

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

วันรับ : 19 พฤศจิกายน 2562
วันแก้ไข : 30 มกราคม 2563
วันตอบรับ : 1 กุมภาพันธ์ 2563

อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, ปรด., อรพิน ยอดกลาง, พย.ม.,
วิภาดา คณะไชย, พย.บ., จารุพันธ์ คำชมภู, พย.ม.,
สาคร บุปผาเฮ้า, พย.บ.
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors: PST-PPS)

วิธีการ: ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็นสองระยะ ได้แก่ ระยะพัฒนาโปรแกรม และระยะทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายแบบกลุ่มเดียวจำนวน 34 คน วัดผลก่อนและหลังทดลองทันทีและติดตามผล 1 และ 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ ต้นแบบโปรแกรม PST-PPS แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA)

ผล: โปรแกรม PST-PPS เป็นการบำบัดรายบุคคล มีเป้าหมายหลักเพื่อเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาและลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบว่าสามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา และลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายหลังสิ้นสุดการบำบัด และหลังติดตาม 1 และ 3 เดือน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาสูงขึ้นกว่าก่อนบำบัดจาก 52.91 (95% CI=51.63-54.19) เป็น 60.88 (95% CI=60.26-61.50), 62.29 (95% CI=61.54-63.04) และ 62.58 (95% CI=61.84-63.32) ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงกว่าก่อนบำบัดจาก 19.11 (95% CI=15.51-22.72) เป็น 4.88 (95% CI=2.37-7.39), 2.55 (95% CI=1.71-3.40) และ 2.44 (95% CI=1.59-3.29) ตามลำดับ

สรุป: โปรแกรม PST-PPS เหมาะสมในการใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาและลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้และคงทนอยู่ จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับการจัดบริการจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก

คำสำคัญ: การบำบัดโดยการแก้ปัญหา ความคิดฆ่าตัวตาย พฤติกรรมฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยจิตเวช

ติดต่อผู้นิพนธ์: อัครเดช กลิ่นพิบูลย์; e-mail: tu.akk@hotmail.com

Original article

The development of problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors (PST-PPS)

Received : 19th November 2019

Revised : 30th January 2020

Accepted : 1st February 2020

Akkaradech Klinpiboon, Ph.D., Orapin Yodklang, M.N.S.,

Vipada Kaanachai, N.S., Jarunan Kamchompoo, M.N.S.,

Sakon Bupahouse, N.S.

Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

Abstract

Objective: To develop and evaluate the problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors (PST-PPS).

Methods: The research and development divided into two phases, the first phase was program development and the second phase was an evaluating its effectiveness among 34 psychiatric patients with suicidal thought or behaviors from Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. The study design was one group, measure pre-and post-test results immediately, and within 1 and 3 months follow up. The instruments were PST-PSS treatment programs, problem-solving skills inventory (PSI), M.I.N.I.-suicidality. The data analyzed using repeated measure ANOVA.

Results: The PST-PPS was an individual psychotherapy aimed to increase problem solving skill and decreased suicidal ideations and behaviors for psychiatric patients. The study showed that the average problem-solving score was increased from baseline, immediately after intervention, 1 and 3 months follow up, from 52.91 (95% CI=51.63-54.19) to 60.88 (95% CI=60.26-61.50), 62.29 (95% CI=61.54-63.04), and 62.58 (95% CI=61.84-63.32), and the M.I.N.I.-suicidality score was decreased from 19.11 (95% CI=15.51-22.72) to 4.88 (95% CI=2.37-7.39), 2.55 (95% CI=1.71-3.40), and 2.44 (95% CI=1.59-3.29), respectively.

Conclusion: The PST-PPS was effective in enhance problem-solving skills and reduce thoughts and behaviors among psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors, which should be considered as an optional suicide prevention intervention in outpatient psychiatric service.

Keywords: problem-solving therapy, psychiatric patients, suicidal attempted, suicidal ideation

Corresponding author: Akkaradech Klinpiboon; e-mail: tu.akk@hotmail.com

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุการเสียชีวิตที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกพบการฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ย 10.6 ต่อแสนประชากรต่อปี¹ โดยร้อยละ 75.0 เป็นเพศชาย และส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นและผู้ใหญ่² และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเวชมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 45.0³ เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงสูงสุดเป็นอันดับหนึ่ง⁴ รองลงมาเป็นกลุ่มที่ใช้สุราและสารเสพติด² การดื่มสุราอย่างหนักสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะการดื่มสุราในปริมาณสูง⁵ ผู้มีปัญหาการดื่มสุราเมื่ออัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย สูงถึงร้อยละ 7.0⁶ และหากผู้ป่วยสุราที่มีโรคซึมเศร้าวร่วมด้วยจะยิ่งมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่มโรคซึมเศร้า⁷ ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตายสำเร็จถึงร้อยละ 13.8 ซึ่งสูงกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า⁸ จากรายงานสถานการณ์การทำร้ายตนเองของประเทศไทยในปี 2560 พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ทำร้ายตนเองจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จจะระยะหนึ่งปีหลังการทำร้ายตนเองครั้งแรกเพิ่มขึ้นเป็น 100 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป⁹ และแนวโน้มการฆ่าตัวตายจะสูงขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น⁹

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชให้บริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสำหรับผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน และเป็นหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายจากกรมสุขภาพจิตให้เป็นศูนย์พัฒนาวิชาการด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ จากการทบทวนผลการปฏิบัติงานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2557-2561)¹⁰ การจัดบริการผู้ป่วยนอกจิตเวชของ

โรงพยาบาล มีการคัดกรองความเสี่ยงการฆ่าตัวตายด้วยคำถาม 3 คำถาม ได้แก่ 1) ในสามเดือนที่ผ่านมา คุณเคยพยายามฆ่าตัวตายใช่หรือไม่ 2) ในสามเดือนที่ผ่านมา คุณเคยคิดอยากตาย (ปรารถนาที่จะตาย)/เคย คิดฆ่าตัวตาย/วางแผนฆ่าตัวตายหรือไม่ และ 3) ในสามเดือนที่ผ่านมาคุณเคยทำร้ายตัวเองหรือไม่ หากตอบใช่ข้อใดข้อหนึ่งจะประเมินซ้ำด้วยเครื่องมือ Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย หมวด suicidality หากพบว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในทุกระดับแพทย์จะประเมินปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องแล้วรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยินยอมรับการรักษาและ/หรือญาติดูแลได้ จะถูกส่งต่อมาที่ศูนย์จิตประภัสร์ เพื่อบำบัดทางจิตสังคมแบบผู้ป่วยนอกตามโปรแกรม เช่น cognitive behavioral therapy (CBT), Satir's, mindfulness-based therapy and counseling (MBTC), motivational interviewing (MI) หรือ psychoeducation อย่งไรก็ตาม จากการติดตามผลลัพธ์การบำบัดของศูนย์จิตประภัสร์ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำกลับมารับบริการร้อยละ 2.8-14.4 แสดงให้เห็นว่าการฆ่าตัวตายซ้ำยังเป็นปัญหาสำคัญและหน่วยงานยังไม่มีรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมปัญหาและสาเหตุของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าสถานการณ์ความเครียดและปัญหาในชีวิตประจำวัน ทักษะการแก้ปัญหาที่ไม่ดี พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น และอาการทางจิตเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ไปสู่การฆ่าตัวตาย อย่งไรก็ตามมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า การบำบัดทางจิตสังคมมีประสิทธิภาพต่อการ

ลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช¹¹ โดยเฉพาะการบำบัดโดยการแก้้ปัญหา (problem-solving therapy: PST) จะเป็นวิธีการบำบัดที่ช่วยบรรเทาความทุกข์และความเศร้าโศกในผู้ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย¹² เช่นเดียวกับ Brown และคณะ¹³ ที่พบว่า PST การช่วยลดระดับความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย แก้้ไขพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ และเสริมสร้างความรู้สึกในควมมีศักยภาพของตนเองและการพึ่งพาตนเอง โดยมีจุดเด่นที่มุ่งเน้นการบำบัดไปที่การปรับมุมมองปัญหาในทางลบให้เป็นทางบวก เพิ่มทักษะการแก้้ปัญหาให้มากขึ้นแม้จะมีปัญหาจิตเวชมาก่อน¹⁴ และเป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคมแบบสั้นที่น่าสนใจในประสิทธิภาพ และง่ายต่อการเรียนรู้ ไม่ต้องมีการฝึกอบรมที่ยาวนาน¹⁵ จึงที่มีความเหมาะสมต่อการแก้้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เพิ่มการพึ่งพาตนเองและทักษะการแก้้ปัญหาและส่งเสริมความรู้สึกในควมมีศักยภาพของตน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมบำบัดโดยการแก้้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ดำเนินการตั้งแต่ เดือนมิถุนายน 2561 ถึงเดือนธันวาคม 2562 แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ¹⁶ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาโปรแกรมประกอบด้วย 4 กระบวนการ ได้แก่

1) ศึกษาสภาพการณ์ วิเคราะห์ปัญหา และประเมินความต้องการจำเป็น ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงตุลาคม 2561 โดยศึกษาสภาพการณ์ของหน่วยงานสำรวจข้อมูลการให้บริการที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายย้อนหลัง 5 ปี ศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพผู้บำบัดทางจิตสังคมถึงแนวปฏิบัติในการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่ใช้ในปัจจุบันและผลลัพธ์ ปัญหาและสาเหตุที่พบจากการให้บริการ และข้อเสนอแนะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดเพื่อแก้้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย และทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดโดยการแก้้ไขปัญหา (PST) ที่พบว่ามียุทธวิธีที่ดีต่อการเพิ่มทักษะแก้้ไขปัญหาและลดความคิดฆ่าตัวตาย

2) พัฒนาโปรแกรมบำบัดต้นแบบโปรแกรมบำบัดโดยการแก้้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors; PST-PPS) ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2562 โดยประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดโดยการแก้้ไขปัญหา (PST) และทีมจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อพัฒนาโปรแกรมต้นแบบที่อ้างอิงกรอบแนวคิดกระบวนการแก้้ไขปัญหาตาม 5 Factors Model¹⁷ และดัดแปลงมาจากโปรแกรมบำบัดโดยการแก้้ไขปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า¹⁸ ที่ประกอบด้วย การรับรู้ปัญหาทางบวก การรับรู้ปัญหาทางลบ การแก้้ไขปัญหาโดยการหลีกเลี่ยง การแก้้ไขปัญหาอย่างหุ่นยนต์ พลันเล่น และการแก้้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผล โดยปรับปรุงเทคนิคการบำบัดและขั้นตอนที่ยืดยาวให้สั้นลงและเข้าใจได้ง่าย สะดวกต่อการนำไปใช้จริง และ

ปรับเป้าหมายหลักของโปรแกรมฯ เป็นเพื่อปรับเปลี่ยนมุมมองปัญหาทางลบเป็นมุมมองทางบวกตามความเป็นจริงต่อปัญหาที่มีอยู่ และลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย หลังจากนั้นฝึกอบรมทักษะการบำบัดด้วย PST แก่พยาบาลจิตเวช 16 คน ทีมนักวิจัย 5 คน สรุปผลและประเมินร่างต้นแบบโปรแกรมบำบัด PST-PPS โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีดำเนินการ และการประเมินผล ได้ค่า CVI=0.96

3) ตรวจสอบประสิทธิผลต้นแบบโปรแกรมบำบัด PST-PPS เพื่อประเมินความเป็นไปได้และประสิทธิผลต่อการเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาและลดระดับความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และนำปัญหาและอุปสรรคจากการบำบัดมาปรับปรุงโปรแกรม PST-PPS ในเดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ. 2562 โดยประชุมทีมนักวิจัยบำบัดเพื่อทบทวนการบำบัดตามโปรแกรมฯ นักวิจัยผู้บำบัดเป็นพยาบาลจิตเวชที่สมัครใจและผ่านการอบรมและฝึกทักษะปฏิบัติตามมาตรฐานจำนวน 5 คน หลังจากนั้นให้นักวิจัยบำบัดทดลองบำบัดรายบุคคลตามขั้นตอนโปรแกรมบำบัด PST-PPS ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายจำนวน 10 คน เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิผล ข้อจำกัด ปัญหา และอุปสรรคจากการบำบัดตามโปรแกรมฯ

4) ปรับปรุงต้นแบบโปรแกรมบำบัด PST-PPS ให้สมบูรณ์เหมาะสมกับบริบทตรงตามประเด็นปัญหาของกลุ่มเป้าหมายโดย ประชุมสรุปผลต้นแบบโปรแกรม PST-PPS และจัดทำคู่มือโปรแกรมบำบัด PST-PPS ฉบับปรับปรุง ซึ่งโปรแกรม PST-PP เป็น การบำบัดแบบรายบุคคล ใน 3 ขั้นตอน จำนวน 1-6 ครั้ง ครั้งละ 45-90 นาที ห่างกัน 1-3 วัน สัปดาห์ละ

1-3 ครั้ง ใน 1-3 สัปดาห์ **ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ** **แห่งความไว้วางใจ**ในครั้งที่ 1 **ระยะเริ่มต้นการบำบัด** **ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้กับผู้รับการบำบัดเรื่องการ** **แก้ไขปัญหา** ในครั้งที่ 2 **ทำความเข้าใจกับปัญหา** **แนวคิดในการแก้ไขปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา** **ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดโดยการแก้ปัญหา** โดยครั้งที่ 3 **ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ฝึกตั้งเป้าหมายใน** **การแก้ไขปัญหาที่ตรงกับความเป็นจริง ฝึกสร้าง** **ทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ฝึกการตัดสินใจ และฝึก** **แก้ปัญหา** ครั้งที่ 4 **ฝึกการแก้ปัญหาและตรวจสอบ** **ผลการแก้ปัญหา** ครั้งที่ 5 **ฝึกลงมือแก้ปัญหาและ** **ตรวจสอบผลการแก้ปัญหา** ครั้งที่ 6 **สรุปผลการ** **แก้ปัญหา คงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหา และยุติการ** **บำบัด** โดยเพิ่มการฝึกทักษะแก้ปัญหาซ้ำๆ ของ **ขั้นตอนที่ 3** ในครั้งที่ 4 และ 5 และมุ่งเน้นการ **ฝึกทักษะทางสังคม**เพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้รับ **ประสบการณ์ที่มากที่สุด ลดกิจกรรม home work** **ให้เหลือเพียง 2 ครั้ง และลดความซ้ำซ้อน**โดยนำมา **เล่าประสบการณ์แทน** หลังจากนั้นพัฒนาทักษะ **ผู้บำบัดพยาบาลจิตเวชให้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการ** **บำบัดโดยการแก้ปัญหา รวมถึงวิธีการใช้เครื่องมือ** **และการประเมินผล**

ระยะที่ 2 เป็นการทดสอบประสิทธิผลของ **โปรแกรม** ในช่วงเดือนมิถุนายน-ตุลาคม พ.ศ. 2562 **โดยเป็นการทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและ** **หลังทดลองทันทีและหลังติดตามผล 1 และ 3 เดือน** **ประชากรเป้าหมายเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและ** **พฤติกรรมฆ่าตัวตาย และมารับการบำบัดแบบผู้ป่วย** **นอกที่ศูนย์จิตประภัสร์ ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณ** **จากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบก่อนการวิจัย** **(priori power analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power**

3.1 กำหนดให้มีค่าการวิเคราะห์แบบ two tails, effect size $d_z = 0.5$, α err prob = 0.05 และ Power ($1-\beta$ err prob) = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 34 คน ใช้เกณฑ์คัดเข้าคือ 1) เป็นผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) หรือกลุ่มที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19) 2) อายุ 20-60 ปี 3) คะแนน brief psychiatric rating scale (BPRS) ≤ 36 คะแนน คะแนน M.I.N.I. หมวด suicidality ≥ 9 คะแนนขึ้นไป ระดับทักษะการแก้ปัญหา (problem solving inventory: PSI ≤ 58 คะแนน) และ Thai mental status examination (TMSE) ≥ 24 คะแนน และใช้เกณฑ์คัดออกจากกลุ่มตัวอย่างกรณีที่มีโรคร่วมทางกายหรือออกจาก การบำบัดก่อนครบเวลาหรือไม่ตอบแบบประเมิน

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรม PST-PPS ที่พัฒนาขึ้น ประเมินผลหลังการบำบัดทันที และหลังติดตามผล 1 และ 3 เดือน ด้วยแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (PSI) 23 ข้อ¹⁹ มีค่าความเชื่อมั่น = 0.71 แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I. หมวด suicidality)²⁰ มีค่าความเชื่อมั่น = 0.80 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้บำบัดหลักเป็นพยาบาลจิตเวช 3 คน ที่มีประสบการณ์บำบัดทางจิตสังคมอย่างน้อย 5 ปี ผ่านการฝึกทักษะการบำบัดด้วย PST-PPS ผู้ช่วยเก็บข้อมูลและติดตามประเมินผลหลังการบำบัดเป็นพยาบาลจิตเวช 3 คน ผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือต่างๆ ในการประเมินผลลัพธ์การบำบัด และไม่มีส่วนร่วมในการ

บำบัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA) งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ รหัสโครงการ 014/2561 ลงวันที่ 17 ธันวาคม 2561 การเข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างไปตามความสมัครใจ

ผลการศึกษา

ผลของโปรแกรมบำบัด PST-PPS มีลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 34 คน ดังตารางที่ 1 จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำพบว่า แนวโน้มความแตกต่างและความคงทนในประสิทธิภาพของโปรแกรมบำบัด PST-PPS พบว่า คะแนนเฉลี่ย PSI เพิ่มขึ้นมากกว่าในระยะก่อนทดลองและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหลังติดตาม 1 และ 3 เดือนและคะแนนเฉลี่ย M.I.N.I.-suicidality พบว่า ลดลงกว่าในระยะก่อนทดลองและมีแนวโน้มลดลงหลังติดตาม 1 เดือนและ 3 เดือน แสดงดังภาพที่ 1

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา (PSI) และคะแนนเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I. หมวด suicidality) จากการประเมิน 4 ครั้ง คือ ก่อนและหลังการทดลอง และหลังติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน ในภาพรวมการวัดทั้ง 4 ครั้งนี้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ($F=134.39$, $p<.001$, Effect size=.80) ($F=60.50$, $p<.001$, Effect size=.65) ดังตารางที่ 2 และการวัดทั้ง 4 ครั้ง มีค่าเฉลี่ยที่แตกต่างกันโดยมีค่าช่วงความเชื่อมั่น (95% Confidence Interval) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=34)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	17	50.0
	หญิง	17	50.0
อายุ	20 - 29 ปี	19	55.9
	30 - 39 ปี	5	14.7
	40 - 49 ปี	7	20.6
	50 - 60 ปี	3	8.8
	$\bar{X} = 31.61, SD=12.04, Min= 20 Max=59$		
สถานะภาพสมรส	โสด	20	58.8
	สมรส	9	26.5
	หม้าย หย่าร้าง	5	14.7
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	12	35.3
	มัธยมต้น	4	11.8
	มัธยมปลาย/ปวช./ปวส.	11	32.3
	ปริญญาตรีขึ้นไป	7	20.6
อาชีพ	นักเรียน/นักศึกษา	8	23.5
	เกษตรกร	7	20.6
	ค้าขาย/รับจ้าง	10	29.4
	รับราชการ	1	2.9
	ว่างงาน	8	23.5
การวินิจฉัยโรค	Depressive episode (F32)	21	61.8
	Mental and behavioural disorders due to use of alcohol (F10)	5	14.7
	Mental and behavioural disorders due to of other stimulants including caffeine (F15)	5	14.7
	Mental and behavioural disorders due to multiple drug use and use of other psychoactive substances (F19)	3	8.8
ประวัติ	มีประวัติการฆ่าตัวตาย	15	44.1
	ไม่มีประวัติการฆ่าตัวตาย	19	55.9
ระยะเวลาที่มี	1 เดือน หรือน้อยกว่า	10	29.4
ความคิดฆ่าตัวตาย	> 1 เดือน ถึง 6 เดือน	5	14.7
	> 6 เดือน ถึง 1 ปี	4	11.8
	> 1 ปี ขึ้นไป	15	44.1

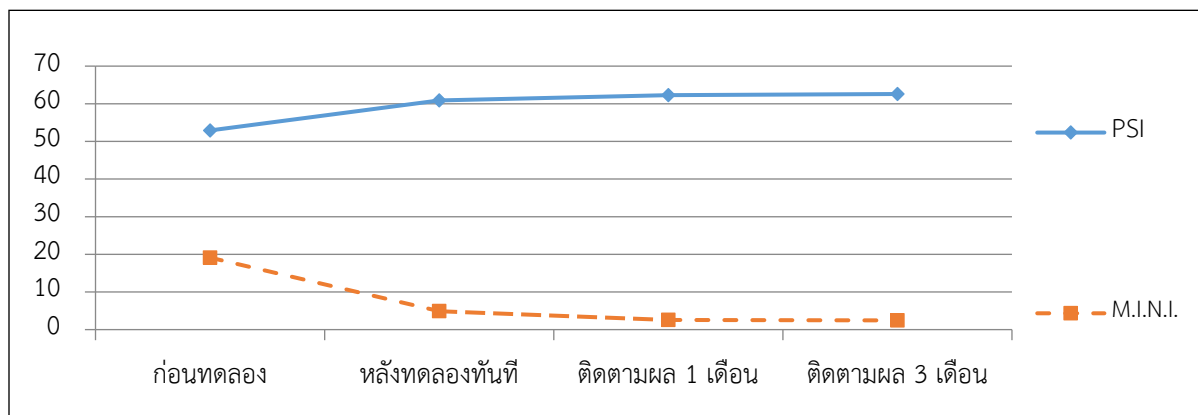
ตารางที่ 2 ความแปรปรวน PSI และ M.I.N.I.-suicidality ก่อนและหลังทดลองทันทีและหลังติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน (n=34)

แหล่งความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	p-value	Partial Eta Squared
PSI	2126.55	1.19	1775.18	134.39	.000	.80
Error (PSI)	522.19	39.53	13.21			
M.I.N.I.-suicide	6513.67	1.71	3810.21	60.50	.000	.65
Error (MINI-suicide)	3552.82	56.41	62.97			

*มีนัยสำคัญที่ .05

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย PSI และ M.I.N.I.-Suicidality ก่อนและหลังทดลองทันทีและหลังติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน (n=34)

คะแนนเฉลี่ย		ก่อนทดลอง	หลังทดลองทันที	ติดตาม 1 เดือน	ติดตาม 3 เดือน	
PSI	Mean	52.91	60.88	62.29	62.58	
	Std. Deviation	3.66	1.77	2.15	2.11	
	95% Confidence Interval	Lower Bound	51.63	60.26	61.54	61.84
	Upper Bound	54.19	61.50	63.04	63.32	
M.I.N.I.-suicide	Mean	19.11	4.88	2.55	2.44	
	Std. Deviation	10.33	7.19	2.41	2.43	
	95% Confidence Interval	Lower Bound	15.51	2.37	1.71	1.59
	Upper Bound	22.72	7.39	3.40	3.29	



ภาพที่ 1 กราฟแสดงคะแนนเฉลี่ย PSI และ M.I.N.I.-suicidality ก่อนและหลังทดลองทันที และหลังติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน

วิจารณ์

ผลของการบำบัดด้วย PST-PPS พบว่า หลังสิ้นสุดการบำบัดและ หลังติดตามผล 1 และ 3 เดือน คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาสูงขึ้น แสดงถึงทักษะการแก้ปัญหาดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Ajtay และคณะ²¹ ที่พบว่าโปรแกรม PST ในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายสามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการบำบัดด้วย PST-PPS ช่วยฝึกให้บุคคลเป็นผู้แก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้ผลลัพธ์อย่างแท้จริงตามวิธีการ ที่ละขั้นตอน ด้วยกระบวนการระบุปัญหาและปรับใช้วิธีการแก้ปัญหาในแต่ละวัน และเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาโดยการ ใช้เหตุผล (rational problem solving) ให้มากขึ้น และช่วยลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลงได้ โดยให้ ผู้มีความคิดฆ่าตัวตายและผู้ที่เคยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สามารถกำกับตนเอง ปรับมุมมองในการแก้ปัญหาและหาวิธีในการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล และมีการวางแผนที่ดีจนสามารถลดความคิดการฆ่าตัวตาย และในโปรแกรมนี้มุ่งเน้นการฝึกแก้ปัญหาซ้ำๆ และมุ่งเน้นการฝึกทักษะทางสังคมเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับประสบการณ์ที่มากขึ้น เช่นเดียวกับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในรูปแบบ I.T.C.H. ของ Wenzel และคณะ²² ได้แก่ I คือ การระบุปัญหา (identify the problem) T คือ คิดวิธีแก้ปัญหที่เป็นไปได้ (think of possible solutions) C คือ เลือกวิธีการที่เป็นไปได้ (choose a possible solution) และ H คือ การสรุปผลว่า จะทำอะไร (how did it work?/evaluate)

การศึกษานี้พบว่า การบำบัดด้วย PST-PPS สามารถลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ลงได้ โดยพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ย M.I.N.I. หมวด suicidality ลดลงหลังได้รับการบำบัดทันทีและหลังติดตามผล 1 และ 3 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ Gustavson และคณะ²³ ที่พบว่า การบำบัดด้วย PST มีประสิทธิภาพต่อการลดการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Eskin และคณะ²⁴ ที่พบว่า PST มีประสิทธิภาพต่อการบำบัดรักษาการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นและหนุ่มสาว และการศึกษาในประเทศไทยโดย สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ¹⁹ ที่พบว่า PST เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิผลลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่างกันที่การศึกษานี้ได้ศึกษาในผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติดรวมด้วย

นอกจากนี้ PST-PPS ยังมีความคงทนในประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการลดความคิดฆ่าตัวตายที่พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Choi และคณะ²⁵ ที่รายงานว่า PST ได้แสดงให้เห็นว่าความคิดฆ่าตัวตายได้ลดต่ำลงในระยะติดตามผล ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการบำบัดด้วย PST-PPS จะช่วยให้มีการคิดแบบมีเหตุมีผลและให้มีการฝึกทักษะแก้ปัญหาซ้ำๆ ทำให้ช่วยลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลง แม้ว่าการศึกษานี้ยังไม่สามารถติดตามถึงการฆ่าตัวตายซ้ำ แต่มีหลายการศึกษาที่พบว่า PST ช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีโอกาสรายตัวเองซ้ำน้อยลง^{26,27} โดยเสริมสร้างความรู้สึกมีศักยภาพและการพึ่งพาตนเอง และเสนอให้ใช้ PST เป็นทางเลือกในการแก้พฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ²⁸

โปรแกรม PST-PPS พัฒนา ขึ้นเพื่อการบำบัดแบบรายบุคคลสอดคล้องกับ Kiosses และ Alexopoulos²⁹ ที่เสนอว่า PST เหมาะกับการบำบัดรายบุคคลแต่ก็ใช้บำบัดในรูปแบบกลุ่มได้ และมีข้อแตกต่างจากโปรแกรมบำบัด PST อื่นๆ โดยได้เพิ่มเทคนิคการลดอารมณ์ทางลบ ผีกรามีสติ และลดการมอบหมายการบ้านที่ผู้รับการบำบัดรู้สึกเบื่อหน่ายมาเป็นการฝึกทักษะการแก้ปัญหาซ้ำๆ ในช่วงเวลาที่ได้รับการบำบัด โดยผู้รับการบำบัดได้แสดงออกถึงความพึงพอใจและยอมรับต่อวิธีการบำบัดและการได้ฝึกทักษะแก้ปัญหาซ้ำๆ สอดคล้องกับ Barnes และคณะ³⁰ ที่พบว่าผู้รับการบำบัดด้วย PST มีความพึงพอใจสูงและเห็นในคุณค่าของการบำบัด นอกจากนี้ยังพบว่าการบำบัดที่สั้นลงเพียง 3 ขั้นตอน จำนวน 1-6 ครั้ง ช่วยให้ผู้รับการบำบัดพึงพอใจและร่วมมือในการบำบัด ซึ่งเหมาะกับบริบทที่มีความหลากหลายในปัญหาทางจิตเวช สอดคล้องกับ Beaudreau และคณะ¹⁴ ที่พบว่า PST ใช้บำบัดความวิตกกังวล หรือการรักษาอาการทางจิตในผู้ป่วยที่จิตเวชได้ ซึ่งโปรแกรม PST-PPS จะเน้นการบำบัดให้สามารถแก้ปัญหาหรือมีทักษะแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น ช่วยลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลงได้ แต่การบำบัดด้วย PST ในผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีขั้นตอนที่มากกว่าและใช้ระยะเวลาที่ยาวนานกว่าแต่มีเป้าหมายเพียงเพื่อลดอาการซึมเศร้าเท่านั้น

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดคือเป็นการทดลองในกลุ่มเดี่ยววัดก่อนและหลังการบำบัด และมีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างน้อย และจำกัดเฉพาะบางโรค และไม่สามารถควบคุมปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย เช่น อาการทางจิต ความรุนแรงของโรค การใช้ยารักษา แหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ

การขยายผลโปรแกรม PST-PPS สามารถนำไปใช้ในงานประจำของศูนย์จิตประภัสร์ หรือนำไปใช้ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช การศึกษาเพิ่มเติมควรมีการทดลองใช้ในบริบทของโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ รวมถึงการศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพผู้บำบัดและการพัฒนาเครื่องมือประเมินการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาที่สอดคล้องกับองค์ประกอบของกระบวนการแก้ปัญหา

สรุป

โปรแกรมบำบัด PST-PPS ช่วยเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหา และช่วยสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการปัญหา ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีการจัดการกับปัญหาและมีทักษะการแก้ไข้ปัญหาในเชิงบวกมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ รศ.ดร.พงษ์เดช สารการ และคุณประหยัด ประภาพรหม ที่ได้ให้คำปรึกษาด้านการวิจัย

ความรู้เดิม: การบำบัดด้วย PST มีประสิทธิผลต่อการลดอาการซึมเศร้า

ความรู้ใหม่: โปรแกรม PST-PPS มีความเหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชและกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ด้วยการฝึกให้มีมุมมองเชิงบวกและมีความเชื่อมั่นว่าจะจัดการกับปัญหาได้ มีประสิทธิผลต่อการเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาและลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตายได้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: PST-PPS สามารถใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดรักษาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรม ฆ่าตัวตาย

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Suicide data [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2018 May 18]. Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en
- World Health Organization. Suicide data. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2018 Oct 15]. Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en
- Hawton, Saunders & O'Connor. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012;379: 2373-82. doi:10.1016/S0140-6736(12)60322-5.
- Sharifi V, Eaton WW, Wu LT, Roth KB, Burchett BM, Mojtabai R. Psychotic experiences and risk of death in the general population: 24-27 years follow-up of the Epidemiologic Catchment Area study. *Br J Psychiatry*. 2015;207:30–6. doi:10.1192/bjp.bp.113.143198.
- Borges G, Benjet C, Orozco R, Medina-Mora ME, Menendez D. Alcohol, cannabis and other drugs and subsequent suicide ideation and attempt among young Mexicans. *J Psychiatr Res*. 2017;91:74–82. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.02.025.
- Moreira CA, Marinho M, Oliveira J, Sobreira G, Aleixo A. Suicide attempts and alcohol use disorder. *European Psychiatry*, 2015;30:521. doi:10.1016/S0924-9338(15)30409-0.
- วินัย รอบคอบ, สมบัติ สกุลพรรณ, พรรษา เศรษฐบุปผา. ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น [Depression, alcohol drinking behaviors, and suicidal risks of adolescents]. *พยาบาลสาร*. 2561;45:144-158.
- กรมสุขภาพจิต. รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทย 2560 [GIS Report 2560] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2562 [สืบค้นเมื่อวันที่ 13 ธ.ค. 2561]. จาก: <https://dmh.go.th/report/map/>.

9. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ภาวะสังคมไทยไตรมาสสองปี 2560 [Social situation and outlook 2560] [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 13 ธ.ค. 2561] จาก: https://social.nesdc.go.th/social/Portals/0/Documents/รายงานภาวะสังคม%20Q2-2560_final_243.pdf
10. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานประจำปี 2561 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. [Annual Report JVKK 2561]. ขอนแก่น: โรงพยาบาล; 2561.
11. Donker T, Calear A, Grant JB, Spijker B van, Fenton K, Hehir KK, et al. Suicide prevention in schizophrenia spectrum disorders and psychosis: a systematic review. *BMC Psychol.* 2013;1:6. doi:10.1186/2050-7283-1-6.
12. National Registry of Evidence-Based Programs and Practices: NREPP. Problem-Solving Therapy (PST). Massachusetts: Suicide Prevention Resource Center; 2018 [cited 2018 Oct 15]. Available from: <http://impact-uw.org/training/>.
13. Brown GK, Jager-Hyman S. Evidence-based psychotherapies for suicide prevention: future directions. *Am J Prev Med.* 2014;47(3 Suppl 2):S186-94. doi:10.1016/j.amepre.2014.06.008.
14. Beaudreau SA, Gould CE, Sakai E, Huh JWT. Problem-Solving Therapy. In: Pachana N. (eds) *Encyclopedia of Geropsychology*. Singapore: Springer. 2015.
15. Gask L. Problem-solving treatment for anxiety and depression: a practical guide. *The British Journal of Psychiatry*, 2006;189:287-8.
16. กิตติยา วงษ์ชนธ์. รูปแบบการวิจัยเชิงนวัตกรรม (R&D, D&D, AR, R2R) โครงการฝึกอบรม “สร้างนักวิจัยรุ่น” (ลูกไก่) รุ่นที่ 5 ปี 2560 [Innovative research patterns] [อินเทอร์เน็ต]. อุบลราชธานี: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ส.ค. 2561]. จาก: http://www.ubu.ac.th/web/files_up/08f2017060214303228.pdf
17. D'Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy. In K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford Press; 2010. p. 197-225.
18. ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, สมบัติ สกกุลพรรณ, สุวิทย์ อินทอง. ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง [Effect of problem solving therapy program on depression among chronically ill patients]. เชียงใหม่: สำนักงานคณะพยาบาลศาสตร์; 2556.
19. สุวดี ศรีวิเศษ, วุชนี หัตถพนม, สายชล ยุบลพันธ์, สโรชา บางแสง, อิงคณา โคตรนารา. กลุ่มบำบัดโดยการแก้้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย [Problem solving therapy group in patients with depressive symptoms and suicidal risk]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2556;21:98-109.
20. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น. ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย [The Validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) - Thai Version]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2548;13;125-35.

21. Ajtay G, Bérdis M, Szilágyi S, Perczel FD. An effective method of therapy in suicide prevention: problem solving training in the clinical population. *Psychiatr Hung*. 2012;27:92-102.
22. Wenzel A, Gregory KB, Beck AT. Cognitive therapy for suicidal patients: scientific and clinical applications. Washington DC: American Psychological Association; 2009 [cited 2018 Oct 15]. Available from: <https://psycnet.apa.org/PsycBOOKS/toc/11862>
23. Gustavson KA, Alexopoulos GS, Niu GC, McCulloch C, Meade T, Areán PA. Problem-solving therapy reduces suicidal ideation in depressed older adults with executive dysfunction. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2016;24:11-17. doi:10.1016/j.jagp.2015.07.010.
24. Eskin Me, Ertekin K, Demir H. Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. *Cognitive Therapy and Research*. 2008;32:227-45.
25. Choi NG, Marti CN, Conwell Y. Effect of problem-solving therapy on depressed low-income homebound older adults' death/suicidal ideation and hopelessness. *Suicide Life Threat Behav*. 2016;46:323-36. doi:10.1111/sltb.12195.
26. Gibbs LM, Dombrowski AY, Morse J, Siegle GJ, Houck PR, Szanto K. When the solution is part of the problem: problem solving in elderly suicide attempters. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24:1396-404. doi:10.1002/gps.2276.
27. Crabb RM, Areán, PA. Problem-solving treatment for late-life depression. In P.A. Areán (Ed.), *Treatment of late-life depression, anxiety, and substance abuse*. Washington DC: American Psychological Association; 2015. p. 83–102.
28. D’Zurilla TJ, Nezu AM. *Problem-solving therapy: a positive approach to clinical intervention*. New York: Springer Publishing Company; 2007.
29. Kiosses DN, Alexopoulos GS. Problem solving therapy in the elderly. *Curr Treat Options Psychiatry*. 2014;1:15-26. doi:10.1007/s40501-013-0003-0.
30. Barnes SM, Monteith LL, Gerard GR, Hoffberg AS, Homaifar BY, Brenner LA. Problem-solving therapy for suicide prevention in veterans with moderate-to-severe traumatic brain injury. *Rehabilitation psychology*. 2017;62:600-8. doi:10.1037/rep0000154.