

ผลของการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้า ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

EFFECT OF GROUP PROBLEM-SOLVING THERAPY ON DEPRESSION AMONG OLDER PERSONS WITH CHRONIC DISEASE

ชาลินี หนูชูสุข พย.ม.(Chaline Nuchusuk, M.S.N.)¹

ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา ค.ด.(Darawan Thapinta, Ph.D)²

สมบัติ สกุลพรรณ ปร.ด. (Sombat Skulphan, Ph.D)³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบสองกลุ่ม ก่อน หลังและระยะติดตามผล 1 เดือน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 แห่งในจังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2558 ถึง เมษายน พ.ศ. 2559 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 44 คนที่มีอาการซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลาง ประเมินโดยแบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย (PHQ-9) ฉบับภาษาไทยของหล่อตระกูล และคณะ (2008) แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (กลุ่มละ 22 คน) กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาแบบกลุ่ม จำนวน 7 ครั้ง (สัปดาห์ละ 2 ครั้ง 60-90 นาทีต่อครั้ง) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ และการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

2. คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้ามลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) นอกจากนี้ยังพบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้ามลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาแบบกลุ่มสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้

คำสำคัญ: อาการซึมเศร้า; การบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาแบบกลุ่ม; ผู้สูงอายุ; โรคเรื้อรัง

¹พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ Email: nok.ch@hotmail.com

²ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Email: darawan1955@gmail.com

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Email: sombat.sk@cmu.ac.th

Abstract

The purpose of this quasi-experimental study (two groups pretest posttest design) was to examine the effect of group problem-solving therapy on depression among older persons with chronic diseases who have received health services from two health promotion hospitals in Samutprakarn province from December 2015 to April 2016. The purposive sampling was used to select 44 older persons with mild to moderate depression, assessed by the Thai version of Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Lotrakul, Sumrithe, & Saipanish, 2008). The sample was divided equally into an experimental and a control group (22 persons in each group). The experimental group received seven sessions of group problem-solving therapy (twice a week, 60-90 minutes for each session). The control group received routine nursing care. Data were analyzed by using descriptive statistics, One-Way Repeated ANOVA, and independent t-test.

The results found that:

1. There were significant differences ($p < .05$) of the means of depression scores in older persons with chronic diseases in the experimental group at before and after therapy and at 1-month follow up.
2. The mean score of depression in older persons with chronic diseases in the experimental group at after therapy was lower than the control group with statistical significance ($p < .05$). In addition, the experimental group had greater mean differences of depression scores between at after therapy and 1- month follow up compared to the control group with statistical significance ($p < .05$).

The results of this study demonstrated that group problem-solving therapy can help reduce depression in older persons with chronic disease.

Keywords: depression; group problem-solving therapy, older persons, chronic disease

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่ระยะประชากรสูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2548 คือ สัดส่วนของประชากรวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ ตอนต้นลดลง แต่จะมีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปเพิ่มขึ้น ซึ่งตามเกณฑ์ของสหประชาชาติได้กำหนดว่า มีภาวะประชากรสูงอายุเมื่อประชากรมีสัดส่วนของประชากร ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด (วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2552)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมโทรมตามธรรมชาติ ความสามารถในการปรับตัวของร่างกายกับสิ่งแวดล้อมและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ลดลง การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม การปฏิบัติดูแลตนเองในช่วงต้นของชีวิตที่ไม่ถูกต้อง และจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของอวัยวะต่างๆ จนเกิดเป็นโรคเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวและเป็นโรคเรื้อรังนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช และอุษา วงษ์อนันต์ (2552) ทำการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกันมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และข้อมูลจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยของสำนักงานสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยพบว่า อาการซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและเป็นหนึ่งในสิบอันดับแรกของโรคที่มีขนาดภาระโรคสูงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) โรงเรียนสาธารณสุขฮาร์วาร์ด (Harvard School of Public Health) และธนาคารโลก (World bank) เกี่ยวกับการคาดการณ์เกี่ยวกับภาระโรค (Burden of disease) ที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลก พบว่าโรคซึมเศร้าได้มีเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับโรคที่เป็นภาระโรคจากอันดับที่ 4 ในปีค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับที่ 2 ในปีค.ศ. 2020 และโรคซึมเศร้าจะเป็นภาระและการสูญเสียด้านสุขภาพ จะส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและด้านสังคมเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือด (Schechter et al., 2005) จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า โรคทางกายกับโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (affective disorder) มีความสัมพันธ์กัน โดยการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในอัตราที่สูงขึ้นและอาการซึมเศร้าจะทำให้โรคเรื้อรังทางกายทรุดลง (Kupfer et al., 2012)

อาการซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยที่พบได้ทั่วไปในบุคคลทุกเพศทุกวัย ซึ่งผู้ที่มีอาการซึมเศร้าจะต้องทนต่อการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อด้านต่างๆ เช่น ด้านสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนั้นยังพบผลกระทบต่อตนเอง ได้แก่ ปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ ศักยภาพในการทำหน้าที่ตามบทบาทต่างๆ และคุณภาพชีวิตลดลง (Unutzer et al., 2008 & Williams et al., 2000) และหากผู้ที่มีอาการซึมเศร้าไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้อจะนำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้า และอาจจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพอย่างมากตามมา และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อาการซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้ แต่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก มีการศึกษาพบว่า ร้อยละ 50-80 ของผู้ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะกลับเป็นซ้ำภายในสองปี อาการที่เกิดขึ้นเป็นความทุกข์ทรมาน จนมีความคิดฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 20-35 และการฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า ซึ่งการฆ่าตัวตายเป็นผลกระทบที่รุนแรงที่สุดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกันานนท์, 2558)

อาการซึมเศร้าสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของเดอร์ซูริลล่าและเนซุ (D'Zurilla & Nezu, 2006) ซึ่งกล่าวถึงอาการซึมเศร้าว่าเป็นความรู้สึกหมดหวัง เมื่อบุคคลไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับสถานการณ์บางอย่างได้ เนื่องจากการรับรู้ปัญหาในทางลบและแก้ปัญหาด้วยวิธีที่ไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้ จึงเกิดอาการซึมเศร้าขึ้น ดังนั้นหากผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รับรู้ปัญหาในการเจ็บป่วยและปัญหาอื่นๆ ในชีวิตในทางลบ ร่วมกับการแก้ปัญหาด้วยวิธีที่ไม่เหมาะสม จึงเกิดอาการซึมเศร้าขึ้น และมีผลกระทบต่ออาการของโรคเรื้อรังได้ (Gellis & Kenaleay, 2008)

การรักษาโรคซึมเศร้ามีหลายวิธีได้แก่ 1) การรักษาด้วยยา 2) การรักษาด้วยไฟฟ้า 3) การรักษาด้วยแสง 4) การฝึกโยคะ 5) การบำบัดทางจิตสังคมเช่น การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy [CBT]) เป็นจิตบำบัดที่อยู่บนแนวคิดทางปัญญา (Beck, 1988) การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Chang, D'Zurilla&Sanna, 2004) และจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดระยะสั้น มีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2555)

การบำบัดโดยการแก้ปัญหา เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยลด

อาการซึมเศร้าได้ เนื่องจากการเป็นกรำบอดที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และทำความเข้าใจกับปัญหา เกิดความคิดทางบวก และมองปัญหาตามความเป็นจริง สามารถมองเห็น สาเหตุของปัญหา มีแนวทางในการแก้ปัญหา ช่วยให้เกิดการตัดสินใจ เลือกวิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม และการประเมินผลผลดีและผลกระทบที่เกิดขึ้น (D’Zurilla, 1988) การบำบัดโดยการแก้ปัญหาเป็น การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมรูปแบบหนึ่ง โดยมีความคิด ความเชื่อ และทัศนคติ เป็นตัวกลางระหว่างสิ่งเร้าและพฤติกรรม ซึ่งความคิด ความเชื่อ และทัศนคติ จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่นำไปสู่การแก้ปัญหา (Nezu&D’Zurilla, 2002)การบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามี 3 ประเด็นสำคัญ คือ การแก้ปัญหา (social problem solving) ปัญหา (problem) และวิธีการแก้ปัญหา (solution) การแก้ปัญหามีการนำตนเอง กำกับตนเองในการที่จะพยายาม ค้นหาหรือระบุปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งมีเป้าหมายที่จะให้เกิดศักยภาพที่หลากหลายและมีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาที่เฉพาะเจาะจง และปรับการรับรู้ปัญหาในทางบวก และใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลแทนวิธีการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงหรือการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น ขาดความระมัดระวัง ซึ่งวิธีการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลต้องพยายามทำความเข้าใจและค้นหาปัญหาที่แท้จริง พยายามคิดหาทางออกของปัญหาหลายๆ ทาง ตัดสินใจในวิธีการแก้ปัญหาที่วางแผนไว้ ลงมือแก้ปัญหาตามที่วางแผนไว้และตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ซึ่งจะทำให้การแก้ปัญหามีโอกาสประสบความสำเร็จ ส่งผลทำให้อาการซึมเศร้าลดลง ซึ่งอาศัยความร่วมมือของผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด (D’Zurilla&Nezu, 2007) และจากการศึกษาของคูกเปอร์, แวน สตราเตินและวาร์เมอร์ดัม (Cuijpers, van straten, & Warmerdam, 2007) ทำการศึกษาเกี่ยวกับหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า การบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามีการลดอาการซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในประเทศไทยมีการใช้การบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาลดอาการซึมเศร้า เช่น มีการใช้การบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เช่น การศึกษาผลของกลุ่มบำบัดแบบแก้ไขปัญหาลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับการบำบัดแบบแก้ไขปัญหามีระดับอาการซึมเศร้าลดลง เพราะ

โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบแก้ไขปัญหามีการทำให้เกิดเจตคติทางบวก ช่วยให้มีการรับรู้ปัจจัยนำเข้าที่เป็นสถานการณ์ ในชีวิตประจำวันวันเชิงบวกมากขึ้น มีการทบทวนความคิดและความรู้สึกของตนเองและกระบวนการกลุ่มทำให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การร่วมกันหาแนวทางและสร้างทางเลือกที่หลากหลายวิธีการทำนุถึงผลของการนำวิธีไปใช้ การตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดและการนำวิธีนั้นไปลองปฏิบัติที่บ้าน ทำให้อาการซึมเศร้าลดลง (ราตรี ทองยู, 2554) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาลดอาการซึมเศร้าและต่อการฆ่าตัวตาย ทำการศึกษาในผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช มีอาการซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีอายุระหว่าง 20-60 ปี โดยกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดแบบกลุ่มโดยการแก้ไขปัญหา (Problem Solving Therapy (PST)) จำนวน 5 ครั้งๆ 60-90 นาที วันจันทร์-ศุกร์ กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดแบบกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง (Supportive Psychotherapy (SP)) สัปดาห์ละ 5 ครั้งๆ ละ 60 นาที เป็นการบำบัดตามปกติของโรงพยาบาลกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือผู้ที่มีอาการซึมเศร้า ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า กลุ่มที่ได้รับ PST มีทักษะในการแก้ปัญหาเพิ่ม และมีระดับความรุนแรงอาการซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับ SP อย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มที่ได้รับ PST ยังมีต่อการฆ่าตัวตายลดลง และไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในหลังจาก 6 เดือน ส่วนกลุ่ม SP กลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 15.8 (สุวดี ศรีวิเศษ, วัชร หัตถพนม, สายชล ยุบลพันธ์, สโรชา บางแสน, และ อธิภา โคตรนารา, 2556)

ปัจจุบันกรมสุขภาพจิต (2555) ได้สร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานบริการระดับทุติยภูมิ และได้สร้างโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาลดอาการซึมเศร้า และได้ทดลองใช้ลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 11 ราย พบว่า สามารถลดอาการซึมเศร้าได้มากกว่า ร้อยละ 50 และมีผู้ป่วยจำนวน 2 รายที่สามารถลดอาการซึมเศร้าได้หลังจาก 2 สัปดาห์ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม (Konsuk et, al. 2016) อย่างไรก็ตามโปรแกรม กิจกรรมและโปรแกรมไม่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ดังนั้นควรจะมีการปรับให้เหมาะสม

กับลักษณะประชากรและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานนั้นๆ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะดัดแปลงโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไข ปัญหาของกรมสุขภาพจิต (2555) เพื่อให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน เพื่อช่วยลดอาการซึมเศร้าให้มี ประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้า ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ไข ปัญหาแบบกลุ่มในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและ ระยะติดตามผล 1 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้า ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ไข ปัญหาแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อน การทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ไข ปัญหาแบบกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้า ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่า ระยะก่อนการทดลอง

2. ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ไข ปัญหาแบบกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้า ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งในระยะหลังการ ทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีโอกาสมิ้อาการของอาการ ซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ มีการรับรู้ปัญหาในทางลบ (Negative Problem Oriented, [NPO]) และมีการใช้วิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม เช่น การแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น ขาด ความระมัดระวัง และการแก้ปัญหาโดยการหลีกเลี่ยงซึ่งการศึกษา ในครั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงและปรับเปลี่ยนเอกสารประกอบการ บำบัดจากโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไข ปัญหาของกรม สุขภาพจิต (2555) ตามแนวคิดของ เดอซูริลลา และ เนซู (D'Zurilla & Nezu , 2007) และการทบทวนวรรณกรรมทั้ง ในและต่างประเทศโดยให้การบำบัดแบบกลุ่มซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีการรับรู้ปัญหาทางบวก (Positive Problem Oriented, [PPO]) ลดการรับรู้ปัญหาทางลบ (NPO) เพิ่มทักษะการแก้ไข ปัญหาอย่างมีเหตุผล (Rational Problem Solving, [RPS]) ลดการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น ขาดความระมัดระวัง (Impulsive/careless) และการแก้ปัญหาโดยการหลีกเลี่ยง (Avoidance) ให้น้อยลง ช่วยให้ผู้สมาชิกทำความเข้าใจในรูปแบบ ใหม่ ทั้งความหมายของปัญหา การปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อปัญหา มีวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลาย และมีแผนการแก้ปัญหาที่ ชัดเจน รวมทั้งสามารถนำทักษะการแก้ปัญหาไปปรับใช้กับ ชีวิตประจำวันได้ ซึ่งเชื่อว่า การฝึกทำความเข้าใจกับปัญหา (problem orientation) การฝึกการค้นหาปัญหา (problem definition and formulation) การฝึกการสร้างหรือหาทาง เลือกในการแก้ปัญหา (generation of alternative solutions) การฝึกการตัดสินใจ (decision making) การฝึกลงมือแก้ปัญหา และตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (solution implementation and verification) และการคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ไข ปัญหา และการขยายผล (maintenance and generalization) ซึ่งขั้นตอนดังกล่าวจะส่งผลทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดซ้ำ (test-retest)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มาใช้บริการที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรปราการ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด สมุทรปราการ ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2558 ถึง เมษายน พ.ศ. 2559 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่ม ตัวอย่างโดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดลอง สองกลุ่มอิสระต่อกัน (two sampling independent group test) โดยกำหนดเป็นการทดสอบทางเดียว กำหนดขนาดกลุ่ม ตัวอย่างโดยใช้หลักการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวใน การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (Mean) ที่ต้องการทราบว่าค่าที่สนใจ หลักแตกต่างกัน (อรุณ จิรวัฒนกุล, 2552) โดยใช้ค่าเฉลี่ยและ ความแปรปรวนจากงานวิจัยของปทุมยา คำบุญเรือง (2552)

ที่ศึกษาผลของการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาคือภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคจิตตสุราโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่าง คือ

$$n = \frac{2(Z \alpha/e + Z_\beta)^2 \sigma^2}{(\Delta)^2}$$

เมื่อกำหนดให้ type I error เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ ร้อยละ 90 มีความแปรปรวน (σ) = 5 ความแตกต่างในค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม (Δ) = 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 18 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายและการคำนึงถึงอัตราการออกจากการวิจัย (attrition) ของกลุ่มตัวอย่าง จึงมีการเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Burn & Grove, 2005) จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 รายโดยผู้วิจัยจะสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและทดลองสุ่มเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 2 แห่ง เนื่องจากเพื่อการป้องกันกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม แลกเปลี่ยนการบำบัดระหว่างกัน (Contamination)

การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีโรคเรื้อรังทางกายซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งหรือเป็นโรคร่วมตั้งแต่สองโรคขึ้นไป ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง คือ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดลมอักเสบเรื้อรัง หลอดลมอักเสบเรื้อรังธรรมดาและถุงลมโป่งพอง
3. มีระดับคะแนนอาการซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลาง คือ 9-19 คะแนน โดยใช้แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย (Lotrakul & Sumrithe & Saipanish, 2008)
4. สื่อสารได้ปกติ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การพูดและการใช้ภาษาไทยในการสื่อสาร
5. ไม่มีภาวะ cognitive impairment โดยมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน (กรณีมีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา) และมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน (กรณีไม่ได้เรียนหนังสือ) (ประเมินโดยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination: Thai version [MMSE-Thai 2002]) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูง

อายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข)

6. ยินดีให้ความร่วมมือตลอดการศึกษาวินิจฉัยเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าหรือโรคอื่นๆทางจิตเวช

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยของกลุ่มตัวอย่าง (Discontinuation criteria) ดังนี้

1. ไม่สนใจในการเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยต่อ
2. มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกายที่รุนแรงและได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
3. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดได้ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป
4. เสียชีวิตหรือย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย

การศึกษานี้ มีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย จำนวน 23 ราย แต่เมื่อเริ่มการบำบัด มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ราย ไม่สมัครเข้าร่วมงานวิจัยต่อเนื่องจากต้องย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงเหลือ 22 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่
 - 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งสร้างโดยผู้วิจัย เช่น อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา ฐานะของครอบครัว ข้อมูลทางสุขภาพ ประกอบด้วย จำนวนปีที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังทางกาย ชนิดยาที่รับประทานเป็นประจำ การดื่มสุรา
 - 1.2 แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย (Lotrakul, Sumrithe, & Saipanish, 2008) มีข้อความจำนวน 9 ข้อ คะแนนของข้อความแต่ละข้อมี 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย = 0 มีบางวันไม่บ่อย = 1 มีค่อนข้างบ่อย = 2 มีเกือบทุกวัน = 3 ซึ่งค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 ถึง 27 สำหรับการแบ่งระดับอาการซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ คือ 0-4 (ไม่มีอาการซึมเศร้า) 5-8 (มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย) 9-14 (มีอาการซึมเศร้าปานกลาง) 15-19 (มีอาการซึมเศร้าค่อนข้างรุนแรง) 20-27 (มีอาการซึมเศร้ารุนแรง)
 - 1.3 การบำบัดโดยการแก้ไขปัญหากลุ่มซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงและปรับเปลี่ยนเอกสารประกอบการบำบัดจาก

โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาของกรมสุขภาพจิต (2555) เพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า และมีโรคเรื้อรังทางกายร่วม โดยให้การบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหากลุ่มซึ่งเป็นกลุ่มทดลองในการศึกษาครั้งนี้ มีจุดประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าและมีโรคเรื้อรังทางกายร่วม มีการรับรู้ปัญหาทางบวก (Positive Problem Oriented, [PPO]) ลดการรับรู้ปัญหาทางลบ (Negative Problem Oriented, [NPO]) เพิ่มทักษะการแก้ไข้ปัญหาอย่างมีเหตุผล (Rational Problem Solving, [RPS]) ลดการแก้้ปัญหาแบบ หุนหันพลันแล่น ขาดความระมัดระวัง (Impulsive/careless) และการแก้้ปัญหาโดยการหลีกเลี่ยง (Avoidance) ให้น้อยลง ช่วยให้สมาชิกทำความเข้าใจในรูปแบบใหม่ ทั้งความหมาย ของปัญหา การปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อปัญหา มีวิธีการแก้้ปัญหา ที่หลากหลาย และมีแผนการแก้้ปัญหาที่ชัดเจน รวมทั้งสามารถ นำทักษะการแก้้ปัญหามาปรับใช้กับชีวิตประจำวันได้ โดย โปรแกรมมีจำนวน 7 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับทดลอง ได้แก่

2.1 แบบประเมินทักษะการแก้้ปัญหา (สุวดี ศรีวิเศษ, วาณี หัตถพนม, สายชล ยุบลพันธ์, สโรชา บางแสน, และอิงคณา โคตนารา, 2556) ได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด D'Zurilla แบบประเมินมี 23 ข้อ ซึ่งเป็นแบบวัดทักษะในการ แก้้ปัญหา คะแนนคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ คือ 1 = ไม่เห็น ด้วยอย่างยิ่ง 2=ไม่เห็นด้วย 3=เห็นด้วย 4=เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีข้อคำถามทางบวกจำนวน 13 ข้อ (1,2,3,4,5,6,11,12, 13,14,15,16,17) และข้อคำถามทางลบจำนวน 10 ข้อ (7,8,9,10,18,19,20,21,22,23) ซึ่งข้อคำถามทางลบนี้จะให้ คะแนนกลับกันกับข้อคำถามทางบวกสำหรับการแปลผลแบบ ประเมิน คือ คะแนนยิ่งมากแสดงถึงทักษะการแก้ไข้ปัญหา ที่ดีขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1. แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย (PHQ-9) ฉบับ ภาษาไทย (Lotrakul, Sumrithe, & Saipanish, 2008) (CI 0.85 to 0.92) ซึ่งเคยผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาแล้ว และผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงใดๆจึงไม่ได้หาความเที่ยงตรงตาม เนื้อหา

2. แบบประเมินทักษะการแก้้ปัญหา (สุวดี ศรีวิเศษ,

วาณี หัตถพนม, สายชล ยุบลพันธ์, สโรชา บางแสน, และ อิงคณา โคตนารา, 2556) ซึ่งเคยผ่านการหาความตรงตาม เนื้อหาแล้ว และผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงใดๆ จึงไม่ได้หาความเที่ยง ตรงตามเนื้อหา

3. การบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาซึ่งผู้วิจัยได้นำโปรแกรม การบำบัดโดยการแก้้ปัญหาของกรมสุขภาพจิต (2555) โดยมีการดัดแปลงในส่วนของโปรแกรมและใบงาน เพื่อให้มีความ เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยผู้วิจัย นำโปรแกรมและใบงานที่ดัดแปลงแล้ว ไปตรวจสอบหา ค่าความตรงของเนื้อหากับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้น นำมาปรับปรุงแก้ไข้ตามข้อเสนอแนะหลังจากนั้นนำไปทดลอง ใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลแพรกษา จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 1 กลุ่ม จำนวน 7 คน

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability)

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย (Lotrakul, Sumrithe, & Saipanish, 2008) มีค่าความเชื่อมั่น 0.79 ซึ่งผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่ม ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลแพรกษา จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 15 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ .81 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ (Polit & Beck, 2004)

2. แบบประเมินทักษะการแก้้ปัญหา (สุวดี ศรีวิเศษ, วาณี หัตถพนม, สายชล ยุบลพันธ์, สโรชา บางแสน, และ อิงคณา โคตนารา, 2556) มีค่าความเชื่อมั่น 0.86 ซึ่งผู้วิจัยนำไป ตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีคุณสมบัติ ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแพรกษา จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 15 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์หาค่าความ เชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความ เชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ .82 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ (Polit & Beck, 2004)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับรองจาก

คณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลและปฏิบัติตามแนวที่คณะกรรมการกำหนดทุกประการ

ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับความรู้และทักษะที่ใช้ในการบำบัดโดยเข้าร่วมการฝึกการบำบัดโดยการแก้ปัญหา กับ ศ.ดร.ดาราพรรณ ต๊ะปิ่นตา และนอกจากนี้ผู้วิจัยได้ฝึกปฏิบัติการบำบัดโดยการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าและโรคติดสุราในผู้ป่วยจำนวน 1 ราย นอกจากนั้นผู้วิจัยยังฝึกการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มในผู้สูงอายุอีกด้วย

2. ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับการใช้แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย (PHQ-9) ฉบับภาษาไทยให้กับผู้ช่วยวิจัยเพื่อใช้ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มที่เข้าร่วมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

ขั้นการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยยื่นแบบโครงร่างการวิจัย เพื่อเสนอขอรับการพิจารณาการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ขออนุญาตประกอบกิจการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยทำการสุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 1 แห่งคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแพรกษา เพื่อนำโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไข ปัญหาที่ได้ดัดแปลงและได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยผู้วิจัยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไข ปัญหาไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 ราย

4. ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและทดลองโดยสุ่มเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด

สมุทรปราการ จำนวน 2 แห่ง โดยสุ่มได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายบ้านใหม่เป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเทพารักษ์เป็นกลุ่มควบคุม เนื่องจากเพื่อการป้องกันกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม แลกเปลี่ยนการบำบัดระหว่างกัน (Contamination)

5. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรปราการทั้งสองแห่ง และผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

6. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย (PHQ-9) ฉบับภาษาไทยและคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างที่คุณสมบัติตรงตามเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วม กลุ่มละ 22 คน จากนั้นผู้วิจัยทำการจับฉลากแบ่งกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มๆ ละ 7-8 คน

7. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาวิจัย และอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

8. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไข ปัญหาที่ได้ดัดแปลงและผ่านการทดสอบคุณภาพแล้วในกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีการจดบันทึกข้อมูล เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

9. ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนโดยใช้แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา และสอบถามความคิดเห็นในการเข้าร่วมการบำบัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยหาค่าเฉลี่ยร้อยละและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ไข ปัญหาแบบกลุ่มในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือนด้วยสถิติ One-way Repeated ANOVA

โดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนโดยใช้การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในแต่ละระยะระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.30 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 68.18 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 63.60 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 86.40 ศาสนาพุทธ

ร้อยละ 100 ความพึงพอใจของรายได้คือ เพียงพอ ร้อยละ 59.10 ลักษณะของครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 59.10 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 70 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 65 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 65 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 95 ความพึงพอใจของรายได้คือ เพียงพอ ร้อยละ 65 ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 75

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยในกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลองแตกต่างกับระยะหลังการทดลอง ระยะก่อนการทดลองแตกต่างกับระยะติดตามผล 1 เดือน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลาการทดลอง	กลุ่มทดลอง (n=22) $\bar{X}$ (SD)	t	p-value
ก่อนการทดลอง	10.27(1.52)	31.75	.000
หลังการทดลอง	3.82(2.74)	6.54	.000
ติดตามผล 1 เดือน	4.95(2.98)	7.79	.000

* $p < .05$

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		$\bar{D}$	t	df	p
	n	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
กลุ่มทดลอง	22	10.27	1.52	3.82	2.4	6.45	3.56	42
กลุ่มควบคุม	22	8.68	1.52	5.45	3.6	3.22		

* $p < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 10.27 (SD=1.52) ระยะหลังทดลองเท่ากับ 3.82 (SD=2.4) ซึ่งมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 6.45 ส่วนในกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 8.68 (SD=1.52) ระยะหลังทดลองเท่ากับ 5.45 (SD=3.6) ซึ่งมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.22 เมื่อทดสอบความแตกต่างของผลต่างคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ($t=3.56$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลอง เท่ากับ 5.82 (SD=2.40) ระยะติดตามผล 1 เดือนเท่ากับ 4.95 (SD=2.94) ซึ่งมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ -1.13 ส่วนในกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 5.45 (SD=3.60) ระยะติดตามผล 1 เดือนเท่ากับ 5.82 (SD=3.46) ซึ่งมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ -0.36 เมื่อทดสอบความแตกต่างของผลต่างคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและควบคุม ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

	n	หลังการทดลอง		ระยะติดตามผล 1 เดือน		$\bar{D}$	t	df	p
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD				
กลุ่มทดลอง	22	5.82	2.40	4.95	2.94	-1.13	-1.11	37.07	.130
กลุ่มควบคุม	22	5.45	3.60	5.82	3.46	-0.36			

* $p<.05$

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและควบคุม ระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

	n	หลังการทดลอง		ระยะติดตามผล 1 เดือน		$\bar{D}$	t	df	p
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD				
กลุ่มทดลอง	22	10.27	1.52	4.95	2.98	5.32	2.85	42	.003
กลุ่มควบคุม	22	8.68	1.52	5.82	3.46	2.86			

* $p<.05$

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 10.27 (SD=1.52) ระยะติดตามผล 1 เดือนเท่ากับ 4.95 (SD=2.98) ซึ่งมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 5.32 ส่วนในกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 8.68 (SD=1.52) ระยะติดตามผล 1 เดือนเท่ากับ 5.82 (SD=3.46) ซึ่งมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.86 เมื่อทดสอบความแตกต่างของผลต่างคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้ามลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ($t=2.85$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้ามต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาแบบกลุ่มในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาแบบกลุ่มในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) (ตามตารางที่ 1)

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาแบบกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้ามลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ($t=3.56$) (ตามตารางที่ 2)

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาแบบกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้า

ลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างไม่แตกต่างทางสถิติ ($p<.05$) ($t=-1.11$) (ตามตารางที่ 3)

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาแบบกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้ามลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ($t=2.85$) (ตามตารางที่ 4)

ทั้งนี้เนื่องเพราะการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาแบบกลุ่มได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้ามากขึ้น นอกจากนั้นยังมีการฝึกการมองปัญหาในทางบวกและวิธีการแก้ปัญหาแบบมีเหตุผล จากการมอบหมายการบ้านและการบำบัดร่วมกันในชั่วโมงการบำบัด พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีการมองปัญหาในทางลบเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สมรรถภาพร่างกายที่ลดลง ภายหลังจากการค้นหาเกี่ยวกับการมองปัญหาในทางลบ และฝึกการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาโดยทำความเข้าใจต่อปัญหา และมองปัญหาตามความเป็นจริง นำไปสู่การค้นหาสาเหตุของปัญหา หาทางเลือกหรือแนวทางในการแก้ไข้ปัญหาที่หลากหลาย ตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงผลดี ผลเสียและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากทางเลือกหรือวิธีนั้นๆ รวมไปถึงการประเมินผลหลังจากการแก้ไข้ปัญหาตัวอย่างเกี่ยวกับการแก้ไข้ปัญหาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ก็เช่น “ก่อนหน้านี้ ฉันจะตัดสินใจเลือกวิธีที่ฉันคิดออกวิธีแรกเลย ฉันไม่เคยรีรอ ฉันทำวิธีที่ฉันอยากทำ ก่อนหน้านี้ ฉันเคยมีปัญหากับเพื่อนที่ทำงาน ด้วยความที่ฉันใจร้อน ฉันเลยต่อหน้าเพื่อนร่วมงานไปเลย หลังจากนั้นฉันก็ถูกออกจากการงาน ฉันเปลี่ยนงานก็เจอปัญหาแบบเดิมๆ อีก ฉันก็แก้้ปัญหาแบบเดิมๆ บางวันที่ฉันมาทำงานก็เจอเพื่อนในกลุ่มที่พูดไม่เข้าหูฉันหลายคน แต่ฉันก็คิดถึงการแก้ไข้ปัญหาที่เรามาคุยกันหลายๆ ครั้ง ฉันมาคิดถึงผลดี ผลเสียที่จะเกิดขึ้น อย่างน้อยๆ เขาก็เพื่อนบ้านฉัน”

นอกจากนั้นการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของราตรี ทองยู , วรรณมา คงสุริยะนาวัน, อติทยา พรชัย เกตุ โอว ยอง และลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ (2554) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบแก้ไข้ปัญหาต่ออาการ

ซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 60-79 ปี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบแก้ไขปัญหามูลค่า 6 ครั้ง หลังการบำบัดพบว่ากลุ่มทดลอง มีระดับอาการซึมเศร้าลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลอง มีเจตคติด้านบวก มีการรับรู้ปัจจัยนำเข้าที่เป็นสถานการณ์ในชีวิตประจำวันเชิงบวกมากขึ้น เกิดทักษะการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลงได้สอดคล้องกับการศึกษาของนิวส์มาและคณะ (Nieuwsma et al, 2012) ที่ศึกษาการพบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับจิตบำบัดแบบย่อสำหรับการรักษาอาการซึมเศร้า พบว่า การบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพในการรักษาอาการซึมเศร้าในระยะเฉียบพลันได้และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เคิร์คแฮมและคณะ (Kirkham et al., 2016) ซึ่งได้ทำการศึกษาวเคราะห์แบบเมต้าเกี่ยวกับการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่า การบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามูลค่าบุคคลที่มีระยะเวลาในการบำบัด 6-12 สัปดาห์ สามารถลดอาการซึมเศร้าได้

เมื่อศึกษาความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล 1 เดือน ก็พบว่ามีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 2) นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบ ระยะก่อนการทดลอง กับ ระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล 1 เดือนในกลุ่มควบคุม ก็พบว่า มีความแตกต่างกันโดยในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล 1 เดือนคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมก็ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตาม เมื่อดูจากคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน มีคะแนนของอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ดังนั้นอาจจะเกิดจากการที่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้เข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมสันทนาการ กิจกรรมทางศาสนา การออกกำลังกาย ซึ่งอาจส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมลดลง ในขณะที่กลุ่มทดลอง นอกจากจะได้เข้ากลุ่มผู้สูงอายุแล้ว ยังได้เข้ากลุ่มการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาด้วย จึงทำให้คะแนนอาการซึมเศร้าลดลง ซึ่งแบบประเมิน PHQ-9 เป็นแบบประเมินอาการทางคลินิก ดังนั้นการลดลงของคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าจึงน่าจะ

มีผลต่อกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้เข้ากลุ่มการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามูลค่าคะแนนจะไม่แตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้น แสดงให้เห็นว่า แม้ว่าจะไม่มีความแตกต่างกันของคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในทุกระยะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการซึมเศร้าลดลงในกลุ่มทดลองมีมากกว่าในกลุ่มควบคุมซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มการบำบัดแบบแก้ไขปัญหายังมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้า

โดยสรุปเกี่ยวกับการบำบัดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามูลค่ากลุ่ม พบว่า สามารถลดอาการซึมเศร้ารระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง แม้ว่าในกลุ่มควบคุมก็พบการลดลงของคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือนซึ่งต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่เมื่อทดสอบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามูลค่าและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ในระยะหลังการทดลองกับระยะก่อนการทดลอง และในระยะติดตามผล 1 เดือนกับระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามูลค่าลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามูลค่าต่อการลดอาการซึมเศร้าได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการนำรูปแบบโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามูลค่าใช้ในการบำบัดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการเพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิต และมีการขยายผลโดยการทดลองใช้ในผู้ป่วยกลุ่มอายุอื่นที่มีภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการติดตามประเมินผลโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามูลค่าในระยะยาว เช่น ติดตามผลใน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินความคงทนของโปรแกรมที่มีต่อการลดระดับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
2. ควรพิจารณาเพิ่มกิจกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้คะแนนของอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้นในระยะติดตามผล 1 เดือน

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2555). *แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานบริการระดับทุติยภูมิ*. อุบลราชธานี: โรงพิมพ์พระศรีมหาโพธิ์.
- ราตรี ทองยู. (2554). ผลของกลุ่มบำบัดแบบแก้ไขปัญหาคืออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- วลัยพร นันทศุภวัฒน์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์
- ปยุตยาภรณ์ คำบุญเรือง. (2552). ผลของกลุ่มบำบัดแบบแก้ไขปัญหาคืออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, กรมการแพทย์. (2542). *แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับ ภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
- สุนิสา ศรีมออ่อน. (2554). การบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาคืออาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(3), 107 – 116
- สุวดี ศรีวิเศษ, วัชนีย์ หัตถพนม, สายชล ยุบลพันธ์, สโรชา บางแสน, และอิงกญา โคตรนารา. (2556). รายงานวิจัยกลุ่มบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาคืออาการซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชชนรินทร์, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกนันทน์. (2558). *ตำราโรคซึมเศร้า*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา
- อุษา วงษ์อนันต์. (2552). *อัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ*. *วารสารโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนรินทร์*, 9(2), 40-46.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, (8), 77-100.
- Bell, A. C., & D’Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 348-353.
- Burn, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & Utilization* (4thed.). St. Louis: Elsevier Saunders
- Chang, D’Zurilla & Sanna. (2004). *Social Problem Solving: Theory, Research, and Training* Washington, D.C.: American Psychological Association
- Cuijpers, P., Straten, A. V., & Warmerdam, L. (2007). Problem solving therapies for depression: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 22(2007), 9-15.
- D’Zurilla, T. J. (1988). Problem-solving therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognition-Behavioral therapies*. London: Hutchinson
- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2006). *Problem-solving therapy: a positive approach to clinical Intervention*. New York: Springer Publishing.

- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical Intervention*. New York: Springer Publishing.
- Gellis, Z. D., & Kenaley, B. (2008). Problem-solving therapy for depression in adults: A systematic review. *Research on Social Work Practice*. 18(2), 117-131.
- Harris, E. C. & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 170, 205-228.
- Harris, E.C. & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 173(1), 11-53.
- Kirkham, J.G., Choi, N., & Seitz, D. P. (2016). Meta-analysis of problem solving therapy for the treatment of major depressive disorder in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(5), 526-535.
- Kupfer, D. J., Frank, E., & Philips, M. L., (2012). Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *The Lancet*, 379(9820), 1045-1055
- Lotrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*, 8(46), 1-7.
- Nieuwsma et al. (2012). Brief Psychotherapy for Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Psychiatry Med*, 43(2), 129-151.
- Nezu, A. M., & D’Zurilla, T. J., (2002). Problem-solving skills training. In G. Fink (Ed.) *Encyclopedia of stress* (2nd ed.). New York: Elsevier.
- Polit, D. F., & Beck, C.T. (2010). *Nursing research principle and method*. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Schechter, L. E., Ring, R. H., Beyer, C. E., Hughes, Z. A., Khawaja, X., Malberg, J. E., & Lipson, S. R. (2005). Innovative approaches for the development of antidepressant drugs: Current and future strategies. *NeuroRx*, 2(4), 590-611
- Unutzer, J., Katon, W.J., Fan, M. Y., Schoenbaum, M. C., Lin, E. H., Penna, R. D., et al. (2008). Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression. *American Journal of Managed Care*, 14(2), 95-100
- Williams, J. W., Barrett, J., Oxman, T., Frank, E., Katon, W., Sullivan, M., et al. (2000). Treatment of dysthymia and minor depression in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 284(12), 1519-1526.