(Original Article)

The Effect of Problem-Solving Therapy with Family Participation Program on Depressive Symptoms of Adult Persons with Major Depressive Disorder

*Sqn.Ldr. Rattikan Sringam, M.S.N, *Asst.Prof.Dr. Sudaporn Stithyudhakarn
Faculty of Nursing Chulalongkorn University
Correspondence to: rattikan43mut@gmail.com
(Received : 27 July 25, Revised : 21 Nov. 25, Accepted : Mar. 26)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness of the problem-solving therapy with family participation program in reducing depressive symptoms among adults with major depressive disorder. A total of 64 patients aged 20–59 years receiving psychiatric care at a tertiary hospital in Bangkok were randomly assigned to an experimental group (n = 32), which received the intervention, or a control group (n=32), which received standard nursing care. Research instruments included 1) Data collecting tools composed of problem-solving therapy with family participation program and the BDI-II and 2) Intervention monitoring tools, problem-solving inventory and shared care assessment, with strong content validity (CVI = 1.00 and 1.00) and reliability (Cronbach's alpha = 0.89 and 0.79), data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon Signed-Ranks Test, and the Mann-Whitney U Test.

The results indicated a statistically significant reduction in depressive symptoms within the experimental group after the intervention ($p < 0.05$), and in comparison to the control group ($p < 0.05$). These findings suggest that the problem-solving therapy with family participation program is effective in alleviating depression in adult patients.

Keywords: problem-solving therapy, family participation, depressive symptoms, adults with major depressive disorder.

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 71 No. 2 July - December 2025

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่

น.ต.หญิง รัตติกาล ศรีงาม, พย.ม., ผศ.ดร. สุดาพร สถิตยุทธการ
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่รับการรักษาจากแผนกจิตเวช โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

แบบครอบครัวมีส่วนร่วม ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และ 2) เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสำรวจการแก้ปัญหา แบบประเมินการดูแลร่วมกัน สำหรับการกำกับการทดลอง เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89 และ 0.79 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test และ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีอาการซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีศักยภาพในการช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่

คำสำคัญ: โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา, อาการซึมเศร้า, ครอบครัวมีส่วนร่วม, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประมาณ 280 ล้านคน หรือร้อยละ 3.8 ของประชากรโลก ซึ่งพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย พบในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 5.0 และมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจำนวนกว่า 700,000 คนในทุกปี[1] รวมถึงข้อมูลจากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) ในปี ค.ศ. 2020 พบว่า ผู้ใหญ่ช่วงอายุ 18-64 ปี ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 59.8[2] จากการทบทวนวรรณกรรมในประชากรแถบเอเชียช่วงปี ค.ศ. 2000-2020 ชี้ให้เห็นว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 1.7-37.35[3-5] และยังพบอีกว่าจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้นในระหว่างปีที่มีการระบาดของโควิด-19[6,7] ในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 1.8-4.4[4] นอกจากนี้ยังพบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปี พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2565 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มจาก 332,618 คน เป็น 359,737 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในช่วงวัยผู้ใหญ่[4] ข้อมูลการสำรวจสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2566 ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 1,212, 1,361, 1,331, 1,531 และ 4,402 คน ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่โดยปี 2566 มีจำนวนถึง 2,617 คน ส่วนใหญ่มีอาการระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในปี 2565-2566 จากจำนวน 164 คน เพิ่มเป็น 428 คน สูงขึ้นถึง 2.6 เท่า[8] ผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในระยะรักษาตัวต่อเนื่องซึ่งยังมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 80 นอกจากนี้ยังพบว่าวัยผู้ใหญ่มีการป่วยซ้ำของโรคซึมเศร้าสูงกว่าวัยอื่น ๆ[9,10]

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ที่มีการป่วยซ้ำมักประสบกับผลกระทบต่อการขาดงานบ่อย การสูญเสียอาชีพ ปัญหาเศรษฐกิจ นอกจากนี้ผู้ป่วยมักมีความบกพร่องในการจัดการปัญหาในชีวิตประจำวัน ไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทในครอบครัวและสังคมได้อย่างเหมาะสม หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม อาการซึมเศร้าอาจกำเริบและรุนแรงขึ้นจนถึงขั้นฆ่าตัวตาย[11,12] ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการสังเกตอาการและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ[9] การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างเข้าใจ ช่วยให้เกิดการสื่อสารที่ดี ร่วมกันตัดสินใจแก้ปัญหา ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี[13] และส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากอาการซึมเศร้าได้เร็วขึ้น[10,14-16]

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้อาการซึมเศร้ายังคงอยู่หรือกำเริบ ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติทางลบ[17] สัมพันธภาพในครอบครัวห่างเหิน[18] และความสามารถในการแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ[19] การมีครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดี มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า มีบทบาทในการช่วยตัดสินใจและดูแลผู้ป่วยเป็นปัจจัยปกป้องที่ช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยได้[17]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (problem-solving therapy) เป็นวิธีที่ช่วยลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศ[20,21] ซึ่งในประเทศไทยมีการนำการบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาใช้ทั้งในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย และโรคทางจิต ซึ่งผลการศึกษาพบว่าสามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ และลดการกลับเป็นซ้ำในระยะ 1-3 เดือน ภายหลังการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ[22]

จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการบำบัดด้วยการแก้ปัญหามีประสิทธิผลในการลดอาการซึมเศร้า แต่การบำบัดส่วนใหญ่มุ่งเน้นเฉพาะที่ตัวผู้ป่วยโดยไม่ได้คำนึงถึงบริบทของครอบครัว ทั้งที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่มีภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบ และปัญหาชีวิตที่ซับซ้อนมากกว่าวัยอื่น ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยทั้งทักษะในการแก้ปัญหาและแรงสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อฟื้นฟูสุขภาพจิตอย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตามยังไม่ค่อยพบเกี่ยวกับงานวิจัยที่ศึกษาการบูรณาการแนวคิดการแก้ปัญหาร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างชัดเจนในประเทศไทย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการแก้ปัญหาของ Nezu, Nezu และ D'Zurilla[21] และการดูแลร่วมกันของ Sebern[13] มาใช้บำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากสามารถนำมาจัดกระทำกับความสามารถในการแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้มีมุมมองต่อปัญหาทางบวกสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ความคิดอัตโนมัติด้านลบลดลง ทำให้อาการซึมเศร้าลดลงได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่

2. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจัยที่ทำให้อาการซึมเศร้ายังคงอยู่ ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติทางลบ[17] สัมพันธภาพในครอบครัวห่างเหิน[18] และความสามารถในการแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ[19] การวิจัยนี้นำแนวคิดการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (problem-solving therapy, PST) ของ Nezu, Nezu และ D'Zurilla[21] มุ่งส่งเสริมการเข้าใจปัญหาอย่างเป็นจริงและปรับมุมมองต่อปัญหาในเชิงบวก ลดความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการปัญหา ผู้ป่วยจะได้รับการส่งเสริมให้ใช้กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลและวางแผนการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ โดยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การทำความเข้าใจในปัญหา 2) การกำหนดปัญหาและเป้าหมาย 3) การค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา 4) การตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสม 5) การปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์[23,24] มาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแล (shared care) ของ Sebern[13] ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) การสื่อสาร 2) การตัดสินใจ 3) การกระทำร่วมกัน ที่นำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมวิเคราะห์เกิดการสื่อสาร ตัดสินใจ และลงมือแก้ปัญหาร่วมกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญและจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลงและสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ อายุ 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง เลือกจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) มีคะแนนอาการซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 14-28 คะแนน และมีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน 2) ได้รับยากลุ่มต้านเศร้าตามแผนการรักษาตั้งแต่ 6 สัปดาห์ขึ้นไป 3) สามารถสื่อสารฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ดี และ 4) ยินยอมและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทั้ง 6 กิจกรรม 6 สัปดาห์ 2) มีอาการรุนแรงทางจิตหรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และ 3) ย้ายไปรับการรักษาที่อื่น

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดอำนาจทดสอบที่ 0.80 ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ขนาดอิทธิพล 0.79 จากงานวิจัยของ Cuijpers et. al.[20] เรื่อง problem-solving therapy for adult depression: an updated meta-analysis ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 54 ราย ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20[25] เพื่อป้องกันการสูญหาย ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาของ Nezu และ D'Zurilla[21] และแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแล (shared care) ของ Sebern[13] ได้รับการตรวจสอบและประเมินคุณภาพของโปรแกรมและคู่มือโดยผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 1 ท่าน นักจิตวิทยาคลินิก จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ได้รับวุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 1 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้โปรแกรมมีความชัดเจนและถูกต้อง ผลการตรวจสอบโปรแกรมได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruenceม IOC) 0.82 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (try-out) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ครอบครัว ก่อนนำไปใช้จริงโดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัว ประกอบด้วย 6 กิจกรรม เป็นเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นานครั้งละ 60 นาที ดังนี้

1) กิจกรรมที่ 1 สร้างความสัมพันธ์ ทำความรู้จักกับโรคซึมเศร้า โดยใช้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการรักษาและการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือ และเข้าใจโรคซึมเศร้ารวมถึงวิธีการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง

2) กิจกรรมที่ 2 ค้นหา ระบุปัญหา และกำหนดเป้าหมายการแก้ปัญหาร่วมกัน โดยมุ่งเน้นที่ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว และตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

3) กิจกรรมที่ 3 ปรับมุมมองต่อปัญหาทางลบให้เป็นทางบวก โดยฝึกสร้างมุมมองทางบวกต่อปัญหาและฝึกการผ่อนคลายอารมณ์ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดมุมมองต่อปัญหาร่วมกันในทางบวก

4) กิจกรรมที่ 4 ค้นหาทางเลือกที่หลากหลายและเหมาะสม เลือกวิธีแก้ปัญหาและลงมือแก้ปัญหาร่วมกัน โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาแนวทางแก้ปัญหาที่หลากหลายในมุมมองที่สร้างสรรค์ นำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสม และลงมือฝึกแก้ปัญหาจากสถานการณ์จำลองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) กิจกรรมที่ 5 ติดตามการแก้ปัญหา โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวติดตามผลสำเร็จของการแก้ปัญหาของครอบครัวว่าเป็นไปตามเป้าหมาย หรือควรปรับเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาให้เหมาะสมเพิ่มขึ้น

6) กิจกรรมที่ 6 ทบทวนและประเมินผลลัพธ์การแก้ปัญหา โดยผู้วิจัย ผู้ป่วยและครอบครัวทำการทบทวนเกี่ยวกับขั้นตอนการแก้ปัญหา รวมทั้งติดตามประเมินผลจากการแก้ปัญหาต่อเนื่อง และประเมินผลลัพธ์ของการแก้ปัญหา

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว (ผู้ดูแล) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือของ ศราวุธ ราชมณี, สุชาดา กรเพชรปาณี และ พีร วงศ์อุปราช[26] ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินของ Beck[27] (BDI-II) ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็นคำถามอาการทางจิตใจ 15 ข้อ อาการทางร่างกาย 6 ข้อ แบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า 4 ระดับ คือ 0-13 คะแนน อาการซึมเศร้าระดับน้อยที่สุด 14-19 คะแนน อาการซึมเศร้าระดับน้อย 20-28 คะแนน อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง และ 29-63 คะแนน อาการซึมเศร้าระดับรุนแรง ผู้วิจัยไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทยซ้ำอีก เนื่องด้วยเป็นเครื่องมือมาตรฐานสากลที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.81 และค่าความเที่ยงทั้งฉบับ (reliability) เท่ากับ 0.86

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 แบบสำรวจการแก้ปัญหา (Problem solving inventory, PSI) ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือของ เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา, สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์ และ มาลัย เฉลิมชัยนุกูล[28] ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินของ Heppner และ Petersen[29] จำนวน 35 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก (positive items) และข้อคำถามเชิงลบ (negative items) 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ความมั่นใจในการแก้ปัญหา 2) ลักษณะการเผชิญหรือหลบเลี่ยงปัญหา 3) การควบคุมตนเองในการแก้ปัญหา เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวกมีเกณฑ์ให้คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 6 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบมีเกณฑ์ให้คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 6 คะแนน จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน คะแนนรวม 32-192 คะแนน แบ่งระดับคะแนน ดังนี้ 32-85 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการแก้ปัญหาสูง 86-139 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการแก้ปัญหาปานกลาง 140-192 หมายถึง ความสามารถในการแก้ปัญหาต่ำ ตรวจค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89

3.2 แบบประเมินการดูแลร่วมกัน (Shared care instrument-3, SCI-3) ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือของ ศศิพิมพ์ ไพโรจน์กิตระกูล, ธีรนุช ห้านิรัติศัย และ ศุภชัย ฐิติอาชากุล[30] ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินของ Seburn[13] จำนวน 19 ข้อ เป็นแบบวัดการตอบสนองให้ความช่วยเหลือทั้ง 3 มิติ ได้แก่ 1) การสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ มีคะแนนอยู่ในช่วง 5-30 คะแนน เป็นการคิดคะแนนแบบย้อนกลับ 2) การตัดสินใจ จำนวน 6 ข้อ มีคะแนนอยู่ในช่วง 6-36 คะแนน และ 3) การมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จำนวน 8 ข้อ มีคะแนนอยู่ในช่วง 8-48 คะแนน ค่าเกณฑ์ให้คะแนน 1-6 คะแนน 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีการตอบสนองการให้ความช่วยเหลือ (มีการดูแลร่วมกันต่ำ) จนถึง 6 คะแนน หมายถึง มีการตอบสนองการให้การช่วยเหลือมากที่สุด (มีการดูแลร่วมกันสูง) ถ้าคะแนนรวมแต่ละมิติต่ำ หมายถึง ความร่วมมือในการดูแลต่ำ ยกเว้นด้านการสื่อสารที่จะแปลผลตรงกันข้ามตรวจค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการศูนย์วิจัยและพัฒนาสิ่งประดิษฐ์คิดค้นทางการแพทย์ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย เมื่อวันที่ 17 เมษายน 2568 IRB No.35/68 ภายหลังได้รับการรับรอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ อธิบายกลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกหรือขอถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา ข้อมูลวิจัยจะเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หากยินดีเข้าร่วมจึงลงนามในเอกสารเข้าร่วมวิจัย ถ้ามีข้อสงสัยสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้โดยตรง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผู้วิจัยได้ประสานงานกับหัวหน้าแผนกจิตเวช เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเวชระเบียน และจับคู่กลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันเพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อน โดยควบคุมตัวแปรคือ เพศและระดับอาการซึมเศร้า[31] จัดเข้ากลุ่มทดลองและควบคุมด้วยวิธีการสุ่มแบบจัดบล็อก (blocked randomized) เพื่อป้องกันอคติในการจัดกลุ่ม จากนั้นนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมตามแผนการวิจัย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยกำกับการทดลองทันทีในกลุ่มทดลอง โดยผู้ป่วยใช้แบบสำรวจการแก้ปัญหา และครอบครัวใช้แบบประเมินการดูแลร่วมกัน ในสัปดาห์ที่ 8 (ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม 2 สัปดาห์) ผู้วิจัยขอนัดหมายกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูล โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติการทดสอบ Wilcoxon Signed-Ranks Test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติการทดสอบ Mann-Whitney U-Test

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ระหว่างการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการ drop out รวมทั้งสิ้น 4 คน ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 คน และกลุ่มควบคุม 2 คน ภายหลังจากการคัดออกจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ซึ่งผลการวิจัยมี ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี อายุเฉลี่ย 35.85 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี และระยะเวลาการเป็นซึมเศร้า อยู่ระหว่าง 2 เดือน ถึง 12 ปี

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยด้วยสถิติ Chi-square

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		รวม (N=60)		X^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ								
ชาย	7	23.3	7	23.3	14	23.3	0.000	1.0
หญิง	23	76.7	23	76.7	46	76.7		
อายุ (ปี)								
20-29	9	30.0	8	26.7	20	33.3		
30-39	17	56.7	7	23.3	22	36.7	13.044	0.005*
40-49	4	13.3	7	23.3	10	16.7		
50-59	0	0	8	26.7	8	13.3		
อายุน้อยสุด-มากสุด	20-49		20-59		20-59			
ค่าเฉลี่ยอายุ (SD)	32.07 (7.38)		39.63 (12.63)		35.85 (10.94)			
สถานภาพสมรส								
โสด	20	66.7	13	43.3	33	55.0		
คู่	9	30.0	14	46.7	23	38.3	3.572	0.168
หม้าย/หย่าร้าง/แยก	1	3.3	3	10.0	4	6.7		
ระดับการศึกษา								
มัธยม/ปวช./ปวส.	2	6.7	9	30.0	11	18.3		
ปริญญาตรี	23	76.7	17	56.7	40	66.7	5.466	0.065
สูงกว่าปริญญาตรี	5	16.7	4	13.3	9	15.0		
ระยะเวลาการป่วย								
เป็นโรคซึมเศร้า								
น้อยกว่า 2 ปี	10	3.3	18	60.0	28	46.7	7.619	0.022*
2-5 ปี	15	50.0	5	16.7	20	33.3		
มากกว่า 5 ปี	5	16.7	7	23.3	12	20.0		
ระยะเวลาน้อยที่สุด-มากที่สุด(เดือน)	2-96		2-144		2-144			

**p<0.05*

2. ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดา/มารดา/บุตร เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 21-76 ปี อายุเฉลี่ย 48.10 ปี และมีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยระหว่าง 6 เดือน ถึง 10 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 3 ปี

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลด้วยสถิติ Chi-square

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		รวม (N=60)		X^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย								
บิดา/มารดา/บุตร	14	46.7	13	43.3	27	45.0		
สามี/ภรรยา	9	30.0	12	40.0	21	35.0	0.799	0.671
พี่/น้อง	7	23.3	5	16.7	12	20.0		
เพศ								
ชาย	9	30.0	15	50.0	24	40.0	1.736	0.188
หญิง	21	70.0	15	50.0	36	60.0		
อายุ (ปี)								
20-29	3	10.0	5	16.7	9	15.0		
30-39	5	16.7	5	16.7	9	15.0		
40-49	6	20.0	3	10.0	12	20.0		
50-59	12	40.0	10	33.3	21	35.0		
>60	4	13.3	7	23.3	9	15.0		
อายุน้อยสุด-มากสุด	24-71		21-76		21-76			
ค่าเฉลี่ยอายุ (SD)	47.73 (12.18)		48.47 (14.88)		48.10 (13.49)			
ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย								
น้อยกว่า 2 ปี	14	46.7	20	66.7	34	56.7		
มากกว่า 2 ปี	16	53.3	10	33.3	26	43.3	2.44	0.118
เวลาน้อยสุด-มากสุด (เดือน)	4-72		6-120		6-120			
ระยะเวลาเฉลี่ย (SD)	32.80 (19.02)		38.20 (36.49)		35.50 (28.98)			

**p<0.05*

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 8.30 คะแนน (SD = 6.23) ซึ่งลดลงถึง 10.57 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม และค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการซึมเศร้าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมถึง 10.57 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับอาการซึมเศร้า และเปรียบเทียบค่าคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

คะแนนอาการซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มควบคุม (n=30)			Z	P-value
	พิสัย	$\bar{X}$±SD	ระดับอาการซึมเศร้า	พิสัย	$\bar{X}$±SD	ระดับอาการซึมเศร้า		
ก่อนได้รับโปรแกรม	14-28	18.87±4.35	น้อย	14-28	19.27±4.16	น้อย	-0.254	0.799
หลังได้รับโปรแกรมฯ	1-28	8.30±6.23	น้อยที่สุด	2-34	18.87±9.24	น้อย	-4.330	<0.001

4. เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมด้วยสถิติ Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด จำนวน 29 คน มีคะแนนอาการซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและค่าคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test

ผลการเปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้า	n	Mean Rank	Sum of Rank	Z	P-value
หลังรับโปรแกรมฯ < ก่อนรับโปรแกรม	29	15.00	435.00	-4.710	<0.001
หลังรับโปรแกรมฯ = ก่อนรับโปรแกรม	1				
รวม	30				

การอภิปรายผล

1. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 18.87, SD. = 4.35 และ $\bar{X}$ = 8.30, SD. = 6.22 ตามลำดับ) รวมถึงผลการประเมินผู้ป่วยด้วยแบบสำรวจการแก้ปัญหา พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 106.60 (SD. = 13.15) และคะแนนเฉลี่ยหลังสิ้นสุดการทดลองลดลงเป็น 94.97 (SD = 9.33) และผลการประเมินครอบครัว (ผู้ดูแล) ด้วยแบบประเมินการดูแลร่วมกัน พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการสื่อสารก่อนการทดลองเท่ากับ 18.17 (SD. = 2.78) หลังการทดลองเท่ากับ 11.77 (SD. = 2.63) ด้านการตัดสินใจ ก่อนการทดลองเท่ากับ 18.17 (SD. = 2.78) หลังการทดลองเท่ากับ 33.50 (SD. = 2.27) และด้านความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ก่อนการทดลองเท่ากับ 39.17 (SD. = 3.80) หลังการทดลองเท่ากับ 44.23 (SD. = 2.96) แสดงให้เห็นถึงโปรแกรมการบำบัดด้วยแก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงผ่านการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วย และครอบครัวควบคู่กับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจโรคมากขึ้นและเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ขณะเดียวกันครอบครัวได้รับความรู้และเกิดทัศนคติที่ดี ส่งผลให้เกิดการสนับสนุนทางอารมณ์

และการสื่อสารในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ เช่น “เพิ่งจะรู้ว่าการรับประทานยามีความสำคัญมาก เมื่อก่อนจะกินยาไม่ค่อยตรงเวลา แต่หลังจากนี้จะปรับตัวใหม่” “ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น ทำให้เข้าใจในการดูแลลูกได้ดีขึ้น” เป็นต้น การฝึกกระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอนร่วมกับครอบครัว ได้แก่ การระบุปัญหา ตั้งเป้าหมาย ปรับมุมมอง คิดหาทางเลือก การตัดสินใจและลงมือแก้ปัญหา ผ่านสถานการณ์จำลอง ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถร่วมกันวิเคราะห์และจัดการปัญหาชีวิตของตนเองและครอบครัว[20,32] เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว “ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัวกับพ่อแม่ก่อนที่จะพาครอบครัวมาวันนี้หนูคิดหาทางไว้หลายทางอยู่ค่ะว่าจะทำอย่างไรดี เช่น จะพูดกับพ่อแม่ตามตรงกับเรื่องนี้หรือจะให้น้องช่วยพูดให้ หรือจะให้พี่พยาบาลพูดกับพ่อแม่ให้หนูก็ปรึกษากับน้องชายเลยตกลงกันว่าจะให้พี่พยาบาลคุยกับพ่อแม่ให้ จึงนัดครอบครัวมากันทั้งหมดวันนี้” ปัญหาการสื่อสารในครอบครัว “ปัญหาการไม่สื่อสารในครอบครัวโดยเฉพาะกับยาย หนูกับแม่คิดกันไว้หลายอย่างว่าจะทำเฉย ๆ กับเรื่องนี้ หาเวลาคุยกับยายกันเอง หรือว่าจะพายายมาพูดคุยด้วยกันที่โรงพยาบาล เพื่อให้ยายเข้าใจว่าหนูกำลังเป็นอะไรและต้องการอะไรค่ะ สรุปสุดท้ายกับแม่ก็เลยว่าจะพายายมาพูดคุยด้วยกันที่โรงพยาบาลค่ะ” เป็นต้น นอกจากนี้การทบทวนผลลัพธ์และการติดตามผลการแก้ปัญหาร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ เห็นคุณค่าในตนเอง และได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เช่น “ตอนนี้การแก้ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัวกับพ่อแม่ ได้ผลดีกว่าที่คาดไว้มากเลยค่ะ ปัญหานี้ตอนนี้จะแก้ไขได้เกือบสำเร็จแล้ว” “สำหรับเรื่องการสื่อสารในครอบครัว ที่หนูเลือกการพูดคุยปรับความเข้าใจ ทำให้บรรยากาศในครอบครัว ตอนนี้ดีขึ้นแม่จู้จี้กับหนูน้อยลงเข้าใจหนูมากขึ้น พ่อก็ปล่อยให้หนูทำอะไรด้วยตัวเองมากขึ้นค่ะการแก้ไขเรื่องนี้หนูก็ยังคงจะใช้วิธีนี้ต่อไป ถ้าให้ประเมินตอนนี้หนูรู้สึกว่ามันได้เกิน 70% แล้วค่ะ” กระบวนการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นพื้นฐานสำคัญของการฟื้นฟูสภาพจิตใจในระยะยาว ซึ่งท้ายที่สุดจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับผลการวิจัยโปรแกรมการแก้ปัญหาของพันธ์ทิพย์ โกศัลวัฒน์ และคณะ[33] และธวัชชัย พละศักดิ์และคณะ[34] ซึ่งได้ใช้เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมถึงการศึกษาในต่างประเทศของ Shang et.al.[35] Hanssen et.al.[36] และ Cuijpers et.al.[37] เกี่ยวกับโปรแกรมการแก้ปัญหาที่พบว่าการบำบัดด้วยลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทั้งในรูปแบบเดี่ยว กลุ่ม และออนไลน์ อีกทั้งยังมีประสิทธิภาพเมื่อนำไปประยุกต์ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยการรับประทานยา[38] และสามารถนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคไตวายเรื้อรังการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม[39] และยังมีการนำไปใช้ในการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี[40] เป็นต้น

2. ภายหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมแตกต่างกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าหลังการทดลองกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\overline{X}$ = 8.30, SD. = 6.22 และ $\overline{X}$ = 18.87, SD. = 9.23 ตามลำดับ) จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแนวคิด problem-solving therapy[21] ในการเสริมสร้างทักษะการจัดการปัญหาอย่างเป็นระบบและปรับมุมมองทางบวกต่อปัญหาร่วมกับแนวคิด shared care ของ Sebern[13] ที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสนับสนุนผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวต่างได้ประโยชน์จากการเข้าร่วมโปรแกรมดังนี้ 1) การทำความเข้าใจในปัญหาร่วมกับการสื่อสารที่ดีจะช่วยให้เกิดการสื่อสารที่ดีภายในครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ปัญหาที่ชัดเจน 2) การกำหนดปัญหาและเป้าหมายร่วมกับการช่วยกันตัดสินใจเลือกปัญหาของครอบครัวจะทำให้สามารถตั้งเป้าหมายการแก้ปัญหาที่เหมาะสม 3) การค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาผ่านการสื่อสารร่วมกันภายในครอบครัวส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันระดมความคิด ค้นหาทางเลือกการแก้ปัญหาที่หลากหลายด้วยกัน 4) การตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสมโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจหาทางออกที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาร่วมกันช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ และความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหา 5) การปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ลงมือปฏิบัติจริงผ่านสถานการณ์จำลอง เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจ ความร่วมมือแก้ปัญหาในครอบครัว นำไปสู่การแก้ปัญหาสถานการณ์จริง รวมถึงการติดตามผลการแก้ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อประเมินความสำเร็จหรือปรับวิธีให้เหมาะสมยิ่งขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว

เกิดการสื่อสาร ร่วมมือกัน และเข้าใจปัญหาได้ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดการมีมุมมองบวกในการแก้ปัญหา ลดการหลีกหนีและเพิ่มประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา ส่งผลต่อการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าอย่างยั่งยืน จากการถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้ป่วยกล่าวว่า “การที่มาเข้าโปรแกรมทำให้มีกระบวนการจัดการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจน มีเหตุผลไม่ใช้อารมณ์ในการจัดการปัญหา ส่วนเรื่องการปรับมุมมองความคิดก็ช่วยทำให้มีมุมมองต่อการมองปัญหาในแง่ดี ทำให้สามารถจัดการปัญหาได้ สามารถนำไปใช้ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และในที่ทำงาน ผมคิดว่าเป็นโปรแกรมที่ดี เพราะว่าเมื่อก่อนคิดว่าแค่กินยาก็พอแล้ว แต่พอมาทำโปรแกรมตรงนี้รู้สึกว่าทำให้มุมมองในการใช้ชีวิตดีขึ้น ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น อาการเศร้าดีขึ้นครับ” “การที่มาเข้าโปรแกรมนี้มันดีมากนะคะ ทำให้เราได้กระบวนการความคิดในการจัดการปัญหา และได้จัดการอารมณ์ความคิดของตัวเองที่จะรับมือกับปัญหาได้ดีมากขึ้น ทำอะไรมีเหตุผลไม่ใช้อารมณ์ในการแก้ปัญหา ตอนนี้หนูรู้สึกปล่อยวางกับตัวเองได้มากขึ้น แล้วก็มองข้ามเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ มากขึ้นทำให้รู้สึกว่าตัวเองใช้ชีวิตได้ง่ายขึ้น ไม่ต้องเอาปัญหาของใครมาเป็นเรื่องของเรา ทำให้รู้สึกเศร้าน้อยลงจากเดิมมากเลยค่ะ และคนรอบข้างก็ทักว่าสีหน้าสดใสขึ้นด้วยค่ะ” ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับเพียงการพยาบาลตามปกติพบว่ามีอาการซึมเศร้าลดลงบางส่วนจากการได้รับการดูแลตามแนวทางรักษาโรคซึมเศร้าตามมาตรฐาน ที่สอดคล้องกับการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ด้วยการรับประทานยา (pharmacotherapy) ร่วมกับการทำจิตสังคมบำบัด (psychotherapy) ให้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพเหนือกว่ารับประทานยาอย่างเดียวหรือจิตบำบัดอย่างเดียว ทั้งในด้านการลดอาการในระยะเฉียบพลัน รวมถึงการลดโอกาสเกิดอาการกำเริบ (relapse) และการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) ในระยะยาว[41-43] ดังนั้นควรมีการพิจารณาแนวทางการบำบัดรักษาด้านอื่น ๆ เพิ่มเติมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ได้อย่างมีนัยสำคัญ โปรแกรมดังกล่าวช่วยเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา เพิ่มความมั่นใจและคุณค่าในตนเอง โดยมีครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนสำคัญ ทั้งนี้การบำบัดด้วยการแก้ปัญหาถือเป็นแนวทางที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับการลดอาการซึมเศร้า และสามารถประยุกต์ใช้ได้ในหลายบริบทของการพยาบาลทางจิตเวช

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรฝึกอบรมพยาบาลให้มีความรู้และทักษะในการใช้โปรแกรมเพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการบำบัดจิตสังคมแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2. ควรมีการติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง เช่น ทุก 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมในอนาคต

ข้อจำกัดของการวิจัย

แม้ว่าการวิจัยในครั้งนี้จะมีการวางแผนและดำเนินการอย่างเป็นระบบ แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการ ดังนี้

1. การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยผู้วิจัยเพียงผู้เดียว โดยไม่มีผู้ช่วยวิจัยจึงอาจเกิดอคติบางประการระหว่างกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ถึงแม้ว่าผู้วิจัยจะได้อธิบายแก่ผู้ป่วยทุกคนถึงวัตถุประสงค์ของแบบสอบถาม และขอความร่วมมือให้ตอบตามความรู้สึกและความคิดเห็นของตนเองในปัจจุบันอย่างตรงไปตรงมาแล้วก็ตาม ซึ่งอาจส่งผลต่อความเป็นกลางของข้อมูลในบางกรณี

2. โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในงานวิจัยนี้ได้รับการออกแบบเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก จึงมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลไปยังกลุ่มประชากรอื่น เช่น ผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยที่มีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ปัจจัยด้านระยะเวลา ความรุนแรงของอาการ และบริบททางสังคม อาจส่งผลต่อความเหมาะสมของการนำโปรแกรมไปใช้กับประชากรอื่นได้โดยตรง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกองทัพอากาศที่ให้การสนับสนุนทุนการศึกษา และได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศที่อนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยทุกท่าน และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทิพวรรณ์ เอี่ยมเจริญ เป็นอย่างสูง ที่มีส่วนช่วยทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. [Depressive disorder (depression) [Internet]. 2023
2. Lee B, Wang Y, Carlson S, Greenlund K, Lu H, Liu Y, et al. National, State-Level, and County-Level Prevalence Estimates of Adults Aged ≥18 Years Self-Reporting a Lifetime Diagnosis of Depression — United States, 2020. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 16]; 72(24).
3. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, อธิบ ต้นอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัษณางค์กรชัย และคณะ. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2560.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติผู้ป่วยซึมเศร้ารายใหม่ [อินเตอร์เน็ต]; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค.66] เข้าถึงได้จาก: http://thaidepression.com/www/report/main_report/
5. Nour MO, Alharbi KK, Hafiz TA, Alshehri AM, Alyamani LS, Alharbi TH, et al. Prevalence of Depression and Associated Factors among Adults in Saudi Arabia: Systematic Review and Meta-Analysis (2000-2022). Depression and Anxiety [Internet]. 2023.
6. Lee EJ, Kim SJ. Prevalence and Related Factors of Depression Before and During the COVID-19 Pandemic: Findings From the Korea National Health and Nutrition Examination Survey. Journal of Korean Medical Science [Internet]. 2023. [cited 2023 Jul 10];38(10): e74.
7. MudShukri MI, Minhat H S, Ahmad N, Ismail F, Kanthavelu C, Nurfarahin D, et al. Prevalence and factors associated with depression, anxiety and stress in Malaysia during COVID-19 pandemic: A systematic review. PloS one [Internet]. 2023.
8. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ. สถิติจำนวนผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าปี 2562-2566. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ; 2566.
9. สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล. การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคซึมเศร้า. ใน: สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล, สรยุทธ วาสิกนานนท์, บรรณาธิการ. ตำราโรคซึมเศร้า. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2558. หน้า 212-8.
10. นันทภัค ชนะพันธ์. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2563; 32(1):75-88.
11. วีระ ดุลย์ชูประภา, ชมภูนุช วีระวัธนชัย, ทวนธน บุญลือ. ผลกระทบของโรคซึมเศร้าในด้านการขาดงานและการด้อยความสามารถในผู้ป่วยคนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าชนิด Major Depressive. Thai Bulletin of Pharmaceutical Science (TBPS) 2559;11(2):1-12.
12. Randall JR, Walld R, Finlayson G, Sareen J, Martens PJ, Bolton JM. 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 1971; 59(10):531-8.
13. Sebern M. Shared care, elder and family member skills used to manage burden. Journal of advanced nursing 2005;52(2):170-9.

14. Chinvararak C, Kirdchok P, Lueboonthavatchai P. The association between attachment pattern and depression severity in Thai depressed patients. PLOS ONE 2021;16(8).
15. มลฤดี อินทร์พันธ์, รัตนีกร อุปเสน. ผลของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบครอบครัวเป็นฐานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;19:175-83.
16. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 5. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
17. ปรียนันท์ สละสวัสดิ์, อุ่นจิตร คุณารักษ์, ปรีชญา ฤทธิ์พันธ์ม่วง. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 2559;10(2):50-9.
18. อาณัติ เพิ่มธรรมสิน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2559;13(2):87-96.
19. ดวงใจ วัฒนสินธุ์. ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: แนวคิดพื้นฐานและการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. เคียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2566.
20. Cuijpers P., de Wit L., Kleiboer A., Karyotaki E., Ebert D. D. Problem-solving therapy for adult depression: An updated meta-analysis. European Psychiatry 2018;48:27-37.
21. Nezu AM, Nezu CM, D'Zurilla TJ. Problem-Solving Therapy: A Treatment Manual. New York, NY: Springer Publishing Company; 2013.
22. เกษร สายธนู, กิ่งกาญจน์ ชูเมือง, เกษราภรณ์ เคนบุปผา. ผลของกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2564;29(2):125-36.
23. D'Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention. New York: Springer Publishing; 2007.
24. D'Zurilla TJ, Maydeu-Olivares A. Conceptual and methodological issues in social problem-solving assessment. Behavior Therapy 1995;26: 409-32.
25. Grove SK, Burns N, Gray JR. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 7th ed. St. Louis (MO): Elsevier; 2013.
26. ศราวุธ ราชมณี, สุชาดา กรเพชรปาณี, พีร วงค์อุปราช. การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ประเมินภาวะซึมเศร้าแบบพหุกิจกรรม กับการวัดคลื่นไฟฟ้าสมองสำหรับวัยรุ่นไทย. วารสารวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา. 2561;16(1): 122-37.
27. Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck Depression Inventory-II. Psychological Assessment. 1996a.
28. เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา, สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์, มาลัย เฉลิมชัยนุกูล. ความเครียดและรูปแบบการแก้ปัญหาของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3 คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2543;45(2): 56-69.
29. Heppner PP, Petersen CH. The development and implication of a personal problem-solving inventory. J Couns Psychol. 1982;29(1):66-75.
30. ศศิพิมพ์ ไพโรจน์กิตระกูล, ธีรนุช ห้านิรัติศัย, ศุภชัย ฐิติอาชากุล. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันต่อการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวภาวะโภชนาการ และการติดเชื้อที่แผลช่องสายออกในผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง. Rama Nurs J. 2557;20(3):325-40.
31. ธัญชนก พรหมภักดี, พิเชษฐ์ อุตมรัตน์. การดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์: คึกษาในผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาไม่น้อยกว่า 10 ปี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2551;53(1):81-97.
32. D'Zurilla TJ. Problem-solving therapies. In: Dobson KS, Editor. Handbook of Cognition-behavioral therapies. London: Hutchinson; 1988. p.85-135.

33. พันธ์ทิพย์ โกศัลวัฒน์, ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, จินตนา ลีจงเพิ่มพูน. การพัฒนาและผลของโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2561;32(1):49–65.
34. ธวัชชัย พละศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, รัชนีกร อุปเสน. ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2560;31(1):60–74.
35. Shang Y, Du L, Zhang L, Wang R, Lu L, Chen J, et al. Effects of an internet-based guided self-help problem-solving therapy for adults with depression symptoms: A randomized controlled trial. JMIR Ment Health. 2022;9(11):e39255.
36. Hanssen DS, Geraedts AS, Cuijpers P. Problem-Solving Therapy improves effortful cognition in major depression. J Psychiatr Res. 2021;139:21–7.
37. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Problem-solving therapies for depression: A meta-analysis. Eur Psychiatry. 2017;41:1–8.
38. Ady IN, Nursanaa WO. Combining Problem-Solving Therapy with Other Treatments to Improve Well-Being of Society. In 5th ASEAN Conference on Psychology, Counselling, and Humanities (ACPCH 2019) 2020 Jan 22 (p. 11-5). Atlantis Press.
39. นัฏกานต์ มันตะสูตร, สมบัติ สกุลพรรณ์, และ ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 2564;44(3),87–98.
40. Gross R, Bellamy SL, Chapman J, Han X, O'Duor J, Strom BL, Houts PS, Palmer SC, Coyne JC. The effects of a problem solving-based intervention on depressive symptoms and HIV medication adherence are independent. PloS one. 2014 Jan 6;9(1):e84952.
41. Guidi J, Fava GA. Enduring effects of psychotherapy, antidepressants and their combination in major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. Front Psychiatry. 2024;15: 1415905.
42. Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, et al. A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. World Psychiatry. 2020;19(1):92–107.
43. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Combined drug and psychological therapies may be most effective for depression. NICE Clinical Knowledge Summary; 2020 [cited 2025 Aug 1]. Available from: https://www.nice.org.uk