



รายงานการวิจัย

กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา

ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สุดี ศรีวิเศษ
วิชณี หัตถพนม
สายชล ยุบลพันธ์
สโรชา บางแสง
อังกฎา โคตนารา

M165
59ก
56

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



รายงานการวิจัย

กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา
ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สุวดี	ศรีวิเศษ
วัชนี	หัตถพนม
สายชล	ยุบลพันธ์
สโรชา	บางแสง
อิงคภา	โคदनารา

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

รายงานการวิจัย

กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา
ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

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

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

รายงานการวิจัย

กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและ
เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

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

ผู้วิจัย

สุวดี	ศรีวิเศษ
วชิณี	หัตถพนม
สายชล	ยุบลพันธ์
สโรชา	บางแสง
อิงคณา	โคตนารา

เจ้าของ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

พิมพ์ครั้งที่ 1

ธันวาคม 2556

จำนวน

50 เล่ม

พิมพ์ที่

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สุวดี ศรีวิเศษ, พย.บ.¹
สายชล ยุบลพันธ์, พย.ม.¹
อิงคภา โคตนาารา, พย.ม.²

วัชนี หัตถพนม, พย.ม.¹
สโรชา บางแสง, พย.ม.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

วัสดุและวิธีการ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง รูปแบบวัดก่อนและหลังทดลอง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อายุระหว่าง 20-60 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม (กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 19 คน) ระยะเวลาในการศึกษาเดือน เมษายน-ธันวาคม ๒๕๕๕ กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดแบบกลุ่มโดยการแก้ปัญหา (Problem solving therapy: PST) กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดแบบกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy: SP) วัดผลด้วยแบบวัดทักษะการแก้ปัญหา แบบวัดภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สถิติที่ใช้ คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ Chi-square, Fisher's exact, Multivariate analysis และ Repeated measures ANOVA

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

สรุป การบำบัดด้วยกลุ่ม PST เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิผลอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นการพัฒนาบริการในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ช่วยให้ผู้ป่วยนำไปใช้กับชีวิตประจำวันได้อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามผลในระยะยาวถึงความคงทนของประสิทธิผลที่เกิดขึ้น

คำสำคัญ : กลุ่มบำบัด ฆ่าตัวตาย ซึมเศร้า

¹โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ห้องสมุดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

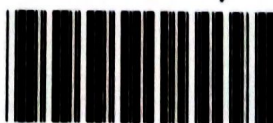
เลขทะเบียน 004619

วันที่

เลขเรียกหนังสือ กค.พม 165

๘๘๖๙๐ 2556

'JVKK Library



004619

ตามชื่อเรียก -- มร.กค -- ๖๖๕
 ภาควิชา -- มร.กค -- ๖๖๕
 มร.กค -- มร.กค -- ๖๖๕
 กลุ่มงาน

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, Multivariate analysis and Repeated measure ANOVA.

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 : depressive, group therapy, suicide

¹Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital ²Faculty of Nursing, Khonkaen University

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สำเร็จลุล่วงด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาจากที่ปรึกษาหลายท่าน เช่น รศ.ดร. ดาราวรรณ ต๊ะปินตา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ให้ข้อเสนอแนะโปรแกรม และแบบประเมินการแก้ปัญหา รศ.ดร. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพศภาวะและสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้ให้กรอบแนวคิดในการวิจัย และบุคลากรจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่าในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย คือ น.พ.ศักรินทร์ แก้วเฮ้ญ่า พ.ญ.สิริกุล ท่วงศิริกุล และนางสาวอัจฉรา มุ่งพานิช นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ นางประคอง นาโพนทัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ขอขอบพระคุณ น.พ.ประภาส อุครานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัย และขอขอบคุณบุคลากรกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ให้การสนับสนุนในการเก็บข้อมูลการวิจัย และเป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา ได้แก่ นางปิยวดี ทุมหนู นางสาวจิตกนิษฐ์ โชครศมีหิรัญ นายไพรวลัย รมชัย นางจรีพร คำสอน นายสุริยา ราชบุตร นางสาววราภรณ์ รัตนวิศิษฐ์ นางฉวีวรรณ หงสาวดี ที่ได้จัดพิมพ์รายงานการวิจัยในครั้งนี้ และนายโสฬส ศตเบญญา ที่ได้ออกแบบปกหนังสือในครั้งนี้

คณะผู้ศึกษาขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

สุดี ศรีวิเศษ และคณะ
ธันวาคม 2556

สารบัญ

บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1	
บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	4
สมมติฐานการทำวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
ข้อจำกัดในการวิจัย	4
คำจำกัดความ	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2	
วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ภาวะซึมเศร้า	6
- ความหมายของภาวะซึมเศร้า	6
- ระดับของภาวะซึมเศร้าและอาการผู้มีภาวะซึมเศร้า	6
- การประเมินภาวะซึมเศร้า	8
- การบำบัดรักษา	8
การฆ่าตัวตาย	9
- ความหมายเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	9
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย	9
- การประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	11
- การบำบัดรักษา	12
กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญห	12
กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง	20
การศึกษาอิสระและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	22
สรุปการทำกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญห	26
กรอบแนวคิดในการวิจัย	27

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย	29
	รูปแบบการทดลอง	29
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	30
	การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง	30
	โปรแกรมที่ใช้ในการทดลอง	31
	เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์การวิจัย	33
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	34
	การวิเคราะห์ข้อมูล	34
	ระยะเวลาในการศึกษา	35
	การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	35
บทที่ 4	ผลการศึกษา	36
บทที่ 5	สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	50
	สรุปผลการศึกษา	50
	อภิปรายผล	53
	ข้อเสนอแนะ	56
	ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	57
	เอกสารอ้างอิง	58
	ภาคผนวก	63
	ภาคผนวก ก. โปรแกรมการบำบัด PST ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	65
	ภาคผนวก ข. แบบประเมินที่ใช้ในโครงการ	95
	ภาคผนวก ค. ประวัติผู้วิจัย	105

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง (n=20 คน) และกลุ่มควบคุม (n=20 คน)	37
ตารางที่ 2	คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการแก้ปัญหาในกลุ่มทดลอง (n=20 คน) และกลุ่มควบคุม (n=19 คน)	41
ตารางที่ 3	จำนวน ร้อยละระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง (n=20 คน) และกลุ่มควบคุม (n=19 คน)	41
ตารางที่ 4	จำนวน ร้อยละระดับความรุนแรงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลอง (n=20 คน) และกลุ่มควบคุม (n=19 คน)	42
ตารางที่ 5	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา ระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีในการทดสอบแบบ กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน	43
ตารางที่ 6	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะ ติดตามผล 3 เดือนในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน เมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (Repeated Measure ANOVA : Within-Subjects Main Effect)	43
ตารางที่ 7	ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และ ระยะติดตามผล 3 เดือนในกลุ่มทดลอง	44
ตารางที่ 8	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะ ติดตามผล 3 เดือนในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน เมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (Repeated Measure ANOVA : Within-Subjects Main Effect)	45
ตารางที่ 9	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ย ทักษะการแก้ปัญหา	46
ตารางที่ 10	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะ ติดตามผล 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	47
ตารางที่ 11	การเปรียบเทียบอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 3 เดือน	48
ตารางที่ 12	จำนวน ร้อยละของการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หลังจำหน่าย 6 เดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	49

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1	16
ภาพที่ 2	28
ภาพที่ 3	29
ภาพที่ 4	31
ภาพที่ 5	45
ภาพที่ 6	46
ภาพที่ 7	48

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก พบร้อยละ 21 ของประชากรโลก สำหรับประเทศไทย มีความชุกชั่วชีวิตของภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 13-20 (สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2547) ภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า และในผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ เช่น โรคจิตเภท โรคจิตจากแอลกอฮอล์ ปัญหาจากการใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นปัจจัยนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (Stahl, 2006) โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ จากการคาดการณ์ภาระของโรค (Burden of disease) ที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลกโดยองค์การอนามัยโลก, Harvard School of Public Health และธนาคารโลก พบว่าโรคซึมเศร้าจะเปลี่ยนแปลงอันดับของโรคที่เป็นภาระ จากอันดับที่ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2020 และสำหรับประเทศไทยเมื่อปี 2547 ได้มีการเปรียบเทียบความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ 135 ประเภท พบว่าโรคซึมเศร้าในผู้หญิงไทยจะก่อความสูญเสียการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years, DALY) เป็นอันดับที่ 4 และเป็นอันดับ 10 ในผู้ชายไทย แต่ถ้าพิจารณาจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lost due to Disability, YLD) พบว่าโรคซึมเศร้าจะเป็นอันดับ 1 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 2 ในผู้ชายไทย แสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลกเป็นเท่าตัว ถึงแม้ว่าจะไม่มีการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร แต่ผู้ป่วยก็ต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เป็นเวลานานกว่าโรคอื่นๆ ส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจมีค่อนข้างสูงมาก(ชาตรี บานชื่น, 2552)

การฆ่าตัวตาย เป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่รุนแรง แสดงถึงการขาดความสุข การได้รับความกดดัน มีความรู้สึกเศร้า เสียใจ สิ้นหวัง ไร้คนช่วยเหลือ ปัจจุบันในปีหนึ่งๆ มีคนประมาณ 10-20 ล้านคนพยายามฆ่าตัวตาย (WHO, 2008) องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการจากแนวโน้มในปัจจุบันว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้เสียชีวิตทั่วโลกจากการฆ่าตัวตายประมาณ 1.53 ล้านคน และมีผู้พยายามฆ่าตัวตายอีกประมาณ 10-20 เท่าของผู้ฆ่าตัวตาย นั่นคือมีผู้ฆ่าตัวตาย 1 คนทุก 20 วินาที และพยายามฆ่าตัวตาย 1 คนทุก 1-2 วินาที (Berlote, 2002 อ้างใน มาโนช หล่อตระกูล, 2553) ผู้ชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิง 4 เท่า (Mann, 2008) ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2554 มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 3,873 คน (อัตรา 6.03 ต่อประชากรแสนคน) เป็นผู้ชาย 2,985 คน ผู้หญิง 888 คน และผู้ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงวัยที่เป็นกำลังสำคัญในการสร้างผลผลิตของประเทศ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2554) หากคำนวณผู้พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จว่ามีอีก 10-20 เท่า หรือประมาณ 38,000-76,000 คนต่อปี จะเห็นว่าเป็นความสูญเสียที่มีความสำคัญทั้งในเชิงเศรษฐกิจจากความทุพพลภาพ หรือการเสียชีวิต ภาระงบประมาณที่ใช้ในงานบริการสาธารณสุขและผลกระทบทางจิตใจที่มีต่อญาติหรือผู้ใกล้ชิด (มาโนช หล่อตระกูล, 2553)

จากการศึกษาพบว่า 9 ใน 10 รายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสำเร็จ หรือมากกว่าร้อยละ 90 จะมีการเจ็บป่วยทางจิตเวชชนิดใดชนิดหนึ่งโดยมากเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ ขณะที่ลงมือทำร้ายตัวเอง (Gelder, 2006; Mann, 2008) โรคทางจิตเวชที่มีความสัมพันธ์สูงกับการฆ่าตัวตายทั้งในผู้พยายามฆ่าตัวตาย และผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว การติดสารเสพติดและสุรา การมีบุคลิกภาพผิดปกติในกลุ่ม B และโรคในกลุ่มโรควิตกกังวล โดยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะสูงในระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้อง

ปรับตัวกับความเจ็บป่วย เช่น โรคซึมเศร้าและโรคจิตเภทจะพบบ่อยในช่วงปีแรกของการเจ็บป่วย (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) ได้มีการวิเคราะห์วิจัย จำนวน 25 รายงาน โดยใช้วิธี meta-analysis พบว่า relative risk ต่อการเสียชีวิตในภาวะซึมเศร้าโดยรวม เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไปเท่ากับ 1.81 (Cuipers & Smit, 2002 อ้างใน มาโนช หล่อตระกูล, 2553) โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย มีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 21 เท่า (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) การฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า (Major Depression Disorder) ประมาณร้อยละ 20-35 (ประเวช ตันติพิพัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541) มีการศึกษางานวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม 14 รายงาน พบว่ามีการฆ่าตัวตายสูงสุดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท และการศึกษาผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 27 รายงาน มีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 3,275 คน พบว่าร้อยละ 87.3 มีโรคทางจิตเวชในช่วงฆ่าตัวตาย โดยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวน (โรคซึมเศร้าและโรคไบโพลาร์) ร้อยละ 43.2 ปัญหาจากการใช้สารเสพติดและสุรา ร้อยละ 25.7 บุคลิกภาพผิดปกติ ร้อยละ 16.2 และโรคจิต ร้อยละ 9.2 (Arsenault-Lapierre et al, 2004) นอกจากนี้ ได้มีการศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ห้องตรวจผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 53.1 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 40.8 ปานกลาง ร้อยละ 6.1 ระดับมาก ร้อยละ 5.1 ดังนั้นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกรายควรได้รับการประเมิน เฝ้าระวัง ตลอดจนติดตามความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่อาจเกิดขึ้น (นิตยา จรัสแสง และคณะ, 2554)

ผู้ฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเองส่วนใหญ่ไม่สามารถปรับตัวกับความกดดันในชีวิตประจำวันได้ ขาดทักษะในการแก้ปัญหา การศึกษาทางจิตวิทยาในผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่า การแก้ปัญหาของผู้ป่วยไม่เป็นระบบ ไม่มั่นใจในการแก้ปัญหาของตนเอง ไม่เห็นแนวทางการแก้ปัญหาแบบอื่นๆ หรือเลือกวิธีการที่ไม่เหมาะสม พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีอารมณ์อ่อนไหว ไม่มั่นคง การควบคุมอารมณ์ตนเองทำได้ไม่ดี ซึ่งจะส่งผลต่อการตัดสินใจและการแก้ปัญหา (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) ผู้ป่วยที่มีปัญหาจิตใจ ผู้รักษาอาจช่วยเหลือผู้ป่วยได้ โดยการบำบัดทางจิตสังคม หรือจิตบำบัดชนิดต่างๆ อาชีวบำบัด เป็นต้น (นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2547) การบำบัดรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประกอบด้วย การรักษาทางชีวภาพ เช่นการให้ยารักษาอาการเศร้า หรือยารักษาโรคจิต การรักษาด้วยไฟฟ้า และการให้การบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วย เช่น จิตวิเคราะห์ จิตบำบัด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดครอบครัว การให้การปรึกษา จิตบำบัดประคับประคอง การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (มาโนช หล่อตระกูล 2553, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย 2553) จากการศึกษาโดยมีการบันทึกการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดแนวโน้มของการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายว่าควรมีระยะเวลาและมาตรฐานชัดเจน มีหลายการศึกษาพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมักจะมีข้อด้อยในความสามารถด้านการแก้ปัญหา และทุกข์ทรมานจากความคิดด้านลบ และความหม่นหมองเมื่อเทียบกับบุคคลทั่วไป (D' Zurilla & Goldfried, 1971; Dixon, Heppner, Rudd, 1994 ; Dahlsgaard, Beck & Brown 1998 ; Rudd, 2004 อ้างใน Stewart et al, 2009)

การบำบัดโดยการแก้ปัญหา เป็นการบำบัดที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ทำให้บุคคลรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง และคิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต มองปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายที่เปิดโอกาสให้กับตนเองได้เจริญเติบโต ยอมรับว่าปัญหาต้องใช้เวลา และความพยายามในการแก้ไข มีทักษะในการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล และมีความคิดทางบวกต่อปัญหา (D' Zurilla, 1988) การใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้าและมีโอกาสฆ่าตัวตายในช่วงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดสามารถติดตามการรักษาต่อเนื่องจนครบ 12 เดือน เมื่อวัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คะแนนของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงอย่างมี

นัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนรับการบำบัด (Eskin et al, 2008) การใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาสามารถลดความรู้สึกหมดหวังและภาวะซึมเศร้าได้ (Townsend et al, 2001) จากการศึกษาเปรียบเทียบการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy : CBT) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy : PST) และการดูแลตามปกติ (Treatment As Usual : TAU) ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง พบว่า CBT และ PST สามารถลดความคิดฆ่าตัวตายได้ (Stewart et al, 2009) และการศึกษาเรื่อง การบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มในผู้หญิงที่กินยาพิษ พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ PST มีการลดระดับของภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวัง ความคิดฆ่าตัวตาย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีทักษะทางสังคมดีขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลง (Bannan , 2010) นอกจากนี้ Mental Health Gap Intervention Guide ได้เสนอแนะว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองมาก่อนในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ให้ใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (ณัฐกร จำปาทอง, 2554)

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิรับผิดชอบให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน เพื่อพัฒนาวิชาการเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ให้บริการทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน จากสถิติที่ผ่านมาในปีงบประมาณ 2552, 2553, 2554 มีผู้ป่วยเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย 662, 848, 617 ราย และมีผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย 8, 10, 18 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 3,879 , 4,229 , 5,069 ราย และมีผู้ป่วยรับไว้รักษา จำนวน 60, 78, 75 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2554)

จากการสอบถามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในตึกฝ่ายคำและตึกศรีตรัง ซึ่งเป็นตึกผู้ป่วยในรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 5 ราย พบว่าเมื่อเผชิญปัญหาบอกว่าจะรู้สึกเศร้าๆ ใช้วิธีแก้ปัญหาโดยการตอบโต้โดยเร็วเป็นส่วนมาก คิดว่าไม่มีใครมองตัวเองว่าดี ได้สอบถามพยาบาลจำนวน 5 คน เรื่องการให้การพยาบาลและบำบัดผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใช้วิธีบำบัดโดยให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ สร้างสัมพันธภาพที่ดี มีการให้การปรึกษารายบุคคลแต่บางรายไม่ต่อเนื่อง

ในปีงบประมาณ 2552 - 2555 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีวิสัยทัศน์คือเป็นองค์กรที่มีมาตรฐานด้านบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นเลิศด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับประเทศ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงเห็นว่าการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วย และโรงพยาบาลยังไม่มีบริการนี้ จากการวิจัยของต่างประเทศ โดย Eskin et al(2008) บำบัดด้วย PST ในผู้มีภาวะซึมเศร้าและมีโอกาสฆ่าตัวตาย ช่วงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น จำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 6 สัปดาห์ ซึ่งโปรแกรมเน้นเฉพาะทักษะการแก้ปัญหา แต่ไม่ได้ฝึกทักษะการรับรู้ปัญหา และจากการศึกษาของปุลยาภา คำบุญเรือง (2552) บำบัด PST ในผู้ป่วยติดสุราจำนวน 7 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ทำวันเว้นวันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวใช้เวลาในการบำบัดนาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจพัฒนากลุ่ม PST โดยโปรแกรมมีการฝึกทักษะการแก้ปัญหาและทักษะการรับรู้ปัญหา เพื่อบำบัดผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 5 ครั้งบำบัดอย่างต่อเนื่อง โดยปรับให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาล การศึกษานี้เป็นการศึกษาผล PST ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โปรแกรมดังกล่าวจะมีผลลัพธ์ต่อทักษะการแก้ปัญหา ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีผลอย่างไร และเพื่อเป็นการพัฒนา โปรแกรมการบำบัดเฉพาะทางในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่อไป

2. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มีต่อทักษะการแก้ปัญหา ระดับภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการกลับมา รักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคอง

3. สมมติฐานการวิจัย

3.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีทักษะการแก้ปัญหามากขึ้นกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน

3.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงต่ำกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน

3.3 ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะ ติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน

3.4 มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยทักษะการ แก้ปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

4. ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ดำเนินการวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับอ่อนถึงปาน กลาง โดยใช้แบบประเมิน Thai Depression Inventory (TDI) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมี คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป โดยใช้ Mini International Neuropsychiatric Interview หมวด C ฉบับ ภาษาไทย (M.I.N.I.-Suicidality) ในกลุ่มผู้ป่วยที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน ทั้งผู้หญิงและผู้ชายของโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้ป่วยได้รับการสุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มบำบัด PST (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มจิต บำบัดประคับประคอง (กลุ่มควบคุม) ตามเดือนที่สุ่มการบำบัด ประเมินผลการบำบัดโดยประเมินก่อนการ บำบัด หลังการบำบัดทันที ระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน ติดตามผลการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยใน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน ระยะเวลาในการศึกษา เดือนมีนาคม -พฤศจิกายน 2555

5. ข้อจำกัดในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างสลับเดือนในการเข้ารับการบำบัด เพื่อป้องกันการพูดคุยกันในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ติดเดียวกัน อาจทำให้มีผลแทรกซ้อน (Confounding variable) ต่อผลลัพธ์การบำบัดได้ การวิจัยนี้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลองยังคงได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การบำบัดทางจิต สังคมตามปกติ เช่น กลุ่มเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง กลุ่มความเข้มแข็งทางใจ กลุ่มให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับ บ้าน การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นต้น

6. คำจำกัดความ

6.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยจนถึงปานกลาง จากการประเมินระดับความซึมเศร้าด้วย Thai Depression Inventory (TDI) พัฒนาโดยมานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (2542)

6.2 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ป่วยที่เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายมีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป จากแบบประเมิน Mini International Neuropsychiatric Interview หมวด C (M.I.N.I.-Suicidality) พัฒนาโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น (2548)

6.3 กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy Group: PST) หมายถึง การให้บำบัดแบบกลุ่มซึ่งเป็นกลุ่มทดลองในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ปัญหาทางบวก ลดการรับรู้ปัญหาทางลบ เพิ่มทักษะการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล ลดการเร่งรีบในการแก้ปัญหาให้น้อยลง และลดแนวโน้มในการเลี่ยงหรือหนีปัญหา ช่วยให้สมาชิกเข้าใจความหมายใหม่ของปัญหา ปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อปัญหาใหม่ มีวิธีแก้ปัญหาที่หลากหลาย และมีแผนการแก้ปัญหาที่ชัดเจน มีวิธีผ่อนคลายความเครียด สามารถนำการฝึกทักษะการแก้ปัญหามาปรับใช้กับชีวิตประจำวันได้

6.4 กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง (Supportive Psychotherapy Group: SP) หมายถึง กลุ่มบำบัดทางจิตสำหรับผู้มีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ในปัจจุบัน (Here and now) โดยเกี่ยวข้องกับปัญหาหรือความขัดแย้งในระดับจิตสำนึก เน้นการปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ปัญหาในชีวิตประจำวัน เปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม การบำบัดนี้เป็นบริการตามปกติในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน

6.5 ทักษะการแก้ปัญหา หมายถึง การแก้ปัญหาที่ได้จากการใช้แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ D'Zurilla (2007) การแปลผลคะแนน คะแนนสูงขึ้นแสดงว่าทักษะการแก้ปัญหามีขึ้น

6.6 ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับอ่อนหรือเล็กน้อยจนถึงปานกลาง จากการประเมินระดับภาวะซึมเศร้าด้วย Thai Depression Inventory (TDI) ซึ่งพัฒนาโดย มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (2542)

6.7 ความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับน้อยจนถึงระดับมาก จากการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย M.I.N.I. – Suicidality โดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น (2548)

6.8 การกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมโครงการหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ภายใน 6 เดือน

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 มีโปรแกรมกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

7.2 มีรูปแบบการบำบัดเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และขยายผลการบำบัดให้เป็นงานประจำของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

7.3 ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการบำบัดทางจิต หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สามารถปรับตัวอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข ไม่กลับมารักษาซ้ำ

7.4 เป็นการพัฒนาคุณภาพบริการด้านสุขภาพจิต เป็นแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้า
2. การฆ่าตัวตาย
3. กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา
4. กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
5. การศึกษาอิสระและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. สรุปการทำกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้า

1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์หรือภาวะของจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ หงอยเหงา เหนื่อยหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง หมดอารมณ์สนุก หมดกำลังใจหรืออาลัยตายอยาก เชื่องช้า เชื่องซึม ขาดสมาธิ คิดมาก ไม่มีเรี่ยวแรง นอนไม่หลับ หากมีอาการเศร้ามากเป็นเวลานานๆ และต่อเนื่อง มีผลต่อน้ำหนักร่างกาย มีความคิดว่าตนเองไร้ค่า โทษตัวเอง มีความคิดด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม ทั้งในปัจจุบันและอนาคต มองโลกในแง่ร้าย อาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นไม่อาจมีชีวิตอยู่ หรือนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545; สรยุทธ วลีกันานนท์, 2547; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2553; Beck, 1976 ; WHO, 2008;)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการที่มีองค์ประกอบหลักของการแสดงออก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านร่างกายและด้านพฤติกรรม โดยการแสดงออกของภาวะซึมเศร้าแต่ละด้านจะเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ดังนั้นการประเมินภาวะซึมเศร้าที่ถูกต้องจึงต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบหลัก ทั้งนี้อาการดังกล่าวอาจเกิดต่อเนื่องกันนานเป็นอาทิตย์หรือเป็นเดือน ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (สายฝน เอกวารงกูร, 2553)

1.2 ระดับของภาวะซึมเศร้าและอาการผู้มีภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้กับทุกคน เมื่อพบกับสถานการณ์ที่ทำให้จิตใจหม่นหมอง ผิดหวัง ล้มเหลว สูญเสียทรัพย์สินเงินทองของมีค่า ตำแหน่งหน้าที่การงาน โดยเฉพาะการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดหรือคนรัก ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าเป็นเวลานานเกินกว่า 2 สัปดาห์ อาจพัฒนาไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าได้ ระดับภาวะซึมเศร้า นอกจากการประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าแล้ว สามารถประเมินได้จากการสังเกต และการสัมภาษณ์ ตามการบอกของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ ลักษณะอาการผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2553)

1.2.1 อารมณ์เศร้าตามสถานการณ์ เป็นอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ อารมณ์เศร้าลักษณะนี้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญปัญหา หรือสถานการณ์ที่ไม่สมปรารถนา หรือมีความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน เช่น ไม่สมหวัง ผิดหวัง ล้มเหลว สูญเสีย เป็นต้น มีลักษณะอาการดังนี้

ด้านอารมณ์ ผิดหวัง หงุดหงิด เศร้าใจ
 ด้านความคิด คิดหมกมุ่นอยู่กับความผิดหวัง
 ด้านพฤติกรรม ซึม เศร้า เสียใจ ร้องไห้
 ด้านสรีระวิทยา เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า

1.2.2 อารมณ์เศร้าระดับต่ำ เป็นอารมณ์เศร้าที่เริ่มเบี่ยงเบนจากปกติ มีอาการเศร้า ต่อเนื่อง และเพิ่มกว่าระดับแรก มีลักษณะอาการดังนี้

ด้านอารมณ์ รู้สึกโกรธ วิตกกังวล ผิดหวัง ล้มเหลว เศร้า หดหู่และรู้สึกผิด
 ด้านความคิด คิดกังวล หมกมุ่นอยู่กับความผิดหวัง สูญเสียตำแหน่งตนเองและผู้อื่น รู้สึก

ขัดแย้งใจ

ด้านพฤติกรรม น้ำตาไหล กระสับกระส่าย แยกตัว มีพฤติกรรมถดถอย
 ด้านสรีระวิทยา คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารมากเกินไป นอนไม่หลับ หรือหลับมาก

ไป มีอาการปวดหลัง เจ็บหน้าอก เป็นต้น

1.2.3 อารมณ์เศร้าระดับกลาง เป็นอารมณ์เศร้าที่เป็นปัญหา เริ่มมีความผิดปกติ มีลักษณะอาการดังนี้

ด้านอารมณ์ รู้สึกเศร้ามาก จิตใจท้อเหี่ยว ไม่มีแรง สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย

รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า

ด้านความคิด คิดเชิงลบ ถดถอย ไม่มีสมาธิ คิดวุ่นวาย ย้ำคิดย้ำทำ มองโลกในแง่ร้าย
 ด้านพฤติกรรม เคลื่อนไหวช้า พูดช้า ราพึงรำพันแต่ความทุกข์ของตนเอง ไม่มี

ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่สนใจสุขอนามัยของตนเอง ใช้สารเสพติด พยายามทำร้ายตนเอง

ด้านสรีระวิทยา คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารมากเกินไปหรือไม่รับประทานอาหาร นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป ประจำเดือนขาด ความพึงพอใจทางเพศลดลง ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บอก เจ็บท้อง ไม่มีพลังกำลัง อ่อนเพลีย เมื่อยล้า รู้สึกติดนอนเช้า และเลวในตอนบ่าย ระบบสื่อสารผิดปกติ

1.2.4 อารมณ์เศร้าระดับรุนแรง เป็นอารมณ์เศร้าที่มากและรุนแรง มีอาการผิดปกติต้อง ได้รับการบำบัด มีลักษณะอาการดังนี้

ด้านอารมณ์ รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีคุณค่า เหยยเมื่อย โดดเดี่ยว รู้สึกเศร้ามาก จนไม่มีทางจะดีขึ้นเลย ไม่ยินดียินร้ายใดๆ ทั้งสิ้น

ด้านความคิด มีความคิดหลงผิด คิดว่าตนเองเจ็บป่วยเป็นโรคต่างๆ คิดสับสน ตัดสินใจไม่ได้ ไม่มีสมาธิ โดยเฉพาะคิดว่าผู้อื่นคิดร้ายต่อตนเอง มีอาการประสาทหลอน ดำเนินตนเอง คิดทำร้ายตนเอง

ด้านพฤติกรรม เคลื่อนไหวเชิงลบ ถดถอย ยืนหรือนั่งทื่อ อยู่ในท่าเดิมนานๆ

ไม่สนใจสุขอนามัยของตน แยกตัวออกจากสังคม ไม่ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ด้านสรีระวิทยา เคลื่อนไหวร่างกายเชิงลบ ระบบการทำงานในร่างกายเปลี่ยนแปลง เช่น การย่อยอาหารช้า คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักตัวลด ประจำเดือนขาด นอนไม่หลับ ตื่นเช้าผิดปกติ และไม่สามารถนอนหลับได้ ระบบการสื่อสารผิดปกติ

1.3 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้านอกจากการสัมภาษณ์และการตรวจสภาพจิตโดยตรงกับผู้ป่วยแล้ว ต้องพิจารณาข้อมูลจากญาติผู้ดูแลใกล้ชิดและเพื่อนร่วมงานด้วย นอกจากนี้ยังมีแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ประชาชนหรือผู้ไม่แน่ใจว่าตนเองมีภาวะซึมเศร้าได้ใช้ประเมินตนเอง แบบประเมินที่นิยมใช้มีดังนี้

1.3.1 Beck Depression Inventory (BDI) พัฒนาขึ้นโดย Aaron T Beck ในปี 1976 เป็นแบบประเมินให้ผู้ป่วยเป็นคนตอบเอง มีจำนวน 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับทางกาย 6 ข้อ คำถามเกี่ยวกับจิตใจ 15 ข้อ แต่มีข้อจำกัด คือ ถ้าใช้กับผู้มีการศึกษาน้อย คำถามอาจเข้าใจยาก ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการตอบคำถามได้ (Beck, 1987)

1.3.2 มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542) ได้พัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย เรียกว่า Thai Depression Inventory (TDI) มีความสอดคล้องภายในของแบบประเมินอยู่ในเกณฑ์ดี แบบประเมินมี 5 ปัจจัยที่สำคัญและปัจจัยเด่น คือ Anxiety – Insomnia factor ผู้ป่วยมีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง มีคะแนนตั้งแต่ 35 คะแนนขึ้นไป ระดับปานกลาง 26-34 คะแนน ระดับอ่อน 21-25 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า 0-20 คะแนน แบบประเมินมี 20 ข้อ ข้อจำกัดคือสำหรับผู้มีการศึกษาน้อย อาจจะใช้เวลานานในการอ่านและทำความเข้าใจเพื่อตอบแบบประเมิน

1.3.3 ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2551) ได้พัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีคำถามทั้งหมด 8 ข้อ โดยแบ่งเป็น ข้อ 1-6 เป็นคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (Depression) จุดตัดที่เหมาะสม (cut of point) ที่ 3 คะแนน สำหรับคำถามเกี่ยวกับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมี 2 คำถาม เป็นข้อ 7-8 จุดตัดที่เหมาะสมที่ 1 คะแนน เครื่องมือฉบับนี้ใช้คัดกรองประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

การศึกษา นี้เลือกใช้แบบประเมินTDI เพื่อประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย เนื่องจากพัฒนามาจากบริบทของคนไทย สามารถให้ผู้ป่วยประเมินตนเองได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการอ่าน ผู้ศึกษาสามารถอ่านให้ผู้ป่วยตอบคำถามได้ และแบบประเมิน TDI แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าตามคะแนนรวมที่ประเมินได้

1.4 การบำบัดรักษา

ผู้ป่วยซึมเศร้าหากไม่รักษาอาการจะคงอยู่ยาวนานประมาณ 10 เดือน และร้อยละ 75 จะมีการกลับเป็นซ้ำครั้งที่ 2 อีกภายใน 6 เดือนหลังจากเป็นครั้งแรก พบว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยอารมณ์เศร้าจะฆ่าตัวตายสำเร็จ แต่หากได้รับการรักษาจะตอบสนองต่อการรักษาดีพอสมควร ร้อยละ 50 หายเป็นปกติ ร้อยละ 3 จะดีขึ้น แต่ยังมีอาการของอารมณ์เศร้าบ้าง ร้อยละ 20 จะป่วยเรื้อรัง (พูนศรี รังสีขจี, 2546) ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งมีระดับความรุนแรงต่างกัน จึงแบ่งการรักษาตามระดับดังนี้ (พูนศรี รังสีขจี, 2546; สุรพล วีระศิริ, 2547; สายฝน เอกวรังกูร, 2553)

1.4.1 ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย บำบัดรักษาโดยการให้การปรึกษารายบุคคล (Counseling) การทำจิตบำบัด เช่น จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy: SP) การทำจิตบำบัดแบบปรับแนวคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy: CBT) การรักษาด้วยยา การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนทั่วไป

1.4.2 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง บำบัดรักษาโดยการให้ยาต้านเศร้าร่วมกับการทำจิตบำบัดต่างๆ เช่น CBT พฤติกรรมบำบัด ครอบครัวบำบัด ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่อาจรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

1.4.3 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ส่วนมากจำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล บำบัดรักษาโดยให้ยาต้านเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า เมื่อมีผู้ป่วยอาการดีขึ้น ให้การบำบัดทางจิต เช่น CBT, Interpersonal therapy, Psychodynamic psychotherapy ครอบครัวบำบัด กลุ่มบำบัด เป็นต้น

2. การฆ่าตัวตาย

2.1 ความหมายเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

2.1.1 การฆ่าตัวตาย (Suicide) หรืออัตวินิบาตกรรม หมายถึง การกระทำที่เจตนาหรือตั้งใจ ทำให้ชีวิตของตนสิ้นสุดและไม่ใช่อุบัติเหตุ โดยมุ่งความสนใจใน 3 ประเด็น คือ 1) ผลลัพธ์ (การเสียชีวิต) 2) ความตั้งใจหรือปรารถนาที่จะตาย และ 3) เกิดการเปลี่ยนแปลงตามที่ตนเองต้องการ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; กรมสุขภาพจิต, 2549; มาโนช หล่อตระกูล, 2553; ญัฐกร จำปาทอง, 2554)

2.1.2 การพยายามฆ่าตัวตาย (Attempted suicide) หมายถึง การแสดงที่บุคคลพยายามทำร้ายตัวเองหรือจะจบชีวิตตนเอง ซึ่งการกระทำนั้นไม่ใช่นิสัยปกติ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ โดยไม่ถึงแก่ชีวิตอาจมีหรือไม่มีการบาดเจ็บหรือเป็นอันตรายก็ได้ (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว 2545; กรมสุขภาพจิต, 2546; มาโนช หล่อตระกูล, 2553; Bertolote & Fleischmann 2002, cite in Wasserman & Wasserman, 2009)

คำศัพท์ที่สำคัญเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (สุกมล วิภาวีพลกุล, 2543; มาโนช หล่อตระกูล, 2553)

- Suicide idea หมายถึง ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย
- Suicide attempt หมายถึง การพยายามฆ่าตัวตาย
- Suicidal plan หมายถึง แผนการที่จะลงมือฆ่าตัวตาย
- Committed suicide หมายถึง การฆ่าตัวตายสำเร็จ
- Suicidal risk หมายถึง ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- Suicidality หมายถึง พฤติกรรมและความคิดที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

ทั้งหมด ตั้งแต่ความคิดฆ่าตัวตาย การสื่อถึงความต้องการฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตายไปจนถึงการฆ่าตัวตาย

- Suicidal behavior หมายถึง พฤติกรรมฆ่าตัวตาย แบ่งย่อยได้ 3 ลักษณะ ได้แก่ การมีความคิดฆ่าตัวตาย การวางแผนฆ่าตัวตาย และการพยายามฆ่าตัวตายไปจนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

2.2.1 การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นการตัดสินใจทางคลินิก ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากยังไม่มีการศึกษาใดซึ่งแสดงถึงปัจจัยเสี่ยงเฉพาะเจาะจงที่บ่งถึงการฆ่าตัวตายหรือพฤติกรรมอยากตาย ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีดังนี้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2551; มาโนช หล่อตระกูล, 2553; Mann, 2008)

1) ความคิดหรือพฤติกรรมอยากตาย เช่น มีความคิดอยากตาย มีแผนที่จะฆ่าตัวตาย มีการพยายามฆ่าตัวตาย ความรุนแรงของแผนการฆ่าตัวตายหรือความพยายามและมีความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย

2) โรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคไบโพลาร์ โรคจิตเภท โรคอะนอเรกเซีย เสพสุรา การใช้สารเสพติด หรือใช้สารอื่นๆ บุคลิกภาพผิดปกติในกลุ่ม B โดยเฉพาะชนิดบอร์เดอร์ไลน์ (Soomro, 2008)

- 3) โรคทางกาย เช่น โรคของระบบประสาท โรคกระเพาะ โรคเอดส์ โรคทางกายเรื้อรัง กลุ่มอาการปวด มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 4) ปัจจัยทางสังคม เช่น เพ็งขาดการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งการมีชีวิตอยู่คนเดียว ไม่มีงานทำ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจตกต่ำ มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับครอบครัว ความรุนแรงในครอบครัวโดยคู่ครองเพิ่มขึ้น เพ็งประสบความเครียดในชีวิต
- 5) พันธุกรรมและผลจากครอบครัว เช่น มีประวัติการฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในญาติสนิท มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว
- 6) ภาวะจิตใจ เช่น ความรู้สึกสิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกเจ็บปวดทางด้านจิตใจ จิตใจวุ่นวาย มีอาการวิตกกังวลอย่างรุนแรง มีความรู้สึกละอายใจหรือเสื่อมเสียเกียรติ ความรู้สึกในคุณค่าของตัวเองลดลง ขาดการควบคุมอารมณ์ หรือนิสัยก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น มีประวัติถูกทำร้ายมาก่อน
- 7) ลักษณะสถิติประชากร เป็นเพศชาย สถานะหม้าย หย่าร้าง วัยสูงอายุหรือวัยรุ่นและผู้ใหญ่อายุน้อย กลุ่มไบเซ็กชวล
- 8) ลักษณะอื่น เช่น ได้อาหารมาโดยง่าย มีอาการพิษจากสารเสพติด สัมพันธภาพเชิงการรักษาไม่ดี

2.2.2 ปัจจัยปกป้องการฆ่าตัวตาย เช่น มีเด็กอยู่ในบ้าน มีความรับผิดชอบต่อครอบครัว ตั้งครรภ์ เคร่งศาสนา มีความพึงพอใจชีวิต มีความสามารถปรับตัวตามความเป็นจริง มีทักษะในการแก้ไขปัญหาทางด้านบวก มีการสนับสนุนทางด้านสังคม มีสัมพันธภาพเชิงรักชาติ

รูปแบบแนวคิดที่นิยมใช้กันในปัจจุบัน เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ แนวคิด stress - diathesis model โดยแนวคิดนี้มองว่าบุคคลที่มีโอกาสเกิดการฆ่าตัวตายนั้นมีความเสี่ยงเป็นพื้นฐานมาอยู่แล้ว เมื่อบุคคลนั้นๆ มีความกดดัน (stress) มากกระตุ้นอาจเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2553)

- 1) ปัจจัยโน้มรับโรค (Predisposing factors) ได้แก่ ประวัติทางพันธุกรรม/ประวัติคนในครอบครัว ปัจจัยทางชีวภาพ (เช่น ความผิดปกติขณะคลอด) และบุคลิกภาพมีปัญหา (เช่น มีลักษณะหุนหัน) เป็นปัจจัยที่มีลักษณะคงที่
- 2) ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ได้แก่ การมีปัญหาทางจิตเวช เช่น โรคอารมณ์แปรปรวน โรควิตกกังวล หรือการใช้สารเสพติด ทำให้มีแนวโน้มต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เป็นลักษณะปัจจัยที่มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงตามสถานการณ์ เช่น หากเลิกสุราความเสี่ยงก็ลดลง
- 3) ปัจจัยคุ้มครอง (Protective factors) ได้แก่ การมีความคิดที่ปรับเปลี่ยนได้ ไม่ยึดติดเกินไป การได้รับความช่วยเหลือจากสังคม การมีความหวังในอนาคต ความรู้สึกต้องรับผิดชอบต่อผู้อื่น มีศรัทธาในศาสนา เป็นต้น
- 4) ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) ได้แก่ การมีสิ่งที่ใช้ฆ่าตัวตายอยู่ใกล้ตัว และการเกิดเหตุการณ์กดดันในระยะอันใกล้นี้ รวมทั้งความรู้สึกถูกทำให้อับอาย

ปัจจุบันเป็นที่ตระหนักกันมากขึ้นว่าปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ต่างก็มีปฏิสัมพันธ์กันอยู่ตลอด โดยเฉพาะปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับความโน้มเอียงหรือปัจจัยเสี่ยงซึ่งถ่ายทอดทางพันธุกรรม

2.3 การประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.3.1 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้พัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายครั้งแรกใน พ.ศ. 2546 โดยมีข้อคำถาม 10 ข้อ (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546) เมื่อนำแบบคัดกรองไปใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 พบว่าคำถามบางข้อมีความซ้ำซ้อนกัน ข้อคำถามมีมากเกินไป บางคำถามเป็นอาการที่ปรากฏทั่วไปในโรคทางกาย ใน พ.ศ. 2551 จึงได้พัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ฉบับใหม่ขึ้น : DS8 (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2551) จากการประเมินผลการนำไปใช้พบว่าจำนวนข้อคำถามในแบบคัดกรองฉบับใหม่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายมีจำนวนข้อน้อยเกินไป (2 ข้อ) ขาดประเด็นสัญญาณเตือน (warning sign) ที่สำคัญเพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนัก และสามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ได้ ตั้งแต่ระยะแรก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จึงได้พัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SU-9) ขึ้นในปี 2554 แบบสอบถามนี้ใช้ในการประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยคำนึงถึงความสำคัญของการมีสัญญาณเตือน เพื่อให้มีการเฝ้าระวังก่อนมีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้น สามารถนำไปคัดกรองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เป็นปัจจุบัน (ภายใน 1 ปี) เพื่อนำเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (ประภาส อุครานันท์, 2555) ซึ่งแบบประเมินดังกล่าวไม่ได้แบ่งระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและทำการศึกษาในชุมชน

2.3.2 แบบสัมภาษณ์ประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายโดยพยาบาล (The Nurse's Global Assessment of Suicide Risk : NGASR) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบบประเมินนี้แบ่งระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ 4 ระดับ คือ ระดับน้อย ปานกลาง สูง และสูงมาก มีลักษณะคำตอบว่า ใช่หรือไม่ใช่ มีค่าความเชื่อมั่น 0.9 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อมีความแตกต่างกันไปตามความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่เพิ่มมากขึ้น การพัฒนาเครื่องมือนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยทำนายที่ทำให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีดังต่อไปนี้ 1) มีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง 2) มีสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาในการดำรงชีวิต 3) มีสถานการณ์ความเครียดในชีวิตเมื่อเร็วๆ นี้ 4) มีการเจ็บป่วยทางจิต 5) มีภาวะซึมเศร้า 6) มีภาวะที่แยกตัวออกจากสังคมและไม่มีปฏิสัมพันธ์กับสังคม 7) มีการสื่อสารถึงความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย 8) มีการวางแผนในการฆ่าตัวตายไว้ก่อน 9) มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัวหรือมีประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัว 10) มีการสูญเสียสัมพันธภาพหรือมีความเศร้าโศกเมื่อเร็วๆ นี้ 11) มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิต 12) มีสถานภาพเป็นหม้ายหรือสูญเสียคู่ชีวิต 13) มีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน 14) มีการสูญเสียสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม 15) มีการใช้แอลกอฮอล์หรือการใช้สารเสพติด 16) มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยระยะสุดท้าย (Cutcliffe & Barker, 2004)

2.3.3 ได้มีการศึกษาความตรงของเครื่องมือสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง เพื่อวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview : M.I.N.I. : 5.00 ฉบับภาษาไทย โดยได้นำเครื่องมือของ Sheehan & Leerubier ชื่อ Mini International Neuropsychiatric Interview English Version 5.00 (2002) มาแปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและตรวจสอบความตรงตามเกณฑ์ ศึกษาในประชาชนทั่วไปและผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 177 คน โดยเปรียบเทียบระหว่างการวินิจฉัยโดยพยาบาลจิตเวชที่ได้รับการฝึกอบรมใช้ M.I.N.I. ฉบับภาษาไทยกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ตามกรอบการวินิจฉัยของเครื่องมือ M.I.N.I. ที่ถือเป็นมาตรฐาน และทำการทดสอบทางสถิติเพื่อหาความตรงตามเกณฑ์ โดย Cohen's Kappa ค่าความไว ค่าความจำเพาะ ค่าการคาดหมายที่เป็นบวก ค่าการคาดหมายที่เป็นลบ และประสิทธิภาพของการวินิจฉัยที่ตรงกัน ผลการศึกษามีค่าความเชื่อมั่น 0.86 แบบประเมินการฆ่าตัวตายประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับประวัติการฆ่าตัวตาย ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายตลอดชีวิตที่ผ่านมา ซึ่งคำตอบจะมี “ใช่” และ “ไม่ใช่” และได้แบ่งระดับความเสี่ยงในการฆ่า

ตัวตาย มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 1-8 คะแนน มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายน้อย 9-16 คะแนนมีระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปานกลาง ตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป มีระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มาก (พันธัญภา กิตติรัตนไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น, 2548)

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ใช้แบบประเมิน M.I.N.I. - Suicidality เพื่อประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีการแบ่งระดับความเสี่ยงชัดเจน ผ่านกระบวนการวิจัยในคนไทย และเป็นแบบประเมินที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ใช้เป็นงานประจำในการประเมินผู้ป่วยและให้การพยาบาลตามระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.4 การบำบัดรักษา

การดูแลผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้น สัมพันธภาพในการรักษามีส่วนสำคัญมาก ในการทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจและรู้สึกว่ามีผู้ช่วยเหลือตน การช่วยเหลือที่สำคัญในระยะที่มีความเสี่ยงเฉพาะหน้าคือ การป้องกันผู้ป่วยจากการทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นทันหันควรสังเกตใกล้ชิดระยะหนึ่งจนแน่ใจว่าผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงจึงลดมาตรการในการป้องกันลง การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2551; มาโนช หล่อตระกูล, 2553; Soomro, 2008)

2.4.1 การรักษาทางยาหรือชีวภาพ ได้แก่ 1) การให้ยาในกลุ่ม benzodiazepine เพื่อลดอาการวิตกกังวล กรณีผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าให้ยารักษาอาการเศร้า หรืออาจให้ยารักษาโรคจิต การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่หอผู้ป่วย ในบางรายที่มีอาการกระวนกระวาย หุนหันพลันแล่น ควบคุมตัวเองไม่ได้ อาจต้องผูกยึดผู้ป่วย หรือให้ยาเพื่อให้สงบลง 2) การป้องกันด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการป้องกันด้านอุปกรณ์เครื่องใช้ 3) ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) พบว่าสามารถลดความคิดฆ่าตัวตายลงได้ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้วหรือโรคจิตเภท

2.4.2 การรักษาทางจิตสังคม ในระยะแรกจะเน้นที่การสนับสนุนให้กำลังใจ ผู้ป่วยโรคจิตเวชครั้งแรก ผู้รักษาเน้นการสร้างสัมพันธภาพให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคที่เป็น ตลอดจนเสริมเจตคติในทางบวกต่อโรคและการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยมักปฏิเสธการเจ็บป่วยทางจิตเวชในช่วงแรกของการป่วย การทำจิตบำบัดมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เช่น จิตบำบัดแบบ Interpersonal therapy, Cognitive behavioral therapy, Dialectical behavioural therapy, Problem – solving therapy, Telephone contact เป็นต้น

3. กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem solving therapy group: PST)

มนุษย์เป็นนักแก้ปัญหา และบุคคลมีความแตกต่างกันในด้านความสามารถในการแก้ปัญหา การแก้ปัญหาที่ประสบผลสำเร็จโดยการลดปัญหาการปรับตัวไม่ได้ (maladjustment) และเพิ่มการปรับตัวเชิงบวก (positive adjustment) การแก้ปัญหาพบว่า เป็นความคิดอย่างสร้างสรรค์ และความสามารถทางสติปัญญา (D'Zulilla, 2007)

การบำบัดโดยการแก้ปัญหา เป็นการบำบัดที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ทำให้บุคคลรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง และคิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต มองปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายที่เปิดโอกาสให้ตนเองได้เจริญเติบโต ยอมรับว่าปัญหาต้องใช้เวลาและความพยายามในการแก้ไข มีทักษะในการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล และมีความคิดทางบวกต่อปัญหา โดยมีความพยายามทำความเข้าใจ (formulation) และค้นปัญหาที่แท้จริง (identified problem) พยายามคิดหาทางแก้ปัญหาหลายๆ ทางมีการตัดสินใจบนวิธีการแก้ปัญหาที่มีการวางแผนไว้ และตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ทั้งผลดีและผลกระทบและลด

อารมณ์ทางลบที่ไม่เป็นประโยชน์ในการช่วยแก้ปัญหาโดยอยู่บนพื้นฐานตามความเป็นจริง (D' Zurilla, 1988 อ้างในบุญยาภา คำบุญเรือง, 2552)

3.1 องค์ประกอบการแก้ปัญหา

การแก้ปัญหาเป็นกระบวนการทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ในการแก้ปัญหามุ่งหาความเข้าใจส่วนประกอบ 3 ประเด็น ดังนี้ (ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2554)

3.1.1 การแก้ปัญหา (Problem solving) หมายถึง การนำตนเอง กำกับตนเองในการพยายามจะค้นหาหรือระบุปัญหา วิธีการเผชิญปัญหาหรือปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยใช้กระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมซึ่งมีเป้าหมายดังนี้

- 1) ทำให้เกิดศักยภาพที่หลากหลายและมีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาที่เฉพาะเจาะจง
- 2) เพิ่มความเป็นไปได้ในทางเลือก วิธีที่ดีที่สุดจากหลายๆ ทางเลือก ดังนั้นการแก้ปัญหาจึงจำเป็นต้องมีความรู้ตัว (conscious) มีเหตุผล (rational) มีความพยายาม (effortful) และมีกิจกรรมหรือการกระทำที่มีเป้าหมาย (purposive activity)

เป้าหมายของการแก้ปัญหา คือ ต้องปรับการรับรู้ต่อสถานการณ์ปัญหาให้ดีขึ้นตามความเป็นจริง ปรับลดอารมณ์ที่กดดันลง เกิดการปรับเปลี่ยนศักยภาพในการแก้ปัญหาจากการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาต่างๆ ไป และวิธีการควบคุมตนเอง การแก้ปัญหาไม่ใช้การปรับที่สถานการณ์ปัญหาหรือปรับที่บุคคลเท่านั้น แต่เป็นการแก้ไขที่ต่อเนื่องกัน เพื่อให้เกิดการรับรู้ถึงความไม่สมดุลระหว่างความต้องการกับพลังในการแก้ปัญหาได้ลดลง การรับรู้ปัญหาและการพยายามแก้ปัญหาเกี่ยวข้องโดยตรงกับการรับรู้ จึงเป็นสิ่งที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล ปัญหาการรับรู้ของบุคคลหนึ่งอาจใช้หรือไม่ใช้ปัญหาของคนอื่นๆ

3.1.2 ปัญหา (Problem) หมายถึง สถานการณ์ปัญหา (Problematic situation) เป็นสถานการณ์เป็นงานในปัจจุบันหรืองานที่คาดหวังไว้ ซึ่งเป็นหน้าที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าการศึกษาศักยภาพ พลัง หรือวิธีการจากทั้งภายนอก และภายในตนเอง แต่พบว่าเป็นสิ่งที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน ไม่คุ้นเคย ขาดตัวช่วย ขาดข้อมูล ขาดทักษะ มีความยุ่งยากซับซ้อน มีความไม่แน่นอน มีความยุ่งยากทางอารมณ์ มีความขัดแย้งของเป้าหมาย และรู้สึกล้มเหลวในการแก้ปัญหา บุคคลจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองกำลังเผชิญปัญหา ซึ่งลักษณะของปัญหาสามารถแบ่งได้ ดังต่อไปนี้

- 1) ปัญหาที่เกิดขึ้นครั้งเดียวในเวลาจำกัด (single time-limited) เช่น การไปประชุมไม่ทัน การพลาดไปขบวนรถไฟที่ตั้งใจ การเจ็บป่วยที่กะทันหัน เป็นต้น
- 2) ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจากสถานการณ์ปัญหาอื่นๆ (a series of similar related event) เช่น การถูกกดดันจากหัวหน้างาน พฤติกรรมก้าวร้าวอย่างต่อเนื่องของบุตรสาวที่กำลังอยู่ในระยะวัยรุ่น
- 3) ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรังต่อเนื่อง (chronic ongoing situation) เช่น ความเจ็บปวดที่ต่อเนื่อง ความเหงา ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
- 4) ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล หมายถึง ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อย และการแก้ปัญหามุ่งหา win-win approach เพื่อแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้นมากกว่าที่จะใช้ win-lose approach ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาอย่างต่อเนื่องต่อมาในระยะยาว

3.1.3 วิธีการแก้ปัญหา (Solution) หมายถึง การเผชิญกับปัญหาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรมในปัญหาที่เฉพาะเจาะจง ประสิทธิภาพของการแก้ปัญหามุ่งหาสถานการณ์ของปัญหาลดลง บุคคลลดความรู้สึกกดดัน สามารถเพิ่มผลกรรมทางบวก และลดผลกรรมทางลบลง และสามารถลดปัญหาได้ในระยะ

สั้นและระยะยาว เนื่องจากสถานการณ์ของปัญหาจะแตกต่างกันตามความเชื่อ ค่านิยม และมาตรฐานทางสังคมของแต่ละบุคคลว่าตั้งเป้าหมายอย่างไร เพียงใด ในระดับใด ซึ่งลักษณะการแก้ปัญหาที่ได้ผลดีจะต้องบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ในกาแก้ปัญหา สามารถลดผลกระทบทางลบและสามารถเพิ่มผลกระทบทางบวกได้

3.2 รูปแบบการแก้ปัญหา

รูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหาได้มีการพัฒนาและแก้ไขปรับปรุงใหม่เป็นรูปแบบ 5 มิติ คือ การแก้ปัญหาทางสังคมแนวใหม่ (a new five-dimensional model of social problem solving) ประกอบด้วย การรับรู้ปัญหา (Problem oriented) มี 2 แบบ คือ การรับรู้ปัญหาทางบวก การรับรู้ปัญหาทางลบ สำหรับรูปแบบการแก้ปัญหา (Problem solving styles) มี 3 แบบ คือ การแก้ปัญหามีเหตุผล การแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น ขาดความระมัดระวัง และการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา มีรายละเอียดดังนี้ (D'zurilla, 2007) (ดังภาพที่ 1)

3.2.1 การรับรู้ปัญหา มี 2 แบบ คือ

1) การรับรู้ปัญหาทางบวก (Positive problem orientation: PPO) เป็นรูปแบบการคิดแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์ ซึ่งรวมถึงการจัดการโดยทั่วไปดังนี้

1.1) รับรู้หรือประเมินว่าปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทาย (นั่นคือเป็นโอกาสที่มีประโยชน์หรือเป็นโอกาสที่ได้รับ)

1.2) มีความเชื่อว่าปัญหาทุกปัญหาสามารถแก้ไขได้ (มองโลกในแง่ดี)

1.3) เชื่อในความสามารถของบุคคลที่จะแก้ปัญหาได้สำเร็จ (คนมีความสามารถมีศักยภาพในการแก้ปัญหา)

1.4) เชื่อว่าการแก้ปัญหาที่ประสบผลสำเร็จต้องอาศัยเวลาและความพยายาม มุ่งมั่นในการแก้ปัญหา

1.5) สัญญากับตนเองที่จะแก้ปัญหาดด้วยความรวดเร็วดีกว่าหลีกเลี่ยงปัญหา

2) การรับรู้ปัญหาทางลบ (Negative problem orientation: NPO) เป็นรูปแบบการคิดและการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมและเป็นอุปสรรค รวมถึงแนวโน้มโดยทั่วไป ดังนี้

2.1) มองปัญหาเป็นสิ่งที่คุกคามความสุข (ทางจิตใจ สังคม หรือเศรษฐกิจ)

2.2) สงสัยในความสามารถของตนเองที่จะแก้ปัญหาได้สำเร็จ (มองตนเองมีความสามารถในการแก้ปัญหาลำบาก)

2.3) มีความรู้สึกคับข้องใจ และว่าวุ่นใจโดยง่ายเมื่อเผชิญปัญหา (มีความอดทนต่อความคับข้องใจต่ำ)

3.2.2 รูปแบบการแก้ปัญหา (Problem solving styles) มี 3 แบบ คือ

1) การแก้ปัญหาที่มีเหตุผล (Rational problem solving: RPS) เป็นรูปแบบการแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์ ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้ทักษะการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพอย่างมีเหตุผล รอบคอบ และเป็นระบบ มี 4 ทักษะ คือ

1.1) การกำหนดปัญหาและทำความเข้าใจปัญหา (Problem definition and formulation: PDF) ผู้แก้ปัญหายพยายามทำให้ปัญหาชัดเจนและเข้าใจปัญหาโดยการรวบรวมข้อเท็จจริงที่เฉพาะเจาะจงและเป็นรูปธรรมที่เกี่ยวกับปัญหาเท่าที่เป็นไปได้ ระบุความต้องการและอุปสรรค กำหนดเป้าหมายของการแก้ปัญหาที่เป็นจริง (การปรับเปลี่ยนสถานการณ์ให้ดีขึ้น การยอมรับเหตุการณ์ และลดความทุกข์ใจให้มากที่สุด)

1.2) การหาทางเลือกในการแก้ปัญหา (Generation of alternative solution: GOA) บุคคลเน้นที่เป้าหมายในการแก้ปัญหาและพยายามระบุวิธีแก้ปัญหาที่เป็นไปได้หลายๆ ทาง

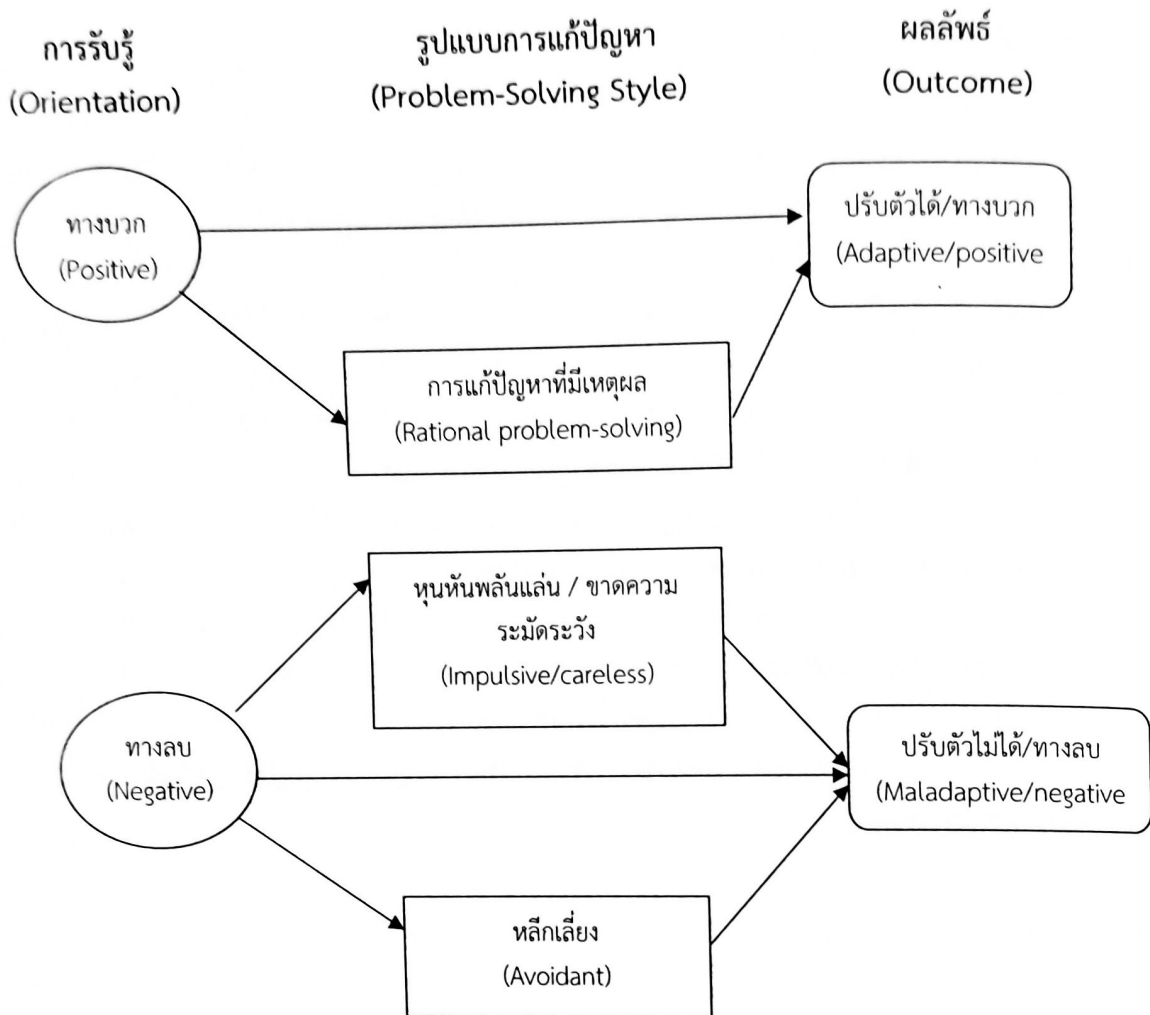
1.3) การตัดสินใจ (Decision making: DM) ผู้แก้ปัญหาคาดหวังถึงผลของทางเลือกต่างๆ ที่แตกต่างกันและเปรียบเทียบแต่ละทางเลือกจากนั้นเลือกวิธีการที่ดีที่สุดหรือมีประสิทธิภาพมากที่สุด

1.4) ดำเนินการแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (Solution implementation and verification: SIV) บุคคลมีการควบคุมและประเมินผลของวิธีแก้ปัญหาที่เลือกไว้อย่างระมัดระวัง หลังจากดำเนินการแก้ปัญหาในชีวิตจริง

2) วิธีแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น ขาดความระมัดระวัง (Impulsivity / carelessness style) เป็นรูปแบบการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม โดยมีลักษณะการพยายามอย่างกระตือรือร้นที่จะประยุกต์ กลยุทธ์และเทคนิคการแก้ปัญหา เป็นความคิดที่แคบ หุนหันพลันแล่น ขาดความระมัดระวัง รีบเร่งและไม่สมบูรณ์ คนที่มีรูปแบบการแก้ปัญหานี้จะพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาเพียง 2 - 3 ทาง และลงมือทำอย่างหุนหันพลันแล่น โดยเลือกความคิดแรกที่คิดได้ ยิ่งไปกว่านั้น เขาหรือเธอจะทบทวนทางเลือกและผลลัพธ์อย่างรวดเร็วและไม่เป็นระบบ ควบคุมผลของการแก้ปัญหาย่างไม่ระมัดระวังและไม่เหมาะสม

3) วิธีการแก้ปัญหาโดยการเลี่ยงที่จะเผชิญปัญหา (Avoidance style) เป็นรูปแบบการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสมเช่นกัน โดยผลัดวันประกันพรุ่ง ยอมตามหรืออยู่เฉยๆ และพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ผู้ที่แก้ปัญหาโดยการหนี โอนเอียงไปทางเลี่ยงปัญหามากกว่าจะเผชิญปัญหาโดยตรง เลื่อนการแก้ปัญห่ออกไปให้นานเท่าที่เป็นไปได้ เพื่อรอให้ปัญหาลี้คลายด้วยตัวของมันเอง และพยายามปิดความรับผิดชอบในการแก้ปัญหาของตนเองให้กับผู้อื่น

ภาพที่ 1 แสดงกระบวนการแก้ปัญหาทางสังคมโดยมีพื้นฐานจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นรูปแบบ 5 มิติ



ในปัจจุบันมีการประยุกต์ใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) อย่างกว้างขวางและมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล จิตเภท ผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นต้น วัตถุประสงค์หลักของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา คือ การเพิ่มการรับรู้ปัญหาทางบวก พัฒนาความสามารถในการตัดสินใจ ในทางคลินิกมีเป้าหมายเพื่อการบำบัด เช่น เพื่อลดอาการแสดงของโรคซึมเศร้า จัดคู่มือบรรเทาอาการรับประทานยาตามแผนการรักษา

PST คือ กลุ่มของยุทธวิธีการบำบัดของคลินิกที่นำไปปฏิบัติภายใต้การไปถึงเป้าหมายที่เฉพาะให้ความสำคัญกับหลักการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีหลายวิธีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับการรับรู้ต่อปัญหาด้านลบ เช่น การฝึกปรับความคิด การบำบัดทางอารมณ์และเหตุผล การให้สุขภาพจิตศึกษา การพัฒนาการรับรู้ปัญหา หลักการบำบัดที่สำคัญจะเพิ่มความสามารถในการยอมรับและทำความเข้าใจปัญหา หลีกเลี่ยงปัญหาให้น้อยที่สุดโดยใช้วิธีการระดมสมอง

3.3 ยุทธวิธีการฝึก (Training strategies) (D' Zurilla, 2007)

3.3.1 วิธีการสอน (Didactic methods) การให้ความรู้เป็นสิ่งสำคัญโดยการใช้การพูดคุย การเขียน การตั้งคำถาม และอภิปราย สนับสนุนให้บุคคลพิจารณาและคิดด้วยตัวเอง

3.3.2 การแนะนำ (Coaching) การใช้คำถามนำ การแนะนำ การชี้แนะ เช่น ในระหว่างขั้นตอนของการระดมสมอง ผู้บำบัดสามารถเริ่มต้นกระบวนการหาทางเลือกในการแก้ปัญหา

3.3.3 การเป็นแบบอย่าง (Modeling) การพูดคุย การเขียน และการสาธิตให้ดูสิ่งที่ถูก และไม่ถูกการประยุกต์วิธีการแก้ปัญหาหลายๆ ทาง

3.3.4 การกำหนดรูปแบบ (Shaping) การฝึกที่เฉพาะในกระบวนการแก้ปัญหา เพื่อพัฒนาตามระดับความซับซ้อนของปัญหา

3.3.5 การฝึกซ้อม (Rehearsal) การมอบหมายการบ้าน บทบาทสมมติ ฝึกการแก้ปัญหาในสถานการณ์จริง

3.3.6 การเสริมแรงบวก (Positive reinforcement) การชมเชย การให้กำลังใจในกลุ่ม

3.3.7 การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดทางบวก (Building a Positive Therapeutic Relationship) การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดเป็นสิ่งสำคัญมาก ที่ทำให้การฝึกมีประสิทธิภาพ เกิดความร่วมมือ สิ่งที่จะช่วยในการสร้างสัมพันธภาพ คือ ความอบอุ่น (Be warm) ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และความจริงใจ (Genuine) ที่แสดงให้เห็นว่าผู้บำบัดใส่ใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโดยการรับฟัง การยอมรับความรู้สึก การสื่อสารอย่างเข้าใจความคิด การสะท้อนความรู้สึก แสดงให้เห็นถึงความจริงใจ และยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไข มีความกระตือรือร้น และมองโลกในแง่ดี สร้างความหวัง และให้ผู้ป่วยเห็นถึงประโยชน์ การแก้ปัญหาคือช่วยให้การปรับตัวมีประสิทธิภาพ ลดผลกระทบจากความเครียดด้านอารมณ์ และสุขภาพ

3.3.8 การส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยให้ฝึกซ้อม และทำการบ้านที่ได้รับมอบหมาย การปรับใช้ในการแก้ปัญหาจริง

3.3.9 การประเมินจุดแข็ง จุดอ่อนในการแก้ปัญหา (Assessment of Problem-Solving Strengths and Weaknesses) ใช้ Social Problem Solving Inventory-Revised: SPSI-R (D' Zurilla et al, 2002) ซึ่งมี 5 มิติ แบ่งเป็นการรับรู้ปัญหาด้านบวก การรับรู้ปัญหาด้านลบ การแก้ปัญหาด้วยเหตุผล การแก้ปัญหาที่หุนหันพลันแล่น/ริบเร่งขาดความระมัดระวัง และรูปแบบการหลีกเลี่ยงปัญหา แบบประเมินมี 52 ข้อ ส่วนแบบสั้นมี 25 ข้อ มีความน่าเชื่อถือในอังกฤษ และสเปน ในด้านคลินิก SPSI-R เป็นเครื่องมือที่สำคัญมากใช้ได้ทั้งผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป

3.4 ขั้นตอนของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา

กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือเป็นจิตบำบัดที่มีแนวคิดว่าการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม เกิดขึ้นเมื่อบุคคลขาดวิธีการหรือทักษะที่มีความจำเป็นในการแก้ปัญหา ส่งผลให้เกิดความเครียดเรื้อรัง การแก้ปัญหาคือสิ่งที่ทำร้ายตัวเอง มักจะขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและบุคคลรอบตัวมากกว่าที่จะมุ่งหาแนวทางแก้ปัญหาเอง ผู้ป่วยมีทัศนคติไม่ดี ความคิดที่เข้มงวด ความคิดบิดเบือน มีวิธีการแก้ปัญหาไม่ยืดหยุ่นหรือไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ การแก้ปัญหาคือการมองไม่เห็นแนวทางแก้ปัญหา การบำบัดโดยการแก้ปัญหามุ่งให้ผู้ป่วย มีบทบาทมากขึ้นหาแนวทางแก้ปัญหาในเชิงบวก หรือฝึกทักษะการแก้ปัญหามีเหตุผล มีแรงจูงใจในการแก้ปัญหาที่บกพร่อง โดยมีขั้นตอนดังนี้ (ธวัชชัย ฤกษ์ณะปรณกิจ, 2544; มาโนช หล่อตระกูล, 2553; Reinecke, 2006)

3.4.1 การประเมินและวิเคราะห์ปัญหา ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยในการกำหนดปัญหาหรือพิจารณาปัญหาว่าปัญหาใดที่ผู้ป่วยคิดว่ามีผลกระทบต่อตนเอง ก่อให้เกิดความเครียดมาก โดยพิจารณาปฏิกิริยาทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งนำมาสู่การเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ดีขึ้น

3.4.2 การหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา โดยใช้การระดมสมอง กระตุ้นหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดทางเลือกในการแก้ปัญหาให้มีหลายแนวทางที่สุด แม้ว่าอาจจะยังไม่สามารถทำได้ในตอนนี้อีกก็ตาม ไม่ตำหนิความคิดเห็นใดที่เสนอออกมา และพยายามผสมผสานข้อเสนอดีๆ ในทางสร้างสรรค์

3.4.3 การประเมินทางเลือก เป็นการประเมินทางออกแต่ละทางว่าเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด มีข้อดีข้อเสียอย่างไร ทางเลือกใดน่าจะให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่ากัน โดยดูความพร้อมด้านงบประมาณค่าใช้จ่ายทรัพยากร กำลังคนที่มีความเป็นไปได้ ผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกฝนทักษะใหม่ๆ เปลี่ยนการมองปัญหามาสู่แง่มุมใหม่ สนับสนุนให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยเลือกการแก้ปัญหาที่เหมาะสม

3.4.4 การนำไปปฏิบัติ เป็นการฝึกซ้อมแก้ปัญหา โดยฝึกซ้อมในระหว่างการรักษาวาเมื่อนำไปแล้วมีการประเมินผลร่วมกับผู้บำบัดว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร มีติดขัดตรงไหน เมื่อปรับแก้จนมั่นใจแล้วให้ผู้ป่วยนำไปลองปฏิบัติจริง การบำบัดขั้นตอนนี้มีความสำคัญเช่นกัน เนื่องจากผู้ป่วยมักมองสิ่งต่างๆ ในแง่ลบ ท้อแท้ หดหู่ใจได้ง่าย หากสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่คาด เมื่อได้รับการสนับสนุนจากผู้บำบัดจะทำให้การปรับตัวต่อปัญหาของผู้ป่วยมีความเหมาะสม สามารถยอมรับผลที่เกิดขึ้น นำมาปรับปรุงแก้ไข ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถพึ่งตนเองมากขึ้นต่อปัญหาอื่นๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งจะนำมาสู่ความมั่นใจและรู้สึกดีต่อตนเองตามมา

3.5 ทักษะการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบกลุ่ม (PST Group)

ในการทำกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาเน้นการฝึกทักษะในเรื่องต่อไปนี้ (D' Zurilla, 1988 อ้างใน ปุณยาภา คำบุญเรือง, 2552; ดารารวรรณ ตะปินตา, 2554; D' Zurilla, 2007)

3.5.1 การรับรู้ปัญหาทางบวก (PPO) คือ การรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีความเชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้ และรับรู้ศักยภาพของตนเองในทางที่ดี ทำความเข้าใจว่าในการแก้ปัญหานั้นต้องใช้เวลาและความพยายาม มีความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหามากกว่าที่จะหนีปัญหา ซึ่งต้องมีการปรับทางอารมณ์ช่วยในการปรับแก้ปัญหา

3.5.2 การแก้ปัญหาย่างมีเหตุผล (RPS) คือ การมีความพยายามทำความเข้าใจ (formulation) และค้นหาปัญหาที่แท้จริง (identified problem) พยายามคิดหาทางออกจากปัญหาหลายๆ ทาง และตัดสินใจบนวิธีการแก้ปัญหาที่มีการวางแผน ลงมือทำการแก้ปัญหตามแผน และตรวจสอบผลการแก้ปัญหาทั้งผลดีและผลกระทบในระยะสั้นและระยะยาว พยายามอยู่กับความเป็นจริง และลดอารมณ์ทางลบเพราะไม่สามารถช่วยแก้ปัญหาได้

D' Zurilla มีแนวความคิดต่อการแก้ปัญหาของบุคคลว่า บุคคลที่แก้ปัญหาได้ผลเนื่องจากบุคคลรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง คิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต มองปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายที่เปิดโอกาสให้ตนได้เจริญเติบโต และยอมรับว่าการแก้ปัญหานั้นต้องใช้เวลาและความพยายามในการแก้ไขปัญห บุคคลก็จะมีความเชื่อว่าตนสามารถแก้ปัญหได้ด้วยตัวเอง ในกรณีที่แก้ปัญหาไม่สำเร็จ บุคคลก็ยอมรับว่าตนเป็นมนุษย์ธรรมดาคนหนึ่งที่ยังขาดประสบการณ์ ยังต้องการการเรียนรู้เพิ่มเติมอีก ส่วนบุคคลที่แก้ปัญหาไม่ได้ผลเนื่องจากบุคคลนั้นมองปัญหาว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อตนเอง แต่บางครั้งก็คิดว่าการแก้ปัญหานั้นเป็นสิ่งที่ง่าย เมื่อแก้ปัญหาไม่สำเร็จก็คิดตำหนิตนเองว่าเป็นเพราะตนไม่มีความสามารถ (D' Zurilla, 1988)

3.6 ขั้นตอนการฝึกการแก้ปัญหา (ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2554)

3.6.1 ฝึกการรับรู้ปัญหา (Training in problem orientation)

- 1) ฝึกการบอกความรู้สึกต่อปัญหา และยอมรับว่าบุคคลสามารถมีอารมณ์เกิดขึ้นได้เมื่อพบปัญหา
- 2) ทำแบบประเมินปัญหา และให้ตระหนักว่าไม่ใช่มีเพียงเราคนเดียวที่มีปัญหา
- 3) ฝึกสังเกตสัญญาณเตือนว่าปัญหากำลังจะเกิดขึ้น เพื่อหยุดอารมณ์และคิดหาทางออก (Stop and Think)

4) หว่านเมล็ดของการคิดหาทางออกจากปัญหาในทางบวก เช่น การเล่นบทบาทสมมติ

5) ฝึกการค้นหาและระบุปัญหา (Training in problem definition and formulation: PDF)

- 5.1) ฝึกตั้งเป้าหมายตามความเป็นจริง โดยตั้งเป้าหมายเป็นขั้นๆ
- 5.2) ฝึกการแก้ปัญหาที่เน้นแก้ที่ปัญหา (problem-focused goal) กับ

- 5.3) การแก้ปัญหาทางอารมณ์ (emotional-focused goal)
- 5.4) ฝึกการให้ความหมายต่อปัญหาที่สร้างสรรค์
- 5.5) ฝึกการแตกปัญหาที่ซับซ้อนออกมาเป็นส่วนเล็กๆ และทำความเข้าใจในแต่ละส่วน

6) ฝึกการสร้างหรือหาทางออกในการแก้ปัญหา (Training in generation of alternative solution: GOA)

- 6.1) ฝึกการหาทางออกที่หลากหลาย
- 6.2) หยุดความคิดที่เชื่อว่าในปัญหานี้ไม่สามารถทำอะไรได้อีกแล้ว
- 6.3) ฝึกการระดมสมองเพื่อพัฒนาการคิดถึงทางออกของปัญหา
- 6.4) ฝึกจินตนาการในปัญหานี้ ถ้าเป็นฮีโร่ เราจะแก้ปัญหานี้อย่างไรบ้าง

7) ฝึกการตัดสินใจ (Training in decision making: DM)

- 7.1) ฝึกการประเมินทางเลือก วิเคราะห์จากผลดี ผลเสียของทางเลือก

ช่วยให้มองเห็นผลทางบวกมากขึ้น มองเห็นผลทางลบน้อยลง

- 7.2) ฝึกการประเมินผลต่อตนเอง สังคม ผลในระยะสั้น/ระยะยาว

ผลบวก/ลบ

- 7.3) ฝึกประเมินศักยภาพในการแก้ปัญหาของตนเอง ที่ก็ยังแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง

- 7.4) ให้เกิดการเรียนรู้ว่าการแก้ปัญหาเป็นขั้นตอน สามารถนำสู่การแก้ปัญหาทั้งหมดได้

8) ฝึกการลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (Training in solution implementation and verification: SIM)

- 8.1) ฝึกการประเมินศักยภาพทางบวกของตนเองที่จะแก้ปัญหา
- 8.2) ทำความเข้าใจว่าหากไม่แก้ปัญหา จะเกิดผลทางลบมากกว่า
- 8.3) ฝึกการคิดถึงระบบในการกำกับ ติดตามผลการแก้ปัญหา

8.4) ในกรณีที่ยังแก้ปัญหาไม่สำเร็จ ช่วยให้มีแรงจูงใจในการเริ่มต้นในการวางแผนแบบใหม่เพื่อแก้ปัญหาใหม่อีกครั้ง

4. กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง (Group supportive psychotherapy: SP)

4.1 ความหมาย

Tarachow (1998) ให้ความหมายจิตบำบัดระดับประคองเป็นการทำจิตบำบัดโดยคำนึงถึงเหตุการณ์ในปัจจุบัน (here and now) สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์เพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ลดความวิตกกังวล เป็นการประคับประคองจิตใจผู้ป่วย

Yalom (1995) ให้ความหมายกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองเป็นการรักษาแบบกลุ่มเพื่อประคับประคองบุคคลที่มีความทุกข์ใจ โดยเฉพาะสมาชิกในกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ในขณะนั้น เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม เกิดปัจจัยบำบัดซึ่งส่งผลต่อการบำบัดรักษา

รังสิมันต์ สุนทรไชยา (2553) ให้ความหมายจิตบำบัดระดับประคองว่ามีรากฐานมาจากจิตบำบัดที่อธิบายการเปลี่ยนแปลงสภาวะจิตของบุคคลตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ซึ่งใช้การสำรวจค้นหาข้อขัดแย้งของจิตใจได้สำนึกด้วยการรับรู้ภายใน มีเป้าหมายในการปรับโครงสร้างของกลไกป้องกันทางจิต และเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ โดยผ่านการตีความหมายของความรู้สึก ความเพ้อฝันและความเชื่อ

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2553) ให้ความหมายจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม (Group supportive psychotherapy) เป็นการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่งโดยอาศัยกลุ่มเป็นสื่อ เน้นการประคับประคองสนับสนุนผู้ที่มีปัญหาด้านจิตใจในการเข้าถึงปัญหาทางจิต วิเคราะห์ปัญหานำไปสู่การรู้และเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหา และค้นพบแนวทางการจัดการกับปัญหา โดยใช้กระบวนการและพลังความคิด ความรู้สึก ประสบการณ์ และความร่วมมือร่วมใจกันของสมาชิกในกลุ่ม โดยผู้บำบัดที่ได้รับการศึกษาและฝึกอบรมโดยเฉพาะ

สรุป กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง หมายถึง การบำบัดทางจิตโดยคำนึงถึงเหตุการณ์ในปัจจุบัน (here and now) เพื่อประคับประคองบุคคลที่มีความทุกข์ใจ หรือความขัดแย้งของจิตใจในระดับจิตสำนึก เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ และความร่วมมือร่วมใจของสมาชิกในกลุ่ม เกิดปัจจัยบำบัดซึ่งส่งผลต่อการบำบัดรักษาส่งผลให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม

4.2 วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจตนเองและผู้อื่นมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกแต่ละคนมีการปรับตัว สามารถเข้าใจตนเองมากขึ้น ทำให้เกิดการพัฒนาตนเอง มีความปรองดองกัน มีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน เรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหา และอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุขในสังคม (Yalom, 1995; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

4.3 ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้นหรือระยะสร้างสัมพันธ์ภาพต่อกัน (the introductory or initiating phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่มทำความรู้จักคุ้นเคยกัน ผู้นำกลุ่มสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง อธิบายให้สมาชิกเข้าใจจุดมุ่งหมาย ระยะเวลาของการทำกลุ่ม ส่งเสริมให้สมาชิกเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการหรือระยะที่ช่วยให้สมาชิกเกิดการแก้ไขปัญา (the working phase) เป็นระยะที่สมาชิกเริ่มไว้วางใจกลุ่ม กล้าเปิดเผยตนเองมากขึ้น สามารถระบายอารมณ์ความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง สมาชิกมีบทบาทเป็นผู้ให้และผู้รับ เป็นระยะที่ทุกคนร่วมแก้ไขปัญา ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่เสริมสร้างความเชื่อมั่นให้สมาชิก และเอื้ออำนวยให้เกิดบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อกัน

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (terminate phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มช่วยให้สมาชิกในกลุ่มสามารถประเมินผลความก้าวหน้าการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ช่วยให้สมาชิกมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถเผชิญกับปัญาด้วยตนเองได้ต่อไป

4.4 ทักษะการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

ผู้นำกลุ่มจำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะในการดำเนินกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ทักษะที่จำเป็นอย่างยิ่ง (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2552 อ้างใน วัชนี หัตถพนม, 2554)

4.4.1 ทักษะการตอบสนอง (reaction skills) ประกอบด้วยทักษะการฟัง (listening) การทวนซ้ำ (restatement) การสะท้อนความรู้สึก (reflection) การทำให้กระจ่าง (clarification) และการสรุปความ (summarizing)

4.4.2 ทักษะการปฏิสัมพันธ์ (interaction skills) ประกอบด้วย ทักษะดังต่อไปนี้

1) ทักษะการดำเนินกลุ่ม (moderating) เป็นทักษะการใช้คำพูด หรือท่าทีที่ผู้นำกลุ่มใช้เพื่อการควบคุมปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม เพื่อเป็นการประกันว่าทุกคนจะได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นของตน เป็นประโยชน์แก่สมาชิกทั้งหมด ทำให้เกิดการเปิดเผยตนเองต่อกลุ่มมากขึ้น

2) ทักษะการแปลความ (interpretation) หมายถึงการนำเอาสิ่งที่ผู้พูดมาแปลความใหม่ให้ลึกซึ้งมากกว่าที่เขาพูด ทักษะนี้เป็นการแสดงให้เห็นถึงความเข้าใจในระดับลึกซึ้งมาก เป็นการช่วยให้สมาชิกขยายความเข้าใจและมองปัญาในแง่มุมใหม่ เข้าใจตนเองและเปิดเผยตนเองมากขึ้น เป็นการอธิบายสาเหตุของพฤติกรรมของสมาชิก

3) การเชื่อมโยง (linking) เป็นทักษะในการเชื่อมโยงสิ่งต่างๆ ในการสื่อสารของสมาชิกในแต่ละคน เพื่อช่วยให้เขาใกล้ชิดกันมากขึ้น พัฒนาความสามัคคี

4) การสกัดกั้น (blocking) เป็นทักษะที่จะเข้าไปป้องกันการเกิดความไม่พึงปรารถนา หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมโดยกลุ่มหรือสมาชิกบางคน ผู้นำกลุ่มใช้ทักษะนี้ในการที่จะเอื้อให้กลุ่มดำเนินอยู่ในแนวทางที่จะเกิดความสำเร็จได้โดยสมาชิก ในการใช้ทักษะนี้ผู้นำกลุ่มจะต้องใช้ความรู้ของตนเองเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม และมีความไว (sensitive) ต่อกลุ่ม

5) การสนับสนุนและการประคับประคองด้านจิตใจ (encouraging and supportive) เป็นทักษะที่ผู้นำกลุ่มให้การเสริมแรงแก่สมาชิกที่พยายามเข้ามามีส่วนร่วมในกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกกล้าแสดงออกทั้งความคิดและความรู้สึก รวมทั้งสมาชิกได้ลดความวิตกกังวลลง

6) ทักษะการกำหนดขอบเขต (limiting) เป็นทักษะที่ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการกำหนดขอบเขตของโครงสร้างในกลุ่ม ป้องกันการเกินเลย ป้องกันพฤติกรรมอันตรายที่จะเกิดขึ้นได้

7) ทักษะการปกป้อง (protection) เป็นทักษะใช้ในการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาวิพากษ์วิจารณ์กันมากเกินไป เช่น โยนความผิดให้ผู้อื่น หรือพูดทำร้ายจิตใจกัน ทักษะนี้จะช่วยไม่ให้เกิดปัญาในกรณีที่เกิดความกดดันในกลุ่ม และป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นได้

4.4.3 ทักษะการแสดงออก (action skills) ประกอบด้วย ทักษะการตั้งคำถาม (questioning) การเผชิญหน้า (confronting) เป็นทักษะที่จะทำให้สมาชิกบางคนได้เผชิญหน้ากับปัญาของตนเกี่ยวกับเรื่องราวที่จะถูกนำมาใช้พูดกันในกลุ่มอย่างตรงไปตรงมา การร่วมเปิดเผยตนเอง (personal



sharing) เป็นทักษะที่ผู้นำจะเปิดเผยตนเองต่อกลุ่มในส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการดีในการที่จะแสดงตนว่ายอมรับกลุ่ม การเป็นแบบอย่าง (modeling) เป็นทักษะในการสาธิตให้สมาชิกได้เห็นถึงพฤติกรรม บุคลิกภาพที่เหมาะสม ซึ่งอยากจะให้สมาชิกเรียนรู้

5. การศึกษาอิสระและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 การศึกษาอิสระที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย มีดังนี้

ปณยาภา คำบุญเรือง (2552) ได้ศึกษาเรื่องผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ วัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตสุราก่อนและหลังการได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา 2) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตสุราหลังได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาลสวนปรุง กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบง่ายเป็นผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า 32 ราย กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 1 A : BDI - 1A) อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง กลุ่มทดลองทำการบำบัดจำนวน 7 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ให้การบำบัดวันเว้นวัน วันละ 1 ครั้ง ประกอบด้วยขั้นตอนในการบำบัด 6 ขั้นตอนคือ 1) การฝึกทำความเข้าใจปัญหา 2) การฝึกค้นหาปัญหา 3) การฝึกสร้างหรือหาทางเลือกในการแก้ปัญหา 4) การตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา 5) การลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา 6) การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและขยายผล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตสุราที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา หลังสิ้นสุดการบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคจิตสุราที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ณัฐชยา สารภาพ (2554) ได้ศึกษาเรื่องการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกทักษะการแก้ปัญหาในผู้ป่วยยามฆ่าตัวตาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับฝึกทักษะการแก้ปัญหาในผู้ป่วยยามฆ่าตัวตาย เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้รับบริการที่เคยมารับการรักษาด้วยการพยายามฆ่าตัวตายที่โรงพยาบาลสุชน จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2553 - มกราคม 2554 หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้วในระหว่างการเยี่ยมบ้านยังมีสัญญาณเตือนที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยนัดมารับการบำบัดที่โรงพยาบาลสุชน มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการตรวจสภาวะจิตชนิดสั้น (MMSE) ต้องได้คะแนน 18 คะแนนขึ้นไป ซึ่งเป็นการรับรู้ที่ปกติ ใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของทวิ ตั้งเสรี และคณะ (2546) กลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนนตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป แปลผลว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีการวัดแบบประเมินความหวังตามแนวคิดของเฮิร์ท (Herth, 1992) สำหรับแบบวัดความซึมเศร้า Thai Depression Inventory (TDI) ของมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542) ใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ผู้ศึกษาได้ทำการบำบัด 5 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อเนื่องกันจนครบ 5 สัปดาห์ การบำบัดประกอบด้วย 1) ลักษณะและเหตุผลของการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับฝึกทักษะการแก้ปัญหา 2) การค้นหาความคิดเชิงลบ ความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม 3) หลักและทักษะการแก้ปัญหา 4) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม 5) การประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และติดตามผลการบำบัดทุก 1 เดือน เป็นเวลาต่อเนื่อง 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการบำบัดและในระยะติดตามผล ผู้รับ

การบำบัด 6 คน ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีคะแนนความหวังอยู่ในระดับสูง มีระดับความซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีความคิดทางบวกและสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาได้

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และคณะ (2552) ได้ศึกษารูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม โดยพยาบาลจิตเวชต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชที่มีต่อภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้สร้างรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม โดยการผสมผสานแนวทางการบำบัดทางจิตสังคมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งมีลักษณะอาการของโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดรักษาในหน่วยจิตเวช เริ่มจากระยะแรกรับที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงต้องได้รับการบำบัดด้วยยา จนกระทั่งถึงระยะเตรียมตัวกลับบ้าน โดยพยาบาลใช้สัมพันธภาพบำบัดในระยะแรก สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจเป็นรายบุคคลจนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จากนั้นใช้รูปแบบการบำบัดจิตสังคมบำบัดแบบกลุ่มที่เน้นการผสมผสานหลายขั้นตอน เพื่อการเสริมสร้างการปรับตัวที่ยั่งยืน เน้นการสร้างเสริมทักษะและความสามารถในการเผชิญปัญหา สร้างความเข้มแข็งด้านจิตใจ การปรับความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม พัฒนาศักยภาพในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข มีการประเมินผลระดับภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการ นำมาเปรียบเทียบกับระหว่างก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ t-test ผลการทดลองพบว่าภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดทางจิตสังคมหลังการทดลอง ลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาวิตรี สุริยะฉาย และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2553) ทำการศึกษาเรื่องการใช้จิตบำบัด ประคับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดศึกษาในโรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดก่อนและหลังการทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง โดยศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาภายในโรงพยาบาล มีประวัติใช้สารเสพติดร่วมด้วย และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการบำบัดด้วยจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มจำนวน 6 ครั้งๆ ละ 60 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง มีประเด็นการสนทนากลุ่มดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจในการเข้ากลุ่ม 2) การสำรวจและการค้นหาปัญหาโดยการเชื่อมโยงสู่ภาวะซึมเศร้าและเรียนรู้การแก้ปัญหา 3) การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ตนเอง 4) การเผชิญปัญหาและจัดการภาวะซึมเศร้า 5) การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน และ 6) กิจกรรมพัฒนาทักษะการกลับสู่สังคม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck และแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (1984) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ pair t-test ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม หลังการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่ำกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนบำบัดเท่ากับ 19.25 (หมายถึงระดับอาการซึมเศร้า เข้าข่ายอาการซึมเศร้าทางคลินิก) และหลังบำบัด เท่ากับ 11.30 (หมายถึงระดับอาการซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวนเล็กน้อย)

สุณิสรา ศรีโมอ่อน และคณะ (2554) ได้ทำการศึกษาการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่จากหลักฐานเชิงประจักษ์ จากการสืบค้นพบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพ จำนวน 8 เรื่อง เป็นงาน meta-analysis 2 เรื่อง systematic review 1 เรื่อง และ randomized controlled trial 5 เรื่อง พบว่าการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ มี 2 รูปแบบหลัก คือ Social Problem Solving Therapy (SPST) และ Problem Solving Therapy - Primary Care (PST-PC) ซึ่งเมื่อพิจารณาขั้นตอนของทั้งสองรูปแบบพบว่ามีขั้นตอนคล้ายกันอาจแตกต่างกันบางกระบวนการเท่านั้น กล่าวคือใน SPST จะเน้นที่องค์ประกอบ 2 ส่วน คือ 1) การรับรู้และการประเมินปัญหา และ 2) รูปแบบการแก้ปัญหา 4 ขั้นตอน ในขณะที่ PST-PC จะเน้นในเรื่องการมองปัญหาเป็นปัจจุบัน และกระบวนการในการแก้ปัญหา และมีรูปแบบการแก้ปัญหา 6 ขั้นตอน โดยพบว่าการบำบัดทั้ง SPST และ PST-PC นั้นมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าและสามารถใช้ได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia) และโรคซึมเศร้ามีอาการเล็กน้อย (minor depressive disorder) ทั้งนี้ก่อนนำข้อเสนอแนะไปใช้ควรมีการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล และเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและประชากรเป้าหมาย

5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Townsend E et al (2001) ได้ทำการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่เคยทำร้ายตัวเอง ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เมตา (meta-analysis) ในการวิจัยเชิงทดลอง (RCT) พบว่ามี 6 การศึกษาเกี่ยวกับการบำบัด โดย PST เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยที่บำบัดโดย PST มีคะแนนของภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวัง และการแก้ปัญหาดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

Speckens AE et al (2005) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จากฐานข้อมูล Medline (1966-September 2003) และ Synchinfo (1887- September 2003) พบว่ามี การศึกษา 22 เรื่องเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การศึกษาทั้งหมดเปรียบเทียบผู้ป่วยวัยรุ่นซึ่งพยายามฆ่าตัวตายเทียบกับผู้ป่วยวัยรุ่นจิตเวชที่ไม่ฆ่าตัวตาย หรือกลุ่มควบคุม พบหลักฐานว่ามีความบกพร่องของการแก้ไขปัญหาวงจรสังคมในกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นฆ่าตัวตาย

Eskin M et al (2008) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้าและมีโอกาสฆ่าตัวตายในช่วงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและนักศึกษา มหาวิทยาลัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้าและมีโอกาสฆ่าตัวตายในช่วงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น มีผู้เข้าร่วมโครงการ 46 คน ได้รับการสุ่มคัดเลือกให้รับการบำบัดด้วยการฝึกทักษะการแก้ปัญหา จำนวน 27 คน และกลุ่มรอคิวบำบัด 19 คน ซึ่งกำหนดให้เป็นกลุ่มควบคุม ผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การแก้ปัญหา ความเชื่อมั่นในตนเอง และความกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นความรู้สึกอย่างเหมาะสม การบำบัดเป็นรายบุคคล จำนวน 6 ครั้ง ทำสัปดาห์ละครั้ง รวม 6 สัปดาห์ ขั้นตอนการบำบัดครั้งนี้ไม่ได้ฝึกการรับรู้ปัญหา มีเฉพาะการแก้ปัญหา 6 ขั้นตอนคือ 1) การระบุปัญหา 2) การตั้งเป้าหมาย 3) การหาทางเลือกในการแก้ปัญหา 4) การตัดสินใจ 5) การปฏิบัติการแก้ปัญหา 6) การประเมินผลตรวจสอบ ผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้รับการบำบัด 22 คน จาก 27 คน สามารถติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องจนครบ 12 เดือน เมื่อวัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าระดับของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายภายหลังที่ได้รับการบำบัดโดยการฝึกทักษะการแก้ปัญหาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับคะแนนก่อนบำบัด และภายหลังการบำบัดพบว่าการบำบัดด้วยกลุ่ม PST มีอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้า อยู่

ในระดับปกติร้อยละ 77.8 ส่วนกลุ่มควบคุมร้อยละ 15.80 แต่ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มควบคุมที่ยังไม่ได้รับการบำบัดไม่เปลี่ยนแปลง นอกจากนั้นคะแนนความเชื่อมั่นในตนเองและความกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นอย่างเหมาะสมภายหลังการบำบัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับคะแนนก่อนบำบัด ส่วนกลุ่มควบคุมที่ยังไม่ได้รับการบำบัดไม่มีการเปลี่ยนแปลง ภายหลังการบำบัดคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาในกลุ่มทดลองมีการแก้ปัญหาดีขึ้นกว่าก่อนการบำบัด 10.7 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาดีขึ้นกว่าก่อนการบำบัด 2.6 คะแนน ดังนั้นการบำบัดโดยการแก้ปัญหาสามารถนำมาใช้เป็นทางเลือกในการรักษาภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นได้

Stewart CD et al (2009) ได้ศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบการบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรม การบำบัดโดยการแก้ปัญหา และการบำบัดตามปกติ (Treatment as usual : TAU) ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาเป็นผู้ที่มีความรู้สึกสิ้นหวัง คิดทำร้ายตัวเอง เคยทำร้ายตัวเอง เคยฆ่าตัวตาย เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือมีความบกพร่องในการแก้ปัญหา ดำเนินการศึกษาใน 2 พื้นที่ของประเทศออสเตรเลีย คือ ศูนย์บริการสุขภาพตำบล และศูนย์จิตเวชฉุกเฉิน โดยทำการประเมิน สัมภาษณ์ ขณะที่อยู่รักษาหรือเมื่อมีการติดตามผลเมื่อจำหน่าย และติดตามเมื่อกลับสู่ชุมชนด้วยวิธีการตามทางโทรศัพท์ ติดตามที่บ้าน หรือติดตามผ่านทางเครือข่าย โดยทำตามกระบวนการแนวทางในการติดตามผลผู้ที่มีพฤติกรรม/ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทั้ง CBT และ PST จะมีคู่มือที่ชัดเจนใช้เวลาบำบัดประมาณ 1 ชั่วโมง กลุ่ม PST ได้ประยุกต์ 4 ขั้นตอนของการแก้ปัญหาดังนี้ 1) การระบุปัญหา 2) การพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา 3) การตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา 4) การปฏิบัติการแก้ปัญหา มีผู้เข้าร่วมศึกษาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า 32 คน เป็นชาย 15 คน หญิง 17 คน มีอายุระหว่าง 20 - 58 ปี มีการประเมินผู้เข้าร่วมศึกษาด้านจิตวิทยา 4 แบบทดสอบ คือ 1) แบบวัดความสิ้นหวังของ Beck (BHS) 2) แบบวัดความคิดฆ่าตัวตายของ Beck(BHS) 3) แบบวัดการแก้ปัญหา (SPSI-R) 4) แบบสอบถามความพึงพอใจ (CSQ-8) ผลการศึกษาเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้เป็นกลุ่มเล็กและการกระจายข้อมูลที่ไม่เป็นปกติ จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติ Nonparametric การบำบัด CBT มีผู้เข้าร่วมการศึกษา 11 คน ได้เข้ากลุ่มเฉลี่ย 8.73 ครั้ง (SD = 1.04 , 7-10 ครั้ง) พบว่าหลังการทดลองคะแนนความสิ้นหวังลดลง มีความพึงพอใจมากขึ้น มีความคิดฆ่าตัวตายลดลงกว่าก่อนการทดลอง แต่ไม่มีความแตกต่างในเรื่องทักษะการแก้ปัญหา กลุ่ม PST มีผู้เข้าร่วมการศึกษา 12 คน ได้เข้ากลุ่มเฉลี่ย 4.75 ครั้ง (SD = 1.42, 3-7 ครั้ง) พบว่าหลังทดลองคะแนนความสิ้นหวังลดลง มีความพึงพอใจต่อการบำบัดมากขึ้น มีทักษะการแก้ปัญหาดีขึ้น มีความคิดฆ่าตัวตายลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับกลุ่มบำบัดตามปกติ (TAU) มีผู้เข้าร่วมการศึกษา 9 คน ได้เข้ากลุ่มเฉลี่ย 0.67 ครั้ง (SD = 2.0 , 0-6 ครั้ง) และเมื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่ม PST และการบำบัดตามปกติ พบว่าความคิดฆ่าตัวตายกลุ่ม PST ลดลงกว่าการบำบัดตามปกติ แต่คะแนนการแก้ปัญหาไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็ก อาจมีแนวโน้มของความไม่แตกต่างกัน ผลการบำบัด CBT และ PST ผู้เข้าร่วมการศึกษามีความพึงพอใจมากกว่า TAU เมื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตาย การบำบัดด้วย PST ให้ผลดีกว่าการบำบัดตามปกติ

Bell AC et al (2009) ได้ดำเนินการศึกษาแบบ meta- analysis จำนวน 21 เรื่อง เกี่ยวกับประสิทธิผลของ PST เพื่อลดภาวะซึมเศร้า พบว่าการบำบัดด้วย PST มีประสิทธิผลลดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การวิเคราะห์ระบุ PST จะมีประสิทธิภาพเมื่อโปรแกรมการบำบัดฝึกทักษะการรับรู้ปัญหาทางบวก และฝึกการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล

Bannan N (2010) ได้ศึกษาเรื่องการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มในผู้หญิงที่กินยาพิษ : การศึกษานำร่อง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบกลุ่ม (Group - base problem solving therapy : PST) ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบกับการบำบัดตามปกติ (Treatment as usual : TAU) ซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม วิธีการคือผู้ร่วมการบำบัดทั้ง 2 กลุ่ม เป็นผู้ที่เคยกินยาพิษมาก่อนในเวลา 12 เดือน มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน เช่น อายุ 18-65 ปี และประเมินระดับภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory : BDI) มีการสุ่มตัวอย่าง (โดยการโยนเหรียญ) ระหว่างกลุ่ม PST และกลุ่ม TAU โดยผู้วิจัยไม่ทราบวิธีการสุ่มตัวอย่าง มีผู้ป่วยทั้งหมด 18 คน แบ่งเท่าๆกัน ได้กลุ่มละ 9 คน ผู้ป่วยทั้งหมดประเมินด้วยเครื่องมือสุขภาพจิต คือ ภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวัง ความคิดฆ่าตัวตาย และแบบประเมินตัวเองเรื่องทักษะการแก้ปัญหาทางสังคม ประเมินก่อนและหลังการบำบัด และติดตามผล 2 เดือน ผู้เข้าร่วมโครงการสมัครใจเข้าร่วมการบำบัดทุกระยะ การคัดออกถ้าผู้ร่วมโครงการมีอาการทางจิตกำเริบ โรคทางสมอง อาการกำเริบจากการติดยาและสารเสพติด การพิจารณาจริยธรรมโดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาล กลุ่ม PST ได้รับการบำบัด 8 สัปดาห์ ครั้งละ 150 นาที รวมเวลาพัก 15 นาที โดย 4 ครั้งแรกบำบัด 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งที่ 5 และ 6 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งที่ 7 และ 8 บำบัด 2 สัปดาห์ต่อครั้ง กลุ่มควบคุมเป็นการบำบัดตามปกติ (รายบุคคล) การบำบัดประกอบด้วย การรับรู้ปัญหาทางบวก และทักษะการแก้ปัญหา ผลการศึกษา กลุ่มที่ได้รับการบำบัด PST มีการลดระดับของภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวัง ความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการประเมินตัวเองเรื่องทักษะทางสังคมดีขึ้น ทั้งในระยะก่อนและหลังการบำบัดและติดตามผล 2 เดือน กลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลงทุกแบบประเมินในทุกระยะของการบำบัด สรุป ถึงแม้ว่าจะจำกัดในเรื่องขนาดตัวอย่างขนาดเล็ก ผลการวิจัยพบว่าการบำบัดแบบกลุ่มโดยการแก้ปัญหามีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการผู้ที่มีความตั้งใจกินยาพิษ การศึกษานี้เป็นเรื่องเฉพาะการประเมินผลการบำบัดในรูปแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นประชากรเฉพาะเพศหญิง

6. สรุปการทำกลุ่มบำบัดโดย PST

การทำกลุ่มบำบัดโดย PST ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำมาเป็นแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

6.1 การคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม (Group selection) คัดเลือกสมาชิกกลุ่ม ประมาณ 6-10 คน โดยลักษณะข้อมูลทั่วไปในการทำกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในด้านอายุ เพศ การวินิจฉัยโรค และปัญหาที่เข้ากลุ่ม เช่น กลุ่มผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย เช่น การศึกษาของณัฐชา สารภาพ (2554) อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2553) และ Eskin M et al (2007)

6.2 ลักษณะกลุ่ม ระยะเวลา และความถี่ของการบำบัด (Length and frequency of session) เป็นกลุ่มปิด (Close group) ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม 60-90 นาที ใช้เวลาบำบัด 5 ครั้ง วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ซึ่งสามารถให้การบำบัดได้จนจบกระบวนการกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Stewart et al (2009) พบว่า PST ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง จำนวนบำบัดเฉลี่ย 4.75 ครั้ง และการศึกษาของณัฐชา สารภาพ ใช้เวลา 60-90 นาที จำนวน 5 ครั้ง

6.3 โปรแกรมในการทำกลุ่ม PST มีดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการแก้ปัญหา ฝึกการรับรู้ปัญหาทางบวก ฝึกการคิดและสังเกตสัญญาณเตือนว่าปัญหากำลังจะเกิดขึ้นและหยุดอารมณ์ทางลบและคิดหาทางออก (Stop and Think) ฝึกการบอกความรู้สึกต่อปัญหา และยอมรับว่าบุคคลสามารถมีอารมณ์เกิดขึ้นได้เมื่อพบปัญหา ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ครั้งที่ 2 ฝึกทักษะการระบุปัญหา ทำความเข้าใจปัญหา(Training in problem definition and formulation: PDF)

หาสาเหตุของปัญหา ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาตามความเป็นจริง ฝึกการให้ความหมายใหม่ต่อปัญหาที่สร้างสรรค์ ฝึกการรับรู้ปัญหาทางบวก และฝึกการคลายเครียด

ครั้งที่ 3 ฝึกการรวบรวมทางเลือกในการแก้ปัญหาและพิจารณาทางเลือก(Training in generation of alternative solution: GOA) โดยการระดมสมองเพื่อหาทางออกของปัญหา ฝึกสร้างหรือหาทางออกในการแก้ปัญหาที่หลากหลาย

ครั้งที่ 4 ฝึกการตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา (Training in decision making: DM) ฝึกการประเมินทางเลือก วิเคราะห์จากผลดี ผลเสียของทางเลือก ช่วยให้เห็นผลทางบวกมากขึ้น มองเห็นผลทางลบน้อยลง ฝึกการประเมินผลต่อตนเอง สังคม ผลในระยะสั้น/ระยะยาว ผลทางบวก/ลบ ฝึกประเมินศักยภาพในการแก้ปัญหาของตนเอง ทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าการแก้ปัญหาเป็นขั้นตอน สามารถนำสู่การแก้ปัญหาทั้งหมดได้

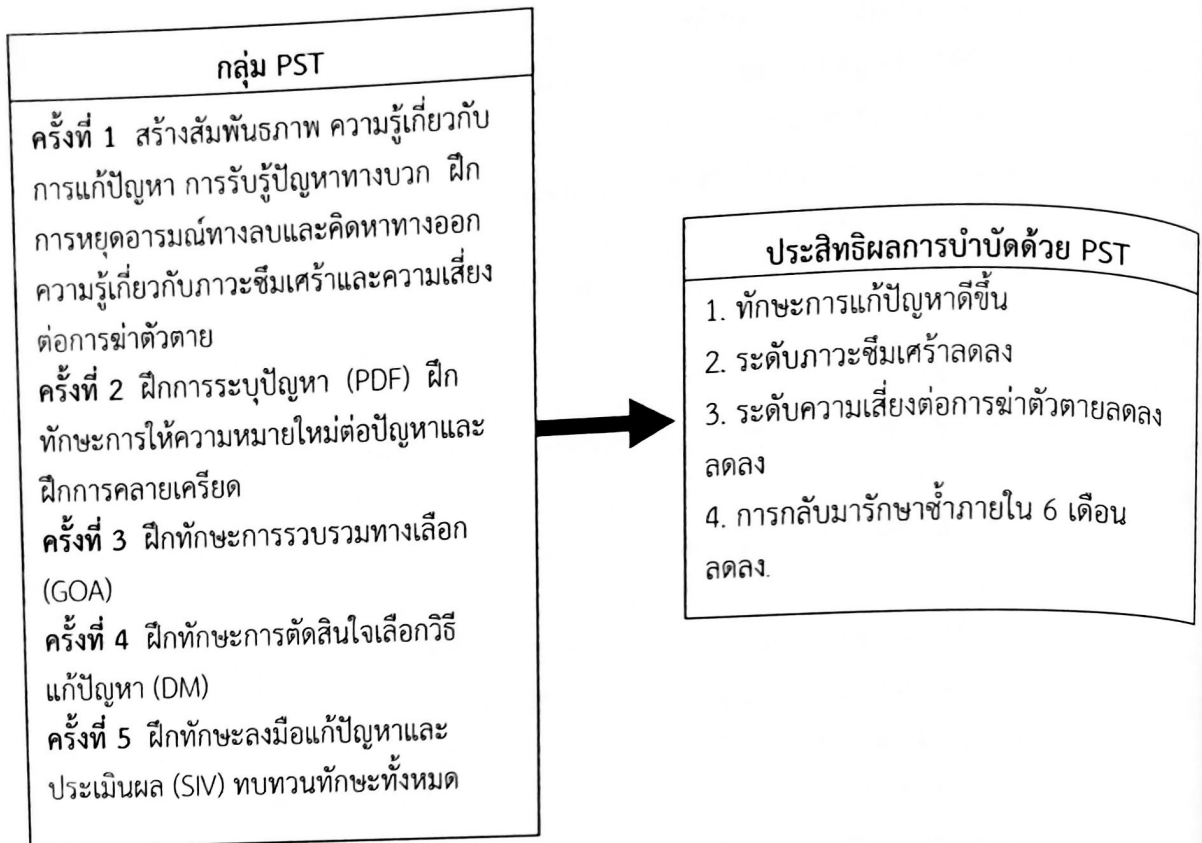
ครั้งที่ 5 ฝึกการลงแก้ปัญหาและตรวจสอบผลหรือประเมินผลการแก้ปัญหา (Training in solution implementation and Verification: SIV) ฝึกการประเมินศักยภาพทางบวกของตนเองที่จะแก้ปัญหา ทำความเข้าใจว่าหากไม่แก้ปัญหา จะเกิดผลทางลบมากกว่า ในกรณีที่ยังแก้ปัญหาไม่สำเร็จ ช่วยให้มีแรงจูงใจในการเริ่มต้นในการวางแผนแบบใหม่เพื่อแก้ปัญหาใหม่อีกครั้ง

โปรแกรมในการทำกลุ่ม PST ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการบำบัดด้วย PST ของ D'zurilla and Nezu (2007) และจากการศึกษาของ Eskin M et al (2007) ซึ่งใช้ PST รายบุคคลจำนวน 6 ครั้ง แต่ไม่ได้ฝึกเรื่องการรับรู้ปัญหา รวมทั้งจากการศึกษาของปณยาภา คำบุญเรือง (2552) ใช้การบำบัด PST แบบกลุ่ม จำนวน 7 ครั้ง การศึกษานี้ผู้วิจัยเน้นความสำคัญของการฝึกทักษะการรับรู้ปัญหาและการแก้ปัญหามีเหตุผล เช่นเดียวกับแนวคิดและการศึกษาการบำบัดด้วย PST คือ การรับรู้ปัญหาทางบวกและทางลบ และฝึกทักษะการคิดและหยุดอารมณ์ทางลบ ซึ่งเป็นโปรแกรมครั้งที่ 1 สำหรับการฝึกการแก้ปัญหามีเหตุผล เป็นโปรแกรมครั้งที่ 2-4 ซึ่งโปรแกรมการบำบัดทั้ง 5 ครั้ง ครอบคลุมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy Group) เป็นโปรแกรมกลุ่มบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยการฝึกทักษะให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ปัญหาทางบวก ฝึกการหยุดอารมณ์ทางลบ ฝึกการให้ความหมายใหม่ต่อปัญหาที่สร้างสรรค์ ฝึกการคลายเครียด และฝึกให้ผู้ป่วยใช้รูปแบบการแก้ปัญหามีเหตุผล ประกอบด้วย 4 ทักษะ คือ 1) การระบุปัญหาและทำความเข้าใจปัญหาหรือการค้นหาปัญหา (Problem Definition and formulation : PDF) 2) การรวบรวมทางเลือกในการแก้ปัญหา (Generation of Alternative Solutions : GOA) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา (Decision Making : DM) 4) ฝึกการแก้ปัญหาและตรวจสอบผลหรือประเมินผลการแก้ปัญหา (Solution Implementation and Verification : SIV) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะการแก้ปัญหาดีขึ้น โปรแกรมกลุ่มบำบัดนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิด PST ของ D' Zurilla (2007) และปณยาภา คำบุญเรือง (2552) ซึ่งใช้เวลาบำบัด 2 สัปดาห์ การศึกษานี้ทำการบำบัด 1 สัปดาห์ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากเมื่อได้รับการรักษา 1 สัปดาห์ จะมีอาการทางจิตสงบลง หลังจากนั้น 1 สัปดาห์เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน และนัดญาติมารับผู้ป่วย 2 สัปดาห์ หลังรับผู้ป่วยรับไว้รักษา ดังกรอบแนวคิดการวิจัย ภาพที่ 2

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) รูปแบบวัดก่อนและหลังทดลอง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (randomized control with pretest and posttest design) เพื่อศึกษา เปรียบเทียบระหว่างการบำบัดด้วย PST (กลุ่มทดลอง) และการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง (กลุ่มควบคุม) ต่อทักษะการแก้ปัญหา ระดับภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช ที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

1. รูปแบบการทดลอง ในการศึกษาครั้งนี้ มีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

ภาพที่ 3 รูปแบบการทดลอง

	Pre test		Post test	Follow up 1 เดือน	Follow up 3 เดือน
R	O ₁	X	O ₂	O ₃	O ₄
R	O ₅	Y	O ₆	O ₇	O ₈

โดยกำหนดให้

R	หมายถึง	การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
O ₁	หมายถึง	การประเมิน M.I.N.I. – Suicidality, TDI และ PSI ระยะก่อนทดลอง ในกลุ่มทดลอง
O ₂	หมายถึง	การประเมิน TDI และ PSI ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที ในกลุ่มทดลอง
O ₃	หมายถึง	การประเมิน M.I.N.I. – Suicidality, TDI และ PSI ระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง
O ₄	หมายถึง	การประเมิน M.I.N.I. – Suicidality, TDI และ PSI ระยะติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มทดลอง
O ₅	หมายถึง	การประเมิน M.I.N.I. – Suicidality, TDI และ PSI ระยะก่อนทดลอง ในกลุ่มควบคุม
O ₆	หมายถึง	การประเมิน TDI และ PSI ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที ในกลุ่มควบคุม
O ₇	หมายถึง	การประเมิน M.I.N.I. – Suicidality, TDI และ PSI ระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มควบคุม
O ₈	หมายถึง	การประเมิน M.I.N.I. – Suicidality, TDI และ PSI ระยะติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มควบคุม
X	หมายถึง	กลุ่ม PST
Y	หมายถึง	กลุ่ม SP

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และมีภาวะซึมเศร้าเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2555 ในช่วงเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2555

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

2.2.1 มีคะแนนแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้ M.I.N.I. - Suicidality ของพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ มธุริน คำวงศ์ปิ่น (2548) ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป (ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับน้อย)

2.2.2 มีคะแนนแบบวัดภาวะซึมเศร้า โดยใช้ Thai Depression Inventory (TDI) ของ มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542) ตั้งแต่ 21-35 คะแนน (ภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน-ปานกลาง)

2.2.3 อาการทางจิตสงบ ไม่มีปัญหาด้านพุทธิปัญญา (Cognitive problem) ประเมินด้วย Thai HoNOS มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2

2.2.4 สื่อสารได้ ไม่เป็นใบ้หรือหูหนวก

2.2.5 มีอายุระหว่าง 20-60 ปี

2.2.6 ให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการ (Exclusion criteria) มีดังนี้

2.2.7 มีประวัติได้รับการวินิจฉัยโรคความผิดปกติของสมอง

3. การคำนวณขนาดตัวอย่าง

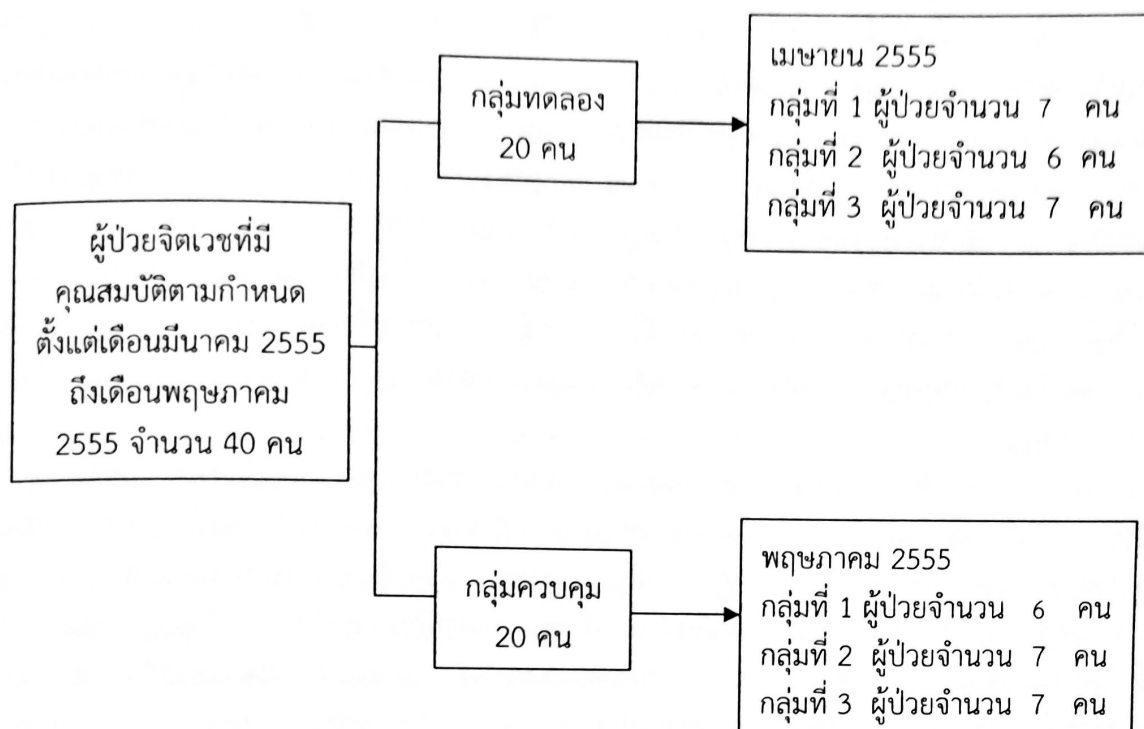
3.1 การคำนวณขนาดตัวอย่าง การประมาณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงทดลองที่ตัวแปรผลเป็นตัวแปรต่อเนื่อง ตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป โดยใช้หลักการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (Mean) ที่ต้องการทราบว่าคู่ที่สนใจหลักแตกต่างกัน (อรุณ จิรวัดนกุล, 2552) โดยใช้ค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนจากงานวิจัยของปุนยาภา คำบุญเรือง (2552) ที่ศึกษาผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตตสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ แม้ว่าจำนวนครั้งในการวัดของโปรแกรมมีความแตกต่างกัน แต่เป็นการศึกษาที่มีความใกล้เคียงที่สุด ณ ขณะทำการศึกษา สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง คือ

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

เมื่อกำหนดให้ type I error เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ ร้อยละ 90 มีค่าความแปรปรวน (σ) = 5 ความแตกต่างในค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม (Δ) = 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 18 คนต่อกลุ่ม แต่เพิ่มการชดเชยการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษา ดังนั้นจึงเพิ่มกลุ่มละ 20 คน

3.2 การสุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษา สุ่มผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาเป็นเดือนสลับกันระหว่าง 2 กลุ่ม เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และมีภาวะซึมเศร้ามีจำนวนน้อยในแต่ละเดือน ไม่สามารถดำเนินการบำบัดพร้อมกันได้ และเป็นการป้องกันผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม แลกเปลี่ยนการบำบัดขณะพักรักษาในตึกเดียวกัน (Contamination) ผลการสุ่มการบำบัดกลุ่ม PST ดำเนินการบำบัดในเดือนเมษายน 2555 กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดด้วยกลุ่ม SP ในเดือนพฤษภาคม 2555 ดังภาพที่ 4

ภาพที่ 4 การสุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัดแบบกลุ่ม PST (กลุ่มทดลอง) และการบำบัดแบบกลุ่ม SP (กลุ่มควบคุม)



4. โปรแกรมที่ใช้ในการทดลอง (Study intervention) ประกอบด้วย

4.1 โปรแกรมในการบำบัด แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 เข้าโปรแกรมบำบัดด้วยกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy: PST) จำนวน 5 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที วันจันทร์-ศุกร์ เนื้อหาประกอบด้วย

1) การสร้างสัมพันธภาพ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการแก้ปัญหา ฝึกการรับรู้ปัญหาทางบวกฝึกการหยุดอารมณ์ทางลบและคิดหาทางออก (Stop and think) ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการแก้ปัญหาภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2) ฝึกระบุและทำความเข้าใจปัญหา (PDF) โดยฝึกการค้นหาและกำหนดปัญหา ฝึกให้ความหมายใหม่ต่อปัญหา ฝึกการคลายเครียดโดยการฝึกการหายใจ

3) ฝึกรวบรวมทางเลือกในการแก้ปัญหา (GOA) ฝึกหาทางออกที่หลากหลาย โดยฝึกระดมสมองหาวิธีแก้ปัญหาที่เป็นไปได้หลายๆ ทาง

4) ฝึกตัดสินใจ (DM) เป็นการฝึกประเมินทางเลือกปัญหาของตนเอง วิเคราะห์ผลดีผลเสียของทางเลือก ช่วยให้เห็นทางบวกมากขึ้น ฝึกการประเมินผลที่เกิดขึ้นกับตัวเอง/สังคม ผลที่เกิดขึ้นในระยะสั้น/ยาว ผลทางบวก/ลบ

5) ฝึกการลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (SIV) หรือ ประเมินผลการแก้ปัญหา ฝึกการประเมินศักยภาพทางบวกของตนเอง ในกรณีแก้ปัญหาไม่สำเร็จช่วยให้มีแรงจูงใจในการเริ่มต้น วางแผนแก้ปัญหาใหม่ (โปรแกรม PST อยู่ในภาคผนวก)

โปรแกรม PST ผู้วิจัยได้พัฒนาโดยการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดของ D'Zurilla (2007) สำหรับเนื้อหาในการทำกลุ่มได้นำผลการศึกษาของ และปัญญา คำบุญเรือง (2552) ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการบำบัด PST โดยทดลองบำบัดแบบกลุ่มกับเจ้าหน้าที่ จำนวน 5 ครั้ง และบำบัดแบบกลุ่มกับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างอีก 5 ครั้ง หลังจากนั้นส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบโปรแกรมการบำบัด ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้บำบัดกับกลุ่มทดลองที่มีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายใช้เวลา 60-90 นาที ทำกลุ่มวันจันทร์-วันศุกร์ รวม 5 ครั้ง โดยมีผู้วิจัยคนที่ 1 เป็นผู้นำกลุ่ม (Leader) ตลอดทุกกลุ่ม และมีผู้วิจัยร่วม 1 คน เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม (Co-leader) ซึ่งโปรแกรมการบำบัดนี้เหมาะสมกับการปฏิบัติจริง ผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ที่ได้รับการฝึกทักษะการทำกลุ่ม PST ร่วมกับพัฒนาโปรแกรมการบำบัด จึงมีความเข้าใจชัดเจนเกี่ยวกับสาระสำคัญและแนวทางการบำบัดตามโปรแกรม และมีคู่มือในการบำบัด

กลุ่มที่ 2 เข้าบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy group : SP) เป็นการบำบัดตามปกติ (Treatment as usual) ซึ่งโรงพยาบาลจัดบริการให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและมีภาวะซึมเศร้าหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่ม SP บำบัด 5 ครั้งๆ ละ 60 นาทีเพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจตนเองและผู้อื่น เรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาและอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม มีขั้นตอนการดำเนินกลุ่มเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้นหรือระยะสร้างสัมพันธภาพต่อกัน ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการหรือระยะที่ช่วยให้สมาชิกเกิดการแก้ไขปัญหา ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มช่วยให้สมาชิกในกลุ่ม ประเมินผลความก้าวหน้าการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ผู้บำบัดกลุ่ม SP เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ได้รับการฝึกทักษะการทำกลุ่มและมีประสบการณ์ในการทำกลุ่ม SP เป็นเวลา 5 ปีขึ้นไป ในการบำบัดมีคู่มือสำหรับการบำบัด

4.2 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการบำบัด PST (ผู้วิจัยคนที่ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์นาน 33 ปี (นับถึง พ.ศ. 2555) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและปริญญาโทชั้นสูง และผ่านการอบรมเฉพาะทางพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 10 เดือน เคยได้รับการอบรมการบำบัดโดยการแก้ปัญา (PST) จากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในวันที่ 9 กรกฎาคม 2554 วิทยากรคือ รศ.ดร.ดาราวรรณ ตีปะปิตา จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จากนั้นผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและผลงานผู้วิจัยเพื่อจัดทำโปรแกรม PST และทดลองใช้ให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย จำนวน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเจ้าหน้าที่และกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะเหมือนกับกลุ่มที่จะทดลอง เพื่อปรับโปรแกรมให้มีความเหมาะสมก่อนการทดลองจริงในผู้ป่วย ทีมผู้วิจัยมีการวางแผนในปีงบประมาณ 2556 จะจัดอบรมพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการบำบัดผู้ป่วยด้วย PST และจัดทีมชุมชนนักปฏิบัติ (Community of practices: CoP) ในเรื่อง PST เพื่อขยายผลการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งใช้งบประมาณจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

5. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์การวิจัย (Research measurement) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีเครื่องมือในการวัดผลลัพธ์การวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem solving inventory : PSI) เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทักษะการแก้ปัญหาทางสังคม (Social problem solving) ของ D' Zurilla (2007) และการประเมินการแก้ปัญหาของ Heppner ซึ่งเจียร์ชัย งามทิพย์วัฒนา (2543) ได้แปลเป็นภาษาไทย จากนั้นได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน พยาบาลจิตเวช 2 คน ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำมาปรับปรุงแก้ไข ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 30 คน ได้หาค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือ (reliability) ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86 แบบประเมิน PSI มี 23 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบประเมินนี้เป็นคำถามบวกจำนวน 13 ข้อ คำถามลบจำนวน 10 ข้อ การแปลผลค่าคะแนนยิ่งคะแนนสูงขึ้นแสดงว่าทักษะการแก้ปัญหาคะดีขึ้น

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I. - Suicidality) โดยพันธุภากิตติรัตนไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น (2548) ได้แปลเป็นภาษาไทยและทดสอบความเที่ยงและความเชื่อถือได้ โดยศึกษาในประชาชนทั่วไป และผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจิตเวช มีค่าความเชื่อมั่น 0.86 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย มีข้อคำถาม 9 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับประวัติการพยายามฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายตลอดชีวิตที่ผ่านมา คำตอบจะมี "ใช่" และ "ไม่ใช่" แปลผลจากคะแนนรวมดังนี้

1-8 คะแนน	มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย น้อย
9-16 คะแนน	มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ปานกลาง
17 คะแนนขึ้นไป	มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย มาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อประเมินระดับภาวะซึมเศร้าหรือ TDI ของมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์ (2542) มีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ข้อคำถามสร้างจากอาการแสดงที่พบได้ทั่วไปในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เป็นคนไทย และคัดเลือกจากข้อคำถามที่ใช้บ่อยในต่างประเทศร่วมด้วย มีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) อยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.858 และมีค่า Concurrent validity กับเครื่องมือ Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย เท่ากับ 0.7189 ($P < 0.001$) วัชนี หัตถพนม (2554) ได้นำ TDI ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในเดือนตุลาคม 2553 ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.883 แบบวัด TDI ใช้สำหรับประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ในแต่ละข้อมีระดับคะแนนจาก 0-3 โดยการแปลผลนับจากคะแนนรวม ดังนี้

0-20 คะแนน	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
21-25 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน
26-34 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับกลาง
35 คะแนนขึ้นไป	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

6.1 ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

6.1.1 ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม เตรียมความพร้อมในการศึกษาทำความเข้าใจโปรแกรม และฝึกทักษะการบำบัดในการปฏิบัติจริง ประเมินผลในการบำบัดและปรับปรุงร่วมกันจนสามารถเป็นโปรแกรมที่ปฏิบัติได้จริง

6.1.2 เตรียมผู้เก็บข้อมูล ทีมผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจงผู้เก็บข้อมูลวิจัย ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 4 คนที่ไม่ได้อยู่ในทีมการวิจัย และไม่ทราบว่าผู้ป่วยบำบัดแบบใด ได้ชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูล และให้ทดลองใช้เครื่องมือโดยการสลับกันถามตอบและทำความเข้าใจให้ชัดเจน กรณีกลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านหนังสือได้จะให้ตอบแบบสอบถามหรือแบบประเมินเอง ถ้ามีปัญหาในการอ่านหนังสือจะให้ผู้เก็บข้อมูลช่วยอ่านและเก็บรวบรวมข้อมูล

6.2 ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการทดลอง

6.2.1 กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ ระยะเวลาในการเข้าร่วมวิจัย การประเมินผลภายหลังการวิจัย สอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมโครงการ และให้ผู้ป่วยลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

6.2.2 กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา ก่อนเข้ากลุ่ม 1 วัน สำหรับแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พยาบาลเป็นผู้ประเมินในวันที่รับผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาล

6.2.3 ผู้ป่วยเข้ากลุ่ม PST (กลุ่มทดลอง) และกลุ่ม SP (กลุ่มควบคุม) ตามระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

6.3 ขั้นตอนที่ 3 สิ้นสุดการทดลอง เมื่อผู้ป่วยเข้ากลุ่มบำบัดตามจำนวนครั้งที่กำหนดทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังการสอบถามบำบัดสิ้นสุดทันที ส่วนการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพยาบาลเป็นผู้ประเมินทุก 1 เดือน

6.4 ขั้นตอนที่ 4 การติดตามผล ดำเนินการติดตามผลการบำบัดหลังการทดลอง 1 เดือน 3 เดือน โดยให้ผู้ผู้ป่วยทำแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ส่วนแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นผู้ประเมิน ในกรณีเกินเวลานัดใช้วิธีโทรศัพท์ติดต่อให้ผู้ผู้ป่วยตอบข้อมูลวิจัย

7. การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย ดังนี้

7.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม นำเสนอด้วยสถิติเชิงบรรยาย โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปที่เป็นตัวแปรกลุ่มวิเคราะห์ด้วย chi - square

7.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลองด้วย t-test ซึ่ง 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน ได้ทำการทดสอบ Compound symmetry ด้วย Mauchly's test of sphericity ก่อนเลือกใช้สถิติ

7.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (repeated measures ANOVA : Within - Subjects Main Effect)

7.4 ศึกษาความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้ง 4 ระยะ โดยการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วย Turkey

7.5 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้ง 4 ระยะ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบเชิงคุณภาพใช้ Pearson'chi-square test หรือ Fisher'exact

7.6 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้ง 3 ระยะโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบเชิงคุณภาพใช้ Pearson'chi-square test หรือ Fisher'exact

8. ระยะเวลาในการศึกษา

ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนมีนาคม 2555 – พฤศจิกายน 2555

9. การพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการนี้ได้ส่งให้คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาในมนุษย์ (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์พิจารณาโครงการ ได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัย หมายเลข 002/2555 คณะกรรมการได้อนุญาตให้ศึกษาวิจัยเรียบร้อยแล้ว

10. ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกันแก้ไข

10.1 ผู้ป่วยขอออกจากกรการวิจัยก่อนครบกระบวนการ ดำเนินการแก้ไขโดยการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์และยินยอมให้ความร่วมมือตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

10.2 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หลังจบการทำกลุ่มผู้วิจัยให้การปรึกษาเบื้องต้น และส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ตักผู้ป่วยใน เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

10.3 ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในการเก็บข้อมูลหรือมีข้อสงสัย ผู้วิจัยจะตอบข้อสงสัยทุกคน

11. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ได้ดำเนินการตามหลักการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

11.1 ผู้ป่วยทุกคนที่เข้าร่วมวิจัย จะได้รับการชี้แจงรายละเอียดในการเข้าร่วมโครงการ ด้านวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการ

11.2 ผู้ป่วยมีสิทธิออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการบำบัดรักษาที่ได้รับ

11.3 ขณะรับการบำบัดหากรู้สึกไม่สบายใจหรือทุกข์ใจ ที่เป็นผลจากการเข้ากลุ่ม ผู้ป่วยสามารถแจ้งคณะผู้วิจัยได้ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับบริการปรึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

11.4 ผู้วิจัยจะรักษาความลับและไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย ยกเว้นข้อมูลนั้นจะเป็นประโยชน์ในการรักษาหรือส่งต่อผู้ป่วย จะมีการแจ้งขอมูลนี้ให้หัวหน้าหอผู้ป่วยที่พักรักษาตัวทราบ ทั้งนี้จะมีการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้าเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นชอบ

11.5 ผลการวิจัยจะมีการนำเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ป่วย

11.6 ผู้วิจัยจะตอบข้อซักถามต่างๆ ที่ผู้ป่วยสงสัยจนกระทั่งผู้ป่วยเข้าใจ และลงชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) รูปแบบวัดก่อนและหลังทดลอง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (randomized control-group pretest and posttest design) เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระหว่างเดือน มีนาคม 2555 ถึงเดือนพฤษภาคม 2555 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการประเมินการแก้ปัญหา และ ภาวะซึมเศร้า 4 ครั้ง ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน มีการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3 ครั้ง ซึ่งได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน โดยใช้เครื่องมือวัดชุดเดียวกัน คือ แบบประเมินการ แก้ปัญหา แบบประเมินความซึมเศร้า และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยนำเสนอ ผลการวิจัยในรูปแบบตาราง และกราฟประกอบคำบรรยาย ตามลำดับดังนี้

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. ค่าสถิติพื้นฐาน คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทักษะการแก้ปัญหา และ จำนวน ร้อยละ การเปรียบเทียบระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้า และระดับความรุนแรงความเสี่ยงต่อการฆ่า ตัวตาย ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตาม ผล 3 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหา ระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทักษะแก้ปัญหา ระยะก่อนการทดลอง ระยะ หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มทดลอง
5. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทักษะแก้ปัญหา ระยะก่อนการทดลอง ระยะ หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มควบคุม
6. ผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง กับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ย ทักษะการแก้ปัญหา
7. ผลการเปรียบเทียบการบำบัดที่มีต่อการลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม
8. การติดตามผลการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลภายหลังจำหน่ายออก จากโรงพยาบาล 3 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. **ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม**
ข้อมูลทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน กลุ่ม ควบคุม จำนวน 20 คน ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.0 มีอายุอยู่ในช่วง 21- 40 ปี ร้อยละ 90.0 (อายุเฉลี่ย 31.7 ปี SD=8.1) สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 65.0 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา ร้อยละ 47.5 อาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 45.0 รายได้ต่อเดือน 1-5,000 บาท ร้อยละ 57.5 (รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 4,686.0 บาท SD=6,515.73) ความเพียงพอของรายได้ตอบว่าไม่เพียงพอ ร้อยละ 77.5

สถานภาพของกลุ่มตัวอย่างในครอบครัวเป็นบุตร ร้อยละ 67.5 ระยะเวลาการเจ็บป่วย อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 80.0 (ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 4.0 ปี SD=4.6) จำนวนที่เข้ารับการรักษารักษา 1-2 ครั้ง ร้อยละ 77.5 (จำนวนที่เข้ารับการรักษารักษา เฉลี่ย 1.8 ครั้ง SD=1.1) ไม่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 90.0 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตและจิตเภท ร้อยละ 65.0 จำนวนสมาชิกในครอบครัว อยู่ในช่วง 3-4 คน ร้อยละ 50.0 (จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.9 คน SD=1.6) ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลหลักเป็นบิดา มารดา ร้อยละ 75.0 ได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง (n = 20 คน) และกลุ่มควบคุม (n = 20 คน)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	df	p
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย	17 (85.0)	15 (75.0)	0.63	1	0.70 ^a
หญิง	3 (15.0)	5 (25.0)			
อายุ					
21-40 ปี	19 (95.0)	17 (85.0)	1.11	1	0.61 ^a
41-60 ปี	1 (5.0)	3 (15.0)			
อายุเฉลี่ย	32.0 ปี	31.3 ปี			
SD	7.2	7.0			
ต่ำสุด,สูงสุด	23 ปี, 56 ปี	21 ปี, 54 ปี			
สถานภาพสมรส					
โสด	12 (60.0)	14 (70.0)	2.15	3	0.70 ^a
คู่อยู่ด้วยกัน	6 (30.0)	3 (15.0)			
คู่แยกกันอยู่	0 (0.0)	1 (5.0)			
หย่า/ร้าง/หม้าย	2 (10.0)	2 (10.0)			
การศึกษา					
ประถมศึกษา	7 (35.0)	8 (40.0)	4.54	3	0.21 ^a
มัธยมศึกษา	8 (40.0)	11 (55.0)			
ปวช./ปวส./	4 (20.0)	0 (0.0)			
อนุปริญญา					
ปริญญาตรี	1 (5.0)	1 (5.0)			

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง (n = 20 คน) และกลุ่มควบคุม (n = 20 คน) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	df	p
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
อาชีพ					
ว่างงาน	1 (5.0)	0 (0.0)	1.06	4	1.00 ^a
รับจ้าง/ค้าขาย	8 (40.0)	9 (45.0)			
เกษตรกรรม	9 (45.0)	9 (45.0)			
รับราชการ	1 (5.0)	1 (5.0)			
นักเรียน/นักศึกษา	1 (5.0)	1 (5.0)			
รายได้ต่อเดือน					
ไม่มีรายได้	2 (10.0)	2 (10.0)	0.12	2	1.00 ^a
1-5,000 บาท	12 (60.0)	11 (55.0)			
5,000 บาท ขึ้นไป	6 (30.0)	7 (35.0)			
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	5,400 บาท	3,972 บาท			
SD	8,372.2	3,996.9			
ต่ำสุด,สูงสุด	ไม่มีรายได้, 38,000 บาท	ไม่มีรายได้, 15,000 บาท			
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอ	6 (30.0)	3 (15.0)	1.30	1	0.45 ^a
ไม่เพียงพอ	14 (70.0)	17 (85.0)			
สถานภาพของท่านในครอบครัว					
บิดา/มารดา	1 (5.0)	2 (10.0)	1.51	4	1.00 ^a
ปู่ ย่า ตา ยาย	1 (5.0)	0 (0.0)			
พี่น้อง	1 (5.0)	1 (5.0)			
บุตร	13 (65.0)	14 (70.0)			
อื่นๆ (ระบุ)	4 (20.0)	3 (15.0)			
มีปัญหาสุขภาพ					
ไม่มี	18 (90.0)	18 (90.0)	2.00	3	1.00 ^a
มีโรคประจำตัว					
ได้แก่					
1. เบาหวาน	1 (5.0)	1 (5.0)			
2. ภาวะไต	0 (0.0)	1 (5.0)			
3. อื่นๆ (ระบุ)	1 (5.0)	0 (0.0)			

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง (n = 20 คน) และกลุ่มควบคุม (n = 20 คน) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	df	p
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต					
1-5 ปี	16 (80.0)	16 (80.0)	2.67	3	0.66 ^a
6-10 ปี	2 (10.0)	4 (20.0)			
11-15 ปี	1 (5.0)	0 (0.0)			
21 ปีขึ้นไป	1 (5.0)	0 (0.0)			
ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย	4.5 ปี	3.5 ปี			
SD	6.0	2.7			
ต่ำสุด สูงสุด	1 ปี 26 ปี	1 ปี 10 ปี			
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา					
1-2 ครั้ง	16 (80.0)	15 (75.0)	1.53	2	0.70 ^a
3-4 ครั้ง	3 (15.0)	5 (25.0)			
5 ครั้ง	1 (5.0)	0 (0.0)			
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาเฉลี่ย	1.9 ครั้ง	1.8 ครั้ง			
SD	1.2	1.1			
ต่ำสุด สูงสุด	1 ครั้ง 5 ครั้ง	1 ครั้ง 4 ครั้ง			
การวินิจฉัยโรคครั้งนี้					
โรคจิตและจิตเภท	11 (55.0)	15 (75.0)	3.28	2	0.25 ^a
โรคซึมเศร้า/	4 (20.0)	4 (20.0)			
อารมณ์แปรปรวน					
ปัญหาการใช้สารเสพติดและสุรา	5 (25.0)	1 (5.0)			
จำนวนสมาชิกในครอบครัว					
1-2 คน	3 (15.0)	5 (25.0)	0.83	2	0.65 ^a
3-4 คน	10 (50.0)	10 (50.0)			
5 คนขึ้นไป	7 (35.0)	5 (25.0)			
จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย	4.3 คน	3.4 คน			
SD	1.7	1.5			
ต่ำสุด สูงสุด	1 คน 7 คน	1 คน 6 คน			

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง (n = 20 คน) และกลุ่มควบคุม (n = 20 คน) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	df	p
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ความเกี่ยวข้องของ					
ผู้ดูแลหลัก					
บิดา มารดา	15 (75.0)	15 (75.0)	8.00	5	0.09 ^a
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	0 (0.0)	1 (5.0)			
พี่น้อง	0 (0.0)	2 (10.0)			
บุตร	0 (0.0)	1 (5.0)			
สามี/ภรรยา	4 (20.0)	0 (0.0)			
อื่นๆ (ระบุ)	1 (5.0)	1 (5.0)			

หมายเหตุ: ^aFisher's exact

จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มทดลอง พบว่าส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.0 มีอายุอยู่ในช่วง 21-40 ปี ร้อยละ 95.0 (อายุเฉลี่ย 32.0 ปี SD=7.2) สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 60.0 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาและประถมศึกษา ร้อยละ 40.0 และ 35.0 ตามลำดับ อาชีพเกษตรกรกรรม และรับจ้าง/ค้าขาย ร้อยละ 45.0 และ 40.0 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือน 1-5,000 บาท ร้อยละ 60.0 ความเพียงพอของรายได้ตอบว่าไม่เพียงพอ ร้อยละ 70.0 สถานภาพของกลุ่มตัวอย่างในครอบครัวเป็นสามีภรรยา ร้อยละ 65.0 ระยะเวลาการเจ็บป่วย อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 85 (ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 4.5 ปี SD=6.0) จำนวนที่เข้ารับการรักษาร้อยละ 80.0 (จำนวนที่เข้ารับการรักษเฉลี่ย 1.9 ครั้ง SD=1.2) ไม่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 90.0 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตและจิตเภท ร้อยละ 55.0 จำนวนสมาชิกในครอบครัว อยู่ในช่วง 3-4 คน ร้อยละ 50 (จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.3 คน SD=1.7) ผู้ดูแลหลักเป็นบิดา มารดา ร้อยละ 75.0

ผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.0 มีอายุอยู่ในช่วง 21-40 ปี ร้อยละ 85.0 (อายุเฉลี่ย 31.3 ปี SD=7.0) สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 70.0 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 55.0 อาชีพเกษตรกรกรรม และรับจ้าง/ค้าขาย ร้อยละ 45.0 เท่ากัน รายได้ต่อเดือน 1-5,000 บาท ร้อยละ 55.0 ความเพียงพอของรายได้ตอบว่าไม่เพียงพอ ร้อยละ 85.0 สถานภาพของกลุ่มตัวอย่างในครอบครัวเป็นสามีภรรยา ร้อยละ 70.0 ไม่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 90.0 ระยะเวลาการเจ็บป่วย อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 80 (ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 3.5 ปี SD=2.7) จำนวนที่เข้ารับการรักษาร้อยละ 75.0 (จำนวนที่เข้ารับการรักษเฉลี่ย 1.8 ครั้ง SD=1.1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตและจิตเภท ร้อยละ 75.0 จำนวนสมาชิกในครอบครัว อยู่ในช่วง 3-4 คน ร้อยละ 50 (จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.4 คน SD=1.5) ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลหลักเป็นบิดา มารดา ร้อยละ 75.0

สรุป เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในภาพรวมทั้งในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง ปัญหาสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต จำนวนที่เข้ารับการรักษ การวินิจฉัยโรคครั้งนี้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลหลัก พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. ค่าสถิติพื้นฐาน คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทักษะการแก้ปัญหา และจำนวน ร้อยละ การเปรียบเทียบระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือนในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการแก้ปัญหาในกลุ่มทดลอง (n = 20 คน) และ กลุ่มควบคุม (n = 19 คน)

ระยะเวลาการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	X	S.D.	X	S.D.
ทักษะการแก้ปัญหา				
ระยะก่อนการทดลอง	59.65	4.31	61.90	4.19
ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นสุด	73.60	4.49	61.95	3.95
ระยะติดตามผล 1 เดือน	77.00	4.97	61.26	4.25
ระยะติดตามผล 3 เดือน	78.90	6.25	58.37	4.60

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ต่ำกว่าระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน และ ระยะติดตามผล 3 เดือน คือ 59.65, 73.60, 77.00 และ 78.90 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือนมีความใกล้เคียงกัน คือ 61.90, 61.95, 61.26 และ 58.37 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง (n = 20 คน) และกลุ่มควบคุม (n = 19 คน)

ภาวะซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ติดตามผล 1 เดือน	ติดตามผล 3 เดือน
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
กลุ่มทดลอง (n=20 คน)				
ไม่มี	-	19 (95.0)	20 (100.0)	11 (55.0)
เล็กน้อย	12 (60.0)	1 (5.0)	-	9 (45.0)
ปานกลาง	8 (40.0)	-	-	-
กลุ่มควบคุม (n=19 คน)				
ไม่มี	-	7 (36.8)	14 (73.7)	7 (36.8)
เล็กน้อย	10 (52.6)	5 (26.3)	2 (10.5)	5 (26.3)
ปานกลาง	9 (47.4)	7 (36.8)	3 (15.8)	7 (36.8)
p-value	0.64 ^a	<0.01 ^b	0.02 ^b	0.01 ^b

หมายเหตุ: ^a Chi-square, ^b Fisher's exact

จากตารางที่ 3 พบว่าส่วนใหญ่ระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง อยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 60.0 หลังสิ้นสุดการทดลองทันทีอยู่ในระดับไม่มี ร้อยละ 95.0 ระยะติดตามผล 1 เดือน อยู่ในระดับไม่มี ร้อยละ 100.0 และระยะติดตามผล 3 เดือน อยู่ในระดับไม่มี ร้อยละ 55.0

ในกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 52.6 หลังสิ้นสุดการทดลองทันทีอยู่ในระดับไม่มีและระดับปานกลางเท่ากันคือ ร้อยละ 36.8 ระยะติดตามผล 1 เดือน อยู่ในระดับไม่มี ร้อยละ 73.7 และระยะติดตามผล 3 เดือน มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับไม่มี และปานกลาง เท่ากันคือ ร้อยละ 36.8

การเปรียบเทียบระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่ม PST มีระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้ามามากกว่ากลุ่ม SP

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบระดับความรุนแรงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลอง ($n = 20$ คน) และกลุ่มควบคุม ($n = 19$ คน)

ความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตาย	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง 1 เดือน	หลังการทดลอง 3 เดือน
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
กลุ่มทดลอง ($n=20$ คน)			
ไม่มี	-	3 (15.0)	2 (10.0)
เล็กน้อย	6 (30.0)	17 (85.0)	18 (90.0)
ปานกลาง	1 (5.0)	-	-
มาก	13 (65.0)	-	-
กลุ่มควบคุม ($n=19$ คน)			
ไม่มี	-	-	-
เล็กน้อย	12 (63.2)	18 (94.7)	17 (89.5)
ปานกลาง	2 (10.5)	1 (5.3)	-
มาก	5 (26.3)	-	2 (10.5)
p-value	0.06 ^a	0.23 ^a	0.24 ^a

หมายเหตุ: ^aFisher's exact

จากตารางที่ 4 พบว่าส่วนใหญ่ระดับความรุนแรงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 65.0 หลังการทดลอง 1 เดือน อยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 85.0 และหลังการทดลอง 3 เดือน อยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 90.0

ในกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 63.2 หลังการทดลอง 1 เดือนอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 94.7 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 5.3 และหลังการทดลอง 3 เดือน อยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 89.5 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 10.5

การเปรียบเทียบระดับความรุนแรงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่า ก่อนการทดลองระดับความรุนแรงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่ม PST และกลุ่ม SP มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่ม PST ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงระดับมาก หลังการทดลองส่วนใหญ่มีความ

เสี่ยงเล็กน้อยและไม่มีความเสี่ยง ส่วนกลุ่ม SP ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีความเสี่ยงระดับเล็กน้อย หลังการทดลองส่วนมากมีความเสี่ยงระดับเล็กน้อย มีผู้ป่วยที่ยังมีความเสี่ยงระดับปานกลาง และระดับมาก ร้อยละ 5.3 และ 10.5 ตามลำดับ แต่เมื่อการศึกษาเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของ 2 กลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา ระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา ระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ t ในการทดสอบแบบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน

กลุ่มบำบัด	n	mean	S.D.	Mean difference	t	df	p
ทักษะการแก้ปัญหา							
PST	20	59.65	4.31	-2.40	-1.65	37	0.11
Supportive	19	61.89	4.19				

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา ระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือนในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (Repeated Measure ANOVA: Within Subjects Main Effect)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ทักษะการแก้ปัญหา					
ภายในกลุ่ม	4547.24	1	4547.24	141.75	<0.001
ความคาดเคลื่อน	609.51	19	32.08		

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 6 พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหากลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Turkey ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มทดลอง

ระยะเวลาการทดลอง		Mean Difference	Std. Error	p
ทักษะการแก้ปัญหา				
ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองเสร็จสิ้น	-13.95	0.80	<0.001
	ติดตามผล 1 เดือน	-17.35	0.86	<0.001
	ติดตามผล 3 เดือน	-19.25	1.30	<0.001
หลังการทดลองเสร็จสิ้น	ติดตามผล 1 เดือน	-3.40	0.71	<0.001
	ติดตามผล 3 เดือน	-5.30	1.31	<0.001
ติดตามผล 1 เดือน	ติดตามผล 3 เดือน	-1.90	1.06	0.53

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 7 พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาในกลุ่มทดลองแตกต่างกัน 5 คู่ คือ คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีมีคะแนนสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา ในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะติดตามผล 1 เดือนมีคะแนนสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

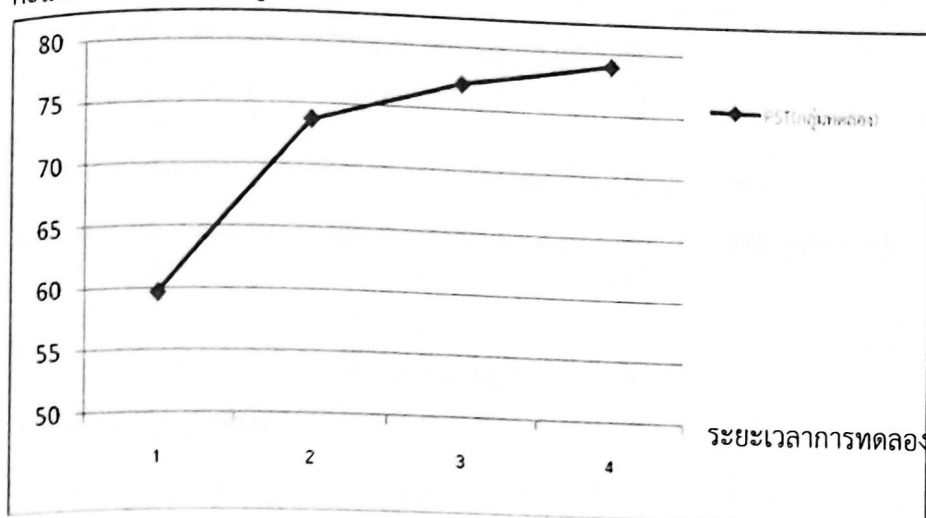
คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะติดตามผล 3 เดือนมีคะแนนสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะติดตามผล 1 เดือนหลัง มีคะแนนสูงกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผล 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะติดตามผล 3 เดือน มีคะแนนสูงกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

ภาพที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน

คะแนนทักษะการแก้ปัญหา



1 = ก่อนทดลอง
2 = หลังทดลองทันที
3 = ติดตาม 1 เดือน
4 = ติดตาม 3 เดือน

จากภาพที่ 5 พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาของกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน เพิ่มขึ้นกว่าในระยะก่อนการทดลอง

5. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (Repeated Measure ANOVA: Within-Subjects Main effect)

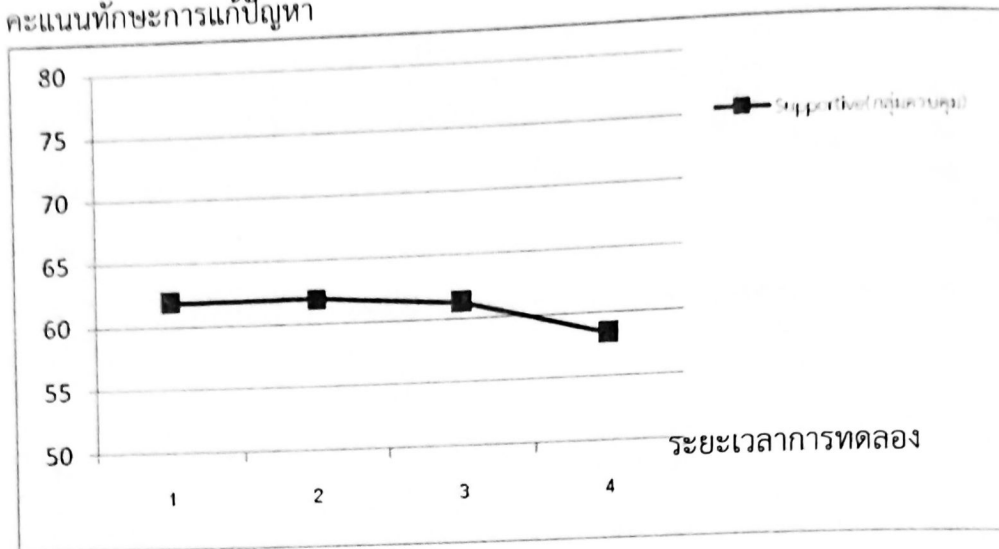
แหล่งความแปรปรวน	Wilks' lambda Value	F	Hypothesis df	Error df	p
ทักษะการแก้ปัญหา	0.72	2.10	3	16	0.14

* $p > 0.05$

จากตารางที่ 8 พบว่าทั้งคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาของกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ภาพที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาในกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน

คะแนนทักษะการแก้ปัญหา



1 = ก่อนทดลอง
2 = หลังทดลองทันที
3 = ติดตาม 1 เดือน
4 = ติดตาม 3 เดือน

จากภาพที่ 6 พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาในกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาค่อนข้างคงที่ แต่ในระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหามีแนวโน้มลดลง

6. ผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา

ตารางที่ 9 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ทักษะการแก้ปัญหา					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	5082.08	1	5082.08	92.91	<0.001
ความคาดเคลื่อนที่ 1	2023.82	37	54.70		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาการทดลอง	1788.29	1	1788.29	53.96	<0.001
ปฏิสัมพันธ์ วิธีการทดลอง*เวลา	2810.39	1	2810.39	84.80	<0.001
ความคาดเคลื่อนที่ 2	1226.17	37	33.14		

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 9 พบว่าวิธีการทดลองมีอิทธิพลต่อคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,37} = 92.91$; $p < 0.001$) และระยะเวลาการทดลองที่มีอิทธิพลต่อคะแนนทักษะการแก้ปัญหา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,37} = 53.96$; $p < 0.001$) นอกจากนี้ พบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง และระยะเวลาการทดลองมีผลต่อคะแนนทักษะการแก้ปัญหาแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,1} = 84.80$; $p < 0.001$) ดังนั้นจึงต้องทำ Simple Main Effect เพื่อพิจารณาผลรวม ของตัวแปรอิสระ (วิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลอง) ที่ส่งผลต่อคะแนนการแก้ปัญหาดังตารางที่ 10

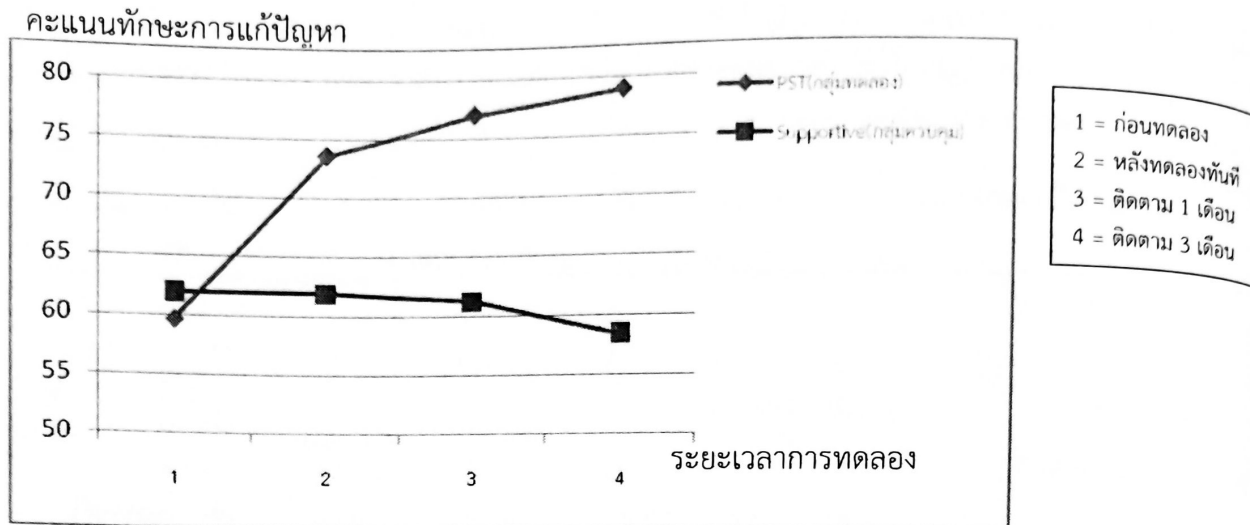
ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ระยะเวลาและวิธีการทดลอง	n	Mean	S.D.	Mean Difference	t	df	p
ก่อนการทดลอง							
PST	20	59.65	4.31	-2.24	-1.65	37	0.11
Supportive	19	61.90	4.19				
หลังการทดลองเสร็จสิ้น							
PST	20	73.60	4.49	11.65	8.59	37	<0.001
Supportive	19	61.95	3.95				
ติดตามผล 1 เดือน							
PST	20	77.00	4.97	15.74	10.59	37	<0.001
Supportive	19	61.26	4.25				
ติดตามผล 3 เดือน							
PST	20	78.90	6.25	20.53	11.64	37	<0.001
Supportive	19	58.37	4.60				

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 10 พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ซึ่งมีความเหมาะสมในการเปรียบเทียบผลของการบำบัดเพราะถือว่าเริ่มต้น ทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนทักษะการแก้ปัญหาเท่ากัน ส่วนในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หมายความว่า การบำบัดแบบ PST มีผลทำให้คะแนนทักษะการแก้ปัญหาทางเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบจิตบำบัดประคับประคอง

ภาพที่ 7 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองของคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



จากภาพที่ 7 พบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมบำบัดแบบ PST พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้นทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดแบบจิตบำบัด ประคับประคองพบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาในกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาค่อนข้างคงที่ แต่ในระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหามีแนวโน้มลดลง

7. ผลการเปรียบเทียบการบำบัดด้วยกลุ่ม PST และกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองที่มีต่อการลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระลอกก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 3 เดือน

กลุ่ม	กลุ่มทดลอง	ติดตามผลการบำบัด 3 เดือน	
	มีภาวะซึมเศร้า	ดีขึ้น (ปกติ)	ไม่ดีขึ้น
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. กลุ่มทดลอง (n = 20)	20 (100.0)	11 (55.0)	9 (45.0)
2. กลุ่มควบคุม			
2.1 ไม่รวมกลุ่มที่ติดตามไม่ได้ (n=19)	19 (100.0)	7 (36.84)	12 (63.16)
2.2 รวมกลุ่มที่ติดตามไม่ได้ (n=20)	20 (100.0)	7 (35.0)	13 (65.0)

จากตารางที่ 11 เมื่อทำการเปรียบเทียบอัตราการลดลงของความรุนแรงภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผลการบำบัด 3 เดือน พบว่า ในกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้า 20 คน ติดตามผลการบำบัด 3 เดือน พบว่า ดีขึ้น ร้อยละ 55.0 ไม่ดีขึ้น ร้อยละ 45.0

ในกลุ่มควบคุม (ไม่รวมกลุ่มติดตามผลการบำบัด 3 เดือนไม่ได้) ก่อนการทดลองมีภาวะซึมเศร้า 19 คน ติดตามผลการบำบัด 3 เดือน พบว่า ดีขึ้น ร้อยละ 36.84 ไม่ดีขึ้น ร้อยละ 63.16

ในกลุ่มควบคุม (รวมกลุ่มติดตามผลการบำบัด 3 เดือนไม่ได้) โดยผู้ที่ติดตามไม่ได้ให้มีภาวะซึมเศร้าเท่ากับก่อนทดลอง) ก่อนทดลองมีภาวะซึมเศร้า 20 คน ติดตามผลการบำบัด 3 เดือน พบว่า ดีขึ้น ร้อยละ 35.0 ไม่ดีขึ้น ร้อยละ 65.0

8. การติดตามผลการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละของการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

การกลับมารักษาซ้ำ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่ใช่	20 (100.0)	16 (84.21)
ใช่	-	3 (15.79)

จากตารางที่ 12 เมื่อติดตามผลภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.79

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา ที่มีต่อทักษะการแก้ปัญหา ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้ที่เฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมีคะแนน M.I.N.I – Suicidality ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป (ระดับน้อย) เข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในเดือนมีนาคม – พฤษภาคม 2555 เมื่อประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย TDI มีคะแนนตั้งแต่ระดับน้อยไปถึงปานกลาง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้หลักการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (Mean) ใช้ค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนจากงานวิจัยของปุนยาภา คำบุญเรือง (2552) ที่ศึกษาผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเศร้า โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 18 คนต่อกลุ่ม เพื่อชดเชยการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างขณะทำการรักษา จึงเก็บข้อมูลจริงกลุ่มละ 20 คน

การสุ่มตัวอย่างเพื่อการบำบัด โดยสุ่มการบำบัดเป็นเดือนสลับกันระหว่างกลุ่ม 2 กลุ่ม เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและมีภาวะซึมเศร้ามีจำนวนน้อย ทำให้ไม่สามารถดำเนินการบำบัดพร้อมกันได้ทั้ง 2 กลุ่ม และยังเป็นการป้องกันผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นการบำบัดขณะพักรักษาอยู่ในตึกเดียวกัน (Contamination) ผลการสุ่มการบำบัด กลุ่มทดลองดำเนินการบำบัดในเดือนเมษายน 2555 กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดในเดือนพฤษภาคม 2555

กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรม PST ผู้วิจัยได้พัฒนาโดยการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดของ D'Zurilla (2007) สำหรับเนื้อหาในการทำกลุ่มได้นำผลการศึกษาของ ปุนยาภา คำบุญเรือง (2552) ร่วมกับประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัด PST ที่ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการบำบัด กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดจำนวน 5 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ตั้งแต่วันจันทร์-วันศุกร์ เนื้อหาประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการแก้ปัญหา ฝึกการรับรู้ปัญหาทางบวก ฝึกการหยุดอารมณ์ทางลบและคิดหาทางออก (stop and think) ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2) ฝึกการระบุและทำความเข้าใจปัญหา ฝึกให้ความหมายใหม่ต่อปัญหา ฝึกการคลายเครียดโดยการฝึกการหายใจ 3) ฝึกรวบรวมทางเลือกและพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา ฝึกหาทางออกที่หลากหลายโดยการระดมสมองหาวิธีแก้ปัญหาที่เป็นไปได้หลายๆทาง 4) ฝึกการตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา เป็นการฝึกประเมินทางเลือกปัญหาของตนเอง วิเคราะห์ผลดี ผลเสียของทางเลือก ผลทางบวกทางลบ ผลที่จะเกิดขึ้นในระยะสั้นระยะยาว ช่วยให้เห็นทางเลือกในการแก้ปัญหาทางบวกมากขึ้น 5) ฝึกการลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบหรือประเมินผลการแก้ปัญหา เป็นการฝึกประเมินศักยภาพทางบวกของตนเอง ในกรณีแก้ปัญหาไม่สำเร็จช่วยให้มีแรงจูงใจในการเริ่มต้นวางแผนแก้ปัญหาใหม่

กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง : SP สัปดาห์ละ 5 ครั้งๆ ละ 60 นาที ตั้งแต่วันจันทร์-วันศุกร์เช่นกัน การบำบัดนี้เป็นการบำบัดตามมาตรฐานปกติ ที่ให้แก่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีภาวะซึมเศร้าหรือมีปัญหาซับซ้อน

ทีมบำบัดทั้งสองกลุ่มเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกทักษะการทำกลุ่มบำบัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์การวิจัย มีดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 2) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.-Suicidality) ฉบับภาษาไทย ของพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น (2548) มีคำถามทั้งหมด 9 ข้อ 3) แบบวัดภาวะซึมเศร้า TDI ของมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (2542) มีคำถาม 20 ข้อ 4) แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (PSI) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือขึ้นมาเองมีคำถาม 23 ข้อ

เก็บข้อมูลการวิจัยโดยพยาบาลวิชาชีพ 4 คน ซึ่งได้รับการชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูล และมีความเข้าใจแบบประเมินเป็นอย่างดี ในกรณีกลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือได้จะให้ตอบแบบสอบถามเอง ถ้ามีปัญหาในการอ่านหนังสือจะให้พยาบาลที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูลในระยะติดตามผลภายหลังทำกลุ่ม 1 เดือน และ 3 เดือน โดยผู้ป่วยจะมาพบพยาบาลที่เก็บข้อมูลที่ตึกผู้ป่วยนอก ซึ่งพยาบาลที่เก็บข้อมูลปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยนอก ในกรณีเกินเวลานัดใช้วิธีโทรศัพท์ติดต่อเพื่อให้ผู้ป่วยตอบข้อมูลการวิจัย มีการประเมินภาวะซึมเศร้าและทักษะการแก้ปัญหา จำนวน 4 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ส่วนแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประเมิน 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน เนื่องจากแบบประเมินนี้สามารถประเมินได้ทุก 1 เดือน

กลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ จะได้รับการชี้แจงรายละเอียดของโครงการ วัตถุประสงค์ ผลประโยชน์ที่ได้รับ และสามารถออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ถ้าไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ (ด้านสุขภาพจิต และจิตเวช) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เลขที่ 002/2555

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม นำเสนอในรูปแบบการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปที่เป็นตัวแปรกลุ่ม วิเคราะห์ด้วย Chi - square เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาระยะก่อนการทดลองด้วย t - test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาระหว่างกลุ่มตามระยะเวลา โดยใช้ repeated measures ANOVA ศึกษาความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Turkey เปรียบเทียบอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และติดตามผลการกลับมารักษซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลองบำบัดด้วย Problem Solving Therapy (PST) 20 คน กลุ่มควบคุมบำบัดด้วย Supportive Psychotherapy (SP) จำนวน 20 คน ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 31.7 ปี (S.D = 8.1) สถานภาพสมรสโสด จบการศึกษามัธยมศึกษา อาชีพเกษตรกร รายได้ต่อเดือน 1-5,000 บาท รายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 77.5 สถานภาพในครอบครัวเป็นสามี/ภรรยา มีผู้ดูแลหลักเป็นบิดา/มารดา มีระยะการเจ็บป่วย 1-5 ปี ร้อยละ 80.0 (S.D = 4.6) จำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน ร้อยละ 50 ไม่มีโรคประจำตัว การวินิจฉัยโรคเป็นโรคจิตและจิตเภท ร้อยละ 65

ลักษณะข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในภาพรวมพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพในครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต โรคที่เป็นปัญหา การวินิจฉัยโรคครั้งนี้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลหลัก ไม่แตกต่างกันหรือมีข้อมูลทั่วไปคล้ายคลึงกัน

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ในกลุ่มทดลองผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหากลุ่มทดลองแตกต่างกัน อย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อทำการทดสอบรายคู่ พบว่า

3.1 คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น ทันทีมีคะแนนสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

3.2 คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะติดตามผล 1 เดือน มีคะแนนสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

3.3 คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะติดตามผล 3 เดือน มีคะแนนสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

3.4 คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะติดตามผล 1 เดือน มีคะแนนสูงกว่าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

3.5 คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะติดตามผล 3 เดือน มีคะแนนสูงกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ในกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

5. การศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน หมายความว่า การบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีผลให้คะแนนทักษะการแก้ปัญหเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบจิตบำบัดประคับประคอง

6. การเปรียบเทียบระดับความรุนแรงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีระดับความรุนแรงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 65.0 ระยะติดตามผล 1 เดือน อยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 85.0 ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 15.0 ระยะ

ติดตามผล 3 เดือน อยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 90.0 ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 10.0 ส่วนกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง อยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 63.2 ระยะติดตามผล 1 เดือน อยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 94.7 ระดับปานกลางร้อยละ 5.3 และระยะติดตามผล 3 เดือน อยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 89.5 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 10.5 ซึ่งผู้ป่วย 2 คน มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับมาก ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เมื่ออาการทางจิตสงบได้ให้การบำบัดทางจิตสังคมตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

7. การเปรียบเทียบอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง 3 เดือน โดยภาพรวมกลุ่มควบคุมที่ไม่สามารถติดตามผลได้รวมด้วย กำหนดให้มีระดับภาวะซึมเศร้าเท่ากับก่อนการทดลอง พบว่า ในภาพรวมผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 55.0 ในขณะที่กลุ่มควบคุมในภาพรวมพบว่า มีอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ ร้อยละ 36.8

8. การติดตามผลการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยใน กลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.8

2. อภิปรายผล

2.1 ผลของกลุ่ม PST ที่มีต่อทักษะการแก้ปัญหา

ผลการศึกษาทักษะการแก้ปัญหาโดยเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าระยะเวลาการทดลองและวิธีการทดลองมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาในทุกระยะ โดยกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 10 สอดคล้องกับการศึกษาของ Townsend et al (2001) ได้ทำการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่เคยทำร้ายตนเอง ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เมตา (Meta analysis) ในการวิจัยเชิงทดลอง 6 เรื่อง พบว่าการบำบัดด้วย PST เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม PST มีคะแนนการแก้ปัญหาดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ Eskin et al (2007) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้าและมีโอกาสฆ่าตัวตายในช่วงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้ฝึกขั้นตอนการแก้ปัญหา แต่ไม่ได้ฝึกเรื่องการรับรู้ปัญหา พบว่าภายหลังการบำบัดด้วย PST คะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาดีขึ้นกว่าก่อนบำบัด 10.7 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาดีขึ้น 2.6 คะแนน แต่การศึกษาของ Stewart et al (2009) ได้ศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบการบำบัดการโดยปรับความคิดและพฤติกรรม การบำบัดโดยการแก้ปัญหาและการบำบัดตามปกติในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง พบว่า คะแนนการแก้ปัญหาไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็กอาจมีแนวโน้มของการเกิดความไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ Bannan (2010) ได้ศึกษาเรื่องการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มในผู้หญิงที่กินยาพิษ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย PST มีการแก้ปัญหาทางสังคมดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามปกติในทุกระยะคือ ก่อนและหลังบำบัด และระยะติดตามผล 2 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลงทุกระยะ อธิบายได้ว่าการบำบัดด้วย PST ครั้งนี้ได้ฝึกทักษะการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผลและมีการฝึกการรับรู้ปัญหาร่วมด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยนำตัวเองเข้าไปแก้ปัญหา ไม่หลีกเลี่ยงปัญหาหรือแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น กระบวนการกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล เช่น มีการฝึกการแก้ปัญหาจากสถานการณ์ตัวอย่าง และปัญหาจริงของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาทางบวก ดังนั้นการบำบัดนี้จึงช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น

2.2 ผลของกลุ่ม PST ที่มีต่ออัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาเปรียบเทียบการลดลงของภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทดลองพบว่าอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 18.2 (ตารางที่ 11) (ไม่นับรวม droup out ของกลุ่มควบคุม) การวิเคราะห์ผลการทดลองทางคลินิกนี้ไม่มีผลกระทบ เนื่องจากกลุ่มควบคุม droup out 1 คน ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ (กลุ่มละ 18 คน) ในการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกนี้ ผู้วิจัยจึงได้เปรียบเทียบผลการศึกษาในกลุ่มควบคุม โดยให้ผลของข้อมูลที่สูญหายไปเท่ากับผลการวัดระดับภาวะซึมเศร้าเมื่อก่อนบำบัด (The Cochrane Collaboration, 2002 อ้างในพดล พิมพ์จันทร์ และอรุณ จิรพัฒน์กุล, 2548; Dallal, 2009) ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบผลการลดลงของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม พบว่า อัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 20.0 สอดคล้องกับการศึกษาของ Eskin et al (2007) พบว่า ภายหลังการบำบัดโดยกลุ่ม PST มีอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 62.0 สำหรับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองครั้งนี้ช่วยให้ลดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 35 ทั้งนี้เพราะการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ความรู้สึกดีขึ้น ลดอาการทางจิต เช่น อาการซึมเศร้า และช่วยให้จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นชั่วคราว (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2552)

2.3 ผลของกลุ่ม PST ที่มีต่อระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ในการศึกษานี้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดโดย PST มีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง (ตารางที่ 3) สอดคล้องกับการศึกษาของ Townsend et al (2001) ซึ่งได้ทำการศึกษาแบบ Meta analysis ในการวิจัยเชิงทดลอง (RCT) โดยการบำบัดด้วย PST เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยที่บำบัดโดย PST มีคะแนนภาวะซึมเศร้าดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับ Eskin et al (2007) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้า และมีโอกาสฆ่าตัวตายในช่วงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่า ระดับของภาวะซึมเศร้าภายหลังที่ได้รับการบำบัดโดย PST ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนบำบัด แต่กลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Bell et al (2009) ได้ศึกษาแบบ Meta analysis เกี่ยวกับประสิทธิผลของ PST เพื่อลดภาวะซึมเศร้า พบว่า การบำบัดด้วย PST มีประสิทธิผลลดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุม หรือกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ผลการศึกษาของ ปุณยาภา คำบุญเรือง (2552) พบว่า ผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าลดกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bannan (2010) ได้ศึกษาเรื่องการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มในผู้หญิงที่กินยาพิษ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย PST มีระดับของภาวะซึมเศร้าลดลงในทุกระยะ คือ ก่อนและหลังบำบัด และระยะติดตามผล 2 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลงทุกระยะ นอกจากนี้จากการศึกษาของสุณิสา ศรีโมอ่อน และคณะ (2554) ได้ทำการศึกษาการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จากการศึกษาพบว่า การบำบัดโดยการแก้ปัญหามีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าและสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าเรื้อรัง และโรคซึมเศร้ามีอาการเล็กน้อย อธิบายได้ว่าจากการศึกษาทางจิตวิทยาในผู้ป่วยซึมเศร้าพบว่า การแก้ไขปัญหาไม่เป็นระบบ ไม่มั่นใจในการแก้ การแก้ปัญหาของตนเอง และค่อนข้างเป็นฝ่ายรับมากกว่าฝ่ายดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาให้ลุล่วง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น (มานิช หล่อตระกูล, 2553) และในทางคลินิกจะพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายรายจะคิดว่าปัญหาที่ตนเองประสบจะคงอยู่ตลอดไป ไม่มีทางแก้ไขให้ดีขึ้น มองสถานการณ์ต่างๆเลวร้ายกว่าที่เป็นจริง ไม่สามารถคิดตัดสินใจได้แม้แต่เรื่องง่ายๆ (อรพรรณ บุญลือธวัชชัย, 2553) ดังนั้นการฝึกการแก้ไข

ปัญหาอย่างเป็นระบบและฝึกการรับรู้ปัญหาในทางบวกในการทดลองครั้งนี้ ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาต่างๆได้ จึงอาจส่งผลให้อาการซึมเศร้าผู้ป่วยดีขึ้น

2.4 ผลของกลุ่ม PST ที่มีต่อระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การศึกษานี้ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัด โดย PST มีระดับความรุนแรงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่4) ซึ่งระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีข้อจำกัดในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เพราะความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันตั้งแต่ก่อนทดลอง แต่ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มที่ได้รับ PST มีความเสี่ยงลดลงจากระดับเสี่ยงมากเป็นเสี่ยงเล็กน้อย ส่วนกลุ่มที่ได้รับ SP ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงระดับเล็กน้อย แต่ยังพบความเสี่ยงระดับปานกลางและระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Stewart et al (2009) พบว่ากลุ่ม PST ภายหลังการทดลองความคิดฆ่าตัวตายลดลงกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตาย การบำบัดโดย PST ให้ผลดีกว่าการบำบัดตามมาตรฐานปกติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Eskin et al (2007) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดโดย PST ภายหลังการบำบัดมีระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับก่อนบำบัด แต่กลุ่มควบคุมระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่เปลี่ยนแปลง และการศึกษาของ Bannan (2010) ได้ศึกษาเรื่องการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มในผู้หญิงที่กินยาพิษ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย PST มีระดับความคิดฆ่าตัวตายลดลงในทุกระยะ คือ ก่อนและหลังบำบัด และระยะติดตามผล 2 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลงทุกระยะ และมีข้อเสนอแนะว่าผู้ป่วยที่เคยทำร้ายตนเองมาก่อนในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาควรให้บำบัดด้วย PST (ณัฐกร จำปาทอง, 2554) ซึ่งแนวคิดทางจิตวิเคราะห์ห่มองการฆ่าตัวตายประกอบด้วยหลายปัจจัย เช่น ความหุนหันพลันแล่น ความคิดไม่ยืดหยุ่น ขาดทักษะในการแก้ปัญหา ใช้รูปแบบเดิมๆในการปรับตัวต่อปัญหา ไม่เห็นแนวทางแก้ปัญหาแบบอื่นๆ (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) การบำบัดด้วยกลุ่ม PST ครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ปัญหา มีการฝึกการหยุดและคิดก่อนที่จะตัดสินใจอย่างหุนหันพลันแล่น มีการฝึกพิจารณาทางเลือกหลายๆทาง เมื่อเกิดความท้อแท้ใจ มีคิดเตือนใจและฝึกการพูดกับตนเองทางบวก รู้จักขอความช่วยเหลือคนอื่นได้ ทำให้มีทางออกในการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นผลให้ผู้ป่วยกลุ่ม PST มีระดับความรุนแรงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง

2.5 การติดตามผลการกลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือน

หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มทดลองไม่กลับมารักษาซ้ำ ส่วนกลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Eskin (2007) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกทักษะการแก้ปัญหา จำนวน 22 คน จาก 27 คน สามารถติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องจนครบ 12 เดือน พบว่า มีระดับของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนบำบัด และมีอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 15.8 แต่กลุ่มควบคุมระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่เปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Stewart (2009) พบว่ากลุ่ม PST หลังทดลองมีทักษะการแก้ปัญหาดีขึ้น มีความคิดฆ่าตัวตายลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่ม PST และกลุ่มบำบัดตามปกติ พบว่า ความคิดฆ่าตัวตายกลุ่ม PST ลดลงกว่ากลุ่มบำบัดตามปกติ ซึ่งการบำบัด PST ในการทดลองครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล และมีการรับรู้ปัญหาทางบวก ในโปรแกรมบำบัดมีสถานการณ์ตัวอย่างให้ผู้ป่วยได้ฝึกเป็นกลุ่มและมีการระดมความคิด (Brain storm) หลายครั้ง ทำให้ผู้ป่วยได้ประสบการณ์จากปัญหาของผู้ป่วยคนอื่นๆ และผู้ป่วยยังมีโอกาสฝึกการแก้ปัญหาของตนเอง ทำให้เกิดการเรียนรู้และมีแนวทางแก้ปัญหาของตนเอง เมื่อผู้ป่วยมีแนวทาง

ในการแก้ปัญหา มีผลทำให้มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายลดลง จึงสามารถอยู่ในชุมชนได้ ผลการศึกษานี้เป็นการยืนยันผลการบำบัดแบบกลุ่ม PST ที่ช่วยการกลับมารักษารักษาซ้ำ

สำหรับผู้ป่วยที่กลับมารักษารักษาซ้ำภายใน 6 เดือน พบว่ามีสาเหตุจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ บ้านอยู่ไกล ผู้ดูแลไม่มีเวลามารับยาต่อเนื่อง กลับไปดื่มสุรา ดมกาว ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบ ดังนั้นผู้ป่วยที่บำบัดด้วย PST เมื่อกลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลควรให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มการให้ความร่วมมือในการรักษา (Adherence Therapy) ในกรณีให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มการจัดการกับอาการหว่ว (Symptom management) สำหรับผู้ป่วยดื่มสุราให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่ม CBT สำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุรา จะช่วยลดการกลับมารักษารักษาซ้ำได้

2.6 ข้อจำกัดในการศึกษา

ผู้ป่วยยังคงได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่นการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า ขนาดตัวอย่างที่น้อย และก่อนการศึกษาผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแตกต่างกัน ในการบำบัดกลุ่ม PST ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มควรมีพื้นฐานในการทำกลุ่มจิตบำบัดมาก่อน เนื่องจากกระบวนการกลุ่มบำบัดจะช่วยให้การทำกลุ่ม PST มีประสิทธิภาพมากขึ้น และควรศึกษาทำความเข้าใจโปรแกรมการบำบัดทั้ง 5 ครั้ง จะทำให้เชื่อมโยงโปรแกรมแต่ละครั้งได้ดีขึ้นเกิดผลดีกับผู้ป่วยในกลุ่ม

2.7 การขยายผลการบำบัดด้วย PST

การศึกษาการบำบัดด้วย PST ครั้งนี้มีประสิทธิผลอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นการพัฒนาบริการในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะการแก้ปัญหา ลดภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์มีวิสัยทัศน์ที่เน้นความเป็นเลิศด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2553-2555 ต้องเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย จำนวน 848 ราย 617 ราย และ 712 ราย ตามลำดับ ดังนั้นการบำบัดแบบกลุ่มครั้งนี้ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดจำนวนมากขึ้น เกิดการเรียนรู้และมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาจากปัญหาของผู้ป่วยอื่น และปัญหาของตนเอง ซึ่งสมาชิกกลุ่มบำบัด PST ครั้งนี้มีทั้งผู้หญิงและชายที่มีวิธีการแก้ปัญหาต่างกัน ทำให้มีความเข้าใจและยอมรับว่าทุกคนก็มีปัญหาเหมือนกัน เกิดและแรงจูงใจในการแก้ปัญหา ซึ่งโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้ขยายผลการบำบัด PST เป็นงานประจำในหน่วยกลุ่มกิจกรรมบำบัด ในปีงบประมาณ 2556

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 ผู้นำกลุ่มควรมีพื้นฐานในการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดมาก่อน เนื่องจากกระบวนการกลุ่มบำบัดจะช่วยให้การทำกลุ่ม PST มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.1.2 ผู้นำกลุ่ม PST ควรศึกษาและทำความเข้าใจโปรแกรมการบำบัดทั้ง 5 ครั้ง จะทำให้เชื่อมโยงโปรแกรมแต่ละครั้งได้ดีขึ้น เกิดประสิทธิผลที่ดีกับผู้ป่วยในกลุ่ม

3.1.3 ควรมีผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม (Co-leader) ร่วมด้วย เนื่องจากโปรแกรมแต่ละครั้งมีกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการแก้ปัญหา

3.1.4 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ควรให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาบำบัดด้วย PST ทุกคน ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

3.1.5 ในกรณีที่ผู้ป่วยชายหรือหญิงไม่ยอมเปิดเผยปัญหา เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีทั้ง 2 เพศ ผู้บำบัดควรคำนึงถึงเพศภาวะ และให้การบำบัดแบบรายบุคคลต่อไป

3.1.6 ควรส่งต่อข้อมูลที่สำคัญที่ได้จากการบำบัดให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในตึกผู้ป่วยในทราบ เพื่อให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง

3.1.7 ควรมีการปรับแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งมี 23 ข้อ ให้มีจำนวนข้อน้อยลง แต่ยังคงความน่าเชื่อถือ เพื่อให้สะดวกและไม่เป็นภาระกับผู้ปฏิบัติงานในการบำบัดด้วย PST

3.1.8 ควรมีการให้แผ่นพับความรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย เพื่อทบทวนทักษะต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยจำทักษะและนำมาใช้ในการแก้ปัญหาได้ดียิ่งขึ้น

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ประเมินผลในระยะยาวว่าผู้ป่วยยังคงใช้ความรู้ในการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันหรือไม่

3.2.2 ประเมินความคงทนของโปรแกรมที่มีต่อการใช้ในชีวิตจริงของผู้ป่วย และมีการเสริมทักษะการแก้ปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีทักษะอย่างต่อเนื่อง

3.2.3 เปรียบเทียบผลการศึกษา PST ระหว่างการบำบัดแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. โครงการประชุมวิชาการการป้องกันการฆ่าตัวตาย: ก้าวต่อไปในการเรียนรู้สู่โลกแห่งนวัตกรรม. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 5, เชียงราย; 2549.
- ชาตรี บานชื่น, คำนิยม. ใน: แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวลระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). ธรรมินทร์ กองสุข, บรรณาธิการ. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซต; 2552.
- ณัฐกร จำปาทอง, บรรณาธิการ. mh GAP Intervention Guide สำหรับโรคทางสุขภาพจิต และจิตเวช โรคทางระบบประสาทและโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ในหน่วยบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่หน่วยงานเฉพาะทาง. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
- ณัฐยา สารภาพ. การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการแก้ปัญหาในผู้ป่วยฆ่าตัวตาย. [การศึกษาอิสระมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ขอนแก่น; 2554.
- ดาราพรรณ ต๊ะปิ่นตา. การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy). เอกสารประกอบการอบรมโครงการการบำบัดผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยการแก้ปัญหา วันที่ 9 กรกฎาคม 2554. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2554.
- ทวี ตั้งเสรี, กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, ทศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์, วัชณี หัตถพนม, วราภรณ์ รัตนวิศิษฐ์ และไพลิน ปรัชญคุปต์. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์; 2551.
- ทวี ตั้งเสรี, กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, ทศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์, วัชณี หัตถพนม และวราภรณ์ รัตนวิศิษฐ์. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์; 2546.
- ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. วิทยาความเครียดทางจิตเวชศาสตร์. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2544.
- เจียรชัย งามทิพย์วัฒนา. ความเครียดและรูปแบบการแก้ปัญหาของนักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 3 คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2543; 45(1): 59-69.
- นพดล พิมพ์จันทร์ และอรุณ จิรวัดน์กุล. การวิเคราะห์โดยใช้หลักการ Principle of intention to treat analysis (ITT) ในการทดลองทางคลินิก. วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ 2548; 1(3): 69-74.
- นิตยา จรัสแสง, สมจิตร มณีกานนท์, วิจิตรา พิมพ์นิตย์ และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาห้องตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554; 56(2): 129-35.
- นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. การรักษาทางจิตสังคม. ใน: พูนศรี รังษิณี, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ : สำหรับนักศึกษาแพทย์. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2547: 319-27.
- ปุ่นยาภา คำบุญเรือง. ผลการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคู่ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
- ประภาส อุครานันท์, อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, วัชณี หัตถพนม, ไพโรวัลย์ ร่มซ้าย และไพลิน ปรัชญคุปต์. การพัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SU-9). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาธรรม; 2555.

- ประเวช ดันติพิวัฒน์สกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. การฆ่าตัวตาย : การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ : พลัสเพรส; 2541.
- พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพมหานคร : นานมีบุ๊คพับลิเคชั่น; 2546.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น. ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548; 13(3): 51-9.
- พูนศรี รังษิณี. ความคิดผิดปกติทางอารมณ์. ใน: ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา; 2546: 173-89.
- มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย : การรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพฯ : ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรส์จำกัด; 2553.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. แบบประเมินวัดความรุนแรงของระดับภาวะซึมเศร้า: ชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง. วารสารแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย 2542; 20(1): 17-9.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. โครงการช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. Retrieved from [http://www.suicidethai.com/report/s_stat.asp?region = & province = & noyear = 2554 & noyear2 = 2554](http://www.suicidethai.com/report/s_stat.asp?region=&province=&noyear=2554&noyear2=2554) [10 Jul 2012]
- _____. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2554. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2554.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. จิตบำบัดประคับประคอง : สมรรถนะการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2553; 24(2): 1-11.
- วัชนิ หัตถพนม. ประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช. ขอนแก่น: หจก. ขอนแก่นการพิมพ์; 2554.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. การทำกลุ่มบำบัดสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: คลังน่านวิทยา; 2552.
- สมภพ เรืองตระกูล. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2545.
- _____. การฆ่าตัวตาย การประเมินและการรักษา. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2551.
- สรยุทธ วาสิกนันทน์. โรคซึมเศร้า. ใน: พิเชฐ อุดมรัตน์, บรรณาธิการ. การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช; 2547:77-92.
- สายฝน เอกวรังกูร. รู้รัก เข้าใจ ดูแลภาวะซึมเศร้า. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
- สาวิตรี สุริยะฉาย และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. การศึกษาการใช้จิตบำบัดแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2553; (1): 202-17.
- สุกมล วิภาวิพลกุล. การช่วยเหลือผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2543.
- สุณิสา ศรีโมอ่อน, อติทยา พรชัยเกตุ โอวยอง และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26 (3): 107-16.

- สุรพล วีระศิริ. ความผิดปกติทางอารมณ์. ใน: พูนศรี รังษิณี, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ : สำหรับนักศึกษาแพทย์. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา; 2547:131-44.
- สุนีย์ เกี้ยวถึงแก้ว. แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2545
- อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์เพื่อการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: วิทย์พัฒน์; 2552.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การบำบัดด้วยกลุ่มและจิตบำบัดกลุ่ม. ใน : การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : ธนาเพรส; 2553:215-33.
- Arsenault-Lapierre G, Kim C Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3,275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry 2004; 4: 37.
- Bannan N. Group-base problem-solving therapy in self-poisoning females: a pilot study. Counsel and Psychother Res. September 2010; 10(3): 201-213.
- Beck, AT. Cognitive therapy and the emotional disorder. New York: International Universities Press; 1976.
- . Beck Depression Inventory. New York: The Psychological Corporation, Harcourt Bracc Jovanovich; 1987.
- Bell AC, D'Zurilla TJ. Problem solving therapy for depression: a meta-analysis. Clin Psychol Rev 2009; 29(4): 348-53.
- Cutcliffe JR, Barker P. The nurses' global assessment of suicide risk: developing a tool for clinical practice. J Psychiatr Ment Health Nurs 2004; 11: 393-400.
- Dallal GE. Intention to treat analysis. Retrieved from <http://www.tufts.edu/gdalla/itt.thm>. [8 October 2009]
- D' Zurilla TJ. Problem – solving therapies. In: Dobson K.S (Ed), Handbook of cognition-behavioral therapies. London: Hutchinson; 1988.
- D' Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy: a positive approach to clinical intervention. New york : Springer; Publishing 2007.
- 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 2008; 32: 227-45.
- Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P. Oxford Textbook of Psychiatry. 5th ed Oxford University. Press release; 2006.
- Mann JJ, Currier D. Suicide and attempted suicide. In : Fatemi HS, Clayton PJ, (Eds), The medical basis of psychiatry. 3rd ed. Humana Press; 2008: 561-76.

- Reinecke MA. Problem Solving : a conceptual approach to suicidality and psychotherapy. In: Ellis TM. (Ed.), Cognition and suicide: theory, research, and therapy. Washington, DC, US; 2006: pp 237-60.
- Soomro GM. Deliberate self-harm and attempted suicide. Clinical Evidence [Clin Evid (online)] 2008 Dec 12; Vol. 2008.
- Speckens AE, Hawton KDSc. Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: a systematic review. Suicide Life Threat Behav 2005; 35(4): 365-87.
- Stahl JP. Quality of life in schizophrenia: contribution of anxiety and depression. Schizophr Res 2006; 90: 186-97.
- 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 (5): 538-47.
- Tarachow AE. Mental health nursing. New York: Wolf; 1998.
- 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 problem. Psychol Med 2001; 31: 979-88.
- World Health Organization. Prevention of suicidal behaviors: feasibility demonstration projects on community interventions of safer access to pesticides 2008. WHO: Geneva; 2008.
- _____. Depression. Retrieved from http://www.who.int/mental_Health/management/depression/definition/en/. [5 Aug 2008]
- Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. 4th ed. New York : Basic Book; 1995.

ภาคผนวก

- ก. โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหานในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- ข. แบบประเมินที่ใช้ในโครงการ
- ค. ประวัติผู้วิจัย

ภาคผนวก ก

โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและ
เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

โปรแกรมกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ครั้งที่ 1

โปรแกรมการบำบัดและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการแก้ปัญหา

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก
 2. เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจโปรแกรมการแก้ปัญหา
 3. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหา ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย
 4. เพื่อให้สมาชิกฝึกการหยุดความคิดและอารมณ์ทางลบก่อนตัดสินใจแก้ปัญหา

เวลา 75 นาที

ขั้นตอนการทำกลุ่ม

1. ขั้นตอนพื้นฐาน กล่าวสวัสดี แนะนำผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และผู้บันทึกกลุ่ม ให้สมาชิกแนะนำตัวเอง กระตุ้นให้สมาชิกบอกถึง วัน เดือน ปี ในการเข้ากลุ่ม และตกลงกติกา หรือระเบียบในการเข้ากลุ่ม (10 นาที)
2. ผู้นำกลุ่มอธิบายลักษณะโปรแกรมในแต่ละครั้ง จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถาม ข้อมูลในส่วนที่ไม่เข้าใจ (ความรู้ที่ 1.1) (10 นาที)
3. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกถึงความสามารถพิเศษ สิ่งที่น่าสนใจ จุดดีหรือจุดเด่นของตัวเอง เช่น เล่นดนตรี กีฬา ความสามารถทางศิลปะ เพื่อค้นหาศักยภาพและให้กำลังใจสมาชิก ซึ่งจะช่วยให้มีแรงจูงใจในการแก้ปัญหา และให้เขียนในใบบันทึกประจำวัน (5 นาที)
4. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิก 2-3 คน ว่า “มีใครเคยมีปัญหาทั้งในการใช้ชีวิตในครอบครัว หรือการทำงานหรือไม่ แก้ไขอย่างไร” (5 นาที)
5. ผู้นำกลุ่มโยนเข้าสู่เนื้อหาการบรรยายความรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหา การรับรู้ปัญหาทางบวก (ความรู้ที่ 1.2) (10 นาที)
6. เปิดโอกาสให้สมาชิกอภิปราย ซักถาม จากนั้นสรุปโยนสู่เนื้อหาต่อไป (5 นาที)
7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกนึกถึงปัญหาหรือสถานการณ์ประจำวันที่ทำให้เกิดความคิดทางลบ ทำให้ไม่สบายใจ มีความทุกข์ใจ ซึมเศร้า หรือสถานการณ์ที่ส่งผลให้สมาชิกมีความคิดอยากทำร้ายตัวเอง รวมทั้งฝึกให้สมาชิกฝึกการหยุดความคิดและอารมณ์ทางลบ (ความรู้ที่ 1.3) (กิจกรรมที่ 1) (10 นาที)
8. ผู้นำกลุ่มโยนเข้าสู่เนื้อหาการบรรยายให้สมาชิกทราบ เรื่อง ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย (ความรู้ที่ 1.4) (10 นาที)
9. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกช่วยสรุปเนื้อหาและเพิ่มเติมเนื้อหาสาระที่ยังไม่ครอบคลุม มอบหมายการบ้านโดยการให้สมาชิก 1) ทบทวนปัญหาตามกิจกรรมที่ 1 (การบ้านครั้งที่ 1) 2) ฝึกเขียนบันทึกเหตุการณ์ประจำวันหรือความคิดความรู้สึกเพื่อฝึกการคิดเป็นการบ้านทุกครั้ง (5 นาที)
10. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกว่ามีความคิดเห็นอย่างไรต่อการเข้ากลุ่มในวันนี้ (ภาพรวมการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่ม และการบ้าน) นัดหมายเวลาประชุมในวันพรุ่งนี้ และกล่าวปิดกลุ่ม (5 นาที)

การประเมินผล

1. จากการมีส่วนร่วม ความสนใจของสมาชิก และการอภิปราย ชักถามภายในกลุ่ม
2. สามารถตอบคำถามได้ตามใบกิจกรรมที่ 1
3. การป้อนกลับ (feedback) ก่อนยุติกลุ่ม

ความรู้ที่ 1.1

รูปแบบของโปรแกรมการฝึกทักษะการแก้ปัญหา

โปรแกรม ประกอบด้วย การบำบัดแบบกลุ่ม จำนวน 5 ครั้ง เป็นกลุ่มปิด ทำการบำบัดทุกวัน ติดต่อกัน วันจันทร์ – วันศุกร์ ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที การบำบัดโดยการแก้ปัญหาเป็นการบำบัดที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ทำให้บุคคลรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง และคิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต มองปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายที่เปิดโอกาสให้ตนเองได้เจริญเติบโต ยอมรับว่าปัญหาต้องใช้เวลาและความพยายามในการแก้ไข มีทักษะในการแก้ปัญหามีเหตุผลและมี ความคิดทางบวกต่อปัญหา โดยมีความพยายามทำความเข้าใจ (formulation) และค้นปัญหาที่แท้จริง (Identified problem) พยายามคิดหาทางแก้ปัญหาหลายๆทาง มีการตัดสินใจบนวิธีการแก้ปัญหาที่มีการวางแผนไว้ และตรวจสอบผลการแก้ปัญหาทั้งผลดีและผลกระทบและลดอารมณ์ทางลบที่ไม่เป็นประโยชน์ในการช่วยแก้ปัญหา โดยอยู่บนพื้นฐานตามความเป็นจริง สามารถนำการฝึกทักษะการบำบัด โดยการแก้ปัญหามาปรับใช้กับชีวิตประจำวันได้ เป็นการฝึกการรับรู้ปัญหาทางบวก และเพิ่มทักษะการแก้ปัญหามีเหตุผล มีโปรแกรม 5 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 โปรแกรมการบำบัด ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการแก้ปัญหา การหยุดความคิดและอารมณ์ทางลบ ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย

ครั้งที่ 2 การฝึกระบุปัญหาและทำความเข้าใจปัญหา การรับรู้ปัญหาทางบวก ฝึกการให้ความหมายใหม่ต่อปัญหา และฝึกการหายใจเพื่อคลายเครียด

ครั้งที่ 3 การฝึกรวบรวมทางเลือกและพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา

ครั้งที่ 4 ฝึกการตัดสินใจ เลือกวิธีแก้ปัญหา

ครั้งที่ 5 การดำเนินการแก้ปัญหา และประเมินผลการแก้ปัญหา

การฝึกทักษะการแก้ปัญหา ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่เหมาะสม เป็นรูปแบบหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ปัญหาทางบวกในการแก้ปัญหา รับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง มีทักษะในการใช้กระบวนการแก้ปัญหามีเหตุผล ทำให้มองเห็นสาเหตุของปัญหา สามารถควบคุม อารมณ์ขณะแก้ปัญหา และเข้าใจธรรมชาติของปัญหา ทำให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และเป็นปัจจัยที่จะส่งผลทำให้อาการซึมเศร้าลดลง และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงด้วย

ความรู้ที่ 1.2

ความรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหา

ความรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหา กำหนดเป็น 3 ส่วน คือ ความหมายของการแก้ปัญหา การรับรู้ปัญหาและรูปแบบการแก้ปัญหา เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นหลังจากการคิด ซึ่งสะท้อนถึงการตระหนักรู้โดยทั่วไปของบุคคล และการรับรู้ต่อปัญหาในชีวิต เช่นเดียวกับการรับรู้ถึงความสามารถในการแก้ปัญหาของตนเอง กระบวนการนี้ส่วนใหญ่ช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการแก้ปัญหา

1. การแก้ปัญหา หมายถึง การนำตนเอง กำกับตนเอง ที่จะค้นหาปัญหาหรือระบุวิธีเผชิญหรือปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน มีเป้าหมายที่จะทำให้การแก้ปัญหามีประสิทธิภาพ เกิดศักยภาพ โดยมีทางเลือกในการแก้ปัญหาที่หลากหลาย

2. การรับรู้ต่อปัญหา

2.1 การรับรู้ปัญหาทางบวก เป็นการมองปัญหาในเชิงสร้างสรรค์ ทำให้เกิดอารมณ์ทางบวก มีแนวโน้มที่จะเผชิญปัญหา เป็นการรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีความเชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้ มองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง เข้าใจว่าปัญหาต้องการเวลาและความพยายาม มีความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหามากกว่าหนีปัญหา อดทนต่อความคับข้องใจ ใช้การปรับอารมณ์ช่วยในการแก้ปัญหา

2.2 การรับรู้ปัญหาทางลบ เป็นการรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามคุณภาพชีวิต มีการรับรู้ศักยภาพของตนเองต่ำ มีอารมณ์ในทางลบที่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ เช่น หงุดหงิดง่าย ไม่พอใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา มีแนวโน้มหลีกเลี่ยงปัญหา ความกังวลเพิ่มขึ้น ไม่อดทนและแก้ปัญหาย่างหุนหันพลันแล่น

3. รูปแบบการแก้ปัญหา

3.1 การแก้ปัญหามีเหตุผล เป็นรูปแบบการแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์ มีความรอบคอบและเป็นระบบ ค้นหาทางแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ อยู่กับความเป็นจริง และลดอารมณ์ทางลบ เพราะไม่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหา มี 4 ทักษะ คือ

1. การระบุปัญหาและทำความเข้าใจปัญหา ค้นหาปัญหาที่แท้จริง พยายามทำปัญหาให้ชัดเจน ระบุนิยามความต้องการหรือกำหนดเป้าหมายของการแก้ปัญหาที่แท้จริง ยอมรับว่าบุคคลสามารถมีอารมณ์เกิดขึ้นได้ เมื่อพบปัญหา

2. การรวบรวมทางเลือกในการแก้ปัญหาและพิจารณาทางเลือก บุคคลมุ่งเน้นที่เป้าหมายในการแก้ปัญหาและพยายามระดมสมอง เพื่อหาวิธีแก้ปัญหาที่เป็นไปได้หลายๆทาง

3. การตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา โดยมีการวางแผนและพิจารณาเปรียบเทียบแต่ละทางเลือกทั้งผลดีและผลเสีย จากนั้นเลือกวิธีที่ดีที่สุด หรือมีประสิทธิภาพที่สุด

4. การดำเนินการแก้ปัญหาดำเนินการตามที่วางแผนไว้ และประเมินผลการแก้ปัญหาลงทั้งผลดีผลเสียและผลกระทบตามความเป็นจริง หากไม่แก้ปัญหาก็เกิดผลลบมากกว่า และลดอารมณ์ทางลบ เพราะไม่เป็นประโยชน์ในการแก้ปัญหา

3.2 การแก้ปัญหาโดยการหลีกเลี่ยง มีการแก้ปัญหาโดยการพึ่งพา มองการแก้ปัญหาในทางร้าย ไม่เผชิญปัญหา พยายามที่จะเลี่ยงออกจากความรับผิดชอบในการแก้ปัญหา ตั้งใจที่จะไม่ร่วมรับผิดชอบในการแก้ปัญหาร่วมกับผู้อื่น รอให้ปัญหาลงด้วยตัวมันเอง

3.3 การแก้ปัญหาย่างหุนหันพลันแล่น หรือวู่วาม คิดแคบๆ เร่งรีบแก้ปัญหาแบบลวกๆ ตัดสินใจเร็วโดยไม่รื้อคิดทบทวนหลายๆ ทางก่อน มีทางออกของปัญหาเพียงไม่กี่แนวทาง ไม่มีการ

ตรวจสอบและประเมินการแก้ปัญหาที่ได้กระทำ แก้ปัญหาแบบไม่มีระบบ ใช้วิธีการไม่เหมาะสมในการแก้ปัญหา

ความรู้ที่ 1.3 การหยุดและคิด (Stop and Think)

การแก้ปัญหาแบบรีบร้อนไม่ระมัดระวังหรือหลีกเลี่ยงการแก้ปัญหา จะเกิดผลตามมาด้านลบ หรือมีทัศนคติไม่ดี เช่น คิดว่าปัญหาทั้งหมดมาจากตัวเอง หลีกเลี่ยงปัญหาหรือตัดสินใจว่าปัญหานั้นส่วนมากจะหายไปด้วยตัวมันเอง คนส่วนมากไม่สามารถแก้ปัญหาชีวิตได้

เทคนิคการสอนให้ผู้ป่วยหยุดและคิดเมื่อเผชิญปัญหาหรือเกิดอารมณ์ด้านลบ เช่น ไม่รีบร้อนในการแก้ปัญหา พิจารณาทางเลือกที่เป็นไปได้ หยุดสิ่งที่เข้ามาของอารมณ์ทางลบ หยุดแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงปัญหา หยุดที่จะแก้ไขปัญหาย่างไม่ระมัดระวัง คิดและทำความเข้าใจปัญหาคืออะไร มีความตั้งใจที่จะแก้ปัญหา การหยุดเหมือนกับสัญญาณไฟแดง ทำให้มีเวลาคิดในการแก้ปัญหา เป็นการเตือนสติตัวเอง และจัดการกับอารมณ์ ทำใจให้สงบลง หากรู้สึกสับสน กังวล หวุ่นไหว เศร้า หรือโกรธ ควรเลี่ยงการตัดสินใจในเรื่องสำคัญๆ เพราะมักจะเกิดผลตามมาที่ไม่ดี ควรรอให้จิตใจสงบลงเสียก่อนแล้วจึงค่อยตัดสินใจภายหลัง หรือให้สมาชิกมีมติเตือนใจตัวเองเพื่อให้หยุดและคิดทบทวนก่อนแก้ปัญหา โดยหาข้อความที่เตือนสติตัวเองอาจเก็บไว้กับตัวเอง ในกระเป๋าใส่เงิน ติดตามดู่เย็น กระจก ห้องน้ำ ห้องนอน เป็นต้น ให้ผู้ป่วยฝึกซ้อมพูดกับตนเองเรื่องการหยุดและคิด เมื่อเผชิญปัญหาที่ทำให้เกิดอารมณ์ทางลบ เช่น ใจเย็น ปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้ คิดก่อนทำ อย่ายอมแพ้ต่อปัญหา

ความรู้ที่ 1.4

ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดได้กับคนทุกคน เมื่อบุคคลใดเผชิญสถานการณ์ที่เลวร้ายและรุนแรง ซึ่งภาวะซึมเศร้าถือเป็นปัจจัยเสี่ยง และบางครั้งเป็นสาเหตุหลักนำไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือ

สาเหตุ

1. ปัจจัยทางด้านร่างกาย เกิดจากสารสื่อประสาทในสมองที่ลดลง และมีความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ และฮอร์โมน ปัญหาการนอนหลับที่ผิดปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคนี้ ก็มีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่าคนทั่วไป โรคทางกายหรือโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลพยายามฆ่าตัวตายได้
2. ปัจจัยทางจิตสังคม เกิดจากการสูญเสีย เช่น สูญเสียบิดามารดา หรือบุคคลที่เป็นที่รักผูกพัน สูญเสียทรัพย์สินเงินทอง ของมีค่า ตำแหน่งหน้าที่การงาน ตลอดจนการเลี้ยงดูในวัยเด็กไม่เหมาะสม ขาดความรัก ความอบอุ่น ความล้มเหลว ผิดหวังในชีวิต ความพิการทางกาย ขาดทักษะในการแก้ปัญหา มีความคิดทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต เป็นต้น

อาการและอาการแสดง

1. ด้านอารมณ์ มีอาการเศร้าเป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ รู้สึกว่าตนเองผิด บาบ ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ ความสนใจต่อบุคคลอื่นลดลง อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย ทุกข์ใจ หงอยเหงา โดดเดี่ยว อ้างว้าง
2. ด้านความคิด คิดมาก ประเมินตนเองต่ำ คิดว่าตนล้มเหลว ทำอะไรก็ไม่สำเร็จ ไร้ค่ามองโลกในแง่ร้าย คิดว่าอนาคตคงสิ้นหวัง หมดหวัง ต่ำหนืดตนเอง โทษตัวเอง มีความลำบากในการตัดสินใจ ขาดที่พึ่ง
3. ด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่างๆ ท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจ ไม่มีความคิดริเริ่ม ขาดพลังใจที่จะทำงาน ขาดความมั่นใจ ต้องการที่จะหลบเลี่ยงหนี และแยกตัวจากสังคม หรือต้องการที่จะตาย
4. ด้านร่างกายและการทำกิจกรรมต่างๆ ความอยากรับประทานอาหารลดลง มีความยากลำบากในการนอนหลับ เช่นนอนไม่หลับหรือหลับยาก ความต้องการทางเพศลดลงหรือไม่มีเลย อ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรง หรือเหนื่อยตลอดเวลา น้ำหนักลด

การบำบัดรักษา

1. การรักษาด้วยยา และมาพบแพทย์เพื่อรับการรักษอย่างต่อเนื่อง
2. การรักษาด้วยไฟฟ้า กรณีมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
3. การบำบัดทางจิตทั้งแบบรายบุคคลหรือแบบกลุ่ม เช่น การปรับความคิดและพฤติกรรม การบำบัดโดยการแก้ปัญหา ครอบครัวบำบัด จิตบำบัดแบบประคับประคอง เป็นต้น
4. กรณีมีอาการรุนแรงมากจำเป็นต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 1

ให้สมาชิกเขียนสถานการณ์ หรือปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ที่ทำให้เกิดความคิดทางลบต่อตัวเอง ต่อบุคคล และต่อสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ทุกข์ใจหรือซึมเศร้า โดยเลือกมา 1 ปัญหาและวิธีการแก้ไขที่เคยใช้แก้ปัญหา เป็นการสำรวจตัวเอง ทำความเข้าใจใหม่เกี่ยวกับปัญหา และสำรวจความคิดและอารมณ์เมื่อมีปัญหา

1. ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันทั้งหมด

.....

.....

.....

.....

.....

2. เลือกมา 1 ปัญหา พร้อมทั้งบอกวิธีการที่เคยใช้แก้ไขปัญหานั้นที่ได้ผลดีและไม่ได้ผล

ปัญหา	อารมณ์	วิธีการแก้ปัญหา ที่ได้ผลดีและไม่ได้ผลดี	ผลลัพธ์

3. ให้สมาชิกทำความเข้าใจใหม่เกี่ยวกับปัญหา (ฝึกการรับรู้ปัญหาทางบวก)

.....

.....

.....

.....

.....

4. การหยุดและคิด เป็นการหยุดอารมณ์และความคิดลบ ให้ยกตัวอย่างคำพูดเพื่อเตือนสติตัวเอง

.....

.....

.....

.....

.....

การบ้านครั้งที่ 1

ให้สมาชิกทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ที่ทำให้เกิดความคิดทางลบต่อตัวเอง ต่ออนาคต และต่อสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ทุกข์ใจหรือซึมเศร้า โดยเลือกมา 1 ปัญหา และวิธีการแก้ไขที่เคยใช้แก้ปัญหา เป็นการสำรวจตัวเอง ทำความเข้าใจใหม่เกี่ยวกับปัญหา และสำรวจความคิดและอารมณ์เมื่อมีปัญหา

1. ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันทั้งหมด

.....

.....

.....

.....

2. เลือกมา 1 ปัญหา พร้อมทั้งบอกวิธีการที่เคยใช้แก้ไขปัญหานั้นทั้งที่ได้ผลดีและไม่ได้ผล

ปัญหา	อารมณ์	วิธีการแก้ปัญหา ที่ได้ผลดีและไม่ได้ผลดี	ผลลัพธ์

3. ให้สมาชิกทำความเข้าใจใหม่เกี่ยวกับปัญหา

.....

.....

.....

.....

4. การหยุดและคิด เป็นการหยุดอารมณ์และความคิดลบ ให้ยกตัวอย่างคำพูดเพื่อเตือนสติตัวเอง

.....

.....

.....

การบ้านครั้งที่ 1 - 4
แบบบันทึกประจำวัน

บันทึกเหตุการณ์ประจำวัน หรือความคิด ความรู้สึกที่อยากบันทึกไว้

[illegible]

โปรแกรมกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ครั้งที่ 2

การฝึกระบุปัญหาและทำความเข้าใจปัญหา

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเชื่อมโยง เนื้อหาและกิจกรรมในครั้งที่ 1
 2. เพื่อให้สมาชิกฝึกระบุปัญหาและทำความเข้าใจปัญหา
 3. เพื่อให้สมาชิกฝึกทำความเข้าใจการรับรู้ปัญหาทางบวกและลดการรับรู้ปัญหาทางลบ
 4. เพื่อให้สมาชิกฝึกให้ความหมายใหม่ต่อปัญหา
 5. เพื่อให้สมาชิกฝึกการคลายเครียดโดยการฝึกการหายใจ

เวลา 90 นาที

ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่ม กล่าวสวัสดีสมาชิกกลุ่ม และดำเนินกลุ่มตามขั้นตอนพื้นฐาน กระตุ้นให้สมาชิก ทบทวนถึงกิจกรรมครั้งที่ 1 พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งที่ 2 (5 นาที)
2. พูดคุยถึงการบ้าน เรื่อง ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันที่ทำให้เกิดความคิดทางลบ และ วิธีการแก้ปัญหาเพื่อพิจารณาปัญหาและสำรวจตัวเอง เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มอภิปราย ชักถามและ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน (5 นาที)
3. ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุป ว่าทุกคนย่อมมีปัญหาที่แตกต่างกันไป ซึ่งการแก้ไขปัญหามันต้องใช้เวลา ปัญหาทุกปัญหามีทางออกเสมอ และแก้ไขได้ เช่น ปัญหาการเจ็บป่วยต้องเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาล ปัญหาครอบครัว ปัญหาการทำงาน ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความรัก เป็นต้น (5 นาที)
4. แบ่งสมาชิกออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละเท่าๆกัน โดยให้สมาชิกลำดับเลข 1,2 จากนั้นให้สมาชิกลำดับเลข 1 อยู่กลุ่ม 1 ลำดับเลข 2 อยู่กลุ่ม 2 และมอบหมายงานให้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นจาก สถานการณ์จำลอง (กิจกรรมที่ 2) และนำเสนอในกลุ่มใหญ่ อภิปราย ชักถาม (15 นาที)
5. สรุปผลของการวิเคราะห์ปัญหาและเชื่อมโยงเนื้อหาที่ได้จากการนำเสนอ นำสู่หัวข้อการรับรู้ ปัญหาทางบวกและทางลบ (5 นาที)
6. ผู้นำกลุ่มอธิบายเรื่อง การรับรู้ปัญหาทางบวกโดยการคิดทางบวก เช่น โชคดีที่มีพ่อ แม่ ญาติ พี่ น้อง พามารักษาเวลาเจ็บป่วย โชคดีที่เกิดมาครบ 32 ประการ ไม่พิการ หูหนวก ตาบอด ส่วนการรับรู้ปัญหาทางลบ โดยมีความคิดทางลบ เช่น ปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ ดังนั้นเราควรฝึกการให้ ความหมายใหม่ต่อปัญหา จะทำให้มีกำลังใจในการแก้ปัญหา (ความรู้ที่ 2.1) (10 นาที)
7. ชักถามสมาชิก 2-3 คน “ใครเคยมีประสบการณ์ในการคิดบวก และเกิดผลอย่างไร” “ในการ คิดลบเกิดผลอย่างไร” (5 นาที)
8. สรุปและกระตุ้นให้สมาชิกสรุปเนื้อหาและเชื่อมโยงสู่การพูดกับตนเองด้านบวก เปิดโอกาสให้ สมาชิกพูดถึงคำพูดบวกที่ตนเองเคยใช้ในชีวิตจริง และผู้นำกลุ่มสรุปคำพูดที่ดีและเหมาะสมให้กลุ่มฟัง (ความรู้ที่ 2.2) (10 นาที)
9. ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงความคิดทางลบ ทำให้มีความทุกข์ เกิดอารมณ์ทางลบ เช่น เครียด กังวลใจ ไม่สบายใจ ซึ่งเมื่อเกิดความไม่สบายใจ สมาชิกควรมีวิธีการผ่อนคลายเพื่อจัดการความเครียด อธิบายเรื่อง เทคนิคการคลายเครียดโดยการฝึกการหายใจ และฝึกปฏิบัติวิธีการหายใจ (ความรู้ที่ 2.3) (15 นาที)

10. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกช่วยกันสรุปเนื้อหา และผลการฝึกปฏิบัติวิธีการฝึกหายใจเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ครบ ถามความคิดเห็นของสมาชิกต่อการเข้ากลุ่ม (5 นาที)

11. ผู้นำกลุ่มมอบหมายการบ้านให้สมาชิกกลับไปฝึก 1) การคิดทางบวก 2) การพูดกับตัวเอง ด้านบวก 3) ฝึกเขียนบันทึกประจำวัน เพื่อลดความคิดทางลบ 4) ฝึกเทคนิคการคลายเครียด โดยการฝึกการหายใจ (การบ้านครั้งที่ 2) (5 นาที)

12. ผู้นำกลุ่มถามความคิดเห็นของสมาชิกต่อการเข้ากลุ่มในวันนี้ นัดหมายเวลาในการเข้ากลุ่ม และกล่าวปิดกลุ่ม (5 นาที)

ประเมินผล

1. การมีส่วนร่วม ความสนใจของสมาชิก และการอภิปราย ชักถามภายในกลุ่ม
2. จากการบ้านครั้งที่ 1
3. ผลการฝึกทักษะตามใบกิจกรรมที่ 2
4. การฝึกการคลายเครียดโดยการฝึกหายใจ
5. การป้อนกลับ (feedback) ก่อนยุติกลุ่ม

ความรู้ที่ 2.1

การรับรู้ปัญหาทางบวกและทางลบ

1. การรับรู้ปัญหาทางบวก เป็นรูปแบบการแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์ ทำลาย เชื่อในความสามารถของบุคคลที่จะแก้ปัญหาได้สำเร็จ (คนมีความสามารถในการแก้ปัญหา) การที่จะรับรู้ปัญหาทางบวก **บุคคลจะต้องมีความคิดทางบวก** โดยมองผ่านข้อเสียแล้วหาข้อดีให้ได้และนำข้อดีที่พบมาขยายและใช้ต่อ เป็นการนำความสุขมาสู่ตนเองโดยการตั้งเป้าหมายชีวิตที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของชีวิตตน มีสติอยู่กับปัจจุบัน รู้ว่าตนเองกำลังทำอะไร เพื่ออะไร มองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง โดย

1.1 มองปัญหาว่ามีทางแก้ไข เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นให้มองว่า “เกิดความผิดพลาดที่ใดมากกว่า “ใครเป็นคนผิด”

1.2 หาสิ่งตอบแทนจากการสูญเสียความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเปรียบเสมือนครูที่จะสอนแนวทางให้แก่ตนเองหรือมองว่าอุปสรรคหรือปัญหาเป็นบทเรียนที่ทำให้เราเข้มแข็งพัฒนาตนเองได้มากขึ้น

1.3 มีอารมณ์ขัน การเผชิญสถานการณ์ แม้ว่าจะลำบากก็ยังยิ้มและสนุกกับการเผชิญสถานการณ์ได้

1.4 รู้จักนำหลักพุทธศาสนามาใช้ เช่น การรู้จักปล่อยวาง ไม่ยึดติด การฝึกหัดเมตตาให้บ่อย จะทำให้จิตใจเรามีความสุขมากขึ้น ไม่ยึดติดกับสถานการณ์ในอดีต และตั้งความหวังกับอนาคต ไม่น่าอดีตและอนาคตมาคิดปรุงแต่งให้ฟุ้งซ่านไปต่างๆ นานา ให้อยู่กับปัจจุบันมากที่สุด

ตัวอย่างการคิดบวก เช่น เกิดมาครบ 32 ประการดีกว่าเกิดมาพิการ โชคดีที่มีพ่อ แม่ ญาติ พี่ น้อง พามารักษาที่โรงพยาบาลเวลาเจ็บไข้ได้ป่วย

2. การรับรู้ปัญหาทางลบ เป็นรูปแบบการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม และเป็นอุปสรรค คุกคามความสุข มองตนเองมีความสามารถในการแก้ปัญหาต่ำ กลายเป็นความรู้สึกคับข้องใจและว่าวุ่นใจโดยง่าย เมื่อต้องเผชิญกับปัญหา บุคคลจะมีความคิดทางลบ เป็นความคิดที่นำความทุกข์มาสู่ตน โดย

2.1 การตั้งความหวังที่สูงเกินไปต่อตนเอง ต่อคนอื่น ต่อโลกภายนอก “ฉันน่าจะทำได้ดีกว่านี้” “คนอื่นน่าจะเห็นความสำคัญของงานที่ฉันทำ”

2.2 การตำหนิตนเองต่อสิ่งที่ทำผิดพลาดไป เช่น “ดูซิ เรื่องนี้เรื่องเดียวทำให้ฉันไม่ยกคูปกับใคร” “ฉันไม่น่าทำอย่างนี้เลย”

2.3 การไม่อยู่กับปัจจุบัน คนที่คิดในทางลบ มักคิดอยู่กับอดีต หมกมุ่นกับความทุกข์ของตนเอง คิดถึงแต่สิ่งที่ตนเองจะได้รับ การรับรู้โลกภายนอกแคบ ขณะเดียวกันก็มักวิตกกังวลกับอนาคตที่ยังมาไม่ถึง ชีวิตจึงไม่มีความสุข เกิดความเครียดตามมา

การให้ความหมายใหม่ต่อปัญหา

เมื่อเราพบปัญหาอุปสรรคต่างๆ ก็ให้คิดว่าเป็นโอกาสที่จะฝึกฝนให้ตัวเรามีความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ ช่วยให้เข้าใจชีวิตมากขึ้น เช่น **ปัญหาการเจ็บป่วยต้องมาอยู่โรงพยาบาล** การให้ความหมายใหม่ คือ เป็นโอกาสที่ได้มารักษาตัว ได้มาอยู่ใกล้หมอใกล้พยาบาลดีกว่าคนอื่นที่ไม่ได้รับการรักษาอาจต้องป่วยหนักและรักษาไม่ได้ ได้มีเพื่อนใหม่ หรือ**ปัญหาไม่มีงานทำ ตกงาน** การให้ความหมายใหม่ คือ ทำให้เราได้หาทางพัฒนาตนเองเพิ่มขึ้น อาจทำให้เราได้งานดีกว่าเดิม มีอาชีพที่เหมาะสมกับเรามากขึ้น ถ้าสามารถทำงานหารายได้ด้วยตนเองก็ไม่ต้องเป็นลูกน้องใคร เป็นนายตัวเองและมีอาชีพอิสระ เช่นทำการเกษตร ค้าขาย เป็นต้น

ความรู้ที่ 2.2

การพูดกับตนเองทางบวก

การพูดกับตนเองทางบวก คือลักษณะคำพูดที่ใช้กับตนเอง ซึ่งเกิดจากความเชื่อ ความรู้สึกและประสบการณ์ อาจเป็นการพูดกับตนเองในใจอย่างเงียบๆ หรือพูดออกเสียงกับตนเอง โดยลักษณะคำพูดนั้นมีเหตุผลอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง เป็นไปได้ในปัจจุบัน ช่วยให้ผู้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง มีความหวังต่ออนาคต โลก และสิ่งแวดล้อม เมื่อใจเราคิดอย่างไร เรื่องก็จะเป็นอย่างนั้น

ขั้นตอนการฝึกพูดกับตนเองทางบวก

1. เขียนประโยคที่จะพูดกับตนเองในกระดาษ โดยใช้คำขึ้นต้นว่า “ฉัน” ในการพูดกับตนเอง
2. อ่านออกเสียงประโยคเหล่านั้น
3. ฟังเสียงตนเองจากการอ่านประโยคนั้น
4. ทำความเข้าใจกับประโยคดังกล่าวและปรับความคิดของตนเอง เพื่อให้ประโยคเหล่านั้นเข้าไปอยู่ในความคิด

5. อ่านออกเสียงประโยคเหล่านั้นอย่างจริงจังหน้ากระจก ให้เป็นเหมือนกับว่ากำลังฟังใครสักคนพูดกับตัวเอง เพราะการอ่านออกเสียงหน้ากระจก จะเป็นวิธีการจูงใจที่ช่วยให้เรารู้สึกเหมือนได้พูดกับตัวเองจริงๆ

ตัวอย่างคำพูดกับตัวเองทางบวก

- ฉันทำได้
- ฉันจะไม่ยอมแพ้ต่อชีวิต
- ฉันสามารถทำให้ชีวิตของฉันดีกว่าเดิมได้
- ฉันสามารถแก้ปัญหานี้ได้
- ถ้าฉันแก้ปัญหานี้ได้ ฉันจะเป็นคนเข้มแข็ง
- ฉันภูมิใจในตนเอง
- ความรู้สึกเศร้าเป็นเรื่องธรรมดา
- ฉันสามารถขอความช่วยเหลือ ถ้าจำเป็น
- ฉันสามารถทำได้
- ฉันเริ่มต้นใหม่ได้
- ฉันจะรักษาตัวเองให้หายป่วย
- ฉันจะทำให้สำเร็จ
- ฉันจะต้องประสบความสำเร็จในชีวิต

ความรู้ที่ 2.3 เทคนิคคลายเครียดโดยการฝึกการหายใจ (Breathing Exercise)

หลักการ

ตามปกติคนทั่วไปจะหายใจตื้นๆ โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอกเป็นหลัก ทำให้ได้ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายน้อยกว่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาเครียด คนเราจะยิ่งหายใจถี่และตื้นมากขึ้นกว่าเดิม ทำให้เกิดอาการนอนหายใจเป็นระยะๆ เพื่อให้ได้ออกซิเจนมากขึ้น

การฝึกหายใจช้าๆ ลึกๆ โดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณช่องท้อง จะช่วยให้ได้อากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือด และยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงแก่กล้ามเนื้อหน้าท้องและลำไส้ด้วย

การฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี จะทำให้หัวใจเต้นช้าลง สมองแจ่มใส เพราะได้ออกซิเจนมากขึ้น และการหายใจออกอย่างช้าๆ จะทำให้รู้สึกว่าได้ปลดปล่อยความเครียดออกไปจากตัวจนหมดสิ้น

วิธีการฝึก

นั่งในท่าที่สบาย หลังตรง เอามือประสานไว้บริเวณหน้าท้อง ค่อยๆ หายใจเข้า พร้อมๆ กับนับเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้าๆ 1...2...3...4 ให้มีรู้สึกว่ท้องพองออก กลั้นหายใจไว้ชั่วครู่ ค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออก โดยนับ 1 ถึง 8 อย่างช้าๆ 1...2...3...4...5...6...7...8 พยายามไล่ลมหายใจออกมาให้หมด สังเกตว่าหน้าท้องแฟบลง ทำซ้ำอีก โดยการหายใจเข้าช้าๆ กลั้นไว้ แล้วหายใจออก โดยช่วงที่หายใจออก ให้นานกว่าหายใจเข้า

ข้อแนะนำ

การฝึกการหายใจ ควรทำติดต่อกันประมาณ 45 ครั้ง ควรฝึกทุกครั้งที่มีรู้สึกเครียด รู้สึกโกรธ รู้สึกไม่สบายใจ หรือฝึกทุกครั้งที่นึกได้ ทุกครั้งที่หายใจออก ให้รู้สึกว่าได้ผลักดันความเครียดออกมาด้วยจนหมด เหลือไว้แต่ความรู้สึกโล่งสบายเท่านั้น ในแต่ละวันควรฝึกการหายใจที่ถูกวิธีให้ได้ประมาณ 45 ครั้ง แต่ไม่จำเป็นต้องทำติดต่อกันคราวเดียวกัน

ผลดีของการฝึกคลายเครียด

ขณะฝึก

- อัตราการเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลง
- อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง
- อัตราการหายใจลดลง
- ความดันโลหิตลดลง
- ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อลดลง

หลังการฝึก

- ใจเย็นขึ้น
- ความวิตกกังวลลดลง สบายใจมากขึ้น
- สมาธิดีขึ้น
- ความจำดีขึ้น
- ความสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น
- สมองแจ่มใส คิดแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้นกว่าเดิม

กิจกรรมที่ 2

ให้สมาชิกแบ่งกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม เท่าๆ กัน เพื่อฝึกวิเคราะห์ปัญหาทั้งทางบวกและทางลบ ประเด็นปัญหาจากสถานการณ์ต่อไปนี้

สมชาย มีอาชีพขับรถรับจ้าง มีภรรยา และบุตร 2 คน สมชายเป็นชายหนุ่มหน้าตาดี และมีนิสัยเจ้าชู้ วันหนึ่งสมชายถูกภรรยาจับได้ว่าแอบมีภรรยาน้อยไว้ ภรรยาของสมชายโกรธมาก และทะเลาะกันอย่างรุนแรง ภรรยาของสมชายจึงพาลูกๆ หนีจากไป สมชายรู้สึกเครียดและเสียใจมากต่อการกระทำของตัวเอง เริ่มหันไปดื่มสุราทุกวัน ไม่สนใจทำงาน บางครั้งพูดบ่นว่าไม่มีอะไรเหลือแล้วในชีวิต “ผมอยากตาย” ญาติจึงพาสมาชิกมารักษาตัวที่โรงพยาบาลจิตเวช

จากสถานการณ์ดังกล่าว ให้สมาชิกช่วยกันวิเคราะห์ปัญหาของสมชาย ดังนี้

1. ปัญหาของสมชาย คืออะไร (ระบุปัญหา)

.....

.....

.....

2. สาเหตุของปัญหา คืออะไรบ้าง

.....

.....

.....

3. เป้าหมายในการแก้ปัญหา

.....

.....

.....

4. การรับรู้ปัญหาทางลบกับปัญหาสมชาย คือ

.....

.....

.....

5. การรับรู้ปัญหาทางบวกกับปัญหาสมชาย คือ.....

.....

.....

.....

6. การให้ความหมายใหม่เกี่ยวกับปัญหาของสมชาย.....

.....

.....

.....

2.1 การคิดทางบวก

2.2 การพูดกับตัวเองทางบวก

2.3 ฝึกการหายใจเพื่อคลายเครียด มีผลอย่างไร

2.4 บันทึกรประจำวันในรูปแบบบันทึกรประจำวัน

โปรแกรมกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ครั้งที่ 3

การฝึกรวบรวมทางเลือกในการแก้ปัญหาและพิจารณาทางเลือก

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเชื่อมโยงเนื้อหา และกิจกรรมในครั้งที่ 2
 2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกค้นหาทางเลือกที่หลากหลายในการแก้ปัญหาโดยการระดมสมอง
 3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวิธีการสร้างทางเลือกที่หลากหลาย สำหรับการแก้ปัญหา

เวลา 75 นาที

ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม

1. ผู้นำกล่าวทักทายสมาชิกและดำเนินกลุ่มตามขั้นตอนพื้นฐาน และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 2 พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งที่ 3 และให้สมาชิกฝึกการหายใจ (10 นาที)
2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกพูดคุยถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้ ปัญหาอุปสรรคที่พบขณะฝึกการบ้าน (5 นาที)
3. แบ่งสมาชิกออกเป็น 2 กลุ่มเท่าๆกัน โดยให้สมาชิกนับเลข 1,2 จากนั้นให้สมาชิกที่นับ 1 อยู่กลุ่ม 1 และให้สมาชิกที่นับ 2 อยู่กลุ่ม 2 มอบหมายงานให้สมาชิกได้ฝึกระดมสมองหาทางเลือกในการแก้ปัญหาจากสถานการณ์จำลองตามประเด็นที่กำหนด (กิจกรรมที่ 3) และนำเสนอในกลุ่มใหญ่ อภิปราย ชักถาม (15 นาที)
4. ผู้นำกลุ่มอธิบายว่าทางออกของปัญหามีหลากหลาย ซึ่งปัญหาแต่ละปัญหาย่อมมีทางออก มีทางเลือกในการแก้ปัญหาเสมอ แต่อาจต้องใช้เวลา การระดมสมองจะช่วยให้คิดทางออกของปัญหาได้มากขึ้น (ความรู้ที่ 3.1) (10 นาที)
5. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิก 1-2 คน สรุปเนื้อหาสาระของการรวบรวมทางเลือก และพิจารณาทางเลือก และเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ครบ (10 นาที)
6. เมื่อมีความทุกข์ใจหรือไม่สบายใจ ให้มีสติเตือนใจ เพื่อให้เกิดกำลังใจในการแก้ปัญหาและให้สมาชิกยกตัวอย่าง (ความรู้ที่ 3.2) (10 นาที)
7. กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มสรุปเนื้อหา (5 นาที)
8. ผู้นำกลุ่มมอบหมายการบ้าน 1) ให้สมาชิกกลับไปคิดเตือนใจตัวเองเวลา ไม่สบายใจ หรือรู้สึกทุกข์ใจ เพื่อเตือนสติตัวเองให้หยุดและคิด คิดไว้ตามที่เห็นได้ง่ายหรือติดตัวไว้ 2) ให้ฝึกการรวบรวมทางเลือกและพิจารณาทางเลือกในปัญหาของตนเอง (การบ้านครั้งที่ 3) 3) ให้ออกกำลังกาย 4) เขียนบันทึกประจำวัน ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกว่ามีความคิดเห็นอย่างไรต่อการเข้ากลุ่มในวันนี้ (ภาพรวมการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มและการบ้าน) นัดหมายเวลาประชุมในวันพรุ่งนี้และกล่าวปิดกลุ่ม (10 นาที)

การประเมินผล

1. การมีส่วนร่วม ความสนใจของสมาชิก และการอภิปราย ชักถามภายในกลุ่ม
2. จากการบ้านครั้งที่ 2
3. ผลการฝึกทักษะตามใบกิจกรรมที่ 3
4. การป้อนกลับ (feedback) ก่อนยุติกลุ่ม

ความรู้ที่ 3.1

การฝึกอบรมทางเลือกในการแก้ปัญหาและพิจารณาทางเลือก

การฝึกสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหา เป็นการฝึกหาทางออกที่ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการแก้ปัญหา หลากหลาย การระดมสมอง เพื่อพัฒนาการคิดถึงทางออกของปัญหา หยุดความคิดที่เชื่อว่า ปัญหานี้ไม่สามารถทำอะไรได้อีก โดยการใช้จินตนาการในการแก้ปัญหา ปลดปล่อยความคิดต่างๆ เป็นไปตามสบาย พยายามสร้างความคิดแปลกใหม่และสร้างสรรค์ให้มีจำนวนมาก โดยไม่มีการประเมิน หลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์ หรือตัดสินว่าความคิดนั้นเป็นอย่างไร ยิ่งตัวเลือกมากเท่าไร เรายิ่งมีโอกาสได้วิธีแก้ปัญหา สุดท้ายได้ดีมากขึ้น การมีคนช่วยคิดจะช่วยให้เราสบายใจขึ้น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และอาจได้ข้อคิดจากมุมมองที่แตกต่าง ช่วยให้เข้าใจปัญหาได้ดีขึ้น มองเห็นทางออกได้มากขึ้น ประเด็นสำคัญของวิธีนี้คือ ต้องรู้จักเลือกคนที่เราจะไปปรึกษาให้เหมาะสม เช่น ควรเป็นคนที่รับฟังอย่างเข้าใจ ไม่ตัดสินใจ ไม่ตำหนิซ้ำเติม เก็บความลับได้ ไม่นำไปเปิดเผย มีความสงบนิ่ง มีใจเป็นกลาง ไม่มีอคติหรือเข้าข้างฝ่ายใด ให้ข้อคิดดีๆ ได้ โดยไม่พยายามมาควบคุมความคิดของเรา โดยเราควรเป็นผู้ตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเอง

การหาทางเลือกในการแก้ปัญหา

เป็นวิธีการคิดหาทางแก้ปัญหา มีวัตถุประสงค์เพื่อคิดและเสนอทางเลือกต่างๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ยิ่งมีตัวเลือกมากเท่าไร เรายิ่งมีโอกาสได้วิธีสุดท้ายที่ดีมากขึ้นตามมา โดยทางเลือกนั้น มีความสัมพันธ์กับเป้าหมายของการแก้ปัญหา และเป็นทางเลือกที่มีความเฉพาะเจาะจง ตลอดจนมีความเป็นรูปธรรม มีหลัก 3 ประการ คือ

1. ปริมาณ ได้แก่ สอนให้คิดและเสนอทางเลือกต่างๆ หลายแนวทาง
2. การตัดสินใจ ได้แก่ การที่บุคคลปล่อยให้เกิดความคิดต่างๆ ขึ้น และพยายามสร้างความคิดที่แปลกใหม่ สร้างสรรค์ให้มีจำนวนมาก โดยไม่มีการประเมิน หรือตัดสินว่าความคิดนั้นๆ เป็นอย่างไร
3. วิธีการและกลยุทธ์ ได้แก่ การที่บุคคลพิจารณาทางเลือกต่างๆ มีกลวิธีอะไรบ้าง กลวิธีนั้นแตกต่างกันอย่างไร

การพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา

ควรมีการกำหนดเป้าหมายของการแก้ปัญหา หมายถึง การวิเคราะห์ปัญหา ทำความเข้าใจกับปัญหาของตนเอง รวบรวมข้อมูลต่างๆ พร้อมกับกำหนดจุดประสงค์ในการแก้ปัญหา ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาส่วนตัวของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์ซึ่งเป็นปัญหานั้นๆ มีสิ่งสำคัญ 2 ประการ คือ

1. ควรตั้งเป้าหมายที่เป็นรูปธรรม และเป้าหมายที่มีความเฉพาะเจาะจง เป็นเป้าหมายเชิงบวก
2. หลีกเลี่ยงการตั้งเป้าหมายที่ไม่เป็นความจริง หรือเป้าหมายที่ไม่สามารถทำให้สำเร็จได้

ความรู้ที่ 3.2

ตัวอย่างคติเตือนใจ

- คนไม่ผิดพลาด คือคนที่ไม่เคยทำอะไร
- ปัญหาก็คือปัญญา ปัญหาคู่มากับปัญหา
- จงเป็นฝ่ายให้มากกว่ารับ
- ความท้อแท้ ทำให้แพ้ง่ายๆ
- คิดไม่ตก อย่าเก็บเอาไว้ในใจ มีอะไรค่อยๆ ปรึกษากัน
- คนท้อไม่แท้ คนแท้ไม่ท้อ
- ให้น้ำใจไร้น้ำตา ใ้เวลาปัญหาค่อยคลาย
- คนไม่ใช่เครื่องจักร ต้องการความรักและความเข้าใจ
- จงเป็นข้ามกำแพงอุปสรรคที่ขวางอยู่ตรงหน้า
- คิดก่อนทำ ย้ำก่อนตัดสินใจ
- หากไม่รู้จักคิด ชีวิตจะหม่นหมอง
- ทุกความเห็นย่อมมีความหมาย หากได้พิจารณาให้ถี่ถ้วน
- ทำวันนี้ให้ดีที่สุด
- ค่าของคนอยู่ที่ผลของงาน
- トラバใดที่เรายังมีลมหายใจ トラバนั้นเรายังมีหวัง
- ปัญหาทำให้คนธรรมดาท้อ แต่ทำให้คนมีปัญหาลุกขึ้นมาได้
- ปัญหาสำคัญก่อนให้รับทำ สำคัญน้อยกว่าคอยหย่อยทำ

กิจกรรมที่ 3

การพิจารณาทางเลือก

ให้สมาชิกแบ่งกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม เท่าๆ กัน ผูกการรวบรวมทางเลือกการแก้ปัญหาจากสถานการณ์ต่อไปนี้

สมชาย มีอาชีพขับรถรับจ้าง มีภรรยา และบุตร 2 คน สมชายเป็นชายหนุ่มหน้าตาดี และมีนิสัยเจ้าชู้ วันหนึ่งสมชายถูกภรรยาจับได้ว่าแอบมีภรรยาน้อยไว้ ภรรยาของสมชายโกรธมาก และทะเลาะกันอย่างรุนแรง ภรรยาของสมชายจึงพาลูกๆ หนีจากไป สมชายรู้สึกเครียดและเสียใจมากต่อการกระทำของตัวเอง เริ่มหันไปดื่มสุราทุกวัน ไม่สนใจทำงาน บางครั้งพูดกันว่าไม่มีอะไรเหลือแล้วในชีวิต “ผมอยากตาย”ญาติจึงพาสมชายมารักษาตัวที่โรงพยาบาลจิตเวช

จากสถานการณ์ดังกล่าว ให้สมาชิกรวบรวมทางเลือก (ระดมสมอง) ในการแก้ปัญหาตามประเด็นที่กำหนด

ระบุปัญหา (ปัญหาคืออะไร ใครทำอะไร ที่ไหน เมื่อใด อย่างไร ทำไม)	การค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของ ปัญหา	เป้าหมายในการแก้ปัญหา	ทางเลือกและความเป็นไปได้	
			ทางเลือกในการแก้ปัญหา (ให้มีหลายทางเลือก)	ความเป็นไปได้ในแง่ ทางเลือก (ให้คะแนน 0-10 คะแนน)
.....		1.....	1.....	1.....
.....		2.....	2.....	2.....
.....		3.....	3.....	3.....
.....		4.....	4.....	4.....
.....		5.....	5.....	5.....

หมายเหตุ ความเป็นไปได้แต่ละทางเลือก คะแนนน้อย หมายถึง เป็นไปได้น้อย คะแนนมาก หมายถึง เป็นไปได้มาก

เมื่อแก้ปัญหาไม่ได้บุคคลที่เราควรปรึกษา คือ (ตอบได้มากกว่า 1 คน).....

.....

.....

.....

การบ้านครั้งที่ 3

1. คิดคติเตือนใจ เวลาไม่สบายใจหรือรู้สึกทุกข์ใจ หรือหาข้อความเตือนสติตัวเองให้หยุด และคิด คิดได้ตามที่เห็นได้ง่าย หรือติดตัวไว้

1.1 คติเตือนใจ

1.2 คติเตือนใจติดไว้ที่หน้าข้าง

2. การฝึกรวบรวมทางเลือก

ระบุปัญหา (ปัญหาคืออะไร ใครทำอะไร ที่ไหน เมื่อใด อย่างไร ทำไม)	การค้นหสาเหตุที่แท้จริงของ ปัญหา	เป้าหมายในการแก้ปัญหา	ทางเลือกและความเป็นไปได้	
			ทางเลือกในการแก้ปัญหา	ความเป็นไปได้ในแต่ละ ทางเลือก (ให้คะแนน 0-10 คะแนน)
			1.....	1.....
			2.....	2.....
			3.....	3.....
			4.....	4.....
			5.....	5.....

3. เมื่อแก้ปัญหาไม่ได้บุคคลที่เราควรปรึกษาคือ(ตอบได้มากกว่า 1คน)

4. บันทึกประจำวันในแบบบันทึกประจำวัน

ครั้งที่ 4

ฝึกการตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวิธีการตัดสินใจในการแก้ปัญหา
 2. เพื่อให้สมาชิกพิจารณาถึงสิ่งสนับสนุนของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหา สามารถเลือกทางเลือกที่นำมาปฏิบัติได้
 3. เพื่อให้สมาชิกสามารถวิเคราะห์ปัญหาของตนเองและตัดสินใจแก้ปัญหา

เวลา 75 นาที

ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม

1. ผู้นำกล่าวทักทายสมาชิกและดำเนินกลุ่มตามขั้นตอนพื้นฐานและกระตุ้นให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 3 ผู้นำกลุ่มช่วยเพิ่มเติมกรณีเนื้อหาไม่ครบถ้วน พร้อมชี้แจง วัตถุประสงค์ กิจกรรมครั้งที่ 4 และให้สมาชิกฝึกการหายใจ (10 นาที)
2. ทบทวนการบ้าน โดยให้สมาชิกนำคดีเตือนใจของตนเองมาพูดคุยและแลกเปลี่ยนกับสมาชิกกลุ่ม สุ่มถามสมาชิกถึงการรวบรวมทางเลือกและพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา (10 นาที)
3. ผู้นำกลุ่มให้แนวคิดเกี่ยวกับการหาทางเลือกของปัญหาและเชื่อมโยง วิธีการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสิ่งสนับสนุนของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหาพร้อมกับเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย (ความรู้ที่ 4) (10 นาที)
4. ผู้นำกลุ่มมอบหมายงานให้สมาชิกแต่ละคนคิดวิเคราะห์ปัญหาของตนเองที่ต้องการแก้ปัญหา (กิจกรรมที่ 4) (10 นาที)
5. เปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนได้พูดอธิบายถึงปัญหาของตัวเอง โดยเริ่มจากสมาชิกที่มีความพร้อมในการนำเสนอ ก่อน ให้สมาชิกกลุ่มเสนอความคิดเห็น ผู้นำกลุ่มสนับสนุนทางเลือกที่เป็นไปได้และมีประโยชน์ (15 นาที)
6. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิก 1-2 คน ช่วยสรุป และเพิ่มเติมเนื้อหาสาระที่ยังไม่ครอบคลุม (10 นาที)
7. ผู้นำกลุ่มชี้แจงให้สมาชิกทราบว่า ครั้งหน้าจะเป็นครั้งสุดท้าย ซึ่งจะเป็นการฝึกการดำเนินการแก้ปัญหาและประเมินผลที่เกิดขึ้น มอบหมายการบ้าน 1) ให้สมาชิกทบทวนขั้นตอนในการแก้ปัญหาที่ได้เรียนรู้มา 2) ให้สมาชิกคิดถึงปัญหาหลังจากออกจากโรงพยาบาล พร้อมเขียนวิธีการแก้ปัญหา 3) ให้สมาชิกฝึกการหายใจ เพื่อให้เกิดความชำนาญมากยิ่งขึ้น 4) เขียนบันทึกประจำวัน (การบ้านครั้งที่ 4) ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกว่ามีความคิดเห็นอย่างไรต่อการเข้ากลุ่มในวันนี้ (ภาพรวมการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่ม และการบ้าน) นัดหมายเวลาประชุมในวันพรุ่งนี้ และกล่าวปิดกลุ่ม (10 นาที)

ประเมินผล

1. การมีส่วนร่วม ความสนใจของสมาชิก และการอธิบาย ซักถามภายในกลุ่ม
2. จากการบ้านครั้งที่ 3
3. ผลการฝึกทักษะตามใบกิจกรรมที่ 4
4. การป้อนกลับ (feedback) ก่อนยุติกลุ่ม

ความรู้ที่ 4 การตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา

การตัดสินใจ หมายถึง กระบวนการเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งจากหลายๆ ทางเลือกที่ได้พิจารณา หรือประเมินอย่างดีแล้วว่าเป็นแนวทางให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของตนเอง เป็นเทคนิคในการที่จะพิจารณาทางเลือกต่างๆ ให้เหลือทางเดียว

การตัดสินใจเลือกทางเลือก

มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการประเมินการเลือกที่เสนอไว้ในขั้นตอนการเสนอทางเลือกในการแก้ปัญหาหลายๆ ทางว่าทางเลือกใดสามารถจะนำมาปฏิบัติได้และเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับการแก้ปัญหาโดยทางเลือกที่ดีที่สุดในที่นี้พิจารณาจากการคาดหวังว่าน่าจะเป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือได้ประโยชน์มากที่สุด ใช้ต้นทุนน้อยที่สุด ซึ่งจะช่วยนำไปสู่เป้าหมายของการแก้ปัญหาให้สัมฤทธิ์ผลได้โดยที่ส่งผลกระทบมากที่สุดในขณะที่ได้รับผลทางลบน้อยที่สุด

ผลลัพธ์ของทางเลือก

1. ผลที่เกิดขึ้นต่อตนเอง หมายถึง ผลของทางเลือกในการแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งมีผลทั้งทางบวก เช่น ทำให้ตนเองคลายความเครียด ไม่ซึมเศร้า และผลทางลบ เช่น ทำให้การใช้ชีวิตประจำวันของตนเองแย่ไปกว่าเดิม
2. ผลที่เกิดขึ้นต่อสังคม หมายถึง ผลของทางเลือกในการแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นต่อสังคม เช่น ครอบครัวมีความสุข ได้รับการยอมรับจากสังคม
3. ผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว หมายถึง ผลของการเลือกในการแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นในระยะยาว เช่น ครอบครัวอยู่ในสังคมได้ และมีความสุข สามารถทำงานได้เช่นเดิม และไม่เกิดความไม่สบายใจที่ส่งผลทำให้รู้สึกซึมเศร้า
4. ผลที่เกิดขึ้นในระยะสั้น หมายถึง ผลของทางเลือกในการแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นในระยะสั้น เช่น นำไปใช้ในชีวิตประจำวัน
5. ความเป็นไปได้ที่จะประสบความสำเร็จ หมายถึง ความเป็นไปได้ของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการเลือกใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหา จะประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย
6. ความเป็นไปได้ที่จะกระทำ หมายถึง ความเป็นไปได้ของทางเลือกแต่ละทางเลือกที่ตนเองสามารถลงมือกระทำได้ในสถานการณ์จริง

สรุป

ผลลัพธ์ของทางเลือก ได้แก่ ผลที่เกิดขึ้นต่อตนเอง ผลเกิดขึ้นต่อสังคม ผลระยะยาว ผลระยะสั้น ซึ่งมีทั้งผลบวกและผลทางลบ ความเป็นไปได้ที่จะประสบความสำเร็จ ความเป็นไปได้ที่จะกระทำ การเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหาที่ดี คือ การหาวิธีการแก้ปัญหาที่ตรงตามวัตถุประสงค์และหาผลกระทบที่เกิดจากการแก้ปัญหา จะช่วยให้บุคคลทำการแยกแยะและตัดสินใจได้ดีขึ้น และให้สมาชิกฝึกถามตนเองในปัญหา 3 ข้อ คือ

1. ปัญหาสามารถแก้ไขได้หรือไม่
2. ต้องการข้อมูลมากกว่านี้ก่อนที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาใช่หรือไม่
3. พิจารณาแต่ละทางเลือกว่าทางเลือกใด ที่จะทำให้แก้ปัญหาได้สำเร็จ

ความรู้ที่ 4 การตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา

การตัดสินใจ หมายถึง กระบวนการเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งจากหลายๆ ทางเลือกที่ได้พิจารณา หรือประเมินอย่างดีแล้วว่าเป็นแนวทางให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของตนเอง เป็นเทคนิคในการที่จะพิจารณาทางเลือกต่างๆ ให้เหลือทางเดียว

การตัดสินใจเลือกทางเลือก

มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการประเมินการเลือกที่เสนอไว้ในขั้นตอนการเสนอทางเลือกในการแก้ปัญหาหลายๆ ทางว่าทางเลือกใดสามารถจะนำมาปฏิบัติได้และเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับการแก้ปัญหาโดยทางเลือกที่ดีที่สุดนี้พิจารณาจากการคาดหวังว่าน่าจะเป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือได้ประโยชน์มากที่สุด ใช้ต้นทุนน้อยที่สุด ซึ่งจะช่วยนำไปสู่เป้าหมายของการแก้ปัญหาให้สัมฤทธิ์ผลได้ โดยที่ส่งผลทางบวกมากที่สุดในขณะที่ได้รับผลทางลบน้อยที่สุด

ผลลัพธ์ของทางเลือก

1. ผลที่เกิดขึ้นต่อตนเอง หมายถึง ผลของทางเลือกในการแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งมีผลทั้งทางบวก เช่น ทำให้ตนเองคลายความเครียด ไม่ซึมเศร้า และผลทางลบ เช่น ทำให้การใช้ชีวิตประจำวันของตนเองแย่ไปกว่าเดิม
2. ผลที่เกิดขึ้นต่อสังคม หมายถึง ผลของทางเลือกในการแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นต่อสังคม เช่น ครอบครัวมีความสุข ได้รับการยอมรับจากสังคม
3. ผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว หมายถึง ผลของการเลือกในการแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นในระยะยาว เช่น ครอบครัวอยู่ในสังคมได้ และมีความสุข สามารถทำงานได้เช่นเดิม และไม่เกิดความไม่สบายใจที่ส่งผลทำให้รู้สึกซึมเศร้า
4. ผลที่เกิดขึ้นในระยะสั้น หมายถึง ผลของทางเลือกในการแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นในระยะสั้น เช่น นำไปใช้ในชีวิตประจำวัน
5. ความเป็นไปได้ที่จะประสบความสำเร็จ หมายถึง ความเป็นไปได้ของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการเลือกใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหา จะประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย
6. ความเป็นไปได้ที่จะกระทำ หมายถึง ความเป็นไปได้ของทางเลือกแต่ละทางเลือกที่ตนเองสามารถลงมือกระทำได้ในสถานการณ์จริง

สรุป

ผลลัพธ์ของทางเลือก ได้แก่ ผลที่เกิดขึ้นต่อตนเอง ผลเกิดขึ้นต่อสังคม ผลระยะยาว ผลระยะสั้น ซึ่งมีทั้งผลบวกและผลทางลบ ความเป็นไปได้ที่จะประสบความสำเร็จ ความเป็นไปได้ที่จะกระทำ การเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหาที่ดี คือ การหาวิธีการแก้ปัญหาที่ตรงตามวัตถุประสงค์และหาผลกระทบที่เกิดจากการแก้ปัญหา จะช่วยให้บุคคลทำการแยกแยะและตัดสินใจได้ดีขึ้น และให้สมาชิกฝึกถามตนเองในปัญหา 3 ข้อ คือ

1. ปัญหาสามารถแก้ไขได้หรือไม่
2. ต้องการข้อมูลมากกว่านี้ก่อนที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาใช่หรือไม่
3. พิจารณาแต่ละทางเลือกว่าทางเลือกใด ที่จะทำให้แก้ปัญหาได้สำเร็จ

การบ้านครั้งที่ 4

1. เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน คิดว่าปัญหาที่จะพบคือปัญหาอะไร และมีวิธีแก้ปัญหายังไร

1.1 ปัญหา.....

1.2 วิธีแก้ปัญหหรือทางเลือกในการแก้ปัญหา.....

2. ทบทวนขั้นตอนในการแก้ปัญหา.....

3. **บันทึกประจำวันในแบบบันทึกประจำวัน**

ครั้งที่ 5

การดำเนินการแก้ปัญหา และประเมินผลการแก้ปัญหา

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อให้สมาชิกฝึกการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น
 2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกประเมินผลการแก้ปัญหา
 3. เพื่อให้สมาชิกคาดการณ์ว่าอนาคตอาจเกิดปัญหาใดได้บ้าง และสามารถจัดการกับปัญหานั้นๆ ได้ และรู้จักให้กำลังใจหรือรางวัลกับตนเอง
 4. เพื่อให้สมาชิกประเมินการเข้าร่วมกิจกรรม

เวลา 90 นาที

ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกและดำเนินกลุ่มตามขั้นตอนพื้นฐาน ทบทวนกิจกรรมและการบ้านครั้งที่ 4 โดยเน้นให้สมาชิกบอกเล่าถึงวิธีการตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหาของตนเอง (10 นาที)
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งที่ 5 ซึ่งเป็นครั้งสุดท้าย (5 นาที)
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทบทวนการผ่อนคลายความเครียดโดยการฝึกการหายใจ (10 นาที)
4. ผู้นำกลุ่มอธิบายถึงวิธีดำเนินการแก้ปัญหา และประเมินผลที่เกิดขึ้น พร้อมให้สมาชิกซักถาม (ความรู้ที่ 5) (10 นาที)
5. ผู้นำกลุ่มมอบหมายงานเพื่อให้สมาชิกได้ฝึกการลงมือแก้ปัญหา และการประเมินผลการแก้ปัญหาของตนเอง (กิจกรรมที่ 5) (15 นาที)
6. ผู้นำกลุ่มอธิบายการแก้ปัญหาที่มีอุปสรรคให้รู้จักให้กำลังใจตัวเอง เมื่อรู้สึกเครียดให้ฝึกการผ่อนคลายความเครียด โดยการฝึกการหายใจ ตามที่เคยฝึกมาแล้ว ในกรณีที่แก้ปัญหาสำเร็จ ให้รางวัลตนเอง/เป็นคำพูดด้านบวก เช่น ขอแสดงความยินดี ฉันแก้ปัญหาได้ดีและสำเร็จ และให้สมาชิกกลุ่มเสนอคำพูดด้านบวกของตัวเอง (10 นาที)
7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกช่วยกันคาดการณ์ว่าอนาคตอาจเกิดปัญหาใดได้บ้าง และวางแผนจัดการกับปัญหานั้นๆ อย่างไร (5 นาที)
8. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกสรุปเนื้อหาสาระของการทำกลุ่มครั้งนี้ เปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกลุ่ม (5 นาที)
9. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกสรุปการฝึกทักษะการแก้ปัญหา และสรุปเชื่อมโยงประเด็นสำคัญ คือเมื่อเกิดปัญหา จะต้องรับรู้ว่าจะต้องลงมือหรือกำกับตัวเองในการแก้ปัญหา รู้สึกหยุดอารมณ์ทางลบและคิดหาทางแก้ปัญหา มีการรับรู้ปัญหาทางบวก และแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล 4 ทักษะ คือ 1) ระบุปัญหา และทำความเข้าใจปัญหา การให้ความหมายใหม่ต่อปัญหา 2) การรวบรวมทางเลือก สามารถมีทางเลือกที่หลากหลายและจะพบทางเลือกที่ดีที่สุด 3) การตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา 4) การดำเนินการแก้ปัญหาและประเมินผลตามที่วางแผนไว้ ส่วนการรับรู้ปัญหาทางลบ มีการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงและแบบหุนหันพลันแล่น หรือวู่วาม โดยขาดการยั้งคิด ทำให้บุคคลสามารถทำร้ายผู้อื่นหรือตัวเอง หรือฆ่าตัวตายได้ (10 นาที)
10. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่ม แสดงความคิดเห็นต่อการเข้ากลุ่ม และพูดถึงสิ่งที่เรียนรู้จากการเข้ากลุ่มทั้ง 5 ครั้ง และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างไร ผู้นำกลุ่มชมเชย และให้กำลังใจสมาชิก กล่าวปิดกลุ่มบ๊ายบาย (10 นาที)

ประเมินผล

1. การมีส่วนร่วม ความสนใจของสมาชิก และการอภิปราย ชักถามภายในกลุ่ม
2. จากการบ้านครั้งที่ 4
3. ผลการฝึกทักษะตามใบกิจกรรมที่ 5
4. ผลการฝึกทักษะตามใบกิจกรรมที่ 1-5
5. การป้อนกลับ (feedback) ก่อนยุติกลุ่ม

ความรู้ที่ 5

การดำเนินการแก้ปัญหา และประเมินผลการแก้ปัญหา

การดำเนินการแก้ปัญหา เป็นการลงมือให้ปฏิบัติตามแผนอย่างจริงจัง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการแก้ปัญหา มีการดำเนินการตามทางเลือกที่ตัดสินใจและมีการประเมินผลการแก้ปัญหา ประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากทางเลือก และตรวจสอบความมีประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของทางเลือกที่ได้เลือกไว้ในขั้นตอนการตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา ต้องทราบว่า ทำกับใคร ทำอะไร ทำเพื่อใคร ทำที่ไหน มีค่าใช้จ่ายอะไรบ้าง ต้องมีความอดทนและรู้จักรอคอย อาจมีการให้การให้กำลังใจตนเอง เมื่อพบว่าตนเองแก้ปัญหาได้สำเร็จ การให้กำลังใจมี 2 ลักษณะคือ เป็นผู้ให้กำลังใจด้วยตนเอง คำพูดชมเชยตนเอง ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจ เช่น ฉันเป็นคนมีค่า ฉันทำได้สำเร็จแล้ว เราเป็นคนมีค่า ฉันได้ทำเพื่อพ่อแม่ อาจซื้อของขวัญให้กับตนเองก็ได้ เช่น เสื้อผ้า เครื่องประดับ ไปรับประทานอาหารกับครอบครัว หรือร่วมกันทำอาหารในครอบครัว อาจจะให้บุคคลอื่นเป็นผู้ให้กำลังใจ เช่น คำพูดชมเชยจากบุคคลอื่น การประเมินผลการแก้ปัญหาเพื่อเป็นบทเรียนและประสบการณ์ในการแก้ปัญหาในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 5

ฝึกการลงมือแก้ปัญหา และประเมินผลการแก้ปัญหา

ให้สมาชิกแต่ละคนคิดวิเคราะห์ปัญหาของตนเองตามที่ได้ตัดสินใจในครั้งที่ 4 ตามประเด็นคำถามต่อไปนี้

1. ปัญหา.....

2. ทางเลือกที่ดีที่สุดของปัญหา.....

คือ.....

.....

.....

.....

3. ลงมือปฏิบัติตามทางเลือกที่เหมาะสมโดยพิจารณา

3.1 ทำกับใคร.....

.....

.....

3.2 ทำอย่างไร.....

.....

.....

3.3 ทำเมื่อไร.....

.....

.....

3.4 มีค่าใช้จ่ายในการแก้ปัญหาอะไรบ้าง.....

.....

.....

4. ประเมินผลเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคอะไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. การให้กำลังใจตนเอง

5.1 ด้านคำพูด.....

.....

5.2 ด้านสิ่งของ.....

.....

ภาคผนวก ข

แบบประเมินที่ใช้ในโครงการ

1. คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ
2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
3. แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา
4. แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
5. แบบประเมินระดับภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ

ดิฉัน.....ตำแหน่ง.....
เป็นบุคลากรของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เนื่องด้วยโรงพยาบาลทำการวิจัยเรื่อง กลุ่ม
บำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยโครงการนี้มีวัตถุประสงค์
เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ช่วยให้มีทักษะในการแก้ปัญหา
สามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ และช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง มองปัญหาใน
ด้านบวก มีทักษะในการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล

โครงการนี้เสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยความลับที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และจะทำ
การบำบัดโดยโปรแกรมกลุ่ม จำนวน 5 ครั้ง ตั้งแต่วันจันทร์-ศุกร์ เวลาประมาณ 9.30-11.00น. และจะมี
การตอบแบบประเมินผลลัพธ์ของโครงการทั้งหมด 4 ครั้ง คือก่อนการบำบัด หลังบำบัดครบทันที ระยะ
ติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน จะติดตามผลเมื่อผู้ป่วยมารับบริการหรือทางไปรษณีย์ หรือทางโทรศัพท์
ตามความเหมาะสม โดยยังยึดหลักการรักษาความลับของผู้ป่วยเช่นเดิม นอกจากนี้หากท่านประสงค์จะ
ออกจากโครงการก่อนจบโครงการก็สามารถทำได้ โดยไม่มีผลใดๆต่อตัวท่านทั้งในด้านการบำบัดรักษา
และสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ การเข้าร่วมโครงการนี้ไม่มีค่าตอบแทนใดๆเป็นพิเศษต่อท่าน แต่ท่านจะได้มี
ส่วนร่วมในการพัฒนาการบำบัดรักษาเฉพาะทาง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการคนอื่นๆต่อไป

ข้าพเจ้าได้อ่านหรือฟังข้อความดังกล่าวข้างต้น และเข้าใจเป็นอย่างดี ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย
ครั้งนี้ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

.....ผู้รับบริการ
()

.....พยาน
()

แบบสอบถามกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

คำชี้แจง 1. แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.1 แบบประเมินการแก้ปัญหา

2.2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.3 แบบประเมินระดับความซึมเศร้า

2. กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตัวท่านเอง ข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับ จะเก็บไว้เป็นความลับเพื่อประโยชน์ในการประเมินผลการเข้ากลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง เติมข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและเวชระเบียนลงในช่องว่างและทำเครื่องหมายลงหน้าข้อความที่เป็นคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์

1. ชื่อ.....สกุล.....

2. ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....

3. H.N..... 4. A.N..... 5. รับไว้รักษาครั้งที่.....

6. เพศ

☐

1. ชาย

☐

2. หญิง

7. อายุ.....ปี

8. ศาสนา

☐

1. พุทธ

☐

2. คริสต์

☐

3. อิสลาม

☐

4. อื่นๆ (ระบุ).....

9. สถานภาพสมรส

☐

1. โสด

☐

2. คู่อยู่ด้วยกัน

☐

3. คู่แยกกันอยู่

☐

4. หย่า / ร้าง

☐

5. หม้าย

ส่วนของผู้วิจัย

ID ☐

Adm ☐

Sex ☐

Age ☐

Rel ☐

Sta ☐

10. การศึกษา

- ☐ 1. ไม่ได้เรียน ☐ 2. ประถมศึกษา
☐ 3. มัธยมศึกษา ☐ 4. ปวช/ปวส/อนุปริญญา
☐ 5. ปริญญาตรี ☐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี

11. อาชีพ

- ☐ 1. ว่างาน ☐ 2. รับจ้าง
☐ 3. เกษตรกรรม ☐ 4. ค้าขาย
☐ 5. รับราชการ ☐ 6. รัฐวิสาหกิจ
☐ 7. นักเรียน / นักศึกษา ☐ 8. อื่นๆ ระบุ.....

12. รายได้ต่อเดือน.....บาท (ของผู้ป่วย)

13. ความเพียงพอของรายได้

- ☐ 1. ไม่เพียงพอ ☐ 2. เพียงพอ

14. สถานภาพของท่านในครอบครัว

- ☐ 1. เป็นบิดา / มารดา ☐ 2. ปู่ ย่า ตา ยาย
☐ 3. พี่ น้อง ☐ 4. บุตร
☐ 5. อื่นๆ ระบุ.....

15. ท่านเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมานาน.....ปี

16. ท่านมีปัญหาสุขภาพหรือไม่

- ☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี (ถ้ามี ตอบข้อ 17 ด้วย)

17. ถ้ามี มีปัญหาสุขภาพในเรื่องใด (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้ว)

- ☐ 1. ความดันโลหิตสูง ☐ 2. เบาหวาน
☐ 3. หัวใจ ☐ 4. ภาวะอาหาร
☐ 5. โรคภูมิแพ้ ☐ 6. ไชข้อและกระดูก
☐ 7. อื่นๆ ระบุ.....

18. การวินิจฉัยโรคในครั้งนี้

19. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน (อยู่ด้วยกันในปัจจุบัน)

20. ผู้ดูแลหลัก ชื่อ.....นามสกุล.....

เกี่ยวข้องเป็น.....โทรศัพท์.....(ข้อมูลจากเวชระเบียน)

ส่วนของผู้วิจัย

Edu ☐Occ ☐Inc ☐Enq ☐Stf ☐Ill ☐Dis ☐Pro ☐Dia ☐Num ☐Con ☐

แบบประเมินการแก้ปัญหา

คำถามต่อไปนี้เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ท่านใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน โปรดอ่านคำถามในแต่ละข้อแล้วตอบว่าที่ผ่านมาท่านแก้ปัญหาอย่างไร แล้วกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ถูกต้องตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	ฉันมีความสามารถในการแก้ปัญหา โดยคิดริเริ่มหาทางออกใหม่ที่เกิดผลลัพธ์ในทางที่ดี				
2.	ฉันมีความพยายามในการแก้ปัญหา แม้ว่าช่วงต้น ฉันจะมองไม่เห็นทางออกในการแก้ปัญหาก็ตาม				
3.	ฉันเชื่อว่าฉันสามารถแก้ปัญหาได้เป็นส่วนใหญ่ ถ้าฉันมีเวลา				
4.	ฉันเชื่อว่าฉันสามารถแก้ปัญหาได้เป็นส่วนใหญ่ ถ้าฉันใช้ความพยายามมากพอ				
5.	เมื่อฉันต้องเผชิญปัญหาที่ซับซ้อน ยุ่งยาก ฉันรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของฉัน				
6.	ปัญหาทำให้ฉันได้พัฒนาตนเองให้มีความเข้มแข็ง				
7.	ฉันรู้สึกท้อใจ มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย เมื่อต้องเผชิญกับปัญหา				
8.	ปัญหาส่วนใหญ่ของฉันเป็นปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน ไม่เหมือนคนอื่นๆ				
9.	ปัญหาทั้งหมดมีสาเหตุมาจากฉันเอง				
10.	คนที่มีประสบการณ์หรือความรู้เหมือนฉัน จึงจะสามารถช่วยฉันได้				
11.	เมื่อมีปัญหาฉันพยายามหาทางออกหลายๆ ทาง				
12.	ฉันมีความมั่นใจในการแก้ปัญหา และวางแผนแก้ปัญหา				
13.	ฉันตรวจสอบผลการแก้ปัญหาทั้งผลดีและผลกระทบ				
14.	ฉันหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อฉันแก้ปัญหาไม่สำเร็จ				
15.	เมื่อมีความเครียดในการแก้ปัญหา ฉันใช้วิธีผ่อนคลายความเครียดโดยการฝึกการหายใจ				
16.	เมื่อมีความเครียดในการแก้ปัญหา ฉันใช้วิธีการคลายเครียด เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ ฯลฯ				
17.	เมื่อพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา ฉันตัดสินใจเลือกวิธีที่มีผลต่ออารมณ์ด้านความพึงพอใจและผลต่อสุขภาพของฉัน				

ข้อความ		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
18.	เมื่อเผชิญปัญหา ฉันจะเลื่อนการแก้ปัญหาออกไปให้นานเท่าที่เป็นไปได้				
19.	ฉันรอให้ปัญหาลบลงตามกาลเวลาด้วยตัวของตัวเอง				
20.	ฉันต้องพึ่งพาคนอื่นในการแก้ปัญหา				
21.	เมื่อเผชิญปัญหา ฉันมักจะใช้วิธีแก้ปัญหาวิธีแรกที่ฉันคิดออก				
22.	ฉันทำอะไรแบบรีบร้อน รวดเร็ว และมักนึกเสียใจภายหลัง				
23.	เมื่อตัดสินใจแก้ปัญหา ฉันไม่เคยเสียเวลากับการทบทวนหาทางออกแบบอื่น				

M.I.N.I. - SUICIDALITY

ให้ลงคะแนนที่ประเมินได้ตามเกณฑ์ให้คะแนนในช่องคะแนน และใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ที่ตรงกับกรรับรู้ของผู้ป่วย

ข้อ	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ไม่ใช่	ใช่	คะแนน
C1	คุณเคยได้รับอุบัติเหตุหรือไม่ ข้อ C1: ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ให้ข้ามไปข้อ C2; ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้ถามต่อข้อ C1a:	0	0	
C1a	ในอุบัติเหตุครั้งนั้น คุณได้ตั้งใจหรือวางแผนที่จะให้ตัวเองบาดเจ็บ ไม่ว่าด้วยตัวคุณเอง หรือยอมให้ผู้อื่นกระทำ หรือไม่ ข้อ C1a: ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ให้ข้ามไปข้อ C2; ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้ถามต่อข้อ C1b:	0	0	
C1b	ในอุบัติเหตุครั้งนั้น คุณตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต หรือไม่	0	0	
C2	คุณคิดว่าถ้าตายไปเสียคงจะดีกว่า หรืออยากให้ตัวเองตายไป หรือไม่	0	1	
C3	คุณอยากทำร้ายตัวเอง หรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ หรือไม่	0	2	
C4	คุณคิดฆ่าตัวตาย หรือไม่ ถ้าข้อ C4 ตอบว่า "ใช่" ให้ถามถึงความรุนแรง และความถี่ของความคิดฆ่าตัวตาย	0	6	
C4a	ความถี่ บางครั้ง ☐ บ่อย ☐ บ่อยมาก ☐ เล็กน้อย ☐ ปานกลาง ☐ รุนแรง ☐ ขณะสัมภาษณ์นี้ คุณสามารถควบคุมตัวเองหรือบอกได้ว่า คุณจะไม่ว่กระทำการฆ่าตัวตายหรือไม่ ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ให้ 8 คะแนน	8	0	
C5	คุณได้วางแผนฆ่าตัวตายหรือไม่	0	8	
C6	คุณได้เตรียมการเพื่อจะทำร้ายตนเองหรือเพื่อจะฆ่าตัวตาย โดยคุณคาดหวังหรือตั้งใจให้เสียชีวิต หรือไม่	0	9	
C7	คุณได้ทำร้ายตนเอง แต่ไม่ต้องการจะฆ่าตัวตาย หรือไม่	0	4	
C8	คุณเคยฆ่าตัวตายหรือไม่	0	10	

ในขณะที่พยายามฆ่าตัวตายครั้งนั้น

คุณหวังว่าจะมีคนมาช่วยหรือจะรอดตาย หรือไม่ ☐ ถ้าตอบ "ใช่" ให้ทำเครื่องหมาย ✓

คุณคาดหวังหรือตั้งใจให้เสียชีวิต หรือไม่ ☐ ถ้าตอบ "ไม่ใช่" ให้ทำเครื่องหมาย 0

ตลอดชีวิตที่ผ่านมา:

C9	คุณเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน หรือไม่	0	4	
	ข้อ C1a-C9 ตอบว่า "ใช่" อย่างน้อย 1 ข้อ ใช่หรือไม่	ไม่ใช่	ใช่	
	ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้รวมคะแนนข้อที่ตอบว่า "ใช่" ตั้งแต่ข้อ C1a-C9 และระดับความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย ตามคะแนนในกล่องวินิจฉัยโรค : เขียนให้ความเห็นเพิ่มเติมในช่องว่างด้านล่างนี้ จากผลการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในขณะนี้หรือในอนาคตอันใกล้	SUICIDE RISK CURRENT 0 คะแนน ไม่เสี่ยง ☐ 1-8 คะแนน น้อย ☐ 9-16 คะแนน ปานกลาง ☐ ≥ 17 คะแนน มาก ☐		

แบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความซึมเศร้า

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการให้ท่านสำรวจตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความเป็นจริง และครบทุกข้อ คำตอบที่ได้จากท่านจะนำมาสรุปรวมเป็นผลรวม ไม่มีข้อใดถูกหรือผิดและขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบต่อนานแต่อย่างใด โปรดอ่านข้อความโดยละเอียด จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ให้ท่านทำเครื่องหมายวงกลม ○ ในข้อที่ตรงกับท่านมากที่สุดหรือใกล้เคียง

1. ก. ท้อแท้ใจมาก หหมดหวังในอนาคต
ข. ท้อแท้ใจ มองอนาคตในแง่ร้าย
ค. ท้อแท้ใจบ้างบางครั้ง
ง. ไม่หมดหวัง
2. ก. คิดวางแผนฆ่าตัวตาย
ข. คิดอยากตาย
ค. ชีวิตนี้ไม่น่าอยู่ คิดถึงเรื่องความตายบ่อย ๆ แต่ไม่ถึงกับอยากตาย
ง. ไม่ได้คิดถึงเรื่องการตาย
3. ก. รู้สึกมากกว่าตัวเองเป็นคนไม่ดี หรือไม่มีค่าเลย
ข. รู้สึกผิด คิดถึงแต่เรื่องความผิดของตัวเองในอดีต
ค. รู้สึกตัวเองเป็นคนไม่ดีอยู่บ่อย ๆ
ง. ไม่รู้สึกผิด หรือคิดว่าตัวเองไม่ดี
4. ก. อยู่เฉย ๆ ไม่ทำอะไร
ข. คิดอะไร ทำอะไรเชื่องช้าลงมาก
ค. คิดอะไร ทำอะไรเชื่องช้าลงมากกว่าเดิม
ง. ความคิด การกระทำยังเหมือนเดิม
5. ก. ง่วงงัน เดินไปมาอยู่ไม่ติดที่ เป็นบ่อย
ข. กระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ค่อยได้
ค. ร้อนใจ กระวนกระวาย
ง. ไม่ร้อนใจ หรือกระสับกระส่าย
6. ก. ซึมเศร้ามาก ร้องไห้บ่อย
ข. หดหู่ ซึมเศร้าอยู่ตลอดเวลาทำให้สบายไม่ได้เลย
ค. รู้สึกซึมเซา ไม่แจ่มใสเหมือนเคย
ง. จิตใจสบายดี
7. ก. คิดมาก กังวลใจไปหมดทุกเรื่อง
ข. คิดมาก กังวลใจบ่อย
ค. คิดมาก กังวลใจง่ายกว่าแต่ก่อน
ง. ไม่วิตกกังวล

8. ก. เบื่อไปหมดทุกอย่าง ไม่อยากทำอะไรเลย
 ข. รู้สึกเบื่อ ไม่มีความเพลินใจ
 ค. เบื่อง่าย แต่ยังมีความเพลินใจอยู่บ้าง เช่น เวลาดูโทรทัศน์ หรือมีคนมาพูดคุยด้วย
 ง. มีความสนใจในเรื่องต่าง ๆ เหมือนเดิม
9. ก. หงุดหงิดมาก มีการทะเลาะกัน ทำลายข้าวของ
 ข. หงุดหงิด อุ่นเฉียวบ่อย
 ค. หงุดหงิดง่ายกว่าเดิม แต่พอคุมได้
 ง. ไม่มีอารมณ์หงุดหงิด
10. ก. หลับยากทุกคืน หรือต้องกินยาให้หลับ
 ข. หลับยากค่อนข้างบ่อย
 ค. หลับยากบางครั้ง
 ง. นอนหลับปกติดี
11. ก. ตื่นกลางดึกแทบทุกคืน หลับไม่ได้เลย
 ข. ตื่นค่อนข้างบ่อย หลับต้อยาก
 ค. นอนหลับไม่สนิท กระสับกระส่าย
 ง. หลับปกติดี
12. ก. เบื่ออาหารมาก กินแทบไม่ได้เลย
 ข. เบื่ออาหารแต่พอฝืนกินได้
 ค. ไม่เจริญอาหารเหมือนเดิม
 ง. กินอาหารได้ตามปกติ
13. ก. เหนื่อยหรืออ่อนเพลียมาก จนทำอะไรไม่ได้เลย
 ข. เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ทำอะไรก็เหนื่อยไปหมด
 ค. เหนื่อย อ่อนเพลียง่ายกว่าที่เคย
 ง. ไม่มีอาการอ่อนเพลีย
14. ก. ไม่สนใจทางเพศอีกเลย
 ข. สนใจทางเพศลดลง
 ค. สนใจทางเพศลดลงบ้างจากเคย
 ง. ความสนใจทางเพศคงเดิม
15. ก. ตัดสินใจอะไรไม่ได้เลย
 ข. ลังเลใจ ตัดสินใจไม่ค่อยได้ แม้แต่เรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ
 ค. ลังเลใจบ้าง ไม่อยากตัดสินใจ
 ง. ไม่มีลังเลใจ

16. ก. เชื่อว่าตัวเองมีโรคทางร่างกายแน่
ข. กังวลใจ คิดว่าตัวเองน่าจะมีโรคทางร่างกาย
ค. ห่วงสุขภาพของตัวเองกว่าแต่ก่อน
ง. ไม่กังวลโรคทางร่างกาย
17. ก. ใจลอยมาก ไม่มีสมาธิเลย
ข. ใจลอย สมาธิไม่ดี ต้องตั้งใจมาก เวลาจะทำอะไรสักอย่าง
ค. ใจลอย สมาธิไม่ค่อยดีเหมือนก่อน
ง. สมาธิปกติ
18. ก. ทำงานไม่ได้เลย
ข. ทำงานแย่งลงกว่าเดิม ต้องบังคับตัวเองมากให้ทำงาน
ค. ต้องฝืนใจเวลาจะทำงาน หรือเริ่มทำอะไรบางอย่าง
ง. ทำงานได้ตามปกติ
19. อาการทางร่างกาย เช่น ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม แน่นท้อง มือชา ปวดศีรษะ
ก. มีอาการเหล่านี้บ่อยมาก
ข. มีอาการเหล่านี้ค่อนข้างบ่อย
ค. มีอาการเหล่านี้บ้างบางครั้ง
ง. ไม่มีอาการทางร่างกายเลย
20. ก. ไม่สนใจใครเลย ใครจะเป็นอย่างไรก็ช่าง
ข. ไม่ค่อยสนใจใคร ไม่คิดอยากพูดคุยกับใคร
ค. สนใจคนอื่น ๆ รอบข้างน้อยกว่าเดิม
ง. ความสนใจต่อคนอื่นเหมือนเดิม

ภาคผนวก ค

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

- | | |
|--|---|
| 1. ชื่อ – สกุล (ภาษาไทย) | นางสุวดี ศรีวิเศษ |
| (ภาษาอังกฤษ) | Mrs. Suwadee Sriwiset |
| 1.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย | - |
| 1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 1.3 สถานที่ทำงาน | กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถนนชาตะผดุง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4320-9999 ต่อ 63334 , 08-1769-2543
โทรสาร 0-4322-4722 |
| 1.4 ประวัติการศึกษา | |
| 1.4.1 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาล
พระปกเกล้าจันทบุรี ปี พ.ศ. 2522 | |
| 1.4.2 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระยา
พ.ศ. 2529 | |
| 1.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา) | |
| 1.5.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 1 เรื่อง | |
| (1) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
พ.ศ.2554 | |
| - เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 10 และการ
ประชุมวิชาการพัฒนาสติปัญญาเด็กไทย ครั้งที่ 8 ประจำปี 2554 | |
| 1.6 ผู้วิจัยหลัก 2 เรื่อง | |
| 1.6.1) การศึกษาผลการดำเนินงานการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน
สุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและ
ประสานงาน พ.ศ. 2551 | |
| - ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 23 ฉบับที่ 2
กรกฎาคม – ธันวาคม 2552 หน้า 19-33 | |
| 1.6.2) การรับรู้และวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคน 4 หมู่บ้านในภาคอีสาน | |
| - ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยปีที่ 16 ฉบับที่ 1 ปี พ.ศ. 2551
หน้า 229-241 | |
| 2. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) | นางวัชนี หัตถพนม |
| (ภาษาอังกฤษ) | Mrs. Watchanee Huttapanom |
| 2.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย | 38-20-0169 |
| 2.2 ตำแหน่งปัจจุบัน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |

2.3 สถานที่ทำงาน

กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ 0-4320-9999 ต่อ 63209, 08-1729-3113

โทรสาร 0-4322-4722

2.4 ประวัติการศึกษา

2.4.1 ประกาศนียบัตรการพยาบาล อนามัยและผดุงครรภ์ (เกียรตินิยม) วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2518

2.4.2 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2526

2.4.3 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในปี พ.ศ. 2532

2.4.4 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2550

2.4.5 วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2554

2.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)

2.5.1 หัวหน้งานวิจัย 7 เรื่อง

1) การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

- ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2550 หน้า 24-35

2) การใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

- ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 52 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2550 หน้า 390-401

3) ผลการดำเนินงานโครงการ การพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2551)

- ได้รับรางวัลนิพนธ์ต้นฉบับดีเด่น ในการประชุมวิชาการนานาชาติครั้งที่ 7 ปี 2551

- ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม 2551 หน้า 91-103

4) การศึกษาผลการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน (2551)

- ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2552 หน้า 19-33

5) ประสิทธิภาพการใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ในการใช้การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรัง (2553)

- ได้รับรางวัลชมเชยการประกวดผลงานการศึกษาวิจัยสมบูรณ์ (Full paper) ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 9 และการประชุมวิชาการพัฒนาสติปัญญาเด็กไทย ครั้งที่ 7 ประจำปี 2553

- ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2553 หน้า 95-110

6) ประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช (2554)

- ได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่น ในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2554

- ตีพิมพ์ในรวมผลงานวิชาการดีเด่น ประจำปี 2554 กระทรวงสาธารณสุข หน้า 11-25

- ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 21 ฉบับที่ 5 กันยายน-ตุลาคม 2555 หน้า 929-941

7) การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการ ที่มีต่อการให้บริการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2555

2.5.2 ผู้วิจัยหลัก จำนวน 14 เรื่อง

1) โครงการคืนชีวิตใหม่สู่สังคม และการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านสุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นและอุดรธานี

- ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านการพัฒนางานจิตเวชในชุมชน ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 5 ปี 2549

2) การพัฒนากลวิธีและเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง (2549)

3) การพัฒนาแบบวัดสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย (2550)

4) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะ และคุณภาพจิตคนไทย (2551)

5) การรับรู้และวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคน 4 หมู่บ้านในภาคอีสาน

- ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยปีที่ 16 ฉบับที่ 1 ปี พ.ศ. 2551 หน้า 229-241

6) การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007)

- ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 การนำเสนอผลงานวิชาการ หอพัฒนาระบบบริการและนวัตกรรมสุขภาพจิต ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552

- ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 54 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2552 หน้า 299-316

7) การศึกษาสุขภาพจิตคนไทย ปี 2550

- ได้รับรางวัลชนะเลิศการนำเสนอผลงานวิชาการ ห้องระบาศติวิทยาสุขภาพจิตและจิตเวช ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552
- ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม 2551 หน้า 104-117

8) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2551)

- ได้รับรางวัลชนะเลิศการนำเสนอผลงานวิชาการ ห้องพัฒนาระบบบริการและนวัตกรรมสุขภาพจิต ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552
- ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 54 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2552 หน้า 287-298

9) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 10 และการประชุมวิชาการพัฒนาสติปัญญาเด็กไทย ครั้งที่ 8 ประจำปี 2554

10) การศึกษาความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2554

11) การพัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SU-9)

- เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 10 ประจำปี 2554
- ได้รับรางวัลผลงานวิชาการยอดเยี่ยมในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2554
- ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 21 ฉบับที่ 5 พฤศจิกายน-ธันวาคม 2555

12) ผลการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาแบบกลุ่มในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 11 ประจำปี 2555
- เผยแพร่ในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2555

13) ผลการพัฒนาฐานข้อมูลวิจัยในระบบอินเทอร์เน็ต

- เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 11 ประจำปี 2555

14) การศึกษาข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ และการบำบัดรักษาของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 11 ประจำปี 2555

3. ชื่อ – สกุล (ภาษาไทย) นางสาวสายชล ยুবลพันธ์
(ภาษาอังกฤษ) Miss. Saichon Yubonpan
- 3.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
- 3.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- 3.3 สถานที่ทำงาน กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถนนชาตะผดุง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4320-9999 ต่อ 63334 , 08-7303-6900
โทรสาร 0-4322-4722
- 3.4 ประวัติการศึกษา
- 3.4.1 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา
ปี พ.ศ. 2546
- 3.4.2 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2551
- 3.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)

- 3.5.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 1 เรื่อง
- การศึกษาอิสระ เรื่อง ผลการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจโดยญาติมีส่วนร่วม
ต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2551

4. ชื่อ – สกุล (ภาษาไทย) นางสโรชา รัตนานพ
(ภาษาอังกฤษ) Mrs. Sarocha Rattananop
- 4.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
- 4.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- 4.3 สถานที่ทำงาน กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถนนชาตะผดุง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4320-9999 ต่อ 63334 , 08-1544-4234
โทรสาร 0-4322-4722
- 4.4 ประวัติการศึกษา
- 4.4.1 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราช
ชนนีสระบุรี ปี พ.ศ. 2538
- 4.4.2 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี พ.ศ. 2552
- 4.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)
- 4.5.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 1 เรื่อง
- การศึกษาอิสระ เรื่อง การบำบัดแบบคู่สมรสในผู้ป่วยเสพติดสุราที่รับรักษา
ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตามแนวคิดของซาเทียร์ ปี พ.ศ. 2552

5. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นางสาว อิงคภา โคตนารา
(ภาษาอังกฤษ) Miss Ingkata Kotnara
- 5.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
- 5.2 ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์
- 5.3 สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40003
โทรศัพท์ 0-4320-9999 ต่อ 63334 ,08-1544-4234
โทรสาร 0-4322-4722
- 5.4 ประวัติการศึกษา
- 4.4.1 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พ.ศ. 2545
- 4.4.2 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. 2553
- 5.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)
- 5.5.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 1 เรื่อง
- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างปัจจัยปกป้องต่อความสามารถในการ
ยับยั้งเผชิญวิกฤตของเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2553
- ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ ปีที่ 33 ฉบับที่ 3
หน้า 22-29
- 5.5.2 ผู้วิจัยหลักจำนวน 4 เรื่อง
- 1) การทบทวนวิจัยทางพุทธศาสนากับสุขภาพจิต ในระหว่างปี พ.ศ. 2543-
2552
- ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ ปีที่ 33 ฉบับที่ 3
หน้า 85-89
- 2) การประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช แผน ข โครงการพิเศษ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ ปีที่ 33 ฉบับที่ 2
หน้า 64-71
- 3) การพัฒนาระบบการประเมินและจัดการผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดโรค
ซึมเศร้าในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น
- ตีพิมพ์ในวารสารกรรมการแพทย์ ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 หน้า 94-100
- 4) เริ่มต้นสุราเป็นเรื่องง่าย...แต่แสนลำบากในการเลิกดื่มสุรา
- ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ ปีที่ 35 ฉบับที่ 2
หน้า 1-14