

THE DEVELOPMENT OF PROBLEM SOLVING PROGRAM FOR REDUCING DEPRESSION AND DRINKING BEHAVIOR AMONG PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE*

Aranya Phajuy, M.N.S. **, Napatsorn Rungsiwaroj, M.N.S. ***, Lasita Srithammachart, M.Sc. ***,
Amonrat Chainonthi, M.N.S. ***, Rungtiwa Jaija, Ph.D. ***

Abstract

Objective: The aims of this study were to develop and evaluate the effects of problem solving therapy (PST) program on reducing depressive symptoms and drinking behavior among patients with alcohol dependence.

Methods: The research and development process is divided into two phases: program development phase and program effectiveness testing phase in a sample group of patients with alcohol dependence. A total of 56 participants were selected based on predetermined criteria, divided into an experimental group of 29 and a control group of 27. Measurements were taken before and after the experiment, with follow-ups at 1 and 3 months. The tools used included: 1) problem solving program, 2) Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) and 3) Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Data analysis was conducted using Descriptive Statistics, Chi-square test, Independent Sample t-test, Fisher's exact test, Wilcoxon Signed Ranks test and Mann-Whitney U test.

Results: 1) The problem solving program developed consists of six steps as follows: (1) Training in understanding the problem (2) Training in problem identification (3) Training in generating or exploring options for problem solving (4) Training in decision making for problem solving methods (5) Training in implementing problem solving and evaluating the results and (6) Sustaining problem solving skills and expanding outcomes. 2) The results of the program showed statistically significant differences ($p < .05$) in the average depression scores between the experimental group before and after receiving the program, and at the 1 and 3 month follow-up assessments. Similarly, statistically significant differences ($p < .05$) in the average alcohol drinking behavior scores between the experimental group before receiving the program and at 3 month follow-up assessments. Comparing the average depression scores between the control and experimental groups before and after receiving the program, and at the 1 and 3 month follow-up assessments also showed statistically significant differences ($p < .05$). Moreover, the average alcohol drinking behavior scores between the control and experimental groups before receiving the program and at 3 month follow-up assessments significantly differed ($p < .05$).

Conclusion: The problem solving program was effective in reducing depression and alcohol drinking behavior among patients with alcohol dependence. Follow-up assessments at 1 and 3 month post treatment revealed a decrease in average depression scores and average alcohol drinking behavior scores. However, long-term follow up for at least 6 months post-program completion is recommended to evaluate the program's continued effectiveness.

Keywords: PST program, depression, drinking behavior, alcohol dependence

*This study was supported by Department of Medical Services, Ministry of Public Health

**Corresponding author: Registered Nurse, Thanyarak Chiang Mai Hospital, e-mail: nur.thanyarak@gmail.com

***Registered Nurse, Thanyarak Chiang Mai Hospital

Received: 20 November 2023, Revised: 17 July 2024, Accepted: 24 July 2024

การพัฒนาโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตสุรา*

อรุณญา แพทย์, พย.ม.**, นกัสนันท์ รังสิเวโรจน์, พย.ม.***, ลลิตา ศรีธรรมชาติ, วท.ม.***,
อมรรัตน์ ชัยนนธิ, พย.ม.***, รุ่งทิวา ใจจา, ป.ร.ด.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยโรคจิตสุรา

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะพัฒนาโปรแกรม และระยะทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่ตรงตามเกณฑ์จำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 27 คน วัดผลก่อน หลังทดลอง และติดตามผล 1 และ 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการแก้ปัญหา 2) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (PHQ 9) 3) แบบประเมินพฤติกรรม การดื่มสุรา (AUDIT) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ สถิติที การทดสอบด้วยฟิชเชอร์เอ็กแซค การทดสอบของวิลคอกซัน และการทดสอบแมนน์-วิทนีย์ ยู

ผลการศึกษา : 1) โปรแกรมการแก้ปัญหาที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การบำบัดทั้งหมด 6 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การฝึกการทำความเข้าใจปัญหา (2) การฝึกค้นหาปัญหา (3) การฝึกการสร้างหรือหาทางเลือกในการแก้ปัญหา (4) การฝึกตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา (5) การฝึกลงมือแก้ปัญหาและการตรวจสอบผลการแก้ปัญหา และ (6) การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล และ 2) ผลของโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ก่อนการได้รับโปรแกรมกับหลังได้รับโปรแกรม ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมกับระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการได้รับโปรแกรมกับหลังได้รับโปรแกรม ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองก่อนการได้รับโปรแกรมกับระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุป : โปรแกรมการแก้ปัญหามีประสิทธิภาพลดภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าได้ และหลังการบำบัดเมื่อติดตามผลในระยะ 1 และ 3 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 6 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อดูประสิทธิภาพของโปรแกรมต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมการแก้ปัญหา, ภาวะซึมเศร้า, พฤติกรรมการดื่มสุรา, ผู้ป่วยโรคจิตสุรา

*โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

**ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่, e-mail: nur.thanyarak@gmail.com

***พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

วันที่รับ: 20 พฤศจิกายน 2566, วันที่แก้ไข: 17 กรกฎาคม 2567, วันที่ตอบรับ: 24 กรกฎาคม 2567

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสถานการณ์การบริโภคสุราทั่วโลกมีแนวโน้มที่สูงขึ้น (WHO, 2023) ประชากรทั่วโลกบริโภคสุรามากถึง 2,000 ล้านคน ในประเทศไทยมีประชากรบริโภคสุราเป็นประจำเกือบ 17 ล้านคน (กรมสุขภาพจิต, 2563) จากรายงานการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากรไทย ปี 2564 พบว่า เพศชายมีอัตราการดื่มมากกว่าเพศหญิงถึง 4 เท่า โดยมีจำนวนผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำมากถึง 10.6 ล้านคน ซึ่งการดื่มสุราเป็นประจำจะส่งผลให้เกิดการติดสุรา พบโรคร่วมทางกาย และโรคร่วมทางจิตโดยเฉพาะโรคซึมเศร้า ซึ่งนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตาย (Bonea et al., 2018) จากการทบทวนวรรณกรรม ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราและภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ที่ดื่มสุราเป็นเวลานาน ระดับ serotonin และ norepinephrine ในสมองจะลดลงซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า จากสถิติพบว่าร้อยละ 40 ของคนที่ดื่มหนักจะมีอาการซึมเศร้า และยังพบว่าร้อยละ 5 - 10 ของผู้ป่วยซึมเศร้ามาจากการดื่มสุรา (พิชัย แสงชาญชัย, ม.ป.ป.) นอกจากนี้ ผู้ติดสุรามีความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าก่อนการรักษาภาวะถอนพิษสุรามากถึงร้อยละ 63.8 และในระยะติดตามผลการรักษา 6 เดือน ยังพบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 30.2 (Kuria et al., 2012) ที่สำคัญพบว่าการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 15 ของประชากรโลก (Sindhu et al., 2011) และสูงถึงร้อยละ 43.0 ของผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าประเทศไทย (Pettinati and Dundon, 2011) โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบฐานข้อมูล

ของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2562 พบว่า คนไทยที่ดื่มสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายสูงถึง 5.2 เท่าของคนที่ไม่ดื่ม (Arunpongpaissal et al., 2021) และสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .301, p < .01$) (วินัย รอบคอบ และคณะ, 2561)

โรงพยาบาลรัฐญารักษ์เชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด ในระดับตติยภูมิ ในปีงบประมาณ 2562 - 2564 พบสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 1,856 คน 1,721 คน และ 1,514 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบภาวะโรคร่วมในกลุ่มของอารมณ์ (mood disorder) จำนวน 271 คน 183 คน และ 257 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลรัฐญารักษ์เชียงใหม่, 2565) จากการทบทวนแฟ้มประวัติผู้ป่วยโรคติดสุรา ในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 150 แฟ้ม พบว่า แฟ้มที่มีการประเมิน 2Q 9Q และ 8Q มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยถึงจำนวน 86 แฟ้ม และมี 34 แฟ้ม เคยมีพฤติกรรมพยายามทำร้ายตนเอง นอกจากนี้จากการรวบรวมความเสี่ยงเกี่ยวกับอุบัติการณ์ระดับรุนแรงของผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ในปี 2562 มีอุบัติการณ์ระดับ E โดยผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเอง จำนวน 1 ราย และในปี 2564 มีอุบัติการณ์ระดับ E โดยผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเอง จำนวน 1 ราย ถึงแม้จำนวนไม่มาก

แต่ก็ถือว่าเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงของหน่วยงานที่ต้องได้รับการแก้ไข ที่ผ่านมาโรงพยาบาลชัยภูมิ เชียงใหม่ มีกระบวนการในการบำบัดรักษาผู้ป่วยในกลุ่มที่ติดสุรา โดยแบ่งเป็นระยะถอนพิษสุรา และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพใช้โปรแกรม FAST Model ร่วมกับการได้รับการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งในการทำกิจกรรมค่อนข้างใช้เวลานาน บางกิจกรรมของโปรแกรม FAST Model อาจยังไม่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ บางรายรู้สึกเบื่อหน่ายกับการเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้อยู่รักษาไม่ครบกำหนด นอกจากนี้จากการสนทนากลุ่มในทีมสหวิชาชีพ ยังพบว่าผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีสติการกลับมาดื่มซ้ำสูง และอาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้น โดยสาเหตุที่สำคัญคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดทักษะในการแก้ปัญหา มีอารมณ์อ่อนไหว ไม่มั่นคง การควบคุมอารมณ์ตนเองทำได้ไม่ดี ซึ่งจะส่งผลต่อการตัดสินใจ และวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่ถูกต้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องความจำเพาะของผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้านั้น พบว่า หากระดับของภาวะซึมเศร้าลดลงจะเพิ่มโอกาสการหายจากการเสพติดสุราและลดการกลับไปใช้สุราซ้ำได้ (Sooksompong, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ พบว่า หากระดับของภาวะซึมเศร้าลดลงจะเพิ่มโอกาสการหายจากการเสพติดสุราและลดการกลับไปใช้สุราซ้ำได้ (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2559) จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อลดภาวะซึมเศร้า

และลดการกลับมาดื่มสุราซ้ำ พบว่าโปรแกรมการแก้ปัญหาเป็นการบำบัดที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ให้สามารถรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง มองปัญหาให้เป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ มองเป็นสิ่งที่ทำหาย พยายามแก้ปัญหาด้วยเหตุผล คิดทางบวกต่อปัญหา พยายามทำความเข้าใจ ค้นหาปัญหา คิดหาทางแก้ปัญหาหลายทาง ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาตามที่วางแผน ดูผลดีผลเสียของวิธีการแก้ปัญหา และลดความคิดทางลบที่ไม่เป็นประโยชน์บนพื้นฐานความเป็นจริง (D' Zurilla, 1988) ผู้ศึกษาจึงเลือกนำโปรแกรมการแก้ปัญหา ซึ่งสร้างจากแนวคิดของ เดอซูริลลาและเนซุ (D' Zurilla & Nezu, 2010) โดยนำโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ของสมบัติ สกฤตพรณ์ และคณะ (2559) มาพัฒนาเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างและใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า และเผยแพร่ให้มีการใช้งานในหน่วยงานที่มีบริบทคล้ายกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยโรคติดสุรา
2. เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยโรคติดสุรา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างการบำบัดด้วยโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยโรคจิตสุรา ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของเดอซูริลลาและเนซุ (D’Zurilla & Nezu, 2010) ประกอบด้วย การปรับมุมมองการรับรู้ปัญหาโดยรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง มีความคิดทางบวกต่อปัญหา และการแก้ไขปัญหโดยใช้ทักษะการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล และดำเนินการศึกษาตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย การดำเนินงาน 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการพัฒนาโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยโรคจิตสุรา และ 2) ระยะทดสอบผลโปรแกรมการแก้ปัญหา

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการแก้ปัญหาลงการทดลองระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการแก้ปัญหาระยะติดตาม 1 เดือน และติดตาม 3 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลอง
3. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการแก้ปัญหาลดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research & development) แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยโรคจิตสุรา มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) วิเคราะห์สถานการณ์การบำบัดผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ ในประเด็นสถานการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุรา ผลกระทบ ความแตกต่างระหว่างผู้ติดสุราและผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ปัญหาอุปสรรคของการบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าและวิธีการแก้ไข และการสนทนากลุ่มญาติและผู้ป่วย ในประเด็นความต้องการเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

2) ทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดการติดสุราย้อนหลัง 3 ปี

3) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งในประเทศและต่างประเทศ

4) ประชุมร่วมกับผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านการบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แพทย์พยาบาลจิตเวช พยาบาลประจำหอผู้ป่วยสุรา ทีมนักวิจัยและ

คณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสุรา เพื่อพิจารณาและร่วมออกแบบโปรแกรมการแก้ปัญหา 5) จัดทำร่างต้นแบบเบื้องต้น โดยกำหนดรูปแบบของโปรแกรมการแก้ปัญหา เพื่อนำมาทดสอบเบื้องต้นกับผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า โดยพัฒนาจากโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในผู้ที่ดื่มสุราแบบเสี่ยงและดื่มแบบอันตราย ของสมบัติ สกฤตพรณ์ และคณะ (2559) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของเดอซูริลลาและเนซุ (D'Zurilla & Nezu, 2010) จากนั้นฝึกอบรมทักษะการบำบัดตามโปรแกรมการแก้ปัญหาให้แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่มีคุณสมบัติตามกำหนด จำนวน 7 คน สรุปผลและประเมินร่างต้นแบบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีดำเนินการและการประเมินผล

6) การทดสอบต้นแบบเบื้องต้น เพื่อประเมินความเป็นไปได้ โดยทดสอบกับผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 กลุ่ม (8 คน) หลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

7) การปรับปรุงโปรแกรมการแก้ปัญหาให้สมบูรณ์เหมาะสมกับบริบท ตรงตามประเด็นของกลุ่มเป้าหมาย โดยประชุมสรุปผลต้นแบบโปรแกรมการแก้ปัญหา และจัดทำคู่มือโปรแกรมการแก้ปัญหา ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที ใช้ระยะเวลาประมาณ 3 สัปดาห์ โดยสัปดาห์แรกให้การบำบัด 3 ครั้งแบบวันเว้นวัน และในสัปดาห์ที่ 2 - 3 เป็นการบำบัดครั้งที่ 4 - 6 ให้เว้นระยะห่างของการบำบัดแต่ละครั้งมากกว่า 1 วัน โดยกิจกรรมมีดังต่อไปนี้ 1) การฝึกการทำความเข้าใจปัญหา 2) การฝึกค้นหา

ปัญหา 3) การฝึกการสร้างหรือหาทางเลือกในการแก้ปัญหา 4) การฝึกตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา 5) การฝึกลงมือแก้ปัญหาและการตรวจสอบผลการแก้ปัญหา และ 6) การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหา และการขยายผล

ระยะที่ 2 การทดสอบผลของโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อประเมินผลของการบำบัดโดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental) แบบเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองวัดผลก่อน ได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม ติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์วิเคราะห์อำนาจการทดสอบของโพลิท (Polit & Beck, 2008) สำหรับการทดลองที่เป็น 2 กลุ่มอิสระต่อกัน (two sample independent groups test) กำหนดระดับนัยสำคัญ (significant level) ที่ .05 ระดับอำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ .80 และจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่คล้ายคลึงเรื่องผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตสุราของปณยาภา คำบุญเรือง (2552) เนื่องจากรูปแบบของการวิจัยเป็นการทดลอง 2 กลุ่ม วัดผลก่อน หลังเหมือนกัน ได้นำผลการวิจัยมาคำนวณโดยใช้สูตรของโคเฮน (Cohen, 1988) พบว่าได้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .8 จากนั้นนำมาคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตารางได้ขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 20 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของ

กลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างกลุ่ม 5 - 10 คน โดยการศึกษาป้องกันการสูญหายโดยคำนวณจาก อัตราการอยู่ครบตามเกณฑ์ของผู้ป่วยสุราที่มีภาวะ ซึมเศร้าเล็กน้อยละ 80 เบื้องต้นผู้วิจัยวางแผนเก็บ กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน แต่มีผู้ป่วยที่มีภาวะ โรคทางกาย 2 คน ขอจำหน่ายกลับบ้าน 2 คน การศึกษานี้จึงคงเหลือ กลุ่มตัวอย่าง 56 คน ได้แก่ กลุ่มทดลองจำนวน 29 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 27 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่ทีมผู้วิจัย กำหนด **เกณฑ์การคัดเลือก** คือ 1) อายุ 18 - 59 ปี 2) เข้ารับการบำบัดการติดสุราแบบผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา (F10.2) 3) ไม่อยู่ในภาวะถอนพิษสุรารุนแรง โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการขาดสุรา (CIWA-Ar) ฉบับภาษาไทย (พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2554) ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 4) ได้รับการประเมินคะแนนจากแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม ฉบับภาษาไทย (Lortrakul et al., 2008) ได้ค่าคะแนนระหว่าง 9-19 คะแนน 5) ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับรุนแรง โดยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (ชรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2550) ได้ค่าคะแนนต่ำกว่า 17 คะแนน 6) มีสมรรถภาพทางสมองปกติ ประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MSET10 ของสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย (ประเสริฐ บุญเกิด, 2561) โดยต้องมีคะแนนไม่น้อยกว่าคะแนน ณ จุดตัดตามเกณฑ์ ตามระดับการศึกษาของผู้ป่วย 7) สามารถ

สื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย 8) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย **เกณฑ์การคัดออก** คือ 1) มีโรคทางกายอื่นที่ไม่สามารถควบคุมได้ 2) มีอาการทางจิตที่รุนแรง 3) มีการติดสารเสพติดอื่นที่ไม่ใช่ alcohol dependence โดยในกลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมตามปกติของโรงพยาบาล ร่วมกับโปรแกรมการแก้ปัญหา ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับเฉพาะ โปรแกรมตามปกติของโรงพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี หมายเลข 002/2565 หมายเลข 019/2566 และ หมายเลข 014/2567 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ จะได้รับการอธิบายให้เข้าใจวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนกิจกรรมระยะเวลา ประโยชน์ที่จะได้รับ ความไม่สุขสบายหรือความเสี่ยงที่อาจได้รับและวิธีป้องกันที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองโดยความสมัครใจ และลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนที่จะดำเนินการวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่าสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยและไม่มีการถอนตัวออกจากการวิจัย การบันทึกข้อมูลไม่มีการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับ และนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น เฉพาะทีมผู้วิจัยเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่าง

ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย จึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1) โปรแกรมการแก้ปัญหา ที่พัฒนาขึ้น เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยโรคจิตสุรา ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 6 - 8 คน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที ใช้ระยะเวลาประมาณ 3 สัปดาห์ โดยสัปดาห์แรกให้การบำบัด 3 ครั้งแบบวันเว้นวัน และในสัปดาห์ที่ 2 - 3 เป็นการบำบัดครั้งที่ 4 - 6 ให้เว้นระยะห่างของการบำบัดแต่ละครั้งมากกว่า 1 วัน โดยกิจกรรมมีดังต่อไปนี้ 1) การฝึกการทำความเข้าใจปัญหา 2) การฝึกค้นหาปัญหา 3) การฝึกการสร้างหรือหาทางเลือกในการแก้ปัญหา 4) การฝึกตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา 5) การฝึกลงมือแก้ปัญหาและการตรวจสอบผลการแก้ปัญหา และ 6) การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ตาม อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา อายุที่เริ่มดื่มครั้งแรก อายุที่เริ่มดื่มแบบมีปัญหา อายุที่เริ่มเข้ารับการบำบัดครั้งแรก และจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลเนื่องจากการใช้สุรา

2) แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม เป็นแบบคัดกรองอาการโรคซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย (Lortrakul et al., 2008) ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ค่าคะแนนการประเมินมี 4 ตัวเลือก คือ 0 1 2 และ 3 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 27

คะแนน เป็นการประเมินในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเป็น 5 ระดับตามค่าคะแนนดังนี้ 0 - 4 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ปกติ 5 - 8 คะแนน มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยไม่ถึงขั้นเป็นโรคซึมเศร้า 9 - 14 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย หรือโรคซึมเศร้าเรื้อรัง 15 - 19 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และ 20 คะแนนขึ้นไป เป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง ผู้วิจัยนำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นด้านความสอดคล้องภายใน กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า 0.81

3) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุราของ องค์การอนามัยโลก (Alcohol Use Disorder Identification Test : AUDIT) ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ปรีทรรศ ศิลปกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) เป็นแบบประเมินที่ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบมีข้อคำถามและมีการให้คะแนนเป็นระดับตัวเลข (rating scale) การประเมินมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ระดับการให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามเป็น 0 - 4 คะแนน และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยเลย 0 คะแนน, น้อยกว่าเดือนละครั้ง 1 คะแนน 2 - 4 ครั้งต่อเดือน 2 คะแนน 2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 3 คะแนน 4 ครั้งขึ้นไป 4 คะแนน และมีการแปลผลของค่าคะแนนที่ได้ดังต่อไปนี้ 0 - 7 คะแนน ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ 8 - 15 คะแนน ผู้ดื่มแบบเสี่ยง 16 - 19 คะแนน ผู้ดื่มแบบอันตราย มากกว่า 20 คะแนน ผู้ดื่มแบบติด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ (chi-square test) สถิติที (independent sample t-test) การทดสอบด้วยฟิชเชอร์เอ็กแซค (fisher's exact test) การทดสอบของวิลคอกซัน (wilcoxon signed ranks test) และการทดสอบแมนน์-วิทนี (independent samples Mann-Whitney U test)

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยโรคจิตสุรา สามารถสรุปได้ดังนี้

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การบำบัดผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลจิตเวชเชียงใหม่ พบว่า เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะถอนพิษสุราเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้รับการบำบัดทางด้านจิตสังคม ได้แก่ กลุ่มการให้การปรึกษาปัญหาการดื่มสุรา (alcohol group counseling) กลุ่มการให้ความรู้สำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (alcohol education) การบำบัดแบบกลุ่มประคับประคองทางจิตใจ (supportive group therapy) การให้คำแนะนำและการบำบัดแบบสั้นในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (Brief Advice and Brief Intervention: BABI) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) การให้การปรึกษารอบครัว (family counseling) เป็นต้น โดยจากการรวบรวมและค้นหาปัญหาจากการสนทนากลุ่ม ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือ

คนไข้ นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ ในประเด็นสถานการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุรา ผลกระทบ ความแตกต่างระหว่างผู้ติดสุราและผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ปัญหาอุปสรรคของการบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าและวิธีการแก้ไข และการสนทนากลุ่มญาติและผู้ป่วย ในประเด็นความต้องการเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีจำนวนมากขึ้นและมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นด้วย ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้านี้มีภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกายจิตใจ และมีความซับซ้อน ซึ่งในปัจจุบันการทำการกิจกรรมกลุ่มเป็นการทำกิจกรรมโดยรวม ยังไม่มีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลเฉพาะ มีการประเมินผู้ป่วยและแยกผู้ป่วยอย่างชัดเจน มีการจัดกิจกรรมการบำบัดรักษาในผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะ นำรูปแบบกิจกรรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้านำมาใช้ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเพิ่มศักยภาพของบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีความรู้และสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมซึ่งจากการสนทนากลุ่มนี้ มีความเห็นไปในทางเดียวกันว่าควรมีการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีเนื้อหาครอบคลุมเหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยได้

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการ

บำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า โปรแกรมการบำบัดรักษาทางจิตสังคมนั้น มีการนำรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหาใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตสุรา เช่น สมบัติ สกฤตพรณ์ และคณะ (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนการได้รับโปรแกรมฯ กับหลังได้รับโปรแกรมฯทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 การศึกษาของปทุมมา คำบุญเรือง (2552) ศึกษาผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ติดสุราที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา หลังสิ้นสุดการบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และภายหลังการทดลองผู้ติดสุราที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา หลังสิ้นสุดการบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และการศึกษาของรัชดา อังชนานุกุล และคณะ (2563) ที่ศึกษาเรื่องของ ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) หลังออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ ภัทรสุดา สิงห์เห (2556) ที่ศึกษาเรื่องของ ประสิทธิภาพของการใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมทุกรายมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงจากเล็กน้อย และปานกลาง ลดลงเป็นระดับปกติทุกราย

จากการทบทวนองค์ความรู้ปัจจุบัน ผู้วิจัยได้นำองค์ความรู้ ข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ มากำหนดขอบเขตเนื้อหารายละเอียดในกิจกรรมของโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยโรคจิตสุรา (ฉบับร่าง) 6 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ครั้งละ 60 - 90 นาที ใช้ระยะเวลาประมาณ 3 สัปดาห์ โดยสัปดาห์แรกให้การบำบัด 3 ครั้งแบบวันเว้นวัน และในสัปดาห์ที่ 2 - 3 เป็นการบำบัดครั้งที่ 4 - 6 ให้เว้นระยะห่างของการบำบัดแต่ละครั้งมากกว่า 1 วัน และผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมด้วยการประเมินความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา กิจกรรมและวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 1.00

ตรวจสอบประสิทธิภาพต้นแบบโปรแกรม เพื่อประเมินความเป็นไปได้และประสิทธิภาพของโปรแกรม นำมาทดสอบต้นแบบเบื้องต้นโดยทดสอบกับผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 กลุ่ม (8 คน) เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิภาพข้อจำกัด ปัญหาและอุปสรรคจากการบำบัดตาม

โปรแกรมก่อนที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง มีข้อเสนอแนะให้แก้ไขเนื้อหาของกิจกรรมบางส่วนเพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหา ทฤษฎี และปรับปรุง

ความเหมาะสมของภาษา จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะและจัดทำเป็นโปรแกรม (ฉบับปรับปรุง) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เป้าหมายการบำบัดของแต่ละกิจกรรม

การบำบัดครั้งที่/ชื่อกิจกรรม	เป้าหมาย
1. รู้จักกัน รู้จักเธอ รู้จักโปรแกรมการแก้ปัญหา	ผู้ป่วยมีความคุ้นเคย ไว้วางใจและยอมรับในกลุ่มผู้ป่วยและผู้บำบัด เข้าใจวัตถุประสงค์ของโปรแกรม เข้าใจเกี่ยวกับความรู้เรื่องปัญหาและผลกระทบจากการดื่มสุรา ความรู้เรื่องสุรากับภาวะซึมเศร้า และมีความพร้อมในการเลิกสุรา
2. เรื่องของปัญหา	ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของตนเอง เข้าใจความหมายของปัญหา มุมมองต่อปัญหาทางบวกและมุมมองต่อปัญหาทางลบ รวมทั้งเข้าใจรูปแบบหรือวิธีการแก้ปัญหาแบบต่าง ๆ
3. ค้นหาและระบุปัญหา	ผู้ป่วยได้ค้นหาปัญหา สามารถระบุปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของตนเองได้ ฝึกการประเมินอารมณ์ด้านลบของตนเองหรือความทุกข์ที่เกิดจากปัญหาของตนเองและมีวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับอารมณ์ด้านลบหรือปัญหาดังกล่าว
4. การตั้งเป้าหมายและทางเลือกในการแก้ปัญหา	ผู้ป่วยเลือกปัญหา กำหนดเป้าหมายการแก้ปัญหาที่ชัดเจน หาทางเลือกในการแก้ปัญหา และฝึกการตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหาดังกล่าวแล้วนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง
5. การลงมือแก้ปัญหาและการตรวจสอบผลการแก้ปัญหา	ผู้ป่วยประเมินและอภิปรายผลของการนำทางเลือกของการแก้ปัญหามาตามแผนที่วางไว้หลังจากนำไปใช้ในสถานการณ์จริง
6. การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล	ผู้ป่วยได้ทบทวนและคงไว้ซึ่งความรู้ความเข้าใจและทักษะการแก้ปัญหาที่ได้เรียนรู้และได้ฝึกนำไปใช้จริง รวมทั้งสามารถนำความรู้และทักษะการแก้ปัญหาไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง

ผลของโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยโรคจิตสูตร

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน กลุ่มควบคุม 27 คน อายุเฉลี่ย 44.17 ปี และ 42.93 ปี ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และกลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 41.38 และ ร้อยละ 51.85 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 31.03 และร้อยละ 48.16 ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ย 10,703.57 และ 11,678.07 บาท ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช ร้อยละ 24.14 เท่ากัน ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับ

การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช ร้อยละ 33.33 อายุที่เริ่มดื่มครั้งแรกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 17.07 และ 17.52 ปี ตามลำดับ อายุที่เริ่มดื่มแบบมีปัญหากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 34.41 และ 31.37 ปี ตามลำดับ อายุที่เข้ารับการบำบัดครั้งแรกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 38.21 และ 37.07 ปี ตามลำดับ จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลเนื่องจากใช้สุราก่อนเข้ารับการรักษารั้งนี้ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 - 5 ครั้ง ร้อยละ 51.72 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ร้อยละ 48.16 ยังไม่เคยเข้ารับการบำบัด เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างทั้งสองกลุ่ม โดยใช้ independent samples t-test, fisher's exact test และ chi-squared test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 29)		กลุ่มควบคุม (n = 27)		Statistic Value	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ						
18 - 29 ปี	3	10.34	2	7.42	2.879 ^A	0.652
30 - 39 ปี	6	20.70	10	37.04		
40 - 49 ปี	11	37.93	6	22.22		
50 - 59 ปี	9	31.03	9	33.33		
	Range = 27-59 ปี		Range = 28-59 ปี			
	mean = 44.17 SD = 9.69		mean = 42.93 SD = 10.79			
สถานภาพสมรส						
โสด	10	34.48	14	51.85	3.115 ^C	0.386
คู่	12	41.38	8	29.63		
หม้าย/หย่า/แยก	7	24.14	5	18.52		

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 29)		กลุ่มควบคุม (n = 27)		Statistic Value	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพ						
ว่างงาน	6	20.69	3	11.11	5.138 ^B	0.418
ค้าขาย	1	3.45	2	7.41		
รับจ้างทั่วไป	9	31.03	13	48.16		
พนักงานบริษัทเอกชน	4	13.79	1	3.70		
รับราชการ	2	6.90	4	14.81		
อื่น ๆ	7	24.14	4	14.81		
รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)						
ไม่มีรายได้	6	20.69	4	14.82	3.620 ^A	0.811
1 - 5,000	2	6.90	1	3.70		
5,000 - 10,000	10	34.48	11	40.74		
10,001 - 15,000	6	20.69	7	25.93		
15,001 - 20,000	3	10.34	1	3.70		
> 20,000	2	6.90	3	11.11		
	Range = 0 - 34,000 บาท		Range = 0 - 37,130 บาท			
	mean = 10703.57		mean = 11,678.07			
	SD = 8507.57		SD = 9112.78			
ระดับการศึกษา						
ไม่เคยเรียน	0	0.0	1	3.70	3.224 ^B	0.729
ประถมศึกษา	6	20.69	7	25.93		
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	24.14	6	22.22		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/	7	24.14	9	33.33		
ปวช.						
ปวส./ ปวท./ อนุปริญญา	5	17.34	2	7.41		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	4	13.79	2	7.41		

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 29)		กลุ่มควบคุม (n = 27)		Statistic Value	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุที่เริ่มดื่มครั้งแรก						
10 - 19 ปี	23	79.31	22	81.48	0.941 ^A	1.000
20 - 29 ปี	5	17.24	5	18.52		
30 - 39 ปี	1	3.45	0	0.00		
Range = 12-39 ปี		Range = 12-25 ปี				
mean = 17.07 SD = 5.25		mean = 17.52 SD = 2.96				
อายุที่เริ่มดื่มแบบมีปัญหา						
18 - 29 ปี	11	37.93	11	40.74	1.165 ^A	0.806
30 - 39 ปี	7	24.14	9	33.33		
40 - 49 ปี	8	27.59	5	18.52		
50 - 59 ปี	3	10.34	2	7.51		
Range = 18-54 ปี		Range = 18-52 ปี				
mean = 34.41 SD = 10.52		mean = 31.37 SD = 11.15				
อายุที่เริ่มเข้ารับการบำบัดครั้งแรก						
18 - 29 ปี	7	24.14	6	22.22	2.162 ^A	0.706
30 - 39 ปี	9	31.03	9	33.34		
40 - 49 ปี	8	27.59	6	22.22		
50 - 59 ปี	5	17.34	6	22.22		
Range = 20 - 55 ปี		Range = 19 - 60 ปี				
mean = 38.21 SD = 12.30		mean = 37.07 SD = 12.39				
จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลเนื่องจากการใช้สุราก่อนเข้ารับการรักษารั้งนี้						
ยังไม่เคยรับการบำบัด	12	41.38	13	48.16	5.576 ^C	0.112
1 - 5 ครั้ง	15	51.72	9	33.33		
5 - 10 ครั้ง	0	0.0	4	14.81		
มากกว่า 10 ครั้ง	2	6.90	1	3.70		

* $p < .05$, A = Independent samples t-test, B = Fisher's exact test, C = chi-squared test

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อน-หลังการบำบัดและระยะติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน

ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะก่อน-หลังการบำบัด และระยะติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือนโดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเมื่อวัดซ้ำโดยใช้การทดสอบของวิลคอกซัน (wilcoxon signed ranks test) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2 = 65.04$) เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการบำบัด ระยะติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน น้อยกว่า

ก่อนระยะการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3) และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อน-หลังการบำบัด และระยะติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือนโดยใช้การทดสอบของแมนน์-วิทนียู (independent samples Mann-Whitney U test) ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการบำบัดทันทีพบว่าไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการแก้ปัญหา และระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ตามลำดับ (n = 29)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	mean	SD	X ²
ก่อนการบำบัด	15.00 ^a	1.83	65.04*
หลังการบำบัด	12.55 ^b	1.74	
ติดตามผล 1 เดือน	10.76 ^c	2.44	
ติดตามผล 3 เดือน	9.59 ^d	3.47	

* $p < .05$, ตัวอักษรที่ต่างกันแสดงถึง ค่าเฉลี่ยของแต่ละกลุ่มทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อน-หลังการบำบัด และระยะติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน

คะแนนภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n = 29)		กลุ่มควบคุม (n = 27)		p-value
	mean	SD	mean	SD	
ก่อนการบำบัด	15.00	1.83	14.30	2.63	.325
หลังการบำบัด	12.55	1.74	13.56	2.98	.320
ติดตามผล 1 เดือน	10.76	2.44	14.41	2.63	< .001*
ติดตามผล 3 เดือน	9.59	3.47	13.11	4.76	< .001*

* $p < .05$

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนได้รับโปรแกรม ระยะติดตาม 1 และ 3 เดือน

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลอง ก่อนการได้รับโปรแกรม ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเมื่อวัดซ้ำโดยใช้การทดสอบของวิลคอกซัน (wilcoxon signed ranks test) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2 = 57.05$) เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่

พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน น้อยกว่า ก่อนระยะการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 5) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการบำบัด ระยะติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือนโดยใช้การทดสอบของแมนน์-วิทนี (independent samples Mann-Whitney U test) ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลอง ก่อนการได้รับโปรแกรม ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ตามลำดับ ($n = 29$)

คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา	mean	SD	X^2
ก่อนการบำบัด	33.72 ^a	3.49	57.05*
ติดตามผล 1 เดือน	24.10 ^b	6.63	
ติดตามผล 3 เดือน	15.41 ^c	7.72	

* $p < .01$, ตัวอักษรที่ต่างกันแสดงถึง ค่าเฉลี่ยของแต่ละกลุ่มทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราหลัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน

คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา	กลุ่มทดลอง ($n = 29$)		กลุ่มควบคุม ($n = 27$)		p -value
	mean	SD	mean	SD	
ก่อนการบำบัด	33.72	3.49	36.30	4.66	.054
ติดตามผล 1 เดือน	24.10	6.63	34.15	6.30	< .030*
ติดตามผล 3 เดือน	15.41	7.72	26.74	14.12	< .008*

* $p < .05$

การอภิปรายผล

โปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ได้พัฒนามาจากการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาอุปสรรคในการบำบัดรักษา โดยการสนทนากลุ่มและการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้านั้น มีโอกาสกลับไปดื่มสุราซ้ำและมีภาวะซึมเศร้าได้ จากการกลับไปสู่สภาพแวดล้อมเดิมเมื่อเกิดปัญหาในชีวิตประจำวันไม่สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการมองปัญหาในทางลบ เลือกวิธีการแก้ปัญหาโดยใช้วิธีที่ไม่เหมาะสม เช่น เมื่อเกิดปัญหา ผู้ป่วยมักมองปัญหาว่าเป็นอุปสรรคและไม่สามารถแก้ไขได้ ผู้ป่วยจึงเลือกวิธีการแก้ปัญหาด้วยการกลับไปดื่มสุราเพื่อให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น โดยที่ไม่มีการพิจารณาทางเลือกอื่น ๆ ในการแก้ปัญหาย่างสมเหตุสมผล ส่งผลให้เกิดการดื่มสุราซ้ำและเกิดความรู้สึกเศร้า คอยคำ เนื่องจากตนเองไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทีมผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นกระบวนการในการปรับเปลี่ยนมุมมองจากมุมมองปัญหาทางลบเป็นทางบวก และฝึกให้ผู้ป่วยมีการหาทางเลือกในการแก้ปัญหได้อย่างเหมาะสมตามแนวคิดของเดอซูริลลาและเนซุ (D'Zurilla & Nezu, 2010) ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน หลังผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้วทีมผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำโปรแกรมที่ได้ ใช้เป็นแนวทางในการ

บำบัดผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชเชียงใหม่ ดำเนินการทำกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 6-8 คน ครั้งละ 60-90 นาที ใช้ระยะเวลาประมาณ 3 สัปดาห์ โดยสัปดาห์แรกให้การบำบัด 3 ครั้งแบบวันเว้นวัน และในสัปดาห์ที่ 2-3 เป็นการบำบัดครั้งที่ 4-6 ให้เว้นระยะห่างของการบำบัดแต่ละครั้งมากกว่า 1 วันเพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง และมีการติดตามผลต่อเนื่อง 2 ครั้งหลังจำหน่าย โดยการติดตามทางโทรศัพท์หรือนัดผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาล

โปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตสุราที่พัฒนาขึ้นนี้ มีความคล้ายกับโปรแกรมการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตสุราในด้านกระบวนการแก้ปัญหา 6 ขั้นตอน (สมบัติ สกุลพรรณ และคณะ, 2559; ปุณยาภา คำบุญเรือง, 2552; รัชดา อังชนานุกุล และคณะ, 2563; ภัทรสุดา สิงห์เห, 2556) แต่มีความแตกต่างตรงที่ โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนามีการปรับเนื้อหาให้มีความเชื่อมโยงระหว่างภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยการยกตัวอย่างและฝึกปฏิบัติในการแก้ปัญหามีการเชื่อมโยงในเรื่องภาวะซึมเศร้าและการกลับไปดื่มสุราในทุกๆกิจกรรมการบำบัดตั้งแต่ครั้งที่ 1-6 และมีการวัดผลภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุราระยะก่อนได้รับโปรแกรม ระยะหลังได้รับโปรแกรม ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน อีกทั้งมีการปรับจำนวนครั้งในการทำกิจกรรมเป็น 6 ครั้ง ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 2-3 สัปดาห์ เพื่อให้สอดคล้องกับ

ระยะเวลาในการเข้ารับการบำบัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์เชียงใหม่ (4 สัปดาห์) ผู้ป่วยสามารถเข้ารับกิจกรรมการบำบัดรักษาได้ครบถ้วน และสามารถเริ่มต้นการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด การดำเนินกิจกรรมเป็นแบบการบำบัดรายกลุ่ม ซึ่งกระบวนการกลุ่มเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันในกลุ่ม มีโอกาสได้ให้กำลังใจเพื่อน ได้เรียนรู้ข้อดีหรือข้อปฏิบัติที่สามารถนำไปปรับใช้ได้ และเนื่องจากรูปแบบเป็นลักษณะการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด จึงเป็นการลดปริมาณงานของพยาบาลที่ปฏิบัติการในหอผู้ป่วย โดยใน 1 กลุ่มสามารถบำบัดรักษาผู้ป่วยได้มากกว่า 1 คน (6 - 12 คน) การบำบัดโปรแกรมการแก้ปัญหาเป็นรูปแบบที่มุ่งแก้ไขปัญหามึนเศร้าและการดื่มสุรากลุ่มผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความอ่อนไหวและเป็นผู้ป่วยที่มีผลกระทบมากหากเกิดเหตุการณ์รุนแรง เช่น ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะจึงเป็นการลดความเสี่ยง และเฝ้าระวังเหตุที่อาจเกิดขึ้นอย่างรุนแรงได้ จากการนำโปรแกรมไปปฏิบัติจริง โดยผู้บำบัดหลักจำนวน 7 คน พบว่าผู้บำบัดมีความเห็นของการใช้โปรแกรมว่าโปรแกรมมีความเหมาะสม กิจกรรมในแต่ละครั้งมีเนื้อหาและกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ คู่มืออ่านแล้วชัดเจน เข้าใจง่าย ง่ายต่อการนำไปใช้และผู้ป่วยกลุ่มสุราที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครั้งละมากกว่า 1 คน สอดคล้องกับอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย

จากผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบ

คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคติดสุราในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในระยะก่อนการบำบัดมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ามากกว่าระยะหลังสิ้นสุดการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลเผชิญปัญหา หรือมีความเครียดจากสถานการณ์ในชีวิตจนไม่สามารถควบคุมและแก้ไขได้ และเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต (Beck, 1967) ซึ่งผู้ป่วยโรคติดสุราเมื่อประสบกับภาวะวิกฤติในชีวิต มักใช้วิธีการดื่มสุราในการแก้ปัญหา ทำให้ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ รวมถึงครอบครัว สังคม โดยผลกระทบที่เกิดทำให้เกิดความรู้สึกผิด รู้สึกไร้อำนาจ โทษตัวเอง รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ขาดความภาคภูมิใจใจตัวเอง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า โดยหลังจากผู้ป่วยได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาจะช่วยให้อุบัติการณ์การเกิดปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ช่วยทำให้บุคคลมีการมองปัญหาทางบวก มีเหตุผล และสามารถเลือกวิธีการในการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม รับรู้ปัญหาตามความเป็นจริงและไม่คิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ที่วิกฤติในชีวิต ปัญหาทุกอย่างต้องใช้เวลาและความพยายามในการแก้ไข ปัญหา สามารถคิดอย่างเป็นขั้นตอน เปลี่ยนความคิดด้านลบให้เป็นด้านบวก โดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง (D'Zurilla, 1988) เมื่อปัญหาได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้ศักยภาพของตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้

จากผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ก่อน-หลัง ได้รับโปรแกรม ระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตสูตรที่มีภาวะซึมเศร้าได้ อภิปรายได้ว่า การเข้าร่วมกลุ่มตามโปรแกรมการแก้ปัญหา กลุ่มตัวอย่างได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาที่ได้ผลลัพธ์ที่ดีของสมาชิกในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยมีการมองปัญหาแบบใหม่ และมีวิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวคิดที่ผู้วิจัยใช้ในการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ สามารถอธิบายสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากการมีมุมมองต่อปัญหาในทางลบ มองปัญหาเป็นสิ่งที่คุกคาม คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะจัดการกับปัญหาได้ จึงส่งผลถึงวิธีการแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสม บุคคลอาจเลือกวิธีการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น ขาดความระมัดระวัง หรือหลีกเลี่ยงปัญหา ซึ่งเป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไข หรือแก้ปัญหาได้แต่ไม่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่การเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่ความคิดในการทำร้ายตนเองได้ ในการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองจากการมองปัญหาในทางลบ เป็นมุมมองต่อปัญหาในทางบวก สามารถรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง มองปัญหาเป็นเรื่องปกติธรรมดา ซึ่งปัญหาสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ในการแก้ปัญหาอาจต้องใช้เวลาและความพยายามในการ

เริ่มต้นค้นหาสาเหตุของปัญหา พยายามที่จะเรียนรู้และทำความเข้าใจกับปัญหา ปรับเปลี่ยนทัศนคติในการแก้ปัญหา และแก้ปัญหอย่างมีเหตุผลและมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ลดการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น และการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยง (Bell & D'Zurilla, 2009) โดยเมื่อปัญหาได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม ทำให้ความทุกข์ ความกดดันลดลง มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัชชัย พละศักดิ์ และคณะ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระดับของภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง เมื่อได้รับโปรแกรมแล้วนั้น สามารถนำความรู้ ทักษะและประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ร่วมกันจากการบำบัด ทำให้สามารถมีมุมมองต่อปัญหาในทางบวก สามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างสมเหตุสมผล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าที่ลดลงได้ นอกจากนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากระยะเวลาในการประเมินผลมีความใกล้เคียงกัน และเป็นช่วงที่ผู้ป่วยยังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งยังไม่ได้นำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงอาจทำให้คะแนนไม่มีความแตกต่างกันได้

ผลการวิจัยยังแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคจิตสูตรที่ได้รับโปรแกรมการแก้ปัญหา มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะก่อน และติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือนลดลง และเมื่อ

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตสุราระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม พบว่า ภายหลังจากเสร็จสิ้นการได้รับโปรแกรมการแก้ปัญหาที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการแก้ปัญหาที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือน อาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตสุราได้รับการบำบัดทั้งโปรแกรมการแก้ปัญหาและโปรแกรมตามปกติอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงอาจทำให้ผู้ป่วยโรคจิตสุราทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง ในขณะที่เมื่อติดตามพฤติกรรมการดื่มสุรา เมื่อเปรียบเทียบในระยะก่อนการบำบัด 1 เดือนและ 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคจิตสุราที่ได้รับ โปรแกรมการแก้ปัญหาที่มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคจิตสุรามีการเรียนรู้ การจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีมุมมองต่อปัญหาในทางบวก รับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง เรียนรู้ และทำความเข้าใจกับปัญหา มีการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล ซึ่งเป็นวิธีการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม สามารถวางแผนเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมด้วยตัวของผู้ป่วยเอง และผู้ป่วยโรคจิตสุราได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำด้วย ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้ และปัญหาได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การดื่มสุราและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กัน (Rehm et al.,

2017) โดยหลังจากผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการแก้ปัญหา นั้น ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนการได้รับโปรแกรมการแก้ปัญหา กับหลังได้รับโปรแกรม ระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทำให้เห็นว่าโปรแกรมการแก้ปัญหาสามารถลดภาวะซึมเศร้า และลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรัญญา แพจุ้ย และ นริชญา ศรีบูรพา (2552) ได้ศึกษาเรื่องภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดยาที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดรักษาเสพติด เชียงใหม่ พบว่า หากระดับของภาวะซึมเศร่าลดลง จะเพิ่มโอกาสการหายจากการเสพติดสุราและลดการกลับไปใช้สุราได้ ซึ่งหากสามารถลดพฤติกรรม การดื่มสุรา และคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก็จะลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวินัย รอบขอบ และคณะ (2561) ศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น พบว่า ภาวะซึมเศร่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .462, p < .01$) พฤติกรรมการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .301, p < .01$) ดังนั้น การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องมาจากการพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา สามารถช่วยให้บุคคลสามารถ

แก้ไขหรือเผชิญกับปัญหาได้ และช่วยให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อปัญหา ทำให้ความทุกข์ ความกดดันลดลง (Pierce, 2012) ส่งผลกับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

นอกจากนี้โปรแกรมการแก้ปัญหา ยังมีความคงทนในประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุราที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะติดตามผลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของอัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ (2563) ที่รายงานว่าโปรแกรมการแก้ปัญหาได้แสดงให้เห็นว่าความคิดฆ่าตัวตายได้ลดลงในระยะติดตามผล ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการบำบัดด้วยโปรแกรมการแก้ปัญหจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนการคิดแบบมีเหตุมีผลและให้มีการฝึกทักษะแก้ไขปัญหาลงมือ ซึ่งเป็นการเสริมสร้างความรู้สึกลึกซึ้งมีศักยภาพ มีคุณค่าและการพึ่งพาตนเองส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล นำโปรแกรมการแก้ปัญหาที่พัฒนาขึ้น เสนอต่อคณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (PCT) ของโรงพยาบาลราชบุรีราชภัฏเชียงใหม่ เพื่อผลักดันเป็นรูปแบบการดูแลในผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าของโรงพยาบาล และเผยแพร่โปรแกรมการแก้ปัญหาที่พัฒนาขึ้น ไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

2. ด้านการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะก่อนได้รับ

โปรแกรม ระยะหลังได้รับโปรแกรม ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน จึงเสนอแนะให้มีการประเมินคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะก่อนได้รับโปรแกรม ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน เพื่อให้ผู้ป่วยได้นำทักษะที่ได้จากโปรแกรมการแก้ปัญหาไปปฏิบัติก่อนและประเมินผลหลังจากการปฏิบัติ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563, 1 ธันวาคม). *ระบบรายงาน โรคซึมเศร้า*. <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>
- दारารวม ต๊ะปิ่นดา. (2556). *ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม*. วนิจการพิมพ์.
- ธวัชชัย พละศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, และรัชนิกร อุปเสน. (2561). ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(1), 60-74.
- ประเสริฐ บุญเกิด. (2561). แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย Mental State Examination T10 (MSET10). *สารจากนายก ฉบับที่ 10*. สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย.
- ปริทรรศ ศิลปกิจ, และพันธุ์ธนา กิตติรัตนไพบูลย์. (2552). *AUDIT: แบบประเมินปัญหาการดื่มสุราแนวปฏิบัติสำหรับสถานบริการปฐมภูมิ*. ทานตะวันเปเปอร์.
- ปณชาภา คำบุญเรือง. (2552). *ผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรพรรณ จูหา, อธิบ ดันอริย์, ปาทานนท์ ขวัญสนิท, สาทิตรี อัยณางค์กรชัย, และสุทธา สุปัญญา. (2559). ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระบาศาตวรรษสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. ปิยอนด์พับลิชชิง.
- พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2554). คู่มือสำหรับผู้อบรม : การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ ฉบับปรับปรุง 2554 : Module A : โปรแกรมการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ. เชียงใหม่: วนิศาการพิมพ์. พิชัย แสงชาญชัย. (ม.ป.ป). สายด่วน 1413 ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา (Alcohol Help Line) [เอกสารอัดสำเนา]. ม.ป.ท.
- ภัทรสุดา สิงห์เห. (2556). ประสิทธิภาพของการใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่เป็ นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชดา อังชนานุกุล, คาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, และสมบัติ สกุลพรรณ. (2556). ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 34(1), 213-224.
- โรงพยาบาลรัฐญารักษ์เชียงใหม่. (2565). รายงานสถิติผู้ติดสุราที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2562-2564. กลุ่มงานเทคโนโลยีและสารสนเทศ โรงพยาบาลรัฐญารักษ์ เชียงใหม่.
- วินัย รอบคอบ, สมบัติ สกุลพรรณ, และहरรษา เศรษฐบุปผา. (2561). ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น. พยาบาลสาร, 45(4), 144-58.
- สมบัติ สกุลพรรณ, สุพิศ กุลชัย, และคาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2559). ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าที่มา รับบริการในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 30(3), 109-120.
- อรัญญา แพ้ขุย, และนารัฐญา ศรีบูรพา. (2552). ภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 54(1), 63-74.
- อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, อรพิน ยอดกลาง, วิภาดา คณะไชย, จารุพันธ์ คำชมพู่, และสาคร นุปผาเฮ้า. (2563). การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. *Journal of Mental Health of Thailand* 2020, 28(1), 88-98.
- Arunpongpaissal, S., Assanagkornchai, S., Chongsuvivatwong, V., & Jampathong, N. (2021). Time-series analysis of trends in the incidence rates of successful and attempted suicides in Thailand in 2013-2019 and their predictors. *BMC psychiatry*, 22(1), 579.
- Beck, A.T. (1967). *Depression*. Harper and Row.
- Bell A.C., & D'Zurilla T.J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 348-353.
- Bonea, M., Neacsu, C.M., & Miclutia V.L. (2018). Comorbidities of alcohol use disorder. *Romanian Journal of Psychiatry*, 2, 63-67.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- D'Zurilla, T.J. & Nezu, A.M. (2010). Problem-solving therapies. *Handbook of cognition- behavioral therapies* (3rd ed.). Guilford Press.
- D'Zurilla, T.J. (1988). *Problem-solving therapies. Handbook of cognitive-behavioral therapies*. Guilford Press.
- Kuria, M.W., Ndeti, D.M., Obot, I.S., Khasakhala, L.I., Bagaka, B.M., Mbugua, M.N., & Kamau, J. (2012). The Association between Alcohol Dependence and Depression before and after Treatment for Alcohol Dependence. *ISRN Psychiatry*, 2012, 482802.
- Lotrakul M., Sumrithe S., & Saipanish R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*, 8, 46.
- Pettinati H.M., & Dundon W.D. (2011). Comorbid depression and alcohol dependence: new approaches to dual therapy challenges and progress. *Psychiatric Times*, 28(6), 49.
- Pierce, D. (2012). Problem solving therapy - use and effectiveness in general practice. *Australian Family Physician*, 41(9), 676-679.

- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8th Ed.), Lippincott Williams & Wilkins.
- Rehm J., Gmel G.E. Sr., Gmel G., Hasan O.S.M., Imtiaz S., Popova S., Probst C., Roerecke M., Room R., Samokhvalov A.V., Shield K.D., & Shuper P.A. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction*, 112(6), 968-1001.
- Sindhu B., Gupta R., Sindhu S., Kumar K., & Kumar D. (2011). Depression and alcohol dependence: One syndrome or two? A comparison of disability, suicidal risk and coping styles. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, 62(9).
- Sooksompong, S., Kwansanit, P., Supanya, S., Chutha, W., Kittirattanapaiboon, P., Udomittipong, D., Piboonarluk, W., & Saengsawang, S. (2016). The Thai National Mental Health Survey 2013: Prevalence of Mental Disorders in Megacities: Bangkok. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 61(1), 75–88.
- World Health Organization. (2023). *World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>.