

ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



นายรัชชัย พลศักดิ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Mr. Tawatchai Palasak



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric  
Nursing  
Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2014  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะ
	ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
โดย	นายธวัชชัย พละศักดิ์
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.รัชนีกร อุปเสน

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(อาจารย์ ดร.รัชนีกร อุปเสน)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

รัชชัย พลศักดิ์ : ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้า  
ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (THE EFFECT OF PROBLEM SOLVING THERAPY PROGRAM  
ON DEPRESSION OF PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER) อ.ที่ปรึกษา  
วิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร.รัชนิกร  
อุปเสน, หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของ  
ผู้ป่วยโรคซึมเศร่าก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา และเปรียบเทียบภาวะ  
ซึมเศร่าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหากับกลุ่มที่ได้รับการ  
พยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร่าที่มารับการรักษาที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวช  
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 40 คน จับคู่ตามลักษณะที่คล้ายกัน ได้แก่ เพศ และ  
รายได้ แล้วสุ่มแยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1)  
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา 3) แบบประเมินภาวะ  
ซึมเศร่า 4) แบบสำรวจการแก้ปัญหา ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา  
โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวะซึมเศร่า และแบบสำรวจการ  
แก้ปัญหา เท่ากับ .75 และ .78 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ  
สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา น้อย  
กว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดย  
การแก้ปัญหา น้อยกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร่าที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  
.05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2557 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

# # 5477306636 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: PROBLEM SOLVING THERAPY / DEPRESSION / MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

TAWATCHAI PALASAK: THE EFFECT OF PROBLEM SOLVING THERAPY PROGRAM ON DEPRESSION OF PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER.  
 ADVISOR: ASST. PROF. RANGSIMAN SOONTHORNCHAIYA, Ph.D., CO-ADVISOR: RACHANEKORN UPASEN, pp.

The purpose of this experimental research were to compare depression of patients with major depressive disorder before and after receiving the problem solving therapy program and between the experimental and the control group. A sample of 40 patients with major depressive disorder was received treatment at the out patients of Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital. Matched pair characteristics of gender, personal income, and level of depression were randomly assigned into the experimental and the control group. The research instruments were: 1) Personal data questionnaire, 2) Problem Solving Therapy Program, 3) Beck Depression Inventory, and 4) Problem Solving Inventory. These instruments were tested for content validity by five professional experts. The reliability of Beck Depression Inventory and Problem Solving Inventoy was .75 and .78. Data were analyzed by using mean, standard deviation and t – test.

Major findings were as follows:

1. Depression of the patients with major depressive disorder after receiving the problem solving therapy program was statistically significantly less than those before at the level of .05

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

Field of Study: Mental Health and  
 Psychiatric Nursing

Academic Year: 2014

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Co-Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา และอาจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้คอยสร้างแรงบันดาลใจ และชี้แนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ ส่งเสริมและให้กำลังใจก่อให้เกิดพลังอำนาจให้ผู้วิจัยมีความพยายาม และพยายามทำวิทยานิพนธ์ให้เต็มความสามารถ ผู้วิจัยรู้สึกเป็นเกียรติอันสูงส่งที่ได้รับการประสิทธิประสาทวิชาความรู้จากอาจารย์ตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โปธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ให้ความเมตตาตามเวลาอันมีค่าในการมอบความรู้ และคำแนะนำ เพื่อชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ดาราวรรณ ต๊ะปินตา ผู้ที่ให้เกียรติประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และเทคนิคในการบำบัดโดยการแก้ปัญหา สร้างให้ผู้วิจัยมีความแข็งแกร่ง และความมั่นใจในการเป็นผู้บำบัดที่ดี โดยยึดหลักการและเทคนิคที่ถูกต้องตามหลักการบำบัดโดยการแก้ปัญหา รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมเนื้อหาของเครื่องมือและโปรแกรมการแก้ปัญหาในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลจิตเวช หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลโรคซึมเศร้า หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกที่เอื้ออำนวยสถานที่ในการดำเนินการวิจัย ทำให้งานวิจัยเสร็จสิ้นและลุล่วงไปได้ด้วยดี

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.....	16
2. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดโดยแก้ปัญหา.....	39
3. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา.....	46
4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	55
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	60
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	61
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	87
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	91
สรุปผลการวิจัย.....	94

ข้อเสนอแนะ .....	102
รายการอ้างอิง.....	104
ภาคผนวก .....	111
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ .....	112
ภาคผนวก ข ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	114
ภาคผนวก ค หนังสือรับรองพิจารณาจริยธรรม เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และใบรับรองคุณสมบัติ ของผู้บำบัดโดยการ บำบัดโดยการแก้ปัญหา.....	116
ภาคผนวก ง การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .....	128
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	130
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	138



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อย เป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อทั้งสุขภาพ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ เกิดได้ทุกเพศทุกวัย เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และสุขภาพ (อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลีบุญธวัชชัย, 2553) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเป็นโรคเรื้อรังและกลับเป็นซ้ำนำไปสู่ การสูญเสียอย่างมากทั้งต่อบุคคลและสังคม องค์การอนามัยโลกได้จัดลำดับโรคซึมเศร้าอยู่ในกลุ่มโรคที่นำไปสู่การลดลงของคุณภาพชีวิต เป็นภาระต่อสังคม และเศรษฐกิจเป็นลำดับที่ห้าในปัจจุบันและคาดว่าจะเป็ลำดับที่สองรองจากโรคหัวใจในปี พ.ศ.2563 และเป็นสาเหตุของสภาวะการณ้สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของประชากรทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมโลก นอกจากนี้รายงานขององค์การอนามัยโลกที่พบว่ามีการที่มีโรคซึมเศร้ามากกว่า 121 ล้านคนทั่วโลก ได้รับผลกระทบก่อให้เกิดความพิการและเป็นสาเหตุสำคัญลำดับสี่ ในการฆ่าตัวตายของประชากรมากกว่า 850,000 คนต่อปี (WHO, 2010) แสดงถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลกที่รุนแรงมากขึ้น นั่นคือโรคซึมเศร้ามีผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก ประมาณ 350 ล้านคน และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จเกือบ 1 ล้านคน (WHO, 2012)

สำหรับประเทศไทยจากผลการสำรวจระดับชาติโดยกรมสุขภาพจิตเมื่อปี พ.ศ. 2551 พบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย (prevalence) คิดเป็นร้อยละ 3.2 (ธรรณิทร์ กองสุข, 2551) ซึ่งถือว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปี สุขภาวะ (Disability adjusted lift years : DALYs) โดยเมื่อวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการและการเจ็บป่วย (Year Live with Disability : YLD) และเมื่อเปรียบเทียบเฉพาะกลุ่มโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชพบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) สูงที่สุด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) และจากรายงานการรวบรวมข้อมูลของกรมสุขภาพจิตในปี 2555 ในโครงการป้องกันและแก้ไขโรคซึมเศร้าพบว่าในปี 2554 - 2555 มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าทั่วประเทศ พบว่าจำนวน 117,308 ราย มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยจำนวน 18,232 ราย มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง และจำนวน 5,596 ราย มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง (กรมสุขภาพจิต, 2555) ข้อมูลการรักษาโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศ พบจำนวนผู้ป่วยต่อประชากรหนึ่งแสนคนเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก จากจำนวนผู้ป่วย 99.5 รายต่อแสน

ประชากร ในปี 2542 เป็น 260.8 รายต่อแสนประชากรในปี 2552 (กรมสุขภาพจิต, 2554) รวมไปถึงจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีจำนวนถึง 25,231 รายที่มีมารับบริการรักษาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2557) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะที่สำคัญ

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กล่าวคือ เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ที่ชัดเจนคือ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า อาการแสดงของผู้มีภาวะซึมเศร้ามีลักษณะเบี่ยงเบน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ผู้ป่วยมักจะมีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ เช่น หดหู่ เศร้าซึม มีความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบ ร้องไห้ง่าย ความสนใจบุคคลอื่นลดลง อารมณ์หงุดหงิดหรือฉุนเฉียวง่าย ด้านปัญญา มีการประเมินคุณค่าของตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย สิ้นหวัง ตำหนิหรือโทษตนเอง ตัดสินใจลำบาก ด้านแรงจูงใจ สูญเสียแรงจูงใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกเหนื่อยง่ายหรืออยากตาย และด้านร่างกาย มีความผิดปกติของการรับประทานอาหาร การนอนผิดปกติ ความต้องการทางเพศลดลงหรือไม่มีเลย รู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียตลอดเวลา น้ำหนักลด เชื่อว่าตนเองป่วยหรือมีความผิดปกติ โดยมีอาการเป็นแทบทุกวันนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ (Beck, 1967) ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียความสามารถ การปฏิบัติภารกิจต่างๆบกพร่องลงจากเดิมหรืออาจทำงานไม่ได้เลยทำให้ขาดรายได้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2554) และที่เป็นอันตราย และน่าเป็นห่วงมากที่สุดคือ การฆ่าตัวตายเนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 13,839 คน มีอาการซึมเศร้าแล้วมีความเสี่ยงฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 28.0 พบว่า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรงร้อยละ 7.6 ระดับปานกลางร้อยละ 7.8 และระดับน้อยร้อยละ 84.6 (หวาน ศรีเรือนทอง, 2555) จึงนับว่าการฆ่าตัวตายเป็นผลกระทบที่รุนแรงที่สุดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งจากการศึกษาย้อนหลังในผู้ที่ฆ่าตัวตายพบว่ามีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 45-64 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

จากการศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดโรคซึมเศร้า จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบมากในวัยผู้ใหญ่ การศึกษาเชิงระบาดวิทยาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความชุกตลอดชีวิต (lifetime prevalence) คือร้อยละ 13 - 17 ส่วนใหญ่มีอาการในช่วงอายุระหว่าง 19 - 44 ปี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ซึ่งถือว่าอยู่ในช่วงเวลาของวัยผู้ใหญ่ วัยผู้ใหญ่เป็นช่วงที่ยาวนานที่สุดของชีวิต มีอายุอยู่ในช่วง 21-60 ปี มีลักษณะที่สำคัญ คือ เป็นช่วงที่มีความเจริญเติบโตทางร่างกายพัฒนาเต็มที่และสมบูรณ์ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีอารมณ์มั่นคง อดทนต่อภาวะคับข้องใจ ความสงสัยและข้อขัดแย้ง ควบคุมอารมณ์ได้มากขึ้น มีความสามารถในการเรียนรู้และมีความคิดใหม่ๆ ในการแก้ปัญหา (กัลยา นาคเพ็ชร, 2547) แต่หากบุคคลในวัยนี้ต้องเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าแล้วนั้นย่อมส่งผลต่อการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆได้ตามบทบาทในครอบครัวและสังคม จึงมีผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ทำให้คนในครอบครัวเศร้าหมองต้องใช้เวลาในการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า เสียเวลาในการทำงาน ทำให้

สูญเสียรายได้ และยังเป็นภาระของครอบครัวเพิ่มขึ้นจากค่ายา และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งส่งผลกระทบต่อสังคมประเทศ กระทบต่อองค์กร (ราตรี โชติภพงษ์, 2552)

ปัจจุบันการรักษาโรควิตกกังวล คือ การรักษาทางชีวภาพ และการรักษาทางจิตสังคม (พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) โดยการรักษาทางชีวภาพ ได้แก่ การรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า ส่วนการรักษาทางจิตสังคม ใช้จิตบำบัดรูปแบบต่างๆ เช่น Interpersonal psychotherapy เน้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น Cognitive Behavioral Therapy เน้นการแก้ไขความคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องตามความเป็นจริง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) แต่เนื่องด้วยแบบแผนการคิดของผู้ป่วยมีลักษณะที่บิดเบือนคือ ผู้ป่วยมักจะมองตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในด้านลบ (Beck, 1995) เมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ หรือมีการแก้ปัญหาทางลบ มองว่าปัญหาเป็นสิ่งคุกคามคุณภาพชีวิต มีการรับรู้ศักยภาพของตนเองต่ำ และการมีอารมณ์ในทางลบจะส่งผลกระทบต่อความพยายามแก้ปัญหา ทำให้แก้ปัญหาได้แต่ไม่มีประสิทธิภาพ (D’Zurilla, 1988) หรือมีการแก้ปัญหาไม่เหมาะสม ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข ส่งผลให้เกิดอาการของภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลย้อนกลับทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบเพิ่มมากขึ้น เกิดการบิดเบือนทางความคิดมากขึ้นทำให้ความคิดที่มีเหตุผลลดลง และเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นเรื่อยๆ (Beck et al, 1979). การศึกษาพบว่าการรักษาโรควิตกกังวลที่มีประสิทธิภาพ คือการรักษาด้วยยาต้านเศร้า กล่าวคือ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลสามารถรักษาภาวะซึมเศร้าให้หายได้ด้วยการรักษาด้วยยาร่วมกับการทำจิตบำบัด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้ามีความสำคัญ และจำเป็นในการตรวจพบผู้มีภาวะซึมเศร้าให้ได้ในระยะแรก เพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมจะได้ผลดีกว่าการปล่อยให้เป็นเรื่องอยู่ยงนาน (สุนทรี ศรีโกโสย และคณะ, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ป่วยโรควิตกกังวลมีการมองปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นทางลบ ทำให้ไม่สามารถควบคุมความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองได้ จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การศึกษาพบว่า การแก้ปัญหาของผู้ใหญ่อายุ 17 ปีขึ้นไปสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรควิตกกังวลร้อยละ 10 (Dixon, 2000) ความสามารถในการแก้ปัญหาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (D’Zurilla, & Maydeu - Olivares, 1995) เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ความเครียด และไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มองเห็นปัญหาเป็นภาพรวมไม่สามารถมองเห็นปัญหาเป็นส่วนๆ หรือพิจารณาว่าปัญหาใดเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไขเป็นอันดับแรก ไม่สามารถที่จะใช้กระบวนการความคิดในการไตร่ตรองถึงผลดีและผลเสียของแนวทางในการแก้ปัญหา ทำให้มองไม่เห็นศักยภาพของตน ปฏิเสธและหลีกเลี่ยงปัญหา มองไม่เห็นจุดมุ่งหมายที่แท้จริงในการแก้ปัญหา เมื่อบุคคลขาดทักษะในการจัดการแก้ปัญหาทำให้ปัญหาสะสมมากขึ้นและส่งผลให้บุคคลรู้สึกหมดหวังรวมถึงรู้สึกว่าไม่มีใครสามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Helplessness) ทำให้มีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรควิตกกังวลและมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอื่นๆ นอกจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิด

ความเครียดในชีวิตจะเป็นสาเหตุสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าครั้งแรกแล้วยังเป็นตัวกระตุ้นให้กลับเป็นซ้ำ (Relapse) (กรมสุขภาพจิต, 2552) หากบุคคลมองตนเองไม่มีความสามารถในการแก้ปัญหา ทำอะไรด้วยตนเองไม่ได้ ซึ่งเป็นกรมมองตนเองในด้านลบก็จะทำให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา (Nezu & Perri, 1989) ดังนั้นโรคซึมเศร้าจึงควรได้รับการดูแลและให้การรักษาอย่างจริงจัง ดังนั้นการขาดทักษะในการแก้ปัญหา มีการแก้ปัญหาไม่เหมาะสม ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข ส่งผลให้เกิดอาการของภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยจะแสดงออกมาทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรมตามมา ทำให้ผู้ป่วยมองตัวเองด้านลบ ขาดการเห็นคุณค่าในตัวเองอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าและถ้ารุนแรงและไม่ได้รับการแก้ไขอาจนำมาซึ่งการ ฆ่าตัวตาย การแก้ปัญหามุ่งการปรับการรับรู้ต่อสถานการณ์ปัญหาที่ดีขึ้นตามความเป็นจริง ปรับลดอารมณ์ที่กดดัน เกิดการปรับศักยภาพในการแก้ปัญหาจากการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาต่างๆ ไปและวิธีการควบคุมตนเอง ดังนั้นการบำบัดโดยการแก้ปัญหาจึงจำเป็นที่จะทำให้อุบัติบุคคลมีความคิดทางบวกต่อปัญหา รับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง มีทักษะในการใช้กระบวนการแก้ปัญหา ทำให้มองเห็นสาเหตุของปัญหาและมีทักษะในการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ (D'Zurilla, 1988)

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า รูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy) เป็นการบำบัดทางจิตสังคัมรูปแบบหนึ่ง ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิดและพฤติกรรม โดยมีการศึกษาจากหลายงานที่ทดสอบว่าการบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าและเป็นการบำบัดที่สั้นเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการบำบัดอื่น เช่น การบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลซึ่งต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 12 – 20 ครั้ง โดยเฉลี่ยประมาณ 16 ครั้ง และการบำบัดแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45–60 นาที อีกทั้งการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลมุ่งเน้นไปที่การแก้ปัญหาร่วมกันระหว่างบุคคลและการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะมุ่งเน้นแก้ไขความคิดที่บิดเบือนและการปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย (พีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, 2549) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดโดยการแก้ปัญหานั้นพบว่าในการบำบัดอย่างน้อยที่สุดที่มีประสิทธิภาพประมาณ 4-6 ครั้ง และใช้ระยะเวลาในการบำบัดแต่ละครั้งประมาณ 30 นาที (Barrett et al, 2001) อีกทั้งมีจุดเน้นอยู่ที่ปัจจุบันมากกว่าที่จะมองย้อนไปในอดีต (Wallis - Mynors, 2001) และรูปแบบการบำบัดนี้มีพื้นฐานจากรูปแบบการใช้เหตุผลหรือการแก้ปัญหาความเครียดและส่งเสริมความผาสุกของชีวิต และเป็นการบำบัดที่ต้องร่วมมือกันทั้งผู้ป่วยนอกและผู้บำบัด โดยเน้นบทบาทของผู้ป่วยเป็นหลักในเรื่องของการวางแผนและรูปแบบของการรักษาและวิธีการบำบัด อีกทั้งยังมีการบำบัดที่แน่นอน สั้นกระชับไม่ซับซ้อน (Gellis & Keneley, 2007; Dowrick et al., 2000) โดยให้บุคคลสามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดและช่วยให้อุบัติบุคคลมีความคิด ความเชื่อต่อปัญหาในด้านบวก ก็จะนำมาซึ่งรูปแบบของการแก้ปัญหาในทางที่สร้างสรรค์และเป็นเหตุเป็น

ผลกัน ทำให้มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ทักษะในการจัดการกับปัญหาอย่างหลากหลายและเน้นให้ผู้ป่วยสามารถที่จะพัฒนาทักษะใหม่ในการเลือกจัดการกับปัญหาที่สำคัญได้ (Nezu & D'Zurilla, 2002) รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ (Pierce & Gunn, 2007) Nezu (1986) ศึกษาเกี่ยวกับผลของความสามารถในการแก้ปัญหาทางสังคมของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าการฝึกแก้ปัญหาทำให้ผู้ป่วยกลุ่มซึมเศร้ามีอาการเศร้าและความไม่มีคุณค่าในตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสามารถในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น และในระยะติดตามผล 6 เดือน พบว่า ค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าและความไม่มีคุณค่าในตนเองในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการฝึกการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy) ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ (waiting list control) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของ Sanjay et al., (2008) พบว่าผลของการใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy) ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเส้นเลือดอุดตันในสมองระยะ 1 ปี หลังจากเริ่มป่วย สามารถป้องกันอาการซึมเศร้าได้ โดยให้ผลคล้ายกับการรักษาโดยใช้ยาเลซาโป (lexapo) สอดคล้องกับ Gask (2006) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดโดยวิธีการแก้ปัญหาเปรียบเทียบกับการให้ยาด้านซึมเศร้าในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาครั้งแรก โดยวัดอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งสามารถลดอาการซึมเศร้าได้โดยไม่แตกต่างกับการให้ยาด้านซึมเศร้า จากการศึกษา Wallis (2000) ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการใช้ยาด้านเศร้ามักกับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (major depression) โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาโดยแพทย์ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาโดยพยาบาล กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาโดยใช้ยาด้านซึมเศร้าอย่างเดียว และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาโดยใช้ยาด้านซึมเศร้าและการบำบัดโดยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา พบว่า ทั้ง 4 กลุ่ม ให้ผลในการบำบัดภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันทางสถิติ การศึกษาของ Gask (2006) พบว่า การบำบัดโดยการแก้ปัญหาสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยและปานกลาง ปุณยาภา คำบุญเรือง (2552) ศึกษาผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตตสุราโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่พบว่า การบำบัดโดยการแก้ปัญหามีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตตสุรา และสุวดี ศรีวิเศษ และคณะ (2556) ได้ศึกษากลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น และมีระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดแบบกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองอย่างมีนัยสำคัญ

ความสามารถในการแก้ปัญหาจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาและไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ จึงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

หากไม่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีที่เหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อที่รุนแรงตามมา การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ถือเป็นภาวะวิกฤติของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ถึงแม้ว่าการทบทวนวรรณกรรมพบผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการศึกษาในประเทศไทยยังมีข้อจำกัดและไม่ได้เน้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะเจาะจง ดังนั้นการบำบัดโดยการแก้ปัญหาจึงทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และทำความเข้าใจกับปัญหา มีการฝึกการแก้ปัญหาทำให้มีความคิดทางบวกต่อปัญหา และมองปัญหาตามความเป็นจริง มีทักษะในการใช้กระบวนการแก้ปัญหา ทำให้มองเห็นสาเหตุของปัญหา และมีแนวทางในการแก้ปัญหา มีการทำความเข้าใจกับปัญหา มองว่าปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายเกิดความอดทนและความพยายามว่าตนเองสามารถที่จะแก้ปัญหานั้นได้ (D'Zurilla, 1988) และเป็นการบำบัดทางจิตสังคมอีกทางเลือกหนึ่ง ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชปฏิบัติหน้าที่ดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง ได้ตระหนักถึงปัญหาและเห็นความสำคัญในการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการลดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีมุมมองที่ดีต่อปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น สามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข และเป็นแนวทางในการพัฒนาการบำบัดทางจิตสังคมและการพยาบาลจิตเวชต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีความแตกต่างกันหรือไม่
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

รูปแบบความสัมพันธ์ของการแก้ปัญหาของ D'Zurilla & Nezu (1997) มีพื้นฐานมาจากแบบจำลองความสัมพันธ์ของความเครียดของ Lazarus (1971) เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิต (Stressful Life Event) เป็นประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลที่นำมาใช้ในการปรับปรุงตัวของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ประกอบด้วย 2 ส่วนที่สำคัญ คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางลบ (Major negative event) และปัญหาในชีวิตประจำวัน (Daily problems)

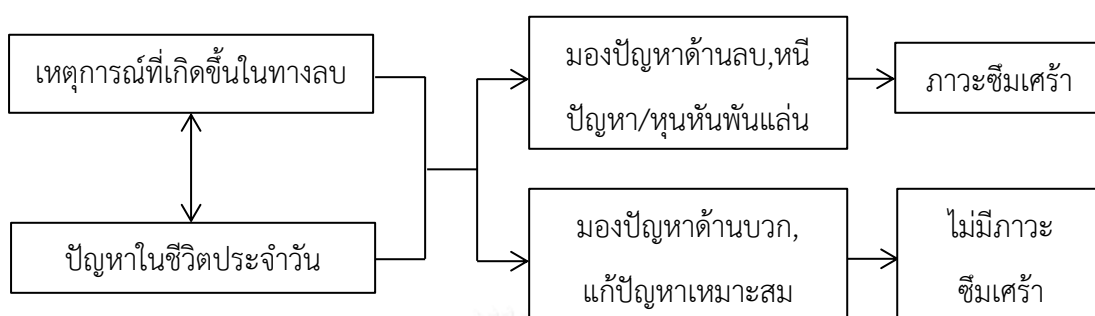
1. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางลบ (Major negative event) หมายถึง สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในทางที่ไม่ดี ที่มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การหย่าร้าง การสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รัก การตกงาน การป่วยหนัก การประสบอุบัติเหตุ เป็นต้น

2. ปัญหาในชีวิตประจำวัน (Daily problems) หมายถึง การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวันที่แล้วทำให้บุคคลต้องปรับตัวผ่านสถานการณ์นั้น อาจเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากภายนอกหรือภายในจิตใจบุคคลนั้นๆ และการมองว่าปัญหาเหล่านั้นว่าเป็นปัญหาใหญ่หรือปัญหาเล็กน้อย เกิดจากการมองปัญหาของแต่ละบุคคลว่าสามารถปรับตัวและจัดการกับปัญหาเหล่านั้นได้ มีแหล่งสนับสนุนหรือทรัพยากรพอที่จะช่วยให้สามารถปรับตัวแก้ปัญหาให้ผ่านไปได้

การเกิดความขัดแย้งภายในจิตใจเป็นปัญหาและอุปสรรคที่ขัดขวางสำเร็จในการจัดการปัญหา เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางลบและปัญหาในชีวิตประจำวันมีอิทธิพลต่อกัน ปัญหาในชีวิตประจำวันอาจพัฒนามาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางลบ ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาในชีวิตแต่ละวัน และคงอยู่กับบุคคลเกิดปัญหาเรื้อรังถ้าไม่ได้รับการแก้ไขในทางกลับกันปัญหาในชีวิตประจำวันแม้ว่ามีผลต่อบุคคลน้อยกว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางลบ แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นซ้ำๆ อาจกลายเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางลบ เช่น ปัญหาที่เกิดขึ้นซ้ำๆ จากการทำงานจะกลายเป็นปัญหาที่คงอยู่ ไม่ได้รับการแก้ไขจนติดอยู่ในใจทำให้ความสุขในชีวิตลดลงอาจนำมาสู่ปัญหาทางจิตและการได้ ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าที่จะตามมาได้ และการเกิดปัญหาซ้ำๆ เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น (Nezu, 1987) แสดงให้เห็นว่าความเครียดความกดดันในปัญหาในชีวิตประจำวันมีผลต่อความเจ็บป่วย ด้วยเหตุนี้เองรูปแบบความสัมพันธ์ของการแก้ปัญหาจึงมุ่งเน้นไปที่การจัดการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน (D'Zurilla & Nezu, 2007)

**การแก้ปัญหา (Problem Solving Coping)** หมายถึงการประเมินทางปัญญา และการจัดการกับปัญหา ตามกรอบแนวคิดการแก้ปัญหาทางสังคม เมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาในชีวิตจะมีผลต่อการเพิ่มความกดดันทางอารมณ์ (D'Zurilla & Nezu, 1999; D'Zurilla & Nezu, 2007; Nezu & Perri 1989) ถ้าจัดการกับปัญหาเหล่านั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะลดความกดดันทางอารมณ์ได้

และแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้เพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามเมื่อบุคคลสามารถจัดการกับปัญหาได้ด้วยตนเองอย่างไม่มีประสิทธิภาพยากต่อการปรับตัวต่อปัญหา ทำให้เกิดสถานการณ์ทางลบต่อชีวิตและเกี่ยวข้องต่อการเกิดปัญหาต่างๆ ซึ่งจะเพิ่มระดับการเกิดอาการซึมเศร้าและนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้า ความสามารถในการแก้ปัญหาสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังรูปภาพที่ 1 :



**รูปภาพที่ 1 :** ความสัมพันธ์การแก้ปัญหากับภาวะซึมเศร้าที่มา (D'Zurilla & Nezu, 2007)

**การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy)** เป็นแนวคิดหนึ่งของการบำบัดทางจิตสังคม ผู้ริเริ่มพัฒนาแนวคิดนี้คือ Thomas D'Zurilla นักจิตวิทยา แนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหาก็ได้เริ่มนำมาใช้ทางคลินิกด้านจิตวิทยาและจิตเวช ตั้งแต่ ค.ศ. 1960 โดยการฝึกใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และได้มีการพัฒนามาโดยเน้นกระบวนการทางปัญญาเพื่อให้ควบคุมตนเองได้ดีขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากการทบทวนวรรณกรรม Nezu (1986) ศึกษาเกี่ยวกับผลของความสามารถในการแก้ปัญหางานสังคมของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าการฝึกแก้ปัญหาทำให้ผู้ป่วยกลุ่มซึมเศร้ามีอาการเศร้าและความไม่มีคุณค่าในตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสามารถในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น และในระยะติดตามผล 6 เดือน พบว่า ค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าและความไม่มีคุณค่าในตนเองในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการฝึกการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy) ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ (waiting list control) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Gask (2006) พบว่า การบำบัดโดยการแก้ปัญหาก็สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยและปานกลาง ปุณยาภา คำบุญเรือง (2552) ศึกษาผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตตสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่พบว่า การบำบัดโดยการแก้ปัญหามีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตตสุรา และสุวดี ศรีวิเศษ และคณะ (2556) ได้ศึกษากลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาก็ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาก็มีทักษะการแก้ปัญหาก็เพิ่มขึ้น และมีระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดแบบกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองอย่างมีนัยสำคัญ



**โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา** เป็นการบำบัดที่เน้นการฝึกทักษะในการสำรวจ ระบุ ปัญหาที่แท้จริง พิจารณาทางเลือก ลงมือปฏิบัติและประเมินผลในการแก้ปัญหา และนำไปใช้เพื่อลด ภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Aream, Shermer, Perri & Nezu, 1993) ขั้นตอนการ บำบัดประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การสร้างความไว้วางใจ การปฐมนิเทศและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า
2. สำรวจและสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา ระบุปัญหาให้ชัดเจน และกำหนดเป้าหมายที่เป็นไป ได้
3. ร่วมกันค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลากหลายวิธี
4. พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา
5. นำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ในการแก้ปัญหา

### **ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความไว้วางใจ การปฐมนิเทศและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า**

การสร้างความไว้วางใจ การปฐมนิเทศและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า หมายถึง สัมพันธภาพ บำบัด เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยเป็นสัมพันธภาพที่มีขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายที่ชัดเจน สัมพันธภาพที่ไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเป็นพื้นฐานที่ก่อให้เกิด ความสนับสนุน ความไว้วางใจซึ่งกันและกันส่งผลให้สมาชิกมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม และเห็น แนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้ มากขึ้น การส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ที่มีส่วนร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยกับผู้ป่วย ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะ พึงพอใจในการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ดี เป็นการสร้างการเรียนรู้ที่เหมาะสมตลอดจนมีการ สนับสนุนให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณประสบความสำเร็จในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพิ่มความมีคุณค่าใน ตนเอง และพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

### **ขั้นตอนที่ 2 สำรวจและสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา ระบุปัญหาให้ชัดเจนและกำหนดเป้าหมายที่ เป็นไปได้**

การสำรวจเจตคติต่อปัญหา คือ การทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยมีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ต่อปัญหาอย่างไร การมองปัญหาของบุคคลมีสองลักษณะ คือ การมองปัญหาในเชิงบวกและเชิงลบ การมองปัญหาเชิงบวก ได้แก่ ปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถ ความเชื่อที่ว่าปัญหานั้นสามารถ แก้ไขได้ ตนเองมีความสามารถในการแก้ปัญหาได้ เข้าใจว่าการแก้ปัญหานั้นต้องใช้เวลาและความ พยายาม การใช้อารมณ์ที่เหมาะสม การมองปัญหาเชิงลบ ได้แก่ มองปัญหาเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต มอง ตนเองมีความสามารถแก้ปัญหาต่ำ ใช้การแก้ปัญหาด้วยอารมณ์ไม่เหมาะสม นอกจากนั้น เป็นการ ประเมินว่าผู้ป่วยมีมุมมองการแก้ปัญหาแบบใช้ปัญหาหรือใช้อารมณ์เป็นหลัก ลักษณะการแก้ปัญหา แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) การแก้ปัญหาโดยขาดการไตร่ตรอง ไม่รอบครอบ หุนหันพลันแล่น (Impulsivity / carelessness style) พิจารณาวิธีการแก้ปัญหาเพียงสองสามวิธี ขาดการติดตามผล

ของการแก้ปัญหา 2) ลักษณะการหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance style) มองข้ามผ่าน ยอมหรือพึ่งพาผู้อื่น ผลักภาระความรับผิดชอบให้ผู้อื่นหรือรอคอยให้ปัญหาคีลคลายด้วยตัวเอง 3) ลักษณะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล (Rational Problem Solving, RPS) สามารถบอกลักษณะของปัญหาได้ มีความคิดที่หลากหลายในการแก้ปัญหา ตัดสินใจโดยมีการวางแผน ลงมือปฏิบัติการแก้ปัญหาและติดตามผลที่เกิดขึ้น จะเห็นได้ว่าการแก้ปัญหาสองลักษณะแรกเป็นการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถแก้ปัญหาได้จริง ส่วนลักษณะที่สามเป็นการแก้ปัญหาที่ผู้บำบัดต้องการให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันอย่างยั่งยืน (D'Zurilla & Nezu, 2007 อ้างถึงในรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) มีทัศนคติในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (Positive Problem Orientation, PPO) ขั้นตอนนี้ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีความเชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้และรับรู้ศักยภาพของตนเองในทางที่ดี ทำความเข้าใจว่าในการแก้ปัญหานั้นต้องใช้เวลาและความพยายาม ความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหามากกว่าที่จะหนีปัญหาซึ่งต้องมีการปรับทางอารมณ์ช่วยในการปรับแก้ปัญหา

การระบุปัญหาอย่างชัดเจนนั้น ผู้บำบัดช่วยค้นหาความจริงที่เกิดขึ้นโดยถามคำถาม ใคร อะไร ที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร เพราะอะไร อธิบายโดยใช้ภาษาที่ชัดเจน แบ่งแยกความเป็นจริงออกจากการคาดเดา หรือความเชื่อที่บิดเบือน กำหนดเป้าหมายที่แท้จริงเป็นรูปแบบของปัญหาหรืออารมณ์เป็นหลัก และสามารถทำได้โดยแบ่งเป็นปัญหาย่อยๆ ตั้งเป้าหมายเล็กๆ หรือตั้งชุดของปัญหา ระบุดุสรณ์ที่มีต่อเป้าหมายได้ เช่น เป้าหมายที่คับข้องใจ แหล่งช่วยเหลือหรือลดลง ไม่รู้จักหรือไม่คุ้นเคยกับเรื่องนั้น ปัญหาที่มีความซับซ้อนหรือมีปัญหาทางอารมณ์ (D'Zurilla & Nezu, 2007 อ้างถึงในรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) ขั้นตอนนี้ช่วยให้ผู้ป่วยฝึกการค้นหาและระบุปัญหา (Training in Problem Definition)

ตั้งเป้าหมายตามความเป็นจริง เป็นการฝึกโดยตั้งเป้าหมายเป็นขั้นๆ ฝึกการแก้ปัญหาที่เน้นแก้ที่ตัวปัญหา (problem focused goal) ฝึกการให้ความหมายต่อปัญหาใหม่ที่สร้างสรรค์ และแตกปัญหาที่ซับซ้อนออกมาเป็นส่วนเล็กๆ และทำความเข้าใจในแต่ละส่วน ทำให้รู้จักวิธีการรวบรวมข้อมูลที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหา

### ขั้นตอนที่ 3 ร่วมกันค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลากหลายวิธี

ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมระดมสมองค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด การได้มาซึ่งวิธีการมีอะไรบ้าง ใช้เทคนิคอย่างไรบ้าง การค้นหาวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายจะช่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมมากที่สุด เมื่อได้วิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายแล้วนำมาจัดกลุ่มและถามเหตุผลที่อยู่เบื้องหลังนั้น อย่างไรก็ตามผู้บำบัดอาจไม่สามารถมองหาวิธีการแก้ปัญหาได้เนื่องจากขาดข้อมูลหรือแหล่งช่วยเหลือ หรือมีอาการ หงุดหงิด โกรธ น้อยใจ เสียใจมาก เป็นต้น ผู้บำบัดจึงต้องช่วยในการรวบรวมความคิด ผสมผสานหรือปรับแนวทางแก้ปัญหาต่างๆ นึกถึงภาพที่จะแก้ปัญหา หรือนึกถึง

ถ้าเหตุการณ์นั้นเกิดกับบุคคลที่เป็นที่รู้จัก แก้ปัญหาวิธีใด (D'Zurilla & Nezu, 2007 อ้างถึงในรังสิมันต์ สุทรไชยา, 2554) ฝึกการสร้างหรือหาทางเลือกในการแก้ปัญหา (Training in Generation of Alternative) ขั้นตอนนี้ช่วยให้ผู้ป่วยฝึกหาทางออกที่หลากหลาย และการระดมสมองเพื่อพัฒนาการคิดถึงทางออกของปัญหา หยุดความคิดที่เชื่อว่า ในปัญหานี้ไม่สามารถทำอะไรได้อีกโดยการใช้จินตนาการในการแก้ปัญหา ปล่อยให้ความคิดต่างๆ เป็นตามสบายและพยายามสร้างความคิดแปลกใหม่สร้างสรรค์ให้มีจำนวนมากโดยไม่มีการประเมินหรือตัดสินว่าความคิดนั้นเป็นอย่างไร

#### **ขั้นตอนที่ 4 พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา**

ขั้นตอนนี้เป็นการพิจารณาเพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยคัดเลือกความคิดในการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสมออกไป พิจารณาทบทวนข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธีรวมทั้งผลที่จะตามมา วิเคราะห์ประโยชน์ ผลลัพธ์คุ้มค่าคุ้มทุนหรือไม่ อย่างไร ระบุการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาแผนปฏิบัติการจริงในการประเมินการตัดสินใจใช้เกณฑ์ ได้แก่ การคิดว่าทำได้หรือไม่ ตรงตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ ใช้ระยะเวลาและความพยายามมากน้อยอย่างไร ผลต่ออารมณ์ ร่างกาย การเงินหรือค่านิยม ความเชื่อ จริยธรรม เป็นอย่างไร มีผลต่อสังคม คู่ครอง ครอบครัว เพื่อนอย่างไรบ้าง ผลระยะสั้นระยะยาวเป็นอย่างไร หลังจากนั้นจึงสรุปว่าจะเลือกหรือไม่เลือกวิธีการแก้ปัญหา ต่อจากนั้นจึงเขียนการพัฒนาแผนวิธีการแก้ปัญหา เช่น ระยะเวลา แผนสำรอง เป้าหมาย เทคนิคหลากหลายที่ใช้ ลำดับวิธีการทำหรือชุดวิธีคู่ขนาน (D'Zurilla & Nezu, 2007 อ้างถึงในรังสิมันต์ สุทรไชยา, 2554) ฝึกการตัดสินใจ (Training in Decision Making) ช่วยให้ผู้ป่วยฝึกการประเมินทางเลือกวิเคราะห์จากผลดี ผลเสียของทางเลือก ช่วยให้เห็นผลในทางที่เป็นบวกมากขึ้น มองเห็นผลทางลบน้อยลง สามารถประเมินผลลัพธ์ที่มีต่อตนเอง และสังคม ที่จะเกิดขึ้นจากการแก้ปัญหาทั้งในระยะสั้นและระยะยาวการประเมินศักยภาพในการแก้ปัญหาของตนเองที่จะแก้ปัญหาย่างต่อเนื่องให้เกิดการเรียนรู้ว่าการแก้ปัญหายังเป็นขั้นตอนสามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาได้ทั้งหมด

#### **ขั้นตอนที่ 5 นำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติการแก้ปัญหาและประเมินผลลัพธ์**

ผู้บำบัดประเมินว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการทดลองใช้วิธีการแก้ปัญหตามแผนที่วางไว้ โดยให้ผู้ป่วยเล่าจากภาพที่เห็น บอกขั้นตอนวิธีการ พัฒนาคู่มือการแก้ปัญหา แสดงบทบาทสมมติให้ดู มีแรงจูงใจในการแก้ปัญหา แล้วให้ผู้ป่วยกลับไปลองใช้วิธีการแก้ปัญหา สังเกตติดตามผลที่เกิดขึ้น ประเมินผลตามความเป็นจริงว่าตรงกับผลที่คาดหมายไว้หรือไม่ ถ้าไม่สำเร็จให้ย้อนกลับไปสำรวจปัญหาใหม่เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมถ้าสำเร็จให้กำลังใจตนเอง (D'Zurilla & Nezu, 2007) ฝึกการลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (Training in Solution Implementation and Verification) ฝึกการคิดถึงระบบในการกำกับติดตามผลการแก้ปัญหา การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล (Maintenance and Generalization) ทบทวนความหมายของปัญหา ลักษณะการแก้ปัญหาที่เหมาะสม และวิธีการแก้ปัญหา เป็นการช่วยให้เกิดการแก้ปัญหตามทักษะที่

ได้ฝึกแล้วอย่างต่อเนื่อง กระตุ้นให้เกิดการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ช่วยให้คาดการณ์ว่าในอนาคตอาจเกิดปัญหาใดได้บ้าง ขั้นตอนนี้ช่วยให้ผู้ป่วยฝึกการประเมินศักยภาพทางบวกของตนเองที่จะแก้ปัญหา ทำความเข้าใจหาว่าไม่แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจะมีผลทางลบมากกว่า

### สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาลดลง
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest - posttest Control group design) (Polit and Beck, 2014) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ตามคู่มือการวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชตามการจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย ฉบับที่ 10 (The 10th Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems (ICD-10) ) ที่เข้ารับการรักษา กลุ่มงานพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชของรัฐ

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ตามคู่มือการวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชตามการจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทยฉบับที่ 10 (The 10th Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems (ICD-10) ) ที่เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงระหว่างวันที่ 5 มกราคม 2558 – 6 กุมภาพันธ์ 2558 จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มละ 20 คน

**ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า** หมายถึง ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 20-59 ปี มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี แล้วได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชตามการจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย ฉบับที่ 10 (The 10th Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems (ICD-10) )

**ตัวแปรที่ศึกษา** คือ ภาวะซึมเศร้า

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง การแสดงออกของภาวะทางจิตที่แสดงถึงความเปราะบางทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ การแสดงออกทางร่างกายและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีลักษณะการ แสดงออกสำคัญ ได้แก่ อารมณ์เศร้า อารมณ์หงุดหงิดง่าย รู้สึกหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ มีอาการ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความคิดและการเคลื่อนไหวช้าลง หรือพลุ่งพล่านกระวน กระวาย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนืดตนเองมากผิดปกติ สมาธิลดลง หรือมีความคิดอยากตาย ซึ่งประเมินได้จาก แบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) คะแนน 10-19 คะแนน ถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) คะแนน 20-29 คะแนน

**โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการแบบ กลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดของปัญญา คำ บัญเรื่อง และดาราวรรณ ตะปินตา (2552) ตามแนวคิดการแก้ปัญหาของ D'Zurilla & Nezu (2007) และได้มีการพัฒนารูปแบบโปรแกรม แนวคิดนี้มีความเชื่อว่าการที่บุคคลจะแก้ปัญหาได้นั้น เนื่องมาจากบุคคลสามารถรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง คิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมชาติ มอง ปัญหาในทางบวกเป็นสิ่งท้าทายเปิดโอกาสให้ตนใช้เวลาและความพยายามแก้ปัญหา สามารถ แก้ปัญหาได้ด้วยตนเองจนสำเร็จ กรณีที่ไม่สำเร็จมองว่าเป็นบุคคลธรรมดาที่ยังขาดประสบการณ์ ต้อง ได้รับการเรียนรู้เพิ่มเติม (D'Zurilla & Nezu, 1999; D'Zurilla & Nezu, 2007)

ขั้นตอนการบำบัดประกอบด้วย 5 ขั้นตอนๆ ละ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 60-90 นาทีรวม ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1.** การสร้างความไว้วางใจ การปฐมนิเทศและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า หมายถึง สัมพันธภาพบำบัด เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยเป็นสัมพันธภาพที่มีขั้นตอนการ ดำเนินงานและเป้าหมายที่ชัดเจน สัมพันธภาพที่ไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเป็นพื้นฐานที่ ก่อให้เกิดความสนับสนุน ความไว้วางใจและความร่วมมือในการบำบัดรักษา ให้ความรู้ ให้ความรู้ คำแนะนำในการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิด อาการและอาการแสดง ระดับความรุนแรง การ รักษาและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า

**ขั้นตอนที่ 2.** สำรวจและสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา ระบุปัญหาให้ชัดเจนและกำหนดเป้าหมาย ที่เป็นไปได้ หมายถึง การสำรวจเจตคติของผู้ป่วยที่มีต่อปัญหา และทำความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรม การบำบัดโดยการแก้ปัญหา วัตถุประสงค์ พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะการจัดการแก้ปัญหา และเหตุผลประกอบ การทำให้ผู้ป่วยสามารถระบุปัญหาอย่างชัดเจนนั้น ผู้บำบัดช่วยค้นหาความจริงที่

เกิดขึ้นโดยถามคำถาม ใคร อะไร ที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร เพราะอะไร ตั้งเป้าหมายเล็กๆ หรือตั้งชุดของปัญหา ระบุอุปสรรคที่มีต่อเป้าหมายได้

**ขั้นตอนที่ 3.** ร่วมกันค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลากหลายวิธี หมายถึง ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมระดมสมองค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด การได้มาซึ่งวิธีการ เทคนิคเทคนิคที่ใช้ในการสร้างทางเลือก การค้นหาวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายจะช่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมมากที่สุด เมื่อได้วิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายแล้วนำมาจัดกลุ่มและถามเหตุผลที่อยู่เบื้องหลังนั้น

**ขั้นตอนที่ 4.** พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา หมายถึง การพิจารณาเพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยคัดเลือกความคิดในการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสมออกไป พิจารณาทบทวนข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธีรวมทั้งผลที่จะตามมา วิเคราะห์ประโยชน์ ผลลัพธ์คุ้มค่าคุ้มทุนหรือไม่ อย่างไร ระบุการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาแผนปฏิบัติการจริงในการประเมินการตัดสินใจ

**ขั้นตอนที่ 5.** นำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ในการแก้ปัญหา หมายถึง ให้ผู้ป่วยเล่าจากภาพที่เห็น บอกขั้นตอนวิธีการ พัฒนาคู่มือการแก้ปัญหา แสดงบทบาทสมมติให้ดู มีแรงจูงใจในการแก้ปัญหา แล้วให้ผู้ป่วยกลับไปลองใช้วิธีการแก้ปัญหา สังเกตติดตามผลที่เกิดขึ้น ประเมินผลตามความเป็นจริงว่าตรงกับผลที่คาดหวังไว้หรือไม่ ถ้าไม่สำเร็จให้ย้อนกลับไปสำรวจปัญหาใหม่เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสม

**การพยาบาลปกติ** หมายถึง การพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะได้รับขณะที่เข้ารับการบริการรักษาที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยอาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่มาโรงพยาบาล โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมและเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนพบแพทย์

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการจัดกิจกรรมการพยาบาลจิตเวชที่มีประสิทธิภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม และลดภาวะซึมเศร้านำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและลดภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัว
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยตรง และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาล

## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ คือ

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

- 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า
- 1.2 สาเหตุปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้า
- 1.3 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 1.4 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
- 1.5 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า
- 1.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า
- 1.7 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 1.8 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

#### 2. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

- 2.1 ความหมายของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา
- 2.2 ลักษณะทั่วไปของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา
- 2.3 องค์ประกอบของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา
- 2.4 เป้าหมายของแนวคิดการแก้ปัญหา
- 2.5 รูปแบบการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา
- 2.6 บทบาทของผู้บำบัด
- 2.7 ขั้นตอนการฝึกทักษะการแก้ปัญหา

#### 3. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

### 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า

#### 1.1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beck (1967) ได้ให้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นการแสดงถึงความเปี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ร่วมกับมีความเปี่ยงเบนทางด้านความคิด การรับรู้ร่างกายและพฤติกรรมในรูปแบบของความรู้สึกทางด้านอารมณ์ ด้านปัญญา ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกาย ซึ่งภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันเราได้หลายระดับ โดยเริ่มตั้งแต่ระดับปกติซึ่งมีอาการรู้สึกเศร้าเสียใจ ท้อแท้เล็กน้อย แต่ยังคงดำรงอยู่ในสภาพปกติไปได้จนถึงระดับรุนแรง มีความคิดในทางลบจนถึงมีความคิดฆ่าตัวตายได้

ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า หมายถึงสภาพทางจิตผู้ป่วยที่มีอารมณ์และความรู้สึกเศร้าหมอง หดหู่ ท้อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุก ท้อแท้ หมดหวัง เบื่ออาหาร กินได้น้อยลง ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า บางคน มีความคิดอยากตาย และอาจฆ่าตัวตายได้ อาการดังกล่าวต้องเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ ขึ้นไปและมีผลต่อการดำรงชีวิต

ศิริพร จีรวัดณ์กุล (2546) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้า ความหมาย ดังนี้ 1) เป็นอารมณ์ (mood) และความรู้สึก (feeling) หงอยเหงา เซ็ง เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ หมดหวัง ถือว่าเป็นอารมณ์ตามธรรมชาติที่ปกติ เกิดขึ้นได้กับทุกคนตลอดช่วงชีวิต เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวแล้วหายไป ในเวลาไม่นาน ในสถานการณ์ที่หรือมีการสูญเสียเกิดขึ้น 2) เป็นอาการ (symptom) เป็นการแสดงทางอารมณ์ออกมาเป็นพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ อาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว การนอนผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับหรือนอนมากกว่าปกติ ใจลอย หลงๆ ลืมๆ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เจ็บซึม หมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ รวมทั้งเรื่องเพศ กระสับกระส่าย กระวนกระวาย ไม่อยากพบปะกับใคร เป็นต้น และ 3) เป็นอาการเศร้าที่แสดงถึงการเจ็บป่วยทางจิต (disease) เช่น โรคประสาทวิตกกังวล โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า และความผิดปกติทางจิตเวชซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติอื่นๆ

สุรพล วีระศิริ (2547) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นความรู้สึกที่ไม่เป็นสุข (unhappiness) ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ (mood) ซึ่งแสดงออกในลักษณะอารมณ์ไม่ดี (dysphoric mood) มีการเปลี่ยนแปลงในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสรีรวิทยาทางร่างกายซึ่งเรียกว่า vegetative symptoms มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความคิดและภาษาของคนที่ภาวะซึมเศร้า มีการแสดงออกทางท่าทางและพฤติกรรมที่สังเกตได้ของผู้ที่มีอารมณ์เศร้า ได้แก่ ตามองต่ำ หนักตาตกเล็กน้อย มุมปากตก เดินไหล่ห่อ คอตก พุดซ่าและเสียงค่อย เป็นต้น



Karren et al. (2006) ได้ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าไว้ 4 ความหมาย ดังนี้ 1) ความรู้สึกของมนุษย์ ซึ่งเกิดจากการรบกวนสมดุลของชีวิตในภาวะปกติ การสูญเสียความชัดเจนหรือการบาดเจ็บ 2) อาการเจ็บป่วยทางกาย หรืออาการข้างเคียงจากการได้รับยา 3) ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางคลินิก เป็นกลุ่มอาการทางชีววิทยา เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทซึ่งไม่ใช่ปฏิกิริยาในภาวะปกติ เกิดขึ้นโดยไม่มีเหตุผลที่ชัดเจน มีอาการมากกว่าอารมณ์เศร้า เป็นครั้งคราว มีภาวะซึมเศร้าเป็นประจำศูนย์ความสุขในสมองทหาหน้าที่ได้ไม่ดี และศูนย์การลงโทษในสมองทำงานมากเกินไป แม้กระทั่งสิ่งที่ดีก็ทำให้รู้สึกแย่ ทำให้เกิดการรับรู้ที่บิดเบือน ทุกสิ่งเหมือนมีแต่ในทางลบ บางครั้งภาวะซึมเศร้าก็เกี่ยวข้องกับการยอมแพ้ง่ายๆ บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ารู้สึกรับไม่ได้กับปัจจุบันและอนาคต บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงอาจจะยอมแพ้ต่อชีวิต ลดกิจกรรมลงเรื่อยๆ ไม่สนใจผู้คน ละทิ้งงานอดิเรก ละทิ้งหน้าที่ เนื่องจากไม่มีความรู้สึกดีและยินดีกับสิ่งใด และ 4) ภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากภาวะวิกฤต

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การแสดงออกของภาวะทางจิตใจที่แสดงถึงความเปราะบางทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ร่างกายและพฤติกรรม เพื่อปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะวิกฤตของบุคคล โดยมีลักษณะการแสดงออกสำคัญ อารมณ์เศร้า อารมณ์หงุดหงิดง่าย รู้สึกหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความคิดและการเคลื่อนไหวช้าลง หรือพลุ่งพล่านกระวนกระวาย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนืดตนเองมากผิดปกติ สมาธิเสีย หรือมีความคิดอยากตาย

### 1.1.2 ความหมายของโรคซึมเศร้า

อภิชัย มงคล และคณะ (2550) กล่าวว่าโรคซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย หมดหวัง มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า ต่ำหนืดตนเอง อาการนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป มีอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม อย่างชัดเจนรุนแรงมากอันตรายสูงสุด คือ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย

ธรมินทร์ กองสุข (2552) ได้ให้ความหมายโรคซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติเกี่ยวกับกระบวนการความคิด อารมณ์ เกิดอารมณ์เศร้า มองตน มองโลกในแง่ร้าย เก็บกด มีปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง เกิดการสูญเสียการควบคุมตนเองไม่ได้ สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองเฉื่อยชา ยอมแพ้ หมดหวังในอนาคต

พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2553) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการผิดปกติ ด้านอารมณ์ซึ่งอาการสำคัญ ได้แก่ ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ หมดหวัง เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเอง หรือการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

กรมสุขภาพจิต (2554) กล่าวว่า วัฏโรครวมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ต่ำทอนตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้สูญเสียหน้าที่การงานชีวิตประจำวัน

สมภพ เรื่องตระกูล (2557) กล่าวว่า ลักษณะที่สำคัญของโรครวมเศร้านี้คือ ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการอย่างอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อหน่าย และหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดอยากตาย

จากข้อความข้างต้น สรุปได้ว่า โรครวมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ที่มีผลกระทบต่อความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกตัวเองด้อยค่า ต่ำทอนตัวเอง มีอาการติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป และเป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) มีผลกระทบต่อการทำงานปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สูญเสียหน้าที่การงานถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษา ส่งผลให้อาการของโรครุนแรง อาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตายได้

## 1.2 สาเหตุ ปัจจัยการเกิดโรครวมเศร้า

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย (2553) ได้รวบรวมและจัดสาเหตุและปัจจัย โดยแบ่งเป็น 2 ประการ ดังนี้

### 1.2.1 ทฤษฎีด้านชีวภาพ

ทฤษฎีทางด้านชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรครวมเศร้า ประกอบด้วยหลายปัจจัย คือ ปัจจัยทางชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรครวมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและการทำงานของสมอง ความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาท ความผิดปกติของระบบประสาทฮอโมน รวมถึงความผิดปกติทางชีวภาพอื่นๆ ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

**1) ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factors)** จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าพันธุกรรมมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดโรครวมเศร้า ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาในครอบครัว (family studies) ซึ่งพบว่า ยังมีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรครวมเศร้านานเท่าใด ก็ยิ่งเพิ่มโอกาสที่บุตรจะป่วยด้วยโรครวมเศร้านานขึ้นเท่านั้น เช่น หากบิดามารดาคนใดคนหนึ่งป่วยด้วยโรครวมเศร้า บุตรจะมีโอกาสป่วยเป็นโรครวมเศร้าถึงร้อยละ 10-25 แต่หากบิดาและมารดาป่วยเป็นโรครวมเศร้าทั้งคู่ โอกาสป่วยของบุตรจะสูงขึ้นถึง 2 เท่า (Sadock, Sadock, 2007) ดังที่พบว่า ญาติในลำดับแรก (firstdegree relatives) จะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการป่วยมากกว่าญาติห่างๆหรือในการศึกษาในบุตรบุญธรรม (adoption studies) ที่พบว่าบุตรของบิดามารดาที่เป็นโรครวมเศร้าจะมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรครวมเศร้าเพิ่มสูงขึ้น แม้จะได้รับการเลี้ยงดูในครอบครัวที่ไม่มีการป่วยด้วยโรครวมเศร้าก็ตาม หรือ

การศึกษาในฝาแฝด (twin studies) ที่พบว่า concordance rate ของแฝดไข่ใบเดียวของโรคซึมเศร้าหลัก สูงถึงร้อยละ 50 ซึ่งสูงกว่าในแฝดไข่คนละใบพบร้อยละ 10-25 (Sadock, Sadock, 2003) หรือใน linkage studies ซึ่งพบว่า ยีน CAMP Response Element-Binding Protein (CREB1) บนโครโมโซมที่ 2 มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรมมีผลให้บุคคลนั้นเกิดอาการของโรคซึมเศร้ามากขึ้น เมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (stressful life events) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงบทบาทร่วมกันของทั้งพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม (gene-environment interaction) ในการเกิดโรคซึมเศร้า (Akiskal HS, 2000)

**2) ความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาท (neurotransmitters) พบว่า** ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความผิดปกติของสารไบโอเจเนติกเอมีนส์ (biogenic amines) โดยมีการลดลงของสารเหล่านี้ ได้แก่ norepinephrine และ serotonin รวมถึง dopamine โดยพบความผิดปกติของปริมาณเมทาโบไลต์ของสารเหล่านี้ทั้งในเลือด ในปัสสาวะ และในน้ำไขสันหลัง

**3) ความผิดปกติของระบบสารไบโอเจเนติกเอมีนส์ ส่วนใหญ่เน้นที่ความ** ผิดปกติของ norepinephrine และ serotonin ในการก่อให้เกิดโรคซึมเศร้า หลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าความผิดปกติของสารเหล่านี้กับการเกิดโรคซึมเศร้า มีดังนี้ หลักฐานของ norepinephrine พบว่า การลดปริมาณของตัวรับ postsynaptic beta-adrenergic receptor เป็นกลไกของยารักษาโรคซึมเศร้าที่ช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น

**4) ความผิดปกติของระบบประสาทฮอโมน (neuroendocrine dysregulation) ความผิดปกติของระบบประสาทฮอโมนก็มีความเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าได้ ซึ่ง** ได้แก่ ความผิดปกติของ hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับความผิดปกติของระบบสารไบโอเจเนติกเอมีนส์ (biogenic amines) ด้วย ซึ่งจะพบว่า HPA axis จะทำงานเพิ่มมากขึ้น (elevated HPA activity) ในภาวะที่มีความเครียดเรื้อรัง (chronic stress) และในภาวะซึมเศร้า (depression) ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของฮอโมนต่างๆ ได้แก่ adrenal axis ซึ่งจะพบการเพิ่มการผลิตสาร steroid โดยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 50-60 มีการหลั่งคอร์ติซอลเพิ่มขึ้นมากเกินไป (hypersecretion of cortisol) (Sadock BJ, Sadock VA, 2007; 2003)

**5) ความผิดปกติของประสาทสรีรวิทยาของการนอน (abnormalities in sleep neurophysiology) ความผิดปกติของประสาทสรีรวิทยาของการนอน ได้แก่ การตื่นเร็วกว่า** ปกติ หรือการตื่นช้ากว่าปกติ ใช้เวลาในการเริ่มนอนนาน การสั้นลงของ rapid eye movement (REM) latency ช่วง rapid eye movement (REM) period ที่ยาวขึ้น การพบ delta wave ที่ไป และความผิดปกติของวงจรการนอนและการตื่นผิดปกติ

### 1.2.2 ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors)

ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยปัจจัยภายในจิตใจหรือปัจจัยพลวัตทางจิต (intrapsychic or psychodynamic factors) ปัจจัยทางความคิด (cognitive factors) ปัจจัยทางพฤติกรรม (behavioral factors) และปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม (interpersonal and social factors) ดังรายละเอียดตามนี้

**1) ปัจจัยภายในจิตใจหรือปัจจัยพลวัตทางจิต (intrapsychic)** ปัจจัยทางด้านจิตใจได้ให้ความสำคัญกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีตหรือประสบการณ์ความยากลำบากในวัยเด็ก รวมถึงการขาดการเลี้ยงดูที่ดีในวัยเด็ก (inadequate mothering) ดังนี้ (Akiskal HS, 2005; Markowitz JC, Milrod B, 2005; Gabbard GO, 2000; Silber A, 1989) Sigmund Freud & Karl Abraham อธิบายว่า โรคซึมเศร้าเกิดขึ้นจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก บุคคลที่สูญเสียนั้นจะซึมซับเอาผู้ที่เสียชีวิตเก็บไว้ในตัวเอง ความรู้สึกโกรธที่หันเข้าหาตนเองนั้นก่อให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าขึ้น

**2) บุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorder)** ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ บุคลิกภาพผิดปกติแบบย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติแบบ เรียวร้องความสนใจ (histrionic personality disorder) และ บุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (borderline personality disorder)

**3) ปัจจัยทางความคิด (cognitive factors)** ก็ส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าเช่นกัน โดยพบว่า ความคิดที่บิดเบือนและกระบวนการคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุผล (distortion of cognition or thinking) ส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า Aaron Beck (1979) ได้ อธิบายว่า บุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีมุมมองทางลบต่อตัวเอง ประสบการณ์และสิ่งภายนอก รวมถึงอนาคต โดยจะมองว่าตนเองไม่มีความสามารถ มองผู้อื่นว่าคอยกลั่นแกล้งและคอยเอาเปรียบ และมองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ความทุกข์ทรมาน และความล้มเหลว

**4) ปัจจัยทางพฤติกรรม (behavioral factor)** ก็มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการของโรคซึมเศร้าเช่นกัน โดยจะพบว่าผู้ที่ประสบกับความล้มเหลวและความผิดหวังซ้ำๆ (repeated failures and disappointments) จะก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และหมดอาลัยตายอยาก (feelings of helplessness and hopelessness) จนนำไปสู่อาการของโรคซึมเศร้า (Akiskal HS, 1995)

**5) ปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม (interpersonal and social factors)** ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการของโรคซึมเศร้าอีกปัจจัยหนึ่งก็คือ ปัจจัยเกี่ยวกับปัญหาสัมพันธภาพ และปัญหาสังคมเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า และเป็นปัจจัยที่ทำให้

อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยนั้นคงอยู่ต่อไปด้วย Weissman (2000) ได้อธิบายถึงปัญหาสัมพันธ์ภาพ 4 ด้านที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่

- 1) อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief or complicated bereavement)
- 2) ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal role disputes)
- 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (role transitions)
- 4) ความบกพร่องทางสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal deficits)

ปัญหาสัมพันธ์ภาพทั้ง 4 ด้านเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญของการเกิดโรคซึมเศร้าและยังทำให้อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยนั้นคงอยู่ต่อไปด้วย หากสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการและผ่านพ้นปัญหาสัมพันธ์ภาพดังกล่าว ก็จะส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้นได้

นอกจากแนวคิดที่กล่าวมาแล้วนั้น อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนี้

**1. เพศ** พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ Beck กล่าวถึง เพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าของคะแนนโรคซึมเศร้า ( $r=.18$ ) มีแนวโน้มที่จะพบโรคซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Beck, 1967) และแนวโน้มที่จะเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย จากการศึกษาของงานวิจัยเชิงระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า พบว่าโรคซึมเศร้าพบในเพศหญิงมากกว่าชาย (Kuehner, 2003) ซึ่งพบอุบัติการณ์ในผู้หญิงประมาณ 2 เท่าของผู้ชาย (Vikram, 2005) สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาของกรมสุขภาพจิตพบความชุกของโรคซึมเศร้า ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อัตราส่วน 1.6 ต่อ 1 สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาลและสมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2553) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**2. อายุ** จากการศึกษาของ Beck (1967) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวช 606 คนพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ชั่วขณะหนึ่ง กล่าวคือ ภาวะซึมเศร้าสามารถพบได้ทุกช่วงอายุ แต่จะมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นในผู้สูงอายุ สรยุทธ วาสิกนันทน์ (2546) กล่าวว่า ผู้สูงอายุในวัยที่เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมหลายอย่าง จากสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยและจำนวนเซลล์สมองที่ลดลง ทำให้มีความเสี่ยงที่เกิดโรคทางกายร่วมด้วยสูง ทางด้านจิตใจก็เป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการพลัดพราก เสียชีวิต จากคนรักหรือญาติได้มาก การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ในการงาน การสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเองทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวในการดำรงชีวิตอย่างมากทำให้ผู้สูงอายุน่าจะเกิดโรคหรือภาวะซึมเศร้าได้มาก

**3. ระดับการศึกษา** Beck (1967) กล่าวว่าระดับการศึกษาเป็นตัวบ่งชี้สถานะทางสังคม จากการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีการศึกษาน้อยมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงนอกจากนี้ยังพบว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะสามารถประยุกต์ความรู้ที่มีอยู่มาใช้ได้

สามารถทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มากขึ้น และยังสามารถหาข้อมูลตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาค่ำ ซึ่งมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลที่ได้รับมาแก้ปัญหาในชีวิต อาจเกิดความยุ่งยากเกิดความรู้สึกกดดัน และเกิดความเครียดได้ (Whetstone & Olow อ้างถึงในมธุริน คำวงศ์ปิ่น, 2543)

**4. บุคลิกภาพ** นักวิจัยเชื่อว่ามียุคบุคลิกภาพผิดปกติที่เรียกว่า บุคลิกภาพผิดปกติแบบซึมเศร้า (depression personality disorder) เป็นคนที่มีมองโลกในแง่ร้ายและเชื่องซึม มักชอบตำหนิตนเองและผู้อื่น คนพวกนี้จะมองโลกว่ามีแต่ความโหดร้าย ไม่มีใครสนับสนุนตนเอง มองตนเองว่าเป็นคนไร้ค่า มองอนาคตว่าไร้ความหวัง มองชีวิตในแง่ลบทำให้เกิดอารมณ์เศร้าได้ง่าย เนื่องจากเชื่อว่าคนเหล่านี้เกิดปมด้อยในใจตั้งแต่เด็ก ประสบการณ์การถูกทารุณทั้งทางร่างกายและทางเพศบิดามารดาเสพติดสุรา การสูญเสียที่เกิดขึ้นระหว่างช่วงขวบปีแรกของชีวิต มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

**5. เศรษฐกิจ อาชีพ และรายได้** พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลและมีความสำคัญ ต้องมีความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล การมีรายได้น้อย ขาดที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย ทำให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมา (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533) และจากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การมีปัญหาด้านการเงิน รายได้ที่ไม่พอเพียงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (กรมสุขภาพจิต, 2545)

**6. การสนับสนุนทางสังคม** เป็นสิ่งที่จะช่วยให้บุคคลปลอดภัยจากความเครียดหรือป้องกันไม่ให้ความเครียดนั้นมากกระทบจนเกิดความผิดปกติ โดยจะทำให้บุคคลมองโลกในแง่ดี ส่งผลให้เกิดการกระทำที่ดีและมีภาวะสุขภาพจิตดี เช่น การศึกษาของ Mcnett (1987) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดของบุคคล ทำให้บุคคลควบคุมตนเองและแก้ปัญหาได้ตรงจุด การสนับสนุนทางสังคมที่มีความมั่นคงจะเสริมหน้าที่ในการช่วยแก้ปัญหาของแต่ละคน และนอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความเครียดอันนำไปสู่ภาวะวิกฤต (Cohen & Will, 1985) ภาวะวิกฤตส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Paykel as cited in Wilson et al., 1989) จากการศึกษา Luke & Debig as cited in Arling (1984) พบว่าการขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงได้

**7. ความสามารถในการแก้ปัญหา** ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการมองปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นทางลบ ทำให้ไม่สามารถควบคุมความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองได้ จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การศึกษา Dixon (2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการเกิดโรคซึมเศร้า พบว่าการแก้ปัญหาของผู้ใหญ่อายุ 17 ปีขึ้นไปสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 10 ความสามารถในการแก้ปัญหาเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะ

ซึมเศร้า และส่งผลกระทบต่อการทำงานถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอาจจะนำมาซึ่งการเจ็บป่วยและการเกิดการดำเนินโรคที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น (D’Zurilla, & Maydeu - Olivares, 1995)

### 1.3 อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้าหรือหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ร่วมกับอาการต่อไปนี้ได้แก่ เบื่ออาหาร หรือรับประทานอาหาร นอนไม่หลับ หรือนอนมาก เชื่องช้า หรือ กระวนกระวาย อ่อนเพลียง่าย หรือไม่มีแรง รู้สึกไร้ค่า หรือความรู้สึกผิด ไม่มีสมาธิ หรือมีความลึกลับใจ หรือมีความคิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตาย นำมาซึ่งอาการและอาการแสดงดังต่อไปนี้ (พิชัย อัญญสกุล และศิริชัย หงษ์สงวนศรี, 2558)

1) อารมณ์ซึมเศร้า (depressed mood) เป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยอาจ เป็นการบอกเล่าของผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกเศร้าหรือว่างเปล่า (empty) หรือจากการสังเกตของผู้อื่น เช่น เห็นว่าร้องไห้ ถ้าเป็นเด็กและวัยรุ่นอาการอาจจะเป็นเพียงอารมณ์หงุดหงิด (irritable mood)

2) ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ (markedly diminished interest or pleasure) ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก เป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยได้จาก การบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น

3) น้ำหนักตัวลดลง (weight loss) หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้น (weight gain) อย่างมี นัยสำคัญ โดยที่อาการน้ำหนักลดลงไม่ได้เกิดจากการควบคุมอาหาร น้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงไป ถือ เกณฑ์มากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวภายในระยะเวลา 1 เดือน ความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้นแทบ ทุกวัน ถ้าเป็นเด็กอาการอาจจะเป็นน้ำหนักตัวไม่เพิ่มตามวัยหรือตามที่คาดว่าจะเพิ่ม

4) นอนไม่หลับ (insomnia) หรือนอนมากเกินไป (hypersomnia) แทบ ทุกวัน

5) จิตใจและการเคลื่อนไหว (psychomotor) แบบกระวนกระวาย (agitation) หรือเชื่องช้า (retardation) แทบทุกวัน โดยได้จากการสังเกตของบุคคลอื่น มีไข้เพียงแต่ ความรู้สึกวุ่นวายตนเองกระสับกระส่าย (restlessness) หรือทำอะไรช้าลง (being slowed down) เท่านั้น

6) อ่อนเพลีย (fatigue) หรือไร้เรี่ยวแรง (loss of energy) แทบทุกวัน

7) ความรู้สึกไร้ค่า (feeling of worthlessness) หรือความรู้สึกผิดอย่างมากเกิน ควรหรือไม่เหมาะสม (excessive or inappropriate guilt) ซึ่งอาจจะเป็นอาการถึงขั้นหลงผิด (delusion) แทบทุกวัน อาการจะต้องไม่ใช่เพียงว่าเป็นการตำหนิตนเองหรือรู้สึกผิดที่ตนเองเจ็บป่วยเท่านั้น

8) ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง (diminished ability to think or concentrate) หรือการไม่สามารถตัดสินใจ (indecisiveness) แทบทุกวัน โดยได้จากการบอกเล่าของ ผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น

9) ความคิดซ้ำๆ เกี่ยวกับความตาย (recurrent thoughts of death) แต่ไม่ใช่เพียงกลัวตายเท่านั้น หรือมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายซึ่งเกิดขึ้นซ้ำๆ (recurrent suicidal ideation) โดยไม่มีการวางแผนที่ชัดเจน หรือมีการพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) หรือมีการวางแผนเพื่อให้ ฆ่าตัวตายได้สำเร็จ (committing suicide)

#### 1.4 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าต้องอาศัยเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัย ปัจจุบันใช้อยู่ 2 เกณฑ์ หรือ 2 ระบบในการวินิจฉัย คือ เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 5<sup>th</sup> edition) และจำแนกตามโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย ฉบับที่ 10 (The 10<sup>th</sup> Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems (ICD-10)) ดังมีรายละเอียดดังนี้

1.3.1 สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้ให้ความหมายโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) จากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 5<sup>th</sup> edition) ดังต่อไปนี้ (พิชัย อัญญสกุล และศิริชัย หงษ์สงวนศรี, 2558)

A. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ข้อซึ่งต้องมีข้อ 1 หรือ ข้อ 2 จำนวน 1 ข้อ และมีอาการอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ขึ้นไป

- 1) ซึมเศร้า โดยมีอาการเป็นเกือบทั้งวัน
- 2) ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในสิ่งต่างๆ ลดลง
- 3) เบื่ออาหารและน้ำหนักตัวลดลง หรือรับประทานอาหารจู้จี้หนักเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 5 ภายใน 1 เดือน
- 4) นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติ
- 5) ความคิดและการเคลื่อนไหวเชิงช้า หรือพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย
- 6) อ่อนเพลีย หรือไม่มีแรง
- 7) ความรู้สึกไร้ค่า หรือความรู้สึกผิดมากผิดปกติ
- 8) สมาธิลดลงหรือมีความลังเลใจ
- 9) มีความคิดอยากตาย คิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย



B. อาการทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หรือทำให้บกพร่องในหน้าที่การงาน การประกอบอาชีพ หรือการทำหน้าที่อื่นๆ

C. อาการไม่เกิดจากสาเหตุอื่นๆทางกายหรือใช้สารเสพติด

1.3.2 การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชตามการจำแนกโรคระหว่างฉบับที่ 10 (The 10<sup>th</sup> Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems (ICD-10)) เป็นบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโลกและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นรหัสของโรคและอาการ อาการแสดง ความผิดปกติที่ตรวจพบซึ่งเป็นความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม โรคซึมเศร้าจัดเป็นความผิดปกติของอารมณ์ (F 30 – F 39) โดยที่ภาวะซึมเศร้าจะอยู่ในรหัส F 32 (F 32.0 – F 32.9) และโรคซึมเศร้าซ้ำซึ่งอยู่ในรหัส F 33 (F 33.0 – F 33.9) โดยมีอาการและอาการแสดงของโรค ดังนี้

- 1) อารมณ์ซึมเศร้า (depressed mood) ต่อเนื่องกันนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ โดยมีอารมณ์เศร้าเกือบตลอดวันและแทบทุกวัน
- 2) เบื่อหน่ายและไม่มีความสุข (loss of interest and enjoyment) และพลังกำลังกายลดลง (reduction of energy) อ่อนเพลียเมื่อยล้ามากขึ้น (increased fatigability) และมีอาการที่เกิดร่วม 16 (associated symptoms) ซึ่งได้แก่ 1) ความภาคภูมิใจหรือความเชื่อมั่นในตนเองลดลง (loss of confidence or self-esteem) 2) กล่าวโทษตนเอง (self-reproach) โดยไม่มีเหตุผลเพียงพอ หรือรู้สึกผิด (guilt) มากเกินเหตุ
- 3) มีความคิดซ้ำๆ เกี่ยวกับความตายหรือการฆ่าตัวตาย (recurrent thoughts of death or suicide)
- 4) ความสามารถในการคิดหรือสมาธิ ลดลง (diminished ability to think or concentrate) หรือการไม่สามารถตัดสินใจ (indecisiveness)
- 5) มีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและการ เคลื่อนไหว (change in psychomotor activity) คือแบบกระวนกระวาย (agitation) หรือเชื่องช้า (retardation)
- 6) มีปัญหาการนอนที่ผิดปกติ (sleep disturbance) รูปแบบใดก็ได้
- 7) มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความอยากอาหารอาจจะมากขึ้นหรือลดลง โดยน้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือลดลง สอดคล้องกับความอยากอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย (change in appetite with weight change)

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชตามการจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย ฉบับที่ 10 (The 10th Revision of

the International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems (ICD-10)) อยู่ในหมวดภาวะซึมเศร้ารหัส F 32.0 – F 32.9

**1.5 ระดับภาวะซึมเศร้า Beck (1967)** ได้แบ่งภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นความผิดปกติของโรคซึมเศร้าทั้งในด้านอารมณ์ ปัญญา แรงจูงใจ และด้านร่างกาย โดยแบ่งความรุนแรงภาวะซึมเศร้าในแต่ละข้อคำถามออกเป็น 4 ระดับ ดังต่อไปนี้

1. ภาวะอารมณ์ปกติ (normal range)
2. ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (mild depression) อาการในระยะนี้จะเป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่แจ่มใส (blue of sad) มีอารมณ์เศร้าชั่วคราว
3. ภาวะซึมเศร้าระดับกลาง (moderate depression) อาการในระยะนี้จะรุนแรงขึ้นซึ่งจะมีผลต่อการดำเนินชีวิต ครอบครัว หน้าที่การทำงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ถึงแม้จะไม่สมบูรณ์
4. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) เป็นภาวะที่มีอาการซึมเศร้าตลอดเวลา และเป็นอยู่นาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างชัดเจน เช่น รู้สึกเศร้ามาก ไม่มีความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัวทำให้มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีความคิดที่หลงผิดหรืออาการประสาทหลอนได้ (Beck, 1967)

### 1.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะดังต่อไปนี้ (ลัดดา แสนสีหา, 2536; เอี่ยมเดือน เนตรแฉม, 2541; Kaplan & Sadock, 1998 ; Varcariolis, 2002)

#### 1. การประเมินโดยใช้วิธีการสังเกต ตัวอย่างแบบประเมิน ได้แก่

1.1. Cronholm - Ottosson Scale แบบประเมินนี้ใช้ในยุคแรกๆ ประกอบด้วยความเที่ยงตรงที่สูง และความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.72-0.86 แต่แบบประเมินนี้เหมาะสมสำหรับการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

1.2 Hamilton Rating Scale แบบประเมินประกอบด้วย 17 ข้อคำถาม ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญ และได้รับการฝึกจึงจะประเมินได้อย่างเหมาะสม เป็นแบบประเมินที่ต้องสังเกตอาการย้อนหลัง 1 สัปดาห์ และไม่สามารถประเมินได้บ่อย

1.3 Bech - Rating Scale Melancholia Scale เป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจาก Hamilton ประกอบด้วย 11 ข้อ มีความเชื่อมั่น ระหว่าง 0.82-0.93 แบบประเมินจะเน้นอาการทางจิต

1.4 Montgomery - Asberg Depression Rating Scale แบบประเมินประกอบด้วย 10 ข้อ มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 แต่นี้ต้องใช้การสัมภาษณ์ประกอบการสังเกตร่วมกัน เพื่อให้ผลที่สมบูรณ์และด้านลบเท่าๆกัน

1.5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของราสคิน (Raskin Depression Scale) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1988 โดยราสคิน (Raskin cited in Yonkers & Samson, 2000, Burt & Ishak, 2002) แบบประเมินมีทั้งหมด 3 ข้อ มีค่าความตรงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.88 ใช้งานง่าย สะดวก รวดเร็ว แต่แบบประเมินนี้วัดอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้บางอาการเท่านั้น

## 2. ประเมินโดยใช้วิธีการประเมินตนเอง ตัวอย่างแบบประเมิน ได้แก่

2.1 Zung Self - Rating Depression Scale ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ โดยแบ่งข้อความด้านบวก และด้านลบเท่าๆ กัน แบบประเมินมีความเชื่อมั่น 0.73 แบบประเมินนี้ไม่ค่อยนิยม เนื่องจากไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์การวัดของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (DSM-IV-TR) ในเรื่องของการคิดฆ่าตัวตาย อาการทางจิตบางอย่างและไม่ครอบคลุมอาการทางกาย

2.2 Walkefield Self - Assessment Inventory พัฒนามาจากแบบประเมินของ Zung ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ มีความเชื่อมั่น 0.68 แม้จะได้รับความนิยมในระยะหนึ่ง แต่ต่อมามีการวิพากษ์วิจารณ์ว่า แบบประเมินขาดความแตกต่างอย่างชัดเจนในเรื่องคะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับ การตัดสินโดยภาพรวม

2.3 Zerssen Adjective Check list ประกอบด้วยคำถาม 28 ข้อ ในแต่ละคำถามมีคำตอบเพียง 2 ซึ่งเป็นคำคุณศัพท์เกี่ยวกับความรู้สึกต่างๆ ดังนั้น จุดอ่อนของแบบประเมินนี้ คือ แต่ละข้อไม่มีข้อมูลที่จะเอียง และไม่เพียงพอต่อการนำมาสอบถามอาการของผู้ป่วย

2.4 Beck Depression Inventory (BDI) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1961 เพื่อวัดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ได้ปรับปรุงใหม่ในปี 1978 Beck (BDI-IA) เป็นแบบประเมินด้วยคำถาม 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และอาการทางด้านร่างกาย 6 ข้อ โดยการใช้ครั้งแรกจะมีการสัมภาษณ์ และให้ผู้ช่วยตอบ จากนั้นคนสัมภาษณ์จะกรอกคำตอบลงในแบบประเมินเพื่อลดการผิดพลาดในการรายงาน ต่อมาให้ผู้ป่วยตอบเอง หลังจากนั้นได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แบบประเมินนี้มีความเที่ยงตรงสูง ( $r=0.84$ ) การตรวจสอบมีความเชื่อมั่น โดยทดสอบกับผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 409 ราย ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 (Beck, 1967) แปลเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 21 ข้อ โดยการประเมินค่าคะแนนในแบบประเมินมี 4 ตัวเลือก ซึ่งในคำถามแต่ละข้อมีการให้คะแนนคำตอบในแต่ละข้อนั้นเป็น 0 1 2 และ 3 โดยกำหนดข้อรายละเอียดของลักษณะคำตอบในแต่ละข้อในแต่ละลำดับ สำหรับการแปลผลระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้า โดยการนับคะแนนในทุกคำถาม ทั้งหมด 21 ข้อรวมกัน ซึ่งค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 63 คะแนน หลังจากนั้นได้มีการแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0 – 9 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปกติ (normal range)

คะแนน 10 – 19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression)

คะแนน 20 – 29 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression)

คะแนน 30 – 63 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม โดยมีข้อคำถามที่เกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอาการทางกาย ดังต่อไปนี้ อาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ อารมณ์เศร้า การมองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกล้มเหลว การไม่พึงพอใจ ความรู้สึกผิด การคาดว่าจะถูกลงโทษ การไม่ชอบตนเอง การตำหนิตนเอง ความคิดอยากฆ่าตัวตาย การร้องไห้ การหงุดหงิด การแยกตัวออกจากสังคม การลังเลในการตัดสินใจ ความคิดหมกมุ่นอยู่กับความเจ็บป่วย อาการทางกาย ได้แก่ ความไม่เอาใจของ ตนเอง ความจำกัดในการทำงาน การนอนไม่หลับ ความอ่อนเพลียของร่างกาย การเบื่ออาหาร น้ำหนักลด และการขาดความสนใจทางเพศ

2.5 Beck Depression Inventory (BDI-II) เป็นต้นฉบับพิมพ์ใหม่ของ Beck Depressive Inventory ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ ใช้เวลาในการทำประมาณ 5 นาที ซึ่งใช้กันอย่างกว้างขวางในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในการคัดกรองและวินิจฉัยโรคตามการวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (DSM-IV-TR) แต่ยังไม่เป็นที่นิยมใช้ใน ประเทศไทย เนื่องจากอยู่ในระหว่างทดลองใช้และมีราคาแพง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แบบประเมินความซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรีรงค์ (2522) เป็นการประเมินตนเอง ที่มีความเที่ยงตรงที่สูง นอกจากนี้ได้มีการใช้แบบประเมินนี้อย่างแพร่หลาย มีการนำมาใช้ในประเทศไทย โดยกุลธิดา สุภาคุณ (2549) ได้ทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 พรเพ็ญ อารีกิจ (2554) ได้ทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ แบบประเมินนี้ยังสามารถใช้ได้ง่าย ใช้เวลาในการตอบน้อยประมาณ 5-10 นาที สามารถวัดซ้ำได้ และแบบประเมินนี้สามารถใช้ประเมินผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่ยังไม่เป็นโรคจิตได้อีกด้วย ผู้ศึกษาใช้การประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A])

## 1.7 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า มี 2 ประเภท คือ

### 1.7.1 การรักษาทางชีวภาพ

1.7.1.1 การรักษาด้วยยา ในปัจจุบันยารักษาโรคซึมเศร้าแบ่งออกได้หลายกลุ่มตามลักษณะโครงสร้างทางเคมี และวิธีการออกฤทธิ์ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้(กรมสุขภาพจิต, 2543; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ , 2558; สมภพ เรืองตระกูล, 2557) 1. ยากลุ่มไตรไซคลิก (Tricyclic Antidepressants - TCA) 2. ยากลุ่มที่ยับยั้งการ

ทำงานของโมโนเอมีน (Monoamine oxidase inhibitors) 3. ยากลุ่มที่ช่วยยับยั้งการดูดกลับของซีโรโตนิน (Selective serotonin reuptake Inhibitors; SSRIs) 4. ยากลุ่มใหม่ (new generation)

1.7.1.1.1. ยากลุ่มไตรไซคลิก (Tricyclic Antidepressants - TCA) ยาในกลุ่มนี้มีการใช้กันอย่างแพร่หลาย และใช้มานานเนื่องจากราคาไม่แพง ประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่ยืนยันแน่นอนทั้งในการรักษาในระยะเฉียบพลันและการรักษาในระยะยาว (มานิช หล่อตระกูล, 2553) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการเก็บกลับของสารสื่อประสาทโมโนเอมีนส่งผลให้ระดับนอร์อิพิเนพริน และ 5 - HT เพิ่มขึ้นในเซลล์ประสาท ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ อะมิทริปไทเททีลีน (amitriptyline) นอร์ทริปไทเททีลีน (nortriptyline) อิมิพรามีน (imipramine) โคลมิพรามีน (clomipramine) และด็อกซีพิน (doxepin) เป็นต้น ยาที่นิยมใช้ในปัจจุบันคือ อะมิทริปไทเททีลีน (amitriptyline) อิมิพรามีน (imipramine) นอร์ทริปไทเททีลีน (nortriptyline) และโคลมิพรามีน (clomipramine) ขนาดยาที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้าที่ยอมรับว่าได้ผลคือ 75-150 มิลลิกรัมต่อวัน ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาในกลุ่มนี้คือ อาการง่วงซึม อาการปากแห้งคอแห้ง ท้องผูก ท้องอืด น้ำหนักเพิ่ม มีอาการหน้ามืดเมื่อเปลี่ยนกิริยาถาวร ตาพร่า วิงเวียนศีรษะและเหงื่อออกมาก หัวใจเต้นเร็ว ปัสสาวะคั่งเนื่องจากมีอาการปัสสาวะลำบาก มีอาการ ทางระบบประสาทอันได้แก่ มือสั่น กล้ามเนื้อกระตุก พุดไม่ชัด เสียการทรงตัว ที่สำคัญคือหาก รับประทานเกินขนาดทำให้เสียชีวิตได้ ปัจจุบันพบว่ามีการใช้ที่น้อยลงเนื่องจากผลข้างเคียงที่มาก (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

1.7.1.1.2. ยากลุ่มที่ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์โมโนเอมีน (Monoamine oxidase inhibitors; MAOIs) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์โมโนเอมีนที่ปลายประสาท ส่งผลให้ระดับอะดรีนาลีน (adrenaline) โดปามีน (dopamine) ซีโรโตนิน (serotonin) ฮิสตามีน (histamine) นอร์อิพิเนพริน (norepinephrine) และ 5 - HT เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะที่สมองส่วนลิมบิกที่ เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ โมโคลเบมีด (moclobemide) ไอโซคาร์บอกซาซิด (isocarboxazid) ทรานิลไซโพรมีน (tranylcypromine) และฟีเนลซีน (phenelzine) ยาในกลุ่มนี้ เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้าที่หาสาเหตุไม่ได้และเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาชนิดอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยที่เกิดอาการชักจากการใช้ยาในกลุ่มไตรไซคลิกหรือผู้ป่วยที่ใช้ยากลุ่มไตรไซคลิกไม่ได้ผล (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545) ขนาดยาที่ใช้คือ 10-30 มิลลิกรัมต่อวัน การรักษาต้องใช้เวลา 2 สัปดาห์หรือมากกว่า อาการข้างเคียงที่พบได้ในยากลุ่มนี้ได้แก่อาการ ปวดศีรษะอย่างแรง อาเจียน ตัวร้อน เจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อกระตุก ระดับความดันโลหิตต่ำ มีอาการ หน้ามืดตาพร่า ปากแห้งคอแห้ง และการใช้ยาเกินขนาดอาจอันตรายถึงชีวิตได้เนื่องจากยามีผลต่อ การทำงานของหัวใจ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.7.1.1.3. ยากลุ่มที่ช่วยยับยั้งการดูดกลับของซีโรโตนิน (Selective serotonin reuptake Inhibitors; SSRIs) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งเฉพาะการดูดกลับของซีโรโตนินเท่านั้น ส่งผลให้สมองมี ระบบซีโรโตนินเพิ่มสูงขึ้นบริเวณช่องว่างจุดประสานประสาทของเซลล์ประสาท (synaptic cleft) และ บริเวณตัวเซลล์ประสาท (cell body) ข้อเด่นของยากลุ่มนี้คือ มีฤทธิ์ข้างเคียงต่ำ ได้แก่ไม่มีฤทธิ์ต้าน โคลิเนอร์จิก (anticholinergic) ฤทธิ์ง่วงซึมต่ำ ใช้ได้ค่อนข้างปลอดภัยในผู้ป่วยสูงอายุหรือมีโรคทางกายและไม่ทำให้น้ำหนักเพิ่ม จึงเป็นที่นิยมใช้กันมากในปัจจุบัน เนื่องจากคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยดีกว่าการใช้ยากลุ่มอื่น แต่ราคาค่อนข้างที่จะสูง (พูนศรี รังษิณี และคณะ, 2547) ยาในกลุ่มนี้ แม้จะมีอาการข้างเคียงต่ำแต่ประสิทธิภาพในการรักษาไม่ได้เหนือไปกว่ายาต้านซึมเศร้ากลุ่มเดิม ยาในกลุ่มนี้ มีทั้งหมด 5 ชนิด ได้แก่ ยาฟลูออกซิทีน (Fluoxetine) ยาฟลูวอกซามีน (fluvoxamine) ยาพารอกซิทีน (paroxetine) ยาเซอร์ทราลีน (sertraline) และยาเอสซิตาโลพราม (escitalopram) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558; สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) ขนาดที่ใช้ในการ รักษาคือ 20-60 มิลลิกรัมต่อวัน โดยทั่วไปควรคงยาที่ขนาดในการรักษาไว้ประมาณ 4 สัปดาห์หาก ไม่ได้ผลจริงจึงพิจารณาเพิ่มขนาดยา หากมีการตอบสนองบ้าง อาจรอต่ออีก 2 สัปดาห์เพราะส่วน ใหญ่จะมีการตอบสนองเพิ่มขึ้นไปอีกอาการข้างเคียงที่พบได้จากการใช้ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ อาการ ปวดศีรษะได้ในช่วงแรก ผู้ป่วยอาจมีอาการมือสั่นหรือกระวนกระวาย อาจพบอาการนอนไม่หลับ อาการอึดแน่นท้อง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ความต้องการทางเพศลดลง หลังเข้า เหงื่อแตก สบัตร้อนสับัดหนาวอุณหภูมิของร่างกายเพิ่มขึ้น อ่อนเพลีย สับสน มือสั่น อารมณ์ราบเรียบ เฉยเมยไม่ยินดียินร้าย ความคิดไม่แล่น หรืออ่อนล้า หงุดหงิด วิตกกังวล เดี๋ยวเซ ยา อาจทำให้เกิด ภาวะเลือดออกง่าย การเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาดพบได้น้อย (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์ , 2558)

1.7.1.1.4. ยากลุ่มใหม่ (new generation) ยาในกลุ่มนี้นับได้ว่าเป็นยาที่เพิ่งค้นคว้าและผลิตขึ้นใหม่ ได้แก่ยาที่ออกฤทธิ์โดยการ ยับยั้งการดูดกลับของซีโรโตนินและนอร์อิพิเนพรีน (serotonin norepinephrine selective reuptake Inhibitors ; SNRIs) ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการดูดกลับของซีโรโตนินและนอร์อิพิเนพรีน แต่ไม่ยับยั้งการดูดกลับของ 5 - HT ยาในกลุ่มนี้ที่สำคัญได้แก่ยามิртаซาปิโน (mirtazapine) ยาเวนลาฟาซีน (venlafaxine) และยาดูโลอกซาทีน (duloxetine) ขนาดในการรักษาคือยามิртаซาปิโน (mirtazapine) ให้ในขนาด 100 มิลลิกรัมต่อวัน ขนาดยาเวนลาฟาซีน (venlafaxine) ให้ 75-225 มิลลิกรัมต่อวัน และยาดูโลอกซาทีน (duloxetine) ขนาด10-30 มิลลิกรัมต่อวัน อาการข้างเคียงที่พบได้จากการใช้ยาในกลุ่มนี้คือ ระดับความดันเลือดเพิ่มสูงขึ้น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ร่างกายบวมและน้ำหนักเพิ่มมากขึ้น มีความผิดปกติทางเพศ เช่นการหลังเข้า และมีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) และอีกกลุ่มหนึ่งคือยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของนอร์อิพิเนพรีนและโดปามีน (norepinephrine and

dopamine reuptake inhibitors) ยาในกลุ่มนี้ที่สำคัญคือ ยาบูโพรเพียน (bupropion) ขนาดที่ใช้ในการรักษาคือ 150-300 มิลลิกรัมต่อวัน ผลข้างเคียงที่พบได้คือระดับความดันเลือดที่เพิ่มสูงขึ้นอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ ข้อบ่งใช้ในการรักษาด้วยยาต้านเศร้า การรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านเศรานั้น โดยทั่วไปแพทย์มักนิยมใช้กลุ่มไตรไซคลิก (Tricyclic Antidepressants-TCA) เนื่องจากว่าหาง่ายในท้องตลาดราคาไม่แพง แต่มีข้อเสียเรื่อง ผลข้างเคียงของยาที่อาจจะมีมากกว่ายากลุ่มใหม่ที่ออกมาทีหลัง (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) คำแนะนำการรักษาโรคซึมเศร้า ของประเทศสหราชอาณาจักร ได้รับรองให้ใช้ยาในกลุ่มยับยั้งการดูดกลับของซีโรโทนิน (Selective serotonin reuptake Inhibitors; SSRIs) เป็นยาขนานแรกในการรักษาโรคซึมเศร้า (National Institute for Clinical Excellence, 2003) ซึ่งในประเทศไทยยาที่ใช้บ่อยและอยู่ในบัญชียาหลัก แห่งชาติได้แก่ยา ฟลูออกซิทีน (Fluoxetine) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ , 2558) การรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลบ้านโคก นิยมใช้ยาฟลูออกซิทีน (Fluoxetine) เป็นตัวหลักในการรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า เนื่องจากมีฤทธิ์ข้างเคียงต่ำ ใช้ได้ค่อนข้างปลอดภัยในผู้ป่วยสูงอายุหรือมีโรคทางกายและไม่ทำให้น้ำหนักเพิ่มมาก (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ , 2558; สมภพ เรืองตระกูล, 2557) การรักษาด้วยยาฟลูออกซิทีน (Fluoxetine) จะเริ่มให้ที่ขนาด 20 มิลลิกรัมต่อวัน ให้รับประทานวันละ 1 ครั้ง และมีการนัดติดตาม ผลการรักษาด้วยยาในอีก 2 สัปดาห์ถ้าผู้ที่เป็นโรคซึมเศร่ายังไม่ตอบสนองต่อการรักษาแพทย์จะพิจารณาปรับขนาดของยาเพิ่มขึ้น

1.7.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) เป็นการรักษาโดยมีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าช่วงสั้นๆ เพื่อให้เกิดการชักของสมอง ภายใต้ภาวะที่มีการควบคุมดูแล มีจุดมุ่งหมายเพื่อรักษาโรคจิตเวชที่รุนแรง การรักษาด้วยไฟฟ้า ถูกนำไปใช้ในการรักษาโรคจิตเภท และ mood disorder อย่างกว้างขวาง จัดเป็นการรักษาที่มีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพสูง มีอยู่ 2 วิธี คือวิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบเดิม (non- modified ECT) คือการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ไม่ใช้ยาสลบ และยาคลายกล้ามเนื้อช่วยในขณะทำการรักษาผู้ป่วยยังคงรู้สึกตัว โดยการรักษาด้วยไฟฟ้าจะผ่านกระแสไฟฟ้า 70 - 130 โวลต์เข้าไปในสมอง (Kaplan & Sadock, 2000) และการใช้ยาสลบช่วย (modified ECT) คือ การใช้วิธีดมยาสลบ และยาผ่อนคลายกล้ามเนื้อช่วยในการรักษา กระแสไฟฟ้าที่ใช้ต้องสูงกว่าแบบไม่ใช้ยาสลบ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาสลบ และยาคลายกล้ามเนื้อที่มีฤทธิ์ต้านการชักร่วมด้วย (Sadock & Sadock, 2005)

### 1.7.2 การบำบัดรักษาทางจิตสังคม

1.7.2.1 การทำจิตบำบัดระยะสั้น (Short-term psychotherapy) มีรากฐานมาจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่อธิบายว่า ความผิดหวังหรือความล้มเหลว มีสาเหตุจากปัญหา ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตั้งแต่ชีวิตวัยเยาว์ทำให้บุคคลนั้นมีความเปราะบางต่อการเผชิญกับความสูญเสียหรือความผิดหวัง ที่เกิดขึ้นในชีวิตปัจจุบัน จิตบำบัดระยะสั้นมีเป้าหมาย เพื่อเปลี่ยน

โครงสร้างทางบุคลิกภาพของผู้ป่วยเพิ่มความใกล้ชิดสนิทสนมและความไว้วางใจระหว่างบุคคล เรียนรู้การใช้กลไกป้องกันทางจิตที่เหมาะสม มีความสามารถจัดการกับอารมณ์ต่างๆในระหว่างการรักษา

1.7.2.2 การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy) ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นได้ทั้งสาเหตุและผลของโรคซึมเศร้า การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีเป้าหมายการรักษา เพื่อลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มการยกย่องตัวเอง และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแนวทาง และวิธีการที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคมและบุคคลอื่น

1.7.2.3 การบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) วิธีนี้ให้ความสำคัญกับความคิดความรู้สึกของผู้ป่วยตาม que ผู้ป่วยรู้สึกหรือคิดเองซึ่งมักจะไม่เป็นความจริงโดย Beck (1979) เป็นผู้ตั้งทฤษฎีการบำบัดทางความคิด เป้าหมายการรักษา คือ ลดอาการซึมเศร้า และป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

1.7.2.4 พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) อาการซึมเศร้าเกิดจากแรงเสริมในสถานการณ์ต่างๆ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็นสาเหตุหรือเป็นปัจจัยที่ทำให้อารมณ์เศร้าดีขึ้นหรือเลวลง พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (แรงเสริมทางบวก) และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง

1.7.2.5 การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy) ใช้แนวคิดของกระบวนการทางปัญญาของบุคคล โดยมีความคิด ความเชื่อ ทศนคติ เป็นตัวกลางระหว่างสิ่งเร้ากับพฤติกรรม และกระบวนการนี้เองจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่นำไปสู่การแก้ปัญหา (Nezu & D'Zurilla, 2002) เมื่อเผชิญกับปัญหา ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ หรือแก้ปัญหาทางลบ มองว่าปัญหาเป็นสิ่งคุกคามคุณภาพชีวิต มีการรับรู้ศักยภาพของตนเองต่ำ มีอารมณ์ในทางลบที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ เช่น หงุดหงิดง่ายไม่อดทน ไม่พอใจเมื่อต้องแก้ปัญหาเกิดความเครียดทำให้แก้ปัญหาไม่เหมาะสมและเกิดภาวะซึมเศร้าได้ หากสามารถจัดการปัญหาอย่างเหมาะสม มีทัศนคติในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (Positive Problem Orientation, PPO) มองปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีความเชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้พยายามคิดหาทางออกจากปัญหาหลายๆ ทาง และตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสมลงมือทำการแก้ปัญหาตามแผนและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ทั้งผลดีและผลกระทบในระยะสั้นและผลระยะยาว พยายามอยู่กับความเป็นจริง เมื่อแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมปัญหาก็ลดลงไม่เกิดอาการเครียด สามารถเปลี่ยนความคิดและความเชื่อในทางลบเป็นความเชื่อทางบวกโดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง (D'Zurilla, 1988) ส่งผลให้ลดหรือไม่เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ทำให้แก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง



## 1.8 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาของความรู้สึกเศร้าที่มีความซับซ้อน พยาบาลจิตเวชจะต้องเข้าใจกระบวนการทั้งหมด การเลือกชนิดของรักษาที่จะเอื้ออำนวยต่อสุขภาพจิตมีการวางแผนให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการบริหารจัดการเรื่องยา กระบวนการทาง neurobiological และการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ใช่ยา เช่น การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ในการท้าทายความคิด เกี่ยวกับการสนับสนุนให้รู้จักโรคซึมเศร้า มีดูแลแบบองค์รวม ลดอาการ และช่วยให้ทำหน้าที่ได้เป็นที่น่าพอใจ บทบาททั้งหลายจะเอื้อให้มีการฟื้นคืนสภาพ และลดการกลับเป็นซ้ำ (Lewin, 2003) ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเน้นหลักสำคัญได้แก่ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1.8.1 การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยอารมณ์เศร้านั้นมีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูงทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ

1.8.2 การใช้เทคนิคการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อกับผู้ป่วยสร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

1.8.3 การสอนผู้ป่วย ใช้การสอนผู้ป่วยแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการแก้ปัญหาที่เหมาะสม

1.8.4 การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว และการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม

1.8.5 การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟูทักษะในการดำเนินชีวิตในสังคมการให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

1.8.6 การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว  
การให้การพยาบาลผู้มีภาวะซึมเศร้า

การให้การพยาบาลผู้มีภาวะซึมเศร้า เป็นการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ตั้งแต่การประเมิน การให้ข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนทางการพยาบาล และการประเมินผลการให้การพยาบาล ดังรายละเอียดดังนี้ (ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555)

## 1. การประเมินทางการพยาบาล

การประเมินทางการพยาบาลในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นการประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งอาการและอาการแสดงที่ได้กล่าวมาแล้ว (Fortinash & Worret, 2004: Videbeck, 2001) ดังนี้

### 1.1 การประเมินลักษณะโดยทั่วไป

การประเมินลักษณะโดยทั่วไป เป็นการประเมินการเคลื่อนไหวซึ่งจะพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีการเคลื่อนไหวที่ช้า ลักษณะการคิดช้าและการสื่อสารที่ช้า มีความยากในการประสานความคิดและการพูด ต้องการเวลาในการคิดมากกว่าเดิม และหลายครั้งจะคับข้องใจที่ไม่สามารถจะคิดและสื่อสารได้อย่างสมบูรณ์

### 1.2 การประเมินความคิด

การประเมินความคิดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นการประเมินลักษณะความคิดต่อตนเองต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคต ซึ่งมักจะพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในความคิดทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านักจะคิดว่าตนไม่ได้รับความยุติธรรม โชคร้ายกว่าคนอื่น ถูกกลั่นแกล้ง คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมายต่อครอบครัว หรือที่ทำงานและมีโอกาสที่จะมีความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

### 1.3 การประเมินอารมณ์และความรู้สึก

การประเมินอารมณ์และความรู้สึก เป็นการประเมินการรับรู้ คำพูด และภาษากายของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะแสดงออกถึงอารมณ์และความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ มีความวิตกกังวลต่อสิ่งต่างๆ รอบตัว มีความรู้สึกคับข้องใจได้ง่าย หลายๆ ครั้งรู้สึกโกรธตัวเองและโกรธผู้อื่น จะสังเกตเห็นได้ว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีภาวะหงุดหงิดง่าย ความอดทนต่ำ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ความคิดขาดหวังไม่ต่อเนื่อง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะแยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่ต้องการพูดคุยกับบุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนฝูง แต่จะหมกมุ่นครุ่นคิดแต่เรื่องของตนเองและทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า หดหู่

### 1.4 การประเมินสติปัญญา

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะมีปัญหาในการตัดสินใจไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจในชีวิตประจำวันหรือในหน้าที่การงาน ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงจะไม่สามารถตัดสินใจได้ แม้กระทั่งเรื่องง่ายๆ เช่น จะเข้านอนเวลาใด หรือจะรับประทานอาหารอะไร ในเวลาใด เป็นต้น มักจะรู้สึกเหนื่อยล้า และเบื่อหน่ายที่จะต้องตัดสินใจ

### 1.5 การประเมินภาพลักษณ์ของตนเอง

การประเมินภาพลักษณ์ของตนเอง เป็นการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ศักยภาพของตนเอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านักจะมีการรับรู้ศักยภาพของตนเองต่ำ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า รู้สึกผิดต่อการที่ไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้เหมือนเดิม และรู้สึกผิดต่อการไม่สามารถรับผิดชอบงานและครอบครัวได้ ผู้ที่มี

ภาวะซึมเศร้ามักจะคิดวนเวียน (Rumination) เกี่ยวกับตนเองในทางลบ รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถ ไม่ยืดหยุ่นและรู้สึกโกรธที่ไม่สามารถทำอะไรให้ดีขึ้นได้ มักจะไม่ค่อยสนใจสุขอนามัยส่วนตัว การแต่งกายมักจะใช้สีมืดๆ ไม่มีสีสัน ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เป็นหญิง มักไม่ค่อยแต่งหน้าและรับรู้ว่าคุณลักษณะของตนเองดูไม่ดี ดูแย่มาก

#### 1.6 การประเมินบทบาทและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

การประเมินบทบาทและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นการประเมินบทบาทหน้าที่ของเขาในครอบครัวและบทบาทในหน้าที่การงาน ซึ่งส่วนใหญ่มักจะไม่สามารถรับผิดชอบได้ดีเช่นเดิม ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะสูญเสียความสนใจในเรื่องเพศ ทำให้สัมพันธภาพกับสามีหรือภรรยาลดลง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะน้ำหนักลดลง เนื่องจากไม่สนใจที่จะรับประทานอาหารและมักจะรู้สึกถึงความว่างเปล่าในชีวิต สัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง

## 2. การให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตามข้อวินิจฉัยของสมาคมพยาบาลอเมริกันภาคเหนือ (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA, 2001) ได้ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้ เช่น ไม่สามารถอดทนต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ (Activity intolerance), วิตกกังวล (Anxiety), ท้องผูก (Constipation), ไม่สามารถปรับแก้ปัญหาได้ (Ineffective individual coping), อ่อนล้า (Fatigue), โศกเศร้าจนไม่สามารถทำอะไรได้ (Dysfunctional grieving), ไม่สามารถคงความมีสุขภาพดีไว้ (Ineffective health maintenance), ลึกลับ (Hopelessness), เสี่ยงต่อความรู้สึกโดดเดี่ยว (Risk for loneliness), ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (Noncompliance), ความไม่สมดุลของการรับประทานอาหารที่น้อยกว่าที่ร่างกายต้องการ (Imbalanced nutrition: less than body requirements), ความไม่สมดุลของการรับประทานอาหารที่มากกว่าที่ร่างกายต้องการ (Imbalanced nutrition: more than body requirements), เสี่ยงต่อการพร่องของการทำหน้าที่การเป็นผู้ปกครอง (Risk for impaired parenting), หมดแรงหมดกำลัง (Powerlessness), การไม่สามารถแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสม (Ineffective role performance), บกพร่องในการดูแลตนเองในเรื่องการอาบน้ำและสุขอนามัย (Self-care deficit, bathing/hygiene), บกพร่องในการดูแลตนเองในเรื่องการแต่งกาย (Self-care deficit, dressing/grooming), บกพร่องในการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร (Self-care deficit, feeding), การรับรู้ศรัทธาแห่งตนต่ำอย่างเรื้อรัง (Chronic low self-esteem), การไม่มีความสนใจทางเพศ (Sexual dysfunction), ความบกพร่องของรูปแบบในการนอน (Disturbed sleep pattern), ความบกพร่องด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Impaired social interaction), แยกตัวจากสังคม (Social isolation), เศร้าเรื้อรัง (Chronic sorrow), ความกดดัน

ทางจิตวิญญาณ (Spiritual distress), เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Risk for suicide), เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง (Risk for self - directed violence)

### 3. การวางแผนทางการพยาบาล

การให้การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นการพยาบาลที่ต้องให้อย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสัมพันธภาพกับผู้อื่น และที่สำคัญที่สุด คือการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยพยาบาลจะต้องให้ความรู้ และสอนเรื่องโรคและการรักษาพยาบาลในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและญาติเพื่อให้เข้าใจในเรื่องการเกิดภาวะซึมเศร้า การรักษาพยาบาล และการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และการดูแลญาติที่มีภาวะซึมเศร้า รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและญาติในกรณีที่มีข้อสงสัยในเรื่องโรคและการรักษาพยาบาล (Stuart & Laraia, 2005) พยาบาลต้องวางแผนในการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยการประสานความร่วมมือไปยังโรงพยาบาลและกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพในชุมชนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (Videbeck, 2011)

#### 3.1 การให้การพยาบาลทางด้านร่างกาย

การให้การพยาบาลทางด้านร่างกาย เป็นการให้การดูแลในเรื่องการรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆไป เช่น การแต่งกาย และการพักผ่อนนอนหลับที่จะต้องเพียงพอและเหมาะสมโดยการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดได้ดูแลหรือช่วยเหลือตนเองหรือช่วยดูแลในกรณีที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Fortinash & Worret, 2004) การให้ผู้รับการบำบัดได้รับแสง (สรยุทธ วาสิกานนท์, 2549) การใช้การฝึกโยคะในผู้ที่สนใจ (อัมพร กุลเวชกิจ และคณะ, 2553) การดูแลเรื่องการได้รับยาต้านเศร้าอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ก็เป็นสิ่งสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (Stuart & Laraia, 2005) และการรักษาด้วยยา ในปัจจุบันยารักษาโรคซึมเศร้าแบ่งออกได้หลายกลุ่มตามลักษณะโครงสร้างทางเคมี และวิธีการออกฤทธิ์ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ แต่ยาที่นิยมใช้เป็น first - line drug ได้แก่ fluoxetine เนื่องจากมีผลข้างเคียงต่ำ ผู้ป่วยที่อาจมีปัญหาเรื่อง drug - interaction เช่นได้ยาหลายขนาน หรือผู้สูงอายุอาจให้ sertraline กรณีผู้ป่วยมีความกระวนกระวาย วิดกกังวล หรือนอนไม่หลับมาร่วมด้วย อาจให้ diazepam ในระยะแรกที่มีอาการของโรคซึมเศร้ายาต้านโรคซึมเศร้าได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70 - 80 (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

#### 3.2 การให้การพยาบาลด้านความคิด

การให้การพยาบาลด้านความคิด สามารถช่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าวไปตามความเป็นจริงหรือให้เป็นไปในทางบวกมากขึ้น โดยอาจใช้การบำบัดและหรือการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ลดความคิดว่าตนเองสิ้นหวังไม่มีความหมายที่ไม่มีคุณค่า ไม่มีอนาคต ให้ลดลงได้อย่างเหมาะสม โดย

จำเป็นจะต้องมีสัมพันธภาพเชิงบำบัดที่เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจึงจะสามารถช่วยปรับในด้านความคิดได้ (Frisch & Frisch, 2002; Fortinash & Worret, 2004) การให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ระบายออกอย่างเหมาะสม ร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมจะทำให้อารมณ์และความรู้สึกหดหู่ ซึมเศร้า ท้อแท้ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามลดลงเนื่องจากความคิดเป็นที่มาของอารมณ์นั่นเอง (Beck, 1995) ซึ่งจะได้กล่าวเรื่องนี้อย่างละเอียดในบทต่อไป

### 3.3 การให้การพยาบาลด้านพฤติกรรม

การให้การพยาบาลด้านพฤติกรรม เป็นการช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้มีกิจกรรมประจำวันที่เหมาะสม ทั้งกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยการวางแผนร่วมกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและกระตุ้นให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามแผนที่วางไว้ร่วมกัน การได้ทำกิจกรรมต่างๆ จะช่วยปรับทั้งในด้านความคิด และอารมณ์ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าให้เปลี่ยนแปลงไปได้ เนื่องจากมีการปฏิสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น (Stuart & Laraia, 2005) ซึ่งจะได้กล่าวเรื่องนี้อย่างละเอียดในบทต่อไป

### 3.4 การป้องกันการฆ่าตัวตาย

การป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นสิ่งที่สำคัญมากในการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับมากถึงรุนแรง การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ไม่กระตุ้นความรู้สึกเศร้าเป็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ไม่มีอาวุธหรือสิ่งของที่จะทำให้ผู้รับการบำบัดหยิบมาใช้ในการทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น สัมพันธภาพเชิงบำบัดที่เหมาะสมจะทำให้พยาบาลมองเห็นการเปลี่ยนแปลงบางประการที่อาจเป็นการสื่อแสดงถึงการมีความคิดฆ่าตัวตาย เช่น การมีอารมณ์ที่ตื้นเขินอย่างกะทันหัน (จากการตัดสินใจว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกของตนเอง) การบอกลา การขอบคุณ หรือขอโทษ การมอบสิ่งของมีค่าหรือของรักให้กับผู้อื่น เป็นต้น หากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อมและต่ออนาคตที่รุนแรง รับรู้ว่าคุณค่าตนเองขาดแหล่งสนับสนุน ขาดกำลังใจ ไม่มีทางออกของการแก้ปัญหาคิดถึงปัญหาในทางลบ คิดว่าตนเองโชคร้าย ซึ่งเป็นการมองปัญหาในทางลบ (Negative Problem Orientation, NPO) และเลือกการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance) หรือการแก้ปัญหาแบบไม่ระมัดระวังและหุนหันพลันแล่น (Careless/Impulsive) มักจะมีความคิดฆ่าตัวตาย (D'Zullila & Nezu, 2007) พยาบาลจึงต้องวางแผนการประเมินลักษณะความคิดและวิธีการแก้ปัญหา และให้การพยาบาลโดยอาจใช้การบำบัดโดยกาแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy, PST) เพื่อลดปัญหาการฆ่าตัวตาย การช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ระบายออกถึงความรู้สึกเศร้า หดหู่ เป็นทุกข์ อย่างเหมาะสม ได้รับความรู้ว่าคุณค่า มีความหวัง ยังเป็นที่รัก เป็นสิ่งที่สำคัญมากที่จะช่วยให้ลดปัญหาการฆ่าตัวตายได้ (Amtai-Otong, 2008)

### 3.5 การให้การพยาบาลโดยการแก้ปัญหา

การพยาบาลที่ใช้กระบวนการแบบกลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ถ้าบุคคลจะแก้ปัญหาได้นั้น เนื่องจากบุคคลสามารถรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง คิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมชาติ มองปัญหาในทางบวกเป็นสิ่งท้าทาย ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด การได้มาซึ่งวิธีการมีอะไรบ้าง ใช้เทคนิคอย่างไรบ้าง การค้นหาวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายจะช่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมมากที่สุด เมื่อได้วิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายแล้วนำมาจัดกลุ่มและถามเหตุผลที่อยู่เบื้องหลังนั้น คัดเลือกความคิดในการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสมออกไป พิจารณาทบทวนข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธีรวมทั้งผลที่จะตามมา วิเคราะห์ประโยชน์ ผลลัพธ์คุ้มค่าคุ้มทุนหรือไม่อย่างไร ระบุการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาแผนปฏิบัติการจริงในการประเมินการตัดสินใจ นำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ในการแก้ปัญหา ถ้าไม่สำเร็จให้ย้อนกลับไปสำรวจปัญหาใหม่เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสม (D'Zurilla & Nezu, 1999; D'Zurilla & Nezu, 2007)

### 4. การประเมินผลการให้การพยาบาล

การประเมินผลการให้การพยาบาลในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นการประเมินผลในเรื่องต่างๆ ที่ได้ให้การพยาบาลทั้งด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์รวมทั้งพฤติกรรม และการแก้ปัญหา ดังนี้คือ

การประเมินทางด้านร่างกายเป็นการประเมินการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า การประเมินการแต่งกาย การประเมินการขับถ่ายเป็นต้น ส่วนการประเมินด้านความคิด เป็นการประเมินลักษณะความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า หากการพยาบาลได้ผล ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าความจะต้องเปลี่ยนความคิดของตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคตจากทางลบเป็นทางบวก หรือเป็นไปตามความเป็นจริงมากขึ้น รวมทั้งการรับรู้ศักยภาพของตนเองดีขึ้นหรือเป็นไปตามความเป็นจริงมากขึ้น สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาได้ดีขึ้น มีวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายมากขึ้น และไม่มีความคิดฆ่าตัวตายซึ่งจะส่งผลทำให้อารมณ์หดหู่ เศร้า หมดหวัง ลดลงตามไปด้วย ส่วนการประเมินทางพฤติกรรม เป็นการประเมินการทำกิจวัตรประจำวันและการทำงาน รวมทั้งกิจกรรมต่างๆ ทั้งในครอบครัวและกับเพื่อนๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ประเมินได้เห็นสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่นได้ดีขึ้น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะสามารถทำงานได้ตามปกติมากขึ้น มีกิจกรรมการออกกำลังกายรวมทั้งดูแลตนเองด้านการแต่งกายและสุขอนามัยได้ดีขึ้น (Fortinash & worret, 2004; Videbeck, 2001) โดยหากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก็จำเป็นต้องมีตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลการให้การพยาบาลในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยตัวชี้วัดช่วยให้พยาบาลมีวิธีการประเมินผลการพยาบาลของตนเองอย่างมีทิศทางที่ถูกต้องและเหมาะสม

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดโดยแก้ปัญหา

### 2.1 ความหมายของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy, PST) เป็นการบำบัดที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตทำให้บุคคลรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง และคิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต มองปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายที่เปิดโอกาสให้กับตนเองได้เจริญเติบโตยอมรับว่าปัญหาต้องใช้เวลาและความพยายามในการแก้ไข มีทักษะในการแก้ปัญหามีเหตุผล และมีความคิดทางบวกต่อปัญหา โดยมีความพยายามทำความเข้าใจ (formulation) และค้นหาปัญหาที่แท้จริง (identified problem) พยายามคิดหาทางแก้ปัญหาหลายๆ ทาง มีการตัดสินใจบนวิธีการแก้ปัญหาที่มีการวางแผนไว้ และตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ทั้งผลดี และผลกระทบ และลดอารมณ์ทางลบที่ไม่เป็นประโยชน์ในการช่วยแก้ปัญหาโดยอาศัยอยู่กับความเป็นจริง (D'Zurilla, 1988)

D'Zurilla & Goldfried (1971) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การบำบัดโดยการแก้ปัญหาเป็นการปรับความคิดที่เน้นการพัฒนาเจตคติและทักษะในการแก้ปัญหา ที่มีเป้าหมายเพื่อลดและป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตและเพิ่มความผาสุก โดยช่วยให้เกิดการปรับตัว ซึ่งแนวคิดของทั้งสองคนในขณะนั้นมีแนวคิดว่าพฤติกรรมที่พึงประสงค์เกิดจากความบกพร่องในการแก้ปัญหา ได้มีการพัฒนาทบทวนปรับปรุงทฤษฎีและแนวปฏิบัติของการฝึกการแก้ปัญหาโดย D'Zurilla & Nezu และคณะร่วมกันในปี ค.ศ. 1982 และในปี ค.ศ. 1986 โดยที่แนวคิดนี้มีความเชื่อว่าการที่บุคคลจะแก้ปัญหาได้นั้น เนื่องจากบุคคลสามารถรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง คิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดา มองปัญหาในทางบวกเป็นสิ่งที่ท้าทายเปิดโอกาสให้ตนใช้เวลาและความพยายามแก้ปัญหา สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองจนสำเร็จ กรณีที่ไม่สำเร็จมองว่าเป็นบุคคลธรรมดาที่ยังขาดประสบการณ์ ต้องได้รับการเรียนรู้เพิ่มเติม (D'Zurilla & Nezu, 1999; D'Zurilla & Nezu, 2007)

Nezu & Nezu (2008) อธิบายว่าการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy) การแก้ปัญหา (Problem Solving) คือการนำตนเอง กำกับตนเองในการพยายามที่จะค้นหาหรือระบุปัญหา วิธีการเผชิญหรือปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันโดยใช้กระบวนการความคิดและพฤติกรรมเพื่อให้เกิดศักยภาพและประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาที่เฉพาะเจาะจง โดยการเลือกวิธีที่ดีที่สุดจากหลายๆทางเลือกจำเป็นต้องอยู่บนความรู้ตัว (conscious) มีเหตุผล (rational) มีความพยายาม (effortful) และมีการกระทำที่มีเป้าหมาย (purposive activity) ซึ่งเป้าหมายของการแก้ปัญหามุ่งการปรับการรับรู้ต่อสถานการณ์ปัญหาที่ตีขึ้นตามความเป็นจริง ปรับลดอารมณ์ที่กีดกัน เกิดการปรับศักยภาพในการแก้ปัญหาจากการเรียนรู้ในการแก้ปัญหานั้นๆ ไป และวิธีการควบคุมตนเอง ส่วนปัญหา (Problem) คือ สถานการณ์ปัญหา เป็นสถานการณ์งานในปัจจุบัน

หรืองานที่คาดหวังไว้ ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองต้องการศักยภาพ พลัง หรือวิธีการจากทั้งภายนอกและภายในตนเองเพื่อแก้ไขสถานการณ์ แต่พบว่าเป็นสิ่งที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อนไม่คุ้นเคย ขาดตัวช่วย ขาดข้อมูล ขาดทักษะมีความยุ่งยากซับซ้อน ความไม่แน่นอน ความยุ่งยากทางอารมณ์ ความขัดแย้งในเป้าหมาย และรู้สึกล้มเหลว ในการพยายามแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นเหล่านี้ บุคคลจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองกำลังแก้ปัญหา ซึ่งการแก้ปัญหาไม่ใช่การปรับแก้ที่สถานการณ์ปัญหา หรือปรับที่บุคคลเท่านั้น แต่เป็นการแก้ไขที่ต่อเนื่องกัน เพื่อให้เกิดการรับรู้ถึงความต้องการกับพลังในการแก้ปัญหาที่มีความสมดุลมากขึ้น การรับรู้ปัญหา และการพยายามแก้ปัญหาเกี่ยวข้องโดยตรงกับการรับรู้ จึงเป็นสิ่งที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล ปัญหาจากการรับรู้ของบุคคลหนึ่งจึงอาจใช่หรือไม่ใช่ปัญหาของคนอื่นๆ นอกจากนั้นวิธีการแก้ปัญหา (Solution) คือ การเผชิญกับปัญหาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรมในปัญหาที่เฉพาะเจาะจง เนื่องจากปัญหาจะแตกต่างกัน ตามความเชื่อ ค่านิยม มาตรฐานทางสังคมของแต่ละบุคคล การแก้ปัญหาจึงขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลว่าจะตั้งเป้าหมายอย่างไรเพียงใด ในระดับใด ซึ่งการแก้ปัญหาที่ได้ผลดีต้องบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในกาแก้ปัญหาที่ได้ตั้งไว้สามารถลดผลกระทบทางลบและสามารถเพิ่มผลกระทบทางบวก การใช้การบำบัด

การบำบัดโดยการแก้ปัญหาใช้แนวคิดของกระบวนการทางปัญญาของบุคคล โดยมีความคิด ความเชื่อ ทศนคติ เป็นตัวกลางระหว่างสิ่งเร้ากับพฤติกรรม และกระบวนการนี้เองจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่นำไปสู่การแก้ปัญหา (Nezu & D’Zurilla, 2002) เมื่อเผชิญกับปัญหา ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ หรือแก้ปัญหาทางลบ มองว่าปัญหาเป็นสิ่งคุกคามคุณภาพชีวิต มีการรับรู้ศักยภาพของตนเองต่ำ มีอารมณ์ในทางลบที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ เช่น หงุดหงิดง่าย ไม่อดทน ไม่พอใจเมื่อต้องแก้ปัญหาเกิดความเครียดทำให้แก้ปัญหาไม่เหมาะสมและเกิดภาวะซึมเศร้าได้ หากสามารถจัดการปัญหาอย่างเหมาะสม มีทัศนคติในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (Positive Problem Orientation, PPO) มองปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีความเชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้ พยายามคิดหาทางออกจากปัญหาหลายๆ ทาง และตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสมลงมือทำการแก้ปัญหาตามแผนและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ทั้งผลดี และผลกระทบในระยะสั้น และผลระยะยาว พยายามอยู่กับความเป็นจริง เมื่อแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมปัญหาก็ลดลงไม่เกิดอาการเครียด สามารถเปลี่ยนความคิดและความเชื่อในทางลบเป็นความเชื่อทางบวกโดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง (D’Zurilla, 1988) ส่งผลให้ลดหรือไม่เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ทำให้แก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

## 2.2 ลักษณะทั่วไปของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

การฝึกการแก้ปัญหา ได้เริ่มนำมาใช้ในคลินิกจิตวิทยาและจิตเวช ตั้งแต่ปลายทศวรรษที่ 1960 และต้นทศวรรษที่ 1970 โดยมีการศึกษาการฝึกการแก้ปัญหาเพื่อใช้ในการปรับพฤติกรรมอย่างแพร่หลายและได้มีการพัฒนาการบำบัดโดยการแก้ปัญหาโดยมุ่งที่จะใช้กระบวนการ



ทางปัญญาเพื่อให้ควบคุมตนเองได้ดีขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และใช้ในการประชุมของสมาคมจิตเวชแห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association) ในปี ค.ศ. 1968 D'Zurilla & Goldfried ได้เน้นให้เห็นว่า การฝึกทักษะทางสังคมต้องเน้นที่การฝึกทักษะการแก้ปัญหาเพื่อให้ความสามารถในการแก้ปัญหาวางขึ้น หลังปี ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา ได้มีการนำโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหามาใช้ทางคลินิก และการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา โดยมุ่งเน้นที่จะช่วยเหลือเด็กและผู้ใหญ่ มีการฝึกการแก้ปัญหาทั้งในเรื่องความขัดแย้งของคู่แต่งงาน ปัญหาครอบครัว และปัญหาในชุมชนต่างๆ ซึ่งการฝึกการแก้ปัญหาได้มีการพัฒนาหลายรูปแบบจนถึงปัจจุบัน

การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy) พัฒนาโดย D'Zurilla & Nezu มีพื้นฐาน 3 ประการ คือ

1. การพัฒนาความสนใจในเรื่องความคิดสร้างสรรค์
2. การเกิดแนวคิด การศึกษาตามแนวความเป็นจริงที่เกิดขึ้น (positive approach) ในการบำบัดทางคลินิก
3. ความสนใจในเรื่อง กระบวนการความคิด (cognitive process) และการควบคุมตนเอง (self control)

D'Zurilla (1988) ได้กล่าวถึงการแก้ปัญหาว่า เป็นกระบวนการทางปัญญาอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งบุคคลหรือกลุ่มใช้ในการวิเคราะห์และกำหนดปัญหา ค้นหาวิธีที่จะเผชิญหรือแก้ปัญหา และลงมือแก้ปัญหา โดยให้ความหมายของคำที่เป็นส่วนประกอบในการแก้ปัญหา สรุปได้ดังนี้

**1. การแก้ปัญหา (problem-solving)** หมายถึง การนำตนเอง กำกับตนเองในการพยายามที่จะค้นหาหรือระบุวิธีการเผชิญหรือปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันโดยใช้กระบวนการทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งมีเป้าหมายที่จะทำให้เกิดศักยภาพที่หลากหลาย และมีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาที่เฉพาะเจาะจง มีความสามารถในการเพิ่มความเข้มแข็งได้ในการเลือกวิธีที่ดีที่สุดจากหลายๆ ทางเลือก ดังนั้น การแก้ปัญหาก็จำเป็นต้องมีความรู้ มีเหตุผล มีความพยายาม และมีกิจกรรมหรือการกระทำที่มีเป้าหมายอย่างชัดเจน เป้าหมายในการแก้ปัญหามองต้องปรับการรับรู้ต่อสถานการณ์ปัญหาให้ดีขึ้นตามความเป็นจริง ปรับลดอารมณ์ที่กีดกันตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนศักยภาพในการแก้ปัญหาจากการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาต่างๆไป และวิธีควบคุมตัวเองการแก้ปัญหาไม่ใช่การปรับที่สถานการณ์ปัญหา หรือปรับที่บุคคลเท่านั้น แต่เป็นการแก้ไขที่ต่อเนื่องเพื่อให้รับรู้ได้ว่า ความไม่สมดุระหว่างความต้องการ กับพลังในการแก้ปัญหาได้ลดลง การรับรู้ถึงปัญหาและการพยายามแก้ปัญหาเกี่ยวข้องโดยตรงกับการรับรู้จึงเป็นสิ่งที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล ปัญหาจากการรับรู้ของบุคคลหนึ่งจึงอาจไม่ใช่ปัญหาของคนอื่นๆ

**2. ปัญหา (problem)** หมายถึงสถานการณ์ปัญหา (problematic situation) เป็นสถานการณ์ เป็นงานในปัจจุบันหรืองานที่คาดหวังไว้ ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณต้องการศักยภาพ พลัง หรือวิธีการจากทั้งภายนอก และภายในตนเอง แต่พบว่าเป็นสิ่งที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน ไม่คุ้นเคย ขาดตัวช่วย ขาดข้อมูล ขาดทักษะ มีความยุ่งยากซับซ้อน มีความไม่แน่นอน มีความยุ่งยากทางอารมณ์ มีความขัดแย้งของเป้าหมาย และรู้สึกล้มเหลวในการแก้ปัญหาบุคคลจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองกำลังแก้ปัญหา ซึ่งลักษณะของปัญหาสามารถแบ่งได้ ดังต่อไปนี้

2.1 ปัญหาที่เกิดขึ้นครั้งเดียวในเวลาจำกัด (single time-limited) เช่น การไปเข้าประชุมไม่ทัน การพลาดไปขบวนรถไฟที่ตั้งใจไว้ การเจ็บป่วยที่กะทันหัน เป็นต้น

2.2 ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจากสถานการณ์ปัญหาอื่นๆ (a series of similar related event) เช่น การถูกกดดันจากหัวหน้างาน พฤติกรรมก้าวร้าวอย่างต่อเนื่องของบุตรสาวที่กำลังอยู่ในระยะวัยรุ่น

2.3 ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรังต่อเนื่อง (chronic ongoing situation) เช่น ความเจ็บปวดที่ต่อเนื่อง ความเหงา ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

2.4 ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล หมายถึงปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อย และการแก้ปัญหาต้องการ win-win approach เพื่อแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้นมากกว่าที่จะใช้ win-lose approach ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาอย่างต่อเนื่องต่อมาในระยะยาว

**3. วิธีการแก้ปัญหา (solution)** หมายถึง การเผชิญกับปัญหาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรมในปัญหาที่เฉพาะเจาะจง ประสิทธิภาพของการแก้ปัญหาจะทำให้สถานการณ์ของปัญหาลดลง บุคคลลดความรู้สึกกดดัน สามารถเพิ่มผลกรรมทางบวก และลดผลกรรมทางลบลง และสามารถลดปัญหาได้ในระยะสั้นและระยะยาว เนื่องจากสถานการณ์ของปัญหาจะแตกต่างกันตามความเชื่อ ค่านิยม และมาตรฐานทางสังคมของแต่ละบุคคลว่าจะตั้งเป้าหมายอย่างไร เพียงใดในระดับใด ซึ่งลักษณะการแก้ปัญหาที่ได้ผลดีจะต้องบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ใน การแก้ปัญหาสามารถลดผลกระทบทางลบ และสามารถเพิ่มผลกรรมทางบวกได้

### 2.3 องค์ประกอบของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา มีองค์ประกอบ 2 ส่วนคือ การทำความเข้าใจกับปัญหา และรูปแบบการแก้ปัญหา (D'Zurilla & Nezu, 1999; D'Zurilla & Nezu, 2007; D'Zurilla & Goldfried, 1971)

2.3.1. การทำความเข้าใจกับปัญหา เป็นแนวคิดหลักในการสร้างการฝึกทักษะการแก้ปัญหา เป็นกระบวนการที่บุคคลรู้จักตระหนักในตนเอง เป็นการมองปัญหาประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และคิดว่าสามารถจัดการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง

2.3.2. รูปแบบการแก้ปัญหา เป็นการกระทำที่เกิดร่วมกันของความคิดและพฤติกรรม โดยบุคคลพยายามทำความเข้าใจปัญหาและหาหนทางในการแก้ปัญหา โดยการปรับตัวด้วยตนเอง

## 2.4 เป้าหมายของแนวคิดการแก้ปัญหา

คือ การมีเจตคติที่ดีต่อปัญหามองปัญหาในทางบวก และความสามารถในการคิดและค้นหาแนวทางหรือวิธีการในการแก้ปัญหาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้ซึ่งหมายถึงรูปแบบการแก้ปัญหา (D'Zurilla & Goldfried, 1971) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.4.1 การมีเจตคติที่ดีต่อปัญหามองปัญหาในทางบวกประกอบด้วย การมองปัญหาว่าเป็นสิ่งท้าทาย เป็นโอกาสได้เปรียบที่เป็นประโยชน์ของตน เชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง ตระหนักและยอมรับความจริงว่าการแก้ปัญหายังมีประสิทธิภาพต้องใช้เวลาและความพยายาม

2.4.2 ความสามารถในการคิดหาหนทางและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา ประกอบด้วย การทำความเข้าใจกับปัญหา การค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา การตัดสินใจแก้ปัญหา การทดลองปฏิบัติการแก้ปัญหา

## 2.5 รูปแบบการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

การดำเนินการบำบัด เป็นการฝึกทักษะของการแก้ปัญหา สามารถฝึกได้ทั้งการฝึกเป็นรายบุคคลและการฝึกแบบกลุ่ม ซึ่งรายการฝึกรายบุคคลจะได้ประโยชน์เฉพาะตัวบุคคล แต่สามารถยืดหยุ่นโปรแกรมการฝึกได้ตามความต้องการของแต่ละบุคคล ส่วนการฝึกแบบกลุ่มสมาชิกกลุ่มจะได้รับประโยชน์จากกลุ่ม เช่น การได้รับแรงจูงใจจากการฝึกอภิปรายภายในกลุ่ม ได้รับการแบ่งปันความคิดและประสบการณ์ได้เห็นตัวแบบ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งจัดขึ้นในกลุ่ม การฝึกแบบกลุ่มอาจจะจัดเป็นกลุ่มย่อยหรือกลุ่มใหญ่ก็ได้ กลุ่มย่อยประกอบด้วยสมาชิก 6 ถึง 8 คน หรือขนาดของกลุ่มย่อยที่ทำให้เกิดประโยชน์จากการสื่อสารประกอบสมาชิกจำนวน 3 ถึง 15 คน

## 2.6 บทบาทของผู้บำบัด

D'Zurilla ได้กล่าวถึง หน้าที่ของผู้บำบัดไว้ว่า ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาหรือรับผิดชอบเบื้องต้นในการสอนให้ผู้รับการฝึกมีวิธีประเมินปัญหาที่ต้องแก้ไขและช่วยให้สมาชิกเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกและปฏิบัติตามโปรแกรมการฝึกอย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่ต้นจนจบโปรแกรม (D'Zurilla & Nezu, 2007) รูปแบบของการฝึกประกอบด้วย การแนะนำของคำพูด การอภิปรายกลุ่ม การสอนตนเอง การให้ดูตัวอย่างการฝึกทักษะต่างๆในกลุ่ม การทดลองนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน การแสดงบทบาทสมมติ การฝึกซ้อมทางความคิด การให้ข้อมูลป้อนกลับการกระทำ การให้แรงเสริมทางบวก การแต่งพฤติกรรมรวมถึงการใช้คู่มือ การดูวิดีโอและการฟังเทปบันทึกเสียงการฝึก ประเมินจากความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยวิธีการตรวจสอบแก้ปัญหาด้วยตัวเองของ

ผู้รับการฝึกและการประเมินของผู้นำการบำบัด การยุติการฝึก ประเมินจากความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยวิธีการตรวจสอบแก้ไขปัญญาด้วยตัวเองของผู้รับการฝึกและการประเมินของผู้นำการฝึกปฏิบัติการแก้ปัญหา

## 2.7 ขั้นตอนการฝึกทักษะการแก้ปัญหา

การพัฒนาการฝึกทักษะการแก้ปัญหา ได้พัฒนาให้เหมาะสมและทันสมัยกับสภาพของสถานการณ์การเจ็บป่วย โดยคำนึงถึงการตอบสนองหรือประสิทธิผลของการบำบัด ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดและค่าใช้จ่ายในการบำบัดให้สอดคล้องกับเศรษฐกิจในปัจจุบัน รวมทั้งความพึงพอใจของใช้บริการครอบครัว ผู้ดูแล บุคลากรทางสุขภาพและองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในระยะแรกของการด้วยการแก้ปัญหานี้ มีขั้นตอนการฝึก 7 - 10 ขั้นตอน ซึ่งทำให้การบำบัดใช้ระยะเวลานาน เสียค่าใช้จ่ายมาก ทำให้ประสิทธิผลของการบำบัดลดลง เนื่องจากผู้รับการบำบัดไม่สามารถเข้ารับการบำบัดได้ครบตามที่ตกลงบริการไว้ ทำให้มีการพัฒนาลดขั้นตอนและทำให้กระชับขึ้น และนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวาง เนื่องจากสามารถเข้าใจและจดจำได้ง่ายขึ้น ขั้นตอนการบำบัดจึงใช้คำย่อว่า “ADAPT” (D’Zurilla & Nezu, 2007 อ้างถึงในรังสิมันต์ สุนทรโชทยา, 2554) ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้

1. A – Attitude คือ การสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา ผู้บำบัดแสดงหรือกล่าวยกตัวอย่างให้เห็นว่าก่อนที่จะพยายามแก้ปัญหา บุคคลควรมีทัศนคติหรือแนวโน้มที่ดีต่อการมองโลกในแง่การมองปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายน่าค้นหาและบุคคลมีศักยภาพและความสามารถในการแก้ปัญหา

2. D – Define คือ การกำหนดปัญหา ภายหลังจากที่บุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อปัญหาที่เกิดขึ้น บุคคลสามารถกำหนดปัญหา โดยพิจารณาข้อเท็จจริง ระบุอุปสรรคที่ยับยั้งการบรรลุเป้าหมายและระบุจุดมุ่งหมาย โดยการกำหนดปัญหาตามขั้นตอนนี้ ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถกำหนดปัญหาโดยแนะนำให้บุคคลกำหนดปัญหาโดยได้รับข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับปัญหา

3. A – Alternatives คือ การค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา การค้นหาทางเลือกนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลที่กำหนดการเข้าสู่ปัญหา การสร้างความหลากหลายของทางเลือกที่แตกต่างกันเพื่อเอาชนะอุปสรรค และบรรลุเป้าหมายของการแก้ปัญหา โดยการกระตุ้นให้ผู้รับบริการบำบัดค้นหาทางเลือกที่เหมาะสมกับตนเอง และให้ฝึกหาทางเลือกในการรวบรวมข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวกับปัญหาของตน เช่น การค้นหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น หรือการหาแนวทางแก้ไขอุปสรรค หรือการสร้างกำลังใจให้กับตนเองในการนำไปสู่การแก้ปัญหา และให้ผู้รับการบำบัดค้นหาทางเลือกการแก้ปัญหา

4. P – Predict คือ การทำนายหลังจากสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหา การประเมินและเลือกการแก้ปัญหา ผู้บำบัดชี้ชวนให้ผู้รับการบำบัดทำนายผลบวกและผลลบของแต่ละทางเลือกเพื่อเลือกวิธีการหนึ่งที่มีความน่าจะเป็นสูงสุดในการบรรลุเป้าหมายของการแก้ปัญหาเพื่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุด การตัดสินใจในการแก้ปัญหา การพิจารณาทางเลือกนี้ให้พิจารณาทั้งข้อดีและข้อเสีย

ในการแก้ปัญหา รวมทั้งผลที่อาจจะเกิดขึ้นได้ทั้งระยะสั้นและระยะยาว อุปสรรคที่อาจเกิดในการแก้ปัญหาเพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาทางเลือก

5. T - Tryout คือ การลงมือแก้ปัญหาและการประเมินผล เมื่อบุคคลได้เลือกวิธีการแก้ปัญหานั้นแล้ว จึงนำไปทดลองใช้แก้ปัญหาในชีวิตจริงและตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หากมีความพอใจกับผลลัพธ์ที่ได้คือการแก้ปัญหาและทำให้เกิดความร่วมมือในการเสริมแรงตนเอง ในทางกลับกัน ถ้าไม่พอใจกับผลลัพธ์นั้น ผู้บำบัดเสนอแนะให้กลับไปยังขั้นตอนการหาทางเลือกในการแก้ปัญหาใหม่ เพื่อหาการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

### การประเมินการแก้ปัญหา

1. Means-Ends Problem-Solving Procedure (MEPS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถในการแก้ปัญหา ตั้งแต่การคิดจนกระทั่งสำเร็จโดยใช้สถานการณ์ 5 สถานการณ์ ซึ่งสถานการณ์ทั้งหมดเกี่ยวกับสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยแต่ละสถานการณ์จะมีการให้คะแนนโดยประเมินจากประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาและความจำเพาะในการแก้ปัญหาแต่ละปัญหา คะแนนเท่ากับ 1-7 การทดสอบแบบวัดพบว่ามีค่าความเที่ยง (reliability) ทดสอบแบบ inter-rater reliability มีความสัมพันธ์กันระดับสูง .84-.94 (Bray, Barrowclough, & Lobban, 2007)

2. Social Problem Solving Inventory (SPSI) เป็นแบบวัดแบบลิเคิร์ต (Likert-type) จำนวน 70 ข้อ เป็นแบบวัดที่สามารถรายงานผลด้วยตนเอง ที่ถูกเสนอไว้โดยเดอซูลล่าและโกลไฟด์ (1971) และพัฒนาต่อมาโดยเดอซูลล่าและเนซู (D'zurilla & Nezu, 1990) ซึ่งประเมิน 2 ส่วนที่สำคัญคือ 1) การรับรู้ปัญหา Problem Orientation Scale (POS) 30 ข้อ 2) การแก้ปัญหาที่เหมาะสม หรือการฝึกทักษะการแก้ปัญหา Problem Solving Skills Scale (PSSS) ประกอบด้วยกระบวนการการรู้คิด อารมณ์และพฤติกรรม 40 ข้อ การแปลผลแยกออกเป็นแต่ละส่วน แบบสำรวจการแก้ปัญหานี้ได้ทดสอบความเที่ยง (reliability coefficient) โดยการวัดซ้ำ (test-retest) แยกส่วนของ SPSI, POS และ PSSS พบว่าเท่ากับ .87, .83 และ .88 ตามลำดับ และการทดสอบแบบแอลฟา (Alpha reliability coefficient) เท่ากับ .94, .94 และ .92 การวัดค่าความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) การวัดค่าการทำนาย (predictive validity) (D'zurilla & Sheedy, 199)

3. แบบสำรวจการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory-PSI) ของ Paul Heppne (1998) แปลโดยเจียรชัย งามทิพย์วัฒนาและผู้ร่วมวิจัย (เจียรชัย งามทิพย์วัฒนา และคณะ, 2543) PSI พัฒนามาจากการวัด 5 ขั้นตอน Problem Solving Model ของเดอซูลลาล่าและโกลไฟด์ ที่เริ่มต้นนำการฝึกทักษะการแก้ปัญหาใช้ทางคลินิกในระยะแรก (D'Zurilla & Goldfried, 1971) ลักษณะการสำรวจเป็นแบบการประเมินค่า (rating scale) 35 ข้อ จำนวน 6 มาตรา แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก (positive items) และข้อคำถามเชิงลบ (negative items) โดยมีมาตรดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยบ้าง ไม่เห็นด้วยบางส่วน ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง กำหนดค่า

การให้คะแนนเป็น 1, 2, 3, 4, 5 และ 6 ตามลำดับ ในกลุ่มข้อความเชิงบวก และให้คะแนนตรงกันข้าม (convert score) ในกลุ่มข้อความเชิงลบ การแปลผลนั้นคะแนนรวมที่ต่ำหมายถึงความสามารถในการแก้ปัญหาได้ดี นอกจากนี้การแปลผลยังแบ่งเป็น 3 มาตรการย่อย โดยวัดในส่วนของความมั่นใจในการแก้ปัญหา (problem solving confidence) ลักษณะการเผชิญหรือหลบเลี่ยงปัญหา (approach avoidance style) และความเชื่อที่ว่าที่มาของปัญหาเกิดจากตนเองหรือปัจจัยภายนอก (personal control) โดยคะแนนในแต่ละมาตรา (subscale) ที่ต่ำบ่งถึงความสามารถในส่วนนั้นมากกว่ามาตราที่ได้คะแนนสูง แบบสำรวจการแก้ปัญหาฉบับนี้ได้หาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยาและการวัดประเมินผล ค่าความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ความตรงเชิงอำนาจจำแนก (discriminance validity) โดยสามารถแยกระหว่างกลุ่มคนปกติและกลุ่มที่มีปัญหาการปรับตัว สำหรับค่าความเที่ยงนั้นพบว่าแบบสำรวจนี้มีความเที่ยงสอดคล้องภายใน (internal consistency) แบบแอลฟา (Alpha reliability coefficient) ระหว่าง .72 ถึง .85

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าแบบสำรวจการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory-PSI) ของ Paul Heppner (1998) แปลโดยเจียรชัย งามทิพย์วัฒนาและผู้ร่วมวิจัย เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรง ง่ายต่อการใช้ และยังมีข้อความที่ครอบคลุมกับการสำรวจการแก้ปัญหา ผู้วิจัยจึงเห็นว่าเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

### 3. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

แนวความคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหา เป็นแนวคิดหนึ่งของการบำบัดทางจิตสังคม ผู้ริเริ่มพัฒนาแนวคิดนี้คือ Thomas D'Zurilla นักจิตวิทยา แนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหาก็ได้เริ่มนำมาใช้ทางคลินิก ด้านจิตวิทยาและจิตเวช ตั้งแต่ ค.ศ. 1960 โดยการฝึกใช้ในเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และได้มีการพัฒนามาโดยเน้นกระบวนการทางปัญญาเพื่อให้ควบคุมตนเองได้ดีขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในปี ค.ศ. 1968 D'Zurilla & Goldfried ได้เน้นให้เห็นว่าการฝึกทักษะทางสังคม จะต้องเน้นที่การฝึกทักษะการแก้ปัญหาเพื่อเพิ่มความสามารถทางสังคมเพิ่มมากขึ้น หลังปี ค.ศ. 1970 ได้มีการนำโปรแกรมการฝึกทักษะการแก้ปัญหามาใช้ทางคลินิก และการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา โดยเน้นช่วยเหลือเด็กและผู้ใหญ่ และได้มีการพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหาหลายรูปแบบ ที่นิยมกันแพร่หลายคือรูปแบบการแก้ปัญหของ D'Zurilla & Goldfried (1971) เป็นการบำบัดที่เน้นการฝึกทักษะในการสำรวจ ระบุปัญหาที่แท้จริง พิจารณาทางเลือก ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลในการแก้ปัญหา และนำไปใช้เพื่อลดอาการซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Aream, Shermer, Perri & Nezu, 1993) ซึ่งมีการพัฒนาจาก D'Zurilla & Nezu (2007) ซึ่งเป็นการบำบัดที่

กระชับและใช้เวลาในระยะสั้นขั้นตอนการบำบัดประกอบด้วย 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิด D'Zurilla & Nezu (2007) และได้มีการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการบำบัดของปัญญาภา คำบุญเรือง และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2552) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีการปรับแก้ไขส่วนต่างๆ ดังนี้

### 1. เนื้อหาโปรแกรม

a. ปรับแก้เอกสาร“กฎของการคิดที่ทำให้สุขภาพดี”ให้เป็นใบงาน “มุมมองปัญหา” เพื่อสำรวจรูปแบบมุมมองต่อปัญหาและได้เห็นถึงผลที่เกิดจากการแก้ปัญหาในอดีต

b. ปรับแก้สถานการณ์ในกิจกรรมที่ 5 – 7 ให้เข้ากับสถานการณ์ในปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้จำลองเหตุการณ์ที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงในขณะนี้

c. เพิ่มคู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนและอ่านเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลตนเองขณะอยู่บ้าน

d. มีการนำแบบสำรวจการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory-PSI) ของ Paul Heppner (1998) แปลโดยเจียรชัย งามทิพย์วัฒนาและคณะ (2543) มาร่วมประเมินทักษะความมั่นใจในการแก้ปัญหา หลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเสร็จสิ้น เป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง

### 2. ระยะเวลา

a. ระยะเวลาที่มีการปรับระยะเวลาที่กระชับมากยิ่งขึ้นโดยปรับลดจาก 7 ขั้นตอน 7 สัปดาห์ เป็น 5 ขั้นตอน 5 สัปดาห์แทน ทำให้ประหยัดทรัพยากรและงบประมาณ เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดโดยการแก้ปัญหาพบแล้วว่าการบำบัดอย่างน้อยที่สุดที่มีประสิทธิภาพประมาณ 4-6 ครั้ง และใช้ระยะเวลาในการบำบัดแต่ละครั้งประมาณ 30 นาที (Barrett et al, 2001)

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิด D'Zurilla & Nezu (2007) และได้มีการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการบำบัดของปัญญาภา คำบุญเรือง และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2552) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยประกอบไปด้วย 7 กิจกรรม 5 ขั้นตอนๆ ละ 1 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ดังนี้

#### **ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความไว้วางใจ การปฐมนิเทศและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า**

##### **กิจกรรมที่ 1 สร้างความไว้วางใจและชี้แจงขั้นตอนของการเข้าร่วมแต่ละกิจกรรมของโปรแกรม**

1. ผู้นำกลุ่มแนะนำตัวเองและแนะนำผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม เพื่อสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจกับสมาชิกในกลุ่ม โดยเริ่มสนทนาด้วยเรื่องทั่วๆ ไปก่อน เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายและสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่น แสดงความสนใจและใส่ใจกับสมาชิกในกลุ่ม เช่น “วันนี้เป็นอย่างไรบ้างครับ”/ ”การเดินทางมาสะดวกไหมครับ”/ ”รับประทานอาหารเข้ากันมาหรือยังครับ”

2. ให้สมาชิกแนะนำตัวเป็นรายบุคคล โดยการแนะนำตัวชื่อจริง ชื่อเล่นและจังหวัดที่มา
3. ผู้นำกลุ่มชี้แจงข้อตกลงในการทำกิจกรรมร่วมกัน ได้แก่ กติกาในการเข้ากลุ่ม วัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรม ระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง จำนวนครั้งที่พบกัน สถานที่นัดหมายในการทำกิจกรรมแต่ละกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ
4. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและแสดงความคิดเห็น ผู้นำกลุ่มตอบคำถามข้อสงสัย ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นและนำสู่กิจกรรมที่ 2 ต่อไป

### กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่มและสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม ด้วยการกล่าวทักทายสมาชิกในเรื่องต่างๆไป ความเป็นอยู่ต่างๆเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจกัน
2. ผู้นำกลุ่มชี้แจงข้อตกลงต่างๆในการทำกิจกรรม ได้แก่ วัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมที่ 2 ระยะเวลาในการทำกิจกรรม บทบาทของสมาชิกในกลุ่มขณะทำกิจกรรม
3. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค การรักษาของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า ตามใบความรู้ที่ 1.2 เรื่อง”ภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้ากับการแก้ปัญหา”
4. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและแสดงความคิดเห็น ผู้นำกลุ่มตอบคำถามข้อสงสัย ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นและนำสู่ครั้งที่ 2 ต่อไป

### ขั้นตอนที่ 2 สสำรวจและสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา ระบุปัญหาให้ชัดเจนและกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้

#### กิจกรรมที่ 3 สสำรวจและสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา

1. ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่มด้วยการกล่าวทักทาย สอบถามความเป็นอยู่ ความสุขสบายและเรื่องต่างๆไป
2. ผู้นำกลุ่มสอบถามมุมมองต่อปัญหาของสมาชิกกลุ่ม โดยให้สมาชิกกลุ่มดูและกรอกในใบงานที่ 2.1”มุมมองปัญหา”
3. ผู้นำกลุ่มชื่นชมในความร่วมมือและตั้งใจของสมาชิกกลุ่มในการเขียน”มุมมองปัญหา”
4. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้กฎของการคิดที่ทำให้สุขภาพดี ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกเห็นแนวทางในการคิดที่จะสามารถทำให้เกิดการมองทางบวก และให้ความรู้เรื่องการคิดทางบวกและทางลบ ตามใบความรู้ที่ 2.2” กฎของการคิดที่ทำให้สุขภาพดี...และการคิดทางบวกและทางลบ” และมีการฝึกพูดทางบวกและลดการพูดทางลบกับตัวเองเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและให้กำลังใจกับตัวเอง
5. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและแสดงความคิดเห็น ผู้นำกลุ่มตอบคำถามข้อสงสัย ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นและนำสู่กิจกรรมครั้งที่ 4 ต่อไป



#### กิจกรรมที่ 4 ระบุปัญหาให้ชัดเจนและกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้

1. ให้สมาชิกกลุ่มระบุปัญหา ตามด้านต่างๆที่พบตามใบงานที่ 2.3 ใบงาน : “รายการปัญหา”
2. ให้สมาชิกกลุ่มช่วยยกตัวอย่างปัญหาตามธรรมชาติที่ได้เรียนรู้ร่วมกันและนำปัญหาที่ให้ความหมายใหม่มาร่วมกันตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาและมีความเป็นไปได้ของความสำเร็จของเป้าหมาย ตามใบงาน 2.4 : “การให้ความหมายต่อปัญหาและเป้าหมายที่เป็นไปได้”

3. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและแสดงความคิดเห็น ผู้นำกลุ่มตอบคำถามข้อสงสัย ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นและนำสู่กิจกรรมครั้งที่ 5 ต่อไป

#### ขั้นตอนที่ 3 ร่วมกันค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลากหลายวิธี

#### กิจกรรมที่ 5 ร่วมกันค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลากหลายวิธี

1. ผู้นำกลุ่มอธิบายถึงหลักการของการสร้างทางเลือกสำหรับการแก้ปัญหาตามใบความรู้ 3.1 : การหาทางเลือกในการแก้ปัญหา พร้อมกับเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย

2. ผู้นำกลุ่มแบ่งกลุ่ม ให้สมาชิกช่วยกันระดมสมองโดยช่วยกันมองหาทางเลือกโดยยกตัวอย่างของสถานการณ์และให้สมาชิกช่วยกันแสดงความคิดเห็นต่อทางเลือกที่เป็นไปได้ต่อสถานการณ์ดังกล่าว ตามใบงาน 3.2: “มาร่วมกันหาทางเลือกกันเถอะ”

3. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและแสดงความคิดเห็น ผู้นำกลุ่มตอบคำถามข้อสงสัย ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นและนำสู่กิจกรรมครั้งที่ 6 ต่อไป

#### ขั้นตอนที่ 4 พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา

#### กิจกรรมที่ 6 พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา

1. ผู้นำกลุ่มอธิบายหลักการและวิธีการคัดเลือกความคิดในการแก้ปัญหา ตามใบความรู้ 4.1: การตัดสินใจทางเลือกในการแก้ปัญหา

2. ผู้นำกลุ่มแบ่งสมาชิกออกเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่มละเท่าๆกัน ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มคิดทำนายถึงผลลัพธ์ของทางเลือกที่ได้คัดเลือกเอาไว้ โดยพิจารณาถึง ผลทางบวก และผลทางลบทั้งหมดที่คาดว่าจะเกิดขึ้น รวมทั้งผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในปัจจุบัน ผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว และคำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นต่อตนเอง ตลอดจนที่มีผลต่อสังคม รวมทั้งอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้น ในการแก้ปัญหา กับสถานการณ์สมมุติและสรุปว่าจะเลือกหรือไม่เลือกวิธีการแก้ปัญหา ต่อจากนั้นจึงเขียนการพัฒนาแผนวิธีการแก้ปัญหา ตามใบงาน 4.2 : แบบฝึกการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา

3. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและแสดงความคิดเห็น ผู้นำกลุ่มตอบคำถามข้อสงสัย ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นและนำสู่กิจกรรมครั้งที่ 7 ต่อไป

#### ขั้นตอนที่ 5 นำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติการแก้ปัญหาและประเมินผลลัพธ์

#### กิจกรรมที่ 7 นำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติการแก้ปัญหาและประเมินผลลัพธ์

1. ผู้นำกลุ่มอธิบายถึงหลักการของการลงมือการแก้ปัญหาตามใบความรู้ 5.1: การลงมือแก้ปัญหา และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย
2. ผู้นำกลุ่มแบ่งสมาชิกออกเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม กลุ่มละเท่าๆกัน โดยให้สมาชิกแต่ละกลุ่มฝึกการลงมือแก้ปัญหาโดยใช้สถานการณ์สมมติที่สอดคล้องหรือใกล้เคียงกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกตามใบงาน 5.2 : กิจกรรมการฝึกแก้ปัญหา และแสดงบทบาทสมมติ
3. ยกตัวอย่างการยุติกลุ่ม และทุกคนในกลุ่มจะเดินออกไปพร้อมกันกับการเป็นคนใหม่ว่ารู้สึกเป็นอย่างไรบ้าง ยังกังวลอะไรบ้าง และจะมองปัญหานี้อย่างไร จะสำรวจตนเองอย่างไรบ้าง
4. ให้กลุ่มมีโอกาสพูดถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกลุ่มที่ละคน
5. แสดงความยินดีในการเรียนรู้ของกลุ่มให้กำลังใจและกล่าวสวัสดิ์ ยุติการเข้าร่วมโปรแกรม

#### 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม มีงานวิจัยที่ได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ดังมีรายละเอียดสรุปไว้ดังต่อไปนี้

Nezu (1986) ศึกษาเกี่ยวกับผลของความสามารถในการแก้ปัญหาทางสังคมของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าการฝึกแก้ปัญหาทำให้ผู้ป่วยกลุ่มซึมเศร้ามีอาการเศร้าและความไม่มีคุณค่าในตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสามารถในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น และในระยะติดตามผล 6 เดือน พบว่า ค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าและความไม่มีคุณค่าในตนเองในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการฝึกการแก้ปัญหา (problem solving therapy) ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ (waiting list control) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Wallis (2000) ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการใช้ยาด้านซึมเศร้ากับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (major depression) โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาโดยแพทย์ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาโดยพยาบาล กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาโดยใช้ยาด้านซึมเศร้าอย่างเดียว และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาโดยใช้ยาด้านซึมเศร้าและการบำบัดโดยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา พบว่า ทั้ง 4 กลุ่ม ให้ผลในการบำบัดภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามควรส่งเสริมให้ทำการบำบัดโดยการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มการรักษาเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและสามารถลดยาได้ในที่สุด

Gask (2006) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดโดยวิธีการแก้ปัญหาเปรียบเทียบกับการใช้ยาด้านซึมเศร้าในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาครั้งแรก โดยวัดภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการ

ทดลอง ซึ่งสามารถลดอาการซึมเศร้า ได้โดยไม่แตกต่างกับการให้ยาต้านซึมเศร้า การบำบัดโดยการแก้ปัญหาสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยและปานกลาง

Gellis & Kenaley (2007) ศึกษาโดยการรวบรวมงานวิจัยอย่างเป็นระบบในการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าสำหรับผู้ใหญ่ โดยวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 26 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่าการบำบัดโดยการแก้ปัญหาให้ผลลัพธ์ในการลดอาการซึมเศร้าได้ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ และยังพบอีกว่ามีประสิทธิภาพอยู่นานถึง 52 สัปดาห์ และเมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยยา amitriptyline มีการลดอาการซึมเศร้าได้ดีกว่าและคงอยู่ประสิทธิภาพอยู่ที่ 6 และ 12 สัปดาห์

Sanjay et al (2008) พบว่าผลของการใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy) ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเส้นเลือดอุดตันในสมองระยะ 1 ปี หลังจากเริ่มป่วย สามารถป้องกันอาการซึมเศร้าได้ โดยให้ผลคล้ายกับการรักษาโดยใช้ยาเลกซาโป (lexapo)

Bell & D'zurilla (2009) ศึกษาเกี่ยวกับการอภิमानถึงประสิทธิภาพของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าโดยการเปรียบเทียบกับการบำบัดทางจิตสังคมอื่น ได้สืบค้นงานวิจัยได้ทั้งสิ้น 25 เรื่องเป็นการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการรักษาอาการซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าเมื่อเปรียบเทียบกับในรูปแบบการรักษาทางจิตสังคมอื่นๆ และการรักษาด้วยยา พบว่ามีประสิทธิภาพไม่แตกต่างกัน แต่พบว่าบำบัดโดยการแก้ปัญหาคิดว่าการรักษาแบบประคับประคอง และกลุ่มการฝึกสมาธิ

พัชรี วัฒนาเมธี (2550) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าของคนพิการ พบว่า การฝึกทักษะการแก้ปัญหาและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ทำให้คนพิการมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าในระยะก่อนฝึกทักษะการแก้ปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และระยะหลังฝึกติดตามผลการฝึกโปรแกรมการฝึกทักษะการแก้ปัญหา 2 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุญยามา คำบุญเรือง (2552) ศึกษาผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตตสุราจำนวน 32 รายโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตตสุราที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา หลังสิ้นสุดการบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคจิตตสุราที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการศึกษาค้นนี้แสดงให้เห็นว่า การบำบัดโดยการแก้ปัญหามีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตตสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ได้

สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ (2556) ได้ศึกษากลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะ ซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีทักษะการแก้ปัญหา เพิ่มขึ้น และมีระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบจิตบำบัด ประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัว ตายลดลง และไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในหลังจำหน่าย 6 เดือน ส่วนกลุ่มที่ได้รับการ บำบัดแบบจิตบำบัดประคับประคองกลับมารักษาซ้ำร้อยละ 15.8 การบำบัดโดยการแก้ปัญหาเป็นการ บำบัดที่มีประสิทธิผลอีกรูปแบบหนึ่ง



## กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	
ประกอบด้วยขั้นตอนในการบำบัด 5 ขั้นตอน 7 กิจกรรม เป็นเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์	
ขั้นตอนและกิจกรรมการบำบัด	เอกสารประกอบ
<p><b>ขั้นตอนที่ 1</b> การสร้างความไว้วางใจ การปฐมนิเทศ และให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า</p> <p>กิจกรรมที่ 1 สร้างความไว้วางใจและชี้แจงขั้นตอนของโปรแกรม</p> <p>กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 2</b> สำรวจและสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา ระบุปัญหาให้ชัดเจนและกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้</p> <p>กิจกรรมที่ 3 สำรวจและสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา</p> <p>กิจกรรมที่ 4 ระบุปัญหาให้ชัดเจนและกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 3</b> ร่วมกันค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลากหลายวิธี</p> <p>กิจกรรมที่ 5 ร่วมกันค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลากหลายวิธี</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 4</b> พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา</p> <p>กิจกรรมที่ 6 พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 5</b> นำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติและประเมินผลสัมฤทธิ์ในการแก้ปัญหา</p> <p>กิจกรรมที่ 7 การแก้ปัญหาเพื่อบรรลุเป้าหมาย ประเมินผลการทดลองใช้วิธีตามแผน และผลความพึงพอใจ</p>	<p>1. เอกสารชุดการบำบัดโดยการแก้ปัญหาจำนวน 7 กิจกรรม</p> <p>2. คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า</p> <p>3. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล</p> <p>4. แบบสำรวจการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory-PSI) ของ Paul Heppne (1998) แปลโดยเอียรชัย งามทิพย์วัฒนา และคณะ (2543)</p>

ภาวะซึมเศร้า  
(Beck, 1967)

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest - posttest Control group design) (Polit and Beck, 2014) เพื่อศึกษาผลของการผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ตัวแปรที่ศึกษา คือ ภาวะซึมเศร้า

RE O1 X O2

RC O3 . O4

RE หมายถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ซึ่งเลือกมาแบบสุ่ม

RC หมายถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติ ซึ่งเลือกมาแบบสุ่ม

X หมายถึง การใช้โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

. หมายถึง การพยาบาลปกติ

O1 หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

O2 หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามุมที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

O3 หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนได้รับการพยาบาลปกติ

O4 หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังได้รับการพยาบาลปกติ

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ตามคู่มือการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชของรัฐ

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ตามคู่มือการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงระหว่างวันที่ 5 มกราคม 2558 – 6

กุมภาพันธ์ 2558 จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มละ 20 คน

#### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้จากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Cochran and Cox, 1992) โดยใช้โปรแกรม Power analysis for sample size (PASS) แบบ Two - Sample T-Tests power analysis จากการศึกษาของปทุมมา คำบุญเรือง (2552) มาร่วมกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80 % ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย กลุ่มละ 16 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ของสมาชิกกลุ่ม ผู้วิจัยได้กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา 20 คนและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ 20 คน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการจับคู่ (Matched Pair) เพื่อควบคุมตัวแปรเกินที่ อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ รายได้ และระดับภาวะซึมเศร้า

#### เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10)
3. มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง (10 – 29 คะแนน) ตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A])
4. มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้
5. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ

#### เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1. มีประวัติของโรคทางสมองเกี่ยวกับการทำหน้าที่การรู้คิดผิดปกติ
2. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดได้ต่อเนื่อง

#### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ประสานขอความร่วมมือกับพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก คัดเลือกผู้ป่วยที่มีอายุ 20 – 59 ปี และวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (F 32.0 – F 32.9) ที่มารับบริการที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ในช่วงวันที่ 5 มกราคม 2558 – 6 กุมภาพันธ์ 2558 ส่งต่อให้ผู้วิจัย
2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงร่างวิจัยพอสังเขป การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา และลงชื่อในใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วน

ร่วมในการศึกษาจากนั้นจึงจะประเมินแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI-1A)

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่ผ่านเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้ทั้งหมด 58 คน จับคู่ (Matching) ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างเพื่อควบคุมตัวแปรเกินที่อาจมีผลต่อการทดลองในครั้งนี้ โดยให้กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาและกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติมีลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกันมากที่สุดคือ เพศ รายได้ และระดับภาวะซึมเศร้า สามารถจับคู่ทั้งหมด 20 คู่ ได้ตามตารางที่ 1

4. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่สามารถจับคู่ได้ จำนวน 18 คนผู้วิจัยโทรศัพท์ไปแจ้งข้อมูล การวิจัยและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า

5. ผู้วิจัยสุ่มคัดเลือกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติและกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา โดยการจับฉลากชื่อของผู้ป่วยที่ได้รับการจับคู่ให้ฉลากที่จับ ขึ้นมาได้ก่อนเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ และฉลากที่จับขึ้นมาได้ภายหลังให้เป็นกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา



**ตารางที่ 1** ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคซิมเศร่า แบ่งตาม เพศ รายได้ และระดับภาวะซิมเศร่า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

คู่ที่	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการ แก้ปัญหา			กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ		
	เพศ	รายได้	ระดับภาวะ ซิมเศร่า	เพศ	รายได้	ระดับภาวะ ซิมเศร่า
1	หญิง	≤5,000	ปานกลาง	หญิง	≤5,000	ปานกลาง
2	หญิง	5,001-10,000	ปานกลาง	หญิง	5,001-10,000	ปานกลาง
3	หญิง	5,001-10,000	เล็กน้อย	หญิง	5,001-10,000	เล็กน้อย
4	หญิง	≥20,001	เล็กน้อย	หญิง	≥20,001	เล็กน้อย
5	หญิง	≥20,001	ปานกลาง	หญิง	≥20,001	ปานกลาง
6	หญิง	15,001-20,000	ปานกลาง	หญิง	15,001-20,000	ปานกลาง
7	ชาย	10,001-15,000	เล็กน้อย	ชาย	10,001-15,000	เล็กน้อย
8	หญิง	10,001-15,000	เล็กน้อย	หญิง	10,001-15,000	เล็กน้อย
9	หญิง	≥20,001	ปานกลาง	หญิง	≥20,001	ปานกลาง
10	ชาย	5,001-10,000	เล็กน้อย	ชาย	5,001-10,000	เล็กน้อย
11	หญิง	5,001-10,000	เล็กน้อย	หญิง	5,001-10,000	เล็กน้อย
12	หญิง	10,001-15,000	ปานกลาง	หญิง	10,001-15,000	ปานกลาง
13	หญิง	10,001-15,000	เล็กน้อย	หญิง	10,001-15,000	เล็กน้อย
14	ชาย	≥20,001	เล็กน้อย	ชาย	≥20,001	เล็กน้อย
15	หญิง	5,001-10,000	เล็กน้อย	หญิง	5,001-10,000	เล็กน้อย
16	หญิง	10,001-15,000	เล็กน้อย	หญิง	10,001-15,000	เล็กน้อย
17	หญิง	≤5,000	ปานกลาง	หญิง	≤5,000	ปานกลาง
18	หญิง	≥20,001	ปานกลาง	หญิง	≥20,001	ปานกลาง
19	ชาย	≤5,000	เล็กน้อย	ชาย	≤5,000	เล็กน้อย
20	หญิง	5,001-10,000	เล็กน้อย	หญิง	5,001-10,000	เล็กน้อย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำแนกตามเพศ อายุ และ สถานภาพสมรส

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มที่ได้รับ		กลุ่มที่ได้รับการ		รวม	
	โปรแกรมการ		พยาบาลปกติ			
	บำบัดโดยการ					
	แก้ปัญหา					
	(N = 20)		(N = 20)		(N = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	4	20.0	4	20.0	8	20.0
หญิง	16	80.0	16	80.0	32	80.0
<b>อายุ</b> $\bar{x} = 40.7, SD = 11.60$						
20-29 ปี	2	10.0	3	15.0	5	12.5
30-39 ปี	5	25.0	5	25.0	10	25.0
40-49 ปี	9	45.0	5	25.0	14	35.0
50-59 ปี	4	20.0	7	35.0	11	27.5
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	5	25.0	5	25.0	10	25.0
สมรส	9	45.0	9	45.0	18	45.0
หม้าย	3	15.0	3	15.0	6	15.0
หย่า	3	15.0	3	15.0	6	15.0

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มที่ได้รับ		กลุ่มที่ได้รับการ		รวม	
	โปรแกรมการ		พยาบาลปกติ			
	บำบัดโดยการ		พยาบาลปกติ			
	แก้ปัญหา					
	(N = 20)		(N = 20)		(N = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	7	35.0	11	55.0	18	45.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	5.0	3	15.0	4	10.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	15.0	4	20.0	7	17.5
ปวช/ปวส	2	10.0	-	-	2	5.0
ปริญญาตรี	7	35.0	1	5.0	8	20.0
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	1	5.0	1	2.5
<b>อาชีพ</b>						
ค้าขาย	3	15.0	2	10.0	5	12.5
เกษตรกร	5	25.0	10	50.0	15	37.5
รับจ้าง	3	15.0	3	15.0	6	15.0
รับราชการ	2	10.0	3	15.0	5	12.5
อื่นๆ (แม่บ้าน/พ่อบ้าน)	7	35.0	2	10.0	9	22.5
<b>รายได้ (บาท/เดือน)</b>						
≤5,000	3	10.0	3	10.0	6	15.0
5,001-10,000 บาท	6	30.0	6	30.0	12	30.0
10,001-15,000 บาท	5	25.0	5	25.0	10	25.0
15,001-20,000 บาท	1	10.0	1	10.0	2	5.0
≥ 20,001	5	25.0	5	25.0	10	25.0

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย และโรคประจำตัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา		กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ		รวม	
	(N = 20)		(N = 20)		(N = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)</b>						
≤ 1 ปี	4	20.0	3	15.0	7	17.5
2 ปี	2	10.0	3	15.0	5	12.5
3 ปี	3	15.0	2	10.0	5	12.5
4 ปี	3	15.0	3	15.0	6	15.0
5 ปี	4	20.0	3	15.0	7	17.5
6 ปี	1	5.0	2	10.0	3	7.5
8 ปี	1	5.0	1	5.0	2	5.0
≥ 10 ปี	2	10.0	3	15.0	5	12.5
<b>โรคประจำตัว</b>						
มี	8	40.0	8	40.0	16	40.0
ไม่มี	12	60.0	12	60.0	24	60.0

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบและเข้าใจในกระบวนการ การดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอน และแจ้งให้ทราบว่าสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบต่อ การมารับบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด การตอบคำถามและข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยต่อผู้ไม่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมกิจกรรมวิจัยได้ตลอดเวลาถ้าต้องการในระหว่างการดำเนินการวิจัย จากนั้นให้ลงนามในเอกสารยินยอม โดยสามารถตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยได้อย่างอิสระ

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ 29 ธันวาคม 2557

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) แปลเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522)
2. โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ครอบคลุมด้วย
  - 2.1 เอกสารชุดการบำบัดโดยการแก้ปัญหาจำนวน 7 กิจกรรม
  - 2.2 คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
  - 2.3 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
  - 2.4 แบบสำรวจการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory-PSI) ของ Paul Heppne (1998) แปลโดยเจียรชัย งามทิพย์วัฒนา และคณะ (2543)

### ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. **แบบประเมินภาวะซึมเศร้า** ผู้ศึกษาใช้การประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) แปลเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 21 ข้อ โดยการประเมินค่าคะแนนในแบบประเมิน มี 4 ตัวเลือก ซึ่งในข้อคำถามแต่ละข้อมีการให้คะแนนคำตอบในแต่ละข้อนั้นเป็น 0 1 2 และ 3 โดยกำหนดข้อรายละเอียดของลักษณะคำตอบในแต่ละข้อในแต่ละลำดับสำหรับการแปลผลระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยการนับคะแนนในทุกข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อรวมกัน ซึ่งค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 63 คะแนน หลังจากนั้นได้มีการแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0 – 9 หมายถึง มีภาวะอารมณ์ปกติ (normal range)

คะแนน 10 – 19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression)

คะแนน 20 – 29 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression)

คะแนน 30 – 63 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### 1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) แปลเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522) ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจทานแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5

คน ซึ่งเป็นจิตแพทย์จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 คน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อ ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1 - 4 คะแนน สอดคล้องมากเป็น 4 คะแนน สอดคล้องค่อนข้างมากเป็น 3 คะแนน สอดคล้องน้อยเป็น 2 คะแนน และไม่สอดคล้องเป็น 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553) ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณดัชนีความตรงเนื้อหาของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) แปลเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .97 ดังนั้นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในการวิจัยครั้งนี้มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ

1. เปลี่ยนคำที่ใช้ในคำถามข้อที่ 1 จาก “ช่วง” เป็น “ครั้ง” และเปลี่ยนคำว่า “ลืม” เป็น “หยุด” เติมคำที่ใช้ในคำถามข้อที่ 2 “เป็นบางครั้งต่ออนาคต” ในขีดที่ 2 , เติม “తోແທ້” ก่อนหมดหวัง ตัดคำว่าคนอื่นฯ

2. คำถามข้อที่ 3 ในขีดที่ 2 ใส่ “เป็นบางครั้ง” แทนและขีด 3 เป็น “ฉันรู้สึกว่าจะทำอะไร ล้มเหลวเกือบทั้งหมด”

## 2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .75

**ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่**

**โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา** ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากโปรแกรมแนวคิดของ D'Zurilla & Nezu (2007) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้แนวคิด D'Zurilla & Nezu (2007) และได้มีการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการบำบัดของปัญญาภา คำบุญเรือง และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2552) มาพัฒนา

เป็นโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประกอบไปด้วยกิจกรรมจำนวน 5 ขั้นตอนๆ 1 สัปดาห์ โดยแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60 - 90 นาที รวมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ ดังต่อไปนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การสร้างความไว้วางใจ การปฐมนิเทศและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า

**ขั้นตอนที่ 2** สำรวจและสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา ระบุปัญหาให้ชัดเจนและกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้

**ขั้นตอนที่ 3** ร่วมกันค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลากหลายวิธี

**ขั้นตอนที่ 4** พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา

**ขั้นตอนที่ 5** นำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติการแก้ปัญหาและประเมินผลลัพธ์

โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย

1. เอกสารชุดการบำบัดโดยการแก้ปัญหาจำนวน 7 กิจกรรม

2. คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

4. แบบสำรวจการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory-PSI) ของ Paul Heppne

(1998) แปลโดยเอียรชัย งามทิพย์วัฒนา และคณะ (2543)

## 1. เอกสารชุดการบำบัดโดยการแก้ปัญหาจำนวน 7 กิจกรรม

**กิจกรรมที่ 1** สร้างความไว้วางใจและชี้แจงขั้นตอนของการเข้าร่วมแต่ละกิจกรรมของโปรแกรม

สัมพันธภาพบำบัด เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยเป็นสัมพันธภาพที่มีขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นหาปัญหา ระบุปัญหา และมีแนวทางแก้ปัญหา ได้เกิดทักษะการเรียนรู้ แก้ไขความคิด ทศนคติ มีการเปลี่ยนแปลงสู่สุขภาพที่ดี สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นใจและเกิดความพึงพอใจในชีวิต โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ทักษะในเชิงวิชาชีพทั้งการใช้การสอน การให้คำปรึกษา การเป็นผู้ให้ข้อมูล การเป็นผู้นำและผู้จัดการระบบ การดูแลของพยาบาลในการดำเนินการสร้างสัมพันธภาพบำบัด สัมพันธภาพที่ไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเป็นพื้นฐานที่ก่อให้เกิดความสนับสนุน ความไว้วางใจและความร่วมมือในการบำบัดรักษา

## กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า มีลักษณะการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ผู้ป่วยเมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ หรือมีการแก้ปัญหาทางลบ มองว่าปัญหาเป็นสิ่งคุกคามคุณภาพชีวิต มีการรับรู้ศักยภาพของตนเองต่ำ และการมีอารมณ์ในทางลบ จะส่งผลกระทบต่อความ

พยายามแก้ปัญหา ทำให้แก้ปัญหาได้แต่ไม่มีประสิทธิภาพ มีการแก้ปัญหาไม่เหมาะสม ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข ส่งผลให้เกิดอาการของภาวะซึมเศร้า ซึ่งแสดงออกมาทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรมตามมา ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียความสามารถ การปฏิบัติภารกิจต่างๆบกพร่องลงจากเดิมหรืออาจทำงานไม่ได้เลย ทำให้ขาดรายได้ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการทำร้ายตนเอง

การบำบัดโดยการแก้ปัญหา การบำบัดโดยการแก้ปัญหาใช้แนวคิดของกระบวนการทางปัญญาของบุคคล โดยมีความคิด ความเชื่อ ทศนคติ เป็นตัวกลางระหว่างสิ่งเร้ากับพฤติกรรม และกระบวนการนี้เองจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่นำไปสู่การแก้ปัญหา เมื่อเผชิญกับปัญหา ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ หรือแก้ปัญหาทางลบ มองว่าปัญหาเป็นสิ่งคุกคามคุณภาพชีวิต มีการรับรู้ศักยภาพของตนเองต่ำ มีอารมณ์ในทางลบที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ เช่น หงุดหงิดง่ายไม่อดทน ไม่พอใจเมื่อต้องแก้ปัญหาเกิดความเครียดทำให้แก้ปัญหาไม่เหมาะสมและเกิดภาวะซึมเศร้าได้ หากสามารถจัดการปัญหาอย่างเหมาะสม มีทัศนคติในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ มองปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีความเชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้พยายามคิดหาทางออกจากปัญหาหลายๆ ทาง และตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสมลงมือทำการแก้ปัญหาตามแผนและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ทั้งผลดีและผลกระทบในระยะสั้นและผลระยะยาว พยายามอยู่กับความเป็นจริง เมื่อแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมปัญหาก็ลดลงไม่เกิดอาการเครียด สามารถเปลี่ยนความคิดและความเชื่อในทางลบเป็นความเชื่อทางบวกโดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ส่งผลให้ลดหรือไม่เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ทำให้แก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง

### กิจกรรมที่ 3 สืบสวนและสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา

การสืบสวนเจตคติของผู้ป่วยที่มีต่อปัญหา และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อแก้ปัญหาคืออะไร วัตถุประสงค์คืออะไร พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะการจัดการแก้ปัญหา และเหตุผลประกอบ การสืบสวนเจตคติต่อปัญหา คือการทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยมีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกต่อปัญหาอย่างไร การมองปัญหาของบุคคลมีสองลักษณะคือ การมองปัญหาในเชิงบวกและเชิงลบ การมองปัญหาเชิงบวกได้แก่ ปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถ ความเชื่อที่ว่าปัญหานั้นสามารถแก้ไขได้ ตนเองมีความสามารถในการแก้ปัญหาได้ เข้าใจว่าการแก้ปัญหาคือใช้เวลาและความพยายาม การใช้อารมณ์ที่เหมาะสม และการมองปัญหาเชิงลบ

### กิจกรรมที่ 4 ระบุปัญหาให้ชัดเจนและกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้

ระบุปัญหาให้ชัดเจนและกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ คือ การทำให้ผู้ป่วยสามารถระบุปัญหาอย่างชัดเจนนั้น ผู้บำบัดช่วยค้นหาความจริงที่เกิดขึ้นโดยถามคำถาม ใคร อะไร ที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร เพราะอะไร อธิบายโดยใช้ภาษาที่ชัดเจน แบ่งแยกความเป็นจริงออกจากการคาดเดา หรือความเชื่อที่บิดเบือน กำหนดเป้าหมายที่แท้จริงเป็นรูปแบบของปัญหาหรืออารมณ์เป็นหลัก และ



สามารถทำได้โดยแบ่งเป็นปัญหาย่อยๆ ตั้งเป้าหมายเล็กๆ หรือตั้งชุดของปัญหา ระบุอุปสรรคที่มีต่อเป้าหมายได้

### กิจกรรมที่ 5 ร่วมกันค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลากหลายวิธี

ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมระดมสมองค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด การได้มาซึ่งวิธีการมีอะไรบ้าง ใช้เทคนิคอย่างไรบ้าง การค้นหาวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายจะช่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมมากที่สุด เมื่อได้วิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายแล้วนำมาจัดกลุ่มและถามเหตุผลที่อยู่เบื้องหลังนั้น อย่างไรก็ตาม ผู้บำบัดอาจไม่สามารถมองหาวิธีการแก้ปัญหาได้เนื่องจากติดอยู่กับความคิดที่บิดเบือนไป ขาดข้อมูลหรือแหล่งช่วยเหลือ หรือมีอารมณ์ทางลบ เช่น หงุดหงิด โกรธ น้อยใจ เสียใจมาก เป็นต้น ผู้บำบัดจึงต้องช่วยในการรวบรวมความคิด ผสมผสานหรือปรับแนวทางแก้ปัญหาต่างๆ นึกถึงภาพที่จะแก้ปัญหา หรือนึกถึงถ้าเหตุการณ์นั้นเกิดกับบุคคลที่เป็นที่รู้จัก

### กิจกรรมที่ 6 พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา

เป็นการพิจารณาเพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยคัดเลือกความคิดในการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสมออกไป พิจารณาทบทวนข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธีรวมทั้งผลที่จะตามมา วิเคราะห์ประโยชน์ ผลลัพธ์คุ้มค่าคุ้มทุนหรือไม่ อย่างไร ระบุการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาแผนปฏิบัติการจริงในการประเมินการตัดสินใจ ใช้เกณฑ์ ได้แก่ การคาดหวังทำได้หรือไม่ ตรงตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ ใช้ระยะเวลาและความพยายามมากน้อยอย่างไร ผลต่ออารมณ์ ร่างกาย การเงินหรือค่านิยม ความเชื่อ จริยธรรม เป็นอย่างไร มีผลต่อสังคม คู่ครอง ครอบครัว เพื่อนอย่างไรบ้าง ผลระยะสั้น ระยะยาวเป็นอย่างไร หลังจากนั้นจึงสรุปว่าจะเลือกหรือไม่เลือกวิธีการแก้ปัญหา ต่อจากนั้นจึงเขียนการพัฒนาแผนวิธีการแก้ปัญหา

### กิจกรรมที่ 7 นำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติการแก้ปัญหาและประเมินผลลัพธ์

ผู้บำบัดประเมินว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการทดลองใช้วิธีการแก้ปัญหาตามแผนที่วางไว้ โดยให้ผู้ป่วยเล่าจากภาพที่เห็น บอกขั้นตอนวิธีการ พัฒนาคู่มือการแก้ปัญหา แสดงบทบาทสมมติให้ดู มีแรงจูงใจในการแก้ปัญหา แล้วให้ผู้ป่วยกลับไปลองใช้วิธีการแก้ปัญหา สังเกตติดตามผลที่เกิดขึ้น ประเมินผลตามความเป็นจริงว่าตรงกับผลที่คาดหวังไว้หรือไม่ ถ้าไม่สำเร็จให้ย้อนกลับไปสำรวจปัญหาใหม่เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมถ้าสำเร็จให้กำลังใจตนเอง

## 2. คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

เป็นเอกสารประกอบชุดโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหา ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเพื่อมอบให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านำไปศึกษาความรู้ เรื่องสาเหตุการเกิด อาการและอาการแสดง แนวทางการบำบัดรักษา แหล่งช่วยเหลือทางสังคม การปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้านที่เหมาะสมและรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นภายใต้

### การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1.ชุดกิจกรรมการการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และ 2. คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม มีความสอดคล้องกับการศึกษาและนำไปตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมด้วยการหาความตรงของเนื้อหา โดยนำฉบับที่แก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวชจำนวน 2 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 คน เพื่อทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และการใช้ภาษา รูปแบบเนื้อหา กิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความครอบคลุมเนื้อหา กิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับ ดังนี้

1. ควรปรับแก้เนื้อหาพิจารณา concept depression และ five dimensional model ในเอกสาร 1.2 ในความรู้ : ภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้ากับการแก้ปัญหา
2. และเพิ่มกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยได้ทำร่วมกันและมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน การประเมินผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยปรับแก้โดยเพิ่ม concept depression และ five dimensional model
3. รูปเล่มคู่มือตัวหนังสือเยอะไป ผู้ป่วยอาจหมดแรงที่จะอ่าน และควรเป็นขนาดพกพาอย่างเช่น A 4 พับครึ่ง ผู้วิจัยปรับแก้โดยจัดทำคู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขนาดเล่มเท่ากระดาษ A 4 พับครึ่งและลดจำนวนตัวอักษรของเนื้อหาลง

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 6 คน โดยทดลองใช้โปรแกรมการการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจนครบ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนและความเข้าใจของภาษาที่ใช้ ว่ามีความเหมาะสมของเวลารวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเข้าใจในกิจกรรมดี สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ตามใบงานและเข้าใจในใบความรู้ที่วางแผนไว้ได้ โดยไม่ได้มีการปรับแก้เนื้อหาหรือวิธีการแต่อย่างใด

### 3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยและโรคประจำตัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

**4. แบบสำรวจการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory-PSI)** ผู้วิจัยใช้แบบสำรวจการแก้ปัญหาของ Paul Heppner (1998) แปลโดยเชียรชัย งามทิพย์วัฒนา และคณะ (2543) เครื่องมือ PSI พัฒนามาจากการวัด 5 ขั้นตอน Problem Solving Model ของ D’Zurilla & Goldfried ที่เริ่มต้นนำการฝึกทักษะการแก้ปัญหาใช้ทางคลินิกในระยะแรก (D’Zurilla & Goldfried, 1971) ลักษณะการสำรวจเป็นแบบการประเมินค่า (rating scale) 35 ข้อ จำนวน 6 มาตราวัด แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก (positive items) และข้อคำถามเชิงลบ (negative items) ประกอบด้วย

1. Problem Solving Confidence คือ ความมั่นใจในการแก้ปัญหา ประกอบด้วยข้อ 5, 6, 11, 12, 19, 23, 24, 27, 33, 34 และ 35

2. Approach Avoidance Style คือ ลักษณะการเผชิญหรือหลบเลี่ยงปัญหา ประกอบด้วยข้อ 1, 2, 4, 6, 7, 8, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 29, 30 และ 31

3. Personal Control คือ ความเชื่อว่าที่มาของปัญหาเกิดจากตนเองหรือปัจจัยภายนอก ประกอบด้วยข้อ 3, 14, 25, 26 และ 32

ข้อที่ไม่นำมาคิดคะแนน คือ ข้อที่ 9, 22 และ 29

**วิธีการตอบ :** ในการตรวจแบบสำรวจการแก้ปัญหานี้ ผู้ตอบจะเลือกตอบคำถามเพียงคำตอบเดียว โดยใส่เครื่องหมาย○ ในช่องที่กำหนดให้ ซึ่งตรงกับความรู้สึกมากที่สุด เนื่องแบบวัดการสำรวจปัญหานี้ เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ตอบเลือกข้อความที่บรรยายเกี่ยวกับตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ การให้คะแนนจึงขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ความหมายทางบวก	ความหมายทางลบ
หมายเลข 1 เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	6
หมายเลข 2 เห็นด้วย	2	5
หมายเลข 3 เห็นด้วยบ้าง	3	4
หมายเลข 4 ไม่เห็นด้วยบางส่วน	4	3
หมายเลข 5 ไม่เห็นด้วยบ้าง	5	2
หมายเลข 6 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	6	1

เกณฑ์การให้คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนรวมที่ต่ำ หมายถึง ความสามารถในการแก้ปัญหาได้ดีกว่า ผู้ที่ได้คะแนนสูง แบ่งระดับการแก้ปัญหาจากการใช้  $\bar{x} + SD$  ออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ (จินดาอร เงินสว่าง, 2556) คะแนนที่ต่ำหมายถึงมีการแก้ปัญหาได้ในระดับดี

### การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการแก้ปัญหา ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจทานแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ซึ่งเป็นจิตแพทย์จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 คน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน สอดคล้องมากเป็น 4 คะแนน สอดคล้องค่อนข้างมากเป็น 3 คะแนน สอดคล้องน้อยเป็น 2 คะแนน และไม่สอดคล้องเป็น 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณดัชนีความตรงเนื้อหาของแบบสอบถามการแก้ปัญหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 ดังนั้นแบบสอบถามการแก้ปัญหา ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จึงมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ

1. เปลี่ยนคำที่ใช้ในคำถามข้อที่ 2 ใช้คำที่ผู้ป่วยเข้าใจง่าย เช่น “หาเหตุผล”
2. ในคำถามข้อที่ 4 ควรใช้คำว่า “แก้ปัญหาได้”
3. คำถามข้อที่ 8 แก้ไขคำว่า “อะไรกำลังเกิดขึ้น” แล้วเปลี่ยนเป็น “เกิดอะไรขึ้น”

### การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78

### ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การบำบัดโดยการแก้ปัญหา โดยมีวิทยากร คือ รศ.ดร. ดาราวรรณ ต๊ะปินตา และทำการฝึกอบรม”

การบำบัดโดยการแก้ปัญหา”เมื่อวันที่วันที่ 19, 21, 22 มิถุนายน 2556 ณ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

1.2 ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิด D’Zurilla & Nezu (2007) และได้มีการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการบำบัดของปัญญาภา คำบุญเรือง และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2552) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยประกอบไปด้วย 7 กิจกรรม 5 ขั้นตอน และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองจากการศึกษาค้นคว้าทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เป็นผู้มีความรู้ความสามารถใช้โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตรแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

1.4 ผู้วิจัยเตรียมติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับ วิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผู้วิจัยพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูลและประสานงานเกี่ยวกับการเข้าไปดำเนินการทดลองในกลุ่มงานพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

1.6 ผู้วิจัยติดตามคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้างานผู้ป่วยนอก แล้วขออนุญาตดูแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม พบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (pretest)

1.7 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วน ผู้วิจัยให้ข้อมูลในการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

1.8 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรเกินที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ เพศ รายได้ และระดับภาวะซึมเศร้าแล้วจับฉลากเข้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแก้ปัญหา และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

### 1. กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติ

1.1. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการประเมินภาวะซึมเศร้า (pretest) โดยมีคะแนนการประเมินตั้งแต่ 10 -29 คะแนน จึงจะให้กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.2. ส่งต่อข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติ ให้กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อให้ได้รับการพยาบาลปกติ เมื่อมารับบริการงานจิตเวชผู้ป่วยนอก

1.3. เมื่อครบกำหนด 5 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (posttest) โดยจากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

### 2. กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

2.1. ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาประเมินภาวะซึมเศร้า (pretest) โดยมีคะแนนการประเมินตั้งแต่ 10 -29 คะแนน จึงจะให้กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงจะเข้าร่วมกลุ่มการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2.2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลการดำเนินโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา โดยดำเนิน 7 กิจกรรม 5 ขั้นตอนๆ ละ 1 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ในวันอาทิตย์ เวลา 10.00 น.และอีกกลุ่ม 14.00 น.ภายหลังสิ้นสุดการบำบัดในสัปดาห์ที่ 5 ประเมินแบบสำรวจการแก้ปัญหาทันที (กำกับการทดลอง) และถัดไปอีก 1 สัปดาห์ประเมินภาวะซึมเศร้า (posttest)

2.3. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการดำเนินโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง

2.4. ผู้วิจัยประสานหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อขออนุญาตใช้สถานที่ นัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มาดำเนินโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในแต่ละครั้ง ตกลงเรื่องกำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ณ กลุ่มงานพยาบาลโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ณ กลุ่มงาน  
พยาบาลโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ขั้นตอน/กิจกรรม	กลุ่ม/สมาชิก	ว/ด/ป	เวลา
<b>ขั้นตอนที่ 1</b> การสร้างความไว้วางใจ การ ปฐมนิเทศและให้ ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า กิจกรรมที่ 1 สร้างความไว้วางใจและ ชี้แจงขั้นตอนของโปรแกรม	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	8 กุมภาพันธ์ 2558	เวลา 10.00- 11.30 น.
กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและโรค ซึมเศร้า	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	8 กุมภาพันธ์ 2558	เวลา 14.00- 15.30 น.
<b>ขั้นตอนที่ 2</b> สำรวจและสร้างเจตคติที่ดีต่อ ปัญหา ระบุปัญหาให้ชัดเจนและกำหนด เป้าหมายที่เป็นไปได้	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	15 กุมภาพันธ์ 2558	เวลา 10.00- 11.30 น.
กิจกรรมที่ 3 สำรวจและสร้างเจตคติ ที่ดีต่อปัญหา	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	15 กุมภาพันธ์ 2558	เวลา 14.00- 15.30 น.
กิจกรรมที่ 4 ระบุปัญหาให้ชัดเจน และกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	22 กุมภาพันธ์ 2558	เวลา 10.00- 11.30 น.
<b>ขั้นตอนที่ 3</b> ร่วมกันค้นหาทางเลือกในการ แก้ปัญหาหลากหลายวิธี	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	22 กุมภาพันธ์ 2558	เวลา 10.00- 11.30 น.
กิจกรรมที่ 5 ร่วมกันค้นหาทางเลือก ในการแก้ปัญหาหลากหลายวิธี	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	22 กุมภาพันธ์ 2558	เวลา 14.00- 15.30 น.
<b>ขั้นตอนที่ 4</b> พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธี แก้ปัญหา	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	1 มีนาคม 2558	เวลา 10.00- 11.30 น.
กิจกรรมที่ 6 พิจารณาและตัดสินใจ เลือกวิธีแก้ปัญหา	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	1 มีนาคม 2558	เวลา 14.00- 15.30 น.
<b>ขั้นตอนที่ 5</b> นำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติและ ประเมินผลลัพธ์ในการแก้ปัญหา	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	8 มีนาคม 2558	เวลา 10.00- 11.30 น.
กิจกรรมที่ 7 การแก้ปัญหาเพื่อบรรลุ เป้าหมาย ประเมินผลการทดลองใช้วิธีตาม แผน และผลความพึงพอใจ	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	8 มีนาคม 2558	เวลา 14.00- 15.30 น.

รายละเอียดการดำเนินการทดลองตารางที่ 5 โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ต่อภาวะ  
ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นดังนี้

**ขั้นตอนและครั้งที่ 1 การสร้างความไว้วางใจ การปฐมนิเทศและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า**

**กิจกรรมที่ 1** สร้างความไว้วางใจและชี้แจงขั้นตอนของการเข้าร่วมแต่ละกิจกรรมของโปรแกรม

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในโรคซึมเศร้า

**สถานที่** ห้องบำบัดกลุ่มงานพยาบาลโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

**ระยะเวลา** 30 นาที

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการรูปแบบของโปรแกรมและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม

**สาระสำคัญ**

สัมพันธภาพบำบัด เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยเป็นสัมพันธภาพที่มีขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและมีแนวทางแก้ปัญหา ได้เกิดทักษะการเรียนรู้ แก้ไขความคิด ทักษะคิด มีการเปลี่ยนแปลงสู่สุขภาพที่ดี สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นใจและเกิดความพึงพอใจในชีวิต โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ทักษะในเชิงวิชาชีพทั้งการใช้การสอน การให้คำปรึกษา การเป็นผู้ให้ข้อมูล การเป็นผู้นำและผู้จัดการระบบ การดูแลของพยาบาลในการดำเนินการสร้างสัมพันธภาพบำบัด สัมพันธภาพที่ไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเป็นพื้นฐานที่ก่อให้เกิดความสนับสนุน ความไว้วางใจและความร่วมมือในการบำบัดรักษา

**กิจกรรม**

1. ผู้นำกลุ่มแนะนำตัวเองและแนะนำผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม เพื่อสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจกับสมาชิกในกลุ่ม โดยเริ่มสนทนาด้วยเรื่องทั่วไปก่อน เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายและสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น แสดงความสนใจและใส่ใจกับสมาชิกในกลุ่ม เช่น “วันนี้เป็นอย่างไรบ้างครับ” “การเดินทางมาสะดวกไหมครับ” “รับประทานอาหารเข้ากันมาหรือยังครับ”
2. ให้สมาชิกแนะนำตัวเป็นรายบุคคล โดยการแนะนำตัวชื่อจริง ชื่อเล่นและจังหวัดที่มา
3. ผู้นำกลุ่มชี้แจงข้อตกลงในการทำกิจกรรมร่วมกัน ได้แก่ กติกาในการเข้ากลุ่ม วัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรม ระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง จำนวนครั้งที่พบกัน สถานที่นัดหมายในการทำกิจกรรมแต่ละกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ
4. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและแสดงความคิดเห็น ผู้นำกลุ่มตอบคำถามข้อสงสัย ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นและนำสู่กิจกรรมที่ 2 ต่อไป



## สื่อและอุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1.1 แนะนำกิจกรรม

### ผลที่คาดว่าจะได้รับ

สมาชิกกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดี มีความไว้วางใจ ยอมรับ เคารพกติกา และร่วมมือในการร่วมกิจกรรมแต่ละกิจกรรม

### การประเมินผล

สังเกตเมื่อดำเนินการตามขั้นตอนแล้วพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกราย มีความสนใจ มีความตั้งใจ และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และรับทราบถึงกติกาของการเข้าร่วมกลุ่มการบำบัดในครั้งนี้ ดังนี้

“ฉันก็แอบคิดอยู่ตั้งนานว่าถ้าฉันมาร่วมกลุ่มแล้วฉันต้องทำอะไรบ้าง ตอนแรกฉันคิดว่าอยากทำอะไร อยากพูดอะไรก็ได้เลย แต่ตอนนี้รู้แล้วค่ะว่าต้องยกมือก่อนพูดหรือเสนอทุกครั้ง ”

“ฉันมั่นใจค่ะว่ากลุ่มนี้จะถูกเก็บและปิดเป็นความลับ เหมือนกติกาที่เราตกลงกัน”

“ผมมั่นใจว่าอย่างน้อยวันนี้ผมได้เพื่อนใหม่ และได้รู้ถึงกติกากิจกรรมเข้าร่วมกลุ่มที่ดีครับ”

“ตอนแรกคงจะว่าการบำบัดมันมีรูปแบบยังไง มองเห็นภาพค่ะและจะพยายามตั้งใจนะคะ”

**กิจกรรมที่ 2** การส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในโรคซึมเศร้า

**สถานที่** ห้องบำบัดกลุ่มงานพยาบาลโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

**ระยะเวลา** 60 นาที

**วัตถุประสงค์** 1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า

### สาระสำคัญ

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การแสดงออกของภาวะทางจิตที่แสดงถึงความเปราะบางทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ การแสดงออกทางร่างกายและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีลักษณะการแสดงออกสำคัญ ได้แก่ อารมณ์เศร้า อารมณ์หงุดหงิดง่าย รู้สึกหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความคิดและการเคลื่อนไหวช้าลง หรือพลุ่งพล่านกระวนกระวาย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนืดตนเองมากผิดปกติ สมาธิลดลง มีความคิดอยากตาย ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) คะแนน 10 – 19 คะแนน ถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) คะแนน 20 – 29 คะแนน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20 – 59 ปี มารับบริการที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี แล้วได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10)

## กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่มและสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม ด้วยการกล่าวทักทายสมาชิกในเรื่องต่างๆไป ความเป็นอยู่ต่างๆเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจกัน
2. ผู้นำกลุ่มชี้แจงข้อตกลงต่างๆในการทำกิจกรรม ได้แก่ วัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมที่ 2 ระยะเวลาในการทำกิจกรรม บทบาทของสมาชิกในกลุ่มขณะทำกิจกรรม
3. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค การรักษาของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า ตามใบความรู้ที่ 1.2
4. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและแสดงความคิดเห็น ผู้นำกลุ่มตอบคำถามข้อสงสัย ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นและนำสู่กิจกรรมที่ 3 ต่อไป

**สื่อและอุปกรณ์ :** เอกสารหมายเลข 1.2 ใบความรู้ : ภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้ากับการแก้ปัญหา  
**ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

สมาชิกกลุ่มมีความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า สาเหตุ อาการและการรักษาเพิ่มมากขึ้น  
**การประเมินผล**

สังเกตเมื่อดำเนินการตามขั้นตอนแล้วพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกราย มีความสนใจ มีความตั้งใจ และให้ความร่วมมือในการซักถามในส่วนของเนื้อหาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ดังนี้

“ฉันคิดว่าคนที่ฉันป่วยเป็นโรคซึมเศร้า สาเหตุน่าจะมาจากมองข้าม และการแก้ปัญหาค่ะ”

“เมื่อเกิดปัญหาขึ้นสิ่งที่ฉันทำอย่างแรกคือ ทำในสิ่งที่คิดได้ก่อน ไม่นึกถึงใครและไม่คิดถึงผลที่จะตามมา น่าสนใจอยู่บ้างที่ฉันจะมาหาทางออกของปัญหาในรูปแบบใหม่”

“หนูว่า สาเหตุที่หนูเป็นโรคซึมเศร้า เพราะหนูไม่ชอบสูงส่งกับใคร พอมีเรื่องอะไรก็คิดและหมกมุ่นอยู่คนเดียว คิดไม่ออกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง เศร้าค่ะ”

“ผมว่าการที่เราสามารถแก้ปัญหาได้มันจะเป็นภูมิคุ้มกันทำให้เราสามารถอยู่กับมันได้ “จะยังไง ฉันจะไม่หยุดและขาดยาเองเด็ดขาด แล้วฉันจะเอาการแก้ปัญหาามาสู้กับมันซักตั้ง”

**ขั้นตอนและครั้งที่ 2** สสำรวจและสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา ระบุปัญหาให้ชัดเจนและกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้

**กิจกรรมที่ 3** สสำรวจและสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในโรคซึมเศร้า

**สถานที่** ห้องบำบัดกลุ่มงานพยาบาลโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

**ระยะเวลา** 45 นาที

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้สมาชิกให้ความหมายของปัญหา การแก้ปัญหา และสามารถสำรวจปัญหาได้
2. เพื่อให้สมาชิกมีเจตคติที่ดีต่อปัญหาได้

## สาระสำคัญ

การสำรวจเจตคติของผู้ป่วยที่มีต่อปัญหา และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อแก้ปัญหา คืออะไร วัตถุประสงค์คืออะไร พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะการจัดการแก้ปัญหา และเหตุผลประกอบ การสำรวจเจตคติต่อปัญหา คือการทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยมีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกต่อปัญหาอย่างไร การมองปัญหาของบุคคลมีสองลักษณะคือ การมองปัญหาในเชิงบวกและเชิงลบ การมองปัญหาเชิงบวกได้แก่ ปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถ ความเชื่อที่ว่าปัญหานั้นสามารถแก้ไขได้ ตนเองมีความสามารถในการแก้ปัญหาได้ เข้าใจว่าการแก้ปัญหานั้นต้องใช้เวลาและความพยายาม การใช้อารมณ์ที่เหมาะสม และการมองปัญหาเชิงลบ

## กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่มด้วยการกล่าวทักทาย สอบถามความเป็นอยู่ ความสุขสบายและเรื่องต่างๆไป
2. ผู้นำกลุ่มสอบถามมุมมองต่อปัญหาของสมาชิกกลุ่ม โดยให้สมาชิกกลุ่มดูและกรอกในใบงานที่ 2.1”มุมมองปัญหา”
3. ผู้นำกลุ่มชื่นชมในความร่วมมือและตั้งใจของสมาชิกกลุ่มในการเขียน”มุมมองปัญหา”
4. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้กฎของการคิดที่ทำให้สุขภาพดี ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกเห็นแนวทางในการคิดที่จะสามารถทำให้เกิดการมองทางบวก และให้ความรู้เรื่องการคิดทางบวกและทางลบ ตามใบความรู้ที่ 2.2”กฎของการคิดที่ทำให้สุขภาพดี...และการคิดทางบวกและทางลบ”
5. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและแสดงความคิดเห็น ผู้นำกลุ่มตอบคำถามข้อสงสัย ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นและนำสู่กิจกรรมที่ 4 ต่อไป

## สื่อและอุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2.1”มุมมองปัญหา”
2. ใบความรู้ที่ 2.2” กฎของการคิดที่ทำให้สุขภาพดี...และการคิดทางบวกและทางลบ”

## ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ได้เห็นมุมมองต่อปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มได้รับความรู้เกี่ยวกับกฎของการคิดดี และการมองปัญหาทั้งทางบวกและทางลบ

## การประเมินผล

สังเกตเมื่อดำเนินการตามขั้นตอนแล้วพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกราย มีความสนใจ มีความตั้งใจ และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและทำใบงานอย่างตั้งใจ ดังนี้

“รู้สึกว่ปัญหาตัวเองมีเยอะค่ะ ไม่รู้ว่าจะจัดการยังไงดี”

“หนักเหมือนกันนะครับ เหมือนว่ปัญหามันมาก แต่ผมมองข้ามมันไปเลย”

“ที่ว่าสิ่งที่ต้องเผชิญมันเกิดขึ้นจริง แต่บางครั้งที่ไม่เข้าใจว่าทำไมถึงคิดไม่ออกที่จะจัดการ และแก้มันอย่างเป็นระบบ”

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถฝึกพูดทางบวกกับตัวเอง และพยายามนึกถึงการพูดทางบวกที่สอดคล้องกับปัญหาของตัวเอง เพื่อให้เกิดกำลังใจและมุมมองใหม่ได้ ดังนี้

“ผมว่าการที่ผมล้มละลาย มันหนักมากครับ แต่ผมต้องสู้และอยู่กับมันให้ได้”

“ก็แค่คนคนเดียว ซิจจะมาทำให้ชีวิตฉันพังเหวอฝันไปเถอะ ฉันต้องสู้ได้”

“ปัญหาที่ฉันมีอยู่ไม่ว่าจะเป็นเรื่องหนี้สิน รถ เงิน ลูก ฉันจะสามารถจัดการและแก้ไขมันได้”

“ชีวิตต้องสู้ เมื่อยังมีลมหายใจ ยังไงก็ต้องสู้กับมันให้ได้”

“เป็นหากก็แค่เรื่องกล้วยๆ ทุกอย่างย่อมมีทางออกเสมอ”

“ก็แค่เพื่อนร่วมงาน ไม่สามารถทำลายชีวิตฉันได้หรอก ฉันเก่งอยู่แล้ว”

**กิจกรรมที่ 4** ระบุปัญหาให้ชัดเจนและกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้

**ระยะเวลา** 45 นาที

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในโรคซึมเศร้า

**สถานที่** ห้องบำบัดกลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้สมาชิกสามารถระบุปัญหาที่ชัดเจนถูกต้องได้
2. เพื่อให้สมาชิกสามารถกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ของปัญหาได้

**สาระสำคัญ**

ระบุปัญหาให้ชัดเจนและกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ คือ การทำให้ผู้ป่วยสามารถระบุปัญหาอย่างชัดเจนนั้น ผู้บำบัดช่วยค้นหาความจริงที่เกิดขึ้นโดยถามคำถาม ใคร อะไร ที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร เพราะอะไร อธิบายโดยใช้ภาษาที่ชัดเจน แบ่งแยกความเป็นจริงออกจากการคาดเดา หรือความเชื่อที่บิดเบือน กำหนดเป้าหมายที่แท้จริงเป็นรูปแบบของปัญหาหรืออารมณ์เป็นหลัก และสามารถทำได้โดยแบ่งเป็นปัญหาย่อยๆ ตั้งเป้าหมายเล็กๆ หรือตั้งชุดของปัญหา ระบุอุปสรรคที่มีต่อเป้าหมายได้

**กิจกรรม**

1. ให้สมาชิกกลุ่มระบุปัญหาตามด้านต่างๆที่พบ ตามใบงานที่ 2.3 ใบงาน : “รายการปัญหา”
2. ให้สมาชิกกลุ่มช่วยยกตัวอย่างปัญหาตามธรรมชาติที่ได้เรียนรู้ร่วมกันและนำปัญหาที่ให้ความหมายใหม่มาร่วมกันตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความเป็นจริงและมีความเป็นไปได้ของเป้าหมายตามใบงาน 2.4 : “การให้ความหมายต่อปัญหาและเป้าหมายที่เป็นไปได้”
3. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและแสดงความคิดเห็น ผู้นำกลุ่มตอบคำถามข้อสงสัย ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นและนำสู่กิจกรรมที่ 5 ต่อไป

## สื่อและอุปกรณ์

1. เอกสารหมายเลข 2.3 ใบงาน : “รายการปัญหา”
2. เอกสารหมายเลข 2.4 ใบงาน : “การให้ความหมายต่อปัญหาและเป้าหมายที่เป็นไปได้”

## ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. สมาชิกเข้าใจธรรมชาติของปัญหาและสามารถระบุปัญหาได้
2. สมาชิกตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความเป็นจริงได้

## การประเมินผล

สังเกตเมื่อดำเนินการตามขั้นตอนแล้วพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกราย มีความสนใจ มีความตั้งใจ และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและทำใบงานอย่างตั้งใจ ดังนี้

“ฉันมีปัญหายุ่งยากตอนนี้ คือ ทะเลาะกับลูกสาวที่เธอไม่เชื่อฟังในความเป็นแม่ แต่ฉันมีเป้าหมายในวันนี้ 100 % จำ ที่ฉันจะแก้มันอย่างเหมาะสมตามขั้นตอน”

“ผมเครียดกับปัญหาเรื่องการเงินครับ มันส่งผลไปถึงการหาทางออก แต่ถ้าให้ผมตั้งเป้าหมายที่ผมจะพุ่งชน ผมให้ 100 % เลยครับ ยังไงชีวิตมันต้องสู้”

“ปัญหาของฉันคือเรื่องหนี้สินค่ะ มันเยอะมาก เร่งด่วนมาก แต่ฉันจะสู้กับมัน ฉันตั้งเป้าหมายไว้ 100 % ค่ะ”

“พี่มีปัญหาเรื่องที่ทำงาค่ะ บางครั้งมันยังมองไม่เห็นทางออก แต่ยังไงวันนี้แล้วจะตั้งเป้าไว้เต็มที่ 100 % ค่ะ”

“ผมเครียดกับปัญหาที่รุมเร้าเรื่องเงินและการทำธุรกิจ แต่ผมจะสู้ 100 % ครับ”

## ขั้นตอนและครั้งที่ 3 ร่วมกันค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลากหลายวิธี

**กิจกรรมที่ 5** ร่วมกันค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลากหลายวิธี

**ระยะเวลา** 90 นาที

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในโรคซึมเศร้า

**สถานที่** ห้องบำบัดกลุ่มงานพยาบาลโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกสามารถเข้าใจหลักการค้นหาทางเลือกและสามารถสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมได้

## สาระสำคัญ

ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมระดมสมองค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด การได้มาซึ่งวิธีการมีอะไรบ้าง ใช้เทคนิคอย่างไรบ้าง การค้นหาวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายจะช่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมมากที่สุด เมื่อได้วิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายแล้วนำมาจัดกลุ่มและถามเหตุผลที่อยู่เบื้องหลังนั้น อย่างไรก็ตาม ผู้บำบัดอาจไม่สามารถมองหาวิธีการแก้ปัญหาได้เนื่องจากติดอยู่กับ

ความคิดที่บิดเบือนไป ขาดข้อมูลหรือแหล่งช่วยเหลือ หรือมีอารมณ์ทางลบ เช่น หงุดหงิด โกรธ น้อยใจ เสียใจมาก เป็นต้น ผู้บ่าบัดจึงต้องช่วยในการรวบรวมความคิด ผสมผสานหรือปรับแนวทาง แก้ปัญหาต่างๆ นึกถึงภาพที่จะแก้ปัญหา หรือนึกถึงถ้าเหตุการณ์นั้นเกิดกับบุคคลที่เป็นที่รู้จัก

### กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มอธิบายถึงหลักการของการสร้างทางเลือกสำหรับการแก้ปัญหาตามใบความรู้ 3.1: การหาทางเลือกในการแก้ปัญหา พร้อมกับเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย

2. ผู้นำกลุ่มแบ่งกลุ่ม ให้สมาชิกช่วยกันระดมสมองโดยช่วยกันมองหาทางเลือกโดย ยกตัวอย่างของสถานการณ์และให้สมาชิกช่วยกันแสดงความคิดเห็นต่อทางเลือกที่เป็นไปได้ต่อ สถานการณ์ดังกล่าว ตามใบงาน 3.2: “มาร่วมกันหาทางเลือกกันเถอะ”

3. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและแสดงความคิดเห็น ผู้นำกลุ่มตอบคำถามข้อสงสัย ผู้นำ กลุ่มสรุปประเด็นและนำสู่กิจกรรมที่ 6 ต่อไป

### สื่อและอุปกรณ์

- เอกสารหมายเลข 3.1 ใบความรู้ : การหาทางเลือกในการแก้ปัญหา
- เอกสารหมายเลข 3.2 ใบงาน : “มาร่วมกันหาทางเลือกกันเถอะ”

### ผลที่คาดว่าจะได้รับ

สมาชิกทราบถึงหลักการของสร้างทางเลือกต่างๆ และสามารถสร้างทางเลือกสำหรับการ แก้ปัญหาได้หลากหลาย

### การประเมินผล

สังเกตเมื่อดำเนินการตามขั้นตอนแล้วพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกราย มีความสนใจ มีความ ตั้งใจ และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและทำใบงานอย่างตั้งใจ ดังนี้

“ปัญหาของนายชัย คือ ติดหนี้ที่เกิดจากการจ่ายเงินค่าจำนำข้าวที่ล่าช้า ส่งผลให้นายชัยมี อาการซึมเศร้า ทางเลือกของปัญหา คือ

- นายชัยต้องไปคุยเพื่อขอผ่อนผันกับ ธกส. ก่อน
- นายชัยต้องสอบถาม ธกส. ว่ามีโครงการอื่นที่จะช่วยให้กู้เพิ่มได้หรือไม่
- นายชัยต้องไปขอผ่อนชำระหนี้กับเจ้าหนี้ในระบบ เพื่อขอผ่อนผันไปก่อน
- นายชัยต้องหาแหล่งที่มาของปุ๋ยที่ต้องนำมาหว่านให้กับนาข้าวที่กำลังตั้งท้อง
- นายชัยต้องมาปรึกษาโรงพยาบาลใกล้บ้านถ้า เศร้า แยกตัว เบื่อหน่ายยังคงอยู่หรือเพิ่มขึ้น
- นายชัยต้องคิดว่าตัวเองมีคุณค่า มีประโยชน์ ต้องอยู่และค่อยๆ สู้กับปัญหาให้ได้”

### ขั้นตอนและครั้งที่ 4 พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 6 พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา

ระยะเวลา 90 นาที

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในโรคซึมเศร้า

**สถานที่** ห้องบำบัดกลุ่มงานพยาบาลโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

### **วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงหลักการของการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสิ่งที่สนับสนุนของแต่  
ทางเลือกในการแก้ปัญหา
2. เพื่อให้สมาชิกพิจารณาตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมได้

### **สาระสำคัญ**

เป็นการพิจารณาเพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยคัดเลือกความคิดในการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสมออกไป พิจารณาทบทวนข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธีรวมทั้งผลที่จะตามมาวิเคราะห์ประโยชน์ ผลลัพธ์คุ้มค่าคุ้มทุนหรือไม่ อย่างไร ระบุการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาแผนปฏิบัติการจริงในการประเมินการตัดสินใจ ใช้เกณฑ์ ได้แก่ การคิดว่าทำได้หรือไม่ ตรงตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ ใช้ระยะเวลาและความพยายามมากน้อยอย่างไร ผลต่ออารมณ์ ร่างกาย การเงินหรือค่านิยม ความเชื่อ จริยธรรม เป็นอย่างไร มีผลต่อสังคม คู่ครอง ครอบครัว เพื่อนอย่างไรบ้าง ผลระยะสั้น ระยะยาวเป็นอย่างไร หลังจากนั้นจึงสรุปว่าจะเลือกหรือไม่เลือกวิธีการแก้ปัญหา ต่อจากนั้นจึงเขียนการพัฒนาแผนวิธีการแก้ปัญหา

### **กิจกรรม**

1. ผู้นำกลุ่มอธิบายหลักการและวิธีการคัดเลือกความคิดในการแก้ปัญหา ตามใบความรู้ 4.1: การตัดสินใจทางเลือกในการแก้ปัญหา
2. ผู้นำกลุ่มแบ่งสมาชิกออกเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่มละเท่าๆกัน ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มคิดทำนายถึงผลลัพธ์ของทางเลือกที่ได้คัดเลือกเอาไว้ โดยพิจารณาถึง ผลทางบวก และผลทางลบทั้งหมดที่คาดว่าจะเกิดขึ้น รวมทั้งผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในปัจจุบัน ผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว และคำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นต่อตนเอง ตลอดจนที่มีผลต่อสังคม รวมทั้งอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้น ในการแก้ปัญหากับสถานการณ์สมมติและสรุปว่าจะเลือกหรือไม่เลือกวิธีการแก้ปัญหา ต่อจากนั้นจึงเขียนการพัฒนาแผนวิธีการแก้ปัญหา ตาม ใบงาน 4.2 : แบบฝึกการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา
3. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและแสดงความคิดเห็น ผู้นำกลุ่มตอบคำถามข้อสงสัย ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นและนำสู่กิจกรรมที่ 7 ต่อไป

### **สื่อและอุปกรณ์**

1. เอกสารหมายเลข 4.1 ใบความรู้ : การตัดสินใจทางเลือกในการแก้ปัญหา
2. เอกสารหมายเลข 4.2 ใบงาน : แบบฝึกการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา

### ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. สมาชิกทราบถึงหลักการของการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสิ่งที่สนับสนุนของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหา
2. สมาชิกพิจารณาถึงสิ่งที่สนับสนุนของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหาและเลือกทางเลือกที่นำมาปฏิบัติได้และสมาชิกสามารถพิจารณาตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสมได้

### การประเมินผล

สังเกตเมื่อดำเนินการตามขั้นตอนแล้วพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกราย มีความสนใจ มีความตั้งใจ และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและทำใบงานอย่างตั้งใจ ดังนี้

“ปัญหาของนายชัย คือ ติดหนี้ที่เกิดจากการจ่ายเงินค่าจำนำข้าวที่ล่าช้า ส่งผลให้นายชัยมีอาการซึมเศร้า ทางเลือกของปัญหา คือ

1. นายชัยต้องไปคุยเพื่อขอผ่อนผันกับ ธกส. ก่อน มีความเป็นไปได้ 100 % ไม่กระทบกับใคร ก่อให้เกิดความชัดเจน กระจ่ายและยังสามารถนำไปไขปมปัญหาต่อไปได้ เลือกที่จะทำและนำมาเป็นวิธีการแก้ปัญหา

2. นายชัยต้องสอบถาม ธกส. ว่ามีโครงการอื่นที่จะช่วยให้กู้เพิ่มได้หรือไม่ มีความเป็นไปได้ 100 % ไม่กระทบกับใคร ก่อให้เกิดความชัดเจน กระจ่ายและยังสามารถนำไปสู่การเกิดทางเลือกที่เป็นทางออกของปัญหาอื่นได้ เลือกที่จะทำและนำมาเป็นวิธีการแก้ปัญหา

3. นายชัยต้องไปขอผ่อนชำระหนี้กับเจ้าหนี้ในระบบ เพื่อขอผ่อนผันไปก่อน มีความเป็นไปได้ 100 % อาจจะไม่กระทบกับเจ้าหนี้ แต่อาจจะได้วันที่นัดเพื่อนำเงินมาชำระอย่างแท้จริง ซึ่งถ้าได้วันนัดชำระเงินกับ ธกส. ก็จะได้ไปบอกเจ้าหนี้ได้ถูก หรือถ้ามีโครงการให้ยืมเพิ่มจะได้นำเงินส่วนที่มีมาชำระดอกเบี้ยก่อน เลือกที่จะทำและนำมาเป็นวิธีการแก้ปัญหา

4. นายชัยต้องหาแหล่งที่มาของปุ๋ยที่ต้องนำมาหว่านให้กับนาข้าวที่กำลังตั้งท้อง อาจจะไปเก็บมูลวัวที่ไม่ได้ลงทุนแล้วนำมาตากแห้งแล้วนำไปหว่าน หรืออาจจะนำเงินที่ได้จากการขอกู้เพิ่มจาก ธกส. แล้วนำมาซื้อปุ๋ยเท่าที่จำเป็นก่อน มีความเป็นไปได้ 100 % ไม่กระทบกับใคร และมีความชัดเจนของทางออก เลือกที่จะทำและนำมาเป็นวิธีการแก้ปัญหา

5. นายชัยต้องมาปรึกษา โรงพยาบาลใกล้บ้านถ้าอาการเครียด เศร้า แยกตัว เบื่อหน่ายยังคงอยู่หรือเพิ่มขึ้น มีความเป็นไปได้ 100 % ไม่กระทบกับใคร และมีผลดีคือทำให้ได้รับการรักษาอย่างทันเวลา เลือกที่จะทำและนำมาเป็นวิธีการแก้ปัญหา

6. นายชัยต้องตั้งสติ คิดว่าตัวเองมีคุณค่า มีประโยชน์ ต้องอยู่และค่อยๆ สู้กับปัญหาให้ได้ มีความเป็นไปได้ 100 % ไม่กระทบกับใคร และมีผลดีคือทำให้เห็นค่าของตัวเอง อาจจะเป็นการฝึกการพูดทางบวกกับตัวเอง หรือฝึกการมองปัญหาทางบวกแล้วจะนำมาซึ่งการลุกขึ้นมาต่อสู้กับปัญหา ” เลือกที่จะทำและนำมาเป็นวิธีการแก้ปัญหา



## ขั้นตอนและครั้งที่ 5 นำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติการแก้ปัญหาและประเมินผลลัพธ์

กิจกรรมที่ 7 นำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติการแก้ปัญหาและประเมินผลลัพธ์

ระยะเวลา 90 นาที

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในโรคซึมเศร้า

สถานที่ ห้องบำบัดกลุ่มงานพยาบาลโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกทราบหลักการของการลงมือปฏิบัติแก้ปัญหาได้
2. สมาชิกสามารถฝึกการแก้ปัญหาจากสถานการณ์สมมติได้เหมาะสม
3. เพื่อให้สมาชิกประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรมได้

### สาระสำคัญ

ผู้บำบัดประเมินว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการทดลองใช้วิธีการแก้ปัญหาตามแผนที่วางไว้ โดยให้ผู้ป่วยเล่าจากภาพที่เห็น บอกขั้นตอนวิธีการ พัฒนาคู่มือการแก้ปัญหา แสดงบทบาทสมมติให้ดู มีแรงจูงใจในการแก้ปัญหา แล้วให้ผู้ป่วยกลับไปลองใช้วิธีการแก้ปัญหา สังเกตติดตามผลที่เกิดขึ้น ประเมินผลตามความเป็นจริงว่าตรงกับผลที่คาดหวังไว้หรือไม่ ถ้าไม่สำเร็จให้ย้อนกลับไปสำรวจปัญหาใหม่เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมถ้าสำเร็จให้กำลังใจตนเอง

### กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มอธิบายถึงหลักการของการลงมือการแก้ปัญหาตามใบความรู้ 5.1 : การลงมือแก้ปัญหา และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย
2. ผู้นำกลุ่มแบ่งสมาชิกออกเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม กลุ่มละเท่าๆกัน โดยให้สมาชิกแต่ละกลุ่มฝึกการลงมือแก้ปัญหาโดยใช้สถานการณ์สมมติที่สอดคล้องหรือใกล้เคียงกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกตามใบงาน 5.2 : กิจกรรมการฝึกแก้ปัญหา และแสดงบทบาทสมมติ
3. ยกตัวอย่างการยุติกลุ่ม และทุกคนในกลุ่มจะเดินออกไปพร้อมกันกับการเป็นคนใหม่ารู้สึกเป็นอย่างไรบ้าง ยังกังวลอะไรบ้าง และจะมองปัญหานี้อย่างไร จะสำรวจตนเองอย่างไรบ้างตามใบงาน 5.3: การประเมินผลการกระทำ
4. ให้กลุ่มมีโอกาสพูดถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกลุ่มที่ละคน
5. แสดงความยินดีในการเรียนรู้ของกลุ่มให้กำลังใจและกล่าวสวัสดิ์ ยุติการเข้าร่วมโปรแกรม

### สื่อและอุปกรณ์

1. เอกสารหมายเลข 5.1 ใบความรู้ : การลงมือแก้ปัญหา
2. เอกสารหมายเลข 5.2 ใบงาน : กิจกรรมการฝึกแก้ปัญหา
3. เอกสารหมายเลข 5.3 ใบงาน : การประเมินผลการกระทำ

### ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. สมาชิกทราบหลักการของการลงมือแก้ปัญหาสมาชิกฝึกการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้
2. สมาชิกทำความเข้าใจกับปัญหาและสำรวจตนเองอีกครั้ง และย้ำการฝึกการทำมาเข้าใจกับปัญหาและสำรวจตนเองบ่อยๆ
3. สมาชิกประเมินการเข้าร่วมโปรแกรมได้ตามหัวข้อที่ระบุในวัตถุประสงค์ข้อ 3

### การประเมินผล

สังเกตเมื่อดำเนินการตามขั้นตอนแล้วพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกราย มีความสนใจ มีความตั้งใจ และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ทำใบงานอย่างตั้งใจ และสามารถแสดงบทบาทสมมติได้อย่างสมจริงดังนี้

#### 1. บทบาทสมมติมีตัวละคร ดังนี้

- 1.1 นายชัย      1.2 เจ้าหน้าที่ ธกส.      1.3 เจ้าหน้าที่นอกระบบ

#### 2. จากการแสดงบทบาทสมมติ เหตุการณ์เป็นดังนี้

#### ณ ธกส. แห่งหนึ่ง

นายชัย : “เจ้านายครับเงินจำนำข้าวผมจะได้วันไหนครับมันเลยนัดมาหลายเดือนแล้วครับ”

เจ้าหน้าที่ ธกส. : “เงินทางรัฐบาลยังไม่จ่ายมาเลย คุณต้องรอไปก่อนนะ”

นายชัย : “แล้วหนี้ผมที่ค้างกับ ธกส. มันถึงเวลาชำระแล้วครับ ผมจะทำยังไงดี”

เจ้าหน้าที่ ธกส. : “อ้อ...ช่วงนี้เขาให้ชะลอการจ่ายออกไปก่อน ปลอดภัยดีกว่าครับ”

นายชัย : “แล้วตอนนี้ผมก็มีหนี้ที่ต้องจ่ายกับเจ้าหน้าที่นอกระบบที่ผมไปกู้เขามา เขาทวงหลายครั้งแล้วครับผมไม่มีจ่ายเลย ไม่ทราบว่าจะทาง ธกส. มีโครงการดีๆ อะไรไหมครับ”

เจ้าหน้าที่ ธกส. : “พอดีเลยครับ ช่วงนี้เรามีโครงการสำหรับผู้ที่ยังไม่ได้เงินจำนองข้าว ให้ขยายวงเงินกู้ยืมได้เพิ่ม อย่างของคุณก็จะได้เพิ่มประมาณ 30,000 บาทครับ”

นายชัย : “ขอบคุณมากครับเจ้านาย ไปก่อนนะครับ”

#### ณ สำนักงานเจ้าหน้าที่นอกระบบ

นายชัย : “นายหัวครับ ผมมาขอสอบถามเรื่องหนี้ที่ผมติดค้างครับ”

เจ้าหน้าที่นอกระบบ : “คุณค้างเงินต้น 50,000 บาท ดอกเบี้ยค้างอีก 3 งวด 15,000 บาท วันนี้เป็นวันสุดท้ายแล้วที่คุณต้องจ่าย”

นายชัย : “นายหัวครับ คือตอนนี้ ธกส. ยังไม่ได้จ่ายเงินรับจำนำข้าวผมเลยครับ”

เจ้าหน้าที่นอกระบบ : “อ้าว..แล้วอย่างนี้ผมต้องยึดบ้านคุณแล้วละ มันเกินมาหลายงวดแล้ว”

นายชัย : “วันนี้ผมมีเงินอยู่ 15,000 บาทครับ ขอจ่ายดอกเบี้ยก่อน และถ้า ธกส. จ่ายเงินผมมายังไงแล้วผมจะรีบมาแจ้งนายหัวนะครับ”

เจ้าหน้าที่นอกระบบ : “เออ...อย่างนี้ค่อยฟังขึ้นหน่อย แต่คราวหน้าอย่าผัดน่ะ”

นายชัย : “ครับขอบคุณครับนายหัว”

### ณ ร้านขายปุ๋ย

“นายชัยควรนำเงินที่เหลือไปซื้อปุ๋ย 10,000 บาท แล้วเก็บไว้ใช้ยามจำเป็นอีก 5,000 ”  
สรุปจากการได้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

“ฟังพอใจมากค่ะ ที่ได้เรียนรู้ ได้คิดและได้ลองปฏิบัติตามแนวทางแก้ปัญหา”

“ได้เห็นถึงการมองข้ามปัญหา หมักหมมปัญหา มองปัญหาทุกอย่างไม่มีทางออก แต่พอได้เข้าร่วมโครงการได้เปลี่ยนรูปแบบการมองปัญหาและต้องสู้อย่างมีสติและเป็นระบบให้ได้ค่ะ”

“มั่นใจครับ ถ้าเกิดปัญหาขึ้นอีกแล้วผมจะนำรูปแบบการแก้ปัญหาไปใช้และมั่นใจครับว่าจะจัดการกับปัญหาได้ครับ”

“ฉันดีใจมากค่ะที่ได้เข้าร่วมโครงการ ที่สำคัญฉันได้นำวิธีที่คุณพยาบาลพาเรียนรู้ไปลองมองและลองใช้ดูกับคนที่บ้าน แล้วรู้สึกที่เราน่าจะคิดอย่างนี้ได้ตั้งนานแล้วค่ะ”

### การกำกับการทดลอง

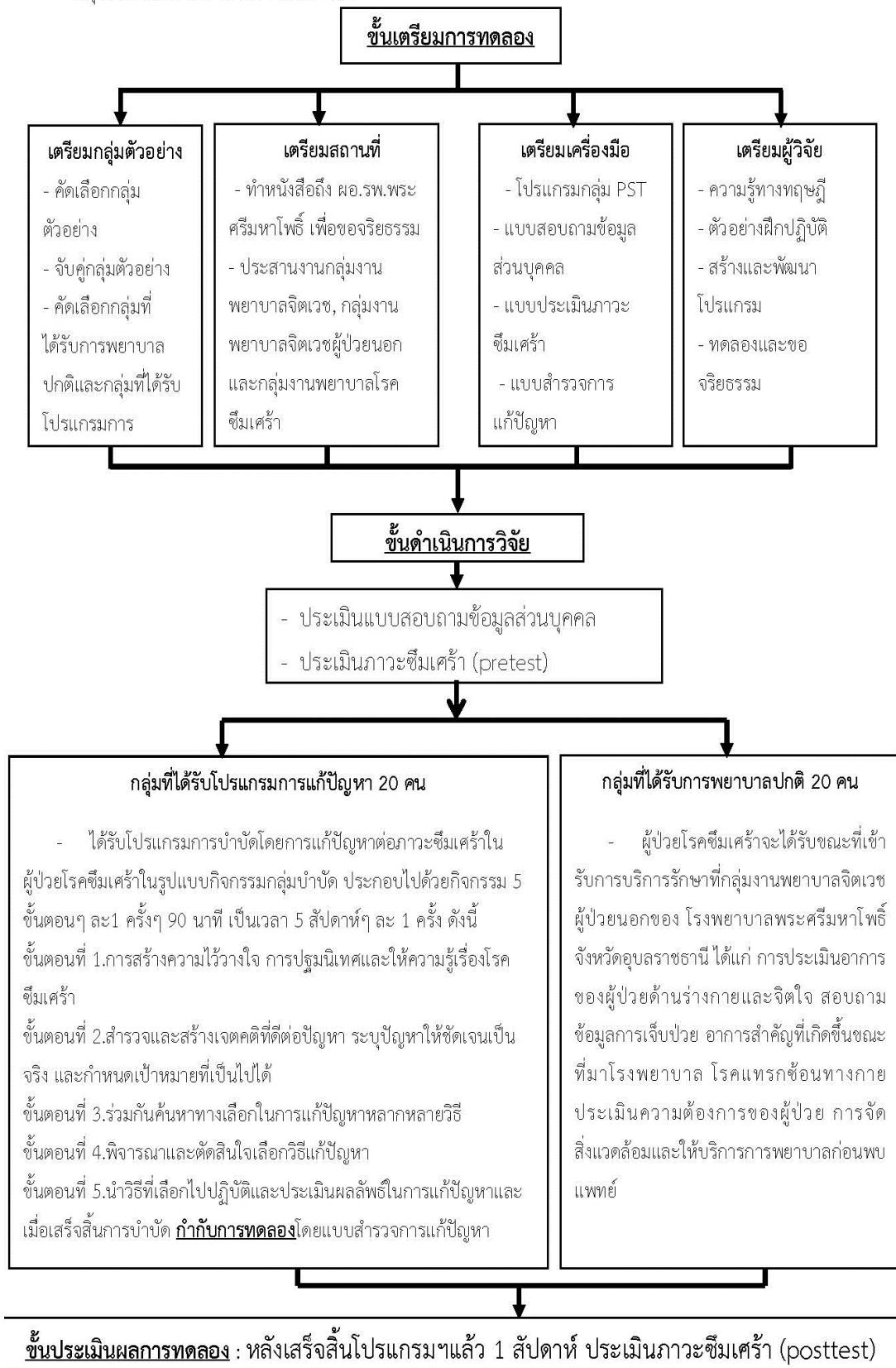
หลังดำเนินการทดลองเสร็จสิ้น ผู้วิจัยมีการกำกับการทดลองโดยใช้เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบสำรวจการแก้ปัญหา ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคะแนนการแก้ปัญหาภายหลังสิ้นสุดการทดลอง โดยกำหนดเกณฑ์ให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีคะแนนการแก้ปัญหาอยู่ในระดับดีขึ้น

ตารางที่ 6 ระดับคะแนนการแก้ปัญหา ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

คนที่	คะแนนการแก้ปัญหา	การแปลผล
1	69	ดี
2	58	ดี
3	48	ดี
4	49	ดี
5	82	ดี
6	86	ดี
7	64	ดี
8	59	ดี
9	72	ดี
10	39	ดี
11	88	ดี
12	80	ดี
13	64	ดี
14	60	ดี
15	79	ดี
16	80	ดี
17	76	ดี
18	70	ดี
19	77	ดี
20	84	ดี
$\bar{X}$	69.2	
SD	13.77	

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาหลังการทดลอง = 69.2 คะแนน (SD = 13.77) พบว่าจำนวนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาทั้ง 20 คน มีคะแนนการแก้ปัญหาลดลงทั้งหมดอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละร้อย ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้



### 3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปโดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณหาค่าสถิติตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์แจกแจงในเชิงบรรยาย โดยใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบความแตกต่างภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependence t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. เปรียบเทียบความแตกต่างภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ก่อนโดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มโดยใช้สถิติทดสอบที (Independence t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest - posttest Control group design) (Polit and Beck, 2014) เพื่อศึกษาผลของการผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ตามคู่มือการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ซึ่งผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรเกินที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยในครั้งนี้ โดยจับคู่ตามลักษณะที่คล้ายกัน ได้แก่ เพศ รายได้ และระดับภาวะซึมเศร้า แล้วสุ่มแยกเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มละ 20 คน จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มละ 20 คน

ตอนที่ 1 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ตอนที่ 1 การเปรียบเทียบภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างก่อนและหลังการได้รับ  
โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ของ  
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (n=20)

ภาวะซีมเศร้า	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
- ก่อนได้รับโปรแกรมการ บำบัดโดยการแก้ปัญหา	18.7	4.105	เล็กน้อย	19	13.393	.00
- หลังได้รับโปรแกรมการ บำบัดโดยการแก้ปัญหา	8.9	2.971	ปกติ			

จากตารางที่ 7 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมการ  
บำบัดโดยการแก้ปัญหายู่ในระดับเล็กน้อย ( $\bar{X} = 18.7$ ) ส่วนหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการ  
แก้ปัญหายู่ในระดับปกติ ( $\bar{X} = 8.9$ ) และคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและ  
หลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05  
โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าหลังได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาน้อยกว่าก่อนการทดลอง ซึ่ง  
สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดย  
การแก้ปัญหาลดลง



ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ตารางที่ 8 คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

คนที่	คะแนนภาวะซึมเศร้า					
	กลุ่มได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา			กลุ่มได้รับการพยาบาลปกติ		
	ก่อน	หลัง	ผลต่าง	ก่อน	หลัง	ผลต่าง
1	25	12	-13	21	23	+2
2	25	17	-8	23	24	+1
3	14	9	-5	19	21	+2
4	19	9	-10	16	18	+2
5	20	6	-14	21	23	+2
6	27	16	-11	27	28	+1
7	16	6	-10	13	15	+2
8	19	7	-12	20	22	+2
9	22	9	-13	22	23	+1
10	10	7	-3	10	12	+2
11	15	7	-8	13	17	+4
12	21	6	-15	21	22	+1
13	17	9	-8	14	16	+2
14	16	9	-7	13	15	+2
15	15	8	-7	15	19	+4
16	16	8	-8	19	20	+1
17	20	8	-12	28	29	+1
18	20	9	-11	20	21	+1
19	19	7	-12	17	20	+3
20	18	9	-9	18	20	+2
$\bar{X}$	18.7	8.9	-9.8	18.5	20.4	+1.9
SD	4.105	2.971		4.178	6.222	

จากตารางที่ 8 พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 18.7 (SD=4.105) และ 18.5 (SD= 4.178) ตามลำดับ ในขณะที่คะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติในระยะหลังการทดลองเท่ากับ 8.9 (SD= 2.971) และ 20.4 (SD=6.222) ตามลำดับ

**ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ (n = 40)**

ภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>						
- กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา	18.7	4.105	เล็กน้อย	38	.143	.87
- กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ	18.5	4.178	เล็กน้อย			
<b>หลังการทดลอง</b>						
- กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา	8.9	2.971	ปกติ	38	9.960	.01
- กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ	20.40	6.222	ปานกลาง			

จากตารางที่ 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีอยู่ในระดับเล็กน้อย ( $\bar{X} = 18.7$ ) ส่วนหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีอยู่ในระดับปกติ ( $\bar{X} = 8.9$ ) กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติก่อนอยู่ในระดับเล็กน้อย ( $\bar{X} = 18.5$ ) ส่วนหลังการได้รับการพยาบาลปกติอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 20.4$ ) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest - posttest Control group design) (Polit and Beck, 2014) เพื่อศึกษาผลของการผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวางก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวางกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาลดลง
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวางกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ตามคู่มือการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชของรัฐ

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ตามคู่มือการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงระหว่างวันที่ 5 มกราคม 2558 – 6 กุมภาพันธ์ 2558 จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มละ 20 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ประกอบด้วย

1. เอกสารชุดการบำบัดโดยการแก้ปัญหจำนวน 7 กิจกรรม  
กิจกรรมที่ 1 สร้างความไว้วางใจและชี้แจงขั้นตอนของโปรแกรม  
กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า

กิจกรรมที่ 3 สํารวจและสร้ําเจตคติที่ดีต่อบัณฑิต

กิจกรรมที่ 4 ระบุปัญหาให้ชัดเจนและกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้

กิจกรรมที่ 5 ร่วมกันค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลากหลายวิธี

กิจกรรมที่ 6 พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 7 การแก้ปัญหาเพื่อบรรลุเป้าหมาย ประเมินผลการทดลองใช้วิธีตามแผน และผลความพึงพอใจ

2. คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

4. แบบสำรวจการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory-PSI) ของ Paul Heppne (1998) แปลโดยเจียรชัย งามทิพย์วัฒนา และคณะ (2543)

2.1. เอกสารใบงานและใบความรู้ทั้ง 7 กิจกรรม ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คนที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคซึมเศร้า ตรวจสอบ ความถูกต้อง ความชัดเจนครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้

2.2. คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กิจกรรม ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คนที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคซึมเศร้า ตรวจสอบ ความถูกต้อง ความชัดเจนครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้

2.3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยและโรคประจำตัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

2.4 แบบสำรวจการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory-PSI) ของ Paul Heppne (1998) แปลโดยเจียรชัย งามทิพย์วัฒนา และคณะ (2543) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Hunger, 1999)

## การดำเนินการทดลอง

### 1. กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติ

1.1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการประเมินภาวะซึมเศร้า (pretest) โดยมีคะแนนการประเมินตั้งแต่ 10 -29 คะแนน จึงจะให้กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 ส่งต่อกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติ ให้กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อให้ได้รับการพยาบาลปกติ เมื่อมารับบริการงานจิตเวชผู้ป่วยนอก

1.3 เมื่อครบกำหนด 5 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (posttest) โดยจากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

### 2. กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

2.1 ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ประเมินภาวะซึมเศร้า (pretest) โดยมีคะแนนการประเมินตั้งแต่ 10 -29 คะแนน จึงจะให้กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงจะเข้าร่วมกลุ่มการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลการดำเนินโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา โดยดำเนิน 7 กิจกรรม 5 ขั้นตอนๆ ละ 1 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ในวันอาทิตย์ เวลา 10.00 น.และอีกกลุ่ม 14.00 น.ภายหลังสิ้นสุดการบำบัดในสัปดาห์ที่ 5 ประเมินแบบสำรวจการแก้ปัญหาทันที และถัดไปอีก 1 สัปดาห์ประเมินภาวะซึมเศร้า (posttest)

2.3 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการดำเนินโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง

2.4 ผู้วิจัยประสานหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อขออนุญาตใช้สถานที่ นัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มาดำเนินโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในแต่ละครั้ง ตกลงเรื่องกำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ณ กลุ่มงานพยาบาลโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

## ขั้นการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปนำข้อมูลส่วนบุคคลมาวิเคราะห์ แจกแจงในเชิงบรรยาย โดยใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบความแตกต่างของ ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependence t-test) เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ บำบัดโดยการแก้ปัญหากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติก่อนและหลังการทดลอง โดยหาค่าเฉลี่ยเลข คณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมโดยใช้สถิติทดสอบที (Independence t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## สรุปผลการวิจัย

สรุปได้ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาภายหลังได้รับ โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t=13.393$ ,  $df = 19$ )
2. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาภายหลังได้รับ โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ( $t = 9.960$ ,  $df = 38$ )

## อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยจำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติและกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการ แก้ปัญหา พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.0 อายุ ระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.0 เฉลี่ยอายุ 40.7 ปี สถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 45.0 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อย ละ 37. มีรายได้ในช่วง 5,000-10,0001 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.0 และมีระดับภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยอยู่ ในระดับเล็กน้อยร้อยละ 60 ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ลักษณะของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติและกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.0 สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาลและ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2553) ศึกษาการปรับปรุงเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า KGU-DI เพื่อให้มีความไวต่อเพศภาวะ พบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.5 เท่า องค์การอนามัยโลก กล่าวว่าเพศมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงและผู้ชายแตกต่างกัน (WHO, 2002) ซึ่งเกิดจากความคาดหวังของสังคม เป็นสิ่งที่เรียนรู้ ถ่ายทอดผ่านกระบวนการเรียนรู้และขัดเกลาทางสังคม (social construction) และมีความแตกต่างในแต่ละสังคมขึ้นอยู่กับค่านิยม ความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม การศึกษา ชนชั้น (Piccinell & Wikinson, 2000)

อายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.0 เฉลี่ยอายุ 40.7 ปี สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศนอร์เวย์ เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอายุและโรคซึมเศร้า พบว่าผู้มีอายุระหว่าง 30-39 ปี 40-49 ปี 50-59 ปี 60-69 ปี 70-79 ปี และ 80-89 ปี มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า 0.71, 1.51, 2.45, 2.84, 3.72 และ 4.93 เท่าตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้มีอายุ 20-29 ปี แสดงให้เห็นว่าอายุ ที่สูงขึ้นมีแนวโน้มมีโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (Stordal, Mykletun, & Dahl, 2003)

สถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 45.0 สอดคล้องกับการศึกษาของชิงอูมาพร ตรังคสมบัติ, (2547) กล่าวว่าชีวิตคู่มีการเปลี่ยนแปลงหลายขั้นตอน มีหลายสิ่งหลายอย่างเกิดขึ้น ทั้งภาระหน้าที่ ความตึงเครียด ความสุขและความทุกข์ สถานภาพสมรสต่างๆ ไม่ได้เป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า แต่ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสด้วย และระยะเวลาที่อยู่ด้วยกันมีผลกับการเกิดภาวะซึมเศร้า กล่าวคือในช่วง 5 ปีแรกของการแต่งงาน จะเป็นช่วงของการปรับตัว ให้อภัยกันและกัน มีความอดทนเพราะต่างก็มองว่าเป็นช่วงที่ต้องปรับตัว แต่หลังจาก 5 ปีไปแล้ว จะเป็นการอยู่แบบพึ่งพากันและเริ่มมีความคาดหวังจากกันและกันมากขึ้น ประกอบกับภาระความรับผิดชอบที่มากขึ้น เกิดการสะสมเป็นความเครียดในช่วงหลังของชีวิตสมรส จึงพบอัตราโรคซึมเศร้าสูงในคู่สมรสที่อยู่กันมานาน (อูมาพร ตรังคสมบัติ, 2547)

ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45.0 สอดคล้องกับการศึกษาของเจษฎา ทองเถาว์และคณะ (2552). ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า ผู้ที่จบปริญญาตรีมีความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่จบปริญญาโท คือ ร้อยละ 35.1 และ ร้อยละ 21.5 ตามลำดับ ซึ่งชาญกัญญา ตันติลีปกร (2547) กล่าวว่า การศึกษาต่ำมักจะมีตำแหน่งหน้าที่ การงานที่ไม่ดี เกิดความไม่มั่นคงในงาน ขาดสวัสดิการหรือรายได้ที่แน่นอน ที่ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ นอกจากนี้ผู้มีการศึกษาน้อยจะมี

ข้อจำกัดในการนำข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับมาแก้ปัญหา หรือป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก (Jenkins as cited in Jalowice & Power, 1986)

การประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 37. มีรายได้ในช่วง 5,000-10,0001 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.0 สอดคล้องกับรายงานของกรมสุขภาพจิต (2545) กล่าวว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การมีปัญหาการเงิน รายได้ที่ไม่เพียงพอทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และ ครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีของครอบครัว ทำให้เกิดการรับรู้ว่าเป็นสถานการณ์วิกฤติที่ลดลง จากการศึกษาของวรรณภา ด้านธนวานิช (2551) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า แสดงให้เห็นว่ารายได้ของครอบครัวที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง

## ตอนที่ 2 จากการวิจัย

ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1.** ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาลดลง

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t=13.393$ ,  $df = 19$ ) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามกขึ้นทั้งสาเหตุ อาการ การบำบัดรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเองแล้วนั้น เมื่อเกิดปัญหาเกิดขึ้นผู้ป่วยสามารถนำความรู้ ทักษะและวิธีการที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในครั้งนี้ ที่สามารถทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อปัญหา มองปัญหาทางบวก (positive problem oriented) โดยการที่ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมฝึกพูดทางบวกกับตนเองเมื่อเกิดปัญหา เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยปรับทัศนคติและมองปัญหาทางบวกได้ และจากการทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้เขียนมุมมองมองหา รูปแบบการแก้ปัญหาของตนเองนั้นก็เป็อีกวิธีการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถจะระบุปัญหาที่เกิดขึ้นนี้คือปัญหาที่แท้จริงไม่มองผ่านหรือก้าวเลยไปเพราะนั้นบ่งบอกว่าปัญหายังคงอยู่ เมื่อผู้ป่วยสามารถระบุปัญหาได้แล้วนั้น ก็ต้องมีเป้าหมายในการที่จะแก้ปัญหานี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ตามวิธีการที่เคยได้รับการบำบัดและฝึกปฏิบัติในการบำบัดที่ผ่านมา มีกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความมั่นใจว่าตัวเองจะสามารถแก้ปัญหาได้



อย่างแน่นอน หลังจากที่ถูกผู้ป่วยได้รับทราบถึงการสร้างทางเลือกที่หลากหลายวิธีให้ได้มากที่สุดแล้วนั้น จากการฝึกสร้างทางเลือกระหว่างการบำบัดนั้น โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของปุลยาภา คำบุญเรือง (2552) พบว่าผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ภายหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสามารถสรุปได้ว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 7 กิจกรรม จำนวน 5 ครั้ง แต่ละกิจกรรมมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ส่งผลให้มีรูปแบบแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล (Rational Problem Solving, RPS) ที่เหมาะสมขึ้น ดังนี้

### กิจกรรมที่ 1 สร้างความไว้วางใจและชี้แจงขั้นตอนของการเข้าร่วมแต่ละกิจกรรมของโปรแกรม

พบว่า ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ไว้วางใจกับพยาบาล และระหว่างในกลุ่มของผู้ป่วยเอง โดยประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การสนทนา และความร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของตนเอง ต่อกลุ่ม และการรับถึงขั้นตอนและรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ดังตัวอย่าง เช่น

“เต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดค่ะ และดีใจมาก ที่ได้รู้จักกับเพื่อนใหม่ๆ หลายคน”

“ฉันมั่นใจคะว่ากลุ่มนี้จะถูกเก็บและปิดเป็นความลับ เหมือนกติกาก่อนที่เราตกลงกัน”

“เป็นโปรแกรมที่น่าจะมีประโยชน์ดีครับ น่าจะส่งผลถึงการลดลงของโรคซึมเศร้าที่ผมเป็นอยู่ได้ จำนวนครั้งก็ไม่นานครั้งเกินไปครับ” สอดคล้องกับการศึกษาของ Gordon (2008) ที่พบว่าการได้รับฟังจากผู้ดูแลและเป็นสมาชิกในกลุ่มด้วยกันถือเป็นปฏิสัมพันธ์ที่ดีเพื่อเพิ่มทักษะการสื่อสาร และเพิ่มความสนุกสนานในการสร้างสัมพันธภาพ ทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกันส่งผลให้สมาชิกมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม และเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ที่จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น

### กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า

กิจกรรมนี้ พบว่าผู้ป่วยสามารถร่วมมือในการรับฟัง ตั้งใจฟังในส่วนที่เป็นเนื้อของความรู้โรคซึมเศร้า เมื่อเสร็จสิ้นการให้ความรู้ผู้ป่วยสามารถบอกสาเหตุ อาการ การวินิจฉัย การบำบัดรักษา และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงการเกิดโรคซึมเศร้าที่มีสาเหตุมาจากการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังตัวอย่าง เช่น

“ฉันคิดว่าการที่ฉันป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เพราะน่าจะมีสาเหตุที่ฉันมองข้าม นั่นคือการแก้ปัญหาค่ะ”

“เมื่อเกิดปัญหาขึ้นสิ่งที่ฉันทำอย่างแรกคือ ทำในสิ่งที่คิดได้ก่อน ไม่นึกถึงใครและไม่คิดถึงผลที่จะตามมา น่าสนใจอยู่บ้างที่ฉันจะมาหาทางออกของปัญหาในรูปแบบใหม่”

“ผมว่าการที่เราสามารถแก้ปัญหาได้มันจะเป็นภูมิคุ้มกันทำให้เราสามารถอยู่กับมันได้และหาทางออกได้ดี แล้วอาการซึมเศร้าจะไม่เกิดขึ้นเมื่อปัญหามา” สอดคล้องกับการศึกษาของ Seltzer et

al., 1980; Goldman and Quin (1988) ที่พบว่าทำให้ความรู้และข้อมูลเพิ่มเติม เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีทางเลือกมากขึ้น และสามารถวางแผนการแก้ปัญหาของตนเองได้ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญกับความร่วมมือในการบำบัดรักษาและการตอบสนองต่อการรักษา ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการของตนเอง จะช่วยให้มีความหวัง การบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาจนถึงหายเป็นปกติได้ ให้ความร่วมมือในการ ทำให้การบำบัดได้ผลดีและอาการต่างๆ ที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าได้ดีขึ้น

### กิจกรรมที่ 3 สสำรวจและสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา

พบว่า เจตคติส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการมองปัญหาเชิงลบ (negative problem oriented) ได้แก่ มองปัญหาเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต มองตนเองมีความสามารถแก้ปัญหาต่ำ มองปัญหาว่าไม่สามารถแก้ได้ มีแต่ทางตันไม่มีทางออก ดังตัวอย่าง เช่น

“หนักเหมือนกันนะครับ กับสิ่งที่ผมเป็นอยู่ เหมือนว่ามีปัญหามันมากอยู่ที่เดียว แต่ผมก็มองข้ามมันไปหลายอย่างเลย”

“รู้สึกว่าคุณปัญหาตัวเองมีเยอะอะ ไม่รู้ว่าจะจัดการยังไงดี”

หลังจากที่ได้รับความรู้จากใบงานในกิจกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกต่อปัญหาในเชิงบวกมากขึ้น สามารถฝึกพูดทางบวกเพื่อให้กำลังใจตนเองได้ และสามารถปรับทัศนคติ การมองปัญหาเป็นเชิงบวก ได้แก่ ปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถ เชื่อที่ว่าปัญหานั้นสามารถแก้ไขได้ ตนเองมีความสามารถในการแก้ปัญหาได้ เข้าใจว่าการแก้ปัญหาคือใช้เวลาและความพยายาม การใช้อารมณ์ที่เหมาะสม และจะใช้รูปแบบการแก้ปัญหาที่เหมาะสมโดยใช้เหตุผล (Rational Problem Solving, RPS) ดังตัวอย่าง เช่น

“ปัญหาที่หลากหลายไม่ได้หมายความว่าเราจะผ่านหรือแก้มันไม่ได้ ขอเพียงเราเชื่อและใช้เหตุผล ตั้งสติ แล้วมันจะแก้ไขได้ครับ”

“ทุกปัญหาต้องมีทางออก เราเป็นคนต้องก้าวข้ามผ่านมันไปให้ได้ อย่างมีเหตุผล” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวดี ศรีวิเศษ และคณะ (2556) ที่พบว่าเมื่อบุคคลมีความคิดทางบวกต่อปัญหา และมองปัญหาตามความเป็นจริง มีทักษะในการใช้กระบวนการแก้ปัญหา ทำให้มองเห็นสาเหตุของปัญหา และมีแนวทางในการแก้ปัญหา มีการทำความเข้าใจกับปัญหามองว่าปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายเกิดความอดทนและความพยายามว่าตนเองสามารถที่จะแก้ปัญหานั้นได้

### กิจกรรมที่ 4 ระบุปัญหาให้ชัดเจนและกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้

พบว่า ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถบอกลักษณะของปัญหาได้ สามารถที่จะบอกได้ถึงเหตุการณ์เมื่อเกิดปัญหาขึ้นโดยไม่มองผ่านปัญหา และมองว่าเป็นเรื่องที่น่าท้าทาย ส่งผลให้เกิดการที่ต้องต้องดำเนินการหรือวิธีการอะไรที่ให้ปัญหาลดลงหรือหมดไป อย่างมีเป้าหมาย มีความมั่นใจว่าจะสามารถแก้ปัญหาได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังตัวอย่าง เช่น

“ฉันรู้แล้วว่าปัญหาที่ฉันมองข้ามมันมานาน และไม่ยอมรับรู้คือ ปัญหาเรื่องหนี้สิน ฉันเพิกเฉย ฉันมองข้าม แต่ตั้งแต่นี้ไปฉันจะสู้กับมันดุซึกตั้ง ฉันมั่นใจว่าฉันจะทำได้”

“ปัญหาของผม คือ เรื่องที่ทำงาน กับคนที่หัวหน้าเขาคุยด้วย ก็ไม่ใช่ที่ผมจะปรับปรุงตัวไม่ได้ ลองเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตัวเองดูให้มันรู้ไปว่างานจะไม่ดีขึ้น ผมจะสู้” สอดคล้องกับการศึกษาของ การศึกษาของปณยาภา คำบุญเรือง (2552) พบว่า การไม่มองข้ามปัญหา ระบุปัญหาได้ และมีเป้าหมายที่ชัดเจนทำได้จริง ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ตามความเป็นจริง นั้นเกิดจากการคิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิตทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าและความไม่มีคุณค่าในตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### กิจกรรมที่ 5 ร่วมกันค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลากหลายวิธี

พบว่า สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด จากสถานการณ์ที่จำลองขึ้นจากใบงาน โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มละ 3 คน 2 กลุ่ม และ 4 คน 1 กลุ่ม เมื่อได้วิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายแล้วนำมาจัดกลุ่มและถามเหตุผลที่อยู่เบื้องหลังนั้น ผู้ป่วยได้พยายามสร้างความคิดแปลกใหม่สร้างสรรค์ให้มีจำนวนมากโดยไม่มีการประเมินหรือตัดสินว่าความคิดนั้นเป็นอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยได้ทบทวนและพยายามสร้างทางเลือกได้อย่างหลากหลายจากสถานการณ์ดังกล่าว ดังตัวอย่าง เช่น

“ปัญหาของนายชัย คือ ตัดหนี้ที่เกิดจากการจ่ายเงินค่าจำนำข้าวที่ล่าช้า ส่งผลให้นายชัยมีอาการซึมเศร้า ทางเลือกของปัญหา คือ 1. นายชัยต้องไปคุยเพื่อขอผ่อนผันกับ ธกส. ก่อน 2. นายชัยต้องสอบถาม ธกส. ว่ามีโครงการอื่นที่จะช่วยให้กู้เพิ่มได้หรือไม่ 3. นายชัยต้องไปขอผ่อนชำระหนี้กับเจ้าหนั้นนอกระบบ เพื่อขอผ่อนผันไปก่อน 4. นายชัยต้องหาแหล่งที่มาของปุ๋ยที่ต้องนำมาหว่านให้กับนาข้าวที่กำลังตั้งท้อง 5. นายชัยต้องมาปรึกษา โรงพยาบาลใกล้บ้านถ้าอาการเครียด เศร้า แยกตัว เบื่อหน่ายยังคงอยู่หรือเพิ่มขึ้น 6. นายชัยต้องคิดว่าตัวเองมีคุณค่า มีประโยชน์ ต้องอยู่และค่อยๆ สู้กับปัญหาให้ได้” สอดคล้องกับ Nezu & D’Zurilla (2002) ที่พบว่าความสามารถในการสร้างทางเลือกที่จะมาจัดการจะส่งผลให้เกิดการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและสมเหตุผล กับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความหลากหลายในการแก้ปัญหาได้หลายวิธีมากยิ่งขึ้น และสุวดี ศรีวิเศษ และคณะ (2556) ที่พบว่าการบำบัดโดยการแก้ปัญหทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้จึงอาจส่งผลให้อาการซึมเศร้าผู้ป่วยดีขึ้น

### กิจกรรมที่ 6 พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา

พบว่า ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถประเมินทางเลือกวิเคราะห์จากผลดี ผลเสียของทางเลือกมองเห็นผลในทางที่เป็นบวกมากขึ้น มองเห็นผลทางลบน้อยลง สามารถประเมินผลลัพธ์ที่มีต่อตนเองและสังคม ที่จะเกิดขึ้นจากการแก้ปัญหาทั้งในระยะสั้นและระยะยาวการประเมินศักยภาพในการ

แก้ปัญหาของตนเองที่แก้ปัญหาย่างต่อเนื่องให้เกิดการเรียนรู้จากสถานการณ์ที่จำลองขึ้นจากใบงาน โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มละ 3 คน 2 กลุ่ม และ 4 คน 1 กลุ่ม ว่าการแก้ปัญหาย่างเป็นขั้นตอนสามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาคิดทั้งหมด หลังจากได้รับความรู้จากใบความรู้ไปแล้วนั้นพบว่าผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ประโยชน์ ผลลัพธ์คุ้มค่าคุ้มทุน ผลดีผลเสีย ความเป็นไปได้ที่จะลงมือทำ ระบุการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาแผนปฏิบัติการจริงในการประเมินการตัดสินใจ คำนึงถึงผลกระทบสั้นระยะยาวที่จะเกิดขึ้นได้ หลังจากนั้นจึงสรุปว่าจะเลือกหรือไม่เลือกวิธีการแก้ปัญหา ลำดับวิธีการทำหรือชุดวิธีคู่ขนาน พบว่าผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีที่เหมาะสม ดังตัวอย่าง เช่น

“ปัญหาของนายชัย คือ ติดหนี้ที่เกิดจากการจ่ายเงินค่าจำนำข้าวที่ล่าช้า ส่งผลให้นายชัยมีอาการซึมเศร้า ทางเลือกของปัญหาตามลำดับความสำคัญและเป็นไปได้ก่อนหลัง คือ

1. นายชัยต้องไปคุยเพื่อขอผ่อนผันกับ ธกส. 2. นายชัยต้องสอบถาม ธกส. ว่ามีโครงการอื่นที่จะช่วยให้กู้เพิ่มได้ 3. นายชัยต้องไปขอผ่อนชำระหนี้กับเจ้าหนี้ธนาคาร เพื่อขอผ่อนผันไปก่อน 4. นายชัยต้องหาแหล่งที่มาของปุ๋ยที่ต้องนำมาหว่านให้กับนาข้าวที่กำลังตั้งท้อง อาจจะไปเก็บมูลวัวที่ไม่ได้ลงทุนแล้วนำมาตากแห้งแล้วนำไปหว่าน หรืออาจจะนำเงินที่ได้จากการขอกู้เพิ่มจาก ธกส. แล้วนำมาซื้อปุ๋ยเท่าที่จำเป็นก่อน 5. นายชัยต้องมาปรึกษา โรงพยาบาลใกล้บ้านถ้าอาการเครียด เศร้า แยกตัว เบื่อหน่ายยังคงอยู่หรือเพิ่มขึ้น 6. นายชัยต้องตั้งสติ คิดว่าตัวเองมีคุณค่า มีประโยชน์ ต้องอยู่และค่อยๆ สู้กับปัญหาให้ได้ สอดคล้องกับ Nezu & D’Zurilla (2002) ที่พบว่า การมีทางเลือกที่เหมาะสมและหลายวิธีจะเป็นหนทางไปสู่การแก้ปัญหาที่สำเร็จ และเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้ามลดลง และรวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ (Pierce & Gunn, 2007) มหาวิทยาลัย

### กิจกรรมที่ 7 นำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติการแก้ปัญหาและประเมินผลลัพธ์

พบว่าผู้ป่วยสามารถแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสมและจริงจัง ประเมินผลตามความเป็นจริง พบว่าตรงกับผลที่คาดหวังไว้ ถ้าไม่สำเร็จให้ย้อนกลับไปสำรวจปัญหาใหม่เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสม ถ้าสำเร็จให้กำลังใจตนเอง และมีความมั่นใจที่จะนำวิธีการและรูปแบบที่ได้จากการบำบัดโดยการแก้ปัญหาไปใช้ในชีวิตเมื่อเกิดปัญหาขึ้นขณะอยู่ในชุมชน

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sanjay et al (2008) พบว่าผลของการใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหา พบว่าการฝึกแก้ปัญหาทำให้ผู้ป่วยกลุ่มซึมเศร้ามีอาการเศร้าและส่งผลให้ลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและความไม่มีคุณค่าในตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสามารถในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้นสามารถป้องกันอาการซึมเศร้าได้ โดยให้ผลคล้ายกับการรักษาโดยการให้ยา เลกซาโป (Lexapo)

ดังนั้นผลจากการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับสุวดี ศรีวิเศษ และคณะ, 2556 ได้ศึกษากลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัด

โดยการแก้ปัญหา มีทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น และมีระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบจิตประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การบำบัดด้วยกลุ่ม โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิผลอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นการพัฒนาบริการในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ช่วยให้ผู้ป่วยนำไปใช้กับชีวิตประจำได้ อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามผลในระยะยาวถึงความคงทนของประสิทธิผลที่เกิดขึ้น และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของปุนยาภา คำบุญเรือง (2552) พบว่าผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ภายหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้จากการศึกษาทางจิตวิทยาในผู้ป่วยซึมเศร้าพบว่าการแก้ปัญหาไม่เป็นระบบ ไม่มั่นใจในการแก้ปัญหาของตนเอง และค่อนข้างเป็นฝ่ายรับมากกว่าเป็นฝ่ายดำเนินการ เพื่อแก้ปัญหาให้ลุล่วงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น และในทางคลินิกจะพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายรายมักจะคิดว่าปัญหาที่ตนเองประสบจะคงอยู่ตลอดไป ไม่มีทางแก้ไขให้ดีขึ้นได้ มองสถานการณ์ต่างๆเลวร้ายไปกว่าที่เป็นจริง ไม่สามารถคิดตัดสินใจได้แม้แต่เรื่องง่ายๆ ดังนั้นการฝึกการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบและฝึกการรับรู้ปัญหาทางบวก

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2.** ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 9.960, df = 38$ ) สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นโปรแกรมที่เน้นการฝึกทักษะในการสำรวจ ระบุปัญหาที่แท้จริง พิจารณาทางเลือก ลงมือปฏิบัติและประเมินผลในการแก้ปัญหา ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรเกินที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้คือ เพศ รายได้ และระดับภาวะซึมเศร้า อีกทั้งยังมีการจับฉลากเข้ากลุ่ม (Random Assignment) เพื่อลดอคติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มที่โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือทำให้ทั้งสองกลุ่มความคล้ายคลึงกันและลดปัจจัยแทรกซ้อนให้มากที่สุด เพื่อนำทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกันระหว่าง การได้รับการพยาบาลปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา จะมีผลการแก้ปัญหาอย่างไร ซึ่งจากผลการทดลองจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีผลเพิ่มทักษะและวิธีการแก้ปัญหาได้เหมาะสมอยู่ในระดับที่ดีได้มากกว่าการได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าจากการวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามแนวคิดของ D'Zurilla & Nezu (2007) และได้มีการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการบำบัดของปัญญาภา คำบุญเรือง และดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2552) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gask (2006) พบว่า การบำบัดโดยการแก้ปัญหาสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยและปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 เนื่องจากเป็นพยาบาลโดยใช้จิตสังคมบำบัดเพื่อให้เกิดแนวทางในการมองปัญหาทางบวก มีแนวทางในการคิดหาทางออกของปัญหา สามารถเลือกทางออกของปัญหาที่เหมาะสมและนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวันเมื่อเกิดปัญหาขึ้น จากการได้รับความรู้และมีการฝึกทักษะการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีมุมมองที่ดีต่อปัญหาและมีความมั่นใจที่จะสามารถดำเนินชีวิตอยู่เมื่อเกิดปัญหา นำไปสู่การลดการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากสาเหตุการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุขได้

## ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับการรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกนั้นมีข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ดังนี้

### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้า โดยจัดเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบการบำบัดรักษาทางจิตสังคมในรูปแบบกลุ่มบำบัดโดยพยาบาลวิชาชีพ หรือ สหวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

1.2 สามารถจัดอบรมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับผู้บำบัด พยาบาลวิชาชีพ หรือสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ

### 2. ด้านการศึกษา

2.1 เป็นแนวทางจัดการเรียนการสอนการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการแก้ปัญหา สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม และลดภาวะซึมเศร้า

2.2 ควรจัดเป็นส่วนหนึ่งของโครงการรายวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

### 3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรมีการวิจัยแบบวัดซ้ำเพื่อศึกษาติดตามผลของการให้โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อเนื่อง เช่น ติดตามผลระยะยาวทุก 1, 3, 6 เดือน ได้ทราบถึงการลดลงของระดับภาวะซึมเศร้า

3.2 ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์รูปแบบของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นรายบุคคลเพื่อประโยชน์ในการนำไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

3.3 เป็นแนวทางในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น



## รายการอ้างอิง

### 5ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต (2554). **ข้อมูลสถิติ**. สืบค้นในวันที่ 20 มกราคม 2556, เข้าถึงได้จาก  
<http://www.dmh.go.th./report/population/pop.asp>.

กรมสุขภาพจิต. (2549). **การประชุมวิชาการการป้องกันการฆ่าตัวตาย: ก้าวต่อไปในการเรียนรู้สู่  
โลกนวัตกรรม**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการฆ่าตัวตายครั้งที่ 6. เชียงราย.

กรมสุขภาพจิต. (2554). **รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2554**.นนทบุรี : กรม  
สุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.

กัลยา นาคเพ็ชร์. (2547). **จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ :  
สำนักพิมพ์สุภา จำกัด.

กุลธิดา สุภาคณ. (2549).**ผลของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรค  
ซึมเศร้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต  
และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2555). **ภาวะซึมเศร้า : การบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยการปรับ  
ความคิดและพฤติกรรม**. เชียงใหม่ : วนิดาการพิมพ์.

ดวงใจ กสานติกุล, (2543). **โรคซึมเศร้ารักษาหายได้และโรคอารมณ์ผิดปกติ**. กรุงเทพฯ : นำอักษร  
การพิมพ์.

ทวี ตั้งเสรีและคณะ.(2551). **การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัว  
ตาย**.ขอนแก่น: พระธรรมชนันต์.

ทวี ตั้งเสรี และคณะ. (2546). **รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะ  
ซึมเศร้า**.ขอนแก่น: พระธรรมชนันต์.

ธณินทร์ กองสุข และคณะ. (2553). **แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป  
ในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ**. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

ธณินทร์ กองสุข. (2550). **โรคซึมเศร้ารักษาหายได้.อุบลราชธานี** : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). **ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์**.พิมพ์ครั้งที่ 5.  
กรุงเทพมหานคร: โครงการแต่งตั้งตำรา มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประเวช ตันติพิวัฒนกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. (2541). **การฆ่าตัวตาย : การสอบสวนสาเหตุ  
และการป้องกัน**. กรุงเทพฯ : พลัสเพรส.



- บุญยามา คำบุญเรือง. (2552). ผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิต  
สุราโรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสวนปรุง, 2553.
- พัชรี วัฒนาเมธี. (2550). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าของคน  
พิการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิต  
เวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิชัย อัญฐสกุล และศิริชัย หงษ์สงวนศรี (2558) โรคซึมเศร้า ในมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์  
สุคนิษฐ์ (บรรณาธิการ). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี ครั้งที่ 4 (หน้า 167 - 189). กรุงเทพฯ: คณะ  
แพทยศาสตร์ รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรเพ็ญ อารีกิจ. (2554). ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อ  
ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- มธุริน คำวงศ์ปิ่น, (2543). ความเครียดวิธีการปรับแก้และแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่เคย  
พยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต  
และการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์. (2542). ภาวะจิตเวชฉุกเฉิน. ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี ครั้งที่ 4 (หน้า 167 -  
189). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2554). โรคซึมเศร้า: การวินิจฉัยและรักษา. สืบค้นในวันที่ 21 มกราคม 2556,  
เข้าถึงได้จาก [http://www.ramamental.com/gp\\_dep.html](http://www.ramamental.com/gp_dep.html)
- รณชัย คงสกนธ์ และคณะ. (2547). ปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้า (Risk Factors for Depressive  
Disorder). ในอัจฉรา จรัสสิงห์, การศึกษาทบทวนองค์ความรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคทางจิต  
เวช: โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท. กรุงเทพฯ : บิยอนต์ พับลิชชิง จำกัด.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). คู่มือการบำบัดทางจิตสังคม. นครปฐม : บริษัท มิสเตอร์ก๊อปปี้  
(ประเทศไทย) จำกัด
- ราตรี โชติกพงษ์. (2552). การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่มา  
รับบริการในโรงพยาบาลโกรกพระจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา  
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ลลนา ประทุม. (2550). **ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น**. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิจารณ์ วิชัยยะ. (2533). **Depression 1990**. กรุงเทพฯบอสโกออฟเซ็ท.

ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2546). **ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคนมิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช.กรุงเทพฯ: ตำนานสุขภาพการพิมพ์.**

สรยุทธ วาสิกันานนท์. (2546). **โรคซึมเศร้า: การทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช**. สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. (2554). **รายงานการสาธารณสุขไทย 2551 - 2553**.กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สุนทร ศรีโกสย และคณะ. (2550). **สถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่และลำพูน**.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 52(2) : 124-137.

สุรพล วีระศิริ. (2547).**ความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood Disorders)**. ในพูนศรี รังสีขจี, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และนวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. จิตเวชศาสตร์ : สำหรับนักศึกษาแพทย์. ขอนแก่น : คลังนาวิทยา.

สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาลและสมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2553). **การปรับปรุงเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า KGU-DI เพื่อให้มีความไวต่อเพศภาวะ**. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 55(2), 177-189

สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ. (2556) **กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย**. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยปีที่ 21 ฉบับที่ 2 : นนทบุรี

อภิชัย มงคล และคณะ. (2548). **รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2547**. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2549). **การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช**. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). **การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า**. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). **การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เอี่ยมเดือน เนตรแหม. (2541). **ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

### ภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association [APA]. (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental: DSM-IV-TR Disorder**. (4th ed.). Washington, DC: Author.

Arean, P. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., Schein, R. L., Christopher, F., & Joseph, T. X. (1993). Comparative effectiveness of social problem-solving therapy and reminiscence therapy as treatments for depression in older adults. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 61 (6), 1003-1009.

Barrett, E.J., et al. (2001). Treatment of dysthymia and minor depression in primary care : a randomized trial in patient 18 to 59 years. **The Journal of Family Practice**, 50(5), 405-412.

Beck, A.T., Rush. A.J., Shaw, B.F., and Emery, G. (1979). **Cognitive therapy of depression**. New York : Guilford.

Beck, J.S. (1995). **Cognitive therapy : basic and beyond**. New York : Guilford Press.

Beck, A. T.(1967). **Depression : Clinical experimental and theoretical aspects**. New York : Floeber Medical Division.

Bell, C. A., & D’Zurilla, T.J. (2009). **Problem solving therapy for depression : a meta analysis**. *Clinical Psychology Review*, 1-6. 31(8), 1347-1359.

Byrne, R., Craske, G., Stein, B., Sullivan, G., Bystritsky, A., Wayne Katon, W. & et al. (2005). **A randomized effectiveness trial of cognitive – behavioral therapy and medication for primary care panic disorder**. *Arch Gen Psychiatry*, 62 (3) : 290 – 298.

Claudi LH. (2005). **Preventing Relapse Recurrence in Recurrent Depression with Cognitive Therapy : A Randomized Controlled Trial**. *J Cons Psychol*, 73(4 October) : 647 -657.

- D' Zurilla T. J., & Nezu A. M. (2007). **Problem-solving therapy : A positive approach to clinical intervention**. New York : Springer Publishing.
- D' Zurilla, T.J., & Maydeu-Olivares, A. (1995). **Conceptual and methodological issues in social problem-solving assessment**. *Behavior Therapy*, 26, 409-432.
- D' Zurilla T. J., Maydeu-Olivaresb, A., & Kant, G. L. (1998). **Age and gender differences in social problem-solving ability**. *Personality and Individual Difference*, 25 : 214-251.
- D' Zurilla, T.J. (1988). **Problem-solving therapies**. In K.S. DeBson (Ed.), *Handbook of Cognition-behavioral therapies* (pp. 85-135). London : Hutchinson.
- Dixon. A. (2000). Problem-Solving Approach and Depression : Evidence for a Recovery Model. **Journal of Counseling & Development**. Volume 78.
- Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J. L., Dalgard, O. S., Page, H., Lehtinen, V., et al. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression:Multicentre randomized controlled trial. **British Medical Journal**, 321, 1450-1454.
- Gask., L. (2006). Problem-solving treatment for anxiety and depression: A practical guide. **TheBritish Journal of Psychiatry**, 189 : 287-288.
- Gellis, D. Z., &Kenaley, B. (2008). **Problem solving therapy for depression in adults: systematic reviews**. *Social Work Practice*.18 (2). 117-131.
- Gellis, Z. D., McGinty, J., Horowitz, A., Bruce, M. L., & Misener, E. (2007). Problem solving therapy for late-life depression in home care: A randomized field trial. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, 15 (11), 968-978.
- Heifner , C.A. (1996). **Women, Depression and Biological Psychiatry : Implication for Psychiatric Nursing**. *Perspective in Psychiatric Care*. 32:4-9.
- Karren, K. J., Hafen, B. Q., Smith, N. L., &Frandsen, K. J. (2006). *Mind body health : The effects of attitudes, emotions, and relationships (3rded.)*. San Francisco : Pearson Benjamin Cummings.
- Laraia, M.T., and Sundeen. 2005. **Principle and practice of psychiatric nursing**. (7thed.). St. Louis : Mosby.
- McNett, S. C. (1987). **Social support, threat and coping response and effectiveness in the functiondisabled**. *Nursing Research*, 36(2), 98-103.

- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). **Alternative projection of mortality and disability cause 1990- 2020: Global burden of diseases study**. *Lancet*, 349, 1498-1504.
- Mynors-Wallis, L.M., Gath, D. H., Day, A., & Baker, F. (2000). Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. **British Medical Journal**, 320, 26-30.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Perri, M.G. (1989). **Problem-solving therapy for depression : Theory, research and clinical guideline**. New York : Wiley.
- Nezu, A. M. (1986). Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 54, 196-202.
- Nezu, A. M., & D'Zurilla, T. J. (2002). **Problem-solving skills training**. In G. Fink (Ed.). **Encyclopedia of stress (2nd ed.)**. New York : Elsevier.
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2008). **Problem Solving Therapy for depression : PST for depression. workshop 2nd Asian CBT conference- 2008**. Bangkok.
- Pierce D, Gunn J. **Using problem solving therapy in general practice**. *Aust Fam Physician* 2007; 36(3): 230-3.
- Polit, D. F. (2014). **Getting serious about test-retest reliability: a critique of retest research and some recommendations**. *Quality of Life Research*, 23(6), 1713-1720. doi: 10.1007/s11136-014-0632-9
- Polit, D.F., Beck, T.B. (2004). **Nursing research : Principles and methods 7<sup>th</sup> ed**. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins.
- Quiring, J.M., Monroe, S.M., Simon, M.E., and Thase, M.E. (2002). Does early intervention increase latency to relapse in major depressive disorder? : re-evaluation with cognitive behavior therapy. **Journal of Affective Disorder** 70 : 155-163.
- Sanjay, S., Susan, M. S., Wei L., & Kate P. (2008). **Problem-Solving Therapy Help Prevent Depression After Stroke**. Retrieved March 12, 2013. From <http://www.insidermedicine.com/archives/Lexapro> and Problem-Solving Therapy

Sederer, L. I., Petit, J. R., Paone, D., Ramos, S., Rubin, J., & Chrisman, M. (2005).

**Changing the Landscape: Depression Screening and Management in**

**Primary Care.** Retrieved January 1, 2013, from <http://www.jointcenter.org/pdf>

Stuart, G.W., and Araia, M.T. (2005). **Principles and Practice of Psychiatric Nursing.**

8th ed. St. Louis : Mosby Inc.

Townsend, M.C. (2003). **Psychiatric Mental Health Nursing : Concept of care.** 4th

ed. Philadelphia. F.A. : Davis.

Wallis M. (2000). **Problem-Solving Sessions in Patients with Depression.** American

Family Physician. May 15, 2000.

World Health Organization. (2007). **Depression.** Retrieved January 22, 2013, from

[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/.html](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/.html).

World Health Organization. (2012). **Depression.** Retrieved March 9, 2014, from

[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/wfmh\\_paper\\_depression\\_wmhd\\_2012.pdf](http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf)



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY





## รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์ศุภชัย จันทร์ทอง	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
2. รองศาสตราจารย์ ดร. ดาราวรรณ ต๊ะปีนตา	รองศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมมุทธิ์	อาจารย์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. นางนิชนันท์ คำล้ำน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการชั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
5. นางอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการชั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์



ที่ ศธ 0512.11/ ๐5๖๕

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒) พฤษภาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายธวัชชัย พลະศักดิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. ดาราวรรณ ต๊ะปินตา อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สมภา มณีวัฒน์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ดร. ดาราวรรณ ต๊ะปินตา

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค โทร. 0-2218-1150

ชื่อนิสิต

นายธวัชชัย พลະศักดิ์ โทร. 085-344-9513

ภาคผนวก ค  
หนังสือรับรองพิจารณาจริยธรรม เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย หนังสือแสดง  
เจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และใบรับรองคุณสมบัติ  
ของผู้บำบัดโดยการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โทร. ๒๑-๕๙๙  
 ที่ ..... วันที่ ..... ๒๖ ธันวาคม ๒๕๕๗  
 เรื่อง ..แจ้งผลการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์.....  
 เรียน นายวัชชัย พละศักดิ์

ตามที่ ท่านขอเสนอโครงการวิจัย เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรม เรื่อง “ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” ความแจ้งแล้วนั้น

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้พิจารณาโครงการดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว มีมติอนุมัติโดยไม่มีเงื่อนไข ตามรายละเอียดแบบรายงานผลการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นายธณินทร์ กองสุข)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

## โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์


แบบรายงานผลการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคอภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

เจ้าของการวิจัย / ผู้ขออนุมัติศึกษาวิจัย นายอวัชชัย พละศักดิ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ


## ผลการพิจารณา

- อนุมัติ (โดยไม่มีเงื่อนไข)
- อนุมัติโดยมีเงื่อนไข ให้ปรับปรุงแก้ไข ในประเด็น
- ให้ปรับปรุงแล้วนำเสนอเพื่อพิจารณาใหม่ ยังไม่อนุมัติ
- ไม่อนุมัติ

ลงนาม ..... 

(นายแพทย์อรณินทร์ กองสุข)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

 / ธันวาคม / ๒๕๕๗

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า  
(Research Subject Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วันที่ชี้แจง.....

ชื่อผู้วิจัยหลัก นายธวัชชัย พลศักดิ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย (ที่ทำงาน) แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษากับญาติ พี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น**ความสมัครใจ**ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อท่าน การได้รับการรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลืมนำชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

**โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย**

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อทั้งสุขภาพครอบครัวสังคม และเศรษฐกิจเกิดได้ทุกเพศทุกวัยเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีผลกระทบต่อความคิดอารมณ์ความรู้สึกพฤติกรรม และสุขภาพผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการมองปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นทางลบ ทำให้ไม่สามารถควบคุมความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตัวเองได้ จึงทำให้เกิดภาวะ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้ด้วยการรักษาตัวร่วมกับการทำจิตบำบัดซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้ามีความสำคัญและจำเป็นในการให้การดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมจะได้ผลดีกว่าการปล่อยให้เรื้อรังอยู่ภาวะซึมเศร้าถือเป็นภัยเงียบที่ส่งผลให้เกิดการเป็นโรคซึมเศร้า เมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาและไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้จึงส่งผลให้เกิดอาการของภาวะซึมเศร้าหากไม่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีที่เหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อทั้งรุนแรงตามมา การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรถือเป็นภาวะวิกฤติของภาวะซึมเศร้าที่ผู้ป่วยต้องการหลีกเลี่ยงปัญหา

ดังนั้นการบำบัดโดยการแก้ปัญหา เป็นการบำบัดทางจิตสังคัมรูปแบบหนึ่ง ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิดและพฤติกรรม โดยมีการศึกษาจากหลายงานที่ทดสอบว่าการบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าและเป็นการบำบัดที่สั้นเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการบำบัดอื่นทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และทำความเข้าใจ

เข้าใจกับปัญหา มีการฝึกการแก้ปัญหาทำให้มีความคิดทางบวกต่อปัญหา และมองปัญหาตามความเป็นจริง มีทักษะในการใช้กระบวนการแก้ปัญหา ทำให้มองเห็นสาเหตุของปัญหา และมีแนวทางในการแก้ปัญหา มีการทำความเข้าใจกับปัญหามองว่าปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายเกิดความอดทนและความพยายามว่าตนเองสามารถที่จะแก้ไขปัญหานั้นได้ การวิจัยในครั้งนี้จำเป็นต้องมีการศึกษาในคน เพื่อให้เห็นประโยชน์ของผลจากการที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### วัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

1. มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามระบบ

[DSM-IV] และลงรหัสตามเกณฑ์ของ (ICD-10)

3. มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง (10 – 29 คะแนน) ตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A])
4. มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้
5. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. มีประวัติของโรคทางสมองเกี่ยวกับการทำหน้าที่การรู้คิดผิดปกติ
2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากกรวิจัย
3. มีคะแนนภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมิน ภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) น้อยกว่า 10 คะแนนหรือมากกว่า 29 คะแนน
4. อ่านไม่ออกและเขียนไม่ได้

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการที่ห้องกิจกรรมกลุ่มบำบัดกลุ่มงานพยาบาลโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คนและกลุ่มทดลอง 20 คน ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งดังนี้

กลุ่มทดลอง ท่านจะได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในรูปแบบ



กิจกรรมกลุ่มบำบัด กลุ่มละ 10 คน ประกอบไปด้วยการบำบัด 5 ครั้งๆ ละ 90 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างความไว้วางใจ การปฐมนิเทศและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 สร้างความไว้วางใจและชี้แจงขั้นตอนของโปรแกรม กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า

ครั้งที่ 2 สสำรวจและสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา ระบุปัญหาให้ชัดเจนเป็นจริงและกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 3 สสำรวจและสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา กิจกรรมที่ 4 ระบุปัญหาให้ชัดเจนเป็นไปได้และกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้

ครั้งที่ 3 ร่วมกันค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลากหลายวิธี ประกอบไปด้วย 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 5 ร่วมกันค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลากหลายวิธี โดยการระดมสมองความคิด

ครั้งที่ 4 พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา ประกอบไปด้วย 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 6 พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหาโดยการคำนึงถึงความสมเหตุสมผล

ครั้งที่ 5 นำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติและประเมินผลสัมฤทธิ์ในการแก้ปัญหา ประกอบไปด้วย 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 7 การแก้ปัญหาเพื่อบรรลุเป้าหมาย ประเมินผลการทดลองใช้ชีวิตตามแผน ผลความพึงพอใจ

รวมการบำบัดทั้งหมด 5 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 - 5 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง โดยแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60 - 90 นาที จำนวน 5 ครั้ง หลังเสร็จสิ้นการบำบัด 1 สัปดาห์ ท่านจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) และการประเมินแบบสำรวจการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory) ทางโทรศัพท์

**กลุ่มควบคุม** ท่านจะได้รับการบริการรักษาอยู่ที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่มาโรงพยาบาล โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมและให้บริการการพยาบาลก่อนพบแพทย์ ท่านจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) และการประเมินแบบสำรวจการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory) และในสัปดาห์ที่ 6 ท่านจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) และการประเมินแบบสำรวจการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory)

**หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง**

หากท่านได้รับทราบแนวทางการปฏิบัติในขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัยและตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัยรวมถึงได้เซ็นชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ท่านจะได้รับการปฏิบัติดังนี้

1. ท่านจะได้รับการสอบถามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยและโรคประจำตัว
2. ท่านจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A])

3. หากท่านมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง (10 – 29 คะแนน) ตามแบบประเมิน ภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) และการประเมินรูปแบบการแก้ปัญหาด้วยแบบสำรวจการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory) ท่านจะได้รับการจับคู่ผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องของ เพศ และรายได้ และจับฉลากทีละคู่ โดยผู้วิจัยเพื่อคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน ซึ่งผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบทางโทรศัพท์ต่อไปว่าท่านอยู่ในกลุ่มไหน โดยประกอบไปด้วย 2 กลุ่มดังนี้
1. **กลุ่มทดลอง** ท่านจะได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มบำบัด กลุ่มละ 10 คน ประกอบไปด้วยกิจกรรม 5 ครั้งๆละ 90 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้ง ซึ่งโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบไปด้วยกิจกรรม 5 ครั้งดังนี้
    - ครั้งที่ 1 การสร้างความไว้วางใจ การปฐมนิเทศและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 สร้างความไว้วางใจและชี้แจงขั้นตอนของโปรแกรม กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า
    - ครั้งที่ 2 สำรวจและสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา ระบุปัญหาให้ชัดเจนเป็นจริงและกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 3 สำรวจและสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา กิจกรรมที่ 4 ระบุปัญหาให้ชัดเจนเป็นไปได้อีกและกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้
    - ครั้งที่ 3 ร่วมกันค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลากหลายวิธีประกอบไปด้วย 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 5 ร่วมกันค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลากหลายวิธี โดยการระดมสมองความคิด
    - ครั้งที่ 4 พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหาประกอบไปด้วย 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 6 พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหาโดยการคำนึงถึงความสมเหตุสมผล
    - ครั้งที่ 5 นำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ในการแก้ปัญหาประกอบไปด้วย 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 7 การแก้ปัญหาเพื่อบรรลุเป้าหมาย ประเมินผลการทดลองใช้ชีวิตตามแผน ผลความพึงพอใจและประเมินผลลัพธ์

และอีก 1 สัปดาห์หลังเสร็จสิ้นการบำบัด ท่านจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) และการประเมินแบบสำรวจการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory)
  2. **กลุ่มควบคุม** ท่านจะได้รับการบริการรักษาอยู่ที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่มาโรงพยาบาล โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมและให้บริการพยาบาลก่อนพบแพทย์ และในสัปดาห์ที่ 6 ท่านจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) และการประเมินแบบสำรวจการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory)

หากท่านมีคะแนนภาวะซึมเศร้า ตามแบบประเมิน ภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) น้อยกว่า 10 คะแนนหรือมากกว่า 29 คะแนน ท่านจะไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และท่านจะได้รับการพยาบาลตามระบบของผู้ป่วยที่มารับการบริการรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในกลุ่มควบคุมมีความต้องการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยจะนัดวัน เวลา สถานที่ เพื่อทำการบำบัดโดยการแก้ปัญหา หลังจากทำการดำเนินการวิจัยนี้เสร็จสิ้นลง

**ความไม่สุขสบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น**

**กลุ่มทดลอง** การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ก่อให้เกิดอันตรายใด ๆ ทางด้านร่างกายต่อท่านเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กระทำหัตถการใด ๆ ที่เป็นการรุกรานร่างกาย แต่อาจต้องใช้เวลาส่วนตัวและการพูดคุยในประเด็นส่วนตัวที่เป็นปัญหาในการร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลาความเป็นส่วนตัวของท่าน และถ้าท่านได้รับความเสียหายหรือความรู้สึกลำบากใจหรือรู้สึกกังวลที่จะให้ข้อมูลกับผู้วิจัยทั้งในการสัมภาษณ์และประเด็นส่วนตัวในขณะร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบกลุ่ม ซึ่งท่านจะพิจารณายุติการดำเนินการกิจกรรมได้ตลอดเวลาที่ท่านต้องการ และท่านจะได้รับการประเมินอาการทางจิตและให้คำปรึกษาเบื้องต้นโดยผู้ช่วยนักวิจัยที่สามารถให้คำปรึกษาเบื้องต้นได้ หากมีอาการรุนแรงทางด้านจิตใจท่านจะได้รับการส่งต่อไปกับทีมรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมตามระบบบริการกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

**กลุ่มควบคุม** การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ก่อให้เกิดอันตรายใด ๆ ทางด้านร่างกายต่อท่านเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กระทำหัตถการใด ๆ ที่เป็นการรุกรานร่างกาย แต่อาจต้องใช้เวลาในการกรอกแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) และการประเมินแบบสำรวจการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลาความเป็นส่วนตัวของท่าน และถ้าท่านได้รับความเสียหายหรือความรู้สึกลำบากใจหรือรู้สึกกังวลที่จะให้ข้อมูลกับผู้วิจัย ท่านจะพิจารณายุติการดำเนินการกิจกรรมและท่านจะได้รับการประเมินอาการทางจิตและให้คำปรึกษาเบื้องต้นโดยผู้ช่วยนักวิจัยที่สามารถให้คำปรึกษาเบื้องต้นได้ หากมีอาการรุนแรงทางด้านจิตใจท่านจะได้รับการส่งต่อไปกับทีมรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมตามระบบบริการกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย**

**กลุ่มทดลอง** ผลของการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อท่านคือ ท่านจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าได้รับความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า และได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา 5 ครั้ง โดยมีจำนวน 7 กิจกรรม จากผู้วิจัยที่ผ่านการอบรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

**กลุ่มควบคุม** ท่านจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า และการประเมินด้วยแบบสำรวจปัญหา ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในกลุ่มควบคุมมีความต้องการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยจะนัดวัน เวลา สถานที่ เพื่อทำการบำบัดโดยการแก้ปัญหา หลังจากทำการดำเนินการวิจัยนี้เสร็จสิ้นลง



**ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)**

การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

**ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย**

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ แต่ท่านได้รับของที่ระลึกที่ผู้วิจัยได้เตรียมไว้ให้เป็นการตอบแทนในการให้ความร่วมมือในโครงการวิจัยครั้งนี้

**หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง**

ท่านจะได้รับการบริการรักษาตามปกติที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

**หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใครและได้รับการปฏิบัติอย่างไร**

ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย ผู้วิจัยนายธวัชชัย พลະศักดิ์ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ 212 ถนนแจ้งสนิท ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ (มือถือ) 085-1950977 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง หากเกิดกรณีฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นจากโครงการวิจัย ท่านจะได้รับการประเมินอาการทางจิตและให้คำปรึกษาเบื้องต้นจากผู้ช่วยวิจัยหากมีอาการรุนแรงทางด้านจิตใจท่านจะได้รับการส่งต่อไปกับทีมรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกเพื่อการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมตามระบบบริการกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

**หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยจะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัย**

นายธวัชชัย พลະศักดิ์ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ 212 ถนนแจ้งสนิท ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ (มือถือ) 085-1950977 หรือที่ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และอาจารย์ ดร.รัชนิกร เกิดโชค อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 02-2181152 ในวันและเวลาราชการ

**หากท่านรู้สึกว่าการได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่**

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ หมายเลขโทรศัพท์ 084-5585956 หรือศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ชั้น 3 อาคารผู้ป่วยนอกและอำนาจการ หมายเลขโทรศัพท์ 045-352500 ต่อ 61-597, 61-599

**ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้**

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อจริงของท่าน การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น โดยไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุล ที่อยู่ของท่านผู้วิจัย จะกระทำกิจกรรมต่างๆด้วยความระมัดระวัง จะเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวของท่านเป็นความลับ และจะดำเนินการอย่างรัดกุม ปลอดภัย โดยเฉพาะการแยกเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์และใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยไว้คนละที่ โดยเก็บข้อมูลของผู้ป่วยใส่ตู้ล็อกเกอร์ส่วนตัวที่บ้านคนละตู้ และมีกุญแจล็อกไว้ โดยผู้วิจัยมีกุญแจเปิด-ปิดแต่เพียงผู้เดียว เพื่อป้องกันการตรวจสอบข้อมูลของท่านได้ จะไม่มีการอ้างถึงท่านโดยใช้ชื่อของท่านในรายงานใดๆที่เกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้สิทธิประโยชน์อื่นอันเกิดจากผลการศึกษา สำหรับไฟล์เอกสารในคอมพิวเตอร์จะถูกป้องกันโดยมีรหัสผ่าน และจะมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้

**ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่**

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความตั้งใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาของท่านครั้งนี้โดยจะไม่มีผลเสียผลประโยชน์ใดๆ รวมทั้งถ้าท่านมีเหตุผลส่วนตัวที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป ท่านสามารถถอนตัวจากการศึกษาภายหลังได้โดยมีสิทธิที่จะไม่เปิดเผยเหตุผลหากท่านไม่สะดวกใจ และการตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลต่อการได้รับการบริการตามมาตรฐานของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

**หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลนั้นทันที (ในกรณีที่เป็นการวิจัยเกี่ยวข้องกับการรักษาโดยเฉพาะการให้ยา)**

**กลุ่มทดลอง** การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ก่อให้เกิดอันตรายใด ๆ ทางด้านร่างกายต่อท่าน เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กระทำหัตถการใด ๆ ที่เป็นการรุกรานร่างกาย แต่อาจต้องใช้เวลาในการร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลาความเป็นส่วนตัวของท่าน และถ้าท่านได้รับความเสียหายหรือความรู้สึกลำบากใจหรือรู้สึกกังวลที่จะให้ข้อมูลผู้วิจัยหรือร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ท่านจะพิจารณายุติการดำเนินกิจกรรมและท่านจะได้รับการประเมินอาการทางจิตและให้คำปรึกษาเบื้องต้นโดยผู้ช่วยนักวิจัยที่สามารถให้คำปรึกษาเบื้องต้นได้ หากมีอาการรุนแรงทางด้านจิตใจท่านจะได้รับการส่งต่อให้กับทีมรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมตามระบบบริการกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยท่านสามารถยุติการเข้าร่วมโปรแกรมได้ทุกเมื่อที่ท่านต้องการ แต่หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับการชี้แจงข้อมูลใหม่แก่ท่านผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยผู้ดำเนินการวิจัยทันที

**กลุ่มควบคุม** การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ก่อให้เกิดอันตรายใด ๆ ทางด้านร่างกายต่อท่านเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กระทำหัตถการใด ๆ ที่เป็นการรุกรานร่างกาย แต่อาจต้องใช้เวลาในการกรอกแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) และการประเมินแบบสำรวจการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลาความเป็นส่วนตัวของท่าน และถ้าท่านได้รับความเสียหายหรือความรู้สึกลำบากใจหรือรู้สึกกังวลที่จะให้ข้อมูลผู้วิจัย ท่านจะพิจารณายุติการดำเนินกิจกรรมและท่านจะได้รับการประเมินอาการทางจิตและให้คำปรึกษาเบื้องต้นโดยผู้ช่วยนักวิจัยที่สามารถให้คำปรึกษาเบื้องต้นได้ หากมีอาการรุนแรงทางด้านจิตใจท่านจะได้รับการส่งต่อให้กับทีมรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมตามระบบบริการกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยท่านสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ทุกเมื่อที่ท่านต้องการ แต่หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับการชี้แจงข้อมูลใหม่แก่ท่านผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยผู้ดำเนินการวิจัยทันที

ข้าพเจ้าหวังว่าจะได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากท่านและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ลงนาม..... ผู้วิจัย  
(นายอวิชชัย พละศักดิ์)

--	--	--

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Informed Consent)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วันที่ลงนาม .....

- ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ
- ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือขู่ขู่
- ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่ผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับในปัจจุบันและในอนาคต
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัย โดยไม่มี การระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วย เหตุผลทางวิชาการเท่านั้น
- ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจง ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด
- ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ ..... ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

( ..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ ..... ผู้ดำเนินโครงการวิจัย

( ..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ ..... พยาน

( ..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ ..... พยาน

( ..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ข้าพเจ้ารองศาสตราจารย์ ดร. ตราวรรณ ต๊ะปิ่นตา  
ได้เขียนบันทึกข้อความฉบับนี้ เพื่อรับรองว่าบุคคลที่มีรายชื่อดังต่อไปนี้ คือ

นายธวัชชัย พละศักดิ์  
นางสาวรัตนาภรณ์ เชื้ออินทร์

ได้ร่วมเข้าเรียนกระบวนการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ร่วมกับ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งได้จัดการเรียนการสอนเป็นเวลา ๓ วัน ในวันที่ ๑๙, ๒๑, ๒๒ มิถุนายน ๒๕๕๖ ทั้งในด้านทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ และได้ผ่านการประเมินโดยการสอบปากเปล่ารวมทั้งได้ผ่านการบำบัดโดยใช้วิธีการสมมติบทบาทซึ่งบุคคลทั้งสอง ได้แสดงถึงความสามารถในการบำบัดโดยการแก้ปัญหาได้



(รองศาสตราจารย์ ดร. ตราวรรณ ต๊ะปิ่นตา )  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ภาคผนวก ง  
การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



### การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) คำนวณได้จากสูตร  
ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2544 )

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

$$CVI = \frac{82}{84} = .97$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินการสำรวจการแก้ปัญหา

$$CVI = \frac{35}{35} = 1.00$$



ภาคผนวก จ  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

**ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล**

**คำชี้แจง** สำหรับผู้ตอบแบบประเมิน โปรดกรอกข้อมูลลงในช่องว่างที่เว้นไว้ให้เต็มหรือขีดเครื่องหมายถูก

สำหรับผู้ศึกษา

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุของท่านในปัจจุบัน ..... ปี
3. สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า
4. ระดับการศึกษา 
  - ประถมศึกษา  มัธยมศึกษาตอนต้น
  - มัธยมศึกษาตอนปลาย  ปวช./ปวส.
  - ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี
  - อื่นๆ ระบุ .....
5. อาชีพ  ค้าขาย  เกษตรกร  รับจ้าง 
  - รับราชการ  อื่นๆ ระบุ .....
6. ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน (รายได้ต่อเดือน) 
  - น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท  5,001 – 10,000 บาท
  - 10,001 – 15,000 บาท  15,001 – 20,000 บาท
  - มากกว่า 20,000 บาท
7. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ..... ปี
8. โรคประจำตัว  มี ระบุ.....  ไม่มี

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A])

**คำชี้แจง :** ต่อไปนี้เป็นกลุ่มข้อความต่างๆที่เกี่ยวกับความรู้สึกของท่าน โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วเขียน  รอบตัวเลขคะแนนในแต่ละข้อเพียงคะแนนเดียวเท่านั้น ที่ตรง หรือใกล้เคียง กับความรู้สึกของท่าน ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ให้แน่ใจว่าท่านได้อ่านข้อความทุกข้อในแต่ละข้อก่อนที่จะเลือกตอบ ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ

ข้อที่	ข้อความ	คะแนน
1	ฉันไม่รู้สึกรู้สึกซึมเศร้า ฉันรู้สึกซึมเศร้าเป็นบางครั้ง ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถหยุดมันได้ ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้อีกแล้ว	0 1 2 3
2	.....	
3	.....	
4	.....	
5	.....	
6	.....	
7	.....	
	↓	
21	ความสนใจทางเพศของฉันยังปกติ ฉันสนใจเรื่องทางเพศลดลงกว่าปกติเล็กน้อย ฉันสนใจเรื่องทางเพศลดลงอย่างมาก ฉันไม่สนใจเรื่องทางเพศอีกเลย	0 1 2 3
<b>รวม</b>		

### การแปลค่าคะแนน

- คะแนน 0 – 9 หมายถึง มีภาวะอารมณ์ปกติ (normal range)
- คะแนน 10 – 19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression)
- คะแนน 20 – 29 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression)
- คะแนน 30 – 63 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)

ตารางที่ 9 ค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A])

```

RELIABILITY
/VARIABLES=predep1 predep2 predep3 predep4 predep5 predep6 predep7 prede
p8 predep9 predep10 predep11 predep12 predep13 predep14 pr
edep15 predep16 predep17 predep18 predep19 predep20 predep21
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/SUMMARY=TOTAL.

```

**Reliability**

[DataSet1] C:\Users\Administrator\Desktop\ข้อมูลผู้ป่วยราชวิถี.sav

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	37.5
	Excluded <sup>a</sup>	50	62.5
	Total	80	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.755	21

### ส่วนที่ 3 แบบสำรวจการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory-PSI)

**คำชี้แจง :** โปรดตอบคำถาม โดยให้คะแนนความเห็นของท่านในข้อคำถามแต่ละข้อ  หนึ่ง  
คำตอบในแต่ละบรรทัด ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดย  
จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ

	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย บ้าง	ไม่เห็น ด้วย บางส่วน	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1*	เมื่อฉันแก้ปัญหาไม่สำเร็จ ฉันไม่เคยพิจารณาว่าทำไม วิธีการที่ใช้จึงล้มเหลว	1	2	3	4	5	6
2*	.....						
3*	.....						
4*	.....						
5.	.....						
6.	.....						
7.	.....						
8.	.....						
9		1	2	3	4	5	6
	↓						
35.	เมื่อฉันตระหนักว่าปัญหา เกิดขึ้น สิ่งแรกที่ฉันทำคือ พยายามหาว่าปัญหาที่ แท้จริงอยู่ตรงไหน	1	2	3	4	5	6
<b>คะแนนรวม</b>							

**การแปลผล :**

- ทำการรวมคะแนนทั้งหมดยกเว้นข้อ 9 , 22, 29 เพราะเป็น filler items ซึ่งไม่  
ต้องนำมาคิดคะแนน
- คะแนนรวมที่ต่ำหมายถึงความสามารถในการแก้ปัญหาได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้คะแนน  
สูง
- เครื่องหมาย \* คือข้อที่ต้องคิดคะแนนแบบกลับค่าคะแนน(convert)

## ตารางที่ 10 ค่าความเที่ยงของแบบสำรวจการแก้ปัญหา (Problem-Solving Inventory)

```

RELIABILITY
/VARIABLES=prepst1 prepst2 prepst3 prepst4 prepst5 prepst6 prepst7 prepst8
prepst9 prepst10 prepst11 prepst12 prepst13 prepst14 prepst15 prepst16
prepst17 prepst18 prepst19 prepst20 prepst21 prepst22 prepst23 prepst24
prepst25 prepst26 prepst27 prepst28 prepst29 prepst30 prepst31 prepst32
prepst33 prepst34 prepst35
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/SUMMARY=TOTAL.

```

**Reliability**

[DataSet1] C:\Users\Administrator\Desktop\ข้อมูลผู้บำบราชชัช .sav

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	37.5
	Excluded <sup>a</sup>	50	62.5
	Total	80	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.786	35



ส่วนที่ 4 โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

## โปรแกรมที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะ  
ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จัดทำโดย

นายรัชชัย พละศักดิ์

นิสิตสาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์

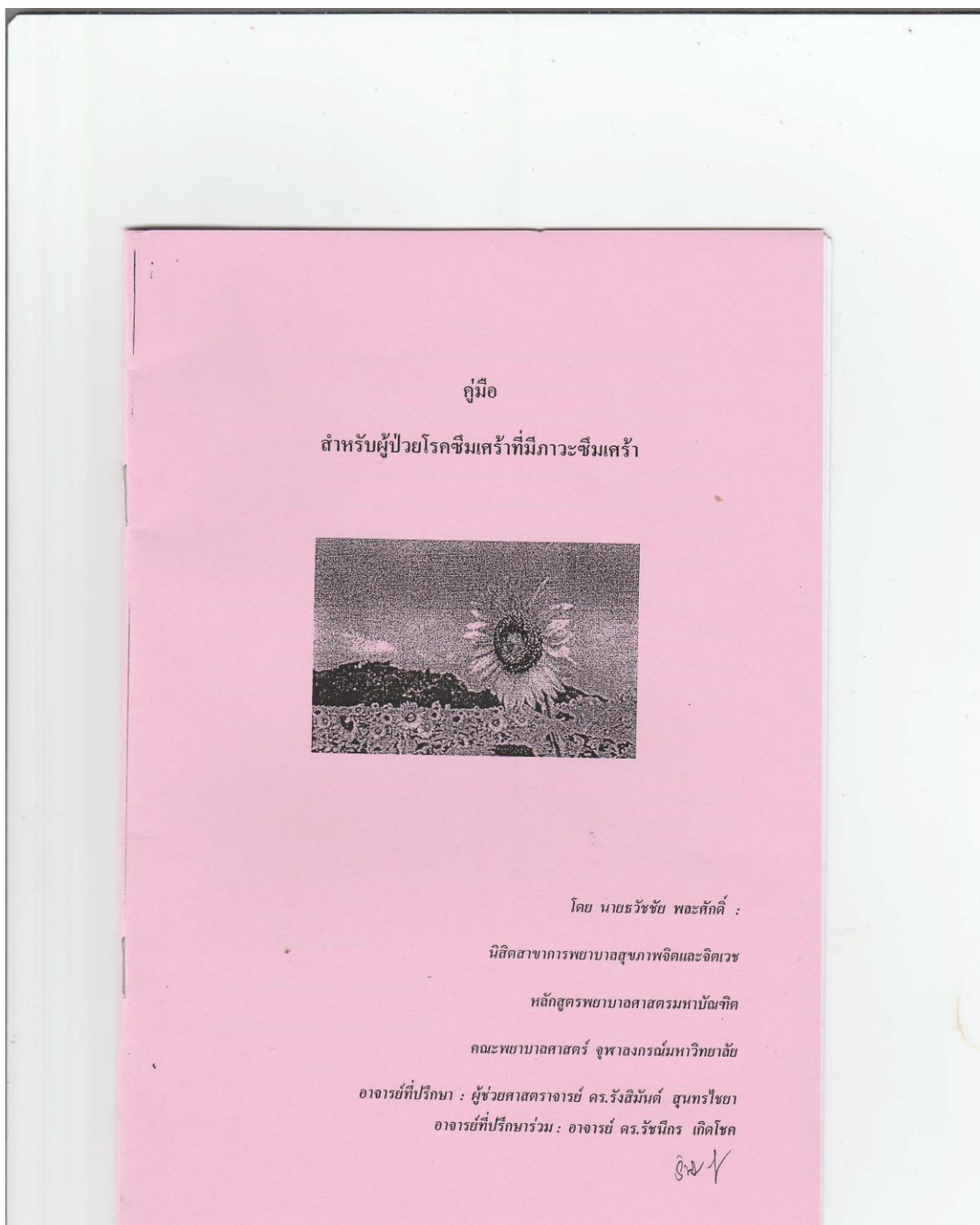
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ ดร.รัชนิกร เกิดโชค



## ส่วนที่ 5.คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้า



### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายรัชชัย พลศักดิ์ เกิดเมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2526 ที่บ้านทุ่งมั่ง ตำบลอีปาด อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ปีการศึกษา 2551 และเข้ารับการศึกษต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคนอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2554 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มงานพยาบาลโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี สังกัดกรมสุขภาพจิต

