

# การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์\*

สุนิสา ศรีโมอ่อน พย.ม.\*\*

อติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง Ph.D. (Nursing)\*\*\*

อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ พย.ด.\*\*\*\*

**บทคัดย่อ:** การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่จากหลักฐานเชิงประจักษ์ จากการสืบค้น พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพ จำนวนทั้งหมด 8 เรื่อง เป็นงาน meta-analysis 2 เรื่อง systematic review 1 เรื่อง และ randomized controlled trial 5 เรื่อง นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาประเมินคุณภาพ 3 ด้านตามเกณฑ์การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Polit & Becks (2006) ได้แก่ ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหา การมีความหมายในเชิงของศาสตร์ แนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ รวมทั้งการประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) พบว่าการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ มี 2 รูปแบบหลัก คือ Social Problem Solving Therapy (SPST) และ Problem Solving Therapy-Primary Care (PST-PC) ซึ่งเมื่อพิจารณาขั้นตอนของทั้งสองรูปแบบพบว่า มีขั้นตอนคล้ายกันอาจแตกต่างกันบางกระบวนการเท่านั้น กล่าวคือใน SPST จะเน้นที่องค์ประกอบ 2 ส่วน คือ 1) การรับรู้และการประเมินปัญหา และ 2) รูปแบบการแก้ปัญหา 4 ขั้นตอน ในขณะที่ PST-PC จะเน้นในเรื่องการมองปัญหาที่เป็นปัจจุบันและกระบวนการในการแก้ปัญหา โดยไม่ลงลึกถึงการปรับความคิดความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้และการประเมินปัญหา และมีรูปแบบการแก้ปัญหา 6 ขั้นตอน โดยพบว่าการบำบัดทั้ง SPST และ PST-PC นั้นมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าและสามารถใช้ได้ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia) และโรคซึมเศร้าที่มีอาการเล็กน้อย (minor depressive disorder) ทั้งนี้ก่อนนำข้อแนะนำไปใช้ควรมีการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลและเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและประชากรเป้าหมาย

วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26(3) 107-116

**คำสำคัญ:** การบำบัดโดยการแก้ปัญหา / โรคซึมเศร้า / อาการซึมเศร้า / วัยผู้ใหญ่ / การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

\*สารนิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

\*\*ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลโพธาราม ราชบุรี E-mail: kanumpong@hotmail.com

\*\*\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*\*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่อาจเกิดขึ้นได้กับบุคคลทั่วไปเมื่อต้องพบกับความสูญเสีย ความกดดัน หรือรู้สึกว่าคุณเองไร้ค่า แต่หากภาวะดังกล่าวรุนแรงมากขึ้นและเป็นเวลานานอาจเป็นสัญญาณเตือนของโรคซึมเศร้า องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นภาวะและความสูญเสียด้านสุขภาพซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือด<sup>1</sup> ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามี ความชุกของโรคซึมเศร้าสูงถึง 19 ล้านคนของประชากรในวัยผู้ใหญ่และมีการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years, DALYs) เป็นอันดับ 1 ในเพศหญิงและอันดับ 10 ในเพศชาย<sup>2</sup>

สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจทางระบาดวิทยาของโรคจิตเวชในประเทศไทยซึ่งเป็นการสำรวจระดับชาติของประชากรทั้ง 4 ภาคในกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) เมื่อปี 2546 พบว่าโรคซึมเศร้ามีความชุกสูงถึงร้อยละ 3.2 ซึ่งพบว่าเป็นความชุกในผู้หญิงร้อยละ 3.9 และในผู้ชายร้อยละ 2.4 โดยเริ่มพบมากตั้งแต่อายุ 35 ปีขึ้นไปทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย<sup>3</sup> และผู้หญิงมีอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายถึง 2 เท่า<sup>4</sup> โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียความสามารถอีกทั้งยังทำให้เกิดการฆ่าตัวตายซึ่งพบได้ในผู้ที่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามาก่อนถึงร้อยละ 60-70<sup>5</sup>

โรคซึมเศร้าเป็นภาวะทางคลินิกที่มีการแสดงออกของอาการทั้งทางร่างกายและจิตใจหลายอย่าง ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยการระบุไว้ 9 อาการ ได้แก่ 1) มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวันหรือแทบทุกวัน 2) มีความสนใจหรือความสุขในกิจกรรม

ต่าง ๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลง 3) มีน้ำหนักลดลงโดยไม่ได้ควบคุมอาหารหรือมีน้ำหนักเพิ่มมากขึ้น (น้ำหนักเปลี่ยนแปลงร้อยละ 5 ต่อเดือน) 4) มีอาการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารแทบทุกวัน 5) มีอาการนอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป 6) มีอาการกระสับกระส่ายหรือทำงานช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรง 7) รู้สึกว่าคุณเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป 8) สมรรถภาพหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลงหรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ 9) คิดถึงเรื่องการตาย คิดอยากตายหรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตาย โดยบุคคลจะต้องมีอาการเข้าตามเกณฑ์อย่างน้อย 5 อาการหรือมากกว่านั้น และมีอาการอยู่ร่วมกันนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และจะต้องมีอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อของอารมณ์ซึมเศร้าหรือเบื่อหน่ายไม่มีความสุข รวมถึงต้องมีความบกพร่องในหน้าที่การทำงานหรือสังคมร่วมด้วย ทั้งนี้อาการเหล่านี้ต้องไม่ได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากยาหรือสารเสพติด และอาการไม่ได้เกิดขึ้นเนื่องจากการสูญเสียบุคคลในครอบครัว<sup>6</sup> ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายมาพบแพทย์ด้วยอาการทางร่างกาย เช่น อาการเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ เหนื่อยง่าย แน่นหน้าอก รวมถึงอาการปวดเรื้อรังตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย<sup>7</sup>

ในส่วนของปัจจัยของการเกิดอาการซึมเศร้านั้นยังไม่สามารถระบุได้แน่ชัดแต่มีหลักฐานที่สนับสนุนว่าโรคซึมเศร้ามีสาเหตุและปัจจัยที่นำมาซึ่งการเจ็บป่วยหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic factors) และปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factors) ทั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านจิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งมักจะมี ความเชื่อมโยงกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิตซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

กับการเกิดโรคซึมเศร้า เช่น การถูกทำร้ายร่างกาย การหย่าร้าง ปัญหาทางการเงิน การตกงาน ปัญหาครอบครัว และการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก<sup>6</sup> เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ความเครียดเหล่านี้แล้วไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มองเห็นปัญหาเป็นภาพรวมไม่สามารถที่จะแยกปัญหาออกเป็นส่วนย่อย แล้วพิจารณาว่าปัญหาใดเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไขเป็นอันดับแรก มองไม่เห็นแนวทางในการแก้ปัญหา ขาดความสามารถในการใช้ความคิดไตร่ตรองถึงผลดีและผลเสียของแนวทางในการแก้ปัญหา ทำให้มองไม่เห็นศักยภาพของตนเอง ปฏิเสธและหลีกเลี่ยงปัญหา มองไม่เห็นจุดมุ่งหมายที่แท้จริงในการแก้ปัญหา เมื่อบุคคลขาดทักษะในการจัดการกับปัญหา ทำให้ปัญหาสะสมมากขึ้นและส่งผลให้บุคคลรู้สึกหมดหวังรวมถึงรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมาย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และไม่มีใครสามารถช่วยเหลือตนได้ ทำให้มีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและปัญหาอื่น ๆ ตามมาได้<sup>9</sup> โดยพบว่าคนที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงมีความเสี่ยงต่อการไร้ความสามารถเป็น 4.7 เท่าของคนที่ไม่มีอาการซึมเศร้า และลูกจ้างที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงไร้ความสามารถเป็น 4.3 เท่าของคนที่ไม่มีอาการ<sup>10</sup>

จะเห็นได้ว่าโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญที่จะต้องให้การดูแลรักษา ซึ่งในการรักษาทางยานั้นพบว่าเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพถึงร้อยละ 70-80 ในระยะเฉียบพลัน<sup>7</sup> ในส่วนของการบำบัดทางจิตสังคมพบว่าช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ดีในผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง<sup>11</sup> จากการทบทวนงานวิจัยพบว่ารูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (problem solving therapy) เป็นการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบหนึ่งซึ่งทำให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงทางด้านความคิดและพฤติกรรม อีกทั้งมีจุดเน้นอยู่ที่ปัจจุบันมากกว่าที่จะมองย้อนไปในอดีต<sup>12</sup> และรูปแบบการบำบัดนี้มีพื้นฐานจากรูปแบบการใช้เหตุผลหรือการแก้ปัญหาความเครียดและส่งเสริมความผาสุกของชีวิต และเป็นการบำบัดที่ต้องร่วมมือกันทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัด โดยเน้นบทบาทของผู้ป่วยเป็นหลักในเรื่องของการวางแผนและการหาแนวทางและวิธีการแก้ปัญหาในแต่ละกิจกรรมที่ทำการบำบัด มีความยืดหยุ่นทั้งในรูปแบบการรักษาและวิธีการบำบัด อีกทั้งยังมีการบำบัดที่แน่นอน สั้นกระชับไม่ซับซ้อน<sup>13,14</sup> โดยให้บุคคลสามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดและช่วยให้บุคคลมีความคิดความเชื่อต่อปัญหาในด้านบวก ก็จะนำมาซึ่งรูปแบบของการแก้ปัญหาในทางที่สร้างสรรค์และเป็นเหตุเป็นผล ทำให้มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ทักษะในการจัดการกับปัญหาอย่างหลากหลาย และเน้นให้ผู้ป่วยสามารถที่จะพัฒนาทักษะใหม่ในการเลือกจัดการกับปัญหาที่สำคัญได้<sup>15</sup> รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในอนาคตได้<sup>16</sup> และมองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายเกิดความอดทนและความพยายามว่าตนเองสามารถที่จะแก้ไขปัญหานั้นได้<sup>17</sup> จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่ใช้รูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในต่างประเทศ พบว่ามีจำนวนมากพอควรและครอบคลุมเกือบทุกกลุ่มประชากรทั้งในวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ สำหรับในประเทศไทยการนำรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาใช้ยังมีไม่มากนัก อีกทั้งยังไม่พบการนำหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาสังเคราะห์เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ที่จะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ ดังนั้นผู้ศึกษา

จึงมีความสนใจในการศึกษาถึงรูปแบบของการบำบัด โดยการแก้ปัญหา เพื่อช่วยในการลดอาการซึมเศร้า และส่งเสริมความสามารถและศักยภาพของผู้ป่วย ให้มองเห็นประเด็นปัญหาของตนเองและสามารถ จัดการกับปัญหาที่ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักฐาน เชิงประจักษ์เพื่อให้เกิดองค์ความรู้และนำไปสู่ความ เข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหา เพื่อลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่

### ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการ บำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในวัย ผู้ใหญ่

2. สามารถนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ไป พัฒนาให้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบำบัด โดยการแก้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ ที่เป็นมาตรฐานเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการด้าน สุขภาพจิตต่อไป

### วิธีการศึกษา

ขั้นตอนการดำเนินการเพื่อให้ได้ข้อแนะนำ เกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการ ลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่มีดังนี้

1. การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ มีขั้นตอน ต่อไปนี้

1.1 ใช้กรอบของ PICO<sup>18</sup> ในการสืบค้นโดย

**P (Population หรือประชากรที่ใช้):**

ประชากรวัยผู้ใหญ่ที่มีอาการของโรคซึมเศร้า (adults with depressive symptoms)

**I (Intervention หรือการบำบัดที่ใช้ ในการศึกษา):** รูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (problem solving therapy)

**C (Comparison intervention หรือ การบำบัดที่ใช้ในการเปรียบเทียบ):** ในที่นี้ไม่จำกัด การบำบัดที่ใช้ในการเปรียบเทียบ (none)

**O (Outcome หรือผลลัพธ์):** การลด ลงของอาการซึมเศร้า (reduction of depressive symptoms)

1.2 ขอบเขตในการสืบค้น คือใช้หลักฐาน ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษา อังกฤษ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000-2009 โดยใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์ทุกระดับและเป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

1.3 ฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น

- ฐานข้อมูลที่เป็น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) และการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ได้แก่ [www.Cochrane.org](http://www.Cochrane.org) และ [www.Joannabriggs.edu.au](http://www.Joannabriggs.edu.au)

- ฐานข้อมูลวิจัยเดี่ยว ได้แก่ PubMed, CINAHL, Blackwell Synergy, Science Direct, Ovid, Springer Link

- การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (reference list) ของบทความ หรืองานวิจัย

- การค้นคว้าด้วยมือจากงานวิจัยที่ ตีพิมพ์เผยแพร่เกี่ยวกับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา จากวารสารภาษาไทยที่ไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูล

1.4 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่

- Population คำที่ใช้ในการสืบค้น คือ adults

- Intervention คำที่ใช้ในการสืบค้น คือ problem solving therapy

- Comparison ไม่มี

- Outcome คำที่ใช้ในการสืบค้น คือ depressive symptoms, depressed, depression

2. การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก (clinical relevance) การมีความหมายหรือการมีคุณค่าในเชิงศาสตร์ (scientific merit) และแนวโน้มที่จะนำไปปฏิบัติ (implementation potential) ของโพลิตและเบ็ค<sup>19</sup> และระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้เกณฑ์ของเมลนิคและไฟน์เอาท์-โอเวอร์ฮอลล์<sup>18</sup> แบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ออกเป็น 7 ระดับ คือ ระดับ 1 เป็นหลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือ การวิเคราะห์อภิมาน ระดับ 2 หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่ม ระดับ 3 หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่ม ระดับ 4 หลักฐานจากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลังหรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้า ระดับ 5 หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ ระดับ 6 หลักฐานจากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพ ระดับ 7 หลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะและ/หรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง

3. การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ และการจัดทำข้อเสนอแนะ

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดมีจำนวน 8 เรื่อง ซึ่งประกอบด้วยงานวิจัยที่เป็น 1) meta-analysis จำนวน 2 เรื่อง 2) systematic review จำนวน 1 เรื่อง และ 3) randomized controlled trial จำนวน 5 เรื่อง เมื่อนำหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดมาประเมินคุณภาพแล้วพบว่า เนื้อหาตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือ การลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ และจำนวนหลักฐานเชิง

ประจักษ์มีมากเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์ จึงนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาวิเคราะห์ สกัดเนื้อหาหลังตารางรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) โดยมีหัวข้อสำคัญดังนี้คือ คุณลักษณะของผู้เข้ารับบำบัดและผู้บำบัด จำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัด รูปแบบการบำบัด ผลการวิจัย การประเมินผลและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล จากนั้นนำเนื้อหาแต่ละส่วนมาสังเคราะห์ และจัดทำเป็นข้อเสนอแนะได้ข้อแนะนำ (recommendation) ดังนี้

### 1. คุณสมบัติของผู้เข้ารับบำบัด<sup>13,14,20-25</sup>

1.1 วัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18-65 ปี และยินยอมเข้าร่วมการบำบัด

1.2 ใช้เกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (DSM III, IV-TR) หรือขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder: MDD) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia) และโรคซึมเศร้าที่มีอาการเล็กน้อย (minor depression) โดยจะต้องมีอาการเศร้าหรือไม่มีความสุขในชีวิต

1.3 ได้รับการประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D, HRSD) ชนิด 17 ข้อคำถาม ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน ในกลุ่มโรคซึมเศร้าที่มีอาการเล็กน้อย และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง หรือ HAM-D, HRSD ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 13 คะแนน ในกลุ่มโรคซึมเศร้า

1.4 ไม่มีอาการทางจิตร่วมด้วย ไม่ติดยา ไม่ใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ ไม่มีภาวะฆ่าตัวตาย

### 2. คุณสมบัติของผู้บำบัด<sup>14,20,23-24</sup>

2.1 เป็นบุคลากรทางสุขภาพ เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์

2.2 มีคุณวุฒิทางการศึกษาในระดับปริญญาโทหรือเอก ทางด้านจิตวิทยาหรือการให้คำปรึกษา



2.3 ได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1-2 วัน โดยจะต้องเรียนรู้ทั้งทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ

### 3. กระบวนการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

รูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหามี 2 รูปแบบหลักคือ Social Problem Solving Therapy (SPST) และ Problem Solving Therapy-Primary Care (PST-PC) ซึ่งเมื่อพิจารณาในแต่ละขั้นตอนของทั้งสองรูปแบบพบว่า มีขั้นตอนการบำบัดคล้ายกัน อาจแตกต่างกันในบางกระบวนการเท่านั้น โดยรูปแบบการบำบัดทั้ง SPST และ PST-PC นั้นมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าได้ โดยมีขั้นตอนของการบำบัด ดังนี้ 13-14,20-25

#### 1. รูปแบบการบำบัดแบบ Social Problem Solving Therapy (SPST)

มีขั้นตอนของการบำบัดดังนี้

**ขั้นที่ 1 การรับรู้และการประเมินปัญหา (Problem orientation)** เป็นการประเมินการรับรู้และการประเมินปัญหาของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมีการรับรู้และการประเมินปัญหาในทางบวก (positive problem orientation) หรือในทางลบ (negative problem orientation) โดยประเมินในเรื่องต่างๆ ดังนี้

- การรับรู้ปัญหาของบุคคล (problem perception) เป็นการรับรู้และตระหนักว่ามีปัญหาเกิดขึ้น

- การพิจารณาสาเหตุของปัญหา (problem attribution) เป็นการพิจารณาเพื่อหาสาเหตุของปัญหาว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นมีสาเหตุจากอะไร

- การประเมินปัญหาที่เกิดขึ้น (problem appraisal) ว่ามีผลต่อบุคคลอย่างไร เช่น ประเมินว่าเป็นสิ่งที่ทำลายหรือประเมินว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม

- การรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมปัญหา (perceived control) เป็นการประเมินว่าตนมีความสามารถเพียงพอในการจัดการกับปัญหาหรือไม่

**ขั้นที่ 2 รูปแบบการแก้ปัญหา (Problem solving style)** เป็นการประเมินรูปแบบการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย โดยประเมินว่าผู้ป่วยมีการจัดการกับปัญหาอย่างไร มี 4 ขั้นตอนหลักคือ

2.1 การให้ความหมายและการกำหนดปัญหา (Problem definition and formulation) เป็นขั้นตอนที่ใช้พูดคุยถึงประเด็นเกี่ยวกับปัญหาและการวางแผนเป้าหมายในการจัดการกับปัญหา

2.2 การพิจารณาหาแนวทางหรือวิธีการแก้ปัญหาในหลายๆ รูปแบบ (Generation of alternative solution) การหยาบยกประเด็นปัญหาของผู้ป่วยขึ้นมา โดยทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดร่วมกันระดมสมองเพื่อหาแนวทางในการจัดการกับปัญหา

2.3 การตัดสินใจเลือกแนวทางในการแก้ปัญหา (Decision making) เป็นขั้นตอนที่จะให้ผู้ป่วยพิจารณาข้อดีข้อเสียของแนวทางการแก้ปัญหาแต่ละวิธี และตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสม

2.4 การนำแนวทางการแก้ปัญหาไปใช้และการตรวจสอบ (Solution implementation and verification) เมื่อได้แนวทางการแก้ปัญหาแล้วจึงนำแนวทางไปใช้ตามแผนการที่ได้วางไว้ และให้ผู้ป่วยประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เพื่อประเมินว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นเป็นอย่างไร

#### 2. รูปแบบการบำบัดแบบ Problem Solving Therapy-Primary Care (PST-PC)

มีรูปแบบของการบำบัด ดังนี้

ครั้งที่ 1 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ

1. การสร้างสัมพันธภาพ และการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและรูปแบบการบำบัด โดยอธิบายวัตถุประสงค์และรูปแบบการบำบัด การให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการทำความเข้าใจปัญหา และการอธิบายให้เห็นถึงอาการซึมเศร้าที่เชื่อมโยงกับปัญหาที่เกิดขึ้น

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการแก้ปัญหา ซึ่งมีทั้งหมด 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การระบุปัญหาและทำให้ปัญหา มีความชัดเจน (Clarification and definition of problems) เป็นขั้นตอนของการแยกแยะปัญหาและระบุให้ได้ว่าปัญหาคืออะไร อะไรเป็นปัญหาเร่งด่วน ที่จะต้องได้รับการจัดการก่อน

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดจุดมุ่งหมายที่เป็นไปได้ในการจัดการกับปัญหา (Choice of achievable goals) เป็นขั้นตอนของการกำหนดจุดมุ่งหมายโดยตัวผู้ป่วยเองในการแก้ปัญหา โดยจะต้องมีความเป็นไปได้และมีอุปสรรคน้อยที่สุด

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินแนวทางในการจัดการกับปัญหา (Generation of solutions) เป็นขั้นตอนของการระดมสมองเพื่อพิจารณาหาแนวทางในการแก้ปัญหาในหลาย ๆ รูปแบบ

ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการกับปัญหา (Choice of preferred solutions) เป็นขั้นตอนของการพิจารณาถึงข้อดีและข้อเสียของแต่ละแนวทางในการแก้ปัญหา และตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 5 การนำแนวทางในการแก้ปัญหาไปใช้ (Implementation of solutions) เป็นขั้นตอนของการนำแนวทางการแก้ปัญหาไปใช้ในการจัดการกับปัญหาที่มีอยู่

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนของการประเมินผลของการนำแนวทางการแก้ปัญหาไปใช้

ครั้งที่ 2-6 เป็นขั้นตอนของการอภิปรายผลเกี่ยวกับการนำรูปแบบการแก้ปัญหาไปใช้ในครั้งก่อนว่า ได้ผลเป็นอย่างไรและมีอะไรที่ต้องนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข โดยในการบำบัดจะให้ความสนใจเกี่ยวกับการนำกลยุทธ์ของ PST-PC ซึ่งจะมีการยกประเด็นของปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งของการบำบัดมาอภิปราย จากนั้นจะนำประเด็นปัญหาใหม่มาวิเคราะห์ตามแนวทางการจัดการกับปัญหา 6 ขั้นตอน

#### 4. ระยะเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรม

4.1 การบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบ SPST มีจำนวนครั้งในการบำบัด 9 ครั้ง ในระยะเวลาของการบำบัด 12 สัปดาห์ ส่วนการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบ PST-PC ใช้จำนวนครั้งในการบำบัด 6 ครั้ง ในระยะเวลาประมาณ 9-11 สัปดาห์ โดยในครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 60 นาที และในครั้งที่ 2-6 ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที<sup>13-14,20,22-25</sup>

#### 5. การประเมินผลโปรแกรม

5.1 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลผลลัพธ์ คือ การลดลงของอาการซึมเศร้า โดยมีการใช้แบบประเมิน 2 แบบคือ

5.1.1 Hamilton Rating Scale for Depression: (HAM-D) หรือ (HDRS) เป็นแบบวัดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มี 17 ข้อคำถาม<sup>13,23-24</sup>

5.1.2 Beck Depression Inventory: (BDI) เป็นแบบประเมินอาการซึมเศร้า ซึ่งผู้รับการบำบัดประเมินด้วยตนเอง มี 21 ข้อคำถาม<sup>13-14,24</sup>

#### 5.2 ระยะเวลาติดตามประเมินผล

การประเมินผลอาการซึมเศร้า มีการประเมินก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และติดตามผลใน 3 เดือน 6 เดือนและ 1 ปี<sup>13-14,20-25</sup>

## ข้อเสนอแนะจากการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติงาน

1. ก่อนนำข้อแนะนำไปใช้ควรพัฒนาเป็นคู่มือหรือแนวปฏิบัติที่มีขั้นตอนชัดเจน เพื่อให้บุคลากรทางสาธารณสุขที่มีหน้าที่รับผิดชอบสามารถนำไปปฏิบัติได้เป็นแนวทางเดียวกัน

2. การนำรูปแบบการบำบัดไปใช้ในหน่วยงานนั้นพยาบาลมีบทบาทอิสระในการนำรูปแบบการบำบัดไปใช้ โดยผู้ป่วยจะได้รับการประเมินอาการซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ซึ่งถ้าพบว่ามีอาการซึมเศร้าจะสามารถให้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาได้อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ารุนแรงจะต้องส่งพบแพทย์เพื่อให้การรักษาด้วยยาให้อาการดีขึ้นก่อนแล้วจึงให้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือ

3. ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการบำบัดโดยการแก้ปัญหให้กับเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่รับผิดชอบก่อนที่จะนำรูปแบบการบำบัดไปใช้

4. ควรมีโครงการศึกษานำร่องเพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหในหน่วยงาน

5. เนื่องจากรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นการนำรูปแบบการบำบัดมาใช้ในการช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยซึ่งไม่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ดังนั้นในส่วนของ การบำบัดผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย อาจจะต้องทำการศึกษาลักษณะเชิงประจักษ์เพิ่มเติมว่ามีรูปแบบการบำบัดใดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

## เอกสารอ้างอิง

1. Murray JL, Lopez AD. The global burden of diseases and injury series, Volume 1: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injury, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Harvard University Press. 1996
2. Michaud C, Murray C, Bloom B. Burden of disease: implications for future research. *JAMA* 2001; 285: 535-9.
3. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และอัจฉรา จรัสสิงห์. ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย, การสำรวจระดับชาติปี 2546. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2546; 3: 177-88
4. สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. ปัจจัยของสภาพเศรษฐกิจและพฤติกรรมที่มีผลต่อโรคซึมเศร้า. *กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข*. 2548.
5. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. โรคซึมเศร้า เสาเหตุ การฆ่าตัวตาย. *วารสารต้นคิด* 2552; 2
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (4<sup>th</sup> ed. Text rev.). Washington, DC. American Psychiatric Association, 2000
7. มาโนช หล่อตระกูล. *โรคอารมณ์แปรปรวน: จิตเวชศาสตร์รามธิบดี พิมพ์ครั้งที่ 3*. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษย์ (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร: บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2548.
8. กรมสุขภาพจิต. *แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด พิมพ์ครั้งที่ 2*. อุบลราชธานี: หจก ศิริธรรมออฟเซต; 2551.



9. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด. (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1).** โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2552
10. อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์. การประเมินอาการซึมเศร้า: ข้อคิดในการเลือกใช้เครื่องมือ. **วารสารสภาการพยาบาล** 2549; 21(2): 17-29.
11. พัชรี วัฒนบุปผา, พรรษา เศรษฐบุปผา, ขวัญพนมพร ธรรมไทย. ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าของคนพิการ. **พยาบาลสาร** 2551; 35(3): 121-9.
12. Mynors-Wallis ML. Problem-solving treatment in general psychiatric practice. **APT** 2001; 7: 417-25.
13. Gellis DZ, Kenaley B. Problem solving therapy for depression in adults: a systematic reviews. **Soc Work Pract** 2008; 18(2): 117-31.
14. Dowrick C, Dunn G, Ayus-Mauos LJ, Dalgard SO, Page H, Lehtinen V, et al. Problem solving treatment and group psychoeducation for depression in adults: Multicentre randomised controlled trial. **BMJ** 2000; 321: 1-6.
15. Nezu AM, D’Zurilla TJ. Problem solving skills training. In Fink G. editors. **Encyclopedia of stress** (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Elsevier; 2002.
16. Pierce D, Gunn J. Using problem solving therapy in general practice. **Aust Fam Physician** 2007; 36(3): 230-3.
17. D’Zurilla TJ. Problem-solving therapy. In Dobson KS. editors. **Handbook of Cognitive-behavioral therapies.** London: Hutchison; 1988. p. 85-135.
18. Melnyk, BM, Fineout-Overholt E. **Evidence-base practice in nursing and healthcare: a guide to best practice.** Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
19. Polit DF, Beck TR. **Nursing research principle and methods.** (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott. Williams & Wilkins; 2006.
20. Oxman ET, Hegal TM, Hull GJ, Dietrich JA. Problem-solving treatment and coping styles in primary care for minor depression. **J Consult Clin Psychol** 2008; 76(6): 933-43.
21. Cuijper P, Straten VA, Warmerdam L. Problem solving therapies for depression in adults: a meta-analysis. **Eur J Psychiat** 2007; 22: 9-15.
22. Barrett EJ, Williams J, Oxman ET, Frank E, Katon W, Sullivan M, Hegel TM, et. al. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: a randomised trial in patients 18 to 59 years. **J Fam Pract** 2001; 50(5): 405-12.
23. Oxman ET, Barrett EJ, Sengupta A, Katon W, Williams WJ, Frank E, et. al. Status of minor depression or dythymia in primary care following a randomized controlled treatment. **Gen Hosp Psych** 2001; 23: 301-10.
24. Mynors-Wallis ML, Gath HD, Day A, Baker F. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication and combined treatment for major depression in primary care. **BMJ** 2000; 320: 26-30.
25. Bell CA, D’Zurilla JT. Problem solving therapy for depression: a meta-analysis. **Clin Psychol Rev** 2009; 29(4): 348-53.

## Problem Solving Therapy for Reducing Depressive Symptoms in Adults: Evidence-Based Nursing\*

Sunisa Sriramon M.N.S\*\*

Atittaya Pornchaikate Au-Yeong, Ph.D. (Nursing)\*\*\*

Acharaporn Seeherunwong D.N.S\*\*\*\*

**Abstract:** The objective of this study was to examine the problem solving therapy used to reduce depressive symptoms in adults based on empirical evidence. According to the evidence, 8 qualified studies were obtained which comprised 2 meta-analysis, 1 systematic review, and 5 randomized controlled trial studies. The quality of these studies was assessed by using three criteria for evaluating evidence proposed by Polit & Becks (2006); that is clinical relevance, scientific merit, and implementation potential. The strength of the evidence was assessed based on the criteria proposed by Melnyk & Fineout-Overholt (2005). The problem solving therapy to reduce depressive symptoms in adults was divided into 2 main types: Social Problem Solving Therapy (SPST) and Problem Solving Therapy-Primary Care (PST-PC). These two types were similar with certain differences in their procedures. SPST consisted two components: 1) problem orientation and 2) problem solving styles with a 4-step process. PST-PC focused mainly on seeking to understand the current problem and the problem solving process which might not emphasize on changing individuals' thoughts or beliefs. The process had 6 steps. Both SPST and PST-PC have been found to be effective in reducing depressive symptoms. Both therapies can be used with patients with major depressive disorders, dysthymia, and minor depression. Before implementing this recommendation, a nursing practice guideline should be developed with the considerations of clinical settings and target population.

*Thai Journal of Nursing Council 2011; 26(3) 107-116*

**Keywords:** Problem solving therapy/ Depressive disorders/ Depressive symptoms/ Adult/ Evidence-Based Nursing

---

\*Thematic Paper for the Degree of Master of Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing), Mahidol University

\*\*Corresponding author, Registered Nurse, Photharam Hospital, Ratchaburi, E-mail: kanumpong@hotmail.com

\*\*\*Lecturer, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

\*\*\*\*Associate Professor, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University