

ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ติดสุรา

โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*

Effect of the Problem-solving Therapy Program

on Depression among Older Adults with Alcohol Dependence,

Suanprung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province*

รัชดา อังธนานุกูล, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)¹

Radchada Angthananukul, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)¹

ดราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, ค.ด. (จิตวิทยาการศึกษา)²

Darawan Thapinta, Ph.D. (Educational Psychology)²

สมบัติ สกุลพรรณ, ป.ร.ด. (หลักสูตรและการสอน)³

Sombat Skulphan, Ph.D. (Curriculum and Instruction)³

Received: February 4, 2023

Revised: June 10, 2023

Accepted: June 12, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ติดสุรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ติดสุราที่รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน

* การค้นคว้าอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's Independent Study of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: radchada_ang@cmu.ac.th

² ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 32 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) มีค่าความเชื่อมั่น .89 แบบประเมินพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA Thai version) มีค่าความเชื่อมั่น .83 และแบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (CIWA-Ar) มีค่าความเชื่อมั่น .81 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนพฤษภาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน Fisher's exact test, Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.525, p < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.225, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลจิตเวชควรนำโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ไปใช้ในการป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ติดสุรา

คำสำคัญ: โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ผู้สูงอายุที่ติดสุรา ภาวะซึมเศร้า

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of the problem-solving therapy program on depression among older adults with alcohol dependence. The participants consisted of 32 older adults with alcohol dependence who received treatment at the in-patient department, Suanprung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province and were equally divided into an experimental group ($n = 16$) and a control group ($n = 16$). The research instruments included the problem-solving therapy program, the demographic data form, the 9 screening questions (9Q) with reliability of .89, the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Thai version with reliability of .83, and the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version (CIWA-Ar) with reliability of .81. The implementation and data collection were conducted from December, 2019 to May, 2020. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, median, Fisher's exact test, Wilcoxon signed-rank test, and Mann-Whitney U test.

The research results revealed that after the experiment, the experimental group had statistically significantly lower mean score of depression than that of before the experiment ($Z = -3.525, p < .001$) and that of the control group ($Z = -3.225, p < .001$).

This research suggests that psychiatric nurses should adopt this problem-solving therapy program to prevent or reduce depression among older adults with alcohol dependence.

Keywords: Problem-solving therapy program, Older adults with alcohol dependence, Depression

ความเ็นมาและความสำคัญขอปัญหา

โรคติดสุรา (alcohol dependence) เป็นความผิดปกติของความคิด พฤติกรรม การแสดงออก ด้านร่างกาย มีรูปแบบการดื่มสุราที่นำไปสู่ลักษณะสำคัญทางคลินิกตั้งแต่ 3 ลักษณะ ในช่วงเวลา 12 เดือน โดยมีภาวะดื้อสุรา มีอาการถอนพิษสุรา ต้องดื่มสุราเพื่อลดอาการขาดสุรา มักดื่มสุราในปริมาณที่มากกว่าเดิม หมดเวลาไปกับกิจกรรมเพื่อการแสวงหาสุรา เกิดความล้มเหลวในบทบาทหน้าที่สำคัญด้านการงาน การเรียน หรือครอบครัว และยังคงดื่มต่อไปทั้งๆ ที่ทราบว่ามีปัญหาสุขภาพกายหรือจิตใจเกิดขึ้น ไม่สามารถหยุดดื่มหรือควบคุมการดื่มได้ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition [DSM-5]) (American Psychiatric Association, 2005)

ปัจจุบันการดื่มสุราในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก จากการศึกษาในประเทศจีนเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่าเป็นผู้ที่เคยดื่มสุราร้อยละ 20.30 เป็นผู้ที่มึพฤติกรรมการดื่มสุราทุกวันร้อยละ 3.30 และเป็นผู้ที่ติดสุราร้อยละ 1.10 (Lee, Chang, Liu, & Shelley, 2020) โดยผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราแบบดื่มเป็นประจำ มีการดื่มสุรา 1-2 วันต่อสัปดาห์ จนถึงมีพฤติกรรมการดื่มสุราทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 41.70 (อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว, พลเทพ วิจิตรคุณากร, และสาวิตริ อัยณรงค์กรชัย, 2559) และจากสถิติของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 มีผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุราเข้ารับบริการ จำนวน 173 คน 189 คน และ 289 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

(โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2565)

ผู้สูงอายุที่ติดสุรามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ติดสุรา 3-4 เท่า (Nicholas, Roche, Lee, Bright, & Walsh, 2015) เกิดความบกพร่องด้านความคิดและความเข้าใจ และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (Boden & Fergusson, 2011) จากข้อมูลของสำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิตกรมสุขภาพจิต (2560) ระบุว่า คนไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่า 1.50 ล้านคน โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30 เคยมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้งที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน และโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุมีอัตราเพิ่มขึ้นมากกว่าในกลุ่มอายุอื่นอย่างเห็นได้ชัด เพราะวัยสูงอายุมีปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ง่ายกว่าคนกลุ่มอายุอื่นอย่างมาก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อีกทั้งกระบวนการทางความคิดของผู้สูงอายุยังเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม คือ มีการคิดซ้ำซาก คิดทบทวนถึงแต่เรื่องในอดีต มีความระแวง และคิดถึงเรื่องในปัจจุบันด้วยความหวาดกลัว ความสามารถในการใช้เหตุผล การคำนวณ การคิดเรื่องนามธรรม และการคิดตัดสินใจเชิงสร้างสรรค์ลดลงจากเดิม นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร่ายังมีความคิดหรือมุมมองต่อการแก้ปัญหาในทางลบ และมีวิธีการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น

โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา เป็นการบำบัดที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง คิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต มองปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทาย เปิดโอกาสให้พัฒนาตนเอง ยอมรับว่าต้องใช้เวลาและความพยายามในการแก้ปัญหา โดยใช้ทักษะการแก้ปัญหามีเหตุผลและมีความคิดทางบวกต่อ

ปัญหา พยายามทำความเข้าใจและค้นหาปัญหาที่แท้จริง คิดหาทางแก้ปัญหาหลาย ๆ ทาง มีการตัดสินใจบน วิธีการแก้ปัญหาที่มีการวางแผนไว้ รวมทั้งตรวจสอบ ผลดีและผลเสียของแต่ละวิธี และลดความคิดทางลบที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหา โดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง เมื่อบุคคลมีทัศนคติในการแก้ปัญหา อย่างสร้างสรรค์ จะสามารถใช้เหตุผลในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และสามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ได้ ส่งผลให้ ภาวะซึมเศร้าลดลง (D’Zurilla, 1988) สำหรับงานวิจัย ที่ใช้โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลด อาการซึมเศร้านั้น ในต่างประเทศพบว่ามีจำนวนมาก และครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนในประเทศไทยยังพบ ไม่มาก อีกทั้งยังไม่พบการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาสังเคราะห์ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ที่จะเป็นประโยชน์ในการนำ ไปใช้ในทางปฏิบัติ

เมื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของโปรแกรม การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุที่ติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ นับว่าโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีความ เหมาะสมกับบริบทและปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่ติดสุราที่รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้วิจัยจึง สนใจที่จะนำโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามา ในการศึกษาของปริญญานิพนธ์ (2552) ที่สร้างขึ้น ตามแนวคิดของ D’Zurilla (1988) และ Nezu and Nezu (2008) มาใช้กับผู้สูงอายุที่ติดสุรา โดยดัดแปลงในส่วน ใ้ความรู้และใ้งานในโปรแกรมใ้มีความเหมาะสม และความสอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุที่ติดสุราที่มี ภาวะซึมเศร้า ซึ่งโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่ติดสุราใ้มีความคิดต่อตนเองทางบวก มองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่สามารถแก้ไขได้ เลือกวิธีการแก้ ปัญหาที่หลากหลาย และสามารถวางแผนจัดการกับ ปัญหาได้ เมื่อปัญหาได้รับการแก้ไขจะส่งผลใ้ผู้สูงอายุ

ที่ติดสุราใ้ภาวะซึมเศร้าลดลง โปรแกรมการบำบัดโดย การแก้ปัญหานั้นน่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่ามาใช้ใ้ ในการลดภาวะซึมเศร้าใ้ผู้สูงอายุที่ติดสุราได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

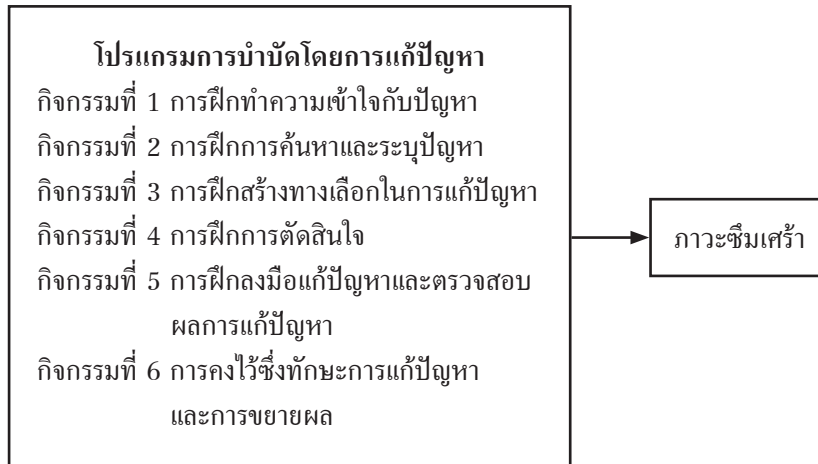
1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่ม ทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงโปรแกรมการบำบัด โดยการแก้ปัญหามาใช้ในการศึกษาของปริญญานิพนธ์ (2552) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ D’Zurilla (1988) และ Nezu and Nezu (2008) หากผู้สูงอายุที่ติดสุรา ที่มีภาวะซึมเศร้ามีมุมมองต่อปัญหาในทางบวก มีวิธี การแก้ปัญหามาใช้เหตุผล และหลีกเลี่ยงการแก้ปัญหามาแบบหุนหันพลันแล่นและการแก้ปัญหามาแบบหลีกเลี่ยง ใ้มีความสามารถในการแก้ปัญหามาที่เพิ่มขึ้น ทำให้ ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ ซึ่งโปรแกรมการบำบัดโดย การแก้ปัญหามาในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การฝึกทำความเข้าใจกับปัญหา 2) การฝึก การค้นหาและระบุปัญหา 3) การฝึกสร้างทางเลือก ในการแก้ปัญหามา 4) การฝึกการตัดสินใจ 5) การฝึก ลงมือแก้ปัญหามาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหามา และ 6) การทบทวนซึ่งทักษะการแก้ปัญหามาและการขยายผล สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยใ้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดสุรา และรับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) 2) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) ไม่มีภาวะบกพร่องทางสมอง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (Montreal Cognitive Assessment [MoCA] Thai version) 4) ผ่านพ้นภาวะถอนพิษสุรา/มีความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราในระดับน้อย ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version [CIWA-Ar]) 5) ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า

6) ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ และ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่า 3 ครั้ง หรือแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ 2) มีอาการทางจิตระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม และ 3) ขอดอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณหาขนาดอิทธิพล (effect size) ซึ่งคำนวณจากสูตรของ Glass (1976 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) โดยใช้การศึกษาของบุญยาภา คำบุญเรือง (2552) ได้ค่าเท่ากับ .52 (ค่ามากกว่า .50 จึงใช้อิทธิพลขนาดใหญ่) โดยใช้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .70 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 จากนั้นนำค่ามาเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่างแบบการทดสอบสมมติฐานทางเดียว (Polit & Hungler, 2001) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 16 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 32 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากตามรายชื่อผู้สูงอายุที่ติดสุราที่รับการบำบัดรักษาในตึกกฤณาและตึกปัญญา โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 16 คนแรก เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มตัวอย่าง 16 คนหลัง เป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ผู้วิจัยดัดแปลงจากโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ของปุลณยาภา คำบุญเรือง (2552) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ D'Zurilla (1988) และ Nezu and Nezu (2008) โดยดัดแปลงในส่วนใบความรู้และใบงานในโปรแกรม ประกอบด้วย กิจกรรม 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การฝึกทำความเข้าใจกับปัญหา ใช้เวลา 40–45 นาที โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพพูดคุยถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและการแก้ปัญหาที่เคยใช้ สอนวิธีการแก้ปัญหาทางบวก โดยการฝึกคิดทางบวกหรือคิดดี และสอนเทคนิคการลดความคิดทางลบ เช่น การเขียนบันทึกประจำวัน การฝึกสติและผ่อนคลายความเครียด จากนั้นมอบหมายการบ้านให้กลับไปฝึกคิดทางบวกและนั่งสมาธิ

กิจกรรมที่ 2 การฝึกการค้นหาและระบุปัญหา ใช้เวลา 40–45 นาที โดยผู้วิจัยพูดคุยถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้ ปัญหาและอุปสรรคที่พบขณะกลับไปฝึกคิดทางบวกและนั่งสมาธิ จากนั้นให้ฝึกการควบคุมสติโดยการนั่งสมาธิ สอนการมองปัญหาและอุปสรรคในทางบวก โดยผู้วิจัยยกตัวอย่างปัญหาเรื่องสัมพันธภาพที่ไม่ดีในครอบครัว แล้วให้ร่วมกันระบุปัญหา และตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา จากนั้นมอบหมายการบ้าน โดยยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เป็นปัญหา เช่น การที่ผู้ป่วยไม่เข้าร่วมกิจกรรมของทางโรงพยาบาล แล้วให้ระบุปัญหา และตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 3 การฝึกสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหา ใช้เวลา 40–45 นาที โดยผู้วิจัยพูดคุยถึงการบ้านที่ได้มอบหมาย อธิบายวิธีการสร้างทางเลือกสำหรับการแก้ปัญหา จากนั้นยกตัวอย่างปัญหาเรื่องสัมพันธภาพที่ไม่ดีในครอบครัว ให้แบ่งกลุ่ม และช่วยกันเสนอทางเลือกในการแก้ปัญหา จากนั้นมอบหมายการบ้านให้คิดคติเตือนใจตนเองเมื่อเกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรือรู้สึกเศร้า

กิจกรรมที่ 4 การฝึกการตัดสินใจ ใช้เวลา 40–45 นาที โดยผู้วิจัยให้นาคติเตือนใจตนเองเมื่อเกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรือรู้สึกเศร้ามาแลกเปลี่ยนกัน จากนั้นอธิบายวิธีการตัดสินใจในการแก้ปัญหา และสิ่งสนับสนุนของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหา ให้แบ่งกลุ่ม และช่วยกันคาดการณ์ถึงผลลัพธ์ทางบวกและทางลบที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจแก้ปัญหาตามทางเลือกที่เลือกไว้ จากนั้นมอบหมายการบ้านให้ระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข หาสาเหตุของปัญหา หาทางเลือก และตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด

กิจกรรมที่ 5 การฝึกลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ใช้เวลา 40–45 นาที โดยผู้วิจัยให้นำวิธีการตัดสินใจในการแก้ปัญหามาแลกเปลี่ยนกัน อธิบายวิธีการลงมือแก้ปัญหา ให้แบ่งกลุ่ม และช่วยกันฝึกลงมือแก้ปัญหาจากสถานการณ์ที่กำหนดให้ จากนั้นมอบหมายการบ้านให้คิดถึงปัญหาหลังจากออกจากโรงพยาบาลที่อาจทำให้ตนเองซึมเศร้า และเขียนวิธีการแก้ไขปัญหา

กิจกรรมที่ 6 การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล ใช้เวลา 40–45 นาที โดยผู้วิจัยนำวิธีการแก้ไขปัญหามาแลกเปลี่ยนกัน ให้ทบทวนทักษะการแก้ปัญหาที่ได้เรียนรู้ ผู้วิจัยเล่าเรื่อง “อุปสรรคมีไว้ให้ข้าม” แล้วให้นำทักษะการแก้ปัญหามาใช้ จากนั้นให้คาดการณ์ว่าในอนาคตอาจเกิดปัญหาใดและจะวางแผนจัดการกับปัญหานั้นอย่างไร ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญทั้งหมด และให้แลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของรณินทร์ กองสุข และคณะ (2550) จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0–3 ได้แก่ ไม่มีเลย เป็นบางวัน เป็นบ่อย และเป็นทุกวัน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0–6 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้า

ในระดับน้อย (7–12 คะแนน) ในระดับปานกลาง (13–18 คะแนน) และในระดับรุนแรง (19–27 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบประเมินพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA Thai version) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยโสฬพัทธ์ เหมรัญโรจน์ (Hemrungronj, 2011) ใช้สำหรับประเมินหน้าที่ของการรู้คิดด้านต่างๆ เช่น ความตั้งใจ สมาธิ การบริหารจัดการ ความจำ ภาษา ความคิดรวบยอด การคิดคำนวณ การรับรู้สภาวะรอบตัว รวม 11 ข้อ โดยใช้เวลาในการประเมิน 10–15 นาที คะแนนเต็ม 30 คะแนน หากได้ 17 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีการรู้คิดปกติ และเพิ่ม 1 คะแนน หากจำนวนปีการศึกษา น้อย หรือ เทียบเท่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

ชุดที่ 3 แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (CIWA-Ar) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ Saunders (1987) จำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–67 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผล คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราในระดับน้อย (น้อยกว่า 8 คะแนน) ในระดับปานกลาง (8–15 คะแนน) และในระดับรุนแรง (มากกว่า 15 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ดังรายละเอียดในส่วนที่ 2

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล ด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และพยาบาล ด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (2 คน) ดำเนิน

การแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ติดสุราในโรงพยาบาลสวนปรุง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 คน และนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แบบประเมินพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA Thai version) และแบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (CIWA-Ar) ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ติดสุราในโรงพยาบาลสวนปรุง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .89, .83 และ .81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 123/2019 วันที่ 23 สิงหาคม 2562) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง (เอกสารรับรอง เลขที่ 24/2562 วันที่ 25 พฤศจิกายน 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าตึกกรุณา และหัวหน้าตึกปัญญา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ตึกกรุณาและตึกปัญญา เป็นรายบุคคล แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 2-3 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ตีกรรณและตีปัญหา เป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 8 คน ให้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา วันละ 1 กิจกรรม ในช่วงหลังรับประทานอาหารเย็น โดยมีการประเมินความพร้อมก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และอาการไม่สบายก่อนรับการบำบัด ดำเนินกิจกรรมวันเว้นวัน สัปดาห์ละ 3 กิจกรรม รวมระยะเวลา 2 สัปดาห์

4. ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่ตีกรรณและตีปัญหา เป็นรายบุคคล แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที และให้กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ การให้ข้อมูลเรื่องโรค อาการ การรักษา การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน และการให้การปรึกษารายบุคคลตามปัญหาที่พบ

5. หลังการจำหน่าย 1 เดือน ผู้วิจัยโทรศัพท์ถึงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่ละคน และให้ตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) หลังการทดลอง (post-test) โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามทีละข้อแล้วให้เลือกคำตอบ โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนพฤษภาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test ข้อมูลภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลัง

การทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 โดยมีอายุเฉลี่ย 63.25 ปี ($SD = 3.79$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 100-5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 62.50 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 87.50 โดยมีอายุเฉลี่ย 62.19 ปี ($SD = 2.95$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 62.50 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 75 และมีรายได้อยู่ในช่วง 100-5,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 7.63 ($SD = .96$) โดยมีค่าต่ำสุด-สูงสุด คือ 7-10 และค่ามัธยฐานเท่ากับ 7 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 7.06 ($SD = .25$) โดยมีค่าต่ำสุด-สูงสุด คือ 7-8 และค่ามัธยฐานเท่ากับ 7 ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 3.81 ($SD = 2.07$) โดยมีค่าต่ำสุด-สูงสุด คือ 1-8 และค่ามัธยฐานเท่ากับ 3 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 6.31

(SD = 1.20) โดยมีค่าต่ำสุด-สูงสุด คือ 4-8 และค่ามัธยฐานเท่ากับ 7

3. การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.525$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ช่วงเวลา	M	SD	Wilcoxon signed-rank test	
			Z	p
ก่อนการทดลอง (n = 16)	7.63	.96	-3.525	< .001
หลังการทดลอง (n = 16)	3.81	2.07		

4. การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะ

ซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.225$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n = 16)		กลุ่มควบคุม (n = 16)		Mann-Whitney U test	
	M	SD	M	SD	Z	p
ก่อนการทดลอง	7.63	.96	7.06	.25	-2.166	.068
หลังการทดลอง	3.81	2.07	6.31	1.20		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่าโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาช่วยให้ผู้สูงอายุ

ที่ติดสุรามีมุมมองต่อปัญหาในทางบวก คิดว่าปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทาย พยายามทำความเข้าใจปัญหา เชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะจัดการกับปัญหาได้ คิดหาทางแก้ปัญหาหลายๆ ทาง มีการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล มีการตรวจสอบผลดีและผลเสียของแต่ละวิธี รวมทั้งลดความคิดทางลบซึ่งไม่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหา โดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง หากเกิดความคิดทางลบในขณะแก้ปัญหา

จะมีการฝึกสมาธิเพื่อควบคุมสติและอารมณ์ เมื่อบุคคลมีทัศนคติในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ จะใช้เหตุผลในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และสามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุที่ติดสุราเข้าใจปัญหาในทางบวก จะสามารถคิดหาวิธีการแก้ปัญหาได้หลากหลายวิธี และเลือกวิธีที่ดีที่สุดในการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางความคิดอย่างเป็นขั้นตอน และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางความคิด ก็จะมีการเปลี่ยนจากการคิดทางลบเป็นการคิดทางบวกและอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง (D'Zurilla, 1988) เมื่อปัญหาได้รับการแก้ไข จะทำให้ผู้สูงอายุที่ติดสุรามีความเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้ถึงความสามารถของตนเอง และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงและไม่มีภาวะซึมเศร้าในที่สุด ซึ่งช่วยให้เกิดการปรับมุมมองต่อปัญหาในทางที่ดี (Pierce, 2012)

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชาลินี หนูชูสุข, ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นดา, และสมบัติ สกุลพรรณ (2560) ที่พบว่า หลังการทดลอง ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหแบบกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของสุวดี ศรีวิเศษ, วัชนี หัตถพนม, สายชล ยุบลพันธ์, สโรชา บางแสง, และอิงกญา โคตนารา (2556) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มโดยการแก้ไขปัญหามีทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น และมีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Albert et al. (2016) ที่พบว่า หลังการทดลอง ผู้พิการสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลจิตเวชควรนำโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามาใช้ในการป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ติดสุรา รวมทั้งผู้บริหารทางการแพทย์ควรจัดการอบรมบุคลากรด้านสุขภาพจิตให้มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าให้แก่ผู้รับบริการ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการประเมินภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อเป็นการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม

2.2 ควรมีการศึกษาผลของการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหในผู้ป่วยโรคติดสุรากลุ่มอื่น เช่น วัยรุ่น ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่กว้างขวางยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ชาลินี หนูชูสุข, ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นดา, และสมบัติ สกุลพรรณ. (2560). ผลของการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม*, 33(3), 124-137.
- ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขาวท, รุ่งมณี ยิ่งยง, ศักดา จำคม, ... จินตนา ลั้งเพิ่มพูน. (2550). การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ภาษาอีสาน. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6 เรื่อง สุขภาพจิต : ชีวิตชาวเมือง* (น. 128-129). ม.ป.ท.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

- ปัญญาภา คำบุญเรือง. (2552). *ผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่* (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. (2565). *รายงานสถิติผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง ปีงบประมาณ 2562-2565*. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2560). *แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุสำหรับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สุวดี ศรีวิเศษ, วัชณี หัตถพนม, สายชล ขูลพันธ์, สโรชา บางแสง, และอิงกญา โคตนารา. (2556). *กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหามือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย* (รายงานผลการวิจัย). กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว, พลเทพ วิจิตรคุณากร, และสาวิตรี อัยฉะกริชชัย. (บ.ก.). (2559). *ข้อเท็จจริงและตัวเลข เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย*. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ และหน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- Albert, S. M., King, J., Dew, M. A., Begley, A., Anderson, S., Karp, J., ... Reynolds, C. F. 3rd. (2016). Design and recruitment for a randomized controlled trial of problem-solving therapy to prevent depression among older adults with need for supportive services. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(1), 94–102. doi:10.1016/j.jagp.2015.11.003
- American Psychiatric Association. (2005). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Boden, J. M., & Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction*, 106(5), 906–914. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x
- D’Zurilla, T. J. (1988). Problem-solving therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 85–135). London: Hutchinson.
- Hemrungsrojn, S. (2011). *Montreal cognitive assessment (MoCA)*. Retrieved from http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCA-Test-Thai.p
- Lee, Y. H., Chang, Y. C., Liu, C. T., & Shelley, M. (2020). Correlates of alcohol consumption and alcohol dependence among older adults in contemporary China: Results from the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 19(1), 70–85. doi: 10.1080/15332640.2018.1456388
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2008). *Problem-solving therapy for depression: PST for depression*. Workshop 2nd Asian CBT conference-2008. Bangkok.

- Nicholas, R., Roche, A., Lee, N., Bright, S., & Walsh, K. (2015). *Preventing and reducing alcohol- and other drug related harm among older people: A practical guide for health and welfare professionals*. Adelaide, South Australia: National Centre for Education and Training on addiction (NCETA), Flinders University.
- Pierce, D. (2012). Problem solving therapy—use and effectiveness in general practice. *Australian Family Physician*, 41(9), 676–679. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22962642/>
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2001). *Nursing research: Principle and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Saunders, J. B. (1987). Drug treatment in alcoholism. In G. D. Burrows & T. R. Norman (Eds.), *Drugs in psychiatry* (pp. 343–369). Amsterdam: Elsevier.
-