

การพัฒนาและผลของโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า  
ที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

THE DEVELOPMENT AND EFFECT OF THE PROBLEM SOLVING  
THERAPY ON DEPRESSIVE SYMPTOMS FOR MAJOR DEPRESSIVE  
DISORDERS AT PRASRIMAHABHODI PSYCHIATRIC HOSPITAL

พันธทิพย์ โกศลวัฒน์, พย.ม. (Pantip Kosallavat, RN, M.S.)\*

ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, ปร.ค. (Darawan Thapinta, RN, Ph.D.)\*\*

หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดิ์, พย.ม. (Hathairat Patipatpakdee, RN, M.S.)\*\*\*

จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, พย.บ., รพ.ศ. (Jintana Leejongpermpoon, RN, M.P.A.)\*\*\*\*

**Abstract**

**Objectives:** The aims of this study were to develop and investigate the effects of Problem Solving Therapy program on reducing depressive symptoms and remission of depressed patients in Prasrimahabhodi psychiatric hospital.

**Methods:** This study was a research and development study. The process started with 1) situation analysis, followed by 2) development of the prototype of Problem Solving Therapy (PST) and then 3) investigated the effects of the developed program on 17 Major Depressive Disorder (MDD) patients who did not receive antidepressants. The primary outcome was depressive symptoms assessed by 9 questions of depression assessment (9Q) and Hamilton Rating

Scale for Depression-17 (HRSD-17) at immediately, 1 and 3 month after program completion. Program was implemented at Prasrimahabhodi psychiatric hospital in 1 year. Descriptive statistics and paired t test were used for data analysis.

**Results:** The problem solving therapy consisted of 7 sessions. After the experiment, mean score of depressive symptoms was significantly lower than that before. The mean differences assessed at immediately, 1 and 3 month after program completion by 9Q were 8.23 (95%CI = 6.89-9.57), 8.70 (95%CI = 7.30-10.11), and 8.88 (95%CI = 7.49-10.26), respectively and by HRSD-17 were 8.18 (95%CI = 5.62 - 10.74), 8.53 (95%CI = 6.17-10.29), and 9.42 (95%CI = 7.41-11.53),

\* Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์  
E-mail :pantip1960@hotmail.com

\*\* ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

\*\*\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

respectively. Remission rate assessed at immediately, 1 and 3 month after program completion by 9Q were equal at 88.23% , and by HRSD-17 were 82.35%, 88.23%, and 94.12%, respectively. Patients had reasonable problem solving. After implementation of the program in nursing services at Prasimahabhodi psychiatric hospital, higher remission rate and shorter length of stay of MDD patients were found.

**Conclusion:** Results from this study suggested that problem-solving therapy was effective in reducing depressive symptoms and remission in MDD patient at Prasimahabhodi psychiatric hospital. Therefore, it should be considered as a viable option for the treatment of MDD patients with mild to moderate depression.

**Key words:** Problem solving therapy, Depressive symptoms, Major depressive disorder

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อพัฒนาและทดสอบผลของโปรแกรมการแก้ปัญหาต่อการลดอาการซึมเศร้าและการหายทุเลาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

**วิธีการศึกษา:** เป็นการวิจัยและพัฒนากระบวนการเริ่มจาก 1) การวิเคราะห์สถานการณ์การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาล 2) การพัฒนาต้นแบบโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy : PST) และ 3) การประเมินโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ได้รับยาต้านเศร้าจำนวน

17 คน ผลลัพธ์หลักในการประเมินโปรแกรมคือ อาการซึมเศร้า ซึ่งประเมินด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9Q และ HRSD-17 ก่อนและหลังการบำบัดทันที 1 เดือน และ 3 เดือน จากนั้นนำไปใช้ควบคุมกับยาต้านเศร้า ในระบบบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เป็นเวลา 1 ปี และประเมินผลการนำไปใช้วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ paired t test

**ผลการศึกษา:** โปรแกรมการแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามี 7 ครั้ง พบว่า สามารถทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนน 9Q และ HRSD-17 หลังสิ้นสุดโปรแกรมบำบัดทันที ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน ลดลงจากก่อนบำบัดคือ 9Q = 8.23 (95%CI = 6.89-9.57), 8.70 (95%CI = 7.30-10.11), 8.88 (95%CI = 7.49-10.26) และ HRSD-17 = 8.18 (95%CI = 5.62-10.74), 8.53 (95%CI = 6.17-10.29), 9.42 (95%CI = 7.41-11.53) ตามลำดับ อัตราการหายหลังสิ้นสุดโปรแกรมบำบัดทันที ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน จากคะแนน 9Q เท่ากันคือ 88.23% และจากคะแนน HRSD-17 อัตราการหายเพิ่มขึ้นคือ 82.35%, 88.23% และ 94.12% ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยสามารถปรับมุมมองต่อปัญหาใหม่เป็นการแก้ปัญหามีเหตุมีผลได้ เมื่อนำไปใช้ในระบบบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการแก้ปัญหาคงอยู่กับยาต้านเศร้า มีอัตราการหายทุเลาเพิ่มขึ้นภายใน 8 สัปดาห์ ระยะเวลาการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลสั้นกว่าระยะเวลารับไว้รักษาเฉลี่ยรวมของผู้ป่วยในโรคซึมเศร้าทั้งหมดที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

**สรุป:** โปรแกรมการแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจนหายทุเลาได้ และสามารถนำไปใช้ในระบบบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการบำบัดทางสังคมจิตใจที่มีประสิทธิผลในการรักษาโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

**คำสำคัญ:** การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา อาการซึมเศร้า โรคซึมเศร้า

### ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลกประมาณว่าจะก่อให้เกิดภาวะโรคและความสูญเสียทางสุขภาพสูงเป็นอันดับ 4 ของโลก ในปี ค.ศ. 2020 ความชุกของผู้ป่วยทั่วโลกร้อยละ 5.5 ในประเทศที่มีรายได้สูง และร้อยละ 5.9 ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง (Kessler & Bromet, 2013) ในประเทศไทยพบความชุกร้อยละ 2.7 หรือคาดประมาณว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 1,311,797 คน ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (major depressive episode) และจำนวน 181,809 คน ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง (dysthymia) (Kongsuk et al., 2007)

ทางด้านพยาธิสรีรวิทยาสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความบกพร่องในการจัดการ (executive function) มีการศึกษาพบความผิดปกติในสมองส่วนหน้า frontal subcortical structures ที่ทำหน้าที่ในส่วนความนึกคิด และกระบวนการคิด (cognitive process) เช่น การแก้ปัญห การวางแผนปฏิบัติการต่างๆ

ในการดำเนินชีวิต การจดจำ การควบคุมความคิดของตนเอง (Alexopoulos et al., 2008) ซึ่งส่งผลต่อร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท (neuropathological) ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองลดลง กระทั่งต่อการตอบสนองต่อยาด้านเศร้าในผู้ป่วยบางราย

ดังนั้น การบำบัดรักษาทางจิตสังคมโดยไม่ต้องใช้ยา จึงมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีปัญหาของสมองในการทำหน้าที่ด้านการจัดการโดยการเพิ่มความสามารถในการบริหารจัดการของสมอง ซึ่งการรักษาโดยวิธีการกระตุ้นสมองอาจยังไม่มีผลจำเป็น ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จะสามารถช่วยได้โดยการบำบัดทางสังคมจิตใจ ที่เน้นการทำให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการกับปัญหาที่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า (Alexopoulos et al., 2011) เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะบกพร่องในการแก้ปัญหา ไม่สามารถแก้ไขหรือจัดการปัญหาในชีวิตได้อาจมีผลกระทบต่อผู้ป่วย และครอบครัวมากขึ้นจนทำให้คิดแก้ปัญหาด้วยการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่พบได้มากที่สุดใผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Randall, Walld, Finlayson, Sareen, Martens, & Bolton, 2014) ดังนั้น การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหา (Problem Solving Therapy: PST) จะเป็นการเพิ่มความสามารถของสมองในส่วนการบริหารจัดการปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน (Alexopoulos et al., 2011) โดยช่วยให้ผู้ป่วยปรับมุมมองต่อปัญหา ส่งเสริมทักษะแก้ไขปัญหา มุ่งเน้นแก้ไขปัญหาซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความยุ่งยากในการแก้ไขปัญหาด้านสังคม ทำให้ผู้ป่วยสามารถกำกับตนเองได้ มองปัญหาในทางบวก เลือกทางออกในการแก้ปัญหาด้วย

เหตุผล พัฒนาแผนการที่จะลงมือทำตามวิธีแก้ ปัญหาที่เลือก และประเมินผลการลงมือแก้ปัญหา ที่เลือก (D'Zurilla & Nezu, 2007) PST มีหลักฐาน ทางวิชาการระดับ meta-analysis และ systematic review ทดสอบได้ว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยที่มี อาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางมี อาการลดลงได้จนหายทุเลา (Bell & D'Zurilla, 2009; Cuijpers, Van Straten, & Warmerdam, 2007; Eskin, Ertekin, & Demir, 2008) โดยไม่ ต่างจากการให้ยาและมีความแตกต่างอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติจากการบำบัดแบบประคับประคอง (supportive therapy) (Cuijpers et al., 2007) และ มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้า โดยไม่มี ความแตกต่างกับ Brief Cognitive Behavioral Therapy (Cape, Whittington, Buszewicz, Wallace, & Underwood, 2010) มีจุดเด่นที่เป็นรูปแบบการ บำบัดที่สั้น ใช้ได้ผลในผู้ป่วยซึมเศร้าผู้สูงอายุ ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ มีประสิทธิภาพใน การบำบัดไม่แตกต่างจาก Cognitive Behavioral Therapy (CBT) แต่ใช้เวลาสั้นกว่า เพียง 4-6 ครั้ง (Arean, Hegel, Vannoy, Fan, & Unutzer, 2008) นอกจากนี้ยังสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าและ ป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้ากลุ่มวัยรุ่น ด้วยการบำบัดเพียง 6 ครั้ง ประกอบด้วย 1) การให้ นิยามของปัญหา (definition of problem) 2) การ ตั้งเป้าหมาย (goal setting) 3) การสร้างทางเลือกใน การแก้ไขปัญหา (generating alternative solutions) 4) การตัดสินใจเลือกทางเลือก (decision making) 5) การลงมือดำเนินการตามการแก้ไขปัญหาที่เลือก (solution implementation) และ 6) ประเมินผล และตรวจสอบผล (assessment and verification) (Eskin et al., 2008)

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีหน้าที่หลัก ในด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชและพัฒนา ระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อความ เชี่ยวชาญด้านโรคซึมเศร้า จากรายงานการดำเนินงานของโรงพยาบาลในปี 2554-2556 พบว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาล จำนวน 6,304 ราย 5,721 ราย และ 5,626 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 62.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.5 และ ระดับรุนแรง ร้อยละ 7 สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ เกิดอาการซึมเศร้ามาจาก ความเครียด การจัดการ กับปัญหาไม่ได้ หรือมีปัญหาทางสัมพันธภาพ กับคนอื่น โดยในระบบบริการพยาบาลผู้ป่วย โรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่ ประกอบด้วย การรักษาด้วยยาต้านเศร้า การให้ สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษา การรักษาด้วย ไฟฟ้า และการดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหา ซึ่งยังไม่มีรูปแบบการบำบัดทางสังคมจิตใจที่ เฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากการบริการนี้ ในปี 2556 พบว่า ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับ ไข้รักษาในโรงพยาบาลมีอัตราการหายทุเลา ร้อยละ 75 ส่วนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ ในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 4,826 ราย มีอัตรา การหายทุเลาภายใน 8 สัปดาห์ ร้อยละ 70.45 และ จากการสุ่มสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่อาการไม่ทุเลาจำนวน 20 คน พบว่า อาการยังไม่หายทุเลา เนื่องจากเป็น ผู้ที่มีมุมมองต่อปัญหาและการแก้ไขปัญหาชีวิต ในทางลบ ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ และ ไม่อยากรับประทานยาเนื่องจากเกิดผลข้างเคียง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นคัน อีกทั้ง ไม่สะดวกในการมารับการบำบัดแบบ CBT เนื่องจากใช้เวลานาน มีการบ้านที่ต้องทำ จึงมีการ

drop out จากการเข้ารับการรักษาแบบ CBT

ดังนั้น เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องจัดให้มีโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการแก้ปัญหา สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระดับความรุนแรงของอาการเล็กน้อยถึงปานกลางและมีมุมมองการแก้ไขปัญหามองไปในทางลบ จนทำให้ไม่อยากจัดการกับปัญหา หรือมีความพร่องในการบริหารจัดการกับปัญหาในเชิงบวก อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในประเทศไทยยังมีการศึกษาในเรื่องนี้น้อยมากที่มีจะเป็นการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย ซึ่งมีขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อย และยังไม่มีการศึกษาการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลจิตเวชรวมทั้งไม่มีการดำเนินการเชิงระบบที่ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอกผู้ป่วยในและเชื่อมต่อไปยังการดูแลช่วยเหลือในชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการแก้ปัญหาให้มีความสอดคล้องกับบริบทของการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของคนไทย และระบบบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับตติยภูมิให้ได้ผลด้วยการทดสอบประสิทธิผลว่า สามารถลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและสามารถบำบัดรักษาให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลาได้เร็วขึ้น ที่สำคัญสามารถนำไปขยายผลให้กับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในสถานบริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิได้นำ

ไปให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในพื้นที่ส่งผลให้ความสูญเสียอันเนื่องมาจากโรคซึมเศร้าลดลงไม่เป็นภาระโรคที่สำคัญของคนไทยต่อไปในอนาคต

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหามองไปในทางลบสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
2. เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหามองไปในทางลบต่อการลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มอัตราการหายทุเลาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการแก้ปัญหาของ เดอร์ซุเลอร์ และเนซุ (D’Zurilla & Nezu, 2007) และเนซุ, เนซุ และ คลาร์ก (Nezu, Nezu, & Clark, 2008) โดยเชื่อว่า บุคคลมีการรับรู้ปัญหาทางบวกในการแก้ปัญหา รับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง มีทักษะในการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทำให้มองเห็นสาเหตุของปัญหา สามารถควบคุมอารมณ์ขณะแก้ปัญหา และเข้าใจธรรมชาติของปัญหา จะทำให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และเป็นปัจจัยที่จะส่งผลทำให้อาการซึมเศร้าลดลง แสดงตามภาพ ดังนี้

### โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาลำหรับผู้ป่วย

โรคซึมเศร้า 4 ขั้นตอน

จำนวน 7 ครั้ง ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ทำความเข้าใจความหมายและรูปแบบของ

การแก้ปัญหา

- ครั้งที่ 1 ระยะเริ่มต้นการบำบัด
- ครั้งที่ 2 การทำความเข้าใจกับปัญหา แนวคิดในการแก้ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา

**ขั้นตอนที่ 2** สร้างทางเลือกในการแก้ไข้ปัญหา

- ครั้งที่ 3 ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ตั้งเป้าหมาย สร้างทางเลือกฝึกการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ

**ขั้นตอนที่ 3** มีแนวทางในการตัดสินใจแก้ปัญหา

- ครั้งที่ 4 การฝึกการแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา
- ครั้งที่ 5 การฝึกลงมือแก้ปัญหา
- ครั้งที่ 6 การฝึกลงมือแก้ปัญหา

**ขั้นตอนที่ 4** ได้ข้อสรุปของการแก้ไข้ปัญหา นำไปใช้และ

ตรวจสอบผล

- ครั้งที่ 7 การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล

ลดอาการ  
ซึมเศร้า  
จนหายทุเลา

### แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy: PST) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการวิจัยและพัฒนา

(research and development) ดำเนินการระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2556 – กันยายน 2559 มีการพัฒนาการวิจัยและพัฒนา 9 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่	เดือน/ปี	กิจกรรมการพัฒนา
1	พฤศจิกายน-ธันวาคม 2556 มกราคม 2557	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลและบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ร่วมกับจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช รพ.พระศรีมหาโพธิ์</li> <li>- ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า</li> </ul>
2	กุมภาพันธ์ 2557	ประชุมวางแผนการวิจัยและกำหนดต้นแบบของโปรแกรม (product design) ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์บำบัดและศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา
3	มีนาคม-มิถุนายน 2557	จัดทำร่างต้นแบบเบื้องต้น (prototype) ของการบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา (Problem Solving Therapy: PST) เพื่อนำมาทดลองใช้ (trial) กับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า นำ PST มาอบรมให้แก่พยาบาลจิตเวชโดยจัดอบรม 3 ระยะ เพื่อฝึกปฏิบัติจนผ่านการบำบัดตามมาตรฐาน มีการวิเคราะห์ ค่าความเชื่อถือได้ภายในของผู้บำบัด intra-rater reliability แสดงเป็นค่า ICC ของผู้บำบัดทั้ง 11 คน = 0.88 (95%CI=0.57-0.97) โดยมีพยาบาลผู้ผ่านเกณฑ์จากผู้เชี่ยวชาญและสมัครใจเป็นนักวิจัยผู้บำบัด PST จำนวน 11 คน
4	กรกฎาคม 2557-มกราคม 2558	ทำการทดสอบต้นแบบเบื้องต้น (preliminary test) เพื่อประเมินความเป็นไปได้แล้วปรับปรุงเบื้องต้น โดยทดสอบกับผู้ป่วย 10 ราย เพื่อประเมิน response rate และการลดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า
5	กุมภาพันธ์ 2558	ประชุมปรับปรุงเบื้องต้น (initial product revision) กับผู้เชี่ยวชาญเพื่อวิเคราะห์ข้อจำกัด ข้อควรปรับปรุงและวางแผนการทดสอบ
6	กุมภาพันธ์-กรกฎาคม 2558	ทำการวิจัยเชิงทดลองออกแบบการวิจัย One group Experimental Designs (single blind trial) เพื่อประเมินผลของการบำบัดด้วย PST ต่ออาการของโรคซึมเศร้า จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 17 คน

ขั้นตอนที่	เดือน/ปี	กิจกรรมการพัฒนา
7	สิงหาคม-กันยายน 2559	ประเมินผล สรุปผลแล้ว นำไปใช้ในระบบบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดย กำหนดให้บำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในรายที่มีอาการเล็กน้อย ถึงปานกลางร่วมกับการใช้ยาต้านเศร้า
8	ตุลาคม 2559-กันยายน 2560	ประเมินผลและนำไปใช้ในการดำเนินงานระบบบริการปกติ ของโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2559
9	ปีงบประมาณ 2560	มีแผนการปรับปรุงคุณภาพในปี 2560

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม

1. กลุ่มที่ใช้ทดสอบต้นแบบโปรแกรมครั้งที่ 1 ในขั้นตอนที่ 4 จำนวน 10 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบ โปรแกรมครั้งที่ 2 ในขั้นตอนที่ 6 จำนวน 17 คน

**คุณสมบัติในการคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม (inclusion criteria)**

1. เป็นผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า และมารับบริการที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

2. มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จากการประเมินด้วยเครื่องมือประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และ Hamilton Rating Scale for Depression-17 (HRSD-17)

3. ไม่มีภาวะบกพร่องทางสมองจากการประเมินด้วย MMSE

4. สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ

5. ให้ความร่วมมือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

**คุณสมบัติในการคัดออกของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม (exclusion criteria)**

1. มีโรคร่วม (comorbidity) เช่น Schizophrenia, Bipolar, Anxiety, Substance, Dependence, Dementia

2. มีความรุนแรงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประเมินด้วย 8Q > 17

3. ป่วยเป็นโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาหรือการตอบสนองต่อการรักษา เช่น Stroke

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เลขที่ สธ.0811/3664 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2557 อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการครั้งนี้ได้รับการอธิบายให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการ วิธีการเข้าร่วมโครงการ รายละเอียดขั้นตอนระยะเวลา และกิจกรรมที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการ ประโยชน์ที่จะได้รับความไม่สุขสบายหรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากการวิจัยและวิธีการป้องกันแก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นการขอความยินยอมจากอาสาสมัครเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งอาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอด

เวลาโดยจะไม่มีผลเสียใดๆเกิดขึ้น รวมทั้งการรักษา  
ความลับของข้อมูลการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ยาที่รับประทานประจำ เป็นต้น

2. แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai,2002) ใช้เป็นเครื่องมือคัดเข้างานวิจัย พัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ(2544) มีความเที่ยง 0.93 (Train The Brain Forum Committee, 1994)

3. แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ใช้เป็นเครื่องมือคัดเข้าและประเมิน pre-post test และ follow up การวิจัยพัฒนาขึ้นโดยธรณินทร์ กองสุข และคณะ (Kongsuk et al., 2006) คำถาม 9 ข้อ แบ่งเป็น 4 ระดับความรุนแรง คือ 9Q score<7=normal, remission,7-12=mild, 13-18=moderate,  $\geq 19$ =severe ค่า Cronbach's Alpha=0.821 ค่าความไว ค่าความจำเพาะ และค่า Likelihood Ratio ร้อยละ 85, 72 และ 3.04 (95%CI=2.16-4.26) ตามลำดับ

4. แบบประเมินอาการซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression-17 (HRSD-17) ใช้เป็นเครื่องมือคัดเข้าและประเมิน pre-post test และ follow up พัฒนาโดยมาโนช หล่อตระกูล และคณะ (Lotrakul, Sukanich, & Sukying, 1996) ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า มีค่า reliability coefficient (alpha) = 0.738, correlation coefficient = -.824 (P<.0001) มีความแม่นยำ ความสอดคล้องภายใน = 0.87 แบ่งเป็น 5 ระดับความรุนแรง คือ 0-7 คะแนน หมายถึง ระดับปกติ หรือมีอาการน้อยมาก, 8-12 คะแนน หมายถึง

อาการซึมเศร้าระดับน้อย, 13-17 คะแนน หมายถึง อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง, 18-29 คะแนน หมายถึงอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงและ  $\geq 30$  คะแนน หมายถึงมีอาการมากกว่าระดับรุนแรง และมีอาการทางจิตร่วมด้วย ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือประเมินอาการซึมเศร้าทั้งสองเครื่องมือ เนื่องจากเครื่องมือ 9Q เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในบริบทของคนไทยและใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของไทย แต่เครื่องมือ HRSD-17 เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในระดับสากลเพื่อเป็นการยืนยันว่าการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหามีผลลดอาการซึมเศร้าได้ โดยใช้การประเมินทั้งเครื่องมือในบริบทคนไทยและเครื่องมือในระดับสากล

5. โปรแกรมการแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นเครื่องมือที่พัฒนาในขั้นตอนที่ 1-5 ของวิจัยและพัฒนา โดยพัฒนามาจากแนวคิดการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาของ เดอร์ซูลเอร์ และเนซุ (D'Zurilla & Nezu, 2007) และเนซุ, เนซุ และคลาร์ก (Nezu, Nezu, & Clark, 2008) การพัฒนามี 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ต้นแบบนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง จำนวน 10 คน ที่มารับบริการในงานบริการผู้ป่วยนอก ปรับปรุงเนื้อหาในขั้นตอนการบำบัดให้มีความชัดเจนและปรับเป็นร่างโปรแกรม ครั้งที่ 2 เพื่อนำมาทดสอบผลในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลางที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาลำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 4 ขั้นตอน จำนวน 7 ครั้ง ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ทำความเข้าใจความหมายและรูปแบบของการแก้ปัญหา

- ครั้งที่ 1 ระยะเริ่มต้นการบำบัด
- ครั้งที่ 2 การทำความเข้าใจกับปัญหาแนวคิดในการแก้ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา

**ขั้นตอนที่ 2** สร้างทางเลือกในการแก้ไข้ปัญหา

- ครั้งที่ 3 ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาตั้งเป้าหมาย สร้างทางเลือกฝึกการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ

**ขั้นตอนที่ 3** มีแนวทางในการตัดสินใจแก้ปัญหา

- ครั้งที่ 4 การฝึกการแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา
- ครั้งที่ 5 การฝึกลงมือแก้ปัญหา
- ครั้งที่ 6 การฝึกลงมือแก้ปัญหา

**ขั้นตอนที่ 4** ได้ข้อสรุปของการแก้ไข้ปัญหามาไปใช้และตรวจสอบผล

- ครั้งที่ 7 การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ผลใช้หลักการของ intention to treat analysis ด้วยวิธี Last Observation Carried Forward (LOCF) คือ การใช้ข้อมูลจากที่วัดได้ครั้งสุดท้ายก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะออกไปจากการทดลอง มาเป็นผลลัพธ์ของกลุ่มตัวอย่างในครั้งถัดไปซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีการ drop out ในระหว่างการติดตามประเมินผล 3 เดือน 1 คนในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 17 คนคิดเป็น 5.88%

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยายโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ คะแนน

เฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าซึ่งวัดผลด้วยเครื่องมือ 9Q ก่อนและหลังการบำบัด โดยผลการบำบัด จำนวน 3 ครั้ง คือ 1) หลังการบำบัดตามโปรแกรมทันที 2) หลังการบำบัด 1 เดือน 3) หลังการบำบัด 3 เดือน โดยใช้สถิติ paired t – test และคำนวณ 95% CI

3. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าซึ่งวัดผลด้วยเครื่องมือ HRSD-17 ก่อนและหลังการบำบัด โดยผลการบำบัด จำนวน 3 ครั้ง คือ 1) หลังการบำบัดตามโปรแกรมทันที 2) หลังการบำบัด 1 เดือน 3) หลังการบำบัด 3 เดือน โดยใช้สถิติ paired t – test และคำนวณ 95% CI

4. วิเคราะห์อัตราการหายจากอาการซึมเศร้าซึ่งวัดผลด้วยเครื่องมือ 9Q ค่าคะแนน <7 และ HRSD-17 ที่ค่าคะแนน <8 ก่อนและหลังการบำบัด 3 ครั้ง คือ 1) หลังการบำบัดตามโปรแกรมทันที 2) หลังการบำบัด 1 เดือน 3) หลังการบำบัด 3 เดือน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา อัตราส่วน ร้อยละ

### ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมการแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

**การพัฒนาครั้งที่ 1** ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน บำบัด 7 ครั้ง ครั้งละ 45 -120 นาที ห่างกันครั้งละ 1-4 วัน ดังนี้

■ ขั้นตอนที่ 1 ทำความเข้าใจความหมายและรูปแบบของการแก้ปัญหา

ครั้งที่ 1 ระยะเริ่มต้นการบำบัด

ครั้งที่ 2 การทำความเข้าใจกับปัญหา

แนวคิดในการแก้ปัญหาและ วิธีการแก้ปัญหา

■ ขั้นตอนที่ 2 สร้างทางเลือกในการ

แก้ไข้ปัญหา

ครั้งที่ 3 ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ฝึกตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความ เป็นจริงและฝึกสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาฝึกการแก้ปัญหาและฝึกการตัดสินใจ

■ ขั้นตอนที่ 3 มีแนวทางในการตัดสินใจแก้ปัญหา

ครั้งที่ 4 การฝึกการแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา

ครั้งที่ 5 การฝึกลงมือแก้ปัญหา

ครั้งที่ 6 การฝึกลงมือแก้ปัญหา

■ ขั้นตอนที่ 4 ได้ข้อสรุปของการแก้ไข้ปัญหานำไปใช้และตรวจสอบผลการแก้ไข้ปัญหาครั้งที่ 7 การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล

ในการพัฒนาได้มีการนำ PST ไปอบรมพยาบาลและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง จำนวน 10 คน ที่มารับบริการในงานบริการผู้ป่วยนอก ได้รับการบำบัดครบตามโปรแกรม 7 ครั้ง และติดตามประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที 1 เดือน 3 เดือน

จำนวน 10 คน ทุกคนมีค่าคะแนน 9Q และ HRSD-17 ลดลง  $\geq$  ร้อยละ 50 จากเดิมเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดทันที โดยพบว่า 9 คน ตลอดระยะติดตาม 1 เดือน 3 เดือน ไม่มีอาการซึมเศร้าและไม่มีการกลับเป็นซ้ำ (relapse) มี 1 คน ที่กลับเป็นซ้ำ เมื่อติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรมระยะติดตาม 1 เดือน เนื่องจากสามีเสียชีวิตในช่วงนั้น

**การพัฒนาครั้งที่ 2** เป็นการปรับปรุงหลังจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้บำบัด PST ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ ได้มีการปรับเทคนิคและอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนทนาเพื่อการบำบัดให้มีความชัดเจนง่ายต่อการทำความเข้าใจของผู้ป่วยมากขึ้นภายใต้กรอบแนวคิด ขั้นตอนและจำนวนครั้งแบบเดิม

## 2. ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 17 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 12 คน (ร้อยละ 70.6) อายุเฉลี่ย 40 ปี ( $\bar{X} = 40$ ,  $SD = 13.17$ ) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ โสด 12 คน (ร้อยละ 70.6) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้นและปริญญาตรีหรือมากกว่า ร้อยละ 23.5 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไป (n=17)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง (n=17)		
	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ	- ชาย	5	29.4
	- หญิง	12	70.6
สถานะภาพสมรส	- โสด	12	70.6
	- สมรส	4	23.5
	- หม้าย	1	5.9

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง (n=17)		
	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา	- ไม่ได้เรียน	1	5.9
	- ประถมศึกษาตอนต้น	4	23.5
	- ประถมศึกษาตอนปลาย	2	11.7
	- มัธยมศึกษาตอนต้น	1	5.9
	- มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	17.8
	- อาชีวศึกษา	2	11.7
	-ปริญญาตรีหรือมากกว่า	4	23.5
	โรคประจำตัว	- เบาหวาน	1
- ความดันโลหิตสูง		1	5.9
- ภาวะอาหาร		1	5.9
- ไม่มี		14	82.3
กลุ่มยาที่รับประทานประจำที่สามารถทำให้เกิดอาการซึมเศร้า	- Benzodiazepine	10	58.8
	- Cyproheptadine	1	5.9
	- ไม่ได้รับ	6	35.3
ระดับความรุนแรงอาการซึมเศร้า	- ระดับเล็กน้อย	12	70.59
	- ระดับปานกลาง	5	29.41

3. ผลการบำบัดต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าเมื่อประเมินด้วยเครื่องมือ 9Q และ HRSD-17 และจากการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัด พบว่า หลังได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรม PST แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2 และ 3)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าด้วย 9Q ก่อนการทดลอง เปรียบเทียบกับหลังการทดลองทันที, 1 เดือน และ 3 เดือน ใช้ intention to treat sample

คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าประเมินด้วย 9Q	Mean ก่อน	Mean หลัง	Mean difference	Std. Deviation	Std. Error	95%CI	P-Value
ก่อนและหลังทันที	11.58	3.35	8.23	2.61	.63	6.89-9.57	.00
ก่อนและหลัง 1 เดือน	11.58	2.88	8.70	2.69	.65	10.11-13.13	.00
ก่อนและหลัง 3 เดือน	11.58	2.70	8.88	2.68	.65	7.49-10.26	.00

**ตารางที่ 3** ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าด้วยHRSD-17ก่อนการทดลองเปรียบเทียบกับหลังการทดลองทันที, 1 เดือน และ 3 เดือน ใช้ intention to treat sample

คะแนนเฉลี่ยอาการ ซึมเศร้าประเมินด้วย 9Q	Mean ก่อน	Mean หลัง	Mean difference	Std. Deviation	Std. Error	95%CI	P-Value
ก่อนและหลังทันที	14.11	5.94	8.18	4.97	.121	5.61-10.73	.00
ก่อนและหลัง 1 เดือน	14.11	5.88	8.53	4.32	1.05	6.30-10.75	.00
ก่อนและหลัง 3 เดือน	14.11	4.64	9.42	4.01	.97	7.41-11.53	.00

#### 4. ผลการหายทุเลาและจำนวนวันนอน หลังการนำไปใช้ในระบบบริการ

อัตราการหายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อประเมินจากคะแนน 9Q หลังสิ้นสุดโปรแกรมบำบัด ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน เป็นจำนวนที่เท่ากันทุกรอบคือ ร้อยละ 88.23 ส่วนอัตราการหายจากคะแนน HRSD-17 เท่ากับร้อยละ 82.35, 88.23, และ 94.12 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังไม่พบการ drop out ในระหว่างการบำบัดทั้ง 7 ครั้ง แต่มีการ drop out ในระหว่างการติดตามประเมินผล 3 เดือน 1 คน ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 17 คน

ในส่วนบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า หลังการทดลองนำระบบการบำบัดผู้ป่วยด้วยการแก้ไข้ปัญหาไปทดลองใช้ในระบบบริการของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เนื่องจากในบริบทของสถานบริการระดับตติยภูมิผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งต้องใช้ยาต้านเศร้าในการรักษาร่วมด้วยทำให้มีอาการซึมเศร้าถึงลดลงมากขึ้นหลังการนำ PST ไปใช้ในระบบบริการทำให้มีการดำเนินงานเชิงระบบในส่วนของการการพยาบาลที่บำบัดด้านสังคมจิตใจที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นโดย

พยาบาลสามารถตัดสินใจให้การบำบัดทางการพยาบาลโดยแสดงถึงความเป็นเอกสิทธิ์ในวิชาชีพได้เกิดความมั่นใจในผลการบำบัดว่าจะสามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ ซึ่งจากผลการทดลองใช้ในระบบมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 15 คนที่ได้รับการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการแก้ไข้ปัญหาที่คลินิกโรคซึมเศร้าและมีอัตราการหายทุเลาใน 8 สัปดาห์ ร้อยละ 100 ซึ่งสูงกว่าอัตราการหายทุเลาภายใน 8 สัปดาห์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการภาพรวมในปีงบประมาณ 2559 คือ ร้อยละ 72.25 ในส่วนบริการผู้ป่วยใน มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 17 คน จากทั้งหมด 79 คน ที่ได้รับการบำบัดแบบ PST ควบคู่กับการได้รับยาต้านเศร้า พบว่า มีอัตราการหายทุเลา ร้อยละ 100 ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 13.55 วัน ซึ่งสั้นกว่าวันนอนเฉลี่ยรวมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมดที่รับไว้รักษาซึ่งมีจำนวน 18.52 วัน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** แสดงอัตราการหายทุเลาของผู้ป่วยนอกและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในหลังการนำไปใช้ในระบบบริการของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน	
อัตราการหายทุเลาในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัด PST	อัตราการหายทุเลาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด	จำนวนวันนอนเฉลี่ยในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัด PST	จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยซึมเศร้าทั้งหมด
100	72.25	13.55 วัน	18.52 วัน

**การอภิปรายผลการวิจัย**

จากผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ผลในการลดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ในกลุ่มที่ศึกษา หายจากโรคซึมเศร้าได้ ตลอดระยะ 3 เดือนหลังการบำบัด สอดคล้องกับผลการศึกษาทั้งแบบ meta-analysis และ RCT ที่มีผู้ศึกษาไว้ในต่างประเทศ (Bell & D'Zurilla, 2009; Cuijpers et al., 2007) พยาบาลจึงสามารถนำไปใช้ในการบำบัดทางการพยาบาลได้โดยเอกลักษณ์ของวิชาชีพ ทั้งในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยใช้ได้ทั้งบำบัดโดย PST อย่างเดียว หรือใช้ควบคู่กับการใช้ยาต้านเศร้า ซึ่งมีผลชัดเจนว่านอกจากสามารถลดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า จนหายทุเลาแล้วยังช่วยให้ลดระยะเวลาการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษา systematic review ว่าการใช้ PST ร่วมกับยาต้านเศร้าจะเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น (Gellis & Kenaley, 2007) ประเด็นสำคัญอีกประการที่พบในการศึกษานี้คือ การบำบัดแบบ PST ไม่มีการ drop out ในระหว่างการบำบัดจนถึงสิ้นสุดโปรแกรม อาจ

เนื่องจากมีระยะเวลาที่สั้น มุ่งเน้นการแก้ปัญหาเฉพาะเรื่องกับผู้ป่วยในขณะนั้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และเห็นผลชัดเจน ผู้ป่วยจึงให้ความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษา meta-analysis ที่พบว่าถึงแม้ประสิทธิภาพของจิตบำบัดที่ไม่แตกต่างกันในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระดับ เล็กน้อยถึงปานกลาง ระหว่าง CBT interpersonal therapy และ PST แต่อัตราการ drop out ของ CBT สูงกว่าการบำบัดชนิดอื่น (Cuijpers et al., 2007) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา มีวิธีการแก้ปัญหาในชีวิตที่มีเหตุผลมากขึ้น เปลี่ยนมุมมองและวิธีการแก้ปัญหาจากแบบเดิมที่มองว่าปัญหาของตนแก้ไขไม่ได้ หรือใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหา มาเป็นการมองว่าปัญหาแก้ไขได้และเผชิญหน้ากับปัญหาไม่หลีกเลี่ยง ใช้วิธีการสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มตัวอย่าง

“เมื่อก่อนคิดว่าปัญหามันหนัก แก้ไม่ได้ ก็รอเวลา ไม่ได้ทำอะไร รอคนอื่นมาช่วย ขอความช่วยเหลือจากคนอื่น” พอพยาบาลมาพาคิด ได้คุยด้วยก็เห็นว่าปัญหามันต้องมีทางแก้ เลิกคิดไม่ได้ ก็คิดใหม่ คิดบวกไว้ได้คิดวิธีแก้ปัญหาหลายๆ วิธี ได้เห็นข้อดี ข้อเสียของแต่ละวิธี ทำให้เห็นทางออก

ไม่ต้องรอหรือให้คนอื่นมาช่วย ปัญหาของเราต้องช่วยตัวเองก่อน” ID 02(36 ปี)...

“ช่วงที่มีปัญหากับสามีมองปัญหาว่ามันแก้ยาก แก้ไม่ได้หรือ ก็ไม่มองหน้า ไม่คุยด้วย เดี๋ยวนี้เวลาสามีจะคุยด้วย คู่สามีเพราะไม่พอใจ เขา พอมานับถึวิธีกรที่จะลองแก้ปัญห ำได้ ลองควบคุมอารมณ์ตนเอง เวลาเครียดจะหายใจ คลายเครียด พูดคุยกับสามีให้เขาคความความรู้สึก ความต้องการของเราได้” ID 07(48ปี)

ดังนั้น PST จึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งสำหรับการบำบัดรักษาที่สำคัญของการพยาบาลจิตเวชที่สามารถบำบัดได้โดยพยาบาลจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยหายทุเลา มีการจัดการและทักษะในการแก้ไขปัญหาเชิงบวกเป็นการบำบัดที่ใช้เวลาสั้นเห็นผลชัดเจน เร็วและต่อเนื่อง

#### ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากเป็นการวิจัยเชิงพัฒนาที่มีการทดลองในกลุ่มเดียวอาจมีข้อจำกัดในการประมาณค่าไปสู่ประชากรหลักและการจะนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ พยาบาลต้องผ่านการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ ที่ได้รับการยอมรับว่ามีคุณสมบัติเหมาะสมในการเป็นผู้ฝึกอบรมการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหสำหรับผู้ป่วย

#### ข้อเสนอแนะ

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่จะนำโปรแกรมการแก้ปัญหเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านี้ไปใช้ควรมีทักษะในการให้การปรึกษาเป็นพื้นฐาน

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์ พญ.สุวรรณา

อรุณพงศ์ไพศาล อาจารย์ นพ.ธรณินทร์ กองสุข และ ดร.สุพัตรา สุขาวห ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ในระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยและพัฒนา การวิเคราะห์ และการรายงานผลของผลงานวิจัยนี้ รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้ทุกท่าน สำหรับความช่วยเหลือ คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากการศึกษานี้ขอมอบแด่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัว

#### เอกสารอ้างอิง

- Alexopoulos, G. S., Murphy, C. F., Gunning-Dixon, F. M., Latoussakis, V., Kanellopoulos, D., Klimstra, S., Lim, K. O., & Hoptman, M. J. (2008). Microstructural white matter abnormalities and remission of geriatric depression. *Microstructural White Matter Abnormalities and Remission of Geriatric Depression. American Journal of Psychiatry*, 165(2), 238-244. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07050744
- Alexopoulos, G. S., Raue, P. J., Kiosses, D. N., Mackin, R. S., Kanellopoulos, D., McCulloch, C., & Areán, P. A. (2011). Problem Solving Therapy and Supportive Therapy in Older Adults with Major Depression and Executive Dysfunction: Effect on Disability. *Archives of general psychiatry*, 68(1), 33-41. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.177.
- Arean, P., Hegel, M., Vannoy, S., Fan, M.-Y., & Unutzer, J. (2008). Effectiveness of Problem-Solving Therapy for Older,

- Primary Care Patients With Depression: Results From the IMPACT Project. *The Gerontologist*, 48(3), 311-323. doi: 10.1093/geront/48.3.311.
- Bell, A. C., & D'Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 348-353. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.003>.
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*, 8, 38-38. doi: 10.1186/1741-7015-8-38.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Problem solving therapies for depression: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 22(1), 9-15. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.11.001>.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2007). *Problem-solving therapy: a positive approach to clinical intervention*. New York: Springer publishing company.
- Eskin, M., Ertekin, K., & Demir, H. (2008). Efficacy of a Problem-Solving Therapy for Depression and Suicide Potential in Adolescents and Young Adults. *Cognitive Therapy and Research*, 32(2), 227-245. doi: 10.1007/s10608-007-9172-8.
- Gellis, Z. D., & Kenaley, B. (2007). Problem-Solving Therapy for Depression in Adults: A Systematic Review. *Research on Social Work Practice*, 18(2), 117-131. doi: 10.1177/1049731507301277.
- George S. Alexopoulos, M. D., Christopher F. Murphy, P. D., Faith M. Gunning-Dixon, P. D., Vassilios Latoussakis, M. D., Dora Kanellopoulos, B. S., Sibel Klimstra, M. D., . . . Matthew J. Hoptman, P. D. (2008). Microstructural White Matter Abnormalities and Remission of Geriatric Depression. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 238-244. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07050744.
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*, 34, 119-138. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114409.
- Kongsuk, T., Arunpongpaisal, S., Loiha, S., Maneeton, N., Wannasawek, K., Leejongpermpoon, J., et al. (2007). *Development and validity of 9 questions for assessment of depressive symptom in Thai I-san community*. Presented at the 6<sup>th</sup> Annual International Mental Health Conference, Bangkok, Thailand.
- Lotrakul, M., Sukanich, P., & Sukying, C. (1996). The Reliability and Validity of Thai version of Hamilton Rating Scale for Depression. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 41(4), 235-246.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Clark, M. A. (2008).

*Risk factors in depression.* San Diego:  
Elsevier.

Randall, J. R., Walld, R., Finlayson, G., Sareen,  
J., Martens, P. J., & Bolton, J. M. (2014).  
Acute Risk of Suicide and Suicide Attempts  
Associated With Recent Diagnosis of  
Mental Disorders: A Population-Based,  
Propensity Score-Matched Analysis.  
*Canadian Journal of Psychiatry, 59*(10),  
531-538.

Train The Brain Forum Committee. (1994). Thai  
Geriatric Depression Scale. *Siriraj Hospital  
Gazette, 46*, 1-9.