

ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ*

THE EFFECT OF PROBLEM SOLVING GROUP THERAPY PROGRAM ON DREPRESSION AMONG CLIENTS WITH DEPRESSION RECEIVED SERVICES AT PRIMARY AND SECONDARY CARE UNIT

สมบัติ สกุลพรรณ, RN, PhD. (Sombat Skulphan, RN, PhD.)**

สุพิศ กุลชัย, RN, MS.N. (Supit Khulachai, RN, MS.N.)***

ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, RN, PhD. (Darawan Thapinta, RN, PhD.)****

Abstract

Objective: To investigate the effect of problem solving group therapy program on depression among clients with depression received services at primary and secondary care unit.

Methods: This study was quasi-experimental research, 89 clients with depression were purposively selected based on the inclusion criteria. The research instruments were 1) Problem Solving Group Therapy Program developed by researcher team, 2) 9Q Depressive Screening Form. Descriptive statistics and repeated measures ANOVA were used for data analyses.

Result: The result of this study revealed that the depression means score of clients with depression at the end of program and 3 months after receiving Problem Solving Group Therapy Program were significantly different from that

before ($p < .001$).

Conclusion: Problem Solving Group Therapy Program could decline depression among clients who have depressive mood, as well. We found that it had sustainable effect when follow up 3 months, with a little bit higher means score; however, to confirm the effectiveness of this program, long term follow up should be done at least 6 months after program finished.

Keywords: Problem Solving Group Therapy Program, Depression, Clients with Depression

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

*การศึกษาครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากโรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย

**** ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางที่เข้ารับการบำบัดรักษาตามปกติในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ อำเภอหนึ่ง ของจังหวัดสุโขทัย จำนวน 89 คน ที่คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือประกอบด้วย 1) โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่ม 2) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA)

ผลการศึกษา: คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนการได้รับโปรแกรมฯ กับหลังได้รับโปรแกรมฯ ทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุป: โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่ม สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าได้ และพบว่าผลของการบำบัดมีความคงทนเมื่อติดตามผล 3 เดือน โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 6 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่ม ภาวะซึมเศร้า ผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้า

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่บุคคลมีความแปรปรวนด้านความคิดด้านอารมณ์ด้านแรงจูงใจด้านร่างกายและพฤติกรรม บุคคลจะมีอารมณ์เศร้า

นอนไม่หลับ น้ำหนักตัวลดลง รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง หดความสนใจในกิจกรรมต่างๆ คิดโทษตนเอง และอาจมีความคิดอยากทำร้ายตนเอง (Westbrook, Kennerly, & Kirk, 2007) ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากปัจจัยทั้งภายในและภายนอก ปัจจัยภายในได้แก่ความคิดของบุคคลที่บิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อมหรือโลก และต่ออนาคต ปัจจัยภายนอกเกิดจากบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์การสูญเสียเผชิญกับสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง หรือต้องเผชิญกับปัญหาวิกฤติในชีวิตที่ไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขได้ เช่น การประสบภัยธรรมชาติและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น (Beck & Alford, 2009) เมื่อบุคคลมีภาวะซึมเศร้าจะแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ เช่น ซึมเศร้า ร้องไห้ ทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง ขาดสมาธิและสนใจในสิ่งรอบข้างลดลง ซึ่งหากอารมณ์และพฤติกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเรื้อรัง ก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจได้ และเกิดปัญหาหรืออาการตามมาอีกหลายอย่างเช่น นอนไม่หลับ คิดฟุ้งซ่านตลอดเวลา สมรรถภาพการทำงานลดลง ความสนใจทางเพศน้อยลงเบื่ออาหาร น้ำหนักลดท้องผูก ปวดศีรษะ เป็นต้น หากตกอยู่ในภาวะดังกล่าวต่อไป อาจทำให้เกิดความคิดในแง่ลบ รวมทั้งมองโลกในแง่ร้าย บางคนอาจเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ (Westbrook, Kennerly, & Kirk, 2007)

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญในทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โดยภาวะซึมเศร้านั้นมีระดับตั้งแต่เล็กน้อยปานกลางและระดับรุนแรง โดยจะพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่สูงขึ้นก็ยิ่งมีความแปรปรวนทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่

มากขึ้น รายที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มักมีอาการต่างๆ มากจนเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder : MDD) พบว่าประชากรทั่วโลกมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 21 (World Health Organization [WHO], 2008) ในกลุ่มประชาชนทั่วไปที่ไม่มีโรคประจำตัวเพศหญิงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในได้ร้อยละ 10-25 ส่วนเพศชายพบได้ร้อยละ 5-12 และจากการประมวลผลข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2003 ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 18 ปี พบว่ามีภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาร่วมในโรคเรื้อรัง 4 อันดับแรกคือ โรคข้ออักเสบ โรคหอบหืด โรคหัวใจและโรคเบาหวานตามลำดับ และพบว่าสถิติการเกิดภาวะซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และพบว่าภาวะซึมเศร้ามักถูกละเลยในการค้นพบว่าเป็นโรคร่วมกับโรคอื่น (WHO, 2007) องค์การอนามัยโลกได้พยากรณ์ไว้เมื่อปี ค.ศ. 2003 ว่าในปี ค.ศ. 2020 หากไม่มีการดำเนินการใดๆ เลยกับผู้ที่ภาวะซึมเศร้ารุนแรงหรือโรคซึมเศร้า โรคนี้จะกลายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขทั่วโลกสูงเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่น (WHO, 2012) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงหรือเป็นโรคซึมเศร้า มักจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal Behavior) ที่สูงขึ้นและต่อเนื่องตั้งแต่การมีความคิดฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จ จากการศึกษาของกรมสุขภาพจิตพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 70-80 ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2550) สำหรับประเทศไทย จากการรวบรวมของกรมสุขภาพจิตในปี 2555 ในโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าพบว่าในปี 2554-2555 ได้มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าทั่ว

ประเทศ โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พบว่ามีผู้ภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยจำนวน 117,308 ราย ระดับปานกลางจำนวน 18,232 ราย และระดับรุนแรงจำนวน 5,596 ราย และเมื่อประเมินความคิดฆ่าตัวตายโดยใช้แบบประเมิน 8 คำถาม (8Q) พบว่าผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับเล็กน้อยมีจำนวน 19,277 ราย ระดับปานกลางจำนวน 1,556 ราย และระดับรุนแรงจำนวน 1,658 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2555)

ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัวและสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งเป็นผลจากอาการปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมของความเจ็บป่วย ตลอดจนความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะทำให้เกิดภาวะเสียสมดุลภาพและความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจากผลการศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บ โดยการเปรียบเทียบความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและบาดเจ็บ 135 ประเภท โดยวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการและความเจ็บป่วยที่ผ่านมาพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted life years: DALYs) เป็นอันดับ 4 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 10 ในผู้ชายไทย และเมื่อพิจารณาจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year Lost due to Disability) ของโรคซึมเศร้า พบเป็นอันดับ 1 ในผู้หญิงไทยและเป็นอันดับ 2 ในผู้ชายไทย (ธรณินทร์ กองสุข, 2555)

การเกิดภาวะซึมเศร้า จนกระทั่งป่วยด้วยโรคซึมเศร้านั้น มีเหตุปัจจัยหลายอย่าง ทั้งปัจจัยทางชีวภาพและทางด้านจิตใจและปัจจัยทางสังคม (Bio-psycho-social factors) ปัจจัยทางชีวภาพนั้น จากการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า

เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาท ซีโรโตนิน โดพามีน นอร์อิพิเนฟรินและกาบา ปัจจัยด้านจิตใจมีการอธิบายไว้หลายแนวคิด เช่นแนวคิดของ เบค (Beck, 1995) อธิบายว่าเมื่อบุคคลรับรู้ที่เกิดวิกฤตในชีวิตแล้วมีความคิดอัตโนมัติทางลบกับตัวเองกับโลกและอนาคตตนจะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ แนวคิดหรือทฤษฎีการแก้ไขปัญหา (Problem Solving Theory) ของเดอซูริลลาและเนซุ (D’Zurilla & Nezu, 2010) อธิบายว่าพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล เกิดจากความบกพร่องในการแก้ปัญหา จากการมีมุมมองต่อปัญหาในทางลบ และการมีวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่มี ส่วนปัจจัยด้านสังคม อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายว่าเป็นเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ ในสังคม ซึ่งมีทั้งลักษณะความผูกพันกับสังคมมากเกินไป (Altruistic Suicide) ขาดความรู้สึผูกพันกับสังคม (Egoistic Suicide) และบุคคลไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้ (Anomic Suicide) จึงนำไปสู่การเกิดความแปรปรวนทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรม คือมีอารมณ์ซึมเศร้า มีความคิดทำร้ายตนเอง และมีพฤติกรรมการทำร้ายตนเองได้ (Taylor, 1982) เมื่อมีภาวะซึมเศร้าหรือมีอาการซึมเศร่ายังไม่มาก แต่ไม่ได้รับการบำบัดรักษาแล้วอาการก็จะมากขึ้นเรื่อยๆ และป่วยด้วยโรคซึมเศร้าได้

การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในปัจจุบันมีทั้งการใช้ยาด้านเศร้าเพื่อช่วยปรับความสมดุลของสารสื่อประสาท และการบำบัดทางจิตสังคม เช่นการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) และการ

บำบัดทางจิตสังคมอีกแบบหนึ่งที่สามารถนำมาประยุกต์ในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ คือการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (problem solving therapy) ซึ่งการบำบัดดังกล่าวเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้กำกับตนเอง นำตนเอง มองปัญหาในทางบวก และเลือกทางออกในการแก้ปัญหาด้วยความมีเหตุผล และพบว่าช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (D’Zurilla & Nezu, 2010; Bell & D’Zurilla, 2009) เช่น การศึกษาของ สุณิสรา ศรีโมอ่อน อติยา พรชัยเกตุ โอว ยอง และ อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ (2554) ที่ศึกษารูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ พบว่าการบำบัดโดยการแก้ปัญหาทั้งในแบบ Social Problem Solving Therapy (SPST) และ Problem Solving Therapy-Primary Care (PST-PC) มีประสิทธิภาพในการลดความซึมเศร้า และสามารถใช้ได้ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าเรื้อรังและโรคซึมเศร้าที่มีอาการเล็กน้อย และการศึกษาการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าโดย ปุณยาภา บุญคำเรือง (2552) ซึ่งทดลองใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ติดยา ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ติดยาในกลุ่มทดลอง มีระดับอาการซึมเศร่าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และราตรี ทองยู วรรณาคงสุริยะชนาวิน อติยาพรชัยเกตุ โอว ยอง และ ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ (2554) ได้ทดลองใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบกลุ่ม ใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 40-45 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง รวม 6 ครั้ง ใช้เวลา 5 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าหลังการทดลอง

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลอง มีระดับอาการซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวโดยสรุปได้ว่า เหตุผลที่การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหามาสามารถช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าดีขึ้นได้นั้น เนื่องมาจากการพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา สามารถช่วยให้นักบุคคลสามารถแก้ไขหรือเผชิญกับปัญหาได้ และช่วยให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อปัญหา ทำให้ความทุกข์ความกดดันลดลง (Pierce, 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นแสดงให้เห็นถึงการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหามาเป็นอีกแนวคิดหนึ่งที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหามาแบบกลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการ ณ สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ซึ่งหากพบว่าได้ผลดีก็จะได้นำโปรแกรมดังกล่าวไปขยายผลการใช้ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังได้รับโปรแกรมฯ ทันที และระยะติดตามผลเดือนที่ 3

สมมุติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการ

ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ หลังได้รับโปรแกรมฯ ทันที และระยะติดตามผล เดือนที่ 3 ลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิด 1 กลุ่ม เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังได้รับโปรแกรมฯ ทันที และระยะติดตามผลเดือนที่ 3 กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้มี 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ได้รับโปรแกรมฯ คือผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ได้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ณ อำเภอหนึ่ง ของจังหวัดสุโขทัย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่ทีมผู้วิจัยกำหนด คือ ไม่จำกัดเพศอายุตั้งแต่ 18-80 มีคะแนนภาวะซึมเศร้าซึ่งประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ของ ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2550) อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (คะแนน 7-18) รวมทั้งมีคะแนนแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันไม่สูงกว่าระดับปานกลาง (คะแนน 0-16) ซึ่งประเมินโดยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม ของ ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2550) สื่อสารได้เข้าใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 99 คน แต่ออกจากการวิจัยก่อนกำหนดจำนวน 10 คน จึงเหลือจำนวนที่ได้รับโปรแกรมฯ จนครบ และติดตามผลได้ถึงเดือนที่ 3 เพียง 89 คน 2) ผู้ใช้โปรแกรมฯ คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาล

ชุมชน จำนวน 10 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ต้องมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างน้อย 1 ปี ต้องผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้โปรแกรมฯ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะพัฒนาโปรแกรมฯ และ ฝึกอบรมผู้ใช้โปรแกรมฯ คือพยาบาลวิชาชีพ และ 2) ระยะการนำโปรแกรมฯ ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ทีมผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

1. หลังจากโครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบเขตพื้นที่ที่ใช้สำหรับการวิจัย ซึ่งได้พิจารณาทุนสนับสนุนทุนสำหรับการวิจัยและพิจารณาประเด็นจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยและทีมได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้โปรแกรมฯ สำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ที่จะใช้โปรแกรมฯ ทุกคน โดยใช้เวลาทั้งหมด 3 วัน รวมทั้งอบรมการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดด้วย หลังจากนั้นให้พยาบาลวิชาชีพแต่ละคนดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและนัดกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแล้ว โดยจัดกลุ่มตัวอย่างที่มีที่อยู่ใกล้กันจำนวน 9-12 คน ให้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ตามวันเวลาและสถานที่ที่กำหนด

2. พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้โปรแกรมฯ ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าสัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถามทันที ให้ตอบแบบสอบถามเดิมอีกครั้งหลังสิ้นสุด

โปรแกรมฯ ครบ 3 เดือน

3. ผู้วิจัยและทีม มีการนิเทศติดตาม และให้การช่วยเหลือในกรณีมีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามโปรแกรมฯ เช่น ผู้ป่วยออกจากโปรแกรมฯ ก่อนครบ 7 ครั้ง ด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น ต้องย้ายที่ทำงาน หรือบางรายมีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในระดับรุนแรง ต้องมีการส่งต่อเพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม

4. ทีมวิจัยตรวจสอบข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมทางสถิติสำเร็จรูป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ทีมผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเข้าร่วมวิจัย แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ จะนำเสนอหรืออภิปรายข้อมูลในภาพรวมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาตัดสินใจ และสามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยได้เอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิจะยกเลิกหรือถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลหรือการให้บริการใดๆ การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลชุมชน ที่รับผิดชอบเขตพื้นที่สำหรับการวิจัย ทีมผู้วิจัยทุกคนได้ดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ

ที่ใช้ดำเนินการศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง: แบบประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถามของ ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2550) มีทั้งหมด 8 ข้อ ให้เลือกตอบว่า “มี” หรือ “ไม่มี” การแปลผลคะแนนมีดังนี้คือ 0 คะแนน หมายถึงไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 1-8 คะแนน หมายถึงมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย 9-16 คะแนน หมายถึงมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง และคะแนนมากกว่า 16 หมายถึงมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการศึกษา: โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้า ที่ทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ เดอซูริลลาและเนซุ (2010) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลจิตเวช 2 ท่านและพยาบาลจิตเวชที่เคยมีประสบการณ์ในการใช้โปรแกรมการแก้ปัญหาแบบกลุ่ม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมฯ ทั้งหมด 3 สัปดาห์ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที กิจกรรมประกอบด้วย ครั้งที่ 1) ระยะเริ่มต้นโปรแกรม (initial structuring phase) 2) การฝึกทำความเข้าใจกับปัญหา (problem orientation) 3) การฝึกการค้นหาปัญหา (problem definition and formulation) 4) การฝึกการสร้างหรือหาทางเลือกในการแก้ปัญหา (generation of alternative solutions) 5) การฝึกการตัดสินใจ (decisionmaking) 6) การฝึกการลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (solution implementa-

tion and verification) และ ครั้งที่ 7) การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล (maintenance and generalization)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล: แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ของ ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (Kongsuk et al., 2007) ความแม่นยำตรงจากการหาจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมโดยการทำ Receiver Operating Characteristic Curve analysis = 0.9283 (95% CI = 0.8931 – 0.9635) คือ 7 คะแนนขึ้นไป มีค่าความไวสูงร้อยละ 75.68 ความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 93.37 เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า = 11.41 เท่า ผู้วิจัยนำแบบประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถามและแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ไปหาความเชื่อมั่นจากผู้รับบริการที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แล้วนำค่าคะแนนที่ได้ไปหาความเชื่อมั่นใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 และ 0.89 ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้เพราะเป็นเครื่องมือเก่าและต้องได้ค่ามากกว่า 0.8 (Polit & Hungler, 2001)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทีมผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังได้รับโปรแกรมฯ ทันที และระยะติดตามผลเดือนที่ 3 ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA)

ผลการวิจัย**1. ข้อมูลทั่วไป**

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 89 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 60.7 อายุเฉลี่ย 51.94 ปี (SD = 14.38) ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ

จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 61.8 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.8 ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน แต่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.4 มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ รายได้ ฯ (n = 89)

ข้อมูลทั่วไป	ความถี่	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. เพศ (คน)				
ชาย	35	39.3		
หญิง	54	60.7		
2. อายุ (ปี)			51.94	14.38
3. รายได้				
เพียงพอ	18	20.2		
ไม่เพียงพอ	55	61.8		
ไม่แน่ใจ	16	18.0		
4. แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน				
ไม่มี	47	52.8		
มีเล็กน้อย	7	7.8		
มีปานกลาง	35	39.4		

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังได้รับโปรแกรมฯ ทันที และระยะติดตามผล เดือนที่ 3

ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเท่ากับ 12.09 ซึ่งสูงกว่าระดับน้อยเพียง .09 หรือเกือบอยู่ในระดับปานกลาง (ระดับปานกลางคะแนนเท่ากับ 13-18) ประเมินคะแนนภาวะซึมเศร้าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันทีและติดตามผลเดือนที่ 3 หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ หรือ

ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.46 และ 4.60 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) และเมื่อทดสอบว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติแล้ว ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าที่มีการวัดซ้ำทั้ง 3 ช่วงเวลา โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) พบว่าค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังได้สิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 3 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ($F = 108.29, p < .001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 89)

ช่วงเวลาการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	12.09	5.88
หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที	4.46	3.43
หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 3 เดือน	4.60	3.64

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงเวลาการประเมินที่ต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) (n = 89)

Source of variation	SS	df	MS	F	p-value
Within Group					
Time	2499.38	1	2499.38	108.29	<.000
Error	2031.12	88	23.08		

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในช่วงเวลาการประเมินที่ต่างกันทั้ง 3 ช่วงเวลา คือก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 3 เดือน โดยใช้วิธี Bonferroni พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมฯ กับหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 3 เดือนกับหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในช่วงเวลาการประเมินที่ต่างกัน (ก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 3 เดือน) เป็นรายคู่

ช่วงเวลาที่ประเมิน (A)	ช่วงเวลาที่เปรียบเทียบ (B)	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ภาวะซึมเศร้า แต่ละคู่ (A-B)	SE	p-value
DMS Time 1	DMS Time 2	7.63	.72	<.05
	DMS Time 3	7.49	.72	<.05
DMS Time 2	DMS Time 1	- 7.62	.72	<.05
	DMS Time 3	-.14	.40	>.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในช่วงเวลาการประเมินที่ต่างกัน (ก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 3 เดือน) เป็นรายคู่ (ต่อ)

ช่วงเวลาที่ประเมิน (A)	ช่วงเวลาที่เปรียบเทียบ (B)	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ภาวะซึมเศร้า แต่ละคู่ (A-B)	SE	p-value
DMS Time 3	DMS Time 1	-7.49	.72	<.05
	DMS Time 2	.14	.40	>.05

DMS Time 1 หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ณ ช่วงเวลาก่อนได้รับโปรแกรมฯ

DMS Time 2 หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ณ ช่วงเวลาหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที

DMS Time 3 หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ณ ช่วงเวลาหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 3 เดือน

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนการได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มกับหลังได้รับโปรแกรมฯ ทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าได้ และพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างระหว่างหลังได้รับโปรแกรมฯ ทันที กับระยะติดตามผล 3 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันแสดงว่าผลของการบำบัดมีความคงทนเมื่อติดตามผล 3 เดือน โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นเพียงเล็กน้อย อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในกลุ่ม มีการมองปัญหาแบบใหม่และมีวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม โดยการเกิดภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดที่ผู้วิจัยใช้ในการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ อธิบายว่ามีสาเหตุมาจากการมีมุมมองต่อปัญหาในทางลบ (Negative Problem Orientation [NPO]) มองปัญหาเป็นสิ่งที่คุกคามคุณภาพชีวิตมองศักยภาพของตนเอง

ต่ำกว่าความเป็นจริง สิ่งเหล่านี้จะส่งผลถึงวิธีการแก้ไขปัญหา แบบหุนหันพลันแล่น ขาดความระมัดระวัง หรือหลีกเลี่ยงปัญหา ซึ่งเป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข หรือแก้ปัญหาได้แต่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำเกิดภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ตนเองกำลังเผชิญไปในทางลบ เช่น มองว่าการต้องรับประทานยา หรือ ฉีดยาตลอดชีวิตเป็นความยุ่งยาก เป็นภาระ เป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้เป็นต้น ซึ่งการบำบัดด้วยแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy) เป็นวิธีการที่ช่วยให้บุคคลมีมุมมองต่อปัญหาในทางบวก (Positive Problem Orientation [PPO]) รับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง มองปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต (Nezu & Nezu, 2008; Bell & D'Zurilla, 2009) เป็นสิ่งปกติที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน เข้าใจว่าการแก้ปัญหาต้องใช้เวลาและความพยายาม ทำให้มองเห็นสาเหตุของปัญหา เกิดการเรียนรู้และทำความเข้าใจกับปัญหา มีทัศนคติในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และเน้นให้มีการแก้ปัญหอย่าง

มีเหตุผล (Rational Problem Solving [RPS]) ซึ่งเป็นวิธีการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมและลดการใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น (impulsivity-carelessness style) และการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยง (avoidance style) เมื่อปัญหาได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมทำให้ความทุกข์ความกดดันลดลง มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และประเด็นในการวิจัยครั้งต่อไป

1) จากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการที่ในชุมชนได้ จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้สำหรับลดภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าที่มาใช้บริการในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิในชุมชนต่อไป

2) เนื่องจากโปรแกรมนี้เป็นโปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่ม และเป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่มีความจำเพาะ ผู้ที่จะใช้โปรแกรมต้องได้รับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการจากผู้พัฒนาโปรแกรมหรือผู้ที่มีประสบการณ์ในการใช้โปรแกรมหากล่าว

3) ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเพิ่มเติม โดยมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมนี้นี้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยประเมินผลลัพธ์ทั้งผลลัพธ์ทางคลินิก คือคะแนนภาวะซึมเศร้าและผลลัพธ์ทางกระบวนการ เช่น ความพึงพอใจของผู้ได้รับโปรแกรมและความพึงพอใจของผู้ใช้โปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัยขอขอบคุณบุคลากร และโดยเฉพาะอย่างยิ่งท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย ที่ให้การสนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้และอำนวยความสะดวกต่างๆ จนทำให้สามารถทำวิจัยครั้งนี้ได้สำเร็จ ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีได้เอื้อนนามในที่นี้ที่ให้ความช่วยเหลือในการดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยและที่ขาดเสียมิได้ที่ต้องขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่งคือกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2555). *การป้องกันและแก้ไข ปัญหาโรคซึมเศร้าไทย*. Retrieved June 10, 2013, from <http://www.thaidepression.com/www/index.php>
- ธรณินทร์ กองสุข.(บรรณาธิการ).(2550). *โรคซึมเศร้า องค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทาง วิชาการ*. อุบลราชธานี: สิริธรรมออฟเซ็ท.
- บุญยาภา คำบุญเรือง. (2552). *ผลของการบำบัด โดยการแก้ปัญหาคู่ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย โรคจิตสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัด เชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย เชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ราตรีทองยู,วรรณาคงสุริยะนาวิน,อติทยาพรชัยเกตุ โอว ยอง และ ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์.(2554). *ผลของกลุ่มบำบัดแบบแก้ไขปัญหาคู่ต่อ อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่2*. *วารสารสภาพพยาบาล*, 26(3): 78-92.

- สุณิสา ศรีโมอ่อน อติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง และ
อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์. (2554). การบำบัด
โดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้า
ในวัยผู้ใหญ่: การพยาบาลตามหลักฐานเชิง
ประจักษ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(3):
107-116.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and
Beyond*. New York: Guilford.
- Beck, A.T., & Alford, B.A. (2009). *Depression:
Clinical, experimental, and theoretical
aspects* (2nd ed.). Pennsylvania: University
of Pennsylvania Press.
- Bell, A. C., & D’Zurilla, T. J. (2009). Problem-
solving therapy for depression: A meta
analysis. *Clinical Psychology Review*, 29,
348–353.
- D’Zurilla, T. J. & Nezu, A. M. (2010). Problem-
solving therapies. In K. S. Dobson (Ed.),
Handbook of cognition-behavioral therapies
(3rd ed.). London: Guilford Press.
- Kongsuk, T., Arunpongpan, S., Loiha, S.,
Maneeton, N., Wannasawok, K., Leejong-
permpoon, J. et al., (2007, August). The
development and validity of 9-Question
Diagnostic Test for Depressive Disorders in
Thai I-San community [Abstract]. *Preceding
of the International Conference of Mental
Health, Bangkok, Thailand*, 128-129.
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2008). *Problem Solving
Therapy for depression: PST for depression.
workshop second Asian CBT conference-
2008*. Bangkok.
- Pierce, D. (2012). Problem solving therapy Use
and effectiveness in general practice.
Australian Family Physician, 41(9), 676-679.
- Polit, D.F., & Beck, T.R. (2006). *Nursing Research
Principle and Method* (7th ed.). Philadelphia:
Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (2001). *Nursing
research: Principle and Methods* (6th ed.).
Philadelphia: Lippincott.
- Taylor, S. (1982). *Durkheim and the study of
suicide*. New York: St. Martin’s Press, doi
10.1007/978-1-349-16792-0
- Westbrook, D., Kennerly, H., & Kirk, J. (2007).
*Cognitive Behavior Therapy: Skill and
Applications*. Los Angeles: SAGE Publication
- World Health Organization [WHO]. (2012).
Depression. Retrieved September 26, 2015,
from [http://www.who.int/mental_health/
management/depression/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/)
- World Health Organization [WHO]. (2008). *Global
perspectives on mental health*. Retrieved
June 10, 2012, from <http://www.who.org>