทางบวกโดยการใช้ภาพเป็นสื่อในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ทางบวกซึ่งจะช่วยเพิ่มความเข้มของความสุข (Rey et al., 2010) จากนั้นเน้นย้ำอารมณ์สุขด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรมโดย ให้ผู้ป่วยมีการแสดงสีหน้าและท่าทางซึ่งกิจกรรมนี้จะช่วยเพิ่มอารมณ์ทางบวกได้ (Strauss, 2013)

ขั้นตอนที่ 4 สร้างช่วงเวลาของการมีความสุขสุดด้วยการแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น (making the most of pleasant moments by sharing them with others)

เป็นกิจกรรมที่มีฝึกให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนความสุขจากการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 กับผู้อื่นและมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงอารมณ์สุขของกิจกรรมที่ทำ โดยการแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางซึ่งผลที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้อารมณ์ทางบวกเพิ่มขึ้น (Strauss, 2013)

ขั้นตอนที่ 5 การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขที่เกิดขึ้นในอดีต (savoring past pleasant moments)

ผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดีจะขาดประสบการณ์เกี่ยวกับการสร้างความสุขและความจำเกี่ยวกับความสุขที่ลดลง การระลึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตเป็นการเพิ่มอารมณ์ทางบวกและเป็นการแสวงหาความสุขทางอารมณ์และจิตใจทำให้เกิดความภาคภูมิใจและความพึงพอใจในชีวิต (Strauss, 2013)

ขั้นตอนที่ 6 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 1 (anticipating pleasant moments 1)

การฝึกการคาดหวังความสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคตเป็นกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มแรงจูงใจซึ่งจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ต้องการ นอกจากการฝึกการคาดหวังความสุขแล้วในขั้นตอนนี้จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้สัมผัสกับอารมณ์ทางบวกโดยให้ผู้ป่วยแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางที่คิดว่า

น่าจะเกิดขึ้นจากกิจกรรมที่คาดหวังความสุข และการมอบหมายให้ผู้ป่วยนำกิจกรรมที่คาดหวังไปฝึกเป็นการบ้านเพื่อรับรู้ความแตกต่างของความรู้สึกเชิงบวกและอารมณ์ มีการรับรู้ความรู้สึกทางด้านกายภาพและเพิ่มกิจกรรมทางด้านสังคมได้ (Strauss, 2013)

ขั้นตอนที่ 7 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 2 (anticipating pleasant moments 2)

เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยได้คาดหวังเกี่ยวกับความสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคตซ้ำอีกครั้ง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจซึ่งจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ต้องการ นอกจากการฝึกการคาดหวังความสุขแล้วในขั้นตอนนี้จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้สัมผัสกับอารมณ์ทางบวกโดยให้ผู้ป่วยแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางที่คิดว่าน่าจะเกิดขึ้นจากกิจกรรมที่คาดหวังความสุข และการมอบหมายให้ผู้ป่วยนำกิจกรรมที่คาดหวังไปฝึกเป็นการบ้านเพื่อรับรู้ความแตกต่างของความรู้สึกเชิงบวกและอารมณ์ มีการรับรู้ความรู้สึกทางด้านกายภาพและเพิ่มกิจกรรมทางด้านสังคมได้ (Strauss, 2013)

ขั้นตอนที่ 8 ทบทวนทักษะทั้งหมด (review of all skills)

เป็นกิจกรรมที่พยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนร่วมกัน ดังรายละเอียดในกิจกรรมขั้นตอนที่ 1-7 เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีทักษะของการสร้างอารมณ์เชิงบวกและคาดหวังความสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทำให้สามารถรับรู้อารมณ์และความรู้สึกทางบวกที่เกิดขึ้น โดยจากกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น สามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมทางบวกของตนเองได้ อีกทั้งเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเอง จนส่งผลให้ภาวะสิ้นยินดีลดลงในที่สุด

จากแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

- 1) ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข
- 2) ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบศึกษากลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (the pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข เพื่อลดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ที่รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกสุขภาพใจ โรงพยาบาลสระบุรี โดยมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิที่มีบริการผู้ป่วยนอกด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) รหัส F20 (F20-F20.9) ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) และมีระดับอาการทางลบระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ที่อาศัยอยู่ในชุมชนและมารับการรักษาด้วยยาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี จำนวน 40 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่ม 20 คน และควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณลักษณะที่เหมือนกันเรื่องเพศและระดับอาการทางลบ ตัวแปรในการวิจัยประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข

ตัวแปรตาม คือ ภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะสิ้นยินดี หมายถึง ลักษณะของอารมณ์ที่ลดหรือขาดความสามารถในการมีประสบการณ์ความสุขของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความสุขหรือความพึงพอใจในกิจกรรมที่เคยทำและมองเห็นความสามารถของตนเองต่ำ ประกอบด้วย 3 ประเด็นคือ 1) ความเข้มข้นของความสุขระหว่างทำกิจกรรมต่างๆ 2) ความถี่ของความสุขขณะทำกิจกรรมต่างๆ และ 3) ความเข้มของความสุขที่คาดหวังจากกิจกรรมต่าง ๆ ในอนาคต ซึ่งสามารถประเมินได้โดยใช้แบบประเมิน Brief Negative Symptom Scale ของ Kirkpatrick et al. (2011)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการอาการทางลบ หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติในด้านของความคิด การรับรู้และพฤติกรรม โดยมีกลุ่มอาการทางลบเป็นอาการเด่น ได้แก่ แสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลง เฉยเมย (apathy) เฉื่อยชา (avolition) พูดน้อย (alogia) ภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) การทำหน้าที่ด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่นบกพร่อง (Dysfunctional relationship with others) และดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางลบ จากการศึกษาของ หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ซึ่งพัฒนามาจาก Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987)

โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข หมายถึง แผนการดำเนินกิจกรรมอย่างมีรูปแบบในการจัดกระทำกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดีในชุมชนซึ่ง ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามโครงสร้างการบำบัดในการศึกษาของ Favrod et al. (2010, 2015) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้อารมณ์ทางบวกและคาดหวังความสุขอันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นและทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมทางบวกของตนเองได้และเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ลดภาวะสิ้นยินดี ประกอบด้วยการบำบัดรายกลุ่ม 8 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวัง (Relationship and defeatist thinking) หมายถึง การดำเนินกิจกรรมรายกลุ่มครั้งที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรม 3 กิจกรรมคือ

- 1) การสร้างสัมพันธภาพ โดยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยในกลุ่มด้วยกัน ทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
- 2) การประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวัง โดยพยาบาลให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนเหตุผลของความคิดและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวหรือสิ้นหวังจากนั้นแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสนอทางเลือกให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการแก้ไขความคิดความเชื่อและเรียนรู้การเกิดความคิดในเชิงบวก โดยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านการตั้งคำถามและการบอกความคาดหวังและความต้องการของตนเอง
- 3) การให้ความรู้เรื่องภาวะสิ้นยินดี

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขในปัจจุบัน (savoring pleasant moments) หมายถึง การดำเนินกิจกรรมรายกลุ่มครั้งที่ 2 เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้อารมณ์ทางบวกและสัมผัสกับความสุขที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยฝึกให้ผู้ป่วยได้นึกถึงประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมจากการจินตภาพกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้อารมณ์และความรู้สึกทางบวก และถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกจากประสบการณ์รูปธรรมให้ผู้ป่วยคนอื่นๆ ได้รับฟัง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเชิงบวกและเข้าใจว่าความรู้สึกนั้นจะมีผลต่ออารมณ์

ขั้นตอนที่ 3 การเน้นย้ำอารมณ์สุขด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรม (accentuating the behavioral expression of emotions) หมายถึง ดำเนินกิจกรรมรายกลุ่มครั้งที่ 3 ซึ่งใช้กระบวนการกลุ่มในการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความสุขและอารมณ์เชิงบวก และเน้นย้ำอารมณ์สุขด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยใช้ภาพหมวดธรรมชาติ หมวดงานอดิเรก หมวดประเพณี เป็นสื่อในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ทางบวก จากนั้นพยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยแสดงสีหน้าและท่าทางที่เกิดขึ้นจากการได้ดูภาพ การฝึกทักษะเช่นนี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ทางบวกและรับรู้ถึงความสุขได้ชัดเจนมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 สร้างช่วงเวลาของการมีความสุขสุดด้วยการแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น (making the most of pleasant moments by sharing them with others) หมายถึง การดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มขั้นตอนที่ 4 โดยการทบทวนอารมณ์และความรู้สึกทางบวกจากการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของความสุขที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 ที่เกิดขึ้น เน้นย้ำความรู้สึกสุขโดยการให้แสดงสีหน้าและท่าทางเมื่อมีความสุขเกิดขึ้นให้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มได้รับรับฟัง

ขั้นตอนที่ 5 การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขที่เกิดขึ้นในอดีต (savoring past pleasant moments) หมายถึง การดำเนินกิจกรรมรายกลุ่มครั้งที่ 5 โดยการพัฒนาความรู้สึกสุขโดยให้ผู้ป่วยบอกประสบการณ์เกี่ยวกับความประทับใจหรือความภาคภูมิใจที่เกิดขึ้นในอดีตและบอกความรู้สึกที่เกิดขึ้นให้กับสมาชิกในกลุ่มได้รับฟัง

ขั้นตอนที่ 6 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 1 (anticipating pleasant moments 1) หมายถึง การดำเนินกิจกรรมรายกลุ่มครั้งที่ 6 เป็นการเพิ่มการรับรู้อารมณ์ทางบวกจากการคาดหวังเกี่ยวกับความสุข เพื่อพัฒนาไปสู่การรับรู้ถึงอารมณ์และความรู้สึกโดยการแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยลองฝึกทักษะด้วยตนเองที่บ้านและให้บันทึกความรู้สึกที่เกิดขึ้นเพื่อรับรู้ความแตกต่างของความรู้สึกเชิงบวกและอารมณ์ มีการรับรู้ความรู้สึกทางด้านกายภาพและเพิ่มกิจกรรมทางด้านสังคมได้ จากนั้นนำกลับมาแลกเปลี่ยนให้ผู้อื่นคนอื่นๆ ได้รับฟังในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 7 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 2 (anticipating pleasant moments 2) หมายถึง การดำเนินกิจกรรมรายกลุ่มครั้งที่ 7 เป็นการฝึกทักษะซ้ำเพิ่มการรับรู้อารมณ์ทางบวกจากการคาดหวังเกี่ยวกับความสุข เพื่อพัฒนาไปสู่การรับรู้ถึงอารมณ์และความรู้สึกโดยการแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยลองฝึกทักษะด้วยตนเองที่บ้านและให้บันทึกความรู้สึกที่เกิดขึ้นเพื่อรับรู้ความแตกต่างของความรู้สึกเชิงบวกและอารมณ์ มีการรับรู้ความรู้สึกทางด้านกายภาพและเพิ่มกิจกรรมทางด้านสังคมได้ จากนั้นนำกลับมาแลกเปลี่ยนให้ผู้อื่นคนอื่นๆ ได้รับฟังในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 8 ทบทวนทักษะทั้งหมด (review of all skills) หมายถึง การดำเนินกิจกรรมรายกลุ่มครั้งที่ 8 โดยการฝึกสมาธิและสติเพื่อผู้ป่วยมีความพร้อมในการทำกิจกรรมและมีทักษะการผ่อนคลาย รวมทั้งมีการรับรู้อารมณ์ทางบวก จากนั้นพยาบาลฝึกให้ผู้ป่วยได้มีการรับรู้ถึงอารมณ์ทางบวก โดยการทบทวนการบ้านจากการทำกิจกรรมในขั้นตอนที่ 7 พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนผลที่เกิดขึ้นร่วมกัน ในช่วงท้ายของการดำเนินกิจกรรมพยาบาลสรุปขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรมและเนื้อหาในภาพรวมทั้งหมดและสิ่งที่ได้เรียนรู้และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยและยุติการทำกลุ่ม

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดีจะได้รับเมื่อมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การซักประวัติก่อนพบแพทย์ซึ่งครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำปรึกษาตามปัญหา

ของผู้ป่วย การให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การให้คำแนะนำหลังพบแพทย์ รวมถึงการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการบริการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยเพิ่มทักษะของผู้ป่วยจิตเภทในการสร้างความสุข มีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ ซึ่งช่วยลดภาระการดูแลของญาติ
2. ด้านการบริหาร เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการบริหารเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะในการสร้างความสุขของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในชุมชน
3. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่ช่วยลดภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางจิตชนิดอื่น ๆ เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล เป็นต้น



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา “ผลของโปรแกรมฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขเพื่อลดภาวะสั่นโยนตีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ” ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยโดยครอบคลุมเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท
- 1.3 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท
- 1.4 ประเภทของโรคจิตเภท
- 1.5 อาการแสดงของโรคจิตเภท
- 1.6 การดำเนินโรค
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
- 1.8 รักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
- 1.9 ความหมายของโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบ
- 1.10 ความชุกของโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบ
- 1.11 ผลกระทบของอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท
- 1.12 อาการของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ
- 1.13 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการทางลบ
- 1.14 การประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

2. ภาวะสั่นโยนตีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

- 2.1 ความหมาย
- 2.2 ความชุกของภาวะสั่นโยนตี
- 2.3 สาเหตุของการเกิดภาวะสั่นโยนตี
- 2.4 ลักษณะของผู้ป่วยที่มีภาวะสั่นโยนตี
- 2.5 เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะสั่นโยนตี

- 2.6 การรักษาภาวะสิ้นยินดี
- 2.7 การประเมินภาวะสิ้นยินดี
- 2.8 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบร่วมกับมีภาวะสิ้นยินดี
3. แนวคิดและหลักการพื้นฐานในการบำบัดเพื่อลดภาวะสิ้นยินดี
 - 3.1 ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสิ้นยินดี: บทบาทของการรับรู้ความสามารถในการควบคุม (Understanding Anhedonia : The Role of Perceived Control)
 - 3.2 การมุ่งสร้างความสุข
 - 3.2.1 ความหมาย
 - 3.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการมุ่งสร้างความสุข
 - 3.2.3 การประเมินความสุข
 - 3.3 อารมณ์ทางบวก (Positive Emotion)
 - 3.3.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์เชิงบวก
 - 3.3.2 การควบคุมอารมณ์ทางบวก
 - 3.3.3 การรับรู้ประสบการณ์ของความสุข (Savoring)
 - 3.4 การให้ความรู้ของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข
4. โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ
 - 5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องภายในประเทศ

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

Elizabeth et al. (2010) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคของสมอง ที่ถูกทำลาย ทำให้บุคคลมีความคิด อารมณ์ ขาดความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับคนในสังคม รวมทั้งการรับรู้ความเป็นจริงบกพร่อง

มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคจิตที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น

สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2554) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ความจริง อารมณ์และการสังคม ปรากฏให้เห็นด้วยพฤติกรรมที่ผิดแปลกไปจากคนทั่วไป คือมีความคิดหลงผิด อารมณ์ราบเรียบ ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์

สมภพ เรืองตระกูล (2557) กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติเรื่องความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย (2554) กล่าวว่า โรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมโดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะสมองส่วนใด

นันทวิช สิริธิรักษ์และคณะ (2558) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม อาการเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีสาเหตุมาจากโรคทางกาย ยา หรือสารเสพติด และส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคม การงาน หรือสุขอนามัยของผู้ป่วย

สรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม มีอาการดำเนินของโรคอย่างน้อย 6 เดือน ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยจะมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง โดยที่ความผิดปกตินี้ไม่ได้เกิดจากอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะสมองส่วนใด ทำให้บุคคลขาดความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมและการงาน

1.2. สาเหตุของโรคจิตเภท

ปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภทเกิดได้หลายปัจจัย ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological Factor)

1.2.1.1 พันธุกรรม (Genetic factor) โรคจิตเภทเกิดจากปัจจัยทางด้านพันธุกรรม ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากก็ยิ่งมีโอกาสเป็นสูง จากการศึกษาประชากรทั่วไปพบว่า เป็นโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 1 และในกลุ่มญาติพี่น้องใกล้ชิด มีโอกาสในการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 5-10 และจากการศึกษาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันพบว่า หากแฝดคนหนึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภทโอกาสที่แฝดอีกคนจะป่วยเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 50 การศึกษาในเด็กที่มีพ่อหรือแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภทลูกก็จะมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทได้ร้อยละ 15 แต่ถ้าพ่อกับแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภททั้งคู่โอกาสที่ลูกจะป่วยเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 35 (เพียร์ดี เปี่ยมมงคล, 2553)

1.2.2. ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors)

1.2.2.1 ระบบสารชีวเคมีในสมอง จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับ Dopamine ในสมองโดยมีข้อค้นพบว่า 1) ปริมาณ dopamine ในสมองมีมากเกินไป 2) จำนวน post synaptic receptor มากเกินไป 3) มีความไม่สมดุลระหว่าง excitatory action ของ acetylcholine กับ inhibitory action ของ dopamine และ Gamma-amino butyric acid และปัจจุบันมีการศึกษาพบว่า โรคจิตเภทเกิดจากการที่มีสารสื่อประสาทที่เรียกว่า serotonin มากเกินไป ซึ่งมีการใช้ยาในกลุ่มของ Atypical antipsychotic เพื่อช่วยปิดกั้นการส่งกลับของ Dopamine และ serotonin ทำให้อาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น (เพียร์ดี เปี่ยมมงคล, 2553)

1.2.2.2 กายวิภาคของสมอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติของกายวิภาคของสมอง (เพียร์ดี เปี่ยมมงคล, 2553) จากการทำ computed tomography (CT) เช่น ventricle โต กว่าปกติ ปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะส่วนของ cortical gray matter (มาโนช หล่อตระกูล, 2555)

1.2.2.3 ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงบริเวณ frontal lobe ทำให้มีการฝ่อการใช้น้ำตาลและการไหลเวียนเลือดบริเวณสมองส่วนหน้าลดลง ซึ่งอาการด้านลบและอาการด้านบวกมีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe dysfunction นอกจากนี้ยังพบว่า โรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของการเผาผลาญของเซลล์ผิดปกติ

1.2.2.4 ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และขณะคลอด

ระหว่างตั้งครรภ์หากมารดามีภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ส่งผลให้เลือดที่ผ่านรกไปเลี้ยงทารกลดลง ทำให้เกิดการขาดออกซิเจนในส่วนต่างๆ ของร่างกายส่งผลต่อสมองและพัฒนาการของทารกในครรภ์หรือหากมีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ เช่น การติดเชื้อไวรัส การขาดสารอาหาร หรือการได้รับสารพิษ การขาดออกซิเจนขณะคลอดจะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงในการเป็นโรคจิตเภทในวัยผู้ใหญ่

1.2.2.5 ภาวะการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย (Physical conditions) มีการศึกษาวิจัยพบว่า โรคจิตเภทเกี่ยวกับการเป็นโรคลมชัก (epilepsy) สมองได้รับการกระทบกระเทือนขณะคลอด เนื่องอกในสมอง การติดเชื้อ เป็นต้น

1.2.3 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors)

1.2.3.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ พบว่า โรคจิตเภทเกิดจากพัฒนาการของบุคลิกภาพในวัยเด็กที่มีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพการทำหน้าที่ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือผู้ป่วยมีความไวต่อความเครียดมากกว่าปกติ ทำให้มีการตอบสนองต่อความเครียดที่ไม่ดีหรือมีความขัดแย้งในจิตใจ ขาดจิตสำนึกในการควบคุมตนเอง ความรู้สึกผิด ไม่สามารถควบคุมตนเองได้และขัดแย้งกับผู้อื่นทำให้เกิดความคับข้องใจ ไม่แน่ใจ (ambivalence)

1.2.3.2 สัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างพ่อแม่และลูกไม่ดีพอ ระบบครอบครัวมีปัญหา เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคจิตเภทได้ นอกจากนี้ในครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกัน (expressed-emotion) ทำให้มีอาการทางจิตรุนแรงและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าครอบครัวที่ใช้อารมณ์ต่อกันต่ำ

1.2.4 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors)

1.2.4.1 สภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมมีผลต่อการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท ประชากรที่มีฐานะยากจน เนื่องจากต้องเผชิญกับภาวะเครียดจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าประชากรที่มีฐานะดี หรือในเด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทก็จะพบว่า เกิดจากบิดามารดามีความขัดแย้ง ทำให้เด็กเกิดความลังเลไม่แน่ใจซึ่งเป็นอาการสำคัญที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท

1.2.5 ความเครียดที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต (Stressful life events)

ความเครียดทำให้อาการทางจิตมีความรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้และความไวต่อความเครียดมากกว่าปกติและมีการตอบสนองต่อความเครียดที่ไม่ดี ทำให้เกิดอาการทางจิตได้ในบุคคลที่มีความเสี่ยงปัจจัยทางชีวภาพ เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรม ก็มีแนวโน้มการเจ็บป่วยเป็นจิตเภทได้เช่นกัน

1.2.6 ปัจจัยด้านการสื่อสาร

1.2.6.1 การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในครอบครัว โดยเชื่อว่า

การสื่อสารในครอบครัวบางชนิดเป็นสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท เช่น ครอบครัวที่มีการสื่อสารที่ไม่ตรงไปตรงมา ไม่สอดคล้องกันระหว่างคำพูดและพฤติกรรม (Unclear, indirect, incongruent) ซึ่งการสื่อสารในลักษณะนี้จะยับยั้งและขัดขวางสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะในเด็กไม่ให้มีพัฒนาการ หรือลักษณะของการสื่อสารที่มีความขัดแย้งกันเอง เช่น การสื่อสารที่มีการส่งข่าวสารตรงกันข้ามในเวลาเดียวกันที่เป็นการผูกมัดเด็กในเรื่องการปฏิบัติตาม ไม่ปฏิบัติตามสุดท้ายเด็กจะเกิดความฟุ้งเฟ้อ ซึ่งการสื่อสารเช่นนี้จะทำให้เด็กเกิดความสับสนในการสื่อสารในเวลาต่อมา

1.3. เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท

1.3.1 เกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) จะใช้เกณฑ์อาการ

และอาการแสดงทางจิต ความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน สังคมและระยะเวลาที่ทำให้เกิดอาการ โดยรายละเอียดการวินิจฉัย มีดังนี้

1.3.1.1 อาการเฉพาะ (Characteristic Symptom) ผู้ป่วยที่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทจะต้องมีอาการตั้งแต่ 2 อาการและอาการแต่ละอาการจะเด่นชัดอยู่เป็นระยะเวลานานมากกว่า 1 เดือน โดยผู้ป่วยจะมีลักษณะอาการต่อไปนี้

1.3.1.1.1 อาการหลงผิด (Delusion) อาการหลงผิดจะแสดงออกโดยที่บุคคลจะมีความเชื่อผิด ๆ โดยไม่มีสาระความเป็นจริง

1.3.1.1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) อาการประสาทหลอนเกิดจากการรับรู้ที่ผิดปกติไปซึ่งเกิดจากประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ ได้ยินเสียงที่ผู้อื่นไม่ได้ยิน (Auditory Hallucination) เห็นภาพที่ผู้อื่นไม่เห็น (Visual Hallucination) รู้สึกว่าอาหารที่รับประทานหรือน้ำที่ดื่มมีรสชาติผิดปกติไป (Gustatory Hallucination) รู้สึกเหมือนมีอะไรมาไต่ตามร่างกาย (Tactile Hallucination) และได้กลิ่นผิดปกติไปจากผู้อื่น (Olfactory Hallucination)

1.3.1.1.3 อาการผิดปกติด้านการพูด เนื้อหาการพูด

จับใจความไม่ได้ ผู้ป่วยอาจมีการสร้างคำใหม่ขึ้นมาเองซึ่งผู้อื่นฟังแล้วไม่เข้าใจ

1.3.1.1.4 พฤติกรรมแปลก ๆ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่

แตกต่างไปจากคนปกติทั่วไป เช่น อยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นระยะเวลานาน (Catatonic)

1.3.1.1.5 อาการทางลบ (Negative symptom) ผู้ป่วย

จะมีอารมณ์ราบเรียบ (affective flattening) พูดน้อย (alogia) เฉื่อยชา (avolition) ไม่สามารถหาความสุขหรือความพอใจในชีวิต (anhedonia)

1.3.1.2 การทำหน้าที่ทางสังคมและการงานเสื่อมลง โดยจะพบว่า

เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะของอาการกำเริบจะทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในหน้าที่ความรับผิดชอบในการงาน มักแยกตัวทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานลดลง

1.3.1.3 ระยะเวลาที่มีอาการ อาการผิดปกติที่ผู้ป่วยจิตเภท

แสดงออกนั้นจะต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการตั้งแต่ 2 อาการและอาการแต่ละอาการจะเด่นชัดอยู่เป็นระยะเวลานานมากกว่า 1 เดือน

1.3.1.4 ไม่ใช่อาการจิตอารมณ์หรืออาการที่เกิดจากความผิดปกติ

ทางอารมณ์ (schizoaffective and mood disorder exclusion)

1.3.1.5 ไม่ใช่อาการที่เกิดจากการได้รับสารเคมีหรือได้รับยาตัวอื่น

(Substance/general medical condition exclusion)

1.3.1.6 ความสัมพันธ์กับประวัติความผิดปกติด้านพัฒนาการ

1.3.2. เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)

เป็นการจำแนกกลุ่มอาการเพื่อให้เกิดความสะดวกในการปฏิบัติและง่ายต่อการวินิจฉัย ซึ่งรายละเอียดประกอบไปด้วยกลุ่มอาการ ดังต่อไปนี้

1.3.2.1 อาการผิดปกติด้านความคิด เช่น ผู้ป่วยจะมีความคิดที่

ผิดปกติไป เช่น คิดว่าคนอื่นนำความคิดมาใส่หรือถอนความคิดไป (thought insertion or withdrawal)

1.3.2.2 อาการหลงผิด (Delusion) ผู้ป่วยจะมีอาการหลงผิดอย่าง

ใดอย่างหนึ่ง เช่น หลงผิดว่าตนเองถูกควบคุม หลงผิดว่าผู้อื่นควบคุมความคิดของตน

1.3.2.3 อาการประสาทหลอน (Hallucination) เป็นการรับรู้

ผิดปกติแสดงให้เห็นด้วยพฤติกรรมแปลกๆจากการตอบสนองการรับรู้ที่ผิดๆ นั้น

1.3.2.4 มีความหลงผิดอื่น ๆ อย่างฝังใจและต่อเนื่อง

1.3.2.5 มีอาการประสาทหลอนอย่างต่อเนื่อง

1.3.2.6 พูดไม่ตรงประเด็น

1.3.2.7 มีพฤติกรรมคงรูปเดิม (Catatonic Behavior)

1.3.2.8 มีอาการทางลบ ((Negative symptom) คือมีภาวะไร้
อารมณ์ แยกตัวจากสังคมและมีพฤติกรรมทางสังคมที่เสื่อมลง

1.3.2.9 พฤติกรรมทั่วไปหรือพฤติกรรมบางอย่างเปลี่ยนไป โดยที่
ผู้ป่วยจะขาดความสนใจในสิ่งใด ๆ เกียจคร้าน หมกมุ่นกับตนเอง

การให้รหัสของโรคจิตเภทตามบัญชีการจำแนกทางสถิติระหว่าง
ประเทศและโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10= International
Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-
10) Version for 2010) โดยรหัสของโรคจิตเภททั้งหมดได้แก่ F20-F29 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การให้รหัสโรคจิตเภทตาม ICD-10

รหัสโรค	ชื่อโรคภาษาอังกฤษ	ชื่อโรคภาษาไทย
F20	Schizophrenia	จิตเภท
F20.0	Paranoid schizophrenia	จิตเภทแบบระแวง
F20.1	Hebephrenic schizophrenia	จิตเภทแบบเริ่มเกิดในวัยรุ่น
F20.2	Catatonic schizophrenia	จิตเภทแบบนิ่งเกร็ง
F20.3	Undifferentiated schizophrenia	จิตเภทแบบแบ่งแยกไม่ชัดเจน
F20.4	Post-schizophrenic depression	อารมณ์เศร้าหลังโรคจิตเภท
F20.5	Residual schizophrenia	จิตเภทที่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่
F20.6	Simple schizophrenia	จิตเภทแบบธรรมดา
F20.7	Other schizophrenia	จิตเภทอื่นๆ
F20.9	Schizophrenia, unspecified	จิตเภทมิได้ระบุรายละเอียด
F21	Schizotypal disorder	พฤติกรรมแบบจิตเภท
F 22	Persistent delusional disorders	โรคจิตที่มีอาการหลงผิดอย่าง ชัดเจนชนิดถาวร
F 22.0	Delusional disorder	ความผิดปกติแบบหลงผิด

รหัสโรค	ชื่อโรคภาษาอังกฤษ	ชื่อโรคภาษาไทย
F 22.8	Other persistent delusional disorders	กลุ่มอาการหลงผิดตลอดเวลาอื่นๆ
F 22.9	Persistent delusional disorder, unspecified	กลุ่มอาการหลงผิดตลอดเวลาที่ไม่ได้ระบุรายละเอียด
F 23	Acute and transient psychotic disorders	โรคจิตชนิดเฉียบพลันและเป็นชั่วคราว
F 23.0	Acute polymorphic psychotic disorder without symptoms of schizophrenia	โรคจิตชนิดเฉียบพลันที่มีหลายรูปแบบโดยไม่มีอาการของโรคจิตเภท
F 23.1	Acute polymorphic psychotic disorder with symptoms of schizophrenia	โรคจิตเฉียบพลันหลายรูปแบบมีอาการจิตเภท
F23.2	Acute schizophrenia-like psychotic disorder	โรคจิตที่มีอาการคล้ายจิตเภทเฉียบพลัน
F 23.3	Other acute predominantly delusional psychotic disorders	โรคจิตเฉียบพลันอื่น ๆ ที่มีการหลงผิดเป็นอาการเด่น
F 23.8	Other acute and transient psychotic disorders	โรคจิตเฉียบพลันและชนิดชั่วคราวชนิดอื่น ๆ
F 23.9	Acute and transient psychotic disorder, unspecified	โรคจิตเฉียบพลันและชนิดชั่วคราวสาเหตุไม่ได้ระบุรายละเอียด
F 24	Induced delusional disorder	การหลงผิดเกิดจากการเหนี่ยวนำโดยผู้อื่น
F 25	Schizoaffective disorders	ความผิดปกติชนิดจิตเภทแบบอารมณ์แปรปรวน
F 25.0	Schizoaffective disorder, manic type	กลุ่มอาการผิดปกติแบบอารมณ์แปรปรวนชนิดคลุ้มคลั่ง
F 25.1	Schizoaffective disorder, depressive type	กลุ่มอาการผิดปกติชนิดจิตเภทแบบอารมณ์แปรปรวนชนิดอารมณ์ซึมเศร้า

รหัสโรค	ชื่อโรคภาษาอังกฤษ	ชื่อโรคภาษาไทย
F 25.2	Schizoaffective disorder, mixed type	จิตเภทแบบอารมณ์เปลี่ยนแปลงชนิดอารมณ์ร่วมกัน
F 25.8	Other schizoaffective disorders	กลุ่มอาการผิดปกติชนิดจิตเภทและอารมณ์ผิดปกติอื่น ๆ
F 25.9	Schizoaffective disorder, unspecified	กลุ่มอาการผิดปกติชนิดจิตเภทและอารมณ์ผิดปกติ สาเหตุที่มีได้ระบุรายละเอียด
F 28	Other nonorganic psychotic disorders	โรคหลงผิดอื่นที่ไม่ใช่จิตเภท
F 29	Unspecified nonorganic psychosis	โรคหลงผิดที่ไม่ได้เกิดจากโรคทางกายสาเหตุที่มีได้ระบุรายละเอียด

จากความรู้เรื่องโรคจิตเภทดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงนำความรู้มาใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่จิตแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นจิตเภทตามเกณฑ์ของ ICD-10 รหัส F 20 (F20-F20.9)

1.4 ประเภทของโรคจิตเภท

การจำแนกประเภทของผู้ป่วยจิตเภทที่นิยมใช้มีอยู่ 2 ระบบคือ เกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันและเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา, 2554)

1.4.1 จำแนกตามสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) ได้จำแนกโรคทางจิตเภท 5 ประเภท ดังนี้

1.4.1.1 ประเภทหวาดระแวง (Paranoid) ผู้ป่วยประเภทหวาดระแวงจะมีอาการสำคัญในเรื่อง ความคิดหลงผิดและประสาทหลอนเป็นอาการนำ โดยลักษณะของความคิดหลงผิดจะเกี่ยวข้องกับการมีคนอื่นกล่าวร้าย ผู้อื่นพูดพาดพิงตน นอกจากนี้ยังมีความคิดหลงผิดในเรื่องคิดว่าตนเองเป็นคนยิ่งใหญ่ สำหรับอาการประสาทหลอนที่พบได้ในผู้ป่วยประเภทนี้คือได้ยินเสียงผู้อื่นกล่าวให้ร้ายตน มีเสียงสั่งให้ปฏิบัติตาม เสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง

1.4.1.2 ประเภทว้าวุ่นสับสน (disorganized) ผู้ป่วยประเภทนี้ จะมีอาการสับสนมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะอย่างไร้ความหมาย มีพฤติกรรมว้าวุ่น สับสน อาจมีการแสบะยี้ม มีท่าทางอย่างใดอย่างหนึ่งซ้ำ ๆ ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บกพร่อง นอกจากนี้ในผู้ป่วยประเภทนี้ยังพบเรื่องของอารมณ์ที่ราบเรียบไม่เหมาะสมกับสถานการณ์

1.4.1.3 ประเภทพฤติกรรมคงรูปเดิม (catatonic) เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเรื่องของการควบคุมกล้ามเนื้อที่เคลื่อนไหว (psychomotor symptom) โดยผู้ป่วยประเภทนี้จะมีอาการ 2 ใน 5 ของอาการต่างๆ ดังนี้ 1) อยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นระยะเวลานาน 2) มีการเคลื่อนไหวไร้จุดหมายมากเกินไป 3) เงียบเฉย ไม่พูด หรือต่อต้านต่อคำพูดและคำแนะนำของคนอื่น 4) มีการเคลื่อนไหวแปลก ๆ อยู่ในรูปแบบเดิมๆ ซ้ำ ๆ 5) พูดตามผู้อื่น (echolalia) หรือทำตามผู้อื่น (echopraxia)

1.4.1.4 ประเภทจำแนกไม่ได้ (Undifferentiated) ผู้ป่วยประเภทนี้จะมีอาการ 2 อาการของอาการต่อไปนี้ 1) อาการประสาทหลอน 2) อาการหลงผิด 3) มีอาการพูดสับสน 4) พฤติกรรมสับสนหรือพฤติกรรมซ้ำ ๆ หรืออยู่ในท่าเดิมนาน ๆ 5) มีอาการทางลบ (Negative symptoms) คือมีอาการราบเรียบ พูดน้อย เนื้อหาความคิดน้อย อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์

1.4.1.5 ประเภทที่ยังมีอาการหลงเหลือ (Residual) ผู้ป่วยเคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง การเจ็บป่วยครั้งใหม่ ผู้ป่วยจะไม่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ไม่มีความคิดหรือพฤติกรรมสับสน แต่ผู้ป่วยจะมีอาการทางลบเป็นอาการนำซึ่งได้แก่ อารมณ์ราบเรียบ พูดน้อย แยกตัวเอง ไม่มีความคิดริเริ่ม

1.4.2 องค์การอนามัยโลก (ICD-10) ได้จำแนกชนิดของโรคจิตเภทออกเป็น 9 ประเภท ได้แก่

1.4.2.1 โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) เป็นโรคจิตเภทที่พบมากที่สุด อาการจะปรากฏให้เห็นค่อนข้างเป็นลักษณะเดียวกันโดยที่ผู้ป่วยจะมีอาการหวาดระแวง หลงผิด และตามด้วยอาการประสาทหลอน นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ แรงดลใจ การพูดและบางครั้งอาจพบว่า มีการเกร็งของกล้ามเนื้อ ร่วมกับอาการตื่นเต้นไม่อยู่นิ่งด้วย

1.4.2.2 โรคจิตเภทชนิดเฮบีพรีนิก (Hebephenic

Schizophrenia) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้แล้ว อาการของโรคมักดำเนินอย่างรวดเร็วและรักษาหายยากโดยอาการของผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีความคิดหลงผิดและประสาทหลอนร่วมด้วยซึ่งโรคจิตเภทชนิดเฮบีพรีนิก จะมีลักษณะอารมณ์เฉพาตัวคือ อารมณ์ราบเรียบไม่เหมาะสมที่แสดงให้เห็นด้วยพฤติกรรม เช่น หัวเราะที่บ่งบอกถึงความพอใจ

1.4.2.3 โรคจิตเภทชนิดคาทาโทนิค (Catatonic Schizophrenia)

ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว ซึ่งอาจพบได้ในรูปแบบที่มีลักษณะตรงกันข้ามอย่างสิ้นเชิงคือ มีการเคลื่อนไหวมากตื่นเต้นวุ่นวาย (excitement) ปฏิเสธต่อต้าน (negativism) ยืนกราน (rigidity) ได้บางเวลาหรือต่อมาอาจไม่เคลื่อนไหวเลยหรือเฉยทื่อ (Stupor)

1.4.2.4 โรคจิตเภทชนิดเรื้อรัง (Residual Schizophrenia) ผู้ป่วย

เคยมีอาการโรคจิตชนิดใดชนิดหนึ่งแล้ว อาการดีขึ้นแต่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่ โดยผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมแยกตัว คิดช้า แยกตัว ไม่เข้าสังคม การดูแลตนเองไม่ดีและมักเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง

1.4.2.5 โรคจิตเภทชนิดจำแนกไม่ได้ (Undifferentiated

Schizophrenia) เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการไม่ชัดเจน มีการแสดงออกหลายอย่าง que เข้าข่ายลักษณะผู้ป่วยจิตเภท แต่อาการที่แสดงออกไม่เข้าข่ายจิตเภทประเภทต่างๆ แยกไม่ออกว่ามีลักษณะเด่นอะไรทำให้ไม่สามารถจำแนกประเภทได้

1.4.2.6 โรคจิตเภทชนิดเศร้าภายหลัง (Post- Schizophrenic

depression) ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าภายหลังเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท โดยผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าวร่วมไปกับอาการของโรคจิตเภท ซึ่งอาการทางลบยังคงหลงเหลืออยู่

1.4.2.7 โรคจิตเภทชนิดพฤติกรรมเสื่อมถอย (Simple

Schizophrenia) ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเสื่อมถอยโดยเริ่มมาเรื่อยๆ จนแสดงอาการชัดเจน โดยจะมีลักษณะเด่นเรื่องพฤติกรรมที่ถดถอยแต่จะไม่พบอาการหลงผิดและประสาทหลอน

1.4.2.8 โรคจิตเภทชนิดอื่น ๆ (Other Schizophrenia) เป็นโรค

จิตเภทชนิดไม่เข้าเกณฑ์ใด ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น

1.4.2.9 โรคจิตเภทที่ไม่สามารถระบุได้ (Unspecified

Schizophrenia) เป็นโรคจิตเภทที่ไม่สามารถระบุประเภทได้

1.5. อาการแสดงของโรคจิตเภท

มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) กล่าวว่า อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลักๆ คือ

1.5.1. psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน

1.5.2. disorganized dimension ได้แก่ disorganized behavior และ disorganized speech

1.5.3 negative dimension ผู้ป่วยจะขาดหรือมีความรู้สึกลดลงในด้านของความรู้สึกและความต้องการในสิ่งต่างๆ ซึ่งรวมเรียกออาการเหล่านี้ว่า อาการทางลบ (Negative symptom) ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการทางลบจะพูดน้อย เนื้อหาที่พูดน้อย (Alogia) การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงอย่างมาก หน้าตาเฉยเมยและไม่ค่อยสบตา (Affective flattening) นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยจะขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ทำอะไรได้ไม่ค่อยนาน (Avolition)

1.6 การดำเนินของโรค

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) กล่าวว่า การดำเนินของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1.6.1. ระยะอาการนำ (Prodromal phase) ระยะนี้อาการของผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยส่วนใหญ่แล้วจะมีอาการทางด้านลบ เช่น เริ่มมีปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแยลง ไม่ค่อยมีเพื่อนเก็บตัว ส่งผลตามมาในเรื่องของปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งระยะเวลาของการดำเนินโรคไม่แน่นอนอาจนานตั้งแต่สัปดาห์จนถึงเป็นปีโดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม ดังนี้

1.6.1.1 แยกตัวอยู่ตามลำพัง พูดน้อยลง ไม่สนใจตนเอง
แต่งกายสกปรก

1.6.1.2 แสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ แสดงสีหน้า
เรียบเฉย

1.6.1.3 ขาดความคิดริเริ่ม ไม่สนใจเรื่องงานและการเรียน

1.6.1.4 ปฏิบัติกิจวัตรตนเองบกพร่อง

1.6.1.5 พูดคนเดียว

1.6.2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมี ความผิดปกติของความคิด การรับรู้และอารมณ์ มีความสับสนเกี่ยวกับตนเอง ตลอดจนบกพร่องใน บทบาทหน้าที่ของตน ในระยะอาการกำเริบเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยนาน 1 เดือนขึ้นไป ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน disorganized speech , grossly disorganized behavior หรือ catatonic behavior, อาการด้านลบ ได้แก่ การแสดงออกทาง อารมณ์และสีหน้าลดลง

1.6.3. ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะ เริ่มมีอาการอาจพบ flat affect อาการประสาทหลอนหรือหลงผิด ซึ่งระยะอาการหลงเหลือนี้ผู้ป่วย อาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว หากผู้ป่วยทนต่อความกดดันทางจิตใจได้ไม่ดี ซึ่งจะพบว่าผู้ป่วยจะมี อาการเปลี่ยนแปลงไป เช่น การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัว วิตกกังวล หงุดหงิด เป็นต้น

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2554) กล่าวว่า การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1.7.1. การประเมินสภาพปัญหา

เป็นการค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อ การวิเคราะห์ระดับของ พฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ซึ่งต้องรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุมทุกด้าน เช่น การประเมิน สภาพร่างกาย การประเมินด้านการคิด การประเมินการรับรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วย การประเมิน พฤติกรรมและการมีสัมพันธภาพ เพื่อวางแผนการพยาบาลให้มีความครอบคลุม

1.7.2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยทางการพยาบาล ควรพิจารณาทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและสัมพันธภาพ

1.7.3. การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนระยะสั้นและระยะยาว เน้นหลักการ ดังนี้

1.7.3.1 การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรก ซึ่ง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากพยาบาล เช่น การดูแลด้านความปลอดภัย การดูแล สภาพร่างกาย การดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษา เป็นต้น

1.7.3.2 การวางแผนระยะยาว เน้นการดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง เช่น การดูแลสุขภาพและการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เช่น การกำหนดแผนการดำเนินชีวิต การใช้แหล่งบริการสุขภาพจิต เป็นต้น

1.7.4. การปฏิบัติกรพยาบาล

เป็นการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลโดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสม ประกอบด้วยเทคนิค ดังนี้

1.7.4.1 การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ

1.7.4.2 ลดความกังวลด้วยการยอมรับ ส่งเสริมการเผชิญปัญหา

อย่างเหมาะสม

1.7.4.3 ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

1.7.4.4 ใช้ความชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร

1.7.5. การประเมินผล

ในการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้น จนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้วเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล โดยผลการประเมินที่ควรพิจารณามี ดังนี้

1.7.5.1 ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตราย

1.7.5.2 ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยา

1.7.5.3 ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ดีขึ้น

1.7.5.4 ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น

1.7.5.5 ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการสื่อสาร

1.7.5.6 ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

1.8. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

1.8.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยจะรับผู้ป่วยในกรณีที่มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นหรือก่อความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น หรือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรงหรือเพื่อควบคุมเรื่องยาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยาหรือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาในการวินิจฉัย

1.8.2 การรักษาด้วยยา ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญในการรักษา เนื่องจากยาจะ ช่วยควบคุมอาการทางด้านบวกและสามารถช่วยลดอาการกลับเป็นซ้ำได้ ซึ่งการรักษาด้วยยาแบ่ง ออกเป็น 3 ระยะได้แก่

1.8.2.1 ระยะเฉียบพลัน (acute phase) การรักษาด้วยยาใน ระยะนี้มีเป้าหมายเพื่อ ทำให้อาการทางจิตลดลงโดยยาขนานแรกที่ใช้ได้แก่ haloperidol โดยให้ ขนาด 6 มก./วัน หากผู้ป่วยมีอาการมากอาจเพิ่มขนาดเป็น 10-15 มก./วัน ร่วมกับ diazepam 5 มก.กินวันละ 3-4 เวลา ในผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ควรเริ่มยาในระดับต่ำ เช่น haloperidol 2-4 มก./วัน หากผู้ป่วยอาการดีขึ้นอาจคงยาไว้แค่ 4 มก./วัน

1.8.2.2 ระยะทำให้คงสภาพ (stabilization phase) ในผู้ป่วยที่มี อาการทุเลาแล้วยังมีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการ การลดยาลงเร็ว หรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้

1.8.2.3 ระยะอาการคงที่ (stable หรือ maintenance phase) เป็นระยะที่อาการผู้ป่วยทุเลาลง แต่ยังคงมีความจำเป็นต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการ กลับเป็นซ้ำ

1.8.3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภท ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมด้วย โดยทำ ECT สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง

1.8.4. การรักษาด้านจิตสังคม เป็นส่วนหนึ่งสำคัญของการรักษา เนื่องจาก อาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการอยู่ใน ระยะดีขึ้นบ้างแล้ว แต่หากผู้รักษาไม่สนใจในการช่วยเหลือแก้ไขจะทำให้พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทก็ยังคงมี ปัญหาทางจิตสังคม ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคมประกอบด้วย

1.8.4.1 จิตบำบัด (Psychotherapy therapy) ใช้หลักการของ จิตบำบัดชนิดประคับประคอง การบำบัดด้วยวิธีนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นที่พอทำ ได้ตลอดจนการค้นหาความรู้สึกเครียดหรือความกดดันอะไรที่ทำให้ผู้ป่วยทนไม่ได้

1.8.4.2 การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psychoeducation or family counseling) การทำครอบครัวบำบัดหรือการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคแก่ครอบครัว จะทำให้ครอบครัวเข้าใจผู้ป่วยและมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ช่วยลดความกดดันที่จะเกิด ขึ้นกับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

1.8.4.3 กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมระหว่างกลุ่ม แก่ผู้ป่วย โดยเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีเพื่อนมีการช่วยเหลือให้คำแนะนำแก่กัน เน้นการสนับสนุนและให้กำลังใจ เนื่องจากการจัดกิจกรรมเป็นการบำบัดที่ใช้รูปแบบการทำงานเป็นกลุ่มจึงต้องมีความรู้พื้นฐานเรื่องการทำกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มและเอื้อให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็น

1.8.4.4 นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา จัดสภาพบรรยากาศอย่างมีจุดมุ่งหมายและมีแบบแผน มีวัตถุประสงค์ เพื่อการรักษาโดยเฉพาะโดยกิจกรรมประกอบไปด้วย การจัดกิจกรรมต่างๆภายในหอผู้ป่วย ระบบการบริหารจัดการซึ่งผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเท่าที่พอจะทำได้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง

1.8.4.5 พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) เป็นวิธีการบำบัดพฤติกรรมถดถอยไม่สมวัย และพฤติกรรมไม่รับผิดชอบของผู้ป่วยเรื้อรัง วิธีการที่นิยมใช้คือการเรียนรู้โดยการวางเงื่อนไข (operant condition) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ตามพฤติกรรมที่ต้องการ เช่น การดูแลตนเองเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรับผิดชอบหรือบางครั้งก็วิธีการที่เรียกว่า Taken economy program โดยใช้สัญลักษณ์การให้รางวัลเพื่อเป็นการเสริมแรงว่าผู้ป่วยทำดี ทำได้ถูกต้อง

1.9 ความหมายของโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบ

Elizabeth M. Varcarolis and Margaret Jordan Halter (2009) กล่าวว่า อาการทางลบเป็นการทำงานบกพร่องของประสาทการรู้คิด ไร้ซึ่งอารมณ์ มีภาวะสิ้นยินดี การทำหน้าที่ทางสังคมไม่ดี

Elizabeth M and Margaret Jordan Halter (2010) กล่าวว่า อาการทางลบเป็นอาการการที่ขาดในบางสิ่งบางอย่างในสิ่งที่ควรจะเป็นในปัจจุบัน เช่น ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ (apathy) ขาดแรงจูงใจ (lack of motivation) มีภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) และกระบวนการคิดบกพร่อง (poor thought process)

Katherine M. Fortinash and Patricia A. Holoday Worret (2008) กล่าวว่า อาการทางลบเป็นอาการที่มีความยากและมีความซับซ้อนในการรักษา ซึ่งจะพบอาการทางลบเกือบทุกระยะของการเจ็บป่วยโดยอาการทางลบนั้นจะประกอบด้วย 1) อาการไร้ซึ่งอารมณ์ (apathy)

2) แยกตัว (withdrawal) 3) เฉื่อยชา หรือขาดแรงจูงใจ (avolition) 4) ไม่แสดงอารมณ์หรือมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลง (blunted or flat affect) 5) ขาดความรู้สึกอบอุ่นหรือขาดความมีชีวิตชีวา (loss of warmth or vibrancy) 6) การคิดลดลง (absent or reduced thought) 7) มีภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) เนื่องจากขาดความสนุกสนานเพลิดเพลินหรือหรือสิ่งที่ทำให้มีความสุข

Kay, Fiszbein, and Opler (1987) กล่าวว่า อาการทางลบประกอบไปด้วยอาการ ดังนี้ 1) อาการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) 2) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) 3) การมีมนุษยสัมพันธ์บกพร่อง (poor rapport) 4) อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/apathetic social withdrawal) 5) มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficulty in abstract thinking) 6) การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and flow of conversation) 7) มีการคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking)

เพียร์ดี เปี่ยมมงคล (2553) กล่าวว่า อาการทางลบ (Negative symptoms) เป็นการแสดงออกของอารมณ์ที่ลดลง น้ำเสียงราบเรียบ (Flat affect) มีหน้าตาเฉยเมย ผู้ป่วยจะขาดความกระตือรือร้น (avolition) ไม่มีความสุขหรือความพึงพอใจในกิจกรรมต่างๆ (anhedonia) และพูดน้อย (alogia) เนื่องจากเนื้อหาความคิดมีน้อย

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบคือ ผู้ป่วยที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลงแสดงออกโดย สีหน้าเรียบเฉย น้ำเสียงราบเรียบ ไร้อารมณ์ (Flat affect) พูดน้อย (alogia) ขาดพลังงานหรือแรงจูงใจทำให้ขาดความกระตือรือร้น (avolition) หรือไม่มีความสุขหรือความพึงพอใจในการทำกิจกรรม (anhedonia)

1.10 ความชุกของโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบ

Bobes, Arango, Garcia-Garcia, Rejas (2008) ได้ทำการศึกษา เรื่อง ความชุกของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบและพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบคิดเป็น ร้อยละ 57.6 จำแนกลักษณะตามอาการ ดังนี้ 1) แยกตัวจากสังคม (social withdrawal) ร้อยละ 45.8 2) แยกตัวทางอารมณ์ (emotion withdrawal) ร้อยละ 39.1 3) มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (poor rapport) ร้อยละ 35.8 4) การแสดงออกทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunted affect) ร้อยละ 33.1

เวนิช บุราชรินทร์ (2554) กล่าวว่า ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบร้อยละ 30-31.5

1.11 ผลกระทบของอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน แม้จะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ จากการศึกษาของ เวนิช บุราชรินทร์ (2554) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีถึงร้อยละ 31.5 โดยมีลักษณะอาการเด่นคือ พูดน้อย การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงอย่างมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา โดยอาการเหล่านี้จะเกี่ยวข้องกับความคิดผิดปกติในเรื่องของความคิด การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและการตัดสินใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร่องในการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ หรืออาจบกพร่องในหลาย ๆ เรื่อง เช่น การเรียน การดูแลตนเอง ความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นต้น

1.12 อาการของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีอารมณ์ที่เฉยเมย (Flattened affect) กล่าวคือ ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าต่างๆ ลดลง ไม่ว่าจะเป็นอารมณ์โกรธ ดีใจ เสียใจ ซึ่งผู้ป่วยจะแสดงสีหน้าเรียบเฉย ไม่สบตาหรือสบตาน้อย การแสดงออกทางการเคลื่อนไหวน้อยลง ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ (Poor rapport) โดยผู้ป่วยจะขาดการมีส่วนร่วมในการสนทนาและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม หลีกเลียงการเข้าสังคม (Passive/apathic social withdrawal) ทำให้ผู้ป่วยมีเพื่อนน้อยหรือไม่มีเลยในส่วนของความคิดผู้ป่วยจะมีการคิดซ้ำ ๆ (stereotyped thinking) ผู้ป่วยจะมีการคิดซ้ำๆ จะพูดคุยในเรื่องเดิมๆ ซึ่งเป็นความคิดความเชื่อที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ เมื่อกระตุ้นให้คิดผู้ป่วยจะมีความยากลำบากในการคิด ขาดความต่อเนื่องของความคิดทำให้ผู้ป่วยพูดน้อย จะมีการตอบคำถามสั้นๆ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะขาดความกระตือรือร้น (avolition) และไม่แสดงอารมณ์ (apathy) ผู้ป่วยจะหมดพลังงานและแรงขับ ไม่มีแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ความต้องการในการเข้าร่วมกิจกรรมน้อยทำให้ชีวิตขาดความสนุกสนานหรือมีภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) ส่งผลต่อความสามารถในการเรียนและการทำงานลดลง มีความยากลำบากในการทำงานให้สำเร็จ ไม่มีชีวิตชีวา ตอบสนองการกระตุ้นเพียงช่วงสั้น ๆ โดยอาการทางลบสามารถแบ่งได้ 2 ชนิด ได้แก่

1) อาการทางลบชนิดปฐมภูมิ (Primary negative symptom) เป็นกลุ่มอาการทางลบที่เกิดจากตัวโรคเองโดยผู้ป่วยจะมีลักษณะของบุคลิกภาพเดิมก่อนป่วยไม่ดี ในระหว่างที่มีอาการโรคจิตผู้ป่วยก็จะมีอาการทางลบร่วมด้วย ทำให้บุคลิกภาพหรือการทำหน้าที่ต่างๆ เสื่อมลง

2) อาการทางลบทุติยภูมิ (Secondary negative symptom) เป็นอาการทางลบที่เกิดขึ้นจากสาเหตุอื่น ส่วนใหญ่เกิดจากผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตหรือโรคซึมเศร้า ภาวะหมดกำลังใจ ซึ่งเกิดจากการขาดการกระตุ้นเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน

1.13 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการทางลบ

Galderisi et al. (2013) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในระยะยาวจะแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลง ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัวและจะมีความยากลำบากในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม

Erickson, Jaafari, and Lysaker (2011) กล่าวว่า การหยิ่งรู้และอาการทางลบเป็นปัจจัยทำนายการทำหน้าที่ในการทำงานของผู้ป่วยจิตเภท

Faerden et al. (2013) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่มีอารมณ์เฉยเมย มีความจำในการพูดที่ต่ำ และเพศชายสามารถทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมที่ต่ำภายหลังที่ได้รับการรักษา 1 ปี

1.14 การประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาเครื่องมือของการประเมินอาการทางลบประกอบด้วยเครื่องมือ ดังนี้

1.14.1 Scale for assessment of negative symptom (SANS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท เป็นแบบประเมินที่ใช้การสัมภาษณ์เป็นหลัก ซึ่งมีทั้งหมด 25 ข้อคำถามและมี 5 หัวข้อหลักในการประเมินคืออารมณ์ราบเรียบหรือการแสดงอารมณ์ที่ลดลง (affective flattening or blunting) , พูดน้อย (alogia), เฉื่อยชา -ไร้อารมณ์ (avolition-apathy), ภาวะสิ้นยินดี (anhedonia-asociality) และความสนใจ (attention) มีระดับของการให้คะแนนแบบ likert scale 6 ระดับ คะแนนของการประเมินอยู่ระหว่าง 0 ถึง 5 คะแนน มีค่า Reliability 0.63/0.82 หากพบว่าคะแนน SANS สูงก็จะพบว่า มีระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพเพิ่มมากขึ้น (Andreasen & Nancy C, 1989)

1.14.2 The Clinical Assessment Interview for Negative Symptom (CAINS) เป็นแบบประเมินที่มีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์และใช้ประเมินอาการทางลบซึ่งมีเกณฑ์ในการให้คะแนนเป็นแบบ Likert 7 ระดับโดยที่คะแนนรวมที่สูงบ่งบอกถึงพยาธิสภาพของอาการทางลบที่มาก

1.14.3 The Brief Negative Symptom Scale (BNSS)

เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินอาการทางลบประกอบไปด้วยข้อความทั้งสิ้น 13 ข้อ และมีการประเมินอาการย่อย 6 อาการดังนี้ Anhedonia, Distress, Asociality, Avolition, blunted affect, and Alogia เกณฑ์ในการให้คะแนนเป็นแบบ Likert 7 ระดับ แบบประเมิน BNSS นี้เป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินอาการของผู้ป่วยที่มีอาการทางลบได้เป็นอย่างดีเนื่องจากมีความเที่ยงของเครื่องมือที่ 0.93 เมื่อนำเครื่องมือไปใช้มีค่าความเที่ยงที่ 0.76 และเมื่อนำไป Retest มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90

1.14.4 Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)

ที่ ธนา นิลชัยโกวิทช์และคณะ (ม.ป.ป.) ได้พัฒนาขึ้นจากเครื่องมือ PANSS ตามแนวคิดของ Kay et al. (1987) ได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภทประกอบไปด้วยการประเมินอาการทางบวก 7 อาการ (อาการหลงผิด ความคิดสับสน อาการประสาทหลอน อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง ความรู้สึกกระแวมักคน มุ่งร้าย ความรู้สึกไม่เป็นจริง) อาการทางลบ 7 อาการ (การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง การแยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการคิดเชิงนามธรรม การสนทนาไม่เกิดขึ้นเองอย่างเป็นธรรมชาติและไม่สิ้นไหลอย่างต่อเนื่อง การคิดอย่างตายตัว) อาการทั่วไปทางด้านจิตวิทยา 16 อาการ (ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย อาการวิตกกังวล ความรู้สึกผิด ความตึงเครียด ทำทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ อาการซึมเศร้า การเคลื่อนไหว เชื่องช้า การไม่ร่วมมือ เนื้อหาความคิดผิดปกติ การไม่รู้วันเวลาสถานที่และบุคคล อาการสมาธิและความสนใจเสีย การตัดสินใจและการหยั่งรู้ตนเองเสีย การไม่สามารถควบคุมการตัดสินใจหรือริเริ่มสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ความสามารถควบคุมแรงผลักดันไม่ดี การคิดหมกมุ่น การหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม) โดยการแปลผลคะแนนในแต่ละขั้นจะแสดงถึงระดับของความรุนแรงของความผิดปกติที่เพิ่มขึ้นตั้งแต่ 1 (ไม่มีอาการ) จนถึง 7 (มีพยาธิสภาพในขั้นรุนแรงมาก) โดยนำคะแนนที่ประเมินได้ไป

เปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน โดยคะแนนจะถูกเปลี่ยนเป็น T-scores โดยคะแนนมากแสดงว่ามีอาการมากคะแนนต่ำแสดงว่ามีอาการน้อย

1.14.5 Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่ หงษ์ บันเทิงสุขและจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) พัฒนาเครื่องมือการประเมินอาการทางลบจาก โครงสร้างเนื้อหาที่ ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) ได้พัฒนาขึ้นจากเครื่องมือ PANSS ตาม แนวคิดของ Kay et al. (1987) โดย ประกอบด้วยการประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ มี จำนวนข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ แบ่งเป็น การสังเกตจำนวน 6 ข้อ และการสัมภาษณ์จำนวน 7 ข้อ โดยรายละเอียดของอาการ คือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunted affect) 2 ข้อ การแยกตัว ทางอารมณ์ (emotional withdrawal) 2 ข้อ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (poor rapport) 2 ข้อ อาการแยกตัวจากสังคม (passive/apathetic social withdrawal) 2 ข้อ มีปัญหาในการใช้ ความคิดนามธรรมชาติ (lack of spontaneity and flow of conversation) 2 ข้อ และการคิด ตายตัว (stereotyped thinking) 1 ข้อ ซึ่งเกณฑ์ในการคิดคะแนนในแบบสัมภาษณ์กำหนดให้ผู้ตอบ แบบสัมภาษณ์เลือก 1 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
มีอาการ	ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว	1
ไม่มีอาการ	ไม่ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว	0

คะแนนที่ประเมินได้จะอยู่ในช่วง 0-13 คะแนนการแปลผลจะแปลจากค่าคะแนน หากคะแนนสูง แสดงว่ามีคะแนนอาการทางลบมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีอาการทางลบน้อย โดยแบ่งระดับคะแนนดังนี้ คะแนน 10-13 คะแนน ถือว่ามีคะแนนอาการทางลบมาก คะแนน 5-9 คะแนนถือว่ามีคะแนนอาการทางลบปานกลาง และคะแนน 0-4 คะแนนถือว่ามีอาการทางลบน้อย ซึ่งมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .84

1.14.6 Negative Symptoms Assessment (NSA) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการ ประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและมีการเจ็บป่วยที่รุนแรง ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งเดิมนั้นมีจำนวนข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ต่อมาได้พัฒนาเครื่องมือโดยลดจำนวนข้อคำถามลงจาก 26 ข้อเป็น 16 ข้อ (Alphs et al., 2011)

1.14.7 Brief Negative Symptom Scale (BNSS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการทางลบ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 13 ข้อคำถามและสามารถประเมินได้ในระยะเวลา 15 นาที ((Kirkpatrick et al., 2011)

1.14.8 The Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก National Institute of Mental Health program มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อคำถาม เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการทางลบในเรื่องของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วย การแสดงออกทางอารมณ์ทางคำพูดและการจูงใจให้เกิดความพึงพอใจ (Horan, Kring, Gur, Reise, & Blanchard, 2011)

2. ภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

2.1 ความหมาย

Agrawal et al. (2012) กล่าวว่า ภาวะสิ้นยินดี หมายถึง ภาวะที่บุคคลขาดความสามารถหรือความเพลิดเพลินที่มีจะประสบการณ์ของความสุขจากกิจกรรมปกติหรือขาดการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความสุข

Cohen, Callaway, Najolia, Larsen, and Strauss (2012) กล่าวว่า ภาวะสิ้นยินดี หมายถึง ความผิดปกติในประสบการณ์ของอารมณ์สุข ซึ่งเป็นอาการเด่นของผู้ป่วยจิตเภท

Grillo (2012) กล่าวว่า ภาวะสิ้นยินดี หมายถึง ภาวะที่ไม่สามารถเพลิดเพลินหรือมีประสบการณ์ของความสุขตามปกติที่ควรจะเป็น ซึ่งพบได้ทั่วไปในผู้ป่วยโรคจิตเภท

Horan, Kring, and Blanchard (2006) กล่าวว่า ภาวะสิ้นยินดี หมายถึง ภาวะของอารมณ์ที่ขาดความสามารถของการมีประสบการณ์ของความสุขซึ่งเป็นอาการทางคลินิกที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

Favrod et al. (2015) กล่าวว่า ภาวะสิ้นยินดี หมายถึง ความยากลำบากในการคาดหวังประสบการณ์ของความสุข

Favrod et al. (2010) กล่าวว่า ภาวะสิ้นยินดี หมายถึง การลดลงของความสามารถในการมีประสบการณ์ของความสุข

Wolf (2006) กล่าวว่า ภาวะสิ้นยินดี หมายถึง ภาวะที่มีปริมาณของประสบการณ์ของความสุขที่ลดลง ซึ่งภาวะสิ้นยินดีนั้นเป็นหนึ่งในอาการของโรคจิตเภท

Li et al. (2015) กล่าวว่า ภาวะสิ้นยินดี หมายถึง การลดลงของประสบการณ์ของความสุข ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่พบในผู้ป่วยจิตเภท

Shankman et al. (2014) กล่าวว่า ภาวะสิ้นยินดีตรงมีความหมายในเชิงภาษาอังกฤษที่ว่า “without pleasure” ซึ่งหมายถึง การปราศจากความสุข โดยจะแสดงอาการทางคลินิก ดังนี้ 1) บกพร่องประสบการณ์ของการรับรางวัล (Deficit the temporal experience of reward) 2) มีการจำกัดระดับของอารมณ์ (Restricted range of affect) 3) การขาดความสนใจขาดประสบการณ์ของความสุข (Loss of interest, Loss of pleasure) 4) ขาดตัวกระตุ้นที่จะทำให้เกิดความสุข (Across a wide range of pleasurable stimuli)

สรุปได้ว่า ภาวะสิ้นยินดี หมายถึง การลดลงหรือการขาดหายของความสามารถในการมีประสบการณ์ความสุขของบุคคลโดยยังคงมีการรับรู้ความสุขในระดับหนึ่งแต่ไม่มากเหมือนคนทั่วไปที่ควรจะเป็น

2.2 ความชุกของภาวะสิ้นยินดี

ภาวะสิ้นยินดี เป็นหนึ่งในอาการทางลบ ซึ่งลดประสิทธิภาพการทำงานทางด้านความคิดที่จะเกิดแรงจูงใจในการเกิดผลลัพธ์ที่ต้องการทำให้เกิดความสุข จากการศึกษาส่วนใหญ่ในปัจจุบันรายงานว่าค่าเฉลี่ยของภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทมีระดับที่สูงขึ้น (Wolf, 2006) และในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบคิดเป็นร้อยละ 45 (Pelizza & Ferrari, 2009) ภาวะสิ้นยินดีนอกจากจะพบได้ในโรคจิตเภทแล้วยังสามารถพบได้ในโรคอื่นๆ ได้ เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคพาร์กินสัน ผู้ที่ใช้สารเสพติด โรคออทิสติก (Chevallier, Grezes, Molesworth, Berthoz, & Happe, 2012; Grillo, 2016; Hatzigiakoumis, Martinotti, Giannantonio, & Janiri, 2011; Loas, Krystkowiak, & Godefroy, 2012)

2.3 สาเหตุของการเกิดภาวะสิ้นยินดี

2.3.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ

2.3.1.1 สารสื่อประสาท พบว่าสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสิ้นยินดีคือ Dopamine ซึ่งจะทำหน้าที่ในการเป็นสื่อกลางระหว่างความคิด ความชอบและการได้รับรางวัล (Berridge & Robinson, 2003; Smith, Becker, & Kapur, 2005)

2.3.1.2 ปัจจัยด้านพยาธิสรีรวิทยา ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของ Mesolimbic dopamine ที่ลดลงจะมีความเกี่ยวข้องกับความเฉื่อยชาและการคาดหวังหรือมีลักษณะ

แผนของภาวะสิ้นยินดีความผิดปกติที่ที่มีการทำหน้าที่บกพร่องโดยที่ Mesolimbic pathway มีหน้าที่ในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม

2.3.1.3 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดีจะมีปริมาณของ gray matter ที่มีอยู่จำกัด (Keedwell, Andrew, Williams, Brammer, & Phillips, 2005)

2.3.2.ระบบของต่อมไร้ท่อ โดยจะพบว่า ภาวะสิ้นยินดีมีการทำงานของต่อมไร้ท่อที่ผิดปกติไป ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของ Hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) และ Hypothalamic-pituitary-gonadal (HPG)

2.3.3.การขาดความสุขต่อสิ่งที่มีกระตุ้น 3 ด้าน (Keedwell et al., 2005) คือ

2.3.3.1 social stimuli เมื่อมีภาวะสิ้นยินดีเกิดขึ้นผู้ป่วยจะขาดหรือไม่มีประสบการณ์ของความสุขในเรื่องของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น การทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น การแสดงออกทางสีหน้าและความรู้สึก

2.3.3.2 sensory stimuli การเกิดแรงขับที่นำไปสู่ความสุขนั้นสามารถทำได้โดยการกระตุ้นความรู้สึก และการกระตุ้นทางกายผ่านระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5 หากผู้ป่วยมีภาวะสิ้นยินดีก็จะทำให้ลดความสุขที่เกิดจากการกระตุ้นทางความรู้สึกไม่ว่าจะเป็นด้านการดมกลิ่น การได้ยินเสียง การสัมผัส การเคลื่อนไหวและอุณหภูมิ

2.3.3.3 drug/substances ยาและสารมีผลต่อระบบของสารสื่อประสาทโดปามีนในส่วนของ mesolimbic pathway เนื่องจากมีผลต่อการสร้างความสุข หากผู้ป่วยขาดยา ก็จะทำให้เกิดภาวะสิ้นยินดีได้เช่นกัน (Shankman et al., 2014)

2.3.4 ประสบการณ์ของความสุข โดยจะพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะสิ้นยินดีจะมีการรับรู้ถึงประสบการณ์ของความสุขในอดีตและมีความสุขในปัจจุบันที่ลดลงรวมทั้งขาดความเชื่อเกี่ยวกับความสุขทำให้ขาดแรงจูงใจ ส่งผลให้ความสามารถในการมีประสบการณ์ของความสุขลดลง (Agrawal et al., 2012; Ho & Sommers, 2013; Rubin; Strauss & Gold, 2012)

2.4 ลักษณะของผู้ป่วยที่มีภาวะสิ้นยินดี

ผู้ป่วยที่มีภาวะสิ้นยินดีจะมีลักษณะ ดังนี้ 1) มีประสบการณ์เกี่ยวกับความสุขที่ลดลง 2) ขาดความเชื่อเกี่ยวกับความสุข 3) ไม่มีความสุขในปัจจุบัน ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจ ขาดความเพลินเพลินในการทำกิจกรรม ตลอดจนไม่มีความรู้สึกใกล้ชิดและสนิทสนมกับผู้อื่น (Ho & Sommers, 2013) นอกจากนี้ยังพบว่า การมุ่งหวังความสุขและความพึงพอใจในผู้ป่วย

ที่มีภาวะสิ้นยินดีมีความสัมพันธ์กับความจำในระดับที่ต่ำและการทำหน้าที่ของสมองที่บกพร่องไป ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงทางอารมณ์ที่ลดลงและมีพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรงขึ้น (Strauss, 2013; Strauss & Gold, 2012)

2.5 เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะสิ้นยินดี

ผู้ป่วยที่มีภาวะสิ้นยินดี จะมีประสบการณ์ของการสร้างความสุขหรือความสนุกสนานที่ลดลง ในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย งานอดิเรก ความต้องการทางเพศ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและจะมีอาการทางคลินิก ดังนี้

- 1) ขาดประสบการณ์ของการสร้างความสุข
- 2) มีความพร่องหรือการทำงานที่ผิดปกติทางด้านจิตใจและการทำงานของระบบประสาทชีวภาพโดยจะแสดงอาการในโรคทางจิตหลายโรค เช่น โรคซึมเศร้า และโรคจิตเภท
- 3) ขาดหรือไม่มีประสบการณ์ของความสุข

ซึ่งตามเกณฑ์บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) ได้ระบุรหัสของภาวะสิ้นยินดีคือ R 45.84

2.6 การรักษาภาวะสิ้นยินดี

การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสิ้นยินดีนั้นประกอบไปด้วย

2.6.1 การรักษาด้วยยาด้านโรคจิต ซึ่งยาจะไปมีผลที่ D₂ dopamine receptor

2.6.2 การรักษาทางจิตสังคม ซึ่งประกอบไปด้วยซึ่งมีการบำบัดในรูปแบบที่

หลากหลายเช่น paid work programs cognitive-behavioral therapy (Bryson, Lysaker, & Bell, 2002; Rector, Beck, & Stolar, 2005)

2.7 การประเมินภาวะสิ้นยินดี

จากการศึกษาเครื่องมือของการประเมินภาวะสิ้นยินดีประกอบด้วยเครื่องมือ ดังนี้

2.7.1 The assessment of anhedonia in clinical and non-clinical populations: Further validation of the Snaith–Hamilton Pleasure Scale (SHAPS) ที่พัฒนาโดย Franken et al. (2007) โดยแปลเป็นภาษาฝรั่งเศสซึ่งแบบประเมินนี้มีค่า Cronbach' s alpha = .91 โดยแบบประเมินประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ให้คะแนนแบบ Rating scale โดยที่

1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 หมายถึง เห็นด้วย 3 หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 4 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีการประเมินประการณของความสุขใน 4 หัวข้อคือ 1) ความสนใจในอดีต 2) การมีสัมพันธภาพทางสังคม 3) ประสบการณ์ของการรับรู้ความรู้สึก 4) อาหารและน้ำ ให้คะแนนแบบ Rating scale โดยที่ 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 หมายถึง เห็นด้วย 3 หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 4 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยคะแนนจะอยู่ระหว่าง 14-56 โดยที่คะแนนที่สูงจะบอกถึงการมีระดับของภาวะสั่นยินดีที่ต่ำ (Franken, Rassin, & Muris, 2007)

2.7.2 Scale for Physical and Social Anhedonia เป็นแบบประเมินที่มีลักษณะของคำตอบเป็นแบบถูก-ผิด มีค่า coefficient alpha ด้าน Physical and social Anhedonia เท่ากับ .74 และ .85 ซึ่งแบบประเมินนี้ แบ่งเป็นการประเมิน 2 ด้านคือ 1) ด้านกายภาพ (Physical Anhedonia) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ และ 2) ด้านสังคม (Social Anhedonia) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 48 คำถาม รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 88 คำถาม (Chapman, Chapman, & Raulin, 1976)

2.7.3 The Brief Negative Symptom Scale (BNSS) เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินอาการทางลบประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 13 ข้อ มีการประเมินอาการย่อย 6 อาการ ดังนี้ Anhedonia, Distress, Asociality, Avolition, blunted affect, and Alogia โดยเลือกเฉพาะข้อคำถามด้าน ภาวะสั่นยินดี (Anhedonia) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ คือ 1. ความเข้มของความสุขระหว่างทำกิจกรรมต่างๆ 2. ความถี่ของความสุขขณะทำกิจกรรมต่างๆ และ 3. ความเข้มของความสุขที่คาดหวังจากกิจกรรมต่าง ๆ ในอนาคต

สรุปได้ว่า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะสั่นยินดีในการวิจัยครั้งนี้คือแบบประเมิน BNSS โดยเลือกอาการ Anhedonia ซึ่งเป็นอาการย่อยมาใช้ในการประเมินภาวะสั่นยินดีของกลุ่มตัวอย่าง

2.8 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบร่วมกับมีภาวะสั่นยินดี

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีภาวะสั่นยินดีเป็นอาการเด่น ซึ่งการบำบัดรักษาทางการพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันยังไม่ได้มีการบำบัดที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยในกลุ่มนี้ แต่ได้มีการนำรูปแบบของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาทางการพยาบาล (วาทีณี สุขมาก, 2556) ดังนี้

- 1) จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคอง ผู้รักษาควรตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีการแก้ปัญหาในรูปแบบอื่นๆ ที่เขาพอทำได้และให้คำแนะนำบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาว่า ความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เข้ามกทนไม่ได้
- 2) การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (family counseling หรือ psychoeducation) การทำครอบครัวบำบัดหรือการให้ความรู้เรื่องโรคเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากสาเหตุที่เพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วยนั้น เกิดจากการที่ครอบครัวเข้าใจว่าการที่ตนเลี้ยงลูกไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต ทำให้เกิดความรู้สึกผิดหรือกล่าวโทษตนเอง และในครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง ซึ่งหากญาติมีความรู้ความเข้าใจ เรื่องโรครวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติแก่ผู้ป่วยจะทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น
- 3) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) มีประโยชน์ในการลดพฤติกรรมแปลกๆ หรือพฤติกรรมเบี่ยงเบนและเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสม
- 4) กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน มีการฝึกทักษะทางสังคมเน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ
- 5) การฝึกทักษะทางสังคม โดยเฉพาะพฤติกรรมต่างๆ เช่น การสบตา การแสดงสีหน้าและพฤติกรรมที่เหมาะสมในสังคมโดยใช้ วัสดุทัศน บบาทาผสมมติและการทำแบบฝึกหัด
- 6) ปัญญาบำบัด โดยปรับปรุงความผิดปกติด้านความคิด เช่น การลดอาการวอกแวกและการตัดสินใจที่เหมาะสม
- 7) นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมขบวนการรักษาประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน เป็นต้น

และจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศของ Elis et al. (2013) พบว่า ได้มีการนำ การบำบัดรักษาทางด้านจิตสังคม สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ดังนี้

- 1) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive Behavior Therapy)
- 2) การฝึกทักษะทางสังคม (social skills training)
- 3) การบำบัดแบบผสมผสาน เช่น ครอบครัวยุติบำบัด การให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นต้น

3. แนวคิดและหลักการพื้นฐานในการบำบัดเพื่อลดภาวะสิ้นยินดี

3.1 ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสิ้นยินดี: บทบาทของการรับรู้ความสามารถในการควบคุม (Understanding Anhedonia : The Role of Perceived Control)

ภาวะสิ้นยินดี หมายถึง ขาดความสนใจหรือประสบการณ์ที่จะทำให้เกิดประสบการณ์ของความสุข ซึ่งพบมากในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยซึมเศร้าและยังสามารถพบได้ในผู้ที่มีความผิดปกติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตประสาท การควบคุมการรับรู้มีบทบาทสำคัญในการเกิดภาวะสิ้นยินดี เนื่องจากมีการเชื่อมโยงทางด้านประสาทชีววิทยาที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทที่มีชื่อว่าโดปามีน ในระบบ mesocorticolimbic และมีความเกี่ยวข้องในลักษณะของอารมณ์ในเชิงบวกที่มีความเกี่ยวข้องกับความสนใจหรือหลีกเลี่ยง

3.1.1. แรงจูงใจและการแสดงพฤติกรรมโดยมีทิศทางเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่มุ่งหวัง (Motivation and Goal-Directed Behaviors)

3.1.1.1 แรงจูงใจ (Motivation)

3.1.1.1.1 ความหมาย

การจูงใจ (Motivation) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลถูกกระตุ้น ทั้งปัจจัยภายในซึ่งได้แก่ ความต้องการ (Need) แรงขับ (Drives) และความคาดหวัง (Expectation) และภายนอกได้แก่ สิ่งล่อใจ (Incentives) และตัวเสริมแรง (Reinforcers) ทำให้เกิดแรงจูงใจในการเกิดพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่เป้าหมายด้วยวิถีทางที่เหมาะสมในเวลาที่เหมาะสมซึ่งพฤติกรรมที่กระตุ้นให้แสดงออกมาเรียกว่าพฤติกรรมที่ถูกจูงใจ (Motivated behavior) เพื่อเดินไปสู่เป้าหมาย (Goal)

คัคนางค์ มณีศรี (2556) กล่าวว่า แรงจูงใจ (Motives) เป็นที่มาของพฤติกรรมมนุษย์ จะถูกกระตุ้นเมื่อมีการตอบสนองต่อแรงจูงใจ

ชนิษฐา วิเศษสาธิตและ มานิกา วิเศษสาธิต (2552) กล่าวว่า การจูงใจ (Motivation) กระบวนการที่บุคคลถูกกระตุ้นทั้งปัจจัยภายในและภายนอกทำให้เกิดแรงจูงใจในการเกิดพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย สิ่งที่น่าไปสู่เป้าหมายที่สำคัญได้แก่ความต้องการ (Needs) แรงขับ (Drives) ความคาดหวัง สิ่งล่อใจและตัวเสริมแรง (Expectation) เพื่อนำไปสู่เป้าหมาย (Goal) ผ่านกระบวนการจูงใจ (Motivation process)

3.1.1.1.2 ทฤษฎีแรงจูงใจ

3.1.1.1.2.1 ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการ (Hierarchy of Need theory) มาสโลว์ ได้แบ่งลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 5 ชั้น ดังนี้

1) ความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการอาหาร อากาศ การพักผ่อนนอนหลับซึ่งทั้งหมดนี้เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์

2) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย เป็นความต้องการที่ได้รับการปกป้องคุ้มครองจากภัยอันตรายต่างๆ เช่น ความมั่นคงในอาชีพ ความปลอดภัยในที่อยู่อาศัย เป็นต้น

3) ความต้องการความรักและการมีส่วนร่วม เป็นความต้องการเพื่อให้บุคคลได้รับการยอมรับในสังคมโดยบุคคลจะมีการปรับตัวให้เข้ากับสังคมเพื่อให้ได้รับความรักและการยอมรับจากคนรอบข้าง

4) ความต้องการการยกย่องสรรเสริญ เป็นความต้องการการยอมรับและการสรรเสริญจากผู้อื่น เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจรู้สึกว่ามีคุณค่า

5) ความต้องการการสร้างความสำเร็จตน เป็นความต้องการทางจิตใจซึ่งบุคคลได้รับการตอบสนองอย่างครบถ้วนเต็มอิม พร้อมทั้งจะช่วยเหลือผู้อื่นต่อไป การที่บุคคลนั้นจะมีแรงจูงใจจะต้องมีคุณสมบัติผ่านกระบวนการ 3 อย่างคือ 1) ความชอบ ซึ่งความชอบเป็นตัวกระตุ้นทางบวกของอารมณ์และความรู้สึก หากไม่ชอบก็จะแสดงอารมณ์เชิงลบออกมาเช่นกลัวหรือขยะแยะ 2) การเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้โดยผ่านการกระตุ้นที่เกิดจากแรงบันดาลใจของตนเอง 3) แนะนำกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ

3.1.1.1.3 องค์ประกอบที่สัมพันธ์กับแรงจูงใจ

แรงจูงใจเป็นปัจจัยที่ผลักดันให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมโดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

1) ลักษณะของบุคคล (Personal Characteristics) ซึ่งแต่ละ

บุคคลจะมีความแตกต่างกัน เช่น ความต้องการ ทักษะคต ค่านิยม ความวิตกกังวล และความตั้งใจ

2) ภาวะแวดล้อมทางสังคม (Society) อิทธิพลต่อวิถีความเป็นอยู่ของมนุษย์ ทำให้คนมีการพัฒนาเอกลักษณ์ประจำตัวที่แตกต่างกันและมีผลต่อการจูงใจด้วย

3) สถานการณ์ต่างๆ ในแต่ละสิ่งแวดล้อม (Situation) การสร้างบรรยากาศเพื่อให้เกิดแรงจูงใจสามารถกระทำได้ 3 ลักษณะคือ การแข่งขัน ความร่วมมือ เป็นการสร้างบรรยากาศให้บุคคลเกิดความสามัคคี และการตั้งเป้าหมาย

4) ลักษณะของสิ่งจูงใจ (Characteristic of motivator) การสร้างหรือการสรรหาสิ่งเสริมแรงเพื่อเกิดพฤติกรรมตามต้องการ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ การให้รางวัลและการลงโทษ

3.1.1.1.4 กระบวนการเกิดแรงจูงใจ (Motivation Process)

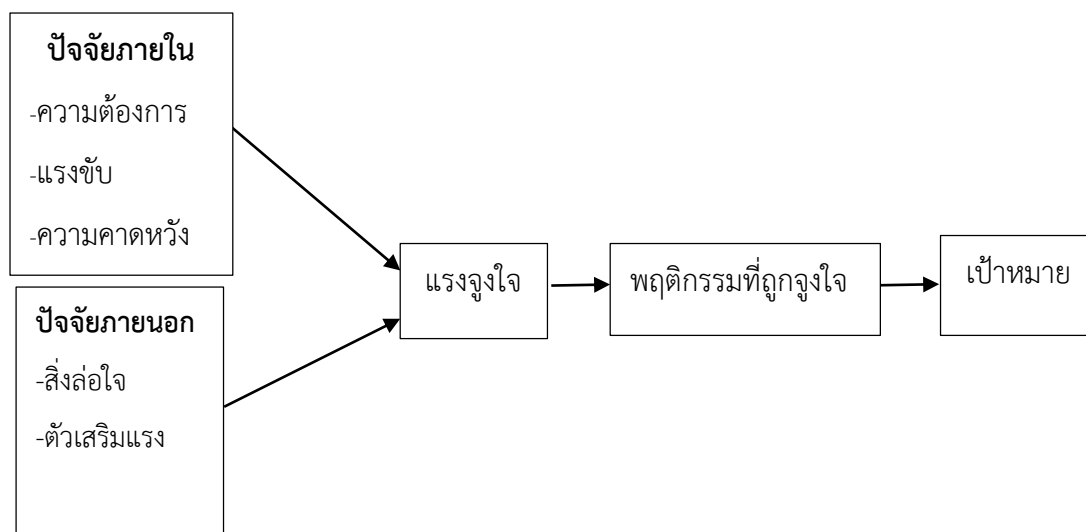
กระบวนการของการเกิดแรงจูงใจประกอบด้วยขั้นต่างๆ ดังนี้

1) ขั้นความต้องการ (Need Stage) ความต้องการเกิดขึ้นเมื่อมีความไม่สมดุลซึ่งการเสียสมดุลเกิดจากการขาดปัจจัยทางกายภาพ เช่น ขาดอาหาร ขาดน้ำ หรือปัจจัยทางด้านจิตใจ เช่น ขาดความรัก ขาดความสนใจ โดยปัจจัยเหล่านี้ ทำให้เกิดความต้องการเกิดขึ้น

2) ขั้นแรงขับ (Drive Stage) ภาวะการณ์ขาดสมดุลจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกกระวนกระวาย เกร็งตึง อยู่ไม่สุข ทำให้ร่างกายพร้อมที่จะเกิดการเคลื่อนไหว

3) ขั้นพฤติกรรม (Behavior) เมื่อบุคคลเกิดความเคร่งตึง กระวนกระวายใจจะผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา เพื่อลดความรู้สึกเกร็งตึงหรือกระวนกระวายใจนั้น

4) ขั้นลดแรงขับ (Drive Reduction) ผลที่เกิดจากการกระทำกิจกรรมและเป็นข้อมูลย้อนกลับให้บุคคลได้พิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อหยุดการเคลื่อนไหวหรือต้องการที่จะเคลื่อนไหวต่อไป



ภาพที่ 1 กระบวนการจูงใจ (ที่มา: ขนิษฐา วิเศษสาธรและ มานิกา วิเศษสาธร, 2552)

3.1.1.1.5 ลักษณะของแรงจูงใจ

- 1) แรงจูงใจแห่งความหิว (Hunger motive) เป็นแรงจูงใจทางด้านสรีระ เมื่อใดที่ร่างกายขาดสมดุลมนุษย์จะพยายามทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อให้สภาพสมดุลกลับคืนมา
- 2) แรงจูงใจแห่งความกระหาย (Thirst motive) ความกระหายเกิดจากร่างกายเสียสมดุลจากทางผิวหนัง ปากและระบบขับถ่าย มนุษย์จึงจำเป็นต้องหาวิธีการเพื่อให้ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุลเพื่อทดแทนส่วนที่ขาดหายไป
- 3) แรงจูงใจแห่งเพศ (Sex motive) เป็นแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อการดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ซึ่งเกิดขึ้นเองโดยไม่ต้องอาศัยการเรียนรู้แต่ขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะ
- 4) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ (Achievement motive) พลังหรือความต้องการภายในเพื่อผลักดันให้บุคคลมีความมุ่งมั่นเพื่อรักษามาตรฐานการทำงานของตนให้สำเร็จ ลู่ลวงไปด้วยดี มีการคาดการณ์ล่วงหน้า (Anticipation of future possibility)
- 6) แรงจูงใจใฝ่สัมพันธ์ (Affiliation motive) เป็นความต้องการความอบอุ่นจากการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่น
- 7) แรงจูงใจใฝ่อำนาจ (Power motive) ความต้องการในการมีอำนาจในการตัดสินใจเหนือผู้อื่นและต้องการให้ผู้อื่นอยู่ภายใต้อำนาจของตน

3.1.2 การแสดงพฤติกรรมโดยมีทิศทางเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่มุ่งหวัง

Goal-Directed Behaviors)

3.1.2.1 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับแรงจูงใจที่เกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมโดยมีทิศทางเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่มุ่งหวัง

3.1.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis Approach) โดยนักจิตวิทยากลุ่มนี้เชื่อว่า มนุษย์ทุกคนจะมีแรงขับแห่งสัญชาตญาณ (Instinctual Drive) ตั้งแต่กำเนิด ซึ่งแรงขับนี้เป็นแรงจูงใจภายในที่ถูกเก็บสะสมไว้ในจิตใต้สำนึกและมีอิทธิพลต่อมนุษย์มาก ซึ่งบุคคลไม่สามารถหนีแรงขับนี้ได้ เมื่อใดก็ตามที่แรงขับนี้มีมากจะมีผลกระทบต่อนำให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมไปในลักษณะเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง

3.1.2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Approach) พฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้มากกว่าสัญชาตญาณซึ่งเป็นแรงขับที่อยู่ภายในร่างกาย แต่ขึ้นอยู่กับ การตอบสนองสิ่งเร้าภายนอก โดยการเรียนรู้ในอดีตจะทำให้บุคคลมีการตอบสนองที่แตกต่างกัน ซึ่งการเรียนรู้นี้อาจเป็นประสบการณ์ทางอ้อมซึ่งบุคคลจะเรียนรู้ว่า จะต้องแสดงพฤติกรรมใดเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จหรือความพึงพอใจ ดังนั้นรางวัลหรือสิ่งเสริมแรงเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรม

3.1.2.4 แนวคิดเกี่ยวกับปัญญานิยม (cognitive Approach) แนวคิดนี้เชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์เกิดจากการคิดที่มีเป้าหมาย ดังนั้น ปัจจัยจูงใจที่กำหนดพฤติกรรมมนุษย์คือ ความเชื่อ (Beliefs) ความมุ่งหมาย (Expectation) และการคาดหมายว่าจะเกิดอะไรขึ้น (Anticipation)

3.1.2.5 แนวคิดเกี่ยวกับมนุษยนิยม (Humanistic Approach) แนวคิดนี้เชื่อว่ามนุษย์เกิดมาพร้อมกับศักยภาพที่มีการเจริญงอกงาม รู้จักใช้ความคิดและมีวิจรรณญาณในการตัดสินใจเลือกพฤติกรรมของตนเอง โดยมนุษย์จะแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกันโดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละคน ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกสะท้อนถึงการมองโลกของแต่ละบุคคล

3.1.2.6 ทฤษฎีการตั้งเป้าหมาย (Goal-Setting Theory) การปฏิบัติงานของบุคคลจูงใจด้วยการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน ซึ่งประกอบด้วย 1) เป้าหมายต้องชัดเจนและเฉพาะ (Clarity) การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนทำให้นำไปสู่การปฏิบัติงานที่ดี 2) ความท้าทาย (Challenge) เป้าหมายที่ตั้งควรมีความท้าทาย มีเหตุผล สามารถปฏิบัติได้จริง 3) พันธะผูกพัน (Commitment) การมีส่วนร่วมในการคิดและตั้งเป้าหมายจะทำให้ผู้ปฏิบัติยอมรับเป้าหมาย

4) การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) จะทำให้ผลการปฏิบัติงานดีกว่าการไม่ทราบข้อมูลผลการปฏิบัติงาน 5) ความซับซ้อน (complexity)

3.2 การมุ่งสร้างความสุข

3.2.1 ความหมาย

Gard et al. (2006) กล่าวว่า การมุ่งสร้างความสุขคือการเกี่ยวข้องกับกระบวนการจูงใจในการกระตุ้นสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

Wynn et al. (2010) กล่าวว่า การมุ่งสร้างความสุขเกิดจากการขาดดุลของความสุขระหว่างความคิดและอารมณ์

Buck Benjamin & ysaker Paul (2013) กล่าวว่า การมุ่งสร้างความสุข สามารถทำนายระดับของอาการทางบวก ความทุกข์ทางอารมณ์และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ดังนั้น การมุ่งสร้างความสุข หมายถึง กระบวนการในการจูงใจ หรือการกระตุ้นในสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตโดยผ่านความคิดและอารมณ์และส่งผลให้บุคคลบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการโดยจะสะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการของความคิดและอารมณ์ของผู้ป่วยที่นำไปสู่เป้าหมายเพื่อเกิดการปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา (Kring & Caponigro, 2010; Loewenstein et al., 2001; Strauss et al., 2011)

3.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการมุ่งสร้างความสุข

การมุ่งสร้างความสุข (Anticipatory pleasure) หมายถึง การคาดการณ์ประสบการณ์เกี่ยวกับความสุขในอนาคต (Predicting the future experience of pleasure) หรือประสบการณ์เกี่ยวกับความสุขที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กับการรับรู้ว่ามีกิจกรรมบางอย่างที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตที่ได้รับการสนับสนุนโดยผ่านกระบวนการสร้างแรงบันดาลใจ (Motivation processes) เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมเป้าหมาย (Goal – directed behavior) และบรรลุผลตอบแทนที่ตามที่ต้องการ (Strauss & Gold, 2012)

3.2.3 การประเมินความสุข

จากการศึกษาเครื่องมือของการประเมินความสุขประกอบด้วยเครื่องมือ ดังนี้

3.2.3.1 Temporal Experience of Pleasure Scale (TEPS) เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินความสุข/ความเพลิดเพลินในระดับปกติ ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงจากการทำกิจกรรมที่สนุกสนาน (consummatory pleasure) และความสุข/ความเพลิดเพลินเกี่ยวกับการทำกิจกรรมในอนาคต (Anticipatory pleasure) โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 18 ข้อ แบ่งเป็นการประเมินความสุข/ความเพลิดเพลินเกี่ยวกับการทำกิจกรรมในอนาคต (Anticipatory pleasure) จำนวน 10 ข้อและการประเมินความสุข/ความเพลิดเพลินในระดับปกติ ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงจากการทำกิจกรรมที่สนุกสนาน (consummatory pleasure) จำนวน 8 ข้อโดยมีค่า coefficient alpha's อยู่ในช่วง 0.71 to 0.79 ด้าน TEPS-CON มีค่า coefficient alpha's อยู่ในช่วง 0.68 to 0.78 และด้าน TEPS-ANT เท่ากับ .69

3.2.3.2 The Anticipatory and Consummatory Interpersonal Pleasure Scale (ACIPS) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินความสุขที่เกิดจากสังคมและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยมีจำนวนข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 17 ข้อคำถามให้คะแนนให้แบบ Likert scale 6 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .78 หากค่าคะแนนที่ได้ต่ำก็จะแสดงว่ามีคะแนนของความสุขที่ต่ำ (Gooding & Pflum, 2014)

3.3. อารมณ์ทางบวก (Positive Emotion)

3.3.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์เชิงบวก

อารมณ์เชิงบวกเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากอารมณ์พึงพอใจ ซึ่งอาจเกิดจากความสนุกสนาน ความภูมิใจ ความพึงพอใจหรือความรัก แนวคิดของอารมณ์เชิงบวกเป็นระบบที่มีความสอดคล้องกันกับอารมณ์และแรงจูงใจ หากผู้ป่วยที่มีระดับอารมณ์ทางลบที่สูงจะส่งผลให้มีการยับยั้งอารมณ์ทางบวกและส่งผลกระทบต่ออาการของผู้ป่วย

3.3.2 การควบคุมอารมณ์ทางบวก

กระบวนการของการควบคุมอารมณ์สามารถที่จะเปลี่ยนธรรมชาติ ความถี่และระยะเวลาของอารมณ์ โดยทฤษฎีของการควบคุมอารมณ์กล่าวไว้ว่า บุคคลสามารถจะที่คงไว้ซึ่งการเพิ่มหรือลดอารมณ์ได้ โดยรูปแบบของการควบคุมอารมณ์ประกอบด้วย 1) การเลือกสถานการณ์ (situation selection) 2) การแก้ไขสถานการณ์ (situation modification)

3) ความสนใจ (attentional deployment) 4) การปรับเปลี่ยนความคิด (situation change) และ 5) การตอบสนองต่อการปรับเปลี่ยน (response modulation)

นอกจากนี้ยังพบว่ากลยุทธ์ที่ช่วยทำให้เพิ่มอารมณ์ทางบวกได้คือ การรับรู้ประสบการณ์ของความสุข (savoring) ซึ่งสามารถสะท้อนถึงประสบการณ์ทางบวกในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต

3.3.3 การรับรู้ประสบการณ์ของความสุข (Savoring)

3.3.3.1 ความหมาย

คำว่า “Savoring” ตามความหมายของพจนานุกรมมีความหมายที่สำคัญ 2 ความหมายคือ 1) การรับรู้ประสบการณ์ของความสุข ที่เกิดขึ้นจากรสชาติของอาหารที่รับประทาน และ 2) การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขที่เพลินเพลินเกี่ยวกับประสบการณ์ด้านอื่น ๆ ซึ่งการสัมผัสถึงอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นนำมาใช้เพิ่มเพิ่มความถี่ ระยะเวลาและการเห็นคุณค่าของประสบการณ์และอารมณ์เชิงบวก

3.3.3.2 องค์ประกอบของการรับรู้ประสบการณ์ของความสุข

การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขเป็นควบคุมตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกทางบวก ซึ่งจะคงไว้และเสริมสร้างอารมณ์ทางบวกจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีต ปัจจุบัน หรือ อนาคต (Bryant & Veroff, 2007) ซึ่งมีองค์ประกอบของแนวคิด 4 องค์ประกอบคือ

1) ประสบการณ์ของการมีประสบการณ์ของความสุข (savoring experience) เป็นระดับของความคิดที่ประกอบด้วย ประสบาสัมผัส การรับรู้ ความคิด พฤติกรรม และความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อถูกกระตุ้นในทางบวก

2) กระบวนการของการมีประสบการณ์ของความสุข (savoring process) เป็นกระบวนการทางจิตหรือทางกายภาพที่เปลี่ยนการกระตุ้นทางบวกไปสู่การเกิดอารมณ์ทางบวก

3) กลยุทธ์ที่ทำให้มีประสบการณ์ของความสุข (savoring strategies) เป็นความคิดที่เป็นรูปธรรมหรือพฤติกรรมที่ช่วยเพิ่ม ความเข้ม หรือความสั้นยาวของความรู้สึกทางบวก

4) ความเชื่อการมีประสบการณ์ของความสุข (savoring beliefs) ความเชื่อการมีประสบการณ์ของความสุขจะสะท้อนความสามารถของบุคคลในการเพลิดเพลินกับประสบการณ์ทางบวก

Bryant and Veroff (2007) ได้จำแนกความแตกต่างของแนวคิดของการรับรู้ประสบการณ์ของความสุข 3 ด้านคือ 1) การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขจากประสบการณ์ (savoring experience) ประกอบไปด้วย การรับรู้ทางประสาทสัมผัสของคน ความคิด พฤติกรรม และอารมณ์เมื่อระลึกถึงเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อม 2) กระบวนการรับรู้ประสบการณ์ของความสุข (savoring process) เป็นกระบวนการทางจิตใจหรือกายภาพที่ตอบสนองต่อปฏิกริยาที่เกิดขึ้นทางด้านบวกและ 3) การตอบสนองต่อการรับรู้ประสบการณ์ของความสุข (savoring response) คือ ปฏิกริยาของความคิดและพฤติกรรมเชิงรูปธรรมที่แสดงออกมา

3.4 การให้ความรู้ของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของการให้ความรู้มาเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขตามแบบของ Kolb & Kolb's model ในการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ โดยกิจกรรมการเรียนรู้ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์เชิงรูปธรรม เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่ไปเกี่ยวข้องกับบุคคลในสถานการณ์ต่างๆโดยยึดความรู้สึกมากกว่าความคิด โดยในโปรแกรมจะฝึกทักษะของผู้ป่วยในการรับรู้ของประสบการณ์เชิงรูปธรรมในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การเน้นย้ำความรู้สึกสุขโดยการมองรูปภาพที่สวยงาม 2) การสะท้อนประสบการณ์ของความสุขของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในอดีต จากนั้นแลกเปลี่ยนความรู้สึกที่เกิดขึ้นให้แก่ผู้อื่นได้รับฟัง 3) สรุปเป็นหลักการนามธรรม โดยให้ผู้ป่วยตีความในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยอธิบายถึงความจำเป็นของการเน้นย้ำถึงอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และ 4) การทดลองปฏิบัติจริง โดยให้ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติการเน้นย้ำถึงอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันโดยมีกิจกรรมที่หลากหลายมากขึ้น

4. โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

ภาวะสิ้นยินดีเป็นอาการทางคลินิกที่สำคัญของอาการทางลบ ที่พบในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากภาวะสิ้นยินดีเป็นลักษณะของอารมณ์ที่ลดหรือขาดความสามารถในการมีประสบการณ์ความสุขของบุคคล ทำให้ไม่มีความสุขหรือความพึงพอใจในกิจกรรมที่เคยทำและมองเห็นความสามารถของตนเองต่ำ (Cassar et al., 2013) โดยปัจจัยของการเกิดภาวะยิ้นดีนั้น อาจเกิดจากหลายสาเหตุ โดยแบ่งออกเป็น 2 ด้านหลักๆ ได้แก่ 1) ด้าน pathology โดยพบว่า ภาวะสิ้นยินดีเกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของสารสื่อประสาทชื่อว่าโดปามีน ในส่วนของ mesocorticolimbic ซึ่งพบว่า มีบทบาทในการจูงใจ เพื่อให้บุคคลเกิดพฤติกรรมและเสริมแรงในการเรียนรู้ โดยที่ระบบ mesocorticolimbic

มีความเชื่อมโยงกับการรับรู้ประสบการณ์ของความสุขหรือความเพลิดเพลินซึ่งส่งผลต่ออารมณ์ทางบวก และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคือเกิดพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยมี pathway ที่เกี่ยวข้องจำนวน 2 pathway คือ mesolimbic pathway เป็นระบบประสาทของ dopaminergic ที่ส่งผลต่อ ระบบ limbic ในสมอง อันประกอบด้วย amygdala, nucleus accumbens [NAc] และ hippocampus ซึ่งเป็นระบบที่มีความสำคัญในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม และ mesocortical pathway เป็นระบบของ dopaminergic ที่ส่งผลต่อสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการคิดและการกระทำที่ให้เป็นไปตามความต้องการของคน โดยทั้ง 2 pathway จะทำหน้าที่เชื่อมโยงกัน โดยมีจุดกำเนิดที่ ventral tegmental area (VTA) ในสมองส่วนกลาง และ 2) ด้าน psychological โดยพบว่า ภาวะสิ้นยินดีนั้นเกิดจากสาเหตุหลายด้าน เช่น มีความสามารถในการรับรู้ประสบการณ์ของความสุขในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตในระดับต่ำ (Cassar, Applegate & Bentall, 2013) มีความคิดที่บิดเบือนและไม่คาดหวังในกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุข ทำให้ขาดแรงจูงใจไปสู่การแสดงพฤติกรรมตามเป้าหมาย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์ของความสุข (Sherdell, Waugh, & Gotlib, 2012; Kring et al., 2007) และขาดความเชื่อเกี่ยวกับความสุขหรือมีความเชื่อเกี่ยวกับความสุขในระดับต่ำ ทำให้มีพฤติกรรมในการแสวงหาความสุขที่ลดลง และมีลักษณะของอารมณ์ทางลบที่เพิ่มสูงขึ้น (Strauss & Gold, 2012) ส่งผลให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม ความสามารถในการทำงานและการทำหน้าที่ลดลง ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตและมีแนวโน้มการพยากรณ์ของโรคที่ต่ำลง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีหลายการศึกษาที่สามารถสร้างสร้างความคิดหวังและการเพิ่มอารมณ์ทางบวกได้ เช่น Favrod et al. (2010) ได้ทำการศึกษาการฝึกทักษะการมุ่งสร้างความสุขเพื่อ การลดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งรูปแบบของงานวิจัยเป็นแบบ pilot study โดยได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 5 คน โดยกิจกรรมเป็นการฝึกการรับรู้ความคิดและความรู้สึกเพื่อเพิ่มการคาดหวังความสุข ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ 1) การบอกเหตุผลและความจำเป็นของการดำเนินกิจกรรม ที่จะเกิดขึ้นภายหลังจากการทำกิจกรรมเพื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม 2) การเขียนกิจกรรมที่พอใจหรือที่เพลิดเพลินในอดีตที่สนุกสนาน และต้องการจะทำ 3) การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โดยเรียงจากกิจกรรมที่มาความง่ายไปหา กิจกรรมที่มีความยาก 4) การมุ่งสร้างความสุข โดยรูปภาพเป็นสื่อ 5) การฝึกทักษะการคาดหวังความสุขที่บ้านผลที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นและทำให้ภาวะสิ้นยินดีลดลง ต่อมา Favrod et al. (2014) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การมองอนาคตเพื่อเพิ่มความสุขในผู้ป่วยที่มีภาวะสิ้นยินดี ซึ่งเป็นการศึกษาต่อยอดจากการศึกษานำร่องในปี 2010 โดยฝึกทักษะการมุ่งสร้างความสุข

ในผู้ป่วยจิตเภท รูปแบบการดำเนินกิจกรรมนำมาจากศึกษานำร่องในปี 2010 ประกอบด้วย 1) การสร้างความสนใจเพื่อให้เกิดแรงบันดาลใจในการฝึกทักษะ 2) การเลือกกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุข 3) การมุ่งสร้างความสุข 4) การฝึกสมาธิและรับรู้สิ่งที่กำลังสัมผัส และ 5) การแนะนำการทำสำเร็จ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น ต่อมา Favrod et al. (2015) ได้ทบทวนวรรณกรรมและพบว่า อาการทางลบ เช่น อารมณ์เฉยเมย และภาวะสิ้นยินดีมีความเกี่ยวข้องกับการลดลงของประสบการณ์ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่จำกัด โดยเฉพาะภาวะสิ้นยินดีที่มีแนวโน้มกับการพยากรณ์โรคที่ต่ำ ซึ่งประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคมมีข้อจำกัด จึงจำเป็นต้องมีรูปแบบการบำบัดทางคลินิกในรูปแบบใหม่ เพื่อลดอาการดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำการศึกษานำร่องเรื่อง การฝึกอารมณ์เชิงบวกในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดภาวะสิ้นยินดีและอารมณ์เฉยเมย โดยรูปแบบของการดำเนินโปรแกรม ประกอบด้วย การประเมินความคิดที่ลึ้มเหลวหรือสิ้นหวัง การสอนผู้ป่วยรู้จักการคาดหวังความสุขและการคงไว้ซึ่งการสร้างอารมณ์เชิงบวก ซึ่งผลการศึกษาจะพบว่า โปรแกรมสามารถช่วยลดภาวะสิ้นยินดีและอารมณ์เฉยเมยของผู้ป่วยจิตเภทได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างอารมณ์ทางบวกพบว่า ความสามารถในการรับรู้ประสบการณ์ของความสุข (savoring) สามารถเพิ่มประสบการณ์ทางบวก (positive experience) ได้ ซึ่งมี 3 องค์ประกอบคือ 1) การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขเชิงประสบการณ์ (savoring experience) เกิดจากผสมผสานกันของประสาทสัมผัส, ความคิด, พฤติกรรมและอารมณ์จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลสนใจในเหตุการณ์หรือเหตุการณ์เฉพาะเจาะจงในสิ่งแวดล้อม ฉะนั้น 2) กระบวนการของการรับรู้ประสบการณ์ของความสุข (savoring process) ประกอบด้วยด้านกายภาพและด้านจิตใจซึ่งเกิดขึ้นจากเหตุการณ์ และ 3) การตอบสนองที่เกิดขึ้นภายหลังการรับรู้ประสบการณ์ของความสุข (savoring responses) คือการตอบสนองทางด้านพฤติกรรมและความคิดที่แสดงออกมาภายหลังถูกกระตุ้น เช่นเดียวกับกับ Strauss (2013) ได้แนะนำวิธีการเพิ่มประสบการณ์ของอารมณ์ทางบวกซึ่งเป็นเทคนิคที่พัฒนาขึ้นตามการศึกษาของ Quoidbach et al. (2010) และ Bryant (2007) ที่พบว่า มีความความเที่ยงตรงและความเฉพาะเจาะจงในการเพิ่มความถี่ (frequency), ความเข้ม (intensity) และระยะเวลาของอารมณ์เชิงบวก (duration of positive emotion) และทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการคิดและมีความคาดหวังและคงไว้ซึ่งอารมณ์ทางบวก ประกอบด้วย 5 เทคนิค ดังนี้ 1) การคาดหวังความสนุกสนาน (anticipating the enjoyment) 2) การแสดงออกทางพฤติกรรม (behavioral display) ซึ่งเป็นการแสดงออกทางท่าทางการกระทำเช่นนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์เชิงบวก 3) การอยู่กับปัจจุบัน

(being in the moment) เกี่ยวกับประสบการณ์เชิงบวกที่เกิดขึ้น 4) การสื่อสารกับผู้อื่น (communicating) และ 5) การระลึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความสุขในอดีต (Recalling previously pleasurable events)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เพื่อหาแนวทางในการลดภาวะสิ้นยินดีโดยผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมตามโครงสร้างของ Favrod et al. (2010, 2015) เพื่อจัดกระทำกับอารมณ์และการมุ่งสร้างความสุขของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นรูปแบบการบำบัดที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีรับรู้อารมณ์ทางบวกและคาดหวังความสุขอันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น และทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมทางบวกของตนเองได้และเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเองลดภาวะสิ้นยินดี โดยโปรแกรมการฝึกทักษะการมุ่งสร้างความสุขที่ผู้วิจัยนำมาพัฒนาตามโครงสร้างของ Favrod et al. (2010, 2015) ประกอบไปด้วย 8 ขั้นตอนคือ ประกอบไปด้วย 10 กิจกรรมดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มๆละ 6-7 คน จำนวน 3 กลุ่มใช้เวลาทำกลุ่มครั้งละ 45 - 60 นาที โดยแต่ละกิจกรรมจะเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดีได้รับรู้ความรู้สึกเชิงบวกและฝึกการมุ่งสร้างความสุข ซึ่งเนื้อหาในและกิจกรรมจะส่งผลต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวัง (Relationship and defeatist thinking)

การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวัง (Relationship and defeatist thinking) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยในกลุ่มด้วยกัน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักตนเอง (Self realization) ยอมรับตนเอง (Self acceptance) เคารพและนับถือตนเอง (Self respect) สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ ทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

การประเมินความคิดที่มีแนวโน้มล้มเหลวหรือสิ้นหวังเป็นการประเมินความคิด ซึ่งจะประเมินเรื่องของความเชื่อ เหตุผลของความคิดและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวหรือสิ้นหวัง จากนั้นใช้การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสนอทางเลือกให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการแก้ไขความคิดความเชื่อและเรียนรู้การเกิดความคิดในเชิงบวกโดยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านการตั้งคำถามและการบอกความคาดหวังและความต้องการของตนเองเพื่อนำไปสู่การเกิดความพึงพอใจและจูงใจนำไปสู่การประพฤติปฏิบัติในสิ่งที่ต้องการหรือคาดหวังเอาไว้

การให้ความรู้เรื่องภาวะสิ้นยินดี เป็นการบอกความหมาย และสาเหตุของการเกิดภาวะสิ้นยินดีได้รับฟังเพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและรับรู้ ตระหนักและเห็นความสำคัญของภาวะสิ้นยินดี

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขในปัจจุบัน (savoring pleasant moments)

เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้อารมณ์ทางบวกและสัมผัสกับความสุขที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยนึกถึงประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมจากการจินตภาพและถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกจากประสบการณ์รูปธรรมให้ผู้ป่วยคนอื่นๆ ได้รับฟัง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเชิงบวกและเข้าใจถึงความรู้สึกที่มีผลต่ออารมณ์นอกจากนี้การฝึกให้ผู้ป่วยได้มีการสื่อสารออกมาในเชิงบวกจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขเพิ่มมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การเน้นย้ำอารมณ์สุขด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรม (accentuating the behavioral expression of emotions)

เป็นการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความสุขและอารมณ์เชิงบวก โดย ฝึกทักษะการผ่อนคลาย และเน้นย้ำอารมณ์สุขด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยใช้ภาพเป็นสื่อในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ทางบวกและทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์เชิงบวกและรับรู้ถึงความสุขได้ชัดเจนมากขึ้นโดยให้ผู้ป่วยมีการแสดงสีหน้าและท่าทางที่เกิดขึ้นจากการที่ได้ดูภาพ

ขั้นตอนที่ 4 สร้างช่วงเวลาของการมีความสุขสุดด้วยการแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น (making the most of pleasant moments by sharing them with others)

เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนความสุขที่เกิดขึ้นกับผู้อื่นโดยความสุขที่เกิดขึ้นนั้นเป็นการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 และมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงอารมณ์สุขของกิจกรรมที่ทำ โดยการแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางเมื่อมีความสุขเกิดขึ้นให้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มได้รับรู้ร่วมกัน การฝึกให้ผู้ป่วยได้นึกถึงประสบการณ์ของความสุขและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนให้ผู้อื่นได้รับฟังจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้อารมณ์ทางบวกเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขที่เกิดขึ้นในอดีต (savoring past pleasant moments)

เป็นการพัฒนาความรู้สึกสุขโดยให้ผู้ป่วยบอกประสบการณ์เกี่ยวกับความประทับใจหรือความภาคภูมิใจที่เกิดขึ้นในอดีตและบอกความรู้สึกที่เกิดขึ้นเนื่องจากในผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดีจะขาดประสบการณ์เกี่ยวกับการสร้างความสุขและความจำเกี่ยวกับความสุขที่ลดลง การระลึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตเป็นการแสวงหาความสุขทางอารมณ์และจิตใจทำให้เกิดความภาคภูมิใจและความพึงพอใจในชีวิต

ขั้นตอนที่ 6 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 1 (anticipating pleasant moments 1)

เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยได้คาดหวังเกี่ยวกับความสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยที่ความคาดหวังเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในการคาดหวังสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือคาดการณ์ล่วงหน้าในสิ่งที่ยังไม่ถึงส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะแสวงหาเกิดแรงจูงใจนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมนำไปสู่เป้าหมายตามต้องการ ซึ่งกิจกรรมในเรื่องของการคาดหวังความสุขนั้นจะเน้นในเรื่องของการคาดหวังกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุข การแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางที่คิดว่าน่าจะเกิดขึ้นจากการได้ทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขและการมอบหมายให้ทำการบ้านเพื่อรับรู้ความแตกต่างของความรู้สึกเชิงบวกและอารมณ์ มีการรับรู้ความรู้สึกทางด้านกายภาพและเพิ่มกิจกรรมทางด้านสังคมได้

ขั้นตอนที่ 7 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 2 (anticipating pleasant moments 2)

เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยได้คาดหวังเกี่ยวกับความสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคตซ้ำอีกครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการรับรู้ถึงความรู้สึกสุขและเพิ่มกิจกรรมทางสังคมที่หลากหลายมากขึ้น จากการเขียนกิจกรรมที่คาดหวัง โดยที่ความคาดหวังเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในการคาดหวังสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือคาดการณ์ล่วงหน้าในสิ่งที่ยังไม่ถึงส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะแสวงหาเกิดแรงจูงใจนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมนำไปสู่เป้าหมายตามต้องการ ซึ่งกิจกรรมในเรื่องของการคาดหวังความสุขนั้นจะเน้นในเรื่องของการคาดหวังกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุข การแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางที่คิดว่าน่าจะเกิดขึ้นจากการได้ทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขและการมอบหมายให้ทำการบ้านเพื่อรับรู้ความ

แตกต่างของความรู้สึกเชิงบวกและอารมณ์ มีการรับรู้ความรู้สึกทางด้านกายภาพและเพิ่มกิจกรรมทางด้านสังคมได้

ขั้นตอนที่ 8 ทบทวนทักษะทั้งหมด (review of all skills)

เป็นกิจกรรมที่พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนร่วมกัน ดังรายละเอียดในกิจกรรมขั้นตอนที่ 1-7 เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีทักษะของการสร้างอารมณ์เชิงบวกและคาดหวังความสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทำให้สามารถรับรู้อารมณ์และความรู้สึกทางบวกที่เกิดขึ้นได้

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Favrod et al. (2010) ได้ทำการศึกษาการฝึกทักษะการมุ่งสร้างความสุขเพื่อการลดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งรูปแบบของงานวิจัยเป็นแบบ pilot study โดยได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 5 คน มีเป้าหมายเพื่อฝึกเรื่องการคิดและรับรู้ความรู้สึก โดยมุ่งเน้นไปที่การคาดหวังความรู้สึกที่พอใจ ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย 1) การบอกเหตุผลและความจำเป็นของการดำเนินกิจกรรมที่จะเกิดขึ้นภายหลังจากการทำกิจกรรมเพื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม 2) การเขียนกิจกรรมที่พอใจหรือที่เพลิดเพลินในอดีตที่สนุกสนานและต้องการจะทำ 3) การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โดยเรียงจากกิจกรรมที่มาจากง่ายไปหากิจกรรมที่มีความยาก 4) การมุ่งสร้างความสุข โดยรูปภาพเป็นสื่อ 5) การฝึกทักษะการคาดหวังความสุขที่บ้าน

Favrod et al. (2014) ได้ทำการศึกษาเรื่องการมองอนาคตเพื่อเพิ่มความสุขในผู้ป่วยที่มีภาวะสิ้นยินดี ซึ่งเป็นการศึกษาต่อยอดจากการศึกษานำร่องในปี 2010 โดยผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีการปรับระดับของความสุขที่เพิ่มขึ้นจากการประเมินโดยใช้แบบประเมิน TEP และผู้ป่วยมีการทำกิจกรรมที่เพิ่มขึ้นโดยขั้นตอนการดำเนินการฝึกทักษะมี 3 ขั้นตอนคือ 1) Training for Anticipatory pleasure 2) ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมและ 3) ขั้นสรุป ซึ่งรายละเอียดของขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมประกอบไปด้วย

- 1) การสร้างความสนใจเพื่อให้เกิดแรงบันดาลใจในการฝึกทักษะ (Inspire the interest and Motivation for Training) ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมสร้างข้อตกลงเกี่ยวกับความคาดหวังและความต้องการที่จะเกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมผ่านการตั้งคำถาม ยกตัวอย่างเช่น “คุณจะทำอะไรที่จะช่วยให้คุณมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมได้อย่างไร” “คุณมีวิธีการในการจูงใจเกี่ยวกับตนเองอย่างไร” ซึ่งการใช้คำถามจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและมีแรงจูงใจ ผลักดันให้เกิดพฤติกรรม

2) เลือกกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุข (Put Together a List of Pleasant Activities)

ผู้ป่วยและผู้บำบัดร่วมกันเลือกรายการที่มีความสนใจและต้องการที่จะทำและคิดว่าสามารถทำกิจกรรมนั้นได้ประสบผลสำเร็จ ลักษณะของกิจกรรมอาจจะง่ายหรือบางครั้งมีความซับซ้อนก็อาจมีการแบ่งงานย่อยเพื่อให้เกิดความง่าย หลังจากนั้นคือการให้คะแนนจาก 0 ถึง 10 คะแนน โดยที่ 0 หมายถึง ไม่มีความปรารถนาหรือความพยายามที่จะทำและ 10 หมายถึง อยากรับประสบผลสำเร็จและมีความพยายามอย่างมากในการทำกิจกรรม เมื่อได้คะแนนแล้วนำคะแนนมาจัดลำดับโดยนำค่าของความอยาก ต้องการ/ความพยายาม

3) การมุ่งสร้างความสุข (Anticipating Pleasure)

เนื่องจากผู้ป่วยบางคนอาจยังมีเรื่องของอารมณ์ที่ไม่พอใจจึงควรมีการให้ผู้ป่วยได้ดูภาพที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางบวกนำไปสู่การเกิดแรงจูงใจที่จะนำไปสู่เป้าหมาย

4) การฝึกสมาธิและรับรู้ในสิ่งที่กำลังสัมผัส (Mindfulness Exercise, awareness of one' Environment)

การฝึกสติและการสร้างความตระหนักต่อสิ่งแวดล้อมใช้ระยะเวลาประมาณ 5-10 นาที หลังจากนั้นร่วมอภิปรายกับผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจกรรมที่ได้ทำไป เกี่ยวกับความรู้สึกทางกายภาพที่รับรู้ได้

5) แนะนำการทำสำเร็จ (Recommend Task to Be Accomplished Between Sessions)

ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยเขียนความสุขที่ตนเองมุ่งหวังและแนะนำสิ่งที่จะช่วยทำให้เกิดความประสบความสำเร็จที่มุ่งหวัง

Favrod et al. (2015) ได้ทำการศึกษาสำรวจ เรื่องของการฝึกอารมณ์เชิงบวกในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดภาวะสิ้นยินดีและอารมณ์เฉยเมย ซึ่งช่วยเพิ่มการควบคุมอารมณ์อารมณ์ทางบวก ประกอบด้วย การมุ่งสร้างความสุขและการคงไว้ซึ่งอารมณ์และความรู้สึก โดยรูปแบบของการดำเนินโปรแกรมจะประกอบด้วย การประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวัง การสอนการคาดหวังสร้างความสุขและการคงไว้ซึ่งการสร้างอารมณ์เชิงบวกโดยใช้ 5 เทคนิค คือ 1) การคาดหวังความสนุกสนาน (anticipating the enjoyment) 2) การแสดงออกทางพฤติกรรม (behavioral display) ซึ่งเป็นการแสดงออกทางท่าทางการกระทำเช่นนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์เชิงบวก 3) การอยู่กับปัจจุบัน (being in the moment) เกี่ยวกับประสบการณ์เชิงบวกที่เกิดขึ้น 4) การสื่อสารกับผู้อื่น (communicating) และ 5) การระลึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความสุขในอดีต ผลการศึกษาจะพบว่าโปรแกรมสามารถช่วยลดภาวะสิ้นยินดีและอารมณ์เฉยเมยของผู้ป่วยจิตเภทได้

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องภายในประเทศ

อดิญา โพธิ์ศรีและเพ็ญพัทธ์ อุทิศ (2551) ซึ่งใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทโดยเปรียบเทียบอาการทางลบก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มครอบครัว ซึ่งเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) ใช้รูปแบบ สองกลุ่มโดยวัดก่อนและหลังการทดลองโดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่ม 15 คน โดยโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินความต้องการ 2) การให้ความรู้ 3) การพัฒนาทักษะทางสังคมซึ่งมีการพัฒนาทักษะทางสังคมในเรื่องการสื่อสารและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 4) การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางลบและการเผชิญความเครียด 5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวส่งผลให้อาการทางลบลดลง

อัญชลี ศรีสุพรรณและจินตนา ยูนิพันธุ์ (2547) ซึ่งใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) โดยเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบไปด้วยผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 6 กิจกรรมคือ 1) กิจกรรมสัมพันธภาพ 2) การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา 3) การสอนการดูแลสุขภาพร่างกาย 4) การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม 5) การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาคุณค่าในตน 6) การเสริมสร้างความผูกพันแห่งตน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางลบน้อยลง

ปริสณา ใจกิจสุวรรณและจินตนา ยูนิพันธุ์ (2552) ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน 20 คน การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการศึกษา (The one-Group Pretest-posttest Design) โดยโปรแกรมประกอบไปด้วยการบำบัด 2 ประเภทคือ 1) การบำบัดรายบุคคล ได้แก่ สัมพันธภาพบำบัด 2) การบำบัดรายกลุ่มประกอบด้วยการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ

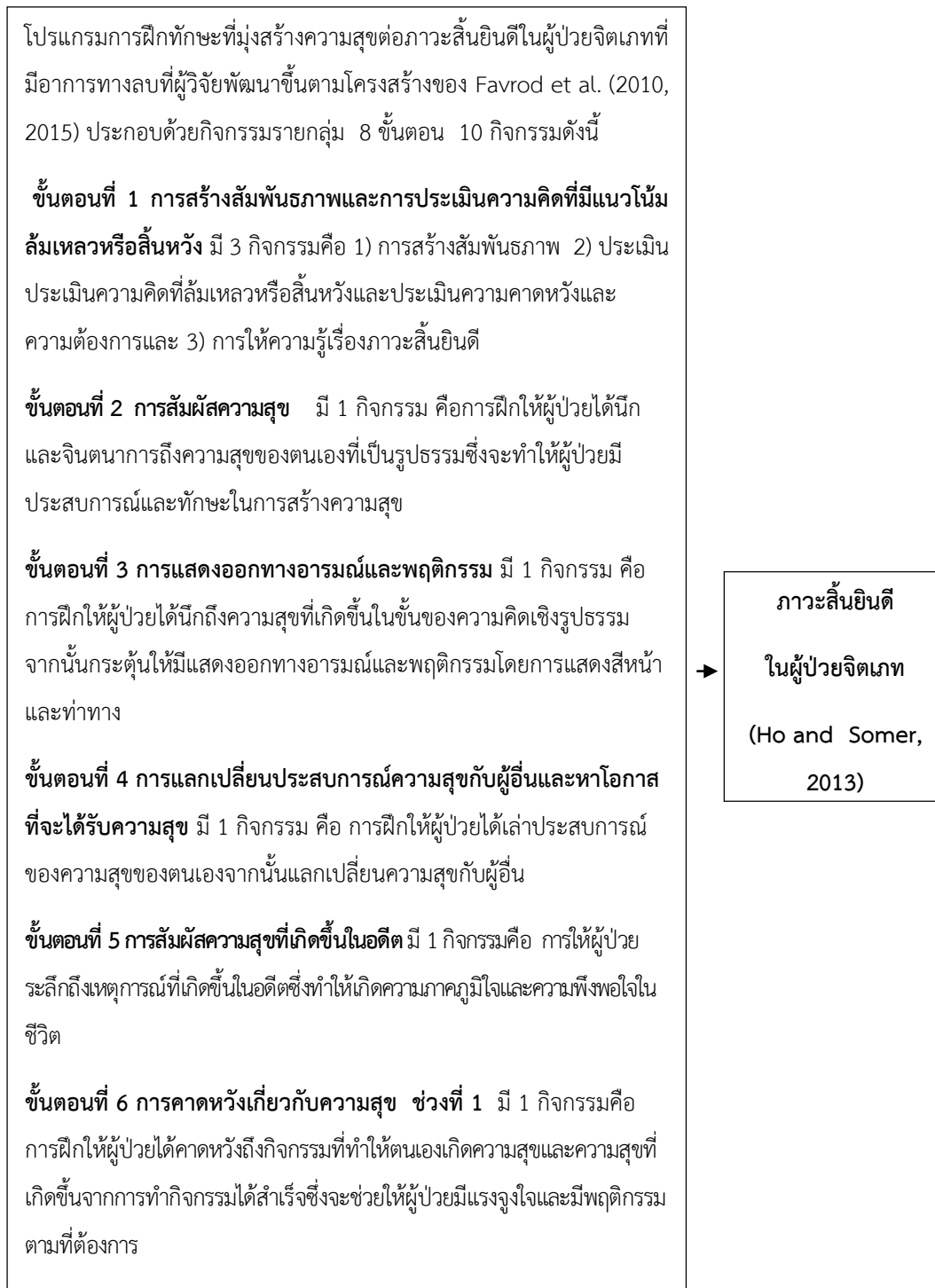
เกี่ยวกับโรคการเจ็บป่วยและการรักษา, การสอนการดูแลสุขภาพร่างกาย, การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม, การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาความมีคุณค่าในตนโดยพบว่าอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมลดลงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลแบบองค์รวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมจิตต์ วงศ์หอมและจินตนา ลีละไกรวรรณ (2550) ได้ทำการศึกษา โดยใช้ดนตรีบำบัดเทคนิค one to five ในการลดพฤติกรรมทางลบ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งเป็นการศึกษาอิสระโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทชาย 6 มีจำนวน 8 คนที่มีคะแนน PNASs มากกว่า 25 คะแนน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) แบบประเมินอาการทางจิตสำหรับผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย 2) แบบประเมินการจำแนกประเภทผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท 3) แบบประเมิน Thai Mini-Mental state Examination ฉบับภาษาไทย โดยดำเนินกลุ่มครั้งละ 1-1.30 ชั่วโมงวันละ 1 ครั้งในวันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 14.00-15.00 น. โดยเน้นการเคลื่อนไหวนิ้วทุกนิ้ว และเพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและเรียนรู้อย่างสนุกสนานด้วยการใช้สิ่งเร้าเป็นภาพ เสียง เพลงที่เร้าใจและผู้ป่วยชื่นชอบ เช่น รูปภาพ วิชวลโทเรทัศน์ วิซีดี เมื่อผู้ป่วยต้องการเล่นเครื่องดนตรีก็เปิดโอกาสให้เล่นโดยไม่จำกัดเวลาในช่วงเวลาของการทำกิจกรรมกลุ่มและประเมินความสามารถทุก 8 สัปดาห์และให้ข้อมูลย้อนกลับและการเสริมแรงเป็นคำพูดและให้รางวัลเป็นสิ่งของผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจำนวน 8 คนที่มีพฤติกรรมทางลบมีคะแนนพฤติกรรมด้านลบที่ลดลงและมีทักษะที่เปลี่ยนแปลงในเรื่องของทักษะทางสังคมและการพักผ่อนในสัปดาห์ที่ 5 เป็นต้นไป

หงษ์ บรรเทิงสุขและจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยเป็นการวิจัยเชิงบรรยายซึ่งมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 140 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบประเมินอาการทางลบ แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทคือการสนับสนุนทางสังคม อาการทางลบ เพศหญิงและความเพียงพอของรายได้ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การศึกษางานวิจัยสรุปได้ว่าการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขมีประสิทธิภาพในการลดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ดังแสดงในกรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 2 แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบศึกษากลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (The pretest-posttest control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบภาวะสั่นยืนดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขและ 2) เปรียบเทียบภาวะสั่นยืนดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ระหว่างกลุ่มที่ได้ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยมีรูปแบบการวิจัยและแบบแผนการทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม	O ₁	O ₂
กลุ่มทดลอง	O ₃	O ₄
		×
O ₁	หมายถึง	การประเมินภาวะสั่นยืนดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบที่ได้รับ
	การดูแลตามปกติ	ก่อนการทดลอง
O ₂	หมายถึง	การประเมินภาวะสั่นยืนดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบที่ได้รับ
	การดูแลตามปกติ	หลังการทดลอง
O ₃	หมายถึง	การประเมินภาวะสั่นยืนดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อน
		ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข
O ₄	หมายถึง	การประเมินภาวะสั่นยืนดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลัง
		ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข
×	หมายถึง	โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลตติยภูมิ ที่มีบริการผู้ป่วยนอกด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) รหัส F20 (F20-F20.9) ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและ

ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) และมีอาการทางลบระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ที่อาศัยอยู่ในชุมชนและมารับการรักษาด้วยยาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี จำนวน 40 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน และควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณลักษณะที่เหมือนกันเรื่องเพศและคะแนนอาการทางลบ

เกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) มีดังนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท รหัส F20 (F20 – F20.9) ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องฉบับครั้งที่ 10 (ICD-10)
- 2) เป็นผู้ป่วยจิตเภทอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งชายและหญิง ที่มีอาการแสดงในลักษณะอาการทางลบระดับน้อยถึงปานกลาง (1-9 คะแนน) โดยใช้แบบประเมินอาการทางลบของ หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ที่พัฒนามาจาก Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ซึ่งธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987)
- 3) ไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง
- 4) สามารถสื่อสารอ่านเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตกำเริบระหว่างเข้าร่วมในการวิจัย จนไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งต้องได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลจากแพทย์อย่างใกล้ชิด
- 2) กลุ่มตัวอย่างถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยหรือเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามระยะเวลา

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยแบบทดลอง คือควรมีอย่างน้อย 30 คนโดยแต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 15 คนเพื่อให้ข้อมูลเกิดการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ ทำให้อำนาจทดสอบเพิ่มขึ้นและมีความแปรปรวนลดลง อีกทั้งค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด (Burn and Glove, 2005) โดยใน

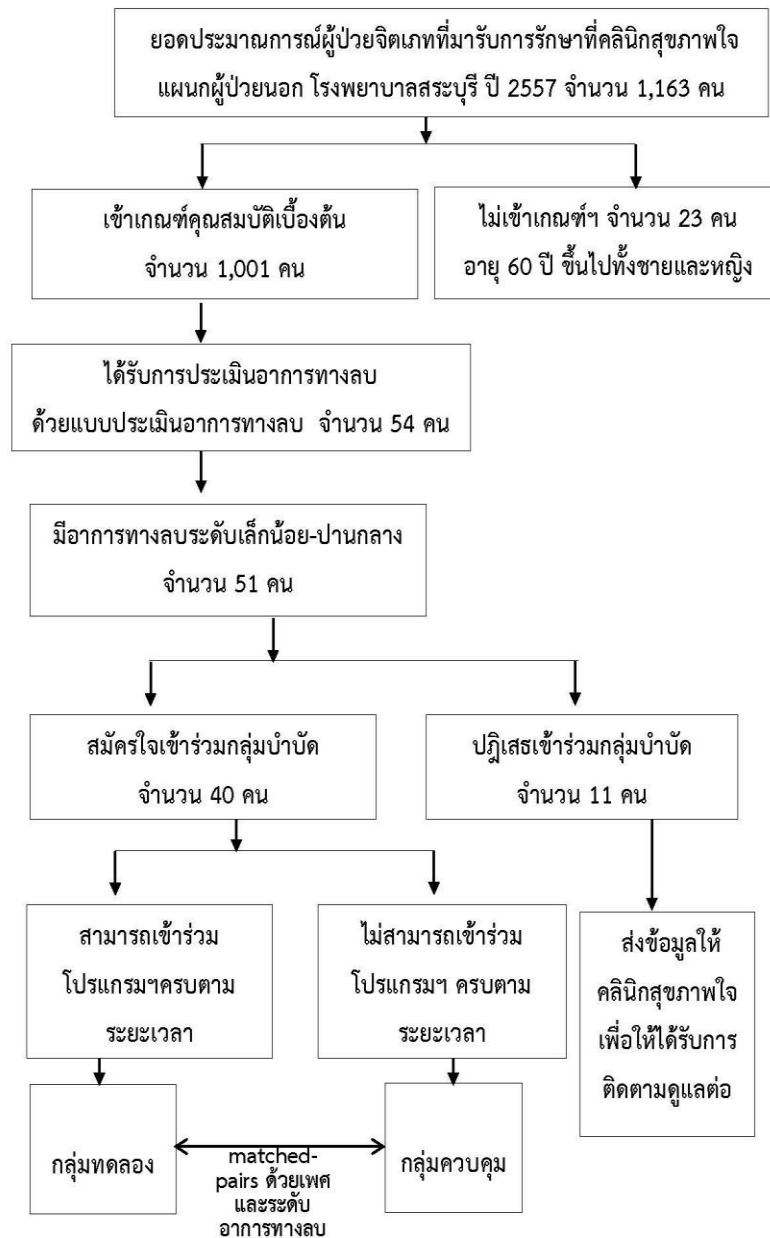
การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรีและหัวหน้าคลินิกสุขภาพใจ โรงพยาบาลสระบุรี เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อและเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท รหัส F 20 (F20-20.9) ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) พร้อมทั้งประเมินกลุ่มตัวอย่างว่ามีคุณสมบัติเบื้องต้นบางข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เบื้องต้นบางข้อตามที่กำหนด เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลใดๆ ต่อกระบวนการบำบัดรักษาตามปกติที่จะได้รับ

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยการประเมินอาการทางลบ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกคือ มีคะแนนในระดับน้อยถึงปานกลาง (1-9 คะแนน) และผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ครบตามระยะเวลาจนครบ 20 คน จากนั้นจับคู่กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ครบตามระยะเวลาโดยใช้ระดับอาการทางลบและเพศ ในการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนกันจนครบ 20 คู่ ดังมีรายละเอียดที่แสดงไว้ในภาพที่ 3 และผลการเปรียบเทียบคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงไว้ในตารางที่ 2



ภาพที่ 3 แผนภูมิแสดงขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม inclusion criteria

ตารางที่ 2 ผลการจับคู่คุณลักษณะเหมือนกัน (Match-pairs) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	เพศ	คะแนน อาการทางลบ	ระดับอาการ ทางลบ	เพศ	คะแนน อาการทางลบ	ระดับอาการ ทางลบ
1	หญิง	5	ปานกลาง	หญิง	5	ปานกลาง
2	หญิง	1	เล็กน้อย	หญิง	1	เล็กน้อย
3	ชาย	2	เล็กน้อย	ชาย	1	เล็กน้อย
4	ชาย	2	เล็กน้อย	ชาย	4	เล็กน้อย
5	หญิง	4	เล็กน้อย	หญิง	4	เล็กน้อย
6	ชาย	4	เล็กน้อย	ชาย	4	เล็กน้อย
7	ชาย	4	เล็กน้อย	ชาย	4	เล็กน้อย
8	หญิง	3	เล็กน้อย	หญิง	3	เล็กน้อย
9	ชาย	2	เล็กน้อย	ชาย	3	เล็กน้อย
10	ชาย	1	เล็กน้อย	ชาย	3	เล็กน้อย
11	ชาย	1	เล็กน้อย	ชาย	4	เล็กน้อย
12	ชาย	3	เล็กน้อย	ชาย	4	เล็กน้อย
13	ชาย	2	เล็กน้อย	ชาย	1	เล็กน้อย
14	ชาย	3	เล็กน้อย	ชาย	3	เล็กน้อย
15	ชาย	5	ปานกลาง	ชาย	5	ปานกลาง
16	ชาย	6	ปานกลาง	ชาย	5	ปานกลาง
17	ชาย	5	ปานกลาง	ชาย	5	ปานกลาง
18	ชาย	4	เล็กน้อย	ชาย	4	เล็กน้อย
19	ชาย	5	ปานกลาง	ชาย	6	ปานกลาง
20	ชาย	3	เล็กน้อย	ชาย	4	เล็กน้อย

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะสิ้นยินดีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ มีความเหมือนกันในเรื่องเพศและระดับอาการทางลบ ดังนี้ 1) เพศ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย จำนวน 16 คนและเพศหญิงจำนวน 4 คนเท่ากันและมีระดับคะแนนอาการทางลบ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนอาการทางลบอยู่ในช่วง 1-9 คะแนนเท่ากัน แบ่งเป็นอาการทางลบในระดับน้อย (1-4 คะแนน) จำนวน 15 คู่และอาการทางลบในระดับปานกลางจำนวน 5 คู่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการคำนึงในการดำเนินการอย่างรอบคอบ เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี ซึ่งให้ความเห็นชอบและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย เมื่อวันที่ 2 กันยายน 2559 (081/2016) (ภาคผนวก ฉ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกราย ได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมที่จะให้ข้อมูลโดยไม่มีการบังคับใด ๆ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบว่าจะเก็บเป็นความลับและผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 4 ชุด ดังนี้


1. เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งการสร้างความสุขของ Favrod et al. (2010, 2015) ซึ่งดำเนินการ ดังนี้


1.1 ผู้วิจัยเขียน e-mail ถึง Favrod เพื่อขออนุญาตใช้โปรแกรมที่มีชื่อว่า Anticipatory Pleasure Skills Training: A New Intervention to Reduce Anhedonia in Schizophrenia ซึ่งเป็นเจ้าของโปรแกรมการอบรมฯ ที่ดีพิมพ์เผยแพร่เป็นบทความวิจัยภาษาอังกฤษ ในวารสาร perspectives in Psychiatric Care และวารสาร BioMed Central Psychiatry ปี ค.ศ. 2010 และ 2015 ตามลำดับ โดย Favrod ได้มี e-mail กล่าวขอบคุณที่ให้ความสนใจและไม่ขัดข้อง แต่เนื่องจากรายละเอียดของโปรแกรมการอบรมฯ ได้เผยแพร่ที่ <http://www.seretablir.net/outils->


[interventions/peps/](#). จัดทำเป็นภาษาฝรั่งเศส ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมขึ้นโดยศึกษาขั้นตอนและ กิจกรรมการฝึกทักษะที่สร้างอารมณ์เชิงบวกจากบทความวิจัยภาษาอังกฤษ ปี ค.ศ. 2010 และ ปี ค.ศ. 2015 เพื่อใช้เป็นแนวทางของการจัดทำโปรแกรมฯ มาใช้สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดี ในประเทศไทย ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 โปรแกรมการฝึกทักษะการมุ่งสร้างความสุขที่พัฒนาขึ้นตามโครงสร้างของ Favrod et al. (2010, 2015)

ปี 2010	ปี 2015	โปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้
<p>แนวคิด/กิจกรรมหลักที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย การฝึกเรื่องการคิดและรับรู้ความรู้สึก โดยมุ่งเน้นไปที่การคาดหวังความรู้สึกที่พอใจ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การบอกเหตุผลและความจำเป็นของการดำเนินกิจกรรม ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการทำกิจกรรมเพื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม 2. การเขียนกิจกรรมที่พอใจหรือที่เพลิดเพลินในอดีตที่สนุกสนาน และต้องการจะทำ 3. การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โดยเรียงจากกิจกรรมที่มาความง่ายไปหากิจกรรมที่มีความยาก 4. การมุ่งสร้างความสุข โดยรูปภาพเป็นสื่อ 5. การฝึกทักษะการคาดหวังความสุขที่บ้าน 	<p>แนวคิด/กิจกรรมหลักที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย การมุ่งสร้างความสุขและการฝึกอารมณ์เชิงบวก โดยมีกิจกรรมหลัก ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การคาดหวังสร้างความสุข 2. การฝึกอารมณ์เชิงบวกโดยใช้ 5 เทคนิค คือ 1) การคาดหวังความสนุกสนาน (anticipating the enjoyment) 2) การแสดงออกทางพฤติกรรม (behavioral display) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์เชิงบวก 3) การอยู่กับปัจจุบัน (being in the moment) เกี่ยวกับประสบการณ์เชิงบวกที่เกิดขึ้น 4) การสื่อสารกับผู้อื่น (communicating) และ 5) การระลึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความสุขในอดีต 	<p>แนวคิด/กิจกรรมหลักที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม คือ การฝึกการคาดหวังความสุขและฝึกการเพิ่มอารมณ์ทางบวก โดยมีรายละเอียด ดังนี้</p> <p>ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและการประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวัง (Relationship and defeatist thinking) ประกอบด้วย กิจกรรม 3 กิจกรรมคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยในกลุ่มด้วยกัน ทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน 2) การประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวัง เพื่อประเมินความคิดและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวหรือสิ้นของผู้ป่วยและแก้ไขความคิดความเชื่อ พร้อมทั้ง

ปี 2010	ปี 2015	โปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้
	 <p style="text-align: center;">จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p>เรียนรู้การเกิดความคิดในเชิงบวก</p> <p>3) การให้ความรู้เรื่องภาวะสิ้นยินดี</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขในปัจจุบัน (savoring pleasant moments) เป็นกิจกรรมจัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้อารมณ์ทางบวกและสัมพันธ์กับความสุขที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยการจินตภาพกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุข</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 การเน้นย้ำอารมณ์สุขด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรม (accentuating the behavioral expression of emotions) เป็นกิจกรรมที่ใช้กระบวนการกลุ่มในการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความสุขและอารมณ์เชิงบวก และเน้นย้ำอารมณ์สุขด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยใช้ภาพหมวดธรรมชาติ หมวดงานอดิเรก หมวดประเพณี เป็นสื่อในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ทางบวก พร้อมทั้งสีหน้าและท่าทางที่เกิดขึ้นจากการได้ดูภาพ</p> <p>ขั้นตอนที่ 4 สร้างช่วงเวลาของการมีความสุขสุดด้วยการแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น (making the most of pleasant moments by sharing them</p>

ปี 2010	ปี 2015	โปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้
	 <p data-bbox="582 1310 1013 1422">จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p data-bbox="1038 347 1382 1019">with others) เป็นกิจกรรมที่ฝึกให้ผู้ป่วยได้ทบทวนอารมณ์และความรู้สึกทางบวกของตนเองจากการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 ซึ่งขั้นตอนนี้จะเน้นให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึกเกิดขึ้นจากการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 กับสมาชิกกลุ่มให้มากที่สุด และมีเน้นย้ำความรู้สึกสุขโดยการให้แสดงสีหน้าและท่าทางเมื่อมีความสุขเกิดขึ้นให้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มได้รับรับฟัง</p> <p data-bbox="1038 1030 1382 1400">ขั้นตอนที่ 5 การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขที่เกิดขึ้นในอดีต (savoring past pleasant moments) เป็นกิจกรรมที่ฝึกให้ผู้ป่วยได้เกิดความรู้สึกสุขจากการนึกถึงกิจกรรมที่เกิดขึ้นในอดีต</p> <p data-bbox="1038 1411 1382 2027">ขั้นตอนที่ 6 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 1 (anticipating pleasant moments 1) เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อเพิ่มการรับรู้อารมณ์ทางบวกจากการคาดหวังเกี่ยวกับความสุขในอนาคตนำไปสู่การรับรู้ถึงอารมณ์และความรู้สึกโดยการแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยลองฝึกทักษะด้วยตนเองที่บ้านและให้บันทึก</p>

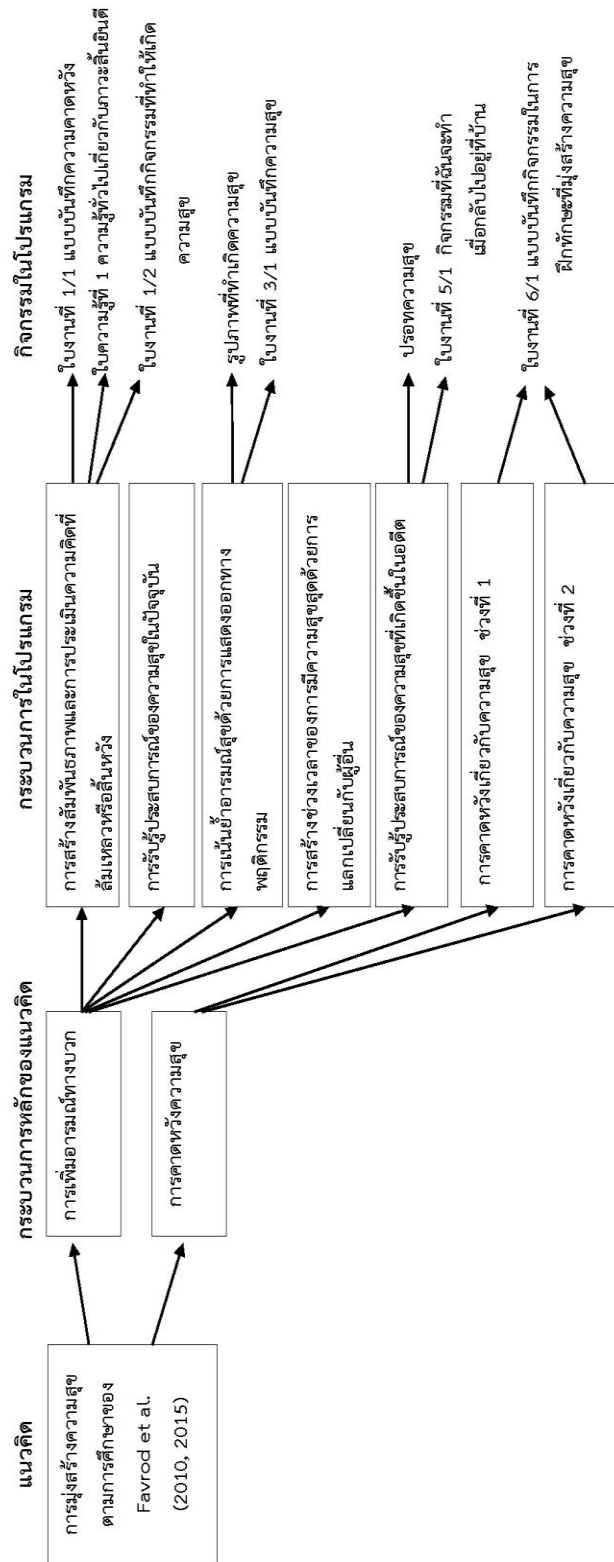
ปี 2010	ปี 2015	โปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้
	 <p data-bbox="582 1310 1013 1422">จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p data-bbox="1045 347 1393 649">ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเพื่อรับรู้ความแตกต่างของความรู้สึกเชิงบวกและอารมณ์ แล้วนำผลที่เกิดขึ้นกลับมาแลกเปลี่ยนให้ผู้อื่นคนอื่น ๆ ได้รับฟังในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป</p> <p data-bbox="1045 660 1393 1601">ขั้นตอนที่ 7 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 2 (anticipating pleasant moments 2 เป็นกิจกรรมการฝึกทักษะซ้ำเพิ่มการรับรู้อารมณ์ทางบวกจากการคาดหวังเกี่ยวกับความสุขในอนาคตนำไปสู่การรับรู้ถึงอารมณ์และความรู้สึกโดยการแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยลองฝึกทักษะด้วยตนเองที่บ้านและให้บันทึกความรู้สึกที่เกิดขึ้นเพื่อรับรู้ความแตกต่างของความรู้สึกเชิงบวกและอารมณ์ แล้วนำผลที่เกิดขึ้นกลับมาแลกเปลี่ยนให้ผู้อื่นคนอื่น ๆ ได้รับฟังในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป</p> <p data-bbox="1045 1612 1393 2027">ขั้นตอนที่ 8 ทบทวนทักษะทั้งหมด (review of all skills) เป็นกิจกรรมในขั้นตอนสุดท้ายของโปรแกรมฯ ที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนผลที่เกิดขึ้นร่วมกัน และสรุปขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรมและเนื้อหาในภาพรวมทั้งหมดและสิ่ง</p>

ปี 2010	ปี 2015	โปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้
		ที่ได้เรียนรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้ให้มีความเหมาะสมกับตนเองต่อไป

1.2 ผู้วิจัยนำขั้นตอนและกิจกรรม ตามแนวคิดโปรแกรมการอบรมฯ ของ Favrod et al. (2010, 2015) มาแปลเป็นภาษาไทย และนำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมในเรื่องของความถูกต้องและความเหมาะสมของการใช้ภาษา โดยตั้งชื่อว่า “โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งการสร้างความสุข”

1.3 โปรแกรมที่ผู้วิจัยแปลและจัดทำขึ้น ประกอบด้วย แผนกิจกรรมโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขและคู่มือการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน 10 กิจกรรม มีระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ๆ ละ 6-7 คน ใช้เวลาทำกลุ่มครั้งละ 45-60 นาที ดังรายละเอียดที่แสดงไว้ในภาพที่ 4

ภาพที่ 4 แผนภูมิแสดงการพัฒนาโปรแกรมฯ ตามโครงสร้างของ Favrod et al. (2010, 2015)



โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข

รูปแบบการบำบัดตามโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขนี้ จะเน้นที่การจัดกระทำกับการขาดการคาดหวังความสุขและลักษณะของอาการทางลบที่สูง อันเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะสิ้นยินดี โดยใช้กลยุทธ์สำคัญในเรื่องการฝึกการคาดหวังความสุขและการเพิ่มอารมณ์ทางบวก ซึ่งมีสาระสำคัญของกิจกรรมในแต่ละครั้ง ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้น

หวัง (relationship and defeatist thinking)

ระยะเวลา 45-60 นาที

สาระสำคัญ

การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยในกลุ่มด้วยกัน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักตนเอง (self realization) ยอมรับตนเอง (self acceptance) เคารพและนับถือตนเอง (self respect) สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ ทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน การประเมินความคิดที่มีแนวโน้มล้มเหลวหรือสิ้นหวังเป็นการประเมินความคิดในเรื่องของความเชื่อ เหตุผลของความคิดและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวหรือสิ้นหวังจากนั้นใช้การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสนอทางเลือกให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการแก้ไขความคิดความเชื่อและเรียนรู้การเกิดความคิดในเชิงบวกโดยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านการตั้งคำถามและการบอกความคาดหวังและความต้องการของตนเองเพื่อนำไปสู่การเกิดความพึงพอใจและมุ่งใจไปสู่การประพฤติปฏิบัติในสิ่งที่ต้องการหรือคาดหวังเอาไว้

การให้ความรู้เรื่องภาวะสิ้นยินดี เป็นการบอกความหมาย และสาเหตุของการเกิดภาวะสิ้นยินดีได้รับฟังเพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและรับรู้ ตระหนักและเห็นความสำคัญของภาวะสิ้นยินดี

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขในปัจจุบัน (savoring pleasant moments)

ระยะเวลา 45 – 60 นาที

สาระสำคัญ

เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้อารมณ์ทางบวกและสัมผัสกับความสุขที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยนึกถึงประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมจากการจินตภาพและถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกจากประสบการณ์รูปธรรมให้ผู้ป่วยคนอื่นๆ ได้รับฟัง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเชิงบวกและเข้าใจถึงความรู้สึกที่มีผลต่ออารมณ์นอกจากนี้การฝึกให้ผู้ป่วยได้มีการสื่อสารออกมาในเชิงบวกจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขเพิ่มมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การเน้นย้ำอารมณ์สุขด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรม (accentuating the behavioral expression of emotions)

ระยะเวลา 45-60 นาที

สาระสำคัญ

การสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความสุขและอารมณ์เชิงบวก โดย ฝึกทักษะการผ่อนคลาย และเน้นย้ำอารมณ์สุขด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยใช้ภาพเป็นสื่อในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ทางบวกและทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์เชิงบวกและรับรู้ถึงความสุขได้ชัดเจนมากขึ้น โดยให้ผู้ป่วยมีการแสดงสีหน้าและท่าทางที่เกิดขึ้นจากการที่ได้ดูภาพ

ขั้นตอนที่ 4 สร้างช่วงเวลาของการมีความสุขสุดด้วยการแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น (making the most of pleasant moments by sharing them with others)

ระยะเวลา 45-60 นาที

สาระสำคัญ

กิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนความสุขที่เกิดขึ้นกับผู้อื่นโดยความสุขที่เกิดขึ้นนั้นเป็นการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 และมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงอารมณ์สุขของกิจกรรมที่ทำ โดยการแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางเมื่อมีความสุขเกิดขึ้นให้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มได้รับรู้ร่วมกัน การฝึกให้ผู้ป่วยได้นึกถึงประสบการณ์ของความสุขและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนให้ผู้อื่นได้รับฟังจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้อารมณ์ทางบวกเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขที่เกิดขึ้นในอดีต (savoring past pleasant moments)

ระยะเวลา 45-60 นาที

สาระสำคัญ

การพัฒนาความรู้สึกสุขโดยให้ผู้ป่วยบอกประสบการณ์เกี่ยวกับความประทับใจหรือความภาคภูมิใจที่เกิดขึ้นในอดีตและบอกความรู้สึกที่เกิดขึ้นเนื่องจากในผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดีจะขาดประสบการณ์เกี่ยวกับการสร้างความสุขและความจำเกี่ยวกับความสุขที่ลดลง การระลึกถึงถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตเป็นการแสวงหาความสุขทางอารมณ์และจิตใจทำให้เกิดความภาคภูมิใจและความพึงพอใจในชีวิต

ขั้นตอนที่ 6 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 1 (anticipating pleasant moments 1)

ระยะเวลา 45-60 นาที

สาระสำคัญ

การฝึกให้ผู้ป่วยได้คาดหวังเกี่ยวกับความสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยที่ความคาดหวังเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในการคาดหวังสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือคาดการณ์ล่วงหน้าในสิ่งที่ยังมาไม่ถึงส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะแสวงหาเกิดแรงจูงใจนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมนำไปสู่เป้าหมายตามต้องการ ซึ่งกิจกรรมในเรื่องของการคาดหวังความสุขนั้นจะเน้นในเรื่องของการคาดหวังกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุข การแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางที่คิดว่าน่าจะเกิดขึ้นจากการได้ทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขและการมอบหมายให้ทำการบ้านเพื่อรับรู้ความแตกต่างของความรู้สึกเชิงบวกและอารมณ์ มีการรับรู้ความรู้สึกทางด้านกายภาพและเพิ่มกิจกรรมทางด้านสังคมได้

ขั้นตอนที่ 7 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 2 (anticipating pleasant moments 2)

ระยะเวลา 45-60 นาที

สาระสำคัญ

การฝึกให้ผู้ป่วยได้คาดหวังเกี่ยวกับความสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคตซ้ำอีกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการรับรู้ถึงความรู้สึกสุขและเพิ่มกิจกรรมทางสังคมที่หลากหลายมากขึ้น จากการเขียน

กิจกรรมที่คาดหวัง โดยที่ความคาดหวังเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในการคาดหวัง สิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือคาดการณ์ล่วงหน้าในสิ่งที่ยังมาไม่ถึง ส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะแสวงหาทำให้เกิดแรงจูงใจนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมนำไปสู่เป้าหมายตามต้องการซึ่งกิจกรรมในเรื่องของการคาดหวังความสุขนั้นจะเน้นในเรื่องของการคาดหวังกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุข การแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางที่คิดว่าน่าจะเกิดขึ้นจากการได้ทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขและการมอบหมายให้ทำการบ้านเพื่อรับรู้ความแตกต่างของความรู้สึกเชิงบวกและอารมณ์ มีการรับรู้ความรู้สึกทางด้านกายภาพและเพิ่มกิจกรรมทางด้านสังคมได้

ขั้นตอนที่ 8 ทบทวนทักษะทั้งหมด (review of all skills)

ระยะเวลา 45-60 นาที

สาระสำคัญ

เป็นกิจกรรมที่พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนร่วมกันดังรายละเอียดในกิจกรรมขั้นตอนที่ 1-7 เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีทักษะของการสร้างอารมณ์เชิงบวกและคาดหวังความสุขที่เกิดขึ้นในอนาคต ทำให้สามารถรับรู้อารมณ์และความรู้สึกทางบวกที่เกิดขึ้นได้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1.การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่แปลเป็นภาษาไทยและคู่มือการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบที่ผ่านการปรับแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบไปด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน นักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน (ภาคผนวก ข) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาขั้นตอนและกิจกรรมตามแนวคิด Favrod et al. (2010, 2015) และการใช้ภาษาโดยใช้ความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิไม่น้อยกว่า 3 ใน 5 ท่าน ผลจากการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาพบว่าผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้องกันจำนวน 4 ใน 5 ท่านและให้ข้อเสนอแนะ จึงนำมาปรับแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ ครอบคลุมเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ปรับแก้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและการประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวัง

กิจกรรมที่ 2 การประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวัง ได้มีการปรับข้อความที่ใช้เป็น “ใครรู้สึกท้อแท้หรือเคยรู้สึกท้อแท้บ้าง” เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตศึกษา ได้ปรับชื่อกิจกรรมจากเดิม “การให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตศึกษาเรื่องภาวะสิ้นยินดี” เป็น “การให้ความรู้เรื่องภาวะสิ้นยินดี”

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขในปัจจุบัน (savoring pleasant moment)

ได้เพิ่มรูปภาพในบริบทของสังคมไทย เช่น ภาพหมอกจากภาคเหนือ ภาพแข่งเรือยาว ภาพแห่เทียนเข้าพรรษา ภาพการละเล่นเด็กไทย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดความคุ้นเคยและสัมผัสกับความสุขได้ง่ายขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม (accentuating the behavioral expression of emotion)

ปรับแก้ไขงานที่ 3 / 1 โดยในช่องตารางช่องที่ 1 เป็นกิจกรรมที่ทำ ช่องที่ 2 ผลที่เกิดขึ้นจากการทำและช่องที่ 3 ผลอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบรรยายสิ่งที่เกิดขึ้นจากการฝึกทักษะได้ชัดเจนมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสุขกับผู้อื่นและหาโอกาสที่จะได้รับความสุข (making the most of pleasant moments by sharing them with other)

เพิ่มเติมการสัมผัสความสุขโดยเชื่อมโยงกับการสอนในครั้งก่อน ๆ โดยพยาบาลให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้เล่าประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับความสุขจากนั้นให้สังเกตความรู้สึกจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 และสีหน้าที่เกิดขึ้น ให้สมาชิกในกลุ่มได้รับฟัง แล้วกระตุ้นถามสมาชิกแต่ละคนว่า “ ความรู้สึกของสมาชิกที่นึกถึงภาพกิจกรรมนั้นเป็นอย่างไร” และ “แล้วขณะที่สมาชิกนึกถึงภาพกิจกรรมนั้น มีช่วงไหนบ้างที่สมาชิกรู้สึกว่าคุณมีความสุขมากที่สุด”

ขั้นตอนที่ 5 การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขที่เกิดขึ้นในอดีต (savoring past pleasant moment)

ปรับวัตถุประสงค์ทั่วไป วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมและเกณฑ์การประเมินผลให้ตรงกันและปรับแก้ไขงานที่ 5/1 ให้ชัดเจนขึ้น

ขั้นตอนที่ 6 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 1 (anticipating pleasant moment 1)
ปรับแก้ใบงานที่ 6/1 โดยให้ผู้ป่วยเขียนกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขจำนวน 3 กิจกรรมลงใน
ใบงานพร้อมใส่ลำดับที่กิจกรรมที่ 1-3 ลงในช่องตารางที่กำหนดให้

หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ
ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้
โดยใช้โปรแกรมฝึกทักษะการมุ่งสร้างความสุขจำนวน 10 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ของโปรแกรม
และความชัดเจนของภาษาที่ใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเข้าใจและสามารถร่วม
กิจกรรมได้ แต่ได้มีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรูปภาพที่ช่วยให้เกิดความสุขบางรูปยังไม่ชัดเจน เช่น
รูปแข่งเรือ แต่ควรมีการเพิ่มรูปการดูกีฬา ในส่วนของการให้ความรู้เรื่องภาวะสิ้นยินดี ควรมีการปรับ
คำพูดที่เข้าใจง่ายไม่เป็นทางการซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจมากขึ้น ซึ่งผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจาก
การทดลองมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งเพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากขึ้น
ก่อนที่จะนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส
อายุระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา รายได้ต่อเดือน ผู้ดูแล งานอดิเรก/กิจกรรมที่ชอบทำยามว่างและ
ประวัติการใช้สารเสพติด (ภาคผนวก ง)

2.2 แบบประเมินภาวะสิ้นยินดี เป็นแบบประเมินอาการของผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ ผู้วิจัย
นำมาจากแบบประเมิน The Brief Negative Symptom Scale ของ (Kirkpatrick et al., 2011)
มีการประเมินอาการย่อย 6 อาการดังนี้ Anhedonia, Distress, Asociality, Avolition, blunted
affect, and Alogia โดยเลือกเฉพาะข้อคำถามด้าน ภาวะสิ้นยินดี (Anhedonia) ประกอบด้วยข้อ
คำถามจำนวน 3 ข้อ คือ 1. ความเข้มของความสุขระหว่างทำกิจกรรมต่างๆ 2. ความถี่ของความสุข
ขณะทำกิจกรรมต่างๆ และ 3. ความเข้มของความสุขที่คาดหวังจากกิจกรรมต่าง ๆ ในอนาคต
(ภาคผนวก ง)

ตัวเลือกตอบเป็นแบบ Likert scale 7 ระดับ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-18 คะแนน
เกณฑ์การให้คะแนนและความหมายดังนี้

1. ด้านความเข้มของความสุขระหว่างทำกิจกรรมต่าง ๆ

คะแนน 0	ระดับ ปกติ	หมายถึง	สามารถที่จะสนุกอย่างเต็มที่กับกิจกรรม ที่หลากหลาย; ไม่มีความบกพร่องในความเข้มของความสุข
คะแนน 1	ระดับ นำสงสัย	หมายถึง	สนุกกับกิจกรรมต่าง ๆ ที่น้อยกว่าคนอื่น แต่อาจจะยังอยู่ในช่วงปกติ
คะแนน 2	ระดับ เล็กน้อย	หมายถึง	การลดลงเล็กน้อยของความเข้มข้นของความสุขในกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งอยู่นอกช่วงปกติ
คะแนน 3	ระดับ ปานกลาง	หมายถึง	การลดลงเล็กน้อยของความเข้มข้นของความสุขในกิจกรรมส่วนใหญ่, หรือการลดลงปานกลางในบางกิจกรรม
คะแนน 4	ระดับ ค่อนข้างรุนแรง	หมายถึง	การลดลงปานกลางของความเข้มของความสุขในกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นอย่างน้อย; อาจจะมีการลดลงอย่างรุนแรงในกิจกรรมด้านใดด้านหนึ่ง
คะแนน 5	ระดับ รุนแรง	หมายถึง	การลดลงอย่างรุนแรงของความเข้มของความสุขในกิจกรรมส่วนใหญ่; ความสามารถในการมีความสุขบางด้านยังคงเหลืออยู่; อาจจะมีมีความสุขได้เพียงเล็กน้อย, แม้แต่การแสดงความสุข บนใบหน้า เมื่อมีประสบการณ์ที่น่าจะสนุกสนานอย่างมาก
คะแนน 6	ระดับ รุนแรงมาก	หมายถึง	ไม่มีประสบการณ์ความสุข ไม่ว่าสภาวะแวดล้อมจะเป็นแบบใด

2. ด้านความถี่ของความสุขระหว่างทำกิจกรรม

คะแนน 0	ระดับ ปกติ	หมายถึง	สามารถสนุกสนานกับกิจกรรมต่าง ๆ ได้บ่อยครั้ง; ไม่มีความบกพร่องในด้านความถี่ของความสุข
คะแนน 1	ระดับ น่าสงสัย	หมายถึง	สนุกกับกิจกรรมต่าง ๆ ได้บ่อยน้อยกว่าคนอื่นอีกหลาย ๆ คน แต่อาจจะยังอยู่ภายในช่วงปกติ
คะแนน 2	ระดับ เล็กน้อย	หมายถึง	การลดลงเล็กน้อยของความถี่ของความสุขในกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งอยู่นอกช่วงปกติ
คะแนน 3	ระดับ ปานกลาง	หมายถึง	การลดลงเล็กน้อยของความถี่ของความสุขในกิจกรรมส่วนใหญ่ หรือการลดลงปานกลางในบางกิจกรรม
คะแนน 4	ระดับ ค่อนข้างรุนแรง	หมายถึง	การลดลงปานกลางของความถี่ของความสุขในกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นอย่างน้อย; อาจจะมีการลดลงอย่างรุนแรงในกิจกรรมด้านใดด้านหนึ่ง
คะแนน 5	ระดับ รุนแรง	หมายถึง	การลดลงอย่างรุนแรงของความถี่ของความสุขในกิจกรรมส่วนใหญ่; ความสามารถในการมีความสุขบางด้านยังเหลืออยู่; แต่มีความสุขได้ยาก แม้แต่การแสดงความสุขบนใบหน้า เมื่อมีประสบการณ์ที่น่าจะสนุกสนานอย่างมาก
คะแนน 6	ระดับ รุนแรงมาก	หมายถึง	ไม่มีประสบการณ์ความสุขในช่วงสัปดาห์ก่อนหน้านี้

3. ด้านความเข้มของความสุขที่คาดหวังจากกิจกรรมต่าง ๆ ในอนาคต

คะแนน 0	ระดับ ปกติ	หมายถึง	สามารถมีความสุขเมื่อนึกถึงกิจกรรมต่าง ๆ ในอนาคต ไม่มีความบกพร่องในการคาดหวังความสุขจากกิจกรรมต่าง ๆ ในอนาคต
คะแนน 1	ระดับ น่าสงสัย	หมายถึง	มีความสุขน้อยกว่าคนอื่นอีกหลาย ๆ คน เมื่อนึกถึงกิจกรรมต่าง ๆ ในอนาคต แต่ยังคงอยู่ภายในช่วงปกติ
คะแนน 2	ระดับ เล็กน้อย	หมายถึง	การลดลงเล็กน้อยของความสุขเมื่อนึกถึงกิจกรรมต่าง ๆ ในอนาคต ซึ่งอยู่ภายนอกช่วงปกติ
คะแนน 3	ระดับ ปานกลาง	หมายถึง	มีความสุขน้อยกว่าปกติอย่างชัดเจน เมื่อนึกถึงกิจกรรมต่าง ๆ ในอนาคต แต่มีความสุขบางประการได้
คะแนน 4	ระดับ ค่อนข้างรุนแรง	หมายถึง	อาจจะมีความสุขมากเมื่อนึกถึงกิจกรรมต่าง ๆ ในอนาคต แต่ปกติแล้วจะไม่มีความสุข
คะแนน 5	ระดับ รุนแรง	หมายถึง	มีความสุขได้ยากเมื่อนึกถึงกิจกรรมต่าง ๆ ในอนาคต แม้แต่เมื่อคิดพิจารณาถึงกิจกรรมสักอย่างหนึ่งที่ น่าจะสนุกมาก
คะแนน 6	ระดับ รุนแรงมาก	หมายถึง	มีความสุขเมื่อคิดถึงกิจกรรมต่าง ๆ ในอนาคต ไม่ว่ากิจกรรมในอนาคตจะเป็นอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่สร้างขึ้นเองไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบไปด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน นักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน (ภาคผนวก ข) เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถามและประชากรที่ศึกษา โดยใช้ความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิไม่น้อยกว่า 3 ใน 5 ท่าน ผลจากการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาพบว่าผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้องกันจำนวน 5 ใน 5 ท่านและให้ข้อเสนอแนะ ให้เพิ่มเรื่องของรายได้ ผู้ดูแล ประวัติการใช้สารเสพติดและงานอดิเรกและกิจกรรมที่ชอบทำมาว่าง

แบบประเมินภาวะสิ้นยินดี เป็นแบบประเมินของ Kirkpatrick et al. (2011) ที่พัฒนาจาก NIMH-MATRICES Consensus Development Conference on Negative Symptom และผู้วิจัยได้นำแบบประเมิน The Brief Negative Symptom Scale ของ (Kirkpatrick et al., 2011) มีการประเมินอาการย่อย 6 อาการดังนี้ Anhedonia, Distress, Asociality, Avolition, blunted affect, and Alogia โดยเลือกเฉพาะข้อคำถามด้าน ภาวะสิ้นยินดี (Anhedonia) ไปให้สถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แปลแบบย้อนกลับ (Back Translation) ซึ่งเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับว่ามีความเหมาะสม ทำให้ได้เครื่องมือที่มีความทัดเทียมทั้งทางด้านภาษาและวัฒนธรรมกับเครื่องมือต้นฉบับ โดยกระบวนการแปล ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนแรกแปลเครื่องมือต้นฉบับเป็นภาษาไทย (Translate version) หลังจากนั้น ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนที่สองแปลเครื่องมือต้นฉบับเป็นภาษาอังกฤษ (Back-translate version) ซึ่งแบบประเมินภาวะสิ้นยินดี ของ Kirkpatrick et al. (2011) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างและมีค่า Interrater Reliability เครื่องมือเท่ากับ 0.76

หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ที่มีลักษณะคล้ายกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.70

การแปลผลคะแนน

คะแนนที่สูง หมายถึง มีภาวะสิ้นยินดีสูง

คะแนนที่ต่ำ หมายถึง มีภาวะสิ้นยินดีต่ำ

3. เครื่องมือคัดกรองอาการทางลบตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มอย่าง

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) ประกอบด้วยการประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ มีจำนวนข้อคำถาม จำนวน 13 ข้อ แบ่งเป็น การสังเกตจำนวน 6 ข้อ และการสัมภาษณ์จำนวน 7 ข้อ โดยรายละเอียดของอาการ คือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunted affect) 2 ข้อ การแยกตัวทางอารมณ์ (emotional withdrawal) 2 ข้อ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (poor rapport) 2 ข้อ อาการแยกตัวจากสังคม (passive/apathetic social withdrawal) 2 ข้อ มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรมชาติ (lack of spontaneity and flow of conversation) 2 ข้อ และการคิดตายตัว (stereotyped thinking) 1 ข้อ (ภาคผนวก ง)

การคิดคะแนนในแบบสัมภาษณ์กำหนดให้ผู้ตอบเลือก 1 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
มีอาการ	ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว	1
ไม่มีอาการ	ไม่ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว	0

การแปลผลคะแนน

ช่วงของคะแนนจะอยู่ใน 0-13 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนดังนี้ คะแนน 10-13 คะแนน ถือว่ามีคะแนนอาการทางลบมาก คะแนน 5-9 คะแนนถือว่ามีคะแนนอาการทางลบปานกลาง และคะแนน 0-4 คะแนนถือว่ามีอาการทางลบน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือคัดกรองอาการทางลบตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มอย่าง

แบบประเมินอาการทางลบ ของ หงษ์ บรรเทิงสุขและจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) พัฒนามาจากโครงสร้างเนื้อหาของ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และ คณะ แปลจาก PANSS ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิด Kay et al. (1987) ประกอบด้วยการประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ มีจำนวนข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ แบ่งเป็น การสังเกตจำนวน 6 ข้อ และการสัมภาษณ์จำนวน 7 ข้อ โดยรายละเอียดของอาการ คือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunted affect) 2 ข้อ การแยกตัวทางอารมณ์ (emotional withdrawal) 2 ข้อ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (poor rapport) 2 ข้อ อาการแยกตัวจากสังคม (passive/apathetic social withdrawal) 2 ข้อ มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรมชาติ (lack of spontaneity and flow of conversation) 2 ข้อ และการคิดตายตัว (stereotyped thinking) 1 ข้อ และผ่านการตรวจสอบความความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธี inter-rater reliability ซึ่งมีค่าเท่ากับ .84

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบวัดการมุ่งสร้างความสุข ผู้วิจัยนำมาจาก Temporal Experience of Pleasure Scale (TEPS) ของ Gard et al. (2006) เป็นแบบความสุข/ความเพลิดเพลินในระดับปกติ ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงจากการทำกิจกรรมที่สนุกสนาน (consummatory pleasure) และความสุข/ความเพลิดเพลินเกี่ยวกับการทำกิจกรรมในอนาคต (anticipatory pleasure: TEPS-ANT) โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 18 ข้อ แบ่งเป็นการประเมินความสุข/ความเพลิดเพลินในระดับปกติ ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงจากการทำกิจกรรมที่สนุกสนาน (consummatory pleasure: TEPS-CON) จำนวน 8 ข้อ และการประเมิน ความสุข/ความเพลิดเพลินเกี่ยวกับการทำกิจกรรมในอนาคต (anticipatory pleasure) จำนวน 10 ข้อ โดยแบบวัดการมุ่งสร้างความสุข ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างและมีค่า coefficient alpha's อยู่ในช่วง 0.71 to 0.79 ด้าน TEPS-CON มีค่า coefficient alpha's อยู่ในช่วง 0.68 to 0.78 และด้าน TEPS-ANT เท่ากับ .69

ตัวเลือกเป็น Likert scale 6 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและความหมาย ดังนี้

- | | | |
|---|---------|---|
| 1 | หมายถึง | ข้อความนี้ไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย |
| 2 | หมายถึง | ข้อความนี้ค่อนข้างไม่ตรงกับความเป็นจริง |
| 3 | หมายถึง | ข้อความนี้ไม่ตรงกับความเป็นจริงเล็กน้อย |

- | | | |
|---|---------|---|
| 4 | หมายถึง | ข้อความนี้ตรงกับความเป็นจริงค่อนข้างมาก |
| 5 | หมายถึง | ข้อความนี้ตรงกับความเป็นจริงมาก |
| 6 | หมายถึง | ข้อความนี้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด |

เกณฑ์การประเมินผลการกำกับกับการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยของแบบวัดการมุ่งสร้างความสุข มีช่วงคะแนนเท่ากับ 1-6 คะแนน คะแนนเฉลี่ยที่มากกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน หรือร้อยละ 50 ถือเป็นเกณฑ์ผ่านการกำกับกับการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบประเมินการมุ่งสร้างความสุข เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยนำมาจาก Temporal Experience of Pleasure Scale (TEPS) ของ Gard et al. (2006) จากนั้นนำมาแปลเป็นภาษาไทย และคงความเหมือนกันด้านเนื้อหา (content equivalence) ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบไปด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน นักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน (ภาคผนวก ข) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องและความเหมาะสมของการแปลภาษา โดยใช้ความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิไม่น้อยกว่า 3 ใน 5 ท่าน ผลจากการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาพบว่าผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้องกันจำนวน 5 ใน 5 ท่าน และให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ข้อความข้อที่ 2, 3, 6, 8, 10, 11, 14, 16 เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจและความเหมาะสมของการแปลภาษามากขึ้น

หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ และพบว่า ด้าน anticipatory pleasure: TEPS-ANT มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .86 consummatory pleasure: TEPS-CON มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .81 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งชุดเท่ากับ .91

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยและการแปลผลระดับคะแนนการมุ่งสร้างในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข (n=20) จำแนกเป็นรายบุคคล

คนที่	คะแนนการมุ่งสร้างความสุข		
	TEPS-ANT	TEPS-CON	Total TEPS score
1	3.00	3.38	3.17
2	5.40	4.63	5.06
3	4.50	4.25	4.39
4	4.40	4.38	4.39
5	4.30	4.38	4.33
6	5.90	5.50	5.72
7	5.10	4.88	5.00
8	5.20	5.63	5.39
9	3.70	3.25	3.50
10	4.40	4.13	4.28
11	5.80	5.50	5.67
12	3.70	3.63	3.67
13	3.20	3.88	3.50
14	3.20	4.00	3.56
15	4.80	4.38	4.61
16	3.60	2.88	3.28
17	3.60	4.25	3.89
18	5.30	3.13	4.33
19	4.30	2.63	3.56
20	4.60	4.00	4.33

* Temporal Experience of Pleasure Scale; TEPS-ANT: the 10-item anticipatory subscale ช่วงคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1-6 คะแนน, TEPS-CON: the 8-item consummatory subscale ช่วงเฉลี่ยคะแนนอยู่ระหว่าง 1-6 คะแนน

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองหลังรับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขมีระดับคะแนนเฉลี่ยการมุ่งสร้างความสุขเพิ่มขึ้น โดยแบ่งเป็นรายด้านคือ 1) ด้าน anticipatory pleasure (TEPS-ANT) มีคะแนนเฉลี่ยการมุ่งสร้างความสุขสูงสุดเท่ากับ 5.90 2) ด้าน consummatory pleasure (TEPS-CON) มีคะแนนเฉลี่ยการมุ่งสร้างความสุขสูงสุดเท่ากับ 5.63 เมื่อรวมคะแนนทั้งด้าน anticipatory pleasure (TEPS-ANT) และด้าน consummatory pleasure (TEPS-CON) พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการมุ่งสร้างความสุขสูงสุดเท่ากับ 5.72 ซึ่งถือว่า ภายหลังจากใช้โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคนมีค่าคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือคะแนนเฉลี่ยที่มากกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนนหรือร้อยละ 50

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้ศึกษาผู้ดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการดำเนินการทดลองออกเป็น 3 ระยะเวลาคือ ระยะเวลาเตรียมการทดลอง ระยะเวลาดำเนินการทดลองและระยะเวลาหลังการทดลอง โดยมีรายละเอียดในแต่ละระยะ ดังนี้

1. ระยะเวลาเตรียมการทดลอง ประกอบด้วยการเตรียมการด้านต่างๆ ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้ เกี่ยวกับทักษะที่มุ่งสร้างความสุข จากเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความรู้ในหลักการและทฤษฎี หลังจากนั้น ขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การดำเนินงานตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขเตรียมและพัฒนา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยมีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

1.3 ดำเนินการขออนุมัติการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี และ ขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังผู้อำนวยการ โรงพยาบาล สระบุรี

1.4 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี ผู้วิจัยเข้าพบ หัวหน้างานคลินิกสุขภาพใจ โรงพยาบาลสระบุรี เพื่อแนะนำตัวพร้อมชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย ทั้งวัตถุประสงค์ จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย วิธีการเก็บข้อมูล วัน เวลาที่ดำเนินการและขอความอนุเคราะห์สถานที่สำหรับการดำเนินการวิจัย

1.5 ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติเบื้องต้นตามเกณฑ์การคัดเลือก และขอข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้เพียงคุณสมบัติบางประการเท่านั้น เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20-F20.9) ทั้งชายและหญิงที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี

1.6 เมื่อพบกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์คุณสมบัติเบื้องต้นแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่มาตรวจตามนัดที่คลินิกสุขภาพใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

1.7 ผู้วิจัยจับคู่ (Matched - pair) กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์คุณสมบัติเบื้องต้นให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ระดับอาการทางลบและเพศ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน จากนั้นดำเนินการในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มทดลอง ดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยอธิบายการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัยว่ากลุ่มตัวอย่างว่ามีสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้และมีสิทธิยุติการเข้าร่วมโปรแกรมและตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากกลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งประกอบด้วย เพศ สถานภาพ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา รายได้ ผู้ดูแล และงานอดิเรก/กิจกรรมที่ชอบทำยามว่าง (รายละเอียดดังภาคผนวก ก) แบบประเมินอาการทางลบและแบบประเมินภาวะสิ้นยินดี (Pre-test)

2. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 3 กลุ่มๆละ 6-7 คน และให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขซึ่งมี 8 ขั้นตอน จำแนกเป็น 10 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มๆละ ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 45 - 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้งติดต่อกัน 4 สัปดาห์

3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มทดลองถึงการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทคนอื่น ๆ แต่จะได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขเพิ่มเติมจากการพยาบาลตามปกติ

4. ผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มทดลองโดยแจ้ง วัน เวลาและสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขพร้อมทั้งมอบตามรางกิจกรรมและในนัดหมายให้แก่กลุ่มตัวอย่างทุกคน

5. หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในขั้นตอนที่ 8 ผู้วิจัยทำการประเมินความสุขของกลุ่มตัวอย่างโดยให้ผู้วิจัยตอบแบบวัดการมุ่งสร้างความสุข

6. เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมได้กำหนดให้มีการประเมินภาวะสัณยิตของผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทันที หลังสิ้นสุดโปรแกรมโดยใช้แบบประเมินภาวะสัณยิตของ (Kirkpatrick et al., 2011) จากนั้นแจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมกล่าวขอบคุณ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

กลุ่มควบคุม ดำเนินการ ดังนี้

1. หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ สถานภาพ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา รายได้ ผู้ดูแล งานอดิเรก/กิจกรรมที่ชอบทำยามว่าง และประวัติการใช้สารเสพติดและทำแบบประเมินอาการทางลบ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกและแบบประเมินภาวะสัณยิต (Pre-test)

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลตามปกติ เมื่อเข้ารับการรักษาที่คลินิก สุขภาพใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี ประกอบด้วย การซักประวัติก่อนพบแพทย์ซึ่งครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจการให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย การให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การให้คำแนะนำหลังพบแพทย์ รวมถึงการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข

3. ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อทำการประเมินภาวะสัณยิต (Post-test)

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ในขั้นตอนการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การซักประวัติก่อนพบแพทย์ซึ่งครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจการให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย การให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การให้คำแนะนำหลังพบแพทย์ รวมถึงการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขตามวัน เวลา และสถานที่ ที่ได้กำหนดไว้ซึ่งประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ดังรายละเอียดในแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตารางดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข

สัปดาห์ ที่	กลุ่มที่/ ครั้งที่	วันที่	เวลา	กิจกรรม
1	1 ครั้งที่ 1	26 ก.ย.59	09.00-10.00 น.	ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวัง (Relationship and defeatist thinking)
1	2 ครั้งที่ 1	26 ก.ย.59	10.30-11.30 น.	ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวัง (Relationship and defeatist thinking)
1	3 ครั้งที่ 1	27 ก.ย.59	10.00-11.00 น.	ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวัง (Relationship and defeatist thinking)
1	1 ครั้งที่ 2	28 ก.ย.59	09.00-10.00 น.	ขั้นตอนที่ 2 การสัมผัสและรับรู้ถึงความสุขในปัจจุบัน (savoring pleasant moments)
1	2 ครั้งที่ 2	28 ก.ย.59	10.30-11.30 น.	ขั้นตอนที่ 2 การสัมผัสและรับรู้ถึงความสุขในปัจจุบัน (savoring pleasant moments)
1	3 ครั้งที่ 2	29 ก.ย.59	10.00-11.00 น.	ขั้นตอนที่ 2 การสัมผัสและรับรู้ถึงความสุขในปัจจุบัน (savoring pleasant moments)

สัปดาห์ ที่	กลุ่มที่/ ครั้งที่	วันที่	เวลา	กิจกรรม
2	1 ครั้งที่ 3	4 ต.ค.59	09.00-10.00 น.	ขั้นตอนที่ 3 การเน้นย้ำอารมณ์สุขด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรม (accentuating the behavioral expression of emotions)
2	2 ครั้งที่ 3	4 ต.ค.59	10.30-11.30 น.	ขั้นตอนที่ 3 การเน้นย้ำอารมณ์สุขด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรม (accentuating the behavioral expression of emotions)
2	3 ครั้งที่ 3	5 ต.ค.59	10.00-11.00 น.	ขั้นตอนที่ 3 การเน้นย้ำอารมณ์สุขด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรม (accentuating the behavioral expression of emotions)
2	1 ครั้งที่ 4	6 ต.ค.59	09.00-10.00 น.	ขั้นตอนที่ 4 สร้างช่วงเวลาของการมีความสุขสุดด้วยการแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น (making the most of pleasant moments by sharing them with others)
2	2 ครั้งที่ 4	6 ต.ค.59	10.30-11.30 น.	ขั้นตอนที่ 4 สร้างช่วงเวลาของการมีความสุขสุดด้วยการแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น (making the most of pleasant moments by sharing them with others)
2	3 ครั้งที่ 4	7 ต.ค.59	10.00-11.00 น.	ขั้นตอนที่ 4 สร้างช่วงเวลาของการมีความสุขสุดด้วยการแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น (making the most of pleasant moments by sharing them with others)
3	1 ครั้งที่ 5	10 ต.ค.59	09.00-10.00 น.	ขั้นตอนที่ 5 การสัมผัสและรับรู้ถึงความสุขที่เกิดขึ้นในอดีต (savoring past pleasant moments)

สัปดาห์ ที่	กลุ่มที่/ ครั้งที่	วันที่	เวลา	กิจกรรม
3	2 ครั้งที่ 5	10 ต.ค.59	10.30-11.30 น.	ขั้นตอนที่ 5 การสัมผัสและรับรู้ถึงความสุขที่เกิดขึ้นในอดีต (savoring past pleasant moments)
3	3 ครั้งที่ 5	11 ต.ค.59	10.00-11.00 น.	ขั้นตอนที่ 5 การสัมผัสและรับรู้ถึงความสุขที่เกิดขึ้นในอดีต (savoring past pleasant moments)
3	1 ครั้งที่ 6	12 ต.ค.59	09.00-10.00 น.	ขั้นตอนที่ 6 ช่วงเวลาของการคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 1 (anticipating pleasant moment 1)
3	2 ครั้งที่ 6	12 ต.ค.59	10.30-11.30 น.	ขั้นตอนที่ 6 ช่วงเวลาของการคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 1 (anticipating pleasant moment 1)
3	3 ครั้งที่ 6	14 ต.ค.59	10.00-11.00 น.	ขั้นตอนที่ 6 ช่วงเวลาของการคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 1 (anticipating pleasant moment 1)
4	1 ครั้งที่ 7	17 ต.ค.59	09.00-10.00 น.	ขั้นตอนที่ 7 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 2 (anticipating pleasant moment 2)
4	2 ครั้งที่ 7	17 ต.ค.59	10.30-11.30 น.	ขั้นตอนที่ 7 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 2 (anticipating pleasant moment 2)
4	3 ครั้งที่ 7	18 ต.ค.59	10.00-11.00 น.	ขั้นตอนที่ 7 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 2 (anticipating pleasant moment 2)
4	1 ครั้งที่ 8	19 ต.ค.59	09.00-10.00 น.	ขั้นตอนที่ 8 ทบทวนทักษะทั้งหมด (Review of all skill)
4	2 ครั้งที่ 8	19 ต.ค.59	10.30-11.30 น.	ขั้นตอนที่ 8 ทบทวนทักษะทั้งหมด (Review of all skill)

สัปดาห์ ที่	กลุ่มที่/ ครั้งที่	วันที่	เวลา	กิจกรรม
4	3 ครั้งที่ 8	25 ต.ค.59	10.00-11.00 น.	ชั้นตอนที่ 8 ทบทวนทักษะทั้งหมด (Review of all skill)

การดำเนินโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขในแต่ละครั้งมีการประเมินการดำเนินกิจกรรม โดยสรุปดังต่อไปนี้

ชั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวัง (relationship and defeatist thinking)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในกลุ่มและผู้วิจัย
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการจัดกิจกรรม และประโยชน์ที่ผู้ปวยจะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อประเมินความคิดที่มีแนวโน้มล้มเหลวหรือสิ้นหวัง
4. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มตระหนักและเห็นความสำคัญของการมุ่งสร้างความสุข

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมในชั้นตอนที่ 1 ผู้ปวยจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดีทุกคนสามารถ

1. มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันภายในกลุ่มและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม
2. บอกถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดได้อย่างถูกต้อง
3. เกิดความรู้สึกผ่อนคลายพร้อมในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ
4. บอกความคิดล้มเหลวหรือสิ้นหวังของตนเองได้
5. สมาชิกบอกความต้องการและคาดหวังของตนเองได้
6. รับรู้ ตระหนักและเห็นความสำคัญของภาวะสิ้นยินดี

การดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1 ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวังและประเมินความคาดหวังและความต้องการ และกิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องภาวะสิ้นยินดี มีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพมีการดำเนินกิจกรรมโดยพยาบาลกล่าวทักทาย พูดคุยกับผู้ป่วยในกลุ่มเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป แนะนำตนเองกับสมาชิกในกลุ่ม ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร จริงใจ

กิจกรรมประเมินความคิดที่มีแนวโน้มล้มเหลวหรือสิ้นหวังเป็นการประเมินความคิด เรื่องเหตุผลของความคิดและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวหรือสิ้นหวัง จากนั้นใช้การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสนอทางเลือกให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการแก้ไขความคิดความเชื่อและเรียนรู้การเกิดความคิดในเชิงบวก โดยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านการตั้งคำถามและการบอกความคาดหวังและความต้องการของตนเองเพื่อนำไปสู่การเกิดความพึงพอใจและมุ่งใจนำไปสู่การประพฤติปฏิบัติในสิ่งที่ต้องการหรือคาดหวัง

กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องภาวะสิ้นยินดี เป็นการบอกความหมาย และสาเหตุของการเกิดภาวะสิ้นยินดีได้รับฟังเพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและรับรู้ ตระหนักและเห็นความสำคัญของภาวะสิ้นยินดี

สื่อการสอน/วัสดุอุปกรณ์

1. ป้ายชื่อ	จำนวน	8	ป้าย
2. ใบงานที่1/1 แบบบันทึกความคาดหวัง	จำนวน	8	แผ่น
3. ใบงานที่1/2 แบบบันทึกกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุข	จำนวน	8	แผ่น
4. ใบความรู้ที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะสิ้นยินดี	จำนวน	8	แผ่น
5. ดินสอ/ปากกาสำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย	จำนวน	8	ด้าม
6. ปากกาไวท์บอร์ด	จำนวน	1	ด้าม
7. กระดาษฟลิปชาร์ต	จำนวน	2	แผ่น
8. ตารางนัดหมายในการทำกิจกรรม	จำนวน	8	แผ่น
9. เพลงผ่อนคลายตระหนักรู้		5	นาที

การประเมินผล

การดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ซึ่งการประเมินผลในแต่ละขั้นตอนสามารถสรุปได้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

เมื่อดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดมีสีหน้า ท่าทางผ่อนคลาย ให้ความร่วมมือ และเปิดเผยข้อมูลของตนเองต่อกลุ่ม สำหรับบรรยากาศในการดำเนินกลุ่มมีความผ่อนคลายและสมาชิก มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการตั้งกฎกติกาและบอกความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นจากการฝึกสติได้

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวังและประเมินความคาดหวังและความต้องการ

การประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวังเป็นการประเมินความคิดความเชื่อที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวังที่มีความเฉพาะเจาะจงกับอาการของผู้ป่วย โดยค้นหาความคิดท้อแท้ของผู้ป่วยและเชื่อมโยงเนื้อหาเข้าสู่โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข เมื่อดำเนินกิจกรรมโดยการถามสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับความคิดล้มเหลวหรือสิ้นหวัง สมาชิกในกลุ่มก็ได้แสดงความคิดเห็น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“บางครั้งก็เคยมีความคิดที่ล้มเหลว เหมือนทำอะไรก็ไม่สำเร็จสักอย่าง”

“เวลาเกิดความรู้สึกล้มเหลว จะรู้สึกเบื่อ ไม่อยากทำอะไร”

“คิดคนเดียว แยกอยู่คนเดียว”

เมื่อถามถึงความคาดหวัง/ความต้องการของสมาชิกในการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขสมาชิกก็ได้แสดงความคิดเห็น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“สิ่งที่คาดหวังคือสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวันและไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน”

“สิ่งที่คาดหวัง คือต้องการชมวีดิทัศน์เพิ่มเติมเพื่อเสริมความรู้เกี่ยวกับการสร้างความสุข”

“เวลามาทำกิจกรรมสิ่งที่คาดหวังคือการมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น”

เมื่อถามสมาชิกว่าแล้วสิ่งที่สมาชิกต้องการในการทำกิจกรรมกลุ่ม สมาชิกต้องการอะไรบ้าง โดยสมาชิกก็ได้แสดงความคิดเห็น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ต้องการที่จะเต้น ร้องเพลง เทียว หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่ทำให้มีความสุข”

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องภาวะสิ้นยินดี

การให้ความรู้เรื่องภาวะสิ้นยินดีเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสิ้นยินดี โดยแจ้งผลคะแนนภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นความสำคัญของภาวะสิ้นยินดี จากนั้นพยาบาลเสริมความรู้เกี่ยวกับภาวะสิ้นยินดี สาเหตุ ให้ผู้ป่วยได้ทราบแลกรมีการแลกเปลี่ยนอาการของตนเองให้ผู้ป่วยกลุ่มได้ทราบ ผลจากการดำเนินกิจกรรมผู้ป่วยในกลุ่มสนใจฟังพยาบาลให้ความรู้เรื่องภาวะสิ้นยินดี แสดงความคิดเห็นและได้บอกลักษณะของผู้ที่มีภาวะสิ้นยินดีได้โดยเมื่อพยาบาลให้สมาชิกดูรูปภาพของคนที่มีภาวะสิ้นยินดีแล้วถามสมาชิกว่า “มีสมาชิกท่านที่มีอาการเช่นนี้บ้าง” โดยมีสมาชิกบางท่านก็แสดงความคิดเห็น ดังนี้

“ภาวะสิ้นยินดีในส่วนของผมเหอมนจะมีอาการมากกว่าในรูปอีก ”

“เมื่อก่อนผมก็เคยเป็น มันเป็นอารมณ์แบบเฉยๆ ไม่อยากทำอะไรเลย”

เมื่อถามว่าสาเหตุของการเกิดภาวะสิ้นยินดีของสมาชิกเกิดขึ้นได้อย่างไร ก็มีการแสดงความคิดเห็น ดังนี้

“สาเหตุของการเกิดภาวะสิ้นยินดีเกิดจากการที่ไม่มียานทำ ไม่มีเงินเดือน”

“สาเหตุของการเกิดภาวะสิ้นยินดีเกิดจากสารสื่อประสาท”

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขในปัจจุบัน (savoring pleasant moments)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการสร้างความสุข
2. เพื่อให้สมาชิกได้ค้นหาการสร้างความสุขของตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดีทุกคนสามารถ

1. มีประสบการณ์และมีทักษะในการสร้างความสุข
2. รับรู้ ความรู้สึกทางบวกที่มีผลต่ออารมณ์

การดำเนินกิจกรรม

การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขในปัจจุบันเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ อารมณ์ทางบวกและสัมผัสกับความสุขที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยช่วงแรกของการดำเนินโปรแกรมในขั้นตอนที่ 2 พยาบาลได้มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยโดยการฝึกการผ่อนคลายและการฝึกสติเพื่อให้

ผู้ป่วยผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลและเกิดอารมณ์ทางบวก ตลอดจนมีความพร้อมในการทำกิจกรรมในขั้นตอนต่อไป จากนั้นพยาบาลฝึกให้ผู้ป่วยได้นึกถึงประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมจากการจินตภาพกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้อารมณ์และความรู้สึกทางบวก และถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกจากประสบการณ์รูปธรรมให้ผู้ป่วยคนอื่นๆ ได้รับฟัง

สื่อการสอน/วัสดุอุปกรณ์

1.	เพลงผ่อนคลายตระหนักรู้	จำนวน	5	นาที
2.	ใบงานที่1/1	จำนวน	8	แผ่น
3.	ตารางนัดหมายการทำกิจกรรม	จำนวน	8	แผ่น

การประเมินผล

การดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 ผลการประเมินสามารถสรุปได้ ดังนี้

ผลจากการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ประสบการณ์ของความสุข โดยข้อมูลจากใบงานที่ 1/2 กิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น ดูหนัง ฟังเพลง ซักผ้า ทำกับข้าว ล้างจาน ออกกำลังกาย เล่นเกมคอมพิวเตอร์ เป็นต้น โดยเมื่อกระตุ้นถามถึงภาพและพฤติกรรมเมื่อนึกถึงกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขผู้ป่วยสามารถบรรยายถึงกิจกรรมได้เป็นอย่างดี

ขั้นตอนที่ 3 การเน้นย้ำอารมณ์สุขด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรม (accentuating the behavioral expression of emotions)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจในการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรม
2. เพื่อให้สมาชิกมีทักษะการสร้างความสุข

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดีทุกคนสามารถ

1. เกิดความรู้สึกผ่อนคลายมีความพร้อมในการเรียนรู้สิ่งใหม่
2. เลือกรูปภาพที่ทำให้ตนเองเกิดความสุขได้
3. แสดงออกถึงอารมณ์สุขด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรม
4. ฝึกประสบการณ์ของการสร้างความสุขอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินกิจกรรม

เมื่อดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 แล้วพยาบาลให้ผู้ป่วยได้สัมผัสอารมณ์สุขด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรม ซึ่งอารมณ์เป็นสภาวะของจิตใจที่เปลี่ยนแปลงเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นจะแสดงออกโดยดูจากการแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง กริยาต่างๆ จากนั้นพยาบาลสร้างความตระหนักถึงประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความสุข โดยให้ผู้ป่วยนึกถึงกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขในใบงานที่ 1/2 จากนั้นก็ถามความรู้สึกของสมาชิกที่เกิดขึ้นจากการที่ได้นึกถึงภาพของความสุขและสำรวจความรู้สึกที่เกิดขึ้นผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 จากนั้นพยาบาลให้ผู้ป่วยดูรูปภาพทางบวกในหมวดธรรมชาติ หมวดงานอดิเรก และหมวดประเพณี ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เพิ่มประสบการณ์ของอารมณ์ทางบวก โดยการใช้รูปภาพทางบวกเป็นสื่อในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ทางบวกซึ่งจะช่วยเพิ่มความเข้มของความสุข

สื่อการสอน/วัสดุอุปกรณ์

- | | | |
|--|----------|------|
| 1. เพลงผ่านพักตระหนัก | จำนวน 5 | นาที |
| 2. หมวดธรรมชาติ หมวดงานอดิเรก และหมวดประเพณี | จำนวน 31 | รูป |
| 3. ใบงานที่ 3/1 | จำนวน 8 | ใบ |
| 4. ตารางนัดหมายการทำกิจกรรม | จำนวน 8 | ใบ |

การประเมินผล

จากการดำเนินกิจกรรมที่เพิ่มประสบการณ์ของอารมณ์ทางบวกโดยการใช้รูปภาพทางบวกเป็นสื่อในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ทางบวก ผลที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ทางบวกเพิ่มมากขึ้น โดยมีสมาชิกบางท่านได้แสดงความคิดเห็น ดังนี้

“เวลาที่ได้นึกถึงกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขรู้สึกที่กำลังทำกิจกรรมนั้นอยู่”

“เวลาที่ได้นึกถึงทำให้สบายใจ มีความสุข”

จากนั้นก็เพิ่มอารมณ์เชิงบวกของสมาชิกโดยให้สมาชิกดูรูปภาพที่ทำให้เกิดความสุขซึ่งภาพส่วนใหญ่ที่สมาชิกเลือกจะเป็นภาพธรรมชาติ น้ำตก ภาพดูทีวี เล่นกีฬา ร้องเพลง และการแข่งขันเรือยาว และทะเลหลังจากที่สมาชิกได้เลือกภาพก็ได้ให้สมาชิกบรรยายถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นโดยการแสดงความคิดเห็นดังนี้

“ภาพที่เลือกคือภาพธรรมชาติ เวลาที่ได้ดูทำให้เกิดความรู้สึกสบายตา น่านอน”

“ภาพที่ฉันเลือกคือภาพดูทีวี เวลามองแล้วทำให้นึกถึงตอนที่กำลังดูทีวีกับ Daddy”

“ภาพที่เลือกคือการแข่งขันเรือยาวเพราะเวลาที่ได้ดูทำให้รู้สึกสนุก ตื่นเต้นดี”

ในขณะที่สมาชิกเล่าถึงภาพที่ทำให้เกิดความสุข บางคนก็จะยืมเวลาที่อธิบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูภาพ แต่มีสมาชิกบางท่านก็ไม่ยืมในขณะที่เล่าและบอกรายละเอียดของความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้น้อย

ขั้นตอนที่ 4 สร้างช่วงเวลาของการมีความสุขสุดด้วยการแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น (making the most of pleasant moments by sharing them with others)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกได้มีประสบการณ์ของความสุขและมีโอกาสที่จะได้รับความสุขจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 4 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดีทุกคนสามารถ

1. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของความสุขของตนเอง
2. บอกรายละเอียดของความสุขมากที่สุดของตนเองได้
3. แสดงออกทางสีหน้าและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการสัมผัสอารมณ์สุขได้

การดำเนินกิจกรรม

การดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้พยาบาลให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนความสุขที่เกิดขึ้นการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 โดยการแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น และมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงอารมณ์สุขของกิจกรรมที่ทำ โดยการแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางเมื่อมีความสุขเกิดขึ้นให้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มได้รับรู้ร่วมกัน การฝึกให้ผู้ป่วยได้นึกถึงประสบการณ์ของความสุขและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนให้ผู้อื่นได้รับฟังจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้อารมณ์ทางบวกเพิ่มขึ้น

สื่อการสอน/วัสดุอุปกรณ์

- | | | | |
|-------------------------------|-------|---|------|
| 1. ปากกาไวท์บอร์ด | จำนวน | 1 | ด้าม |
| 2. กระดาษฟลิปชาร์ต | จำนวน | 2 | แผ่น |
| 3. ตารางนัดหมายในการทำกิจกรรม | จำนวน | 8 | แผ่น |

การประเมินผล

การฝึกให้ผู้ป่วยได้นึกถึงประสบการณ์ของความสุขและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนให้ผู้อื่นได้รับฟังจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้อารมณ์ทางบวกเพิ่มขึ้นโดยกิจกรรมที่ผู้ป้วยนำมาแลกเปลี่ยนให้กับสมาชิกในกลุ่มได้รับฟัง เช่น ชักผ้า ล้างจาน อ่านหนังสือพิมพ์ ฟังเพลง ดูทีวี ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่ามีความสุขที่ได้ทำกิจกรรมและได้บอกความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรม ดังนี้

“ตอนที่ซักผ้าเสร็จช่วงที่ทำให้เกิดความสุขมากที่สุดคือตอนที่เอาผ้าตากไว้บนราวตากผ้าแล้วเห็นไม้แขวนเรียงกันและได้กลิ่นของผงซักฟอก”

“ตอนที่มีความสุขมากที่สุดขณะที่ได้ฟังเพลงคือช่วงท่อน Hook ของเพลง”

ขั้นตอนที่ 5 การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขที่เกิดขึ้นในอดีต (savoring past pleasant moments)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีประสบการณ์ของความสุขจากการนึกถึงกิจกรรมที่เกิดขึ้นในอดีต

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 5 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดีทุกคนสามารถ

1. บอกประสบการณ์ทางด้านบวกของตนเองจากการระลึกถึงกิจกรรมอดีตของตนเองได้
2. บอกระดับความสุขของตนเองได้ตรงตามความเป็นจริง
3. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางด้านบวกในอดีตของตนเอง
4. เขียนกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขและนำมาแลกเปลี่ยนในการเข้ากลุ่มในขั้นตอนที่ 6

การดำเนินกิจกรรม

การดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้ จะเริ่มต้นด้วยการฝึกสติเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการทำกิจกรรมและเกิดอารมณ์ทางบวก จากนั้นพยาบาลเริ่มดำเนินกิจกรรมโดยให้ผู้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงประสบการณ์ทางด้านบวกและเป็นการแสวงหาความสุขทางอารมณ์และจิตใจ ทำให้เกิดความสุขภาคภูมิใจและความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในอดีต โดยพยาบาลใช้คำถามและใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสุขในอดีตของผู้ป่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้รับฟัง

สื่อการสอน/วัสดุอุปกรณ์

1.	แบบบันทึกกิจกรรมในการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข	8	ใบ
2.	เพลงผ่อนคลายตระหนักรู้	5	นาที่
3.	ปรอทความสุข	1	ชิ้น
4.	ดินสอ/ปากกาสำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย	8	ด้าม
5.	ตารางนัดหมายในการทำกิจกรรม	8	ใบ

การประเมินผล

ภายหลังการฝึกสมาธิและการฝึกสติ สมาชิกมีระดับคะแนนความสุขจะอยู่ระหว่าง 5-10 คะแนน จากนั้นพยาบาลให้สมาชิกให้สมาชิกได้ระลึกถึงความสุขที่เกิดขึ้นในอดีต โดยสมาชิกได้แสดงความคิดเห็นของตนเองเกี่ยวกับระดับของความสุข ดังนี้

“ตอนนี้ระดับของความสุขอยู่ที่เลข 8 เพราะว่าการเข้ากลุ่มทุกครั้งมีการฝึกสมาธิ รู้สึกว่าใจเย็นขึ้น”

เมื่อสอบถามถึงความสุขในอดีตผู้ป่วยสามารถเล่าเหตุการณ์และบอกความรู้สึกจากการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 โดยสมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ดังนี้

“ความสุขในอดีตของผมคือตอนที่ไปเที่ยวทะเลเพราะมีคลื่นจากทะเล และกลิ่นของ ทำให้รู้สึกมีความสุข”

“ความสุขในอดีตที่ฉันนึกถึงคือตอนที่แฟนสวมแหวนเพชรให้ โดยช่วงที่รู้สึกว่ามีความสุขมากที่สุดคือตอนที่แฟนกำลังสวมแหวนให้”(ยิ้ม)

“ตอนที่มีความสุขคือตอนที่รับปริญญาซึ่งทำให้เห็นความสามารถของตนเอง”

“ช่วงที่มีความสุขที่สุดในอดีตคือตอนที่มึงงานทำ และเวลาเงินเดือนออกจะทำให้รู้สึกมีความสุขมากที่สุด”

“ความสุขในอดีตเธอ ตอนที่ผมยังเด็ก ๆ แล้วแม่ให้พาควายไปกินหญ้า ตอนที่ทำให้รู้สึกมีความสุขมากที่สุดคือตอนที่ควายกำลังกินหญ้า ดูแล้วมีความสุขดี”

“ความสุขในอดีตที่นึกถึงแล้วมีความสุขคือตอนที่เรียนหนังสือ โดยตอนที่นึกแล้วมีความสุขช่วงที่ทำการบ้านวิชาภาษาไทย”

“ตอนไปเที่ยวภูกระดึงกับเพื่อนๆ ซึ่งต้องเดินวนเขาขณะเดียวกันรู้สึกถึงความเย็นของธรรมชาติ”

“ตอนที่ได้ไปจ่ายตลาดกับแม่ แล้วแม่ก็จะสอนวิธีการเลือกซื้อของและได้ช่วยแม่ถือของ”(ยิ้ม)

“ได้แต่งรถครับเพราะเวลาที่แต่งรถเสร็จรู้สึกว่ารสมีสวยงาม และทำให้เรามีเพื่อนเพิ่มขึ้น”

แต่ก็มีผู้ป่วย 1 คนที่ไม่สามารถบอกความสุขที่เกิดขึ้นในอดีตของตนเองได้อย่างชัดเจน โดยมีตัวอย่างคำพูด ดังนี้

“ตอนนั้นไปประเทศออสเตรเลีย ซึ่งตอนนั้นไปกับเพื่อนๆ หลายคนกำลังนั่งรอทานข้าวซึ่งเป็นโต๊ะอาหารที่ใหญ่มาก” (สีหน้าเรียบเฉย) เมื่อสอบถามว่าช่วงไหนบ้างที่รู้สึกมีความสุข ผู้ป่วยตอบว่า “มันนานมากแล้ว จำไม่ได้”

ขั้นตอนที่ 6 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 1 (anticipating pleasant moments 1)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการคาดหวังความสุข

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 6 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดีทุกคนสามารถ

1. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของความสุขของตนเองที่เกิดขึ้นจากการคาดหวังความสุขได้
2. แสดงออกถึงอารมณ์และพฤติกรรมได้ตรงตามการรับรู้ของตนเอง
3. สมาชิกบันทึกกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขได้ด้วยตนเอง

การดำเนินกิจกรรม

การดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้พยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้สัมผัสกับอารมณ์ทางบวก โดยให้ผู้ป่วยแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางที่เกิดจากกิจกรรมที่คาดหวังความสุขจำนวน 3 กิจกรรม จากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยลำดับความต้องการในการทำกิจกรรมลำดับที่ 1-3 และให้ผู้ผู้ป่วยแต่ละคนบอกกิจกรรมอันดับที่ 1 ตนเองแล้วนึกถึงอารมณ์และความรู้สึกมีความสุขที่เกิดขึ้นว่าภาพอารมณ์และความสุขของสมาชิกที่จะเกิดขึ้นจะเป็นแบบไหน จากนั้นมอบหมายให้ผู้ป้วยนำกิจกรรมที่คาดหวังลำดับที่ 1 ไปฝึกเป็นการบ้านเพื่อรับรู้ความแตกต่างของความรู้สึกเชิงบวกและอารมณ์ มีการรับรู้ความรู้สึกทางด้านกายภาพและเพิ่มกิจกรรมทางด้านสังคมได้

สื่อการสอน/วัสดุอุปกรณ์

1.	แบบบันทึกกิจกรรมในการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข	จำนวน	8	ใบ
2.	เพลงผ่อนคลายตระหนักรู้	จำนวน	5	นาที่
3.	ดินสอ/ปากกาสำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย	จำนวน	8	ด้าม
4.	ตารางนัดหมายในการทำกิจกรรม	จำนวน	8	ใบ
5.	กระดาษฟลิปชาร์ต	จำนวน	2	แผ่น
6.	ใบงานที่ 6/1	จำนวน	8	ใบ

การประเมินผล

หลังจากดำเนินกิจกรรมพบว่าสมาชิกมีกิจกรรมที่ทำแล้วมีความสุขเพิ่มขึ้นโดยกิจกรรมที่สมาชิกเขียนการคาดหวังความสุขในอนาคตก็มีความหลากหลาย เช่น ทำกับข้าว ร้องเพลง ดูทีวี ปลูกต้นไม้ ทำความสะอาดบ้าน

ขั้นตอนที่ 7 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 2 (anticipating pleasant moments 2)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการคาดหวังความสุข

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 7 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดีทุกคนสามารถ

1. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของความสุขของตนเองที่เกิดขึ้นจากการคาดหวังความสุขได้
2. แสดงออกถึงอารมณ์และพฤติกรรมได้ตรงตามการรับรู้ของตนเอง
3. สมาชิกบันทึกกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขได้ด้วยตนเอง

การดำเนินกิจกรรม

การดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้เป็นกิจกรรมการฝึกทักษะการคาดหวังความสุขซ้ำอีกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีทักษะในการคาดหวังความสุขที่หลากหลาย โดยพยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางที่เกิดจากกิจกรรมที่คาดหวังความสุขจำนวน 3 กิจกรรม จากนั้นให้ผู้ป่วยลำดับความต้องการในการทำกิจกรรมลำดับที่ 1-3 และให้ผู้ป่วยแต่ละคนบอกกิจกรรมอันดับที่ 1 ตนเอง แล้วนึกถึงอารมณ์และความรู้สึกมีความสุขที่เกิดขึ้นว่าภาพอารมณ์และความสุขของสมาชิกที่จะเกิดขึ้นจะเป็นแบบไหน จากนั้นมอบหมายให้ผู้ป่วยนำกิจกรรมที่คาดหวังลำดับที่ 1 ไปฝึกเป็นการบ้านเพื่อรับรู้

ความแตกต่างของความรู้สึกเชิงบวกและอารมณ์ มีการรับรู้ความรู้สึกทางด้านกายภาพและเพิ่มกิจกรรมทางด้านสังคมได้

สื่อการสอน/วัสดุอุปกรณ์

1.	แบบบันทึกกิจกรรมในการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข	จำนวน	8	ใบ
2.	เพลงผ่อนคลายตระหนักรู้	จำนวน	5	นาฬิกา
3.	ดินสอ/ปากกาสำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย	จำนวน	8	ด้าม
4.	ตารางนัดหมายในการทำกิจกรรม	จำนวน	8	ใบ
5.	กระดาษฟลิปชาร์ต	จำนวน	2	แผ่น
6.	ใบงานที่ 6/1	จำนวน	8	ใบ

การประเมินผล

จากการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรู้สึกทางด้านกายภาพและเพิ่มกิจกรรมทางด้านสังคมได้ ซึ่งจากข้อมูลในแบบบันทึกความคาดหวัง พบว่า กิจกรรมที่ผู้ป่วยคาดหวังที่ทำให้เกิดความสุขคือ เล่นกีฬา อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้ ฟังเพลง ช่วยพ่อแม่ชายของ ซักผ้า เดินเล่น ไปซื้อของ ทานของว่าง ล้างรถ ออกกำลังกาย เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 8 ทบทวนทักษะทั้งหมด (review of all skills)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกเกิดประสบการณ์ของความสุข
2. เพื่อให้สมาชิกมีความมั่นใจในการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข
3. เพื่อให้สมาชิกบอกความก้าวหน้าและประโยชน์ของการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 8 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดีทุกคนสามารถ

1. สมาชิกเกิดความรู้สึกผ่อนคลายมีความพร้อมในการเรียนรู้สิ่งใหม่
2. สมาชิกได้ฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง และสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน
3. สมาชิกบอกประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกทักษะการมุ่งสร้างความสุขได้

สื่อการสอน/วัสดุอุปกรณ์

1. ดินสอ/ปากกา จำนวน 8 ด้าม
2. กระดาษ จำนวน 8 แผ่น
3. เพลงผ่อนคลายตระหนักรู้ จำนวน 5 นาที
4. กระดาษฟลิปชาร์ต จำนวน 1 แผ่น

การดำเนินกิจกรรม

การดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 8 เป็นกิจกรรมที่พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนร่วมกัน ดังรายละเอียดในกิจกรรมขั้นตอนที่ 1-7 เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีทักษะของการสร้างอารมณ์เชิงบวกและคาดหวังความสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทำให้สามารถรับรู้อารมณ์และความรู้สึกทางบวกที่เกิดขึ้นได้

การประเมินผล

หลังจากที่ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมทั้งหมดในขั้นตอนที่ 1-8 ซึ่งเป็นการฝึกทักษะการสร้างความสุขแก่ผู้ป่วยทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสิ้นยินดีและสามารถที่จะนำทักษะที่ได้ไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งหลังจากที่ผู้วิจัยทบทวนทักษะทั้งหมดเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินภาวะสิ้นยินดีและแบบประเมินการมุ่งสร้างความสุขทันที ซึ่งพบว่าผู้ป่วยทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีลดลงและผลการประเมินการมุ่งสร้างความสุขพบว่า ด้าน anticipatory pleasure (TEPS-ANT) ผู้ป่วยทุกคนมีคะแนนการมุ่งสร้างความสุขที่เพิ่มขึ้นโดยมีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 58 จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน ด้าน consummatory pleasure (TEPS-CON) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนการมุ่งสร้างความสุขที่เพิ่มขึ้น โดยมีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 48 คะแนนจากคะแนนเต็ม 48 คะแนน

3. ระยะเวลาหลังการทดลอง

3.1 หลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 8 ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะสิ้นยินดี โดยใช้แบบประเมินภาวะสิ้นยินดีและประเมินความสุขโดยใช้แบบประเมินการมุ่งสร้างความสุข

3.2 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ จากนั้นนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์มี ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะสิ้นยินดีในแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติ pair t-test
3. เปรียบเทียบภาวะสิ้นยินดีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ independent t-test
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาผลของโปรแกรมที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน เพื่อเปรียบเทียบภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขและเปรียบเทียบภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายโดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทาง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ สถานภาพ อายุ ระดับการศึกษา และระดับอาการทางลบ

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
อายุเฉลี่ย (ปี)	\bar{x}	42.55		40.80		41.675
	S.D.	8.40		9.62		8.96
	Min	28		25		25
	Max	57		58		58
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

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดีในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 80 ทั้งสองกลุ่ม และมีอายุระหว่าง 30-39 ปีและ 40-49 ปีคิดเป็นร้อยละ 35 สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 30-39 ปีคิดเป็นร้อยละ 45 มีสถานภาพสมรส โสดคิดเป็นร้อยละ 90 และร้อยละ 85 ตามลำดับ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 35 และร้อยละ 65 ตามลำดับ มีระดับอาการทางลบเล็กน้อยและปานกลางคิดเป็นร้อยละ 75 และร้อยละ 25 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อาชีพ ศาสนา รายได้และผู้ดูแล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ไม่มีอาชีพ	8	40	10	50	18	45
รับจ้าง	6	30	4	20	10	25
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	5	0	0	1	2.5
ธุรกิจส่วนตัว	0	0	3	15	3	7.5
ทำสวน/ทำนา/ทำไร่	0	0	1	5	1	2.5
ค้าขาย	2	10	1	5	3	7.5
อื่น ๆ	3	15	1	5	4	10
ศาสนา						
พุทธ	19	95	20	100	39	97.5
คริสต์	1	5	0	0	1	2.5
รายได้						
ไม่มีรายได้	5	25	9	45	14	35
1-5,000 บาท	6	30	4	20	10	25
5,001-10,000 บาท	8	40	4	20	12	30
10,001-15,000 บาท	0	0	2	10	2	5
มากกว่า 15,000 บาท	1	5	1	5	2	5
\bar{x}	6,570		4,730		5,650	
S.D.	13036.83		6882.17		10331.67	

(ต่อ) ตารางที่ 7 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อาชีพ ศาสนา รายได้และผู้ดูแล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	Min	0		0		0
Max	60,000		25,000		60,000	
ผู้ดูแล						
มี	15	75	10	50	25	62.5
ไม่มี	5	25	10	50	15	37.5

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดีในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 40 และร้อยละ 50 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 95 และร้อยละ 100 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาถึงรายได้พบว่า กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 45 ในส่วนของผู้ดูแลพบว่า กลุ่มทดลองมีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 75 และในกลุ่มควบคุมมีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 50 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนภาวะสิ้นยินดี	\bar{x}	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			

จากตารางที่ 8 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=7.611$) โดยคะแนนของภาวะสิ้นยินดีหลังการทดลองจะต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x} = 6.10$ และ 11.10 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของภาวะสิ้นยินดีในกลุ่มควบคุมพบว่า ต่ำลงมาเล็กน้อยต่ำกว่าก่อนการทดลองแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ยภาวะสัณยคติของกลุ่มทดลอง ก่อน (pre-test) และหลังการทดลอง (post-test) จำแนกเป็นรายบุคคล

กลุ่มทดลอง คนที่	ภาวะสัณยคติ	
	คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง	คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง
1	3.67	1.00
2	1.33	1.00
3	5.00	2.67
4	4.67	3.67
5	3.67	1.33
6	3.67	1.00
7	3.67	2.33
8	3.67	1.00
9	1.33	1.00
10	3.0	1.00
11	2.33	0.33
12	4.67	0.33
13	2.67	1.67
14	4.00	2.67
15	4.00	3.0
16	5.67	4.67
17	4.67	2.67
18	4.00	3.00
19	4.33	3.35
20	4.00	3.00

*คะแนนของภาวะสัณยคติอยู่ในช่วง 1-6 คะแนน

จากตารางที่ 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลองทุกคน โดยคะแนนเฉลี่ยสูงสุดก่อนการทดลองเท่ากับ 5.67 และต่ำสุด 1.33 ส่วนคะแนนเฉลี่ยสูงสุดหลังการทดลองเท่ากับ 4.67 และต่ำสุด 0.33

ตารางที่ 10 คะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีของกลุ่มควบคุม ก่อน (pre-test) และหลังการทดลอง (post-test) จำแนกเป็นรายบุคคล

กลุ่มควบคุม คนที่	ภาวะสิ้นยินดี	
	คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง	คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง
1	1.00	1.00
2	3.67	2.67
3	2.00	0.33
4	5.67	5.67
5	3.33	3.00
6	5.33	5.33
7	1.33	1.33
8	2.33	2.00
9	4.00	4.33
10	4.33	4.33
11	2.00	2.00
12	4.33	4.33
13	2.00	1.67
14	3.67	3.67
15	3.33	3.33
16	1.67	1.67
17	3.33	3.33
18	3.00	3.33
19	4.00	5.67
20	5.00	4.00

จากตารางที่ 10 พบว่า พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง จำนวน 6 คน โดยคะแนนเฉลี่ยสูงสุดก่อนการทดลองเท่ากับ 5.67 และต่ำสุด 1.00 ส่วนคะแนนเฉลี่ยสูงสุดหลังการทดลองเท่ากับ 5.67 และต่ำสุด 0.33

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะสิ้นยินดี	\bar{x}	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			

จากตารางที่ 11 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดี ก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=-2.529$) โดยคะแนนภาวะสิ้นยินดีหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 6.10$ และ 9.45 ตามลำดับ)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบศึกษากลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (The pretest-posttest control group design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี ตัวแปรต้นคือ โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข ตัวแปรตามคือ ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข
2. ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภตกุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิ ที่มีบริการผู้ป่วยนอกด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) รหัส F20 (F20-F20.9) ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) และมีอาการทางลบระดับเล็กน้อยถึง

ปานกลาง ที่อาศัยอยู่ในชุมชนและมารับการรักษาด้วยยาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี จำนวน 40 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่ม 20 คน และควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณลักษณะที่เหมือนกันเรื่องเพศและระดับอาการทางลบ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยแบบทดลอง คือควรมีอย่างน้อย 30 คนโดยแต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 15 คนเพื่อให้ข้อมูลเกิดการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ ทำให้อำนาจทดสอบเพิ่มขึ้นและมีความแปรปรวนลดลงอีกทั้งค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด (Burn and Glove, 2005) โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งการสร้างความสุขที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามโครงสร้างของ Favrod et al. (2010, 2015) ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน 10 กิจกรรม มีระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ๆ ละ 6-7 คน ใช้เวลาทำกลุ่มครั้งละ 45-60 นาที ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวัง

(relationship and defeatist thinking) ประกอบด้วย 3 กิจกรรมย่อยคือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 2 การประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวัง

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องภาวะสิ้นยินดี

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขในปัจจุบัน (savoring pleasant moments)

ขั้นตอนที่ 3 การเน้นย้ำอารมณ์สุขด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรม (accentuating the behavioral expression of emotions)

ขั้นตอนที่ 4 สร้างช่วงเวลาของการมีความสุขสุดด้วยการแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น (making the most of pleasant moments by sharing them with others)

ขั้นตอนที่ 5 การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขที่เกิดขึ้นในอดีต (savoring past pleasant moments)

ขั้นตอนที่ 6 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 1 (anticipating pleasant moments 1)

ขั้นตอนที่ 7 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 2 (anticipating pleasant moments 2)

ขั้นตอนที่ 8 ทบทวนทักษะทั้งหมด (review of all skills)

จากนั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่แปลเป็นภาษาไทยและคู่มือการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ที่ผ่านการปรับแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบไปด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน นักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน (ภาคผนวก ข) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาขั้นตอนและกิจกรรมตามแนวคิด Favrod et al. (2010, 2015) และการใช้ภาษาโดยใช้ความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิไม่น้อยกว่า 3 ใน 5 ท่าน ผลจากการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาพบว่าผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้องกันจำนวน 4 ใน 5 ท่านและให้ข้อเสนอแนะจึงนำมาปรับแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ ครอบคลุมเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

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

2.2 แบบประเมินภาวะสิ้นยินดี เป็นแบบประเมินอาการของผู้ป่วยที่มีอาการ

ทางลบ ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมิน The Brief Negative Symptom Scale ของ (Kirkpatrick et al., 2011) มีการประเมินอาการย่อย 6 อาการดังนี้ Anhedonia, Distress, Asociality, Avolition, blunted affect, and Alogia โดยเลือกเฉพาะข้อคำถามด้าน ภาวะสิ้นยินดี (Anhedonia) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ คือ 1. ความเข้มของความสุขระหว่างทำกิจกรรมต่างๆ 2. ความถี่ของความสุขขณะทำกิจกรรมต่างๆ และ 3. ความเข้มของความสุขที่คาดหวังจากกิจกรรมต่าง ๆ ในอนาคต

หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบที่มีลักษณะคล้ายกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.70

การแปลผลคะแนน

คะแนนที่สูง หมายถึง มีภาวะสิ้นยินดีสูง

คะแนนที่ต่ำ หมายถึง มีภาวะสิ้นยินดีต่ำ

3. เครื่องมือคัดกรองอาการทางลบตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มอย่าง

แบบประเมินอาการทางลบ ของ หงษ์ บรรเทิงและจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ที่พัฒนามาจากโครงสร้างเนื้อหาของ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และ คณะ แปลจาก PANSS ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิด Kay et al. (1987) ประกอบด้วยการประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ มีจำนวนข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ แบ่งเป็น การสังเกตจำนวน 6 ข้อ และการสัมภาษณ์จำนวน 7 ข้อ โดยรายละเอียดของอาการ คือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunted affect) 2 ข้อ การแยกตัวทางอารมณ์ (emotional withdrawal) 2 ข้อ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (poor rapport) 2 ข้อ อาการแยกตัวจากสังคม (passive/apathetic social withdrawal) 2 ข้อ มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรมชาติ (lack of spontaneity and flow of conversation) 2 ข้อ และการคิดตายตัว (stereotyped thinking) 1 ข้อ

แบบประเมินอาการทางลบผ่านการตรวจสอบความความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธี inter-rater reliability ซึ่งมีค่าเท่ากับ .84

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบวัดการมุ่งสร้างความสุข ผู้วิจัยนำมาจาก Temporal Experience of Pleasure Scale (TEPS) ของ Grad et al., (2006) เป็นแบบความสุข/ความเพลิดเพลินในระดับปกติ ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงจากการทำกิจกรรมที่สนุกสนาน (consummatory pleasure) และความสุข/ความเพลิดเพลินเกี่ยวกับการทำกิจกรรมในอนาคต (anticipatory pleasure: TEPS-ANT) โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 18 ข้อ แบ่งเป็นการประเมินความสุข/ความเพลิดเพลินในระดับปกติที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการทำกิจกรรมที่สนุกสนาน (consummatory pleasure: TEPS-CON) จำนวน 8 ข้อ และการประเมินความสุข/ความเพลิดเพลินเกี่ยวกับการทำกิจกรรมในอนาคต (anticipatory pleasure) จำนวน 10 ข้อ โดยแบบวัดการมุ่งสร้างความสุข ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างและมีค่า coefficient alpha's อยู่ในช่วง 0.71 to 0.79 ด้าน TEPS-CON มีค่า coefficient alpha's อยู่ในช่วง 0.68 to 0.78 และด้าน TEPS-ANT เท่ากับ .69

หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ และพบว่า ด้าน anticipatory pleasure: TEPS-ANT มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .86 ด้าน consummatory pleasure: TEPS-CON มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .81 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งชุดเท่ากับ .91

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินการทดลองออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลองและระยะหลังการทดลอง โดยมีรายละเอียดในแต่ละระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง ประกอบด้วย การเตรียมการด้านต่างๆ ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้ เกี่ยวกับทักษะที่มุ่งสร้างความสุข จากเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความรู้ในหลักการและทฤษฎีหลังจากนั้นขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การดำเนินงานตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขและเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยมีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

1.3 ดำเนินการขออนุมัติการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณา

จริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี และ ขอนหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสระบุรี

1.4 ภายหลังได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี ผู้ศึกษาเข้าพบ หัวหน้างานคลินิกสุขภาพใจ โรงพยาบาลสระบุรี เพื่อแนะนำตัวพร้อมชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย ทั้งวัตถุประสงค์ จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย วิธีการเก็บข้อมูล วัน เวลาที่ดำเนินการและขอความอนุเคราะห์สถานที่สำหรับการดำเนินการวิจัย

1.5 ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติเบื้องต้นตามเกณฑ์การคัดเลือก และขอข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากระบบคอมพิวเตอร์ผู้ป่วย เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้เพียงคุณสมบัติบางประการเท่านั้น เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภท (F20-F20.9) ทั้งชายและหญิงที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี

1.6 เมื่อพบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์คุณสมบัติเบื้องต้นแล้วผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่มา ตรวจตามนัดที่คลินิกสุขภาพใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

1.7 ผู้วิจัยจับคู่ (Matched - pair) กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์คุณสมบัติเบื้องต้น ให้มีลักษณะเหมือนกัน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ระดับอาการทางลบและเพศ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน จากนั้นดำเนินการในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มทดลอง ดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยอธิบายการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัยว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้และมีสิทธิยุติการเข้าร่วมโปรแกรมและตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลใดๆต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากกลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ สถานภาพ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา รายได้ ผู้ดูแล

(ภาคผนวก ง) งานอดิเรก/กิจกรรมที่ชอบทำยามว่าง (ภาคผนวก ง) แบบประเมินอาการทางลบและแบบประเมินภาวะสิ้นยินดี (Pre-test)

2. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 6-7 คน และให้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขซึ่งมี 8 ขั้นตอน จำแนกเป็น 10 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มๆละ ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 45 - 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้งติดต่อกัน 4 สัปดาห์

3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มทดลองถึงการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับ เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทคนอื่น ๆ แต่จะได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขเพิ่มเติมจากการพยาบาลตามปกติ

4. ผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มทดลองโดยแจ้ง วัน เวลาและสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขพร้อมทั้งมอบตามรางกิจกรรมและในบัดหมายให้แก่กลุ่มตัวอย่างทุกคน

5. หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในขั้นตอนที่ 8 ผู้วิจัยทำการประเมินความสุขของกลุ่มตัวอย่างโดยให้ผู้วิจัยตอบแบบวัดการมุ่งสร้างความสุข

6. เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมได้กำหนดให้มีการประเมินภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรมโดยใช้แบบประเมินภาวะสิ้นยินดีของ (Kirkpatrick et al., 2011) จากนั้นแจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมกล่าวขอบคุณจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

กลุ่มควบคุม ดำเนินการ ดังนี้

1. หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ สถานภาพ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา รายได้ ผู้ดูแล งานอดิเรก/กิจกรรมที่ชอบทำยามว่าง และประวัติการใช้สารเสพติดและทำแบบประเมินอาการทางลบเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกและแบบประเมินภาวะสิ้นยินดี (Pre-test)

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลตามปกติเมื่อเข้ารับการรักษาที่

คลินิกสุขภาพใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี ประกอบด้วย การซักประวัติก่อนพบแพทย์ ซึ่งครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย การให้คำแนะนำ การดูแลตนเอง การให้คำแนะนำหลังพบแพทย์ รวมถึงการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข

3. ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อทำการประเมินภาวะสิ้นยินดี (Post-test)

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ในขั้นตอนการดำเนินการทดลองผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติได้แก่ การซักประวัติก่อนพบแพทย์ ซึ่งครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย การให้คำแนะนำ การดูแลตนเอง การให้คำแนะนำหลังพบแพทย์ รวมถึงการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขตามวัน เวลาและสถานที่ ที่ได้กำหนดไว้ซึ่งประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งละ 45-60 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์

3. ระยะหลังการทดลอง

3.1 หลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 8 ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะสิ้นยินดีโดยใช้แบบประเมินภาวะสิ้นยินดีและประเมินความสุข โดยใช้แบบประเมินการมุ่งสร้างความสุข

3.2 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนภาวะสิ้นยินดีของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข (n=20) พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($t=7.611$) โดยคะแนนภาวะสิ้นยินดีหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (6.10 และ 11.10 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แม้ว่าจะต่ำกว่าก่อนการทดลองแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบ หลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ แตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=-2.529$) โดยคะแนนภาวะสิ้นยินดีหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}=6.10$ และ 9.45 ตามลำดับ)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขมีผลทำให้ ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้จำแนกการอภิปรายผลการวิจัยออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 80 ทั้งสองกลุ่ม และมีอายุระหว่าง 30-39 ปีและ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 30-39 ปีคิดเป็นร้อยละ 45 มีสถานภาพสมรส โสด คิดเป็นร้อยละ 90 และร้อยละ 85 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาถึงค่าคะแนนอาการทางลบทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนอาการทางลบอยู่ในช่วง 1-9 คะแนนเท่ากัน แบ่งเป็นอาการทางลบในระดับน้อย (1-4 คะแนน) จำนวน 15 คู่และอาการทางลบในระดับปานกลางจำนวน 5 คู่ และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35 และร้อยละ 65 ตามลำดับ ส่วนการประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 40 และร้อยละ 50 ตามลำดับ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 95 และร้อยละ 100 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาถึงรายได้พบว่า กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 45 ในส่วนของผู้ดูแลพบว่า กลุ่มทดลองมีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 75 และในกลุ่มควบคุมมีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 50 ตามลำดับงานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ชอบทำยามว่างในกลุ่มทดลองได้แก่ ดูทีวี, ล้างจาน, ฟังเพลง คิดเป็นร้อยละ 10 และงานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ชอบทำยามว่างในกลุ่มควบคุมได้แก่ ฟังเพลง คิดเป็นร้อยละ 20 (ภาคผนวก ก) สำหรับประวัติการใช้สารเสพติดในกลุ่มทดลองพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 50 และในกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 50 สารเสพติดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือบุหรี่ทั้งสองกลุ่ม

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดีส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดโรคจิตเภทเป็น 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 et al., 2010)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดีในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-49 ปี เช่นเดียวกับ การศึกษาของ หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีอายุระหว่าง 21-59 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 36.32 ปี

ตอนที่ 2 ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ผลการวิจัยในครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ

1. ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดี ก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=7.611$) โดยคะแนนภาวะสิ้นยินดีหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (6.10 และ 11.10 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดีหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาดังต่อไปนี้

จากการที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง เนื่องจากโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมีส่วนช่วยทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการคาดหวังความสุขและเพิ่มอารมณ์ทางบวก โดยการดำเนินกิจกรรมจะพบว่า ในแต่ละขั้นตอนมีการฝึกให้ผู้ป่วยได้มีอารมณ์ทางบวกด้วยเทคนิคที่หลากหลายที่ช่วยเพิ่มความถี่ ระยะเวลาของการประสบการณ์ทางบวก 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 การตระหนักถึงความสุขที่กำลังจะเกิดขึ้น

หรือความรู้สึกทางบวกที่ผู้ป่วยรู้สึกในขณะนั้น ซึ่งในโปรแกรมได้นำรูปภาพที่ทำให้เกิดความสุข เช่น รูปภาพธรรมชาติ งานอดิเรก ประเพณีวันสำคัญของไทย จากนั้นกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงประสบการณ์ของความสุขที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งการแสดงออกทางสีหน้าว่าหากผู้ป่วยจะมีความสุขจะแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางอย่างไร ซึ่งจากการดำเนินตามโปรแกรมดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์เชิงบวกที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ระดับของภาวะสิ้นยินดีลดลง

สำหรับคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีในกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีที่สูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นการพยาบาลที่ผู้ป่วยที่มีภาวะสิ้นยินดีเมื่อมารับการรักษาที่คลินิกสุขภาพใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี ได้แก่ การซักประวัติก่อนพบแพทย์ซึ่งครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย การให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การให้คำแนะนำหลังพบแพทย์ รวมถึงการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข ทั้งหมดนี้เป็นการบำบัดรักษาทางด้านร่างกาย แต่ยังไม่ได้มีการเน้นย้ำถึงการสร้างประสบการณ์ของอารมณ์ในทางบวกทำให้ภายหลังจากทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสิ้นยินดีที่เพิ่มขึ้น

2. ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

2.1 คะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกันแต่ภายหลังจากทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบของกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแตกต่างกับกับคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=-2.529$) โดยคะแนนภาวะสิ้นยินดีหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}=6.10$ และ 9.45 ตามลำดับ)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนกัน โดย matched-pairs เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ เพศและระดับอาการทางลบ ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข ทั้ง 10 กิจกรรม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามโครงสร้างของ Favrod et al. (2010, 2015) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทักษะในการสร้างอารมณ์เชิงบวกมีการคาดหวังถึงประสบการณ์ของความสุขและเมื่อ

พิจารณารายละเอียดของกิจกรรมในแต่ละครั้งจะพบว่า โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขมีส่วนช่วยทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะสิ้นยินดีในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีภาวะสิ้นยินดีลดลงได้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวัง

(Relationship and defeatist thinking)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

ในกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นรายกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักตนเองยอมรับตนเอง เคารพและนับถือตนเอง สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้และทำให้เกิดการไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย การแนะนำตัว การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง ระยะเวลา จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวังและประเมินความคาดหวังและความต้องการ

ในกิจกรรมการประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวังและประเมินความคาดหวังและความต้องการนี้ผู้วิจัยได้ประเมินความรู้สึกท้อแท้ สาเหตุของการเกิดกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบสาเหตุของการเกิดความรู้สึกทำให้เกิดความตระหนักเห็นความสำคัญมากขึ้น จากนั้นผู้วิจัยได้ให้สามารถชื่บอกความคาดหวังและความต้องการของตนเองในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรมการสร้างความคาดหวังและการประเมินความต้องการทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมจนครบทุกขั้นตอน

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องภาวะสิ้นยินดี

การให้ความรู้เรื่องภาวะสิ้นยินดีจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ เพิ่มขึ้นและการให้ผู้ป่วยได้ทราบคะแนนภาวะสิ้นยินดีของตนเองก่อนการดำเนินกิจกรรมจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญมากขึ้น

สรุปประเด็นสำคัญเพื่อนำไปใช้งาน: การดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและการมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกคนอื่นๆในกลุ่ม ซึ่งจะทำให้การดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไปสามารถดำเนินได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีท่าทีที่เปิดเผย สร้างความรู้สึกที่เป็นมิตรซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัย ตลอดจนการเข้าใจถึงอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในขณะที่ยาบำบัดดำเนินกิจกรรม พยาบาลจะต้องเป็นผู้ฟังที่ดี เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกอย่างเต็มที่ นอกจากนี้การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยควรมีการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์เฉพาะซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยสับสนหรือไม่เข้าใจในเนื้อหาได้

ขั้นตอนที่ 2 การสัมผัสและรับรู้ถึงความสุขในปัจจุบัน (savoring pleasant moments)

การสัมผัสและการรับรู้ถึงความสุขในปัจจุบันเป็นกิจกรรมที่ฝึกให้ผู้ผู้ป่วยได้นึกถึงเหตุการณ์ที่เป็นรูปธรรมจากการจินตภาพถึงกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขพร้อมทั้งการรับรู้ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น ซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ทางบวก เพิ่มการแสดงออกทางพฤติกรรม และการคาดหวังความสุขในปัจจุบัน (Bryant, 2007) และในโปรแกรมได้มีการฝึกให้ผู้ผู้ป่วยได้นึกถึงภาพของความสุขที่เกิดขึ้น ตระหนักถึงประสบการณ์ของความสุข และการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการเกิดอารมณ์ทางบวกโดยการใช้คำถามกระตุ้นเพื่อเน้นย้ำและทำให้ผู้ป่วยได้มีประสบการณ์ของอารมณ์ทางบวกเพิ่มขึ้น

สรุปประเด็นสำคัญเพื่อนำไปใช้งาน: การดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้เป็นการฝึกให้ผู้ผู้ป่วยได้มีประสบการณ์ของการสร้างอารมณ์เชิงบวกและมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มการแสดงออกทางพฤติกรรมและมีการคาดหวังความสุขที่เป็นปัจจุบันเพิ่มขึ้น ดังนั้นพยาบาลควรมีทักษะในการตั้งคำถามที่เข้าใจง่าย มีความชัดเจนและน้ำเสียงมีความน่าสนใจและสามารถสรุปสาระสำคัญเกี่ยวกับการสร้างอารมณ์ทางบวกและรับรู้ถึงความสุขที่เป็นปัจจุบันได้

ขั้นตอนที่ 3 การเน้นย้ำอารมณ์สุขด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรม (accentuating the behavioral expression of emotions)

ในการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้ได้มีการเน้นย้ำการแสดงอารมณ์สุขโดยการทบทวนความรู้สึกและอารมณ์ทางบวกที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอารมณ์ทางบวกที่เกิดขึ้น จากนั้นได้มีการเร้าอารมณ์เกิดขึ้นโดยใช้ภาพเป็นสิ่งเร้าจะทำให้ผู้ป่วย

สามารถรับรู้อารมณ์เชิงบวกได้มากขึ้นนอกจากนี้การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกถึงสีหน้า ท่าทางที่เกิดขึ้นจะฝึกให้ผู้ป่วยได้มีทักษะการแสดงออกทางสีหน้าและพฤติกรรมได้เพิ่มขึ้น

สรุปประเด็นสำคัญเพื่อการนำไปใช้งาน: พยาบาลควรมีทักษะการเชื่อมโยงข้อมูลและสามารถสรุปสาระสำคัญ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและรับรู้ถึงอารมณ์ทางบวกได้มากขึ้น และการเน้นย้ำอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการใช้ภาพเป็นสิ่งเร้าควรเลือกภาพที่สบายตา เช่น ภาพธรรมชาติ (น้ำตก, ทะเล, ภูเขา,) ภาพการทำกิจกรรมของคนในครอบครัว การออกกำลังกายหรือ กิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย ประเพณีที่สำคัญตามท้องถิ่นนั้น ๆ ซึ่งผู้ป่วยจะมีความคุ้นเคยและสามารถรับรู้ถึงอารมณ์และความรู้สึกทางบวกที่เกิดขึ้นได้ง่ายขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสุขกับผู้อื่นและหาโอกาสที่จะได้รับความสุข

การรับรู้ถึงอารมณ์ทางบวกที่เป็นปัจจุบันโดยการสื่อสารเกี่ยวกับเหตุการณ์เชิงบวกให้กับสมาชิกในกลุ่มได้รับฟังเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยได้นึกถึงกิจกรรม/ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะที่อธิบายถึงกิจกรรมนั้นๆ ขณะเดียวกัน ความรู้สึกทางบวกก็จะเกิดขึ้นพร้อมๆ กับการเล่าเหตุการณ์หรือกิจกรรม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีประสบการณ์ของความสุขและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสุขกับผู้อื่นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ภูมิใจและเรียนรู้วิธีการสร้างความสุขจากผู้อื่นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันต่อไป

สรุปประเด็นสำคัญเพื่อการนำไปใช้งาน: การดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้พยาบาลควรเป็นผู้ฟังที่ดีและมีความสามารถในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความสุขของตนเองให้กับผู้อื่นได้ฟังและควรเสริมแรงผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อให้ผู้ป่วยภูมิใจและแสดงพฤติกรรมเหล่านั้นอีกครั้ง

ขั้นตอนที่ 5 การสัมผัสและรับรู้ถึงความสุขที่เกิดขึ้นในอดีต (savoring past pleasant moment)

การระลึกถึงความสุขที่เกิดขึ้นในอดีตเป็นการนึกสิ่งที่พึงพอใจหรือความทรงจำที่สนุกสนาน ซึ่งจะถูกเก็บไว้ในรูปแบบของความคิด การพูดการแปลความหมาย การจัดรูปแบบโดยจะแสดงออกได้ทั้งการใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูดโดยการดำเนินโปรแกรมฯ ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ของ

ความสุขในอดีตของตนเองให้แก่สมาชิกในกลุ่มได้รับฟัง การระลึกถึงความสุขในอดีตนี้เป็นการแสวงหาความสุขทางอารมณ์และจิตใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจและความพึงพอใจในชีวิต เกิดอารมณ์ทางบวกและสามารถสัมผัสและรับรู้ถึงความสุขได้ง่ายขึ้น

สรุปประเด็นสำคัญเพื่อการนำไปใช้งาน: การฝึกทักษะการสร้างความสุขในขั้นตอนนี้พยาบาลควรมีการกระตุ้นผู้ป่วยในการเล่าถึงประสบการณ์ความสุขของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในอดีต ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจการกระทำเช่นนี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ทางบวกและสัมผัสถึงความสุขได้ง่ายขึ้น

ขั้นตอนที่ 6 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 1 (anticipating pleasant moment 1)

ความคาดหวังเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในการคาดหวังสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือคาดการณ์ล่วงหน้าในสิ่งที่ยังมาไม่ถึงส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะแสวงหา กระทำเพื่อที่จะได้มาซึ่งความคาดหวังนั้นในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้มีการฝึกให้ผู้ป่วยคาดหวังในกิจกรรมที่ทำให้สำเร็จจำนวน 3 กิจกรรมและให้ผู้ป่วยเลือกกิจกรรมมา 1 กิจกรรมแล้วนึกถึงอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในอนาคตจากการทำกิจกรรมเหล่านั้น ซึ่งการฝึกให้ผู้ป่วยได้คาดหวังถึงกิจกรรมที่จะเกิดขึ้นในอนาคตจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขที่เกิดการคาดหวังและเป็นแรงจูงใจนำไปสู่การเกิดพฤติกรรม ตลอดจนการรับรู้ถึงความสำเร็จที่จะเกิดขึ้น และต้องการที่จะแสดงพฤติกรรมอีก

สรุปประเด็นสำคัญเพื่อการนำไปใช้งาน: พยาบาลควรมีการสรุปในสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังและกระตุ้นถามถึงอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงอารมณ์และความรู้สึกที่จะเกิดขึ้นและมีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 7 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 2 (anticipating pleasant moment 2) การดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้เป็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละบุคคลถึงกิจกรรมที่ได้ดำเนินการในขั้นตอนที่ 6 ซึ่งผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกจากการที่ได้ไปลองปฏิบัติจริงและแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่มว่าความรู้สึกที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร จากนั้นผู้วิจัยมีการฝึกให้ผู้ป่วยได้มีทักษะในการคาดหวังในกิจกรรมด้านอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่หลากหลายมากขึ้นโดยให้ผู้ป่วย

คาดหวังในกิจกรรมที่ทำให้สำเร็จจำนวน 3 กิจกรรมและให้ผู้ป่วยเลือกกิจกรรมมา 1 กิจกรรม จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วนึกถึงความรู้สึกที่จะเกิดขึ้นจากการทำกิจกรรม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสุขจากการคาดหวังและเป็นแรงจูงใจนำไปสู่การเกิดพฤติกรรม ตลอดจนรับรู้ถึงความสำเร็จที่จะเกิดขึ้น และต้องการที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นอีก

สรุปประเด็นสำคัญเพื่อการนำไปใช้งาน: พยาบาลควรมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการคาดหวังในกิจกรรมที่หลากหลายและมีการเชื่อมโยงประเด็นในผู้ป่วยที่มีการคาดหวังความสุขสำเร็จ แต่ในผู้ป่วยบางคนอาจไม่สามารถนึกถึงความรู้สึกที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ พยาบาลอาจจะแนะนำกิจกรรมที่ง่ายๆ แล้วค่อยพัฒนากิจกรรมที่ยากขึ้นเพื่อที่จะไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายากและเกิดความรู้สึกไม่ต้องการทำกิจกรรม ซึ่งพยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและเสนอแนะแนวทางให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและสามารถฝึกทักษะตามโปรแกรมฯ ได้

ขั้นตอนที่ 8 ทบทวนทักษะทั้งหมด (Review of all skill)

การดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมฯ ในขั้นตอนที่ 8 เป็นการสรุปความรู้สึกของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมที่คาดหวังและสรุปความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรม ซึ่งการสรุปสาระสำคัญของขั้นตอนในแต่ละขั้นตอนจะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงการคาดหวัง การสร้างอารมณ์ทางบวกซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและแสดงพฤติกรรมตามที่คาดหวัง

จากการศึกษาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขทั้ง 10 กิจกรรมนี้ สามารถเป็นทางเลือกในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดีให้มีการคาดหวังความสุขและฝึกการสร้างอารมณ์ทางบวกด้วยตนเองมีประสบการณ์ของความสุขที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนมีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ลดภาวะสิ้นยินดี สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ซึ่งช่วยลดภาระการดูแลของญาติและทำให้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขสามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาลทางกายในระดับตติยภูมิที่มี OPD ให้บริการทางจิตได้

1.2 โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขที่จะนำไปใช้ พยาบาลอาจปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนได้ตามความเหมาะสมและตามความสามารถของผู้ป่วยที่จะสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้เช่น ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและการประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวัง และขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ความสุขในปัจจุบันโดยสามารถดำเนินกิจกรรมใน 2 ขั้นตอนได้ในคราวเดียวกันเนื่องจากเนื้อหาที่มีความเชื่อมโยงกัน

2. ด้านการศึกษา

2.1 ในการจัดการเรียนการสอนควรเพิ่มเติมเนื้อหาของภาวะสิ้นยินดีในส่วนของอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจและมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขในผู้ป่วยจิตเวชโรคอื่นๆ เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้นำทักษะที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเองลดระดับของภาวะสิ้นยินดีและดูแลช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2556). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2556: ห้างหุ้นส่วน จำกัด บางกอกบล็อก.
- ชนิษฐา วิเศษสารและมานิกา วิเศษสาร. (2552). จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน = Psychology in daily life. กรุงเทพฯ : งานตำราและเอกสารการพิมพ์คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง.
- คัคนางค์ มณีศรี. (2556). จิตวิทยาทั่วไป= General psychology. กรุงเทพฯ : คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทวัช สิริธีรภัช. (2558). จิตเวชศิริราช DSM-5. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: บริษัทยูแอนด์ ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- ปริสณา ใจกิจสุวรรณ. (2552). การศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสาร.
- มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2555). จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2554). เอกสารการสอนชุดวิชา การส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 8-15. นนทบุรี:มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- วาทีนี้ สุขมาก. (2556). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตสังคม 1. มหาสารคาม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เวนิช บุราชรินทร์. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิตต์ วงศ์หอม. (2553). การพัฒนากิจกรรมบำบัดโดยใช้ดนตรีบำบัดเทคนิค One to Five ในการลดพฤติกรรมด้านลบ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2557). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ : เรือนแก้ว.

- สุรัมย์ภา รอดมณี. (2556). การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัด. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภัคสุภรณ์การพิมพ์.
- สวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2554). การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- หงษ์ บรรเทิงสุข. (2545). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อติญา โพธิ์ศรี. (2551). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญะวัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อัญชลี ศรีสุพรรณ. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Agrawal, A., Nelson, E. C., Littlefield, A. K., Bucholz, K. K., Degenhardt, L., Henders, A. K., Lynskey, M. T. (2012). Cannabinoid receptor genotype moderation of the effects of childhood physical abuse on anhedonia and depression. *Arch Gen Psychiatry*, 69(7), 732-740.
- Alphs, L., Morlock, R., Coon, C., Cazorla, P., Szegedi, A., & Panagides, J. (2011). Validation of a 4-item Negative Symptom Assessment (NSA-4): a short, practical clinical tool for the assessment of negative symptoms in schizophrenia. *Int J Methods Psychiatr Res*, 20(2), e31-37.
- Andreasen, & Nancy C. (1989). Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) *The British Journal of Psychiatry*, 155, 53-58.
- Berridge, K. C., & Robinson, T. E. (2003). Parsing reward. *Trends Neurosci*, 26(9), 507-513.
- Bobes, J., Arango, C., Garcia-Garcia, M., & Rojas, 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.
- Bryant, F. B. (2007). *The Process of Savoring: A New Model of Positive Experience*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Bryson, G., Lysaker, P., & Bell, M. (2002). Quality of life benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 28(2), 249-257.
- Buck, B., & Lysaker, P. H. (2013). Consummatory and anticipatory anhedonia in schizophrenia: stability, and associations with emotional distress and social function over six months. *Psychiatry Res*, 205(1-2), 30-35.
- Burns, N., and Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization*. 5thEd. St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- 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.
- Chapman, L. J., Chapman, J. P., & Raulin, M. L. (1976). Scales for physical and social anhedonia. *J Abnorm Psychol*, 85(4), 374-382.
- Chevallier, C., Grezes, J., Molesworth, C., Berthoz, S., & Happe, F. (2012). Brief report: Selective social anhedonia in high functioning autism. *J Autism Dev Disord*, 42(7), 1504-1509.
- Chien, W. T., Norman, I., & Thompson, D. R. (2004). A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. *Int J Nurs Stud*, 41(6), 637-649.
- Cohen, A. S., Callaway, D. A., Najolia, G. M., Larsen, J. T., & Strauss, G. P. (2012). On "risk" and reward: investigating state anhedonia in psychometrically defined schizotypy and schizophrenia. *J Abnorm Psychol*, 121(2), 407-415.
- Couture, S. M., Blanchard, J. J., & Bennett, M. E. (2011). Negative expectancy appraisals and defeatist performance beliefs and negative symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Res*, 189(1), 43-48.

- Elis, O., et al. (2013). "Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: current practices and future directions." *Clin Psychol Rev*, 33(8): 914-928.
- Elizabeth M, & Margaret Jordan Halter. (2010). *Foundation of psychiatric mental health nursing: a clinical approach*. Canada: Anne Altepeter.
- Elizabeth M. Varcarolis, & Margaret Jordan Halter. (2009). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*: Saunders.
- Erickson, M., Jaafari, N., & Lysaker, P. (2011). Insight and negative symptoms as predictors of functioning in a work setting in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res*, 189(2), 161-165.
- Faerden, A., Barrett, E. A., Nesvag, R., Friis, S., Finset, A., Marder, S. R., Melle, I. (2013). Apathy, poor verbal memory and male gender predict lower psychosocial functioning one year after the first treatment of psychosis. *Psychiatry Res*, 210(1), 55-61.
- 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.
- Favrod, J., Rexhaj, S., Nguyen, A., Cungi, C., & Bonsack, C. (2014). Projecting Oneself into the Future, an Intervention for Improving Pleasure in Patients with Anhedonia. In M. S. Ritsner (Ed.), *Anhedonia: A Comprehensive Handbook Volume I: Conceptual Issues And Neurobiological Advances* (pp. 95-104). Dordrecht: Springer Netherlands.
- 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.
- Franken, I. H., Rassin, E., & Muris, P. (2007). The assessment of anhedonia in clinical and non-clinical populations: further validation of the Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS). *J Affect Disord*, 99(1-3), 83-89.
- Galderisi, S., Mucci, A., Bitter, I., Libiger, J., Bucci, P., Fleischhacker, W. W., & Kahn, R. S. (2013). Persistent negative symptoms in first episode patients with

- schizophrenia: results from the European First Episode Schizophrenia Trial. *Eur Neuropsychopharmacol*, 23(3), 196-204.
- Gard, D. E., et al. (2007). "Anhedonia in schizophrenia: distinctions between anticipatory and consummatory pleasure." *Schizophr Res*, 93(1-3): 253-260.
- 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(6), 1086-1102.
- Germans, M. K., & Kring, A. M. (2000). Hedonic deficit in anhedonia: support for the role of approach motivation. *Personality and Individual Differences*, 28(4), 659-672.
- Gooding, D. C., & Pflum, M. J. (2014). The assessment of interpersonal pleasure: introduction of the Anticipatory and Consummatory Interpersonal Pleasure Scale (ACIPS) and preliminary findings. *Psychiatry Res*, 215(1), 237-243.
- Grillo, L. (2012). Might the inability to feel pleasure (anhedonia) explain the symptoms of major depression and schizophrenia, including unmotivated anxiety, delusions and hallucinations? *Med Hypotheses*, 78(1), 98-101.
- Grillo, L. (2016). A Possible Role of Anhedonia as Common Substrate for Depression and Anxiety. *Depress Res Treat*, 1598130.
- Hafner, H., Loffler, 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 Psychiatr Scand*, 100(2), 105-118.
- 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.
- Hatzigiakoumis, D. S., Martinotti, G., Giannantonio, M. D., & Janiri, L. (2011). Anhedonia and substance dependence: clinical correlates and treatment options. *Front Psychiatry*, 2, 10.
- Ho, N., & Sommers, M. (2013). Anhedonia: a concept analysis. *Arch Psychiatr Nurs*, 27(3), 121-129.

- Horan, W. P., Kring, A. M., & Blanchard, J. J. (2006). Anhedonia in schizophrenia: a review of assessment strategies. *Schizophr Bull*, 32(2), 259-273.
- Horan, W. P., Kring, A. M., Gur, R. E., Reise, S. P., & Blanchard, J. J. (2011). Development and psychometric validation of the Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS). *Schizophr Res*, 132(2-3), 140-145.
- Johnson, D. P., Penn, D. L., Fredrickson, B. L., Kring, A. M., Meyer, P. S., Catalino, L. I., & Brantley, M. (2011). A pilot study of loving-kindness meditation for the negative symptoms of schizophrenia. *Schizophr Res*, 129(2-3), 137-140.
- Katherine M. Fortinash, & Patricia A. Holoday Worret. (2008). *Psychiatric Mental Health Nursing (4th, Fourth Edition)*: Mosby Elsevier.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 13(2), 261-276.
- Keedwell, P. A., Andrew, C., Williams, S. C., Brammer, M. J., & Phillips, M. L. (2005). The neural correlates of anhedonia in major depressive disorder. *Biol Psychiatry*, 58(11), 843-853.
- Kirkpatrick, B., Fenton, W. S., Carpenter, W. T., Jr., & Marder, S. R. (2006). The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophr Bull*, 32(2), 214-219.
- 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.
- Kolb AY, Kolb DA. (2008). The Learning Way: Meta-cognitive Aspects of Experiential Learning. *Simulation & Gaming*. 40(3):297–327.
- Kring, A. M., & Caponigro, J. M. (2010). Emotion in Schizophrenia: Where Feeling Meets Thinking. *Curr Dir Psychol Sci*, 19(4), 255-259.
- Li, Z., Lui, S. S., Geng, F. L., Li, Y., Li, W. X., Wang, C. Y., Chan, R. C. (2015). Experiential pleasure deficits in different stages of schizophrenia. *Schizophr Res*, 166(1-3), 98-103.
- Loas, G., Krystkowiak, P., & Godefroy, O. (2012). Anhedonia in Parkinson's disease: an overview. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 24(4), 444-451.

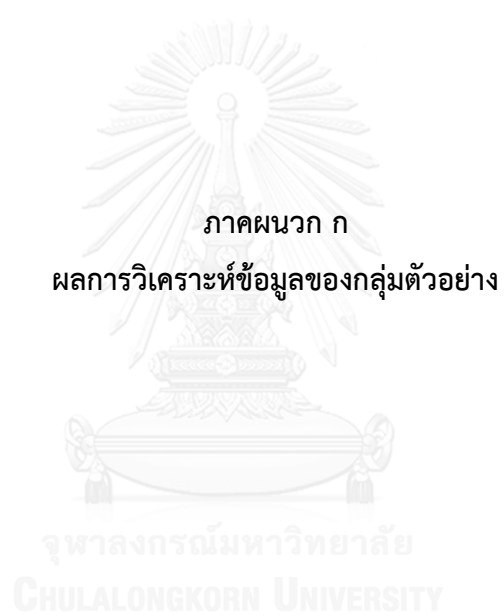
- Loewenstein, G. F., Weber, E. U., Hsee, C. K., & Welch, N. (2001). Risk as feelings. *Psychol Bull*, 127(2), 267-286.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev*, 30, 67-76.
- Milev, P., Ho, B. C., 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.
- Perivoliotis, D., & Cather, C. (2009). Cognitive behavioral therapy of negative symptoms. *J Clin Psychol*, 65(8), 815-830.
- 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.
- Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 368-373.
- Rey, G., Knoblauch, K., Prevost, M., Komano, O., Jouvent, R., & Dubal, S. (2010). Visual modulation of pleasure in subjects with physical and social anhedonia. *Psychiatry Res*, 176(2-3), 155-160.
- Rector, N. A., Beck, A. T., & Stolar, N. (2005). The negative symptoms of schizophrenia: a cognitive perspective. *Can J Psychiatry*, 50(5), 247-257.
- Shankman, S. A., Katz, A. C., DeLizza, A. A., Sarapas, C., Gorka, S. M., & Campbell, M. L. (2014). The Different Facets of Anhedonia and Their Associations with Different Psychopathologies. In M. S. Ritsner (Ed.), *Anhedonia: A Comprehensive Handbook Volume I: Conceptual Issues And Neurobiological Advances* (pp. 3-22). Dordrecht: Springer Netherlands.
- 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.

- Smith, A. J., Becker, S., & Kapur, S. (2005). A computational model of the functional role of the ventral-striatal D2 receptor in the expression of previously acquired behaviors. *Neural Comput*, 17(2), 361-395.
- Strauss, G. P. (2013). Translating basic emotion research into novel psychosocial interventions for anhedonia. *Schizophr Bull*, 39.
- 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.
- Wolf, D. H. (2006). Anhedonia in schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, 8(4), 322-328.
- Wynn, J. K., Horan, W. P., Kring, A. M., Simons, R. F., & Green, M. F. (2010). Impaired anticipatory event-related potentials in schizophrenia. *Int J Psychophysiol*, 77(2), 141-149.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



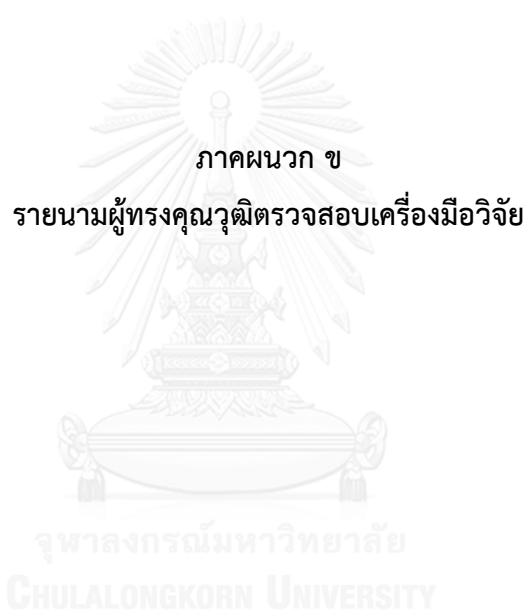
ตารางแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามงานอดิเรก/กิจกรรมที่ชอบทำยามว่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
งานอดิเรก/กิจกรรมที่ชอบทำยามว่าง						
ไม่มี	2	10	1	5	3	7.5
กวาดบ้าน	1	5	1	5	2	5
ช่วยพี่ชายชายของ	1	5	0	0	1	2.5
ดูทีวี	2	10	2	10	4	10
ถางหญ้า	1	5	0	0	1	2.5
ดูบ้าน	1	5	2	10	3	7.5
ทานอาหาร	1	5	0	0	1	2.5
ทำนา	1	5	0	0	1	2.5
ทำบัญชีรายรับ- รายจ่าย	1	5	0	0	1	2.5
นั่งเล่น	1	5	0	0	1	2.5
ฟังเพลง	2	10	0	0	2	5
ล้างจาน	2	10	0	0	2	5
เล่นเกม	1	5	0	0	1	2.5
เลี้ยงสัตว์	1	5	0	0	1	2.5
อ่านหนังสือพิมพ์	1	5	1	5	2	5
เก็บขยะ	0	0	1	5	1	2.5

ตารางแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามงานอดิเรก/กิจกรรมที่ชอบทำยามว่าง (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดูหนัง	0	0	1	5	1	2.5
นอน	0	0	2	10	2	5
นั่งสมาธิ	0	0	1	5	1	2.5
ฟังเพลง	0	0	4	20	4	10
รดน้ำต้นไม้	0	0	1	5	1	2.5
สวดมนต์	0	0	1	5	1	2.5
อ่านหนังสือ	0	0	3	15	3	7.5
ประวัติการใช้สารเสพติด						
ไม่ใช่	10	50	10	50	20	50
ใช่	10	50	10	50	20	50

จากตาราง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในกลุ่มในกลุ่มทดลองมี งานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ชอบทำยามว่างในกลุ่มทดลองได้แก่ ดูทีวี, ล้างจาน, ฟังเพลง คิดเป็นร้อยละ 10 และงานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ชอบทำยามว่างในกลุ่มควบคุมได้แก่ ฟังเพลง คิดเป็นร้อยละ 20 สำหรับประวัติการใช้สารเสพติดในกลุ่มทดลองพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 50 และในกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 50 สารเสพติดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือบุหรี่ทั้งสองกลุ่ม



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์กฤษณะ สุวรรณโกมลชัย	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา	อาจารย์กลุ่มวิชาสุขภาพจิตจิตเวช ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช (APN) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี
3. นางสาวสมศรี กิตติพงศ์พิศาล	นักจิตวิทยาคลินิกระดับเชี่ยวชาญ โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี
4. อาจารย์อติญา โพธิ์ศรี	อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด
5. นางอำพัน หิรัญอุทก	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขา การพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช (APN) โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี



การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

การตรวจความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$





โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขเพื่อลด
ภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ



โดย

นางจिरภา บุญศิลป์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สาขา พยาบาลศาสตร์

แขนงวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คำนำ

ภาวะสิ้นยินดีเป็นอาการทางคลินิกที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบโดยแสดงออกในลักษณะไม่มีความสุขหรือไม่มีความพึงพอใจในกิจกรรมที่เคยทำและเป็นภาวะที่พบได้ถึงร้อยละ 45 (Pelizza & Ferrai et al., 2009) โดยมีปัจจัยเหตุมาจากการขาดประสบการณ์ของความสุขในอดีตและประสบการณ์เกี่ยวกับความสุขในปัจจุบันรวมถึงความคาดหวังเกี่ยวกับความสุขในอนาคต (Agrawal et al., 2012; Rubin, 2012; Shomaker et al., 2012) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดการมุ่งหวังความสุข (Anticipatory Pleasure) ผ่านกระบวนการสร้างแรงบันดาลใจ (motivation processes) จะช่วยเพิ่มความคาดหวังในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคตและกระตุ้น ฝึกให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีประสบการณ์ของความสุขที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนมีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ลดภาวะสิ้นยินดี สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ซึ่งช่วยลดภาระการดูแลของญาติและทำให้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่นำโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขของ Favrod et al. (2010, 2015) มาใช้เพื่อลดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภท โดยประกอบด้วย 8 ขั้นตอน จำแนกเป็น 10 กิจกรรม ดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินความคิดที่มีแนวโน้มลึ้มเหลวหรือสิ้นหวัง
- ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขในปัจจุบัน
- ขั้นตอนที่ 3 การเน้นย้ำอารมณ์สุขด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรม
- ขั้นตอนที่ 4 แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสุขกับผู้อื่นและหาโอกาสที่จะได้รับความสุข
- ขั้นตอนที่ 5 การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขที่เกิดขึ้นในอดีต
- ขั้นตอนที่ 6 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 1
- ขั้นตอนที่ 7 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 2
- ขั้นตอนที่ 8 ทบทวนทักษะทั้งหมด

โดยผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขเพื่อลดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ จะเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดี อันจะนำไปสู่การเพิ่มความคาดหวังความสุขต่อไป

นางจิราภา บุญศิลป์

แผนการดำเนินโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวัง
(Relationship and defeatist thinking)

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดี

สถานที่ ห้องกิจกรรมกลุ่ม คลินิกสุขภาพใจ โรงพยาบาลสระบุรี

ระยะเวลา 45-60 นาที

รูปแบบ ดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่ม กลุ่มละ 6-7 คน โดยให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม ผู้นำกลุ่มนั่งตรงกลาง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในกลุ่มและผู้วิจัย
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการจัดกิจกรรม และประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อประเมินความคิดที่มีแนวโน้มล้มเหลวหรือสิ้นหวัง
4. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มตระหนักและเห็นความสำคัญของการมุ่งสร้างความสุข

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันภายในกลุ่มและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม
2. สมาชิกในกลุ่มบอกถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดได้อย่างถูกต้อง
3. สมาชิกบอกกติกาในการทำกลุ่มได้ถูกต้อง
4. สมาชิกเกิดความรู้สึกผ่อนคลายพร้อมในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ
4. เพื่อประเมินความคิดล้มเหลวหรือสิ้นหวังของสมาชิก
5. สมาชิกบอกระดับความสุขของตนเองได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง
6. เพื่อประเมินความต้องการและความคาดหวังของสมาชิก
7. เพื่อให้สมาชิกได้รับรู้ ตระหนักและเห็นความสำคัญของภาวะสิ้นยินดี
8. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสิ้นยินดี

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยโดยดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักตนเอง (Self realization) ยอมรับตนเอง (Self acceptance) เคารพและนับถือตนเอง (Self respect) สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ ทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

การประเมินความคิดที่มีแนวโน้มล้มเหลวหรือสิ้นหวังเป็นการประเมินความคิด ซึ่งจะประเมินเรื่องของความเชื่อ เหตุผลของความคิดและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวหรือสิ้นหวัง จากนั้นใช้การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสนอทางเลือกให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการแก้ไขความคิดความเชื่อและเรียนรู้การเกิดความคิดในเชิงบวกโดยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านการตั้งคำถามและการบอกความคาดหวังและความต้องการของตนเองเพื่อนำไปสู่การเกิดความพึงพอใจและจูงใจนำไปสู่การประพฤติปฏิบัติในสิ่งที่ต้องการหรือคาดหวังเอาไว้

สื่อการสอน/วัสดุอุปกรณ์

1. ป้ายชื่อ	จำนวน	8	ป้าย
2. ใบงานที่1/1 แบบบันทึกความคาดหวัง	จำนวน	8	แผ่น
3. ใบงานที่1/2 แบบบันทึกกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุข	จำนวน	8	แผ่น
4. ใบความรู้ที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะสิ้นยินดี	จำนวน	8	แผ่น
5. ดินสอ/ปากกาสำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย	จำนวน	8	ด้าม
6. ปากกาไวท์บอร์ด	จำนวน	1	ด้าม
7. กระดาษฟลิปชาร์ต	จำนวน	2	แผ่น
8. ตารางนัดหมายในการทำกิจกรรม	จำนวน	8	แผ่น
9. เพลงผ่อนคลายตระหนักรู้		5	นาที

เกณฑ์การประเมินผล

1. สมาชิกในกลุ่มมีสีหน้า ท่าทาง ให้ความร่วมมือ และเปิดเผยข้อมูลของตนเองต่อกลุ่ม
2. บรรยากาศในการดำเนินกิจกรรมมีความผ่อนคลาย
3. สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกวัตถุประสงค์ รูปแบบ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดได้
4. สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการตั้งกฎกติกาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

5. สมาชิกมีส่วนร่วมในกิจกรรมและเกิดความรู้สึกผ่อนคลายมีการรับรู้อารมณ์เชิงบวก
6. สมาชิกบอกความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นจากการฝึกสติได้
7. สมาชิกบอกความคิดล้มเหลวหรือสิ้นหวังของตนเองได้
8. สมาชิกบอกความคาดหวังของตนเองได้
9. สมาชิกรับรู้ ตระหนักและเห็นความสำคัญของภาวะสัจนิยม
10. สมาชิกบอกสาเหตุ อารมณ์และความรู้สึกของการเกิดภาวะสัจนิยมของตนเองได้
11. สมาชิกสามารถบอกกิจกรรมที่ทำให้ตนเองเกิดความสุขได้



แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง [] หน้าข้อความและเติมข้อความลงใน (.....)

ที่เว้นไว้ให้ตรงกับความจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1.เพศ [] หญิง [] ชาย

2.สถานภาพ

[] โสด [] คู่

[] หย่าร้าง [] แยกกันอยู่

3.อายุปี.....เดือน

4.ระดับการศึกษาสูงสุด

[] ไม่ได้เรียนหนังสือ [] ประถมศึกษา

[] มัธยมศึกษา [] ปวช. หรือ ปวส.

[] ปริญญาตรี [] สูงกว่าปริญญาตรี ระบุ.....

5.อาชีพ

[] ไม่มีอาชีพ [] รับจ้าง

[] รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ [] ธุรกิจส่วนตัว

[] ทำสวน/ทำนา/ทำไร่ [] ค้าขาย

[] อื่น ๆ ระบุ.....

6.ศาสนา

[] พุทธ [] คริสต์

[] อิสลาม [] อื่น ๆ ระบุ.....

7.รายได้.....บาท/เดือน

8.ผู้ดูแล

[] มี

[] ไม่มี

9.งานอดิเรก/กิจกรรมที่ชอบทำยามว่าง.....

10.ประวัติการใช้สารเสพติด

[] ไม่ใช้

[] ใช้ ระบุ.....

แบบประเมินอาการทางลบ

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วยโดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 13 ข้อ มี 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นอาการทางลบที่ประเมินโดยการสังเกตและตอนที่ 2 เป็นอาการทางลบที่ประเมินโดยการสัมภาษณ์ โปรดใส่เครื่องหมาย

✓ ลงในช่องที่ตรงกับอาการของผู้ป่วยในแต่ละข้อ

มี หมายถึง ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว

มีอาการ หมายถึง ไม่ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว

ตอนที่ 1 การสังเกต “ผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้หรือไม่”

ข้อที่	ข้อความ	ไม่มี	มี
1.	สีหน้าเฉยเมย ไร้อารมณ์		
2.	ขณะพูดนั่งตัวแข็งทื่อ ไร้ชีวิต		
3.		
4.		
5.		
6.	ไม่สนใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรอบตัว		

ตอนที่ 2 การสัมภาษณ์ “ผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้หรือไม่”

ข้อที่	ข้อความ	ไม่มี	มี
1.	หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมเช่น ทำบุญตักบาตรตามประเพณี งานเทศกาลรื่นเริงกับบุคคลอื่น		
2.	มักอยู่คนเดียวเสมอ		
3.		
4.		
5.		
6.	ญาติต้องกระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวัน		
7.	พูดเรื่องเดียวซ้ำซาก		

แบบวัดการมุ่งสร้างความสุข

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ให้เข้าใจและเติมเครื่องหมาย ✓ ในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุดโดยมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- | | | |
|---|---------|---|
| 6 | หมายถึง | ข้อความนี้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด |
| 5 | หมายถึง | ข้อความนี้ตรงกับความเป็นจริงมาก |
| 4 | หมายถึง | ข้อความนี้ตรงกับความเป็นจริงค่อนข้างมาก |
| 3 | หมายถึง | ข้อความนี้ไม่ตรงกับความเป็นจริงเล็กน้อย |
| 2 | หมายถึง | ข้อความนี้ค่อนข้างไม่ตรงกับความเป็นจริง |
| 1 | หมายถึง | ข้อความนี้ไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย |

ข้อความ	ระดับคะแนน					
	1	2	3	4	5	6
1.เมื่อฉันรู้ว่าดารารที่ฉันชื่นชอบจะมีหนังเรื่องใหม่ทำให้ฉันตั้งตารอดู						
2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจที่ได้สูดอากาศที่สดชื่นเมื่อเดินออกไปข้างนอก						
3.กลืนจากธรรมชาติ เช่น ดอกไม้ พางข้าว กลิ่นหญ้าที่ตัดใหม่ กลิ่นดินภายหลังฝนตกทำให้ฉันรู้สึกเพลิดเพลิน						
4.ฉันตั้งตารอเพื่อหลายๆ สิ่งในชีวิต						
5.ฉันชอบให้มีคนมาดูแลผมของฉัน เช่น หวีผม สระผมของ ฉันหรือฉันชอบให้คนมาเล่นผมของฉัน						
.....						
.....						
18.เมื่อมีเรื่องตื่นเต้นบางสิ่งบางอย่างผ่านเข้ามาในชีวิตฉันก็ตั้งตารอคอยสิ่งนั้น						

แบบประเมินภาวะสิ้นยินดี

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วย โดยมีข้อคำถามทั้งสิ้น 3 ข้อ โปรดใส่ ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับอาการของผู้ป่วยในแต่ละข้อ โดยมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

ข้อความ	←ปกติ บกพร่อง→						
	0	1	2	3	4	5	6
ภาวะสิ้นยินดี							
1.							
2.							
3. ความเข้มข้นของความสุขที่คาดหวังจากกิจกรรมต่าง ๆ ในอนาคต							

ภาคผนวก จ
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และแบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

ชื่อผู้วิจัย นางจिरภา บุญศิลป์ **ตำแหน่ง** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 18/64 ถ.เทศบาล 4 ต.ปากเพรียว อ.เมือง จ.สระบุรี 18000

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 083 – 3280459 **E-mail** jirapa018@gmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย โดยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยนี้มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำขึ้นเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร ขอความกรุณาให้ท่านใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และหากเกิดข้อสงสัยต่างๆ ท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข

3.2 เพื่อเปรียบเทียบภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่

1) เป็นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท

(Schizophrenia) รหัส F20 (F20-F20.9) ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งชายและหญิง

2) เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการแสดงในลักษณะอาการทางลบระดับน้อยถึงปานกลาง (1-9 คะแนน) โดยใช้แบบประเมินอาการทางลบของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ที่พัฒนามาจาก Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PNASS-T) ซึ่งรณานิลาชัยโกวิทย์และคณะ(ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิด Kay, Fiszbein &

Opler (1987)

- 3) ไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง
- 4) สามารถเข้าร่วมโปรแกรมครบตามระยะเวลา
- 5) สามารถสื่อสารอ่านเขียนภาษาไทยได้

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) จะได้รับกิจกรรมการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง ประกอบด้วย การซักประวัติก่อนพบแพทย์ซึ่งครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย การให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การให้คำแนะนำหลังพบแพทย์ รวมถึงการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) จะได้รับ การฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดี ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามการศึกษาของ Favrod et al. (2010, 2015) โดยบำบัดเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 6-7 คน จำนวน 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน 10 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ซึ่ง มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวัง (relationship and defeatist thinking)

เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยในกลุ่มด้วยกัน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักตนเอง (self realization) ยอมรับตนเอง (self acceptance) เคารพและนับถือตนเอง (self respect) สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ ทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน การประเมินความคิดที่มีแนวโน้มล้มเหลวหรือสิ้นหวังเป็นการประเมินความคิด เรื่องของความเชื่อ เหตุผลของความคิดและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวหรือสิ้นหวังจากนั้นใช้การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสนอทางเลือกให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการแก้ไขความคิดความเชื่อและเรียนรู้การเกิดความคิดในเชิงบวกโดยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านการตั้งคำถามและการบอกความคาดหวังและความต้องการของตนเองเพื่อนำไปสู่การเกิดความพึงพอใจและจูงใจนำไปสู่การประพฤติปฏิบัติในสิ่งที่ต้องการหรือคาดหวังเอาไว้

การให้ความรู้เรื่องภาวะสิ้นยินดี เป็นการบอกความหมาย และสาเหตุของการเกิด

ภาวะสิ้นยินดีได้รับฟังเพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและรับรู้ ตระหนักและเห็นความสำคัญของภาวะสิ้นยินดี

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขในปัจจุบัน (savoring pleasant moments)

เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้อารมณ์ทางบวกและสัมผัสกับความสุขที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยนึกถึงประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมจากการจินตภาพและถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกจากประสบการณ์รูปธรรมให้ผู้ป่วยคนอื่นๆ ได้รับฟัง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเชิงบวกและเข้าใจถึงความรู้สึกที่มีผลต่ออารมณ์นอกจากนี้การฝึกให้ผู้ป่วยได้มีการสื่อสารออกมาในเชิงบวกจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขเพิ่มมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การเน้นย้ำอารมณ์สุขด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรม (accentuating the behavioral expression of emotions)

เป็นกิจกรรมที่สร้างความตระหนักเกี่ยวกับความสุขและอารมณ์เชิงบวก โดย ฝึกทักษะการผ่อนคลาย และเน้นย้ำอารมณ์สุขด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยใช้ภาพเป็นสื่อในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ทางบวกและทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์เชิงบวกและรับรู้ถึงความสุขได้ชัดเจนมากขึ้นโดยให้ผู้ป่วยมีการแสดงสีหน้าและท่าทางที่เกิดขึ้นจากการที่ได้ดูภาพ

ขั้นตอนที่ 4 สร้างช่วงเวลาของการมีความสุขสุดด้วยการแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น (making the most of pleasant moments by sharing them with others)

เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนความสุขที่เกิดขึ้นกับผู้อื่นโดยความสุขที่เกิดขึ้นนั้นเป็นการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 และมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงอารมณ์สุขของกิจกรรมที่ทำ โดยการแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางเมื่อมีความสุขเกิดขึ้นให้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มได้รับรู้ร่วมกัน การฝึกให้ผู้ป่วยได้นึกถึงประสบการณ์ของความสุขและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนให้ผู้อื่นได้รับฟังจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้อารมณ์ทางบวกเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขที่เกิดขึ้นในอดีต (savoring past pleasant moments)

การพัฒนาความรู้สึกสุขโดยให้ผู้ป่วยบอกประสบการณ์เกี่ยวกับความประทับใจหรือความภาคภูมิใจที่เกิดขึ้นในอดีตและบอกความรู้สึกที่เกิดขึ้นเนื่องจากในผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะสิ้นยินดีจะขาดประสบการณ์เกี่ยวกับการสร้างความสุขและความจำเกี่ยวกับความสุขที่ลดลง การระลึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตเป็นการแสวงหาความสุขทางอารมณ์และจิตใจทำให้เกิดความภาคภูมิใจและความพึงพอใจในชีวิต

ขั้นตอนที่ 6 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 1 (anticipating pleasant moments 1)

การฝึกให้ผู้ป่วยได้คาดหวังเกี่ยวกับความสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยที่ความคาดหวังเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในการคาดหวังสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือคาดการณ์ล่วงหน้าในสิ่งที่ยังไม่ถึง

ส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะแสวงหาเกิดแรงจูงใจนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมนำไปสู่เป้าหมายตามต้องการซึ่งกิจกรรมในเรื่องของการคาดหวังความสุขนั้นจะเน้นในเรื่องของการคาดหวังกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุข การแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางที่คิดว่าน่าจะเกิดขึ้นจากการได้ทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขและการมอบหมายให้ทำการบ้านเพื่อรับรู้ความแตกต่างของความรู้สึกเชิงบวกและอารมณ์ มีการรับรู้ความรู้สึกทางด้านกายภาพและเพิ่มกิจกรรมทางด้านสังคมได้

ขั้นตอนที่ 7 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุข ช่วงที่ 2 (anticipating pleasant moments 2)

การฝึกให้ผู้ป่วยได้คาดหวังเกี่ยวกับความสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคตซ้ำอีกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการรับรู้ถึงความรู้สึกสุขและเพิ่มกิจกรรมทางสังคมที่หลากหลายมากขึ้น จากการเขียนกิจกรรมที่คาดหวัง โดยที่ความคาดหวังเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในการคาดหวัง สิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือคาดการณ์ล่วงหน้าในสิ่งที่ยังไม่ถึง ส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะแสวงหาทำให้เกิดแรงจูงใจนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมนำไปสู่เป้าหมายตามต้องการซึ่งกิจกรรมในเรื่องของการคาดหวังความสุขนั้นจะเน้นในเรื่องของการคาดหวังกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุข การแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางที่คิดว่าน่าจะเกิดขึ้นจากการได้ทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขและการมอบหมายให้ทำการบ้านเพื่อรับรู้ความแตกต่างของความรู้สึกเชิงบวกและอารมณ์ มีการรับรู้ความรู้สึกทางด้านกายภาพและเพิ่มกิจกรรมทางด้านสังคมได้

ขั้นตอนที่ 8 ทบทวนทักษะทั้งหมด (review of all skills)

เป็นกิจกรรมที่พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนร่วมกัน ดังรายละเอียดในกิจกรรมขั้นตอนที่ 1-7 เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีทักษะของการสร้างอารมณ์เชิงบวกและคาดหวังความสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทำให้สามารถรับรู้อารมณ์และความรู้สึกทางบวกที่เกิดขึ้นได้

6. การเข้าร่วมในการวิจัยของผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเป็นไปด้วยความสมัครใจ และสามารถที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ ทั้งนี้การปฏิเสธดังกล่าวจะไม่ส่งผลกระทบต่อ ต่อผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย และจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและบริการทางด้านสุขภาพที่จะได้รับ

7. ในขณะดำเนินการวิจัย ถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะให้การดูแลเบื้องต้นและดำเนินการส่งต่อให้แพทย์ เพื่อดำเนินการรักษาต่อไป

8. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยคือนางจิราภา บุญศิลา ได้ตลอดเวลาที่เบอร์ 083-3280459 และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมและจากแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยนี้จะเก็บเป็นความลับ โดยหากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

10. ไม่มีค่าตอบแทนแก่ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี เลขที่ 18 ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี 18000 โทรศัพท์ : 036-316555

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Inform Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ชื่อผู้วิจัย นางจิราภา บุญศิลป์ ที่อยู่ติดต่อ 18/64 ถนนเทศบาล 4 ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัด สระบุรี 18000 โทรศัพท์ 083-3280459

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัย เรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข โดยมีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทั้งหมด 4 สัปดาห์ติดต่อกัน ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี เลขที่ 18 อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี 18000 โทรศัพท์ 036-316555

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางจิราภา บุญศิลป์)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้แทนโดยชอบธรรม

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



ภาคผนวก ฉ
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

18 ถนนเทศบาล 4
อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี



โทรศัพท์ 036-316555
โทรสาร 036-211624

เอกสารรับรองโครงการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี

หมายเลข 081/2016

ชื่อโครงการภาษาไทย : ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ
รหัสโครงการ : EC099/02/2016
หัวหน้าโครงการ/หน่วยงานที่สังกัด : นางจิราภา บุญคิ่งปี
สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลสระบุรี

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. แบบสอบถาม
4. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 2 กันยายน 2559

วันหมดอายุ : 2 กันยายน 2560

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลังจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines และ The International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ลงนาม
(นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ วัชรโรจน)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

05 ก.ย. 2559
วันที่

ลงนาม
(นายแพทย์สุรโชค ตังวิวัฒน์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี

08 ก.ย. 2559
วันที่

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางจิราภา บุญศิลป์ (ทองดี) เกิดเมื่อวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2530 ที่จังหวัดกาฬสินธุ์ สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ปีการศึกษา 2552 จากนั้นเข้ารับการศึกษาคือในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคนอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2556

ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่ง อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

