



กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาใน ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สุวดี ศรีวิเศษ, พย.บ.¹

วัชนี หัตถพนม, พย.ม.¹

สายชล ยุบลพันธ์, พย.ม.¹

สโรชา บางแสง, พย.ม.¹

อิงคณา โคตนาธา, พย.ม.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

วัสดุและวิธีการ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง รูปแบบวัดก่อนและหลังทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อายุระหว่าง 20-60 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม (กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 19 คน) ระยะเวลาในการศึกษาเดือนเมษายน-ธันวาคม ๒๕๕๕ กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดแบบกลุ่มโดยการแก้ปัญหา (problem solving therapy: PST) กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดแบบกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง (supportive psychotherapy: SP) วัดผลด้วยแบบวัดซึมเศร้า แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย และวิเคราะห์ผลทักษะการแก้ปัญหาด้วย multivariate analysis

ผล กลุ่มที่ได้รับ PST มีทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น และมีระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้ามลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับ SP อย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มที่ได้รับ PST มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง และไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในหลังจำหน่าย 6 เดือน ส่วนกลุ่ม SP กลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 15.8

สรุป การบำบัดด้วยกลุ่ม PST เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิผลอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นการพัฒนาบริการในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ช่วยให้ผู้ป่วยนำไปใช้กับชีวิตประจำวันได้ อย่างไรก็ตาม ควรมีการติดตามผลในระยะยาวถึงความคงทนของประสิทธิผลที่เกิดขึ้น

คำสำคัญ : กลุ่มบำบัด ฆ่าตัวตาย ซึมเศร้า

¹ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Problem solving therapy group in patients with depressive symptoms and suicidal risk

Suwadee Sriwiset, B.N.S.¹

Watchanee Hatthapanom, M.Ns¹

Saichon Yubonpan, M.Ns¹

Sarocho Bangsang, M.Ns¹

Ingkata Kotrnara, M.Ns²

Abstract

Objective The purpose of this study was evaluate the effectiveness of problem solving therapy (PST) on depressive and suicidal risk patients.

Materials and methods This study was a randomized control - group pretest and posttest design. The sample were in-patients of Khon-Kaen psychiatric hospital who had psychiatric disorder with depressive symptoms and suicidal risk, age ranged from 20 to 60 years. Randomized sampling technique was used and divided into two groups (experimental group = 20, control group = 19). Data collected during April-December 2012. The experimental group was treated with problem solving therapy (PST). The control group was treated with supportive psychotherapy (SP). The problem solving inventory (PSI), Thai Depression inventory (TDI) and Mini International Neuropsychiatric Interview part C (M.I.N.I.-suicidality) were used evaluation for both group. Data was analyzed by using descriptive statistic, Chi-square, Fisher's exact test and multivariate analysis.

Results The PST group had a significantly greater increasing score in problem solving skills and decreasing severity level of depressive symptoms than those in the SP group. The PST group was decreasing severity level of suicidal risks and no readmission after 6 months follow up, while readmission rate of SP group was 15.8 percent.

Conclusion PST group was an effectiveness therapy for patients with depressive symptoms and suicidal risk. Patients can apply the problem solving skills by themselves daily. However, long term monitoring for the effectiveness stability should be done for further study.

Key words : depression, group therapy, suicide

¹ Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

² Faculty of Nursing, Khonkaen University

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทุกประเทศทั่วโลก สำหรับประเทศไทยมีความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ประมาณร้อยละ 20-40¹ อัตราการฆ่าตัวตาย 6.03 ต่อประชากรแสนคน² การฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้าประมาณร้อยละ 20-35³ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 53.1 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย⁴ การบำบัดรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประกอบด้วยการรักษาทางชีวภาพ เช่น การให้ยารักษาอาการเศร้าหรือยารักษาโรคจิต การรักษาด้วยไฟฟ้า และให้การบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วย เช่น จิตวิเคราะห์ จิตบำบัด ลัทธิพันธุภาพระหว่างบุคคล การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดครอบครัว การให้การปรึกษา จิตบำบัดระดับบุคคล การบำบัดโดยการแก้ปัญหา⁵⁻⁷

การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (problem solving therapy : PST) เป็นการบำบัดอย่างหนึ่งที่ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดังเช่นการศึกษาแบบ meta-analysis ถึงประสิทธิผลของ PST ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าการบำบัดด้วย PST ช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ปัญหาทางบวก และมีการแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผลมากขึ้น ทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกสิ้นหวังลดลง และสามารถแก้ปัญหาได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม^{8,9} มีผู้นำการบำบัดแบบ PST ไปบำบัดอย่างแพร่หลายทั้งการบำบัดแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดด้วย PST ช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวัง และความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่าหลังการบำบัดผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมดีขึ้น¹⁰⁻¹²

ปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ ขาดทักษะในการแก้ปัญหา มีอารมณ์อ่อนไหว ไม่มั่นคง การควบคุมอารมณ์ตนเองทำได้ไม่ดี ซึ่งจะส่งผลต่อการตัดสินใจและการแก้ปัญหา⁵ คณะผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการบำบัดกลุ่ม PST เพื่อบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยทำการบำบัดจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง - 1 ชั่วโมงครึ่ง เป็นระยะเวลา 5 วัน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มีต่อการทักษะการแก้ปัญหา ระดับภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มบำบัดแบบระดับบุคคล

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบวัดก่อนและหลังการทดลอง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (randomized controlled group with pretest and posttest design) และวัดการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยภายในหลังจำหน่าย 6 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม ๒๕๕๕ มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) มีอาการทางจิตสงบ โดยมีคะแนนแบบประเมิน Thai HoNOS¹³ ทุกหัวข้อ 2 คะแนน

- 2) มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน Thai depression inventory (TDI)¹⁴ มีคะแนน 21-34 คะแนน
- 3) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยประเมินจาก Mini International Neuropsychiatric Interview part C (M.I.N.I.-Suicidality)¹⁵ คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป
- 4) สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ ไม่เป็นใบ้ หูหนวก
- 5) สม่ครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ โดยเห็นยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้สูตรการคำนวณเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 ค่า โดยใช้ค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนของตัวแปรภาวะซึมเศร้าจากงานวิจัยของปัญญาคำบุญเรือง¹⁰ โดยใช้สูตร

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

เมื่อกำหนดให้ type I error เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ ร้อยละ 90 มีค่าความแปรปรวน (σ) = 5 ความแตกต่างในค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม (Δ) = 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 18 คนต่อกลุ่ม แต่เพิ่มการชดเชยการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษานี้ ดังนั้นจึงเพิ่มกลุ่มละ 20 คน การสุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัด โดยสุ่มผู้ป่วยเพื่อได้รับการบำบัดเป็นเดือนสลับกันระหว่าง 2 กลุ่ม เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และมีภาวะซึมเศร้ามีจำนวนน้อยในแต่ละเดือน ไม่สามารถดำเนินการบำบัดพร้อมกันทั้ง 2 กลุ่มได้ และเป็นการป้องกันผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มแลกเปลี่ยนการบำบัดขณะพักรักษาอยู่ในตึกเดียวกัน (contamination) ผลการสุ่มการบำบัด กลุ่ม PST ดำเนินการบำบัดในเดือนเมษายน ๒๕๕๕ กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง (sup-

portive psychotherapy group : SP) ดำเนินการบำบัดในเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๕

โปรแกรมการทดลอง (study intervention) โปรแกรมในการบำบัด แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มทดลอง เข้าโปรแกรม PST จำนวน 5 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที วันจันทร์-ศุกร์ เนื้อหาประกอบด้วย ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ พิธีการรับรู้ปัญหาทางบวก ครั้งที่ 2 พิธีระบุและทำความเข้าใจปัญหา ครั้งที่ 3 พิธีรวบรวมทางเลือกในการแก้ปัญหา ครั้งที่ 4 พิธีการตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา และครั้งที่ 5 พิธีการลงมือแก้ปัญหาและประเมินผลการแก้ปัญหา โปรแกรม PST ผู้วิจัยได้พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ D'Zurilla¹⁶ เนื้อหาในการทำกลุ่มได้นำผลการวิจัยของ ปัญญาคำบุญเรือง¹⁰ มาพัฒนาโปรแกรม และได้นำโปรแกรมไปทดลองบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และเจ้าหน้าที่ในหน่วยกลุ่มกิจกรรมบำบัดบำบัดกลุ่มละ 5 ครั้ง โปรแกรมการบำบัดนี้เหมาะสมในการปฏิบัติจริง

กลุ่มที่ 2 กลุ่มควบคุม เข้ารับการบำบัดด้วยกลุ่ม SP สัปดาห์ละ 5 ครั้งๆ ละ 60 นาที ซึ่งเป็นการบำบัดตามปกติของโรงพยาบาลที่บำบัดกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจตนเองและผู้อื่น เรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาและอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม มีขั้นตอนการดำเนินกลุ่มเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้นหรือระยะสร้างสัมพันธภาพต่อกัน ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการหรือระยะที่ช่วยให้สมาชิกเกิดการแก้ไขปัญหา ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มช่วยให้สมาชิกใน

กลุ่ม ประเมินผลความก้าวหน้าการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

ผู้บำบัดแบบกลุ่ม PST เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ผู้วิจัยคนที่ 1) ได้รับการอบรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ทั้งผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม PST และกลุ่ม SP ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้รับการฝึกทักษะการทำกลุ่มบำบัดในผู้ป่วยจิตเวช ในการบำบัดครั้งนี้มีคู่มือสำหรับการบำบัดทั้งกลุ่ม PST และ SP เป็นแนวทางในการดำเนินกลุ่ม

เครื่องมือ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ข้อมูลการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดการแก้ปัญหา (problem solving inventory: PSI) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ D'Zurilla¹⁶ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 30 คน หาความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ได้ค่าเท่ากับ 0.86 แบบประเมินมี 23 ข้อ เป็นแบบวัดทักษะในการแก้ปัญหาโดยมีมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4 คะแนน เห็นด้วย = 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย = 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 คะแนน ข้อคำถามที่เป็นบวกมี 13 ข้อ ข้อคำถามที่เป็นลบให้คะแนนกลับกันมี 10 ข้อ การแปลผลโดยรวมคะแนนทุกข้อ (คะแนนเต็ม 92 คะแนน) คะแนนยิ่งมากแสดงถึงทักษะการแก้ปัญหาที่ดีขึ้น

ส่วนที่ 3 แบบวัดภาวะซึมเศร้า (Thai depression inventory:TDI) ของมานิช หล่อตระกูล¹⁴ มีคำถาม 20 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 คะแนน โดยแปลผลนับจากคะแนนรวม ดังนี้ คะแนน 0-20 ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 21-25 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 26-34 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนน 35 คะแนนขึ้นไปมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมิน M.I.N.I.-suicide ฉบับภาษาไทย แปลและทดสอบความเที่ยงและความเชื่อถือได้ โดยพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ¹⁵ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ คะแนน 0 ไม่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คะแนน 1-8 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อย คะแนน 9-16 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปานกลาง คะแนน มากกว่า 17 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้เก็บข้อมูลวิจัยจำนวน 4 คนเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้อยู่ในทีมวิจัย และไม่ทราบข้อมูลการบำบัดของผู้ป่วย เก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นคนตอบแบบสอบถามเอง ในกรณีที่อ่านหนังสือได้ไม่คล่อง พยาบาลที่เก็บข้อมูลเป็นผู้อ่านให้กลุ่มตัวอย่างตอบ การประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ากลุ่มบำบัดทั้ง 2 กลุ่มประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายวันที่รับไว้รักษา ประเมินภาวะซึมเศร้า และประเมินแบบวัดการแก้ปัญหาก่อนเข้ากลุ่ม 1 วัน

การเก็บข้อมูลในระยะติดตามผลหลังทำกลุ่ม 1 เดือน และ 3 เดือน โดยนัดหมายผู้ป่วยในวันที่มารับยาที่ตึกผู้ป่วยนอก ประเมินทักษะการแก้ปัญหา และภาวะซึมเศร้าจำนวน 4 ครั้ง คือ ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และระยะติดตามผล

หลังการบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือน สำหรับการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประเมิน 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน วัดการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยใน หลังจำหน่าย 6 เดือน รูปแบบการประเมินใช้แบบเดียวกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบตัวแปรเชิงคุณภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มใช้ Pearson's chi-square test หรือ Fisher's exact ส่วนการเปรียบเทียบค่าคะแนนทักษะการแก้ปัญหาที่เวลาต่างๆ ระหว่าง 2 กลุ่ม ใช้ multivariate analysis โดยกำหนดระดับนัยยะสำคัญทางสถิติที่ .05

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรม โดยคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาในมนุษย์ (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หมายเลข 002/2555

ผล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เก็บข้อมูลได้ 39 คน อีกหนึ่งคนติดต่อไม่ได้เนื่องจากไปทำงานต่างจังหวัด เป็นกลุ่ม PST จำนวน 20 คน และกลุ่ม SP จำนวน 19 คน พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การวินิจฉัยโรค ในภาพรวมพบว่าไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาของกลุ่ม PST เพิ่มขึ้นตามเวลาโดยมีค่าเฉลี่ยก่อนทดลอง หลังทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน

เท่ากับ 59.8, 73.6, 77.0 และ 78.9 ตามลำดับ ส่วนกลุ่ม SP พบว่าค่าเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาที่เวลาต่างๆ มีความใกล้เคียงกันคือ 61.9, 62.0, 61.3 และ 58.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 2, ภาพที่ 1) จากการทดสอบ Sphericity test ได้ p-value <.01 แสดงว่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนทักษะการแก้ปัญหาที่เวลาต่างๆ 4 เวลา มีค่าไม่คงที่ จึงวิเคราะห์ด้วย multivariate analysis ซึ่งจะได้ p-value ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและกลุ่ม <.01 p-value ของเวลา <.01 และ p-value ของกลุ่ม <.01 แสดงว่ามีความแตกต่างกันในคะแนนทักษะการแก้ปัญหาระหว่าง 2 กลุ่ม และความแตกต่างนี้เปลี่ยนแปลงตามเวลา กล่าวคือก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของทักษะการแก้ปัญหา 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ช่วงหลังทดลองทันทีกลุ่ม PST มีคะแนนมากกว่ากลุ่ม SP อยู่ 11.6 แล้วเพิ่มเป็น 15.7 และ 20.5 เมื่อติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ตามลำดับ

การเปรียบเทียบระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้า พบว่าก่อนการทดลองกลุ่ม PST ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย หลังการทดลองระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนกลุ่ม SP ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย หลังการทดลอง จำนวนผู้ป่วยกระจายกันไปทั้งระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) หลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยกลุ่ม PST มีระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้ามลดลงมากกว่ากลุ่ม SP (ตารางที่ 3)

การเปรียบเทียบระดับความรุนแรงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่า ก่อนการทดลองระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่ม PST และกลุ่ม SP มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่ม PST ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงระดับมาก หลังการทดลองส่วนใหญ่มีความเสี่ยงเล็กน้อยและไม่มีความเสี่ยง ส่วนกลุ่ม SP ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีความเสี่ยงระดับเล็กน้อย หลังการทดลองส่วนมากมีความเสี่ยงระดับเล็กน้อย มีผู้ป่วยที่

ยังมีความเสี่ยงระดับปานกลาง และระดับมาก ร้อยละ 5.3 และ 10.5 ตามลำดับ แต่เมื่อศึกษาเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของ 2 กลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 4)

การกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลภายหลังจำหน่าย 6 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ ส่วนกลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.8

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดกลุ่ม PST และ SP

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)	กลุ่มควบคุม (n=19)
เพศ		
ชาย	17	14
หญิง	3	5
อายุเฉลี่ยเป็นปี (SD)	32.1(7.3)	31.1(9.2)
สถานภาพสมรส		
โสด	12	13
คู่	6	4
หย่า/ร้าง/หม้าย	2	2
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	7	8
มัธยมศึกษา	8	10
ปวช./ปวส./อนุปริญญา/ปริญญาตรี	5	1
อาชีพ		
ว่างงาน	1	0
รับจ้าง/ค้าขาย	8	8
เกษตรกรรม	9	9
รับราชการ	1	1
นักเรียน/นักศึกษา	1	1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดกลุ่ม PST และ SP (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)	กลุ่มควบคุม (n=19)
รายได้ค่าเฉลี่ยเป็นบาท (SD)	5,400 (8,372.3)	4,075.8 (4,078.7)
การวินิจฉัยโรคครั้งนี้		
โรคจิตและจิตเภท	11	14
โรคซึมเศร้า/ อารมณ์แปรปรวน	4	4
ปัญหาการใช้สารเสพติดและสุรา	5	1

ตารางที่ 2 คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

	ทักษะการแก้ปัญหา: ค่าเฉลี่ย (SD)	
	กลุ่มทดลอง (n=20)	กลุ่มควบคุม (n=19)
ก่อนการทดลอง	59.8 (4.3)	61.9 (4.2)
หลังการทดลองทันที	73.6 (4.5)	62.0 (4.0)
ระยะติดตามผล 1 เดือน	77.0 (5.0)	61.3 (4.3)
ระยะติดตามผล 3 เดือน	78.9 (6.3)	58.4 (4.6)

ตารางที่ 3 ระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน			
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตามผล 1 เดือน	ติดตามผล 3 เดือน
กลุ่มทดลอง (n=20 คน)				
ไม่มี	-	19	20	11
เล็กน้อย	12	1	-	9
ปานกลาง	8	-	-	-
กลุ่มควบคุม (n=19 คน)				
ไม่มี	-	7	14	7
เล็กน้อย	10	5	2	5
ปานกลาง	9	7	3	7
p-value	.64 ^a	<.01 ^b	.02 ^b	.01 ^b

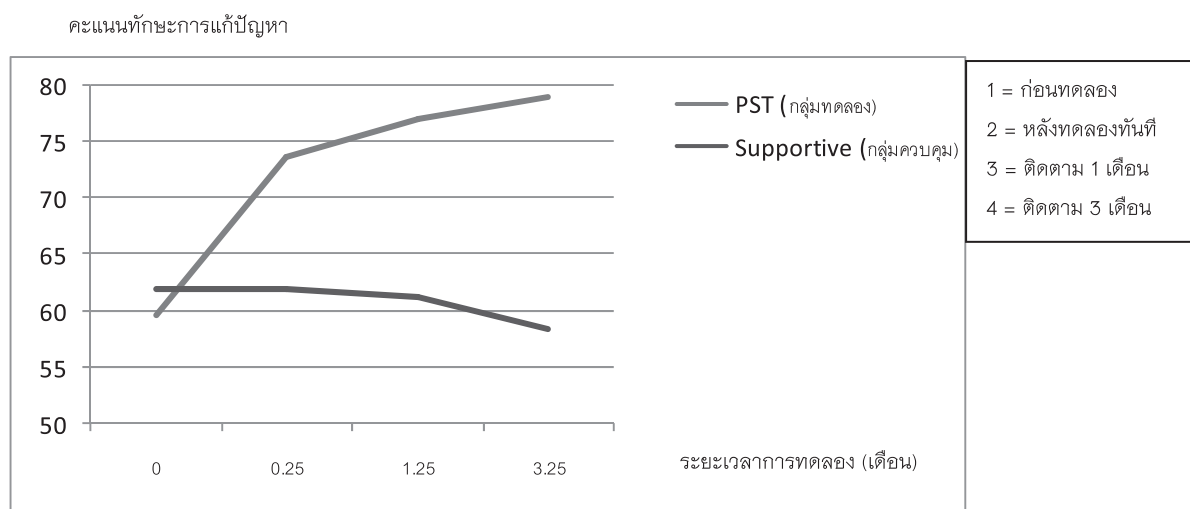
หมายเหตุ : ^aChi-square, ^bFisher's exact

ตารางที่ 4 ระดับความรุนแรงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตาย	จำนวน		
	ก่อนทดลอง	ติดตามผล 1 เดือน	ติดตามผล 3 เดือน
กลุ่มทดลอง (n=20)			
ไม่มี	-	3	2
เล็กน้อย	6	17	18
ปานกลาง	1	-	-
มาก	13	-	-
กลุ่มควบคุม (n=19)			
ไม่มี	-	-	-
เล็กน้อย	12	18	17
ปานกลาง	2	1	-
มาก	5	-	2
p-value	.06 ^a	.23 ^b	.24 ^b

หมายเหตุ : ^aChi-square , ^bFisher's exact

ภาพที่ 1 คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เวลาต่างๆ กัน



วิจารณ์

กลุ่มที่ได้รับ PST มีทักษะการแก้ปัญหาดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับ SP อย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาแบบ meta-analysis ของ Townsend และคณะ⁸ และการศึกษาของ Stewart และคณะ¹⁷ อาจแสดงได้ว่ากระบวนการบำบัดกลุ่ม PST ช่วยให้ผู้ป่วยนำตัวเองเข้าไปแก้ปัญหา ไม่หลีกเลี่ยงปัญหาหรือแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น และกระบวนการกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล มีการรับรู้ปัญหาทางบวก ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น

ผลการศึกษาระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มที่ได้รับ PST ในภาพรวม มีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่ม SP ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา PST ต่อภาวะซึมเศร้าแบบ meta-analysis^{8,9,18} และการศึกษาของ Eskin และคณะ¹² นอกจากนี้ผลการศึกษาของปทุมมา คำบุญเรือง¹⁰ พบว่าผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับ PST ภายหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร่าต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้จากการศึกษาทางจิตวิทยาในผู้ป่วยซึมเศร้าพบว่า การแก้ไขปัญหามิเป็นระบบ ไม่มั่นใจในการแก้ปัญหาของตนเอง และค่อนข้างเป็นฝ่ายรับมากกว่าเป็นฝ่ายดำเนินการ เพื่อแก้ไขปัญหาก็หลว่งเมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น⁵ และในทางคลินิกจะพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร่าหลายรายมักจะคิดว่าปัญหาที่ตนเองประสบจะคงอยู่ตลอดไป ไม่มีทางแก้ไขให้ดีขึ้นได้ มองสถานการณ์ต่างๆ เลวร้ายไปกว่าที่เป็นจริง ไม่สามารถคิดตัดสินใจได้แม้แต่เรื่องง่าย ๆ⁶ ดังนั้นการฝึกการแก้ไขปัญหอย่างเป็นระบบและฝึกการรับรู้ปัญหาทางบวก ในการทดลองครั้งนี้ ทำให้

ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ จึงอาจส่งผลให้อาการซึมเศร้าผู้ป่วยดีขึ้น

ผลการศึกษาระดับความรุนแรงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีข้อจำกัดในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเพราะความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันตั้งแต่ก่อนการทดลอง แต่ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มที่ได้รับ PST มีความเสี่ยงลดลงจากระดับเสี่ยงมากเป็นเสี่ยงเล็กน้อย ส่วนกลุ่มที่ได้รับ SP ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงระดับเล็กน้อย แต่ยังพบความเสี่ยงระดับปานกลางและระดับมาก ซึ่งแนวโน้มที่พบอาจสอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่ทำการบำบัดด้วย PST พบว่าผู้ป่วยมีระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงกว่ากลุ่มควบคุมเช่นเดียวกัน^{11,12,17} และได้ให้ข้อเสนอแนะว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองมาก่อนในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาควรให้บำบัดด้วย PST¹⁹ ซึ่งแนวคิดทางจิตวิเคราะห์ห่มองการฆ่าตัวตายประกอบด้วยหลายปัจจัย เช่น ความหุนหันพลันแล่น ความคิดไม่ยืดหยุ่น ขาดทักษะในการแก้ปัญหา ใช้รูปแบบเดิมๆ ในการปรับตัวต่อปัญหาไม่เห็นแนวทางแก้ปัญหาแบบอื่นๆ⁵ อธิบายได้ว่ากลุ่ม PST ครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ปัญหา มีการฝึกการหยุดและคิดก่อนที่จะตัดสินใจอย่างหุนหันพลันแล่น มีการฝึกพิจารณาทางเลือกหลายๆ ทาง เมื่อเกิดความท้อแท้ใจมีคิดเตือนใจและฝึกการพูดกับตัวเองทางบวก รู้จักขอความช่วยเหลือคนอื่นได้ ทำให้มีทางออกในการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นผลให้ผู้ป่วยกลุ่ม PST มีระดับความรุนแรงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง

ผลการกลับมารักษาค้ำเป็นผู้ป่วยในภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับ PST ไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาค้ำ ส่วนกลุ่มที่ได้รับ SP กลับมารักษาค้ำ ร้อยละ 15.8 ผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการยืนยันถึงผลการบำบัดกลุ่ม PST ที่ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการในขั้นรุนแรงได้

ข้อจำกัดในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ป่วยยังคงได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า ขนาดตัวอย่างที่น้อยและก่อนการศึกษานี้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแตกต่างกัน ในการบำบัดกลุ่ม PST ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มควรมีพื้นฐานในการทำกลุ่มจิตบำบัดมาก่อนเนื่องจากกระบวนการกลุ่มบำบัดจะช่วยให้การทำการกลุ่ม PST มีประสิทธิภาพมากขึ้นและควรศึกษาและทำความเข้าใจโปรแกรมการบำบัดทั้ง 5 ครั้ง จะทำให้เชื่อมโยงโปรแกรมแต่ละครั้งได้ดีขึ้นเกิดผลดีกับผู้ป่วยกลุ่ม

สรุป

การบำบัดด้วยกลุ่ม PST เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นการพัฒนาบริการในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะการแก้ปัญหา ลดภาวะซึมเศร้า ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยใน อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามผลในระยะยาวถึงความคงทนของประสิทธิผลที่เกิดขึ้น

References

1. Vasiknanont S. In: Udomratn P, Mongkol A and Tangseree T.[Editor]. Epidemiology of mental health problem and psychiatric disorder in Thailand. 2nd ed. Songkla: Department of Psychiatry. Prince of Songkla University; 2005.
2. Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Projects help of suicidal risk. Retrived from <http://www.suicidethai.com/report/>. [Jul 2012]
3. Tantipiwatanakul P, Visuratrna S. Suicide: Investigate the cause and prevention. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 1999.
4. Jarassaeng N, Pimpanit V, Maneeganol S, Arunponpaisal S. Suicide Risk in Major Depressive Disorder at the OPD Section in Srinagarind Hospital. J Psychiatr Assoc Thai 2011;56:129-35.
5. Lotrakul M. Suicide: management and prevention. Bangkok: Beyond enterprise; 2010.
6. Lueboonthavatchai O, Lueboonthavatchai P. Psychological treatment for depression disorder. Bangkok: Tanapress; 2010.
7. Soomro GM. Deliberate self-harm and attempted suicide. Clin Evid (online) 2008 Dec 12; Vol.2008.
8. Townsend E, Hawton K, Altman DG, Arensman E, Gunnell D, Hazell P et al. The efficacy of problem-solving treatment after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. Psychol Med 2001;31:979-88.
9. Bell AC, D'Zurilla TJ. Problem solving therapy for depression: A meta-analysis. Clin Psychol Rev 2009;29:348-53.
10. Kumboonrourng P. Effect of problem-solving therapy on depression of patients with alcohol dependence in Suanprung Psychiatric Hospital Chiang Mai Province [Independent study of Master]. Chiang Mai: Faculty of Graduate Studies Chiang Mai University; 2009.

11. Bannan N. Group-base problem-solving therapy in self-poisoning females: a pilot study. *Counsell and Psychother Res.* September 2010;10(3):201-213.
12. Eskin M, Ertekin K, Dermir H. Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. *Cogn Ther Res* 2007;32:227-45.
13. Phuaphanprasert B, Srisurapanont M, Silpakit C, Pannarunothai S, Udomratn P, Alan G et al. Reliability and validity of the Thai Version of Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). *J Med Assoc Thai* 2007;90:2487-93.
14. Lotrakul M, Sukanit P. Development of the Thai Depression Inventory. *J Med Assoc Thai* 1999;1200-7.
15. Kittirattanapaiboon P, Khamwongpin M. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Thai version. *J Ment Health Thai.* 2005;13:51-9.
16. D' Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy: a positive approach to clinical intervention. New york: Springer; 2007.
17. Stewart CD, Quinn A, Plevier S, Emmerson B. Comparing cognitive behavior therapy, Problem solving therapy and treatment as usual in a high risk population. *Suicide Life Threat Behav* 2009;39:538-47.
18. Srirong S, Aueong AP, Seeherunwong A. Problem solving therapy for reducing depressive symptoms in adult: evidence-Based nursing. *Thai J Nurs Council* 2011.26:107-16.
19. Jampatong N. mhGAP intervention guide. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2011.