

ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*

THE EFFECT OF THE PROBLEM SOLVING THERAPY PROGRAM ON DEPRESSION OF PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

ธวัชชัย พลະศักดิ์, พย.บ. (Thawatchai Phalasak, BNS., RN.)**

รังสิมันต์ สุนทรไชยา, Ph.D. (Rangsiman Soonthornchaiya, RN, Ph.D.)***

รัชนิกร อุปเสน, Ph.D. (Ratchaneekorn Upasen, RN, Ph.D., APN.)****

Abstract

Objective: The purpose of this experimental research were to compare depression of patient with major depressive disorder before and after receiving the problem solving therapy program; and to compare depression between the patients who received the problem solving therapy program and who received the routine nursing care.

Methods: A sample of 40 patients with major depressive disorder was received treatment at the out patients of Prasrimahabodi Psychiatric Hospital. Matched pair characteristics of gender personal and levels of depression income were randomly assigned into the experimental and the control group. The research instruments were 1) Problem Solving Therapy Program 2) Personal data questionnaire 3) Beck Depression Inventory 4) Problem Solving Inventory. These instruments were tested for content validity by five professional experts. The reliability of Beck Depression

Inventory and Problem Solving Inventory was .75 and .78. Data were analyzed by using mean, standard deviation and t - test.

Results:

1. Depression of the patients with major depressive disorder after receive the problem solving therapy program was statistically significantly less than before at the level of .05.
2. Depression of the patients with major depressive disorder after receive the problem solving therapy program was statistically significantly less than those who received routine nursing care at the level of .05.

Conclusion: Problem Solving Therapy Program can reduce level of depression in patients with mild and moderate major depressive disorder.

Keywords: Problem solving therapy, Depression, Major Depressive Disorder

* วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี กรมสุขภาพจิต

*** Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail srangsiman@yahoo.com

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 40 คน จับคู่ตามลักษณะที่คล้ายกัน ได้แก่ เพศ รายได้ และระดับภาวะซึมเศร้า แล้วสุ่มแยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3)แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 4) แบบสำรวจการแก้ปัญหา ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบสำรวจการแก้ปัญหา เท่ากับ .75 และ .78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการศึกษา:

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาน้อยกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่

ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีสามารถทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลงได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยและปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การบำบัดโดยการแก้ปัญหา ภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า

ความสำคัญของปัญหา

การศึกษาเชิงระบาดวิทยาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความชุกตลอดชีวิต (life time prevalence) คือร้อยละ 13-17 ส่วนใหญ่มีอาการในช่วงอายุระหว่าง 19-44 ปี (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) ส่งผลต่อการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ตามบทบาทในครอบครัวและสังคม จึงมีผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ทำให้คนในครอบครัวเศร้าหมองต้องใช้เวลาในการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า เสียเวลาในการทำงาน ทำให้สูญเสียรายได้ และยังเป็นภาระของครอบครัวเพิ่มขึ้นจากค่ายา และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งส่งผลกระทบต่อสังคมประเทศกระทบต่อองค์กร (ราตรี โชติกพงษ์, 2552)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมองปัญหาและวิธีการแก้ปัญหที่เป็นทางลบ ทำให้ไม่สามารถควบคุมความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตัวเองได้จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การศึกษาพบว่าการแก้ปัญหของผู้ใหญ่อายุ 17 ปีขึ้นไป สามารถ

ทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 10 (Dixon, 2000) ความสามารถในการแก้ปัญหาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (D'Zurilla, & Maydeu - Olivares, 1995) เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ ความเครียด และไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มองเห็นปัญหาเป็นภาพรวม ไม่สามารถมองเห็นปัญหาเป็นส่วนๆ หรือพิจารณาว่าปัญหาใดเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไขเป็นอันดับแรก ไม่สามารถใช้กระบวนการความคิดในการไตร่ตรองถึงผลดีและผลเสียของแนวทางในการแก้ปัญหา ทำให้มองไม่เห็นศักยภาพของตน ปฏิเสธและหลีกเลี่ยงปัญหา มองไม่เห็นจุดมุ่งหมายที่แท้จริงในการแก้ปัญหา เมื่อบุคคลขาดทักษะในการจัดการแก้ปัญหาทำให้ปัญหาสะสมมากขึ้นและส่งผลให้บุคคลรู้สึกหมดหวัง รวมถึงรู้สึกว่ามีใครสามารถช่วยเหลือตนเองได้ (helplessness) ทำให้มีโอกาสดึงดูดด้วยโรคซึมเศร้าและมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอื่นๆ นอกจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตจะเป็นสาเหตุสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าครั้งแรกแล้วยังเป็นตัวกระตุ้นให้กลับเป็นซ้ำ (relapse) (กรมสุขภาพจิต, 2554) หากบุคคลมองตนเองไม่มีความสามารถในการแก้ปัญหาทำอะไรด้วยตนเองไม่ได้ ซึ่งเป็นการมองตนเองในด้านลบก็จะทำให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา (Nezu & Perri, 1989) ดังนั้นโรคซึมเศร้าจึงควรได้รับการดูแลและให้การรักษอย่างจริงจัง การขาดทักษะในการแก้ปัญหา มีการแก้ปัญหาไม่เหมาะสม ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข ส่งผลให้เกิดอาการของภาวะซึมเศร้าโดยผู้ป่วยจะแสดงออกมาทางด้านอารมณ์

ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรมตามมา ทำให้ผู้ป่วยมองตัวเองด้านลบ ขาดการเห็นคุณค่าในตัวเองอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าและถ่วงแรงและไม่ได้รับการแก้ไขอาจนำมาซึ่งการฆ่าตัวตาย การแก้ปัญหามุ่งการปรับการรับรู้ต่อสถานการณ์ปัญหาที่ดีขึ้นตามความเป็นจริง ปรับลดอารมณ์ที่กดดัน เกิดการปรับศักยภาพในการแก้ปัญหาจากการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาต่างๆ ไป และวิธีการควบคุมตนเอง ดังนั้นการบำบัดโดยการแก้ปัญหาจึงจำเป็นที่จะทำให้บุคคลมีความคิดทางบวกต่อปัญหา รับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง มีทักษะในการใช้กระบวนการแก้ปัญหา ทำให้มองเห็นสาเหตุของปัญหาและมีทักษะในการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ (D'Zurilla, 1988)

การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (problem solving therapy) เป็นการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบหนึ่ง ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิดและพฤติกรรม โดยมีการศึกษาจากหลายงานที่ทดสอบว่าการบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าและเป็นการบำบัดที่สั้นเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการบำบัดอื่น เช่น การบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 12-20 ครั้ง โดยเฉลี่ยประมาณ 16 ครั้งและการบำบัดแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที อีกทั้งการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมุ่งเน้นไปที่การแก้ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการบำบัดทางความคิดและ

พฤติกรรมจะมุ่งเน้นแก้ไขความคิดที่บิดเบือน และการปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย (พีรพนธ์ ลีอนุญวัชชัย, 2549) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับ การบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือการบำบัด อย่างน้อยสุดที่มีประสิทธิภาพประมาณ 4-6 ครั้ง และใช้ระยะเวลาในการบำบัดแต่ละครั้งประมาณ 30 นาที อีกทั้งมีจุดเน้นอยู่ที่ปัจจุบันมากกว่าที่จะ มองย้อนไปในอดีต (Wallis, 2000) และรูปแบบการ บำบัดนี้มีพื้นฐานจากรูปแบบการใช้เหตุผลหรือ การแก้ปัญหาคือความเครียดและส่งเสริมความผาสุก ของชีวิต และเป็นการบำบัดที่ต้องร่วมมือกันทั้ง ผู้ป่วยนอกและผู้บำบัด โดยเน้นบทบาทของผู้ป่วย เป็นหลักในเรื่องของการวางแผนและรูปแบบของ การรักษาและวิธีการบำบัด อีกทั้งยังมีการบำบัด ที่แน่นอน สั้น กระชับ ไม่ซับซ้อน (Gellis & Kenaley, 2008; Dowrick et al., 2000) โดยให้บุคคล สามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่ทำให้ เกิดความเครียดและช่วยให้บุคคลมีความคิด ความเชื่อต่อปัญหาในด้านบวก ก็จะนำมาซึ่ง รูปแบบของการแก้ปัญหามาในทางที่สร้างสรรค์และ เป็นเหตุเป็นผลกัน ทำให้มีความสามารถในการ จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ทักษะในการจัดการกับ ปัญหาอย่างหลากหลายและเน้นให้ผู้ผู้ป่วยสามารถ ที่จะพัฒนาทักษะใหม่ในการเลือกจัดการกับปัญหา

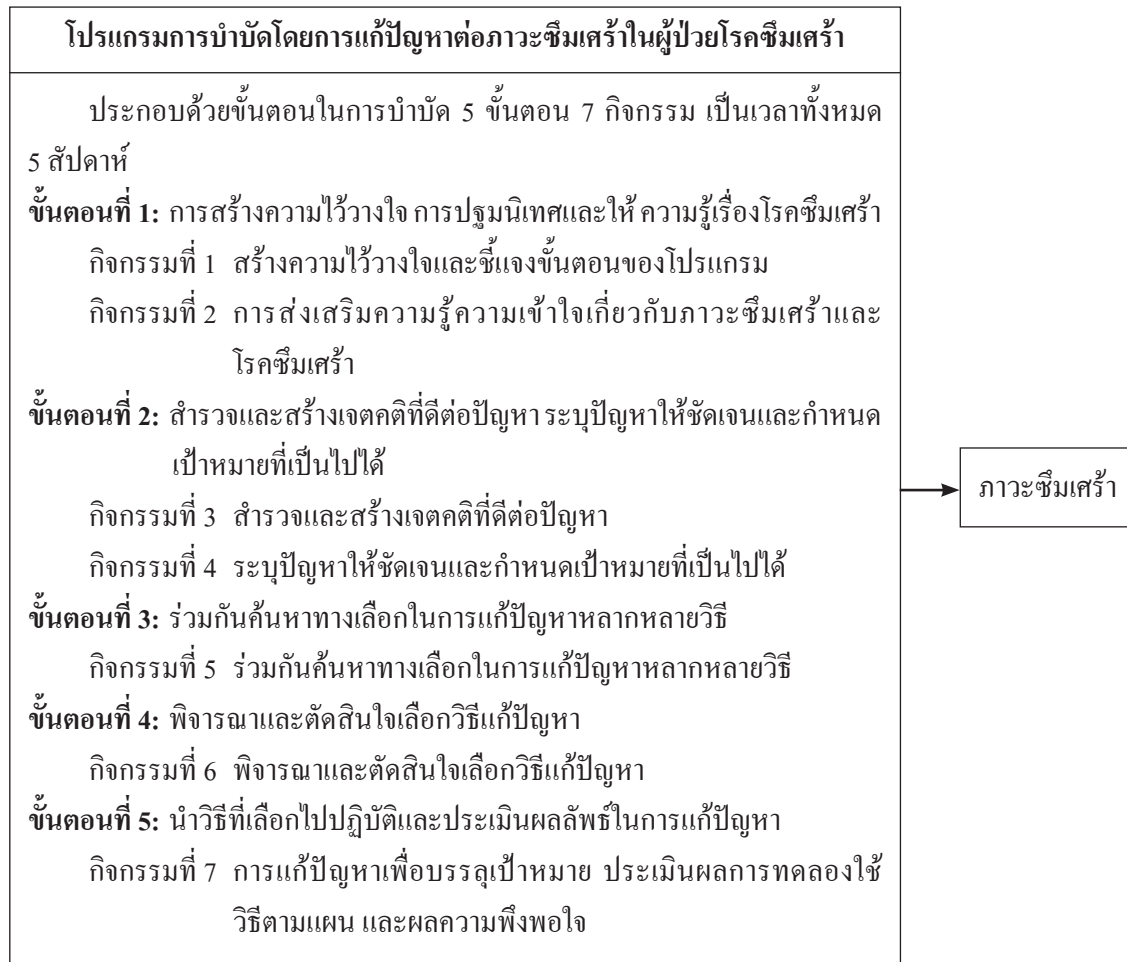
ที่สำคัญได้ (Nezu & D’Zurilla, 2002) รวมถึงการ ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับ ปัญหาที่เกิดขึ้นในอนาคตได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย โรคซึมเศร้าระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม การบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือความเครียด
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าใน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม การบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือความเครียด ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้แนวคิดของ D’Zurilla & Nezu (2007) ซึ่งเป็นการบำบัดที่กระชับและ ใช้เวลาในระยะสั้น ขั้นตอนการบำบัดประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิด D’Zurilla & Nezu (2007) และได้มีการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการบำบัดของ ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา และปณยาภา คำบุญเรือง (2550) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดโดยการ แก้ปัญหาคือความเครียดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งกำหนดเป็นกรอบการวิจัยได้ดังนี้



แผนภาพ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest Control group design)

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ตามคู่มือการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชของรัฐ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย

เป็นโรคซึมเศร้า ตามคู่มือการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงระหว่างวันที่ 5 มกราคม 2558 - 6 กุมภาพันธ์ 2558 จำนวน 40 คน โดยได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุระหว่าง 20 - 59 ปี เพศหญิงและชาย 2) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง (10-29 คะแนน) ประเมินโดย

แบบวัดภาวะซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย (Beck Depression Inventory 1A) 3) อ่านออกเขียนได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) มีประวัติโรคทางสมอง เกี่ยวกับการทำหน้าที่รู้คิดผิดปกติและ 2) ไม่สามารถ เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดอย่างต่อเนื่อง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามหลักการ วิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยนำการศึกษาของ ปุณยาภา คำบุญเรือง (2552) มาร่วมกำหนดให้มี อำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 16 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เป็น กลุ่มละ 20 คน รวมเป็น 40 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทำโดยประสานกับ พยาบาลวิชาชีพที่แผนกผู้ป่วยนอกให้คัดเลือก ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างได้จำนวน 58 คน หลังจากนั้นทำการจับคู่ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คู่ ตามลักษณะที่คล้ายกัน ได้แก่ เพศ (Beck, 1967) รายได้ (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533) ระดับภาวะซึมเศร้า ส่วนคนที่ไม่มีคู่จำนวน 18 คน ผู้วิจัยได้โทรศัพท์ไปแจ้งและให้ความรู้เรื่อง โรคซึมเศร้า หลังจากนั้น ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แต่ละคู่โดยการจับฉลาก เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบและเข้าใจ ในกระบวนการ การดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอน และแจ้งให้ทราบว่าสามารถตอบหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างอิสระ โดยไม่มี ผลกระทบต่อการมารับบริการรักษาพยาบาล แต่อย่างใด การตอบคำถามและข้อมูลทุกอย่าง

เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยต่อผู้ไม่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างก่อน เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วม กิจกรรมวิจัยได้ตลอดเวลาถ้าต้องการในระหว่าง การดำเนินการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า จากนั้นให้ลงนามในเอกสารยินยอม โดยสามารถ ตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยได้อย่าง อิสระ การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรม วิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัด อุบลราชธานี ในวันที่ 29 ธันวาคม 2557

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทุกชุดปรึกษาอาจารย์ ที่ปรึกษาเพื่อตรวจทานแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่ม ตัวอย่างแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ จิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นจิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็น เป็นระดับ 1-4 คะแนน สอดคล้องมากเป็น 4 คะแนน สอดคล้องค่อนข้างมากเป็น 3 คะแนน สอดคล้อง น้อยเป็น 2 คะแนน และไม่สอดคล้องเป็น 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเติมลงใน ช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ เครื่องมือที่ใช้ในการ วิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ดังนี้

1. โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญห
ได้แก่

1.1 เอกสารชุดการบำบัดโดยการแก้ปัญหจำนวน 7 กิจกรรม โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ D’Zurilla & Nezu (2007) และพัฒนารูปแบบโปรแกรมการบำบัดของคาราวรรณ ต๊ะปันตาและปณยาภา คำบุญเรือง (2552) เป็นโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประกอบไปด้วย 7 กิจกรรม จำนวน 5 ขั้นตอน ระยะเวลาของโปรแกรมทั้งหมด 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 6 คน พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเข้าใจในกิจกรรมดี สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามระยะเวลาที่กำหนดตามใบงานและเข้าใจในใบความรู้ที่วางแผนไว้ได้ โดยไม่ได้มีการปรับแก้เนื้อหาหรือวิธีการแต่อย่างใด

1.2 คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นเอกสารประกอบชุดโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญห ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเพื่อมอบให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านำไปศึกษาความรู้ เรื่องสาเหตุการเกิดอาการและอาการแสดง แนวทางการบำบัดรักษา แหล่งช่วยเหลือทางสังคม การปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้านที่เหมาะสมและรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญห ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 6 คน พบว่าผู้ป่วยโรค

ซึมเศร้ามีความเข้าใจในกิจกรรมดี สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามระยะเวลาที่กำหนดตามใบงานและเข้าใจในใบความรู้ที่วางแผนไว้ได้ โดยไม่ได้มีการปรับแก้เนื้อหาหรือวิธีการแต่อย่างใด

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยและโรคประจำตัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) แปลเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ โดยการประเมินค่าคะแนนในแบบประเมิน มี 4 ตัวเลือก ซึ่งในข้อคำถามแต่ละข้อมีการให้คะแนนคำตอบในแต่ละข้อนั้นเป็น 0 1 2 และ 3 ซึ่งค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 63 คะแนน หลังจากนั้นได้มีการแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0-9 หมายถึง มีภาวะอารมณ์ปกติ, คะแนน 10-19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย, คะแนน 20-29 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง, คะแนน 30-63 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง พบว่า มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .97 ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .75

2.3 แบบสำรวจการแก้ปัญหา (Problem

Solving Inventory-PSI) ของ Paul Heppner (1998) แปลโดยเชิรชัย งามทิพย์วัฒนา และคณะ (2543) เครื่องมือ PSI พัฒนามาจากการวัด 5 ขั้นตอน Problem Solving Model ของ D’Zurilla & Goldfried ที่เริ่มต้นนำการฝึกทักษะการแก้ปัญหาใช้ทางคลินิกในระยะแรก (D’Zurilla & Goldfried, 1971) ลักษณะการสำรวจเป็นแบบการประเมินค่า (rating scale) 35 ข้อ จำนวน 6 มาตรการวัด โดยคะแนนในแต่ละมาตร (subscale) ที่ต่ำบ่งถึงความสามารถในส่วนนั้นมากกว่ามาตรที่ได้คะแนนสูง ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง

ภายหลังกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย (pretest) เมื่อผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแล้วจึงดำเนินการตามโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม ตามวัน เวลา สถานที่ที่กำหนด ซึ่งประกอบไปด้วย 7 กิจกรรม 5 ขั้นตอน

ขั้นตอนและครั้งที่ 1 การสร้างความไว้วางใจ การปฐมนิเทศและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า

กิจกรรมที่ 1 สร้างความไว้วางใจและชี้แจงขั้นตอนของการเข้าร่วมแต่ละกิจกรรมของ

โปรแกรมโดยเริ่มสนทนาด้วยเรื่องทั่วไปก่อนเพื่อให้เกิดความผ่อนคลายและสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น แสดงความสนใจและใส่ใจกับสมาชิกในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มชี้แจงข้อตกลงในการทำกิจกรรมร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า ให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค การรักษาของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า

ขั้นตอนและครั้งที่ 2 สำรวจและสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา ระบุปัญหาให้ชัดเจนเป็นจริง และกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้

กิจกรรมที่ 3 สำรวจและสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหาการสำรวจเจตคติของผู้ป่วยที่มีต่อปัญหา และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อแก้ปัญหา พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะการจัดการแก้ปัญหาและเหตุผลประกอบ โดยให้สมาชิกกลุ่มดูให้ความรู้กฎของการคิดที่ทำให้สุขภาพดี ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกเห็นแนวทางในการคิดที่จะสามารถทำให้เกิดการมองทางบวก และให้ความรู้เรื่องการคิดทางบวกและทางลบ

กิจกรรมที่ 4 ระบุปัญหาให้ชัดเจนเป็นจริง และกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้อีกคือ การทำให้ผู้ป่วยสามารถระบุปัญหาอย่างชัดเจนนั้น ผู้บำบัดช่วยค้นหาความจริงที่เกิดขึ้น กำหนดเป้าหมายที่แท้จริงเป็นรูปแบบของปัญหาหรืออารมณ์เป็นหลัก โดยการให้ให้สมาชิกกลุ่มระบุปัญหาตามด้านต่างๆ ที่พบและช่วยยกตัวอย่างปัญหาตามธรรมชาติที่ได้เรียนรู้ร่วมกันและนำปัญหาที่ให้ความหมายใหม่มาร่วมกันตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความเป็นจริงและมีความเป็น

ไปได้ของความสำเร็จของเป้าหมาย

ขั้นตอนและครั้งที่ 3 ร่วมกันค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลากหลายวิธี

กิจกรรมที่ 5 ร่วมกันค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลากหลายวิธี ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมระดมสมองค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด การได้มาซึ่งวิธีการมีอะไรบ้าง ใช้เทคนิคอย่างไรบ้าง การค้นหาวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายจะช่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมมากที่สุด โดยผู้นำกลุ่มอธิบายถึงหลักการของการสร้างทางเลือกสำหรับการแก้ปัญหาและให้สมาชิกช่วยกันระดมสมองโดยช่วยกันมองหาทางเลือกโดยยกตัวอย่างของสถานการณ์และให้สมาชิกช่วยกันแสดงความคิดเห็นต่อทางเลือกที่เป็นไปได้ต่อสถานการณ์ดังกล่าว

ขั้นตอนและครั้งที่ 4 พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 6 พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา ผู้นำบดช่วยให้ผู้ช่วยคัดเลือกราคาในการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสมออกไป พิจารณา ทบทวนข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธีรวมทั้งผลที่จะตามมา วิเคราะห์ประโยชน์ ผลลัพธ์คุ้มค่าคุ้มทุนหรือไม่อย่างไร ระบุการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาแผนปฏิบัติการจริงในการประเมินการตัดสินใจ ในการแก้ปัญหากับสถานการณ์สมมติ และสรุปว่าจะเลือกหรือไม่เลือกวิธีการแก้ปัญหา ต่อจากนั้นจึงเขียนการพัฒนาแผนวิธีการแก้ปัญหา

ขั้นตอนและครั้งที่ 5 นำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติการแก้ปัญหาและประเมินผลลัพธ์

กิจกรรมที่ 7 นำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติการแก้ปัญหาและประเมินผลลัพธ์ ผู้นำบดประเมินว่าผู้ช่วยมีความพร้อมในการทดลองใช้วิธีการแก้

ปัญหาตามแผนที่วางไว้ให้ผู้ช่วยกลับไปลองใช้วิธีการแก้ปัญหาสังเกตติดตามผลที่เกิดขึ้น ประเมินผลตามความเป็นจริงว่าตรงกับผลที่คาดหมายไว้หรือไม่ ถ้าไม่สำเร็จให้ย้อนกลับไปสำรวจปัญหาใหม่เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมถ้าสำเร็จให้กำลังใจตนเองให้สมาชิกกลุ่มมีโอกาสพูดถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกลุ่มที่ละคน แสดงความยินดีในการเรียนรู้ของกลุ่มให้กำลังใจและกล่าวสวัสดิ์ยุติการเข้าร่วมโปรแกรม หลังจากนั้นนัดกลุ่มตัวอย่างในอีก 1 สัปดาห์เพื่อเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมครั้งแรกที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวเอง แจ้งวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการทำวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย หลังจากได้รับความร่วมมือและยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อเข้าร่วมในการวิจัย แล้วให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้นำมาประเมินในภาพรวม การตอบแบบสอบถามไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงทำการประเมินแบบภาวะซึมเศร้า (pre-test) ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ และอีก 5 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามนัด และขอความร่วมมือในการตอบทำการแบบภาวะซึมเศร้า (post-test) ได้รับการพยาบาลตามปกติ และผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมิน และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.0 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.0 เฉลี่ยอายุ 40.7 ปี, มีสถานภาพสมรสคู่เป็นร้อยละ 45.0, มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45.0,

ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 37.5, มีรายได้ในช่วง 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.0, ระยะเวลาการเจ็บป่วย ≤ 1 ปี และ 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.5 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 60.0 ตามลำดับและมีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 60.0

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาอยู่ในระดับเล็กน้อย (Mean = 18.7) ส่วนหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาอยู่ในระดับปกติ (Mean = 8.9) และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาน้อยกว่าก่อนการทดลอง (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (n = 20)

ภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	ระดับ	df	t	p-value
- ก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา	18.7	4.105	เล็กน้อย	19	13.393	.00
- หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา	8.9	2.971	ปกติ			

3. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาลงอยู่ในระดับเล็กน้อย (Mean = 18.7) ส่วนหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาลงอยู่ในระดับปกติ (Mean = 8.9) กลุ่มที่ได้รับการ

พยาบาลปกติก่อนอยู่ในระดับเล็กน้อย (Mean = 18.5) ส่วนหลังได้รับการพยาบาลปกติอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 20.4) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนการทดลอง

ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ (n = 40)

ภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
- กลุ่มได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา	18.7	4.105	เล็กน้อย	38	.143	.87
- กลุ่มได้รับการพยาบาลปกติ	18.5	4.178	เล็กน้อย			
หลังการทดลอง						
- กลุ่มได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา	8.9	2.971	ปกติ	38	9.960	.01
- กลุ่มได้รับการพยาบาลปกติ	20.40	6.222	ปานกลาง			

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ ที่ตั้งไว้ ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหายังมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=13.393$, $df = 19$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยภาวะ

ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามามีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามารู้สึกเข้าใจในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามมากขึ้นทั้งสาเหตุ อาการ การบำบัดรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามารู้สึกเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเองแล้วนั้น เมื่อเกิดปัญหาเกิดขึ้นผู้ป่วยสามารถนำความรู้ ทักษะและวิธีการที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในครั้งนี้ที่สามารถทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อปัญหา มองปัญหาทางบวก (positive problem oriented) โดยการที่ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมฝึกพูดทาง

บวกกับตนเองเมื่อเกิดปัญหา เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยปรับทัศนคติและมองปัญหาทางบวกได้ และจากการทำกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยได้เขียนมุมมองมองหารูปแบบการแก้ปัญหาของตนเองนั้นก็ เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถจะระบุว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนี้คือปัญหาที่แท้จริงไม่มองผ่านหรือก้าวเลยไปเพราะนั่นบ่งบอกว่าปัญหายังคงอยู่ เมื่อผู้ป่วยสามารถระบุปัญหาได้แล้วนั้นก็ ต้องมีเป้าหมายในการที่จะแก้ปัญหานี้ให้สำเร็จ ล่วงไปได้ตามวิธีการที่เคยได้รับการบำบัดและฝึกปฏิบัติในการบำบัดที่ผ่านมา มีกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความมั่นใจว่าตนเองจะสามารถแก้ปัญหาได้อย่างแน่นอน หลังจาก que ผู้ป่วยได้รับทราบถึงการสร้างทางเลือกที่หลากหลายวิธีให้ได้มากที่สุดแล้วนั้นจากการฝึกสร้างทางเลือกระหว่างการบำบัดนั้น พบว่าผู้ป่วยสามารถสร้างทางเลือกทั้งด้านบวก (positive) จากการปรับทัศนคติ (attitude) ที่ดีต่อปัญหา หลังจากได้รับทราบแนวคิดและแนวเหตุผลในการตัดสินใจเลือกทางเลือกตามกิจกรรมใบความรู้ ผู้ป่วยสามารถที่จะเลือกทางเลือกที่เหมาะสม สมเหตุผล ผลสามารถลงมือปฏิบัติได้จริงและผลกระทบต่อตัวเอง สังคม และสิ่งแวดล้อมน้อยที่สุดแล้วนั้น ผู้ป่วยจึงได้ลงแสดงบทบาทสมมติเพื่อให้ได้ทราบถึงสถานการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นจริงและเป็นได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะนำวิธีการจากการได้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหานี้ไปปฏิบัติจริงได้ ดังนั้นการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีผลลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้ เป็นการบำบัดที่เน้นการฝึกทักษะในการสำรวจ ระบุปัญหาที่แท้จริง พิจารณาทางเลือก ลงมือปฏิบัติและประเมินผลในการแก้ปัญหา และนำไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Choi, Marti, & Conwell, 2015)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหานั้นน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 9.960$, $df = 38$) สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นโปรแกรมที่เน้นการฝึกทักษะในการสำรวจ ระบุปัญหาที่แท้จริง พิจารณาทางเลือก ลงมือปฏิบัติและประเมินผลในการแก้ปัญหามีผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ คือ เพศ (Beck, 1967) และรายได้ (วิจารณ์ วิชยยะ, 2533) แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนั้นผลวิจัยที่พบ จึงสามารถสรุปได้ว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 7 กิจกรรม จำนวน 5 ครั้ง แต่ละกิจกรรมมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหายังส่งผลให้มีรูปแบบแก้ปัญหโดยใช้เหตุผล (Rational Problem Solving, RPS) ที่เหมาะสมขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ (2556) ได้ศึกษาการบำบัดโดยการแก้ปัญหามือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (กลุ่มที่ได้รับ PST มีทักษะการแก้ปัญหามากขึ้น และมีระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับ SP อย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มที่ได้รับ PST มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง และไม่มีผู้ป่วยกลับมาปรึกษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในหลังจาก 6 เดือน ส่วนกลุ่ม SP กลับมาปรึกษาซ้ำร้อยละ 15.8 และยังคงสอดคล้องกับผลการศึกษาของปณยาภา คำบุญเรือง (2552) พบว่าผู้ป่วย

ติดสุราที่ได้รับ PST ภายหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระดับของภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ถึงปานกลาง เมื่อได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแล้วนั้น สามารถนำความรู้ ทักษะและประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ร่วมกันจากการบำบัด ทำให้สามารถมีทักษะทางบวกต่อปัญหา มองเห็นปัญหาเป็นสิ่งที่น่าท้าทาย สร้างทางเลือกที่หลากหลาย พิจารณาทางเลือกได้อย่างสมเหตุสมผล รวมถึงทักษะการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมเมื่อเกิดปัญหาขึ้น และยังได้แนวทางในกรณีที่แก้ปัญหาไม่สำเร็จ ก็สามารถคิดและทบทวนใหม่ตามขั้นตอนของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมการบำบัดไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าที่ลดลงได้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกนั้นมีข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้า โดยจัดเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบการบำบัดรักษาทางจิตสังคมในรูปแบบกลุ่มบำบัด

โดยพยาบาลวิชาชีพ หรือสหวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

1.2 สามารถจัดอบรมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สำหรับผู้บำบัด พยาบาลวิชาชีพ หรือสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านการศึกษา

2.1 เป็นแนวทางจัดการเรียนการสอน การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะคิดต่อการแก้ปัญหา สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม และลดภาวะซึมเศร้า

2.2 ควรจัดเป็นส่วนหนึ่งของโครงการรายวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรมีการวิจัยแบบวัดซ้ำเพื่อศึกษาติดตามผลของการให้โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อเนื่อง เช่น ติดตามผลระยะยาวทุก 1, 3, 6 เดือน ได้ทราบถึงการลดลงของระดับภาวะซึมเศร้า

3.2 ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์รูปแบบของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นรายบุคคลเพื่อประโยชน์ในการนำไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

3.3 เป็นแนวทางในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2554). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2554*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.

ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ. (2553). *แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ*. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

เชียรชัยงามทิพย์วัฒนา สุชีราภัทรายุทธวรรณ์ และมาลัยเฉลิมชัยนุกูล. (2543). ความเครียดและรูปแบบการแก้ปัญหาของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 45(1), 59-69.

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี ครั้งที่ 4*. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

พีรพันธ์ ลีอนุญชวัชชัย. (2549). จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล: ทางเลือกใหม่ของการรักษาโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 51, 117-131.

บุญยาภา คำบุญเรือง. (2552). *ผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตตสุราโรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่*. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มุกดา ศรียงค์. (2522). *แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory IA*

[BDIIA])). กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

รณชัย คงสกนธ์ และคณะ. (2547). *ปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้า (Risk Factors for Depressive Disorder)*. ใน อัจฉรา จรัสสิงห์, การศึกษาทบทวนองค์ความรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคทางจิตเวช: โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท. กรุงเทพฯ: บิยอนด์ พับลิชชิง.

ราตรี โชติกพงษ์. (2552). *การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลโครภพระจังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุนทรี ศรีโกสย และคณะ. (2550). สถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(2), 124-137.

Choi, N. G., Marti, N., & Conwell, Y. (2015). Effect of problem-solving therapy on depressed low-income homebound older adults' death/suicidal ideation and hopelessness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(3), 323-336.

Dixon, A. (2000). Problem-solving approach and depression : Evidence for a recovery model. *Journal of Counseling & Development*, 78(1), 45-50.

Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J. L., Dalgard, O. S., Page, H., Lehtinen, V, et al.

- (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: Multicentre randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 321, 1-5.
- D’Zurilla, T. J. (1988). Problem-solving therapies. In K.S. Debus (Ed.), *Handbook of cognition-behavioral therapies* (pp. 85-135). London: Hutchinson.
- D’Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- D’Zurilla, T. J., & Maydeu-Olivares, A. (1995). Conceptual and methodological issues in social problem-solving assessment. *Behavior Therapy*, 26, 409-432.
- D’Zurilla T. J., & Nezu A. M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention*. New York: Springer Publishing.
- Gellis, D. Z., & Kenaley, B. (2008). Problem solving therapy for depression in adults: systematic reviews. *Social Work Practice*, 18(2), 117-131.
- Nezu, A. M., & D’Zurilla, T. J. (2002). Problem-solving skills training. In G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of stress* (2nd ed.). New York: Elsevier.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research and clinical guideline*. New York: Wiley.
- Wallis, M. (2000). Problem-solving sessions in patients with depression. *American Family Physician*, 36(2), 230-237.