

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

สุจิตรา ยะวร พย.ม.\*

ชยพล ยะวร ส.ด.\*\*

\* โรงพยาบาลเชียงใหม่ อำเภอเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

\*\* สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านกระบก กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

วันรับ:	18 ก.ย. 2565
วันแก้ไข:	1 พ.ค. 2566
วันตอบรับ:	10 พ.ค. 2566

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม โดยเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มก่อนทดลองและหลังทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 62 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา กลุ่มควบคุมได้รับสุขภาพจิตศึกษา ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory 1A) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ t-test ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองสูงกว่าหลังการทดลอง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนภายในกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) และคะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง พบว่า แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

**คำสำคัญ:** เบาหวาน; ซึมเศร้า; การบำบัดโดยการแก้ปัญหา

## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกจนถึงประเทศไทย<sup>(1)</sup> สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคนและคาดว่าจะในปี 2573 จะมีผู้ป่วย

เบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.70 ล้านคน จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี<sup>(2)</sup> และพบว่าโรคเบาหวาน เป็นภาวะโรคลำดับที่ 7 ในผู้ชาย ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ

(DALYs loss) 236,000 ปี (ร้อยละ 3.90 ของ DALYs loss) ส่วนในผู้หญิงเป็นภาวะโรคอันดับที่ 2 ทำให้สูญเสีย 355,000 ปีสุขภาพ (ร้อยละ 7.90 ของ DALYs loss)<sup>(3)</sup> ปัญหาและผลกระทบมากมายที่เกิดจากโรคเบาหวานนั้น สาเหตุสำคัญนั้นเนื่องจากโรคเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงเผชิญกับความเครียดจากการเจ็บป่วยโดยตรงและผลกระทบจากการเจ็บป่วย เช่น ภาระการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน ความพยายามควบคุมการดำเนินของโรค ความกลัวหรือกังวลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่ายในการรักษาและการขาดรายได้<sup>(4)</sup> ทำให้จิตใจรู้สึกหดหู่ สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้<sup>(5)</sup> จากการที่ความเครียดเหล่านี้ได้สะสมมาเป็นเวลานานและเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (depressive disorders) ผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดจากการรับรู้ว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการเป็นโรคเบาหวานจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 3.49 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่รับรู้ปัญหาหรือไม่เครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้<sup>(6)</sup>

โดยภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น จนองค์การอนามัยโลกคาดหมายว่า ในปี ค.ศ. 2020 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือด เนื่องจากปัจจัยทางสังคม เช่น การไม่มีทางเลือก การขาดกำลังใจ ประกอบกับการสูญเสียในชีวิตจะทำให้เกิดความสิ้นหวังจนเกิดอาการซึมเศร้าที่รุนแรงได้<sup>(7)</sup> จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2560 ระบุว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 322 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.40 ของประชากรโลก และในประเทศไทยมีข้อมูลการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้า พ.ศ.2561 พบว่า มีคนไทยป่วยซึมเศร้า ร้อยละ 5.40 หรือประมาณ 2 ล้านคน<sup>(8)</sup> โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานอายุ 25-59 ปี ร้อยละ 62.00<sup>(9)</sup> ซึ่งผลกระทบวัดได้จากจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (years lost due to disability, YLD) พบว่า โรคซึมเศร้าจะเป็นอันดับที่ 1 ในหญิงไทย และอันดับ 2 ในชายไทยเมื่อเปรียบเทียบเฉพาะกลุ่มโรคทาง

สุขภาพจิตและจิตเวชพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาพ (DALYs) สูงสุด<sup>(10)</sup> สหพันธ์สุขภาพจิตโลกระบุว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยเบาหวานมีอาการซึมเศร้าร่วมอยู่ด้วย<sup>(11)</sup> สำหรับประเทศไทยพบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าคนทั่วไป โดยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณร้อยละ 30.00<sup>(12)</sup> เช่นเดียวกับอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน ปี 2562 และ 2563 ร้อยละ 32.49, 34.03 ตามลำดับ<sup>(13)</sup> เมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะซึมเศร้า จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ ส่งผลให้เกิดความเครียด ภาวะซึมเศร้า และทำให้ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือด จอประสาทตาเสื่อม ปลายประสาทเสื่อม โรคไต ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันบกพร่อง ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย รับประทานอาหารที่ไม่มีผลดีต่อสุขภาพ ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา<sup>(14)</sup> ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การเจ็บป่วย และค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น<sup>(12)</sup> ทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวานนั้นมีการดูแลตนเอง รวมถึงการควบคุมน้ำตาลได้น้อยกว่าผู้ป่วยเบาหวานอย่างเดียว ซึ่งการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าได้ผลน้อยกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร่วม<sup>(15)</sup> ดังนั้นการลดภาวะซึมเศร้า จะลดปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ในผู้ป่วยเบาหวานได้<sup>(14)</sup>

เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานนั้น มีเหตุปัจจัยหลายอย่างทั้งปัจจัยทางชีวภาพทางด้านจิตใจและปัจจัยทางสังคม ซึ่งปัจจัยด้านจิตใจมีการอธิบายไว้โดยแนวคิดหรือทฤษฎีการแก้ไขปัญหา (Problem Solving Theory) ของ D'Zurilla TJ และคณะ<sup>(16)</sup> อธิบายว่าพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล เกิดจากความบกพร่องในการแก้ปัญหา จากการมีมุมมองต่อปัญหาในทางลบ และการไม่มีวิธีการแก้ปัญหา การบำบัดที่สามารถนำมาประยุกต์ในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ คือการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

(problem solving therapy) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้กำกับตนเอง มองปัญหาในทางบวก และเลือกทางออกในการแก้ปัญหาด้วยความมีเหตุผล โดยพบว่าช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้<sup>(17)</sup> ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งเป็นแนวทางเหมาะสมกับโรงพยาบาลเชียงใหม่ ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ โดยมีความคุ้มค่าสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างยั่งยืนต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

### วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis)<sup>(18)</sup> คำนวณจากค่าอิทธิพล (effect size)<sup>(19)</sup> จากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน เพื่อหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยได้อ้างอิงการศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับการวิจัยในครั้งนี้<sup>(15)</sup> คำนวณได้ค่า Effect size=0.94 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ตั้งสมมุติฐาน 2 ทาง  $Z_{\alpha/2}$  two-tailed=1.96 แล้วนำไปเปิดตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 29 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 2 ราย ทำให้ได้ตัวอย่างใน

กลุ่มทดลอง จำนวน 31 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 31 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ โดยมีเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างคือ (1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ตาม (ICD-10) รหัส E11 (2) มีคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-1A (Beck Depression Inventory 1A)<sup>(20)</sup> ระดับน้อยถึงปานกลาง คะแนน 10-19 คะแนน (3) อ่านและเขียนหนังสือได้ (4) อายุตั้งแต่ 20-69 ปี และเกณฑ์คัดออกคือได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตาม (ICD-10) รหัส F20-F29

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ โปรแกรมบำบัดแบบแก้ไขปัญหาคือเป็นโปรแกรมที่ใช้ลดระดับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอาศัยแนวคิด problem-solving therapy model for depression ของ D’Zurilla TJ และคณะ<sup>(16)</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โปรแกรมบำบัดแบบแก้ไขปัญหามีขั้นตอนการบำบัด จำนวน 7 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอน ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ความถี่การบำบัดห่างกันทุก 1 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนการบำบัดดังตารางที่ 1<sup>(21)</sup>

ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติโดยการให้สุขภาพจิตศึกษา ซึ่งเป็นแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ในการบำบัดผู้มีภาวะซึมเศร้า สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 5 ครั้ง<sup>(22)</sup> แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก ระดับคะแนน 0, 1, 2, 3 แบ่งระดับภาวะซึมเศร้าตามช่วงคะแนน ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0-9 หมายถึง มีภาวะอารมณ์ปกติ (normal range) คะแนน 10-15 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (minimal depression) คะแนน 16-19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression) คะแนน 20-29 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate severe depression) คะแนน 30-63 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)<sup>(23)</sup>

ตารางที่ 1 ขั้นตอนและกิจกรรมของโปรแกรมบำบัดแบบแก้ปัญหา

ขั้นตอน	กิจกรรม	ข้อสังเกตเพิ่มเติม
บทนำ (introduction)	<ol style="list-style-type: none"> <li>อธิบายสั้น ๆ เกี่ยวกับเป้าหมายและระยะต่าง ๆ ของการบำบัดแบบแก้ปัญหา</li> <li>อธิบายสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องทำความเข้าใจ คือ อาการของโรค ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต เมื่อปัญหาได้รับการแก้ อาการก็จะดีขึ้น</li> <li>อธิบายประโยชน์ของการบำบัดแบบแก้ปัญหา เป็นทางที่จะช่วยจัดการกับปัญหาในชีวิตผู้ป่วยได้</li> </ol> <p>ใช้เวลา 30 นาที</p>	<p>ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการช่วยเหลือให้รู้จักกับ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อาการทางจิต (อารมณ์) ของผู้ป่วย</li> <li>- การบำบัดแบบแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพต้องการผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือและกระตือรือร้นที่จะแก้ไขปัญหายของตนเองอย่างจริงจัง</li> </ul>
กำหนดปัญหาให้ชัดเจน (clarification and definition of problems)	<ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้บำบัดถามผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันทั้งหมด</li> <li>ผู้บำบัดถามผู้ป่วยว่าปัญหาใดที่ต้องการให้เริ่มทำการแก้ไขตั้งแต่นั้น</li> <li>ผู้บำบัดกระตุ้นผู้ป่วยให้แสดงความเห็น อภิปรายเกี่ยวกับปัญหา ทำความกระจ่างในปัญหาสำหรับผู้ป่วยเอง</li> <li>ถ้าจำเป็น ผู้บำบัดควรตั้งคำถามเกี่ยวกับสิ่งที่คาดว่าจะเกิดในอนาคต</li> </ol> <p>ใช้เวลา 1 ชั่วโมง</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ถ้าปัญหาใหญ่และซับซ้อนผู้ป่วยอาจต้องการได้รับการกระตุ้นให้ย่อย หรือลดจำนวนหรือขนาดของปัญหาลงทีละเรื่อง</li> <li>- ถ้าปัญหาไม่ชัดเจนสำหรับผู้บำบัด อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ชัดเจนในปัญหาเช่นกัน</li> </ul>
กำหนดเป้าหมายที่ต้องการบรรลุผล (Choice of achievable goals)	<ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้บำบัด ถามผู้ป่วยว่าจะอะไรเป็นสิ่งที่ต้องการประสบความสำเร็จในปัญหา</li> <li>กระตุ้นให้เกิด SMART goal (Specific เฉพาะเจาะจง Measurable สามารถวัดได้ Achievable เป็นไปได้ที่จะประสบความสำเร็จ Relevant มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน Timely มีช่วงเวลาที่กำหนดได้)</li> </ol> <p>ใช้เวลา 1 ชั่วโมง</p>	ถ้าเป้าหมายโดยรวมมีกรอบเวลาที่ยาว ควรกระตุ้นให้ตั้งเป้าหมายชั่วคราวเป็นระยะเวลาสั้น ๆ ทีละเรื่องก่อนที่จะไปถึงเป้าหมายสูงสุด
สร้างทางเลือกในการแก้ไขปัญหา (generation of solutions)	<ol style="list-style-type: none"> <li>ถามผู้ป่วยเพื่อให้ระดมสมองเกี่ยวกับทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้</li> </ol> <p>ใช้เวลา 1 ชั่วโมง</p>	ทางเลือกในการแก้ไขปัญหามีหลายทางเลือกที่จะประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาได้มากกว่าทางเดียว
เลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหที่ตนพึงพอใจ (choice of preferred solutions)	<ol style="list-style-type: none"> <li>ให้ผู้ป่วยพิจารณาความเป็นไปได้ในแต่ละทางเลือก</li> <li>กระตุ้นให้ผู้ป่วยพิจารณาทางเลือกที่จะทำให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย</li> </ol> <p>ใช้เวลา 1 ชั่วโมง</p>	ผู้ป่วยอาจต้องการการกระตุ้นให้พิจารณาในเรื่องข้อดีและข้อเสีย
ทดลองปฏิบัติแนวทางการแก้ไขปัญหที่เลือก (Implementation of preferred solutions)	<ol style="list-style-type: none"> <li>กระตุ้นให้ผู้ป่วยอธิบายเกี่ยวกับแผนการที่จะทำการแก้ปัญหตามทางเลือก</li> <li>สร้างความมั่นใจว่าทั้งผู้บำบัดและผู้ป่วยชัดเจนเกี่ยวกับรายละเอียดต่างๆ ตามแผนนั้น</li> </ol> <p>ใช้เวลา 1 ชั่วโมง</p>	การลงมือแก้ปัญหตามแผนก่อนแล้วค่อยปรึกษา จะมีประสิทธิภาพกว่า
ประเมินผล (Evaluation)	<ol style="list-style-type: none"> <li>ถามผู้ป่วยถึงสิ่งที่เขาผ่านมาว่าเป็นอย่างไร</li> <li>ประเมินให้ชัดเจนถึงอาการแสดงของโรค</li> <li>อภิปรายเกี่ยวกับการกระทำที่จะมีโอกาสเกิดขึ้นในทางเลือกเพื่อแก้ปัญหาในอนาคต</li> <li>ถ้าปัญหานี้ได้รับการแก้ไขแล้ว อาจนำปัญหาอื่นเข้ามาเพื่อพิจารณาแก้ไขต่อไป</li> </ol> <p>ใช้เวลา 1 ชั่วโมง</p>	ประเมินความสำเร็จ

## ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาล เชียงยูน จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ CY 8/2564 โดยผู้วิจัยได้ให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างด้วยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการดำเนินกิจกรรม และการเก็บข้อมูล รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับ กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดโดยไม่ต้องบอกเหตุผล และไม่มีผลต่อการเข้ารับการรักษา ตลอดจนเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถาม สอบถามความสมัครใจ และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย

ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม 2564 – ธันวาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ (1) ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว สถานภาพการสมรส นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2) ข้อมูลผลของโปรแกรมบำบัดแบบแก้ไข ปัญหาซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้ลดระดับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบค่าคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI-1A) ก่อนการบำบัดและหลังการบำบัดครบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI-1A) ก่อนและหลังการบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม โดยใช้ค่าสถิติ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t-test, p-value, 95%CI

### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาการซึมเศร้า จำนวน 62 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 คน และกลุ่มควบคุม 31 คน จำแนกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากเป็นเพศหญิง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 77.42, 87.10 ตามลำดับ กลุ่มอายุ

ส่วนใหญ่ อายุ 60-69 ปี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 64.52, 67.74 ตามลำดับ สถานภาพสมรสคู่ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 77.42, 80.65 ตามลำดับ อาชีพเกษตรกร ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 90.32, 93.55 ตามลำดับ ระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 67.74, 83.87 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,001 - 4,000 บาท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 41.93, 48.38 ตามลำดับ ดังรายละเอียดดังตารางที่ 2

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มพบว่า ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะซึมเศร้าวลดลงจากซึมเศร้าระดับน้อยเป็นระดับปกติ โดยก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนน (Mean=15.06 SD=2.50) หลังทดลองค่าเฉลี่ยคะแนน (Mean=10.13, SD=2.97) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t=11.48$ ,  $p\text{-value} < 0.01$ ) ซึ่งแสดงว่าโปรแกรมบำบัดช่วยให้กลุ่มทดลองมีระดับภาวะซึมเศร้าวลดลง เปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะซึมเศร้าไม่เปลี่ยนแปลง โดยก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนน (Mean=15.29, SD=2.27) หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนน (Mean=14.81, SD=2.56) แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t=1.48$ ,  $p\text{-value}=0.15$ ) แสดงให้เห็นว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาไม่สามารถทำให้ภาวะซึมเศร้าวลดลง ดังรายละเอียดดังตารางที่ 3

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean=15.29, SD=2.27) และกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean=15.06, SD=2.50) แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

Effect of Problem-Solving Therapy Program on Depression of Type 2 Diabetic Patients with Depressive Disorder

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา และรายได้ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คุณลักษณะทางประชากร		กลุ่มทดลอง (n=31)		กลุ่มควบคุม (n=31)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	7	22.58	4	12.9
	หญิง	24	77.42	27	87.1
อายุ (ปี)	<50	3	9.68	2	6.45
	50-59	8	25.81	8	25.81
	60-69	20	64.51	21	67.74
		Mean=61.16 SD=8.07		Mean=63.35 SD=8.71	
สถานภาพสมรส	โสด	1	3.23	1	3.23
	คู่	24	77.42	25	80.64
	หม้าย	6	19.35	5	16.13
อาชีพ	เกษตรกร	28	90.32	29	93.55
	ค้าขาย	3	9.68	2	6.45
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	21	67.74	26	83.87
	มัธยมศึกษา	8	25.81	5	16.13
	ปริญญาตรี	2	6.45	0	0
รายได้ต่อเดือน (บาท)	ต่ำกว่า 3,000	8	25.81	14	45.16
	3,001-4,000	13	41.93	15	48.38
	4,001-5,000	2	6.45	1	3.23
	มากกว่า 5,000	8	25.81	1	3.23
		Mean=3,500.18 SD=203.03		Mean=2,925.81 SD=170.70	

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะซึมเศร้า	n	Mean	SD	Mean difference	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	31	15.06	2.5	4.94	0.43 - 5.81	11.48	<0.01
หลังการทดลอง	31	10.13	2.97				
กลุ่มควบคุม							
ก่อนการทดลอง	31	15.29	2.27	0.48	-0.18 - 1.15	1.48	0.15
หลังการทดลอง	31	14.81	2.56				

ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า

0.05 ( $t=0.98$ ,  $p\text{-value}=0.34$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน กล่าวคืออยู่ในภาวะซึมเศร้าระดับน้อยทั้งสองกลุ่ม ส่วนคะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองพบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ย ( $Mean=14.81$ ,  $SD=2.56$ ) และกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย ( $Mean=10.13$ ,  $SD=2.97$ ) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t=8.31$ ,  $p\text{-value} < 0.01$ ) กล่าวคือหลังการทดลองกลุ่มควบคุมคะแนนซึมเศร้าไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนกลุ่มทดลองคะแนนซึมเศร่าลดลง ทำให้ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนซึมเศร้าแตกต่างกัน รายละเอียดตารางที่ 4 โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดแบบสุขภาพจิตศึกษา มีคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลงเป็นระดับปกติ จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.45

สรุปผลจากการทดลองใช้โปรแกรมบำบัดแบบแก้ปัญหา สามารถใช้ในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าได้ และช่วยให้ผู้ป่วยหายจากภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้น พยาบาลจิตเวชหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ควรนำการบำบัดโดยการแก้ปัญหาไป

ประยุกต์ใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

วิจารณ์

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มทดลองมีระดับอาการซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองลดลงมากกว่าในกลุ่มควบคุมนั้น เป็นเพราะผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบำบัดแบบแก้ปัญหา ซึ่งโปรแกรมนี้มีจุดเด่นที่การที่ผู้รับการบำบัดได้รับทราบถึงเป้าหมายและระยะต่างๆของการบำบัด จะช่วยให้เข้าใจภาพรวมของกิจกรรม การกำหนดปัญหาให้ชัดเจน จะช่วยแยกแยะว่าปัญหาใดควรได้รับการแก้ไขก่อน ซึ่งเดิมผู้ป่วยจะมองปัญหาผสมผสานกันจึงยากที่จะแก้ปัญหาได้ การกำหนดเป้าหมายโดยใช้เครื่องมือ SMART goal ที่ช่วยให้ตั้งเป้าหมายที่เป็นรูปแบบ สามารถช่วยให้บรรลุถึงเป้าหมายสูงสุด ส่วนการสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาที่มีหลายทางเลือก ช่วยเพิ่มโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาได้มากกว่าทางเลือกเดียว และการช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้เลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ตนพึงพอใจเหมาะสมกับตนเองจะทำให้แนวทางปฏิบัติสอดคล้องกับรูปแบบของแต่ละบุคคล ส่วนการทดลองปฏิบัติตามแนวทางการแก้ปัญหาที่ระบุไว้ในแผนจะช่วยให้ปฏิบัติได้ตามรายละเอียดต่างๆ วิธีที่ระบุไว้สุดท้ายการประเมินผล เพื่อยืนยันความ-

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะซึมเศร้า	n	Mean	SD	Mean difference	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มควบคุม	31	15.29	2.27	0.23	-0.24 - 0.70	0.98	0.34
กลุ่มทดลอง	31	15.06	2.5				
หลังการทดลอง							
กลุ่มควบคุม	31	14.81	2.56	4.68	3.53-5.83	8.31	<0.01
กลุ่มทดลอง	31	10.13	2.97				

สำเร็จและยังสามารถเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาครั้งต่อไป ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการที่ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถหาวิธีการจัดการปัญหาที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จึงทำให้ระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงสู่ภาวะปกติ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโปรแกรมบำบัดแบบแก้ไขปัญหามีประสิทธิผลในการลดระดับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ โดยผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสมบัติ สกุลพรรณ และคณะ<sup>(24)</sup> ที่ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดแบบแก้ไขปัญหาคือต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังจากทดลองผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง มีระดับอาการซึมเศร้าเฉลี่ย (Mean=8.92, SD=3.66) ซึ่งมีระดับอาการซึมเศร้ามลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับอาการซึมเศร้าเฉลี่ย (Mean=15.88, SD=3.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของธวัชชัย พลະศักดิ์<sup>(25)</sup> เรื่องผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหานั้นน้อยกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hoseini Z และคณะ<sup>(26)</sup> ที่ศึกษาเรื่องผลของทักษะการแก้ปัญหและการตัดสินใจต่อแนวโน้มภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าในกลุ่มทดลองมีทักษะการเผชิญปัญหาที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และสามารถลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

#### ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาคือต่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้สำหรับลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้าในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิต่อไป

2. ควรมีการพัฒนาและวิจัยโปรแกรมการบำบัดด้วย

การแก้ปัญหาคือต่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีภาวะซึมเศร้ามร่วมด้วย

3. การประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการบำบัด ควรมีการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่องทุกๆ 3 เดือนจนครบ 1 ปี เพื่อเป็นการติดตามประเมินผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดจนครบ มีการเปลี่ยนแปลงของระดับภาวะซึมเศร้าเป็นอย่างไร และพัฒนารูปแบบของโปรแกรมในการบำบัดให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

4. เนื่องจากโปรแกรมนี้เป็นโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมที่มีความจำเพาะ ผู้ที่จะใช้โปรแกรมต้องได้รับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการจากผู้พัฒนาโปรแกรมหรือผู้ที่มีประสบการณ์ในการใช้โปรแกรมห้

#### เอกสารอ้างอิง

1. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes care* 2004;27(5):1047-53.
2. กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เนื่องในวันเบาหวานโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 10 ต.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/>.
3. วิชัย เอกพลการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ตีไซนซ์; 2559.
4. American Diabetes Association. Economic costs of diabetes in the US in 2012. *Diabetes Care* 2013;36(4):1033-46.
5. สุภาวดี ศรีรัตนประพันธ์. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มารักษาในโรงพยาบาลละหานทราย อ.ละหานทราย จ.บุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาล ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์* 2018;33(3):249-64.
6. Rungreangkulkij S, Thavornpitak Y, Kittiwatanapaisan W, Kotnara I, Kaewjanta N. Prevalence and factors of



- depression among Type 2 diabetic patients. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2014;59(3):287-98.
7. World Health Organization. Depressive disorder [Internet]. 2018 [cited 2022 Jun 12]. Available from: <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/depression>
  8. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ป่วยซึมเศร้าเหี่ยวสังคม ถูกปรักปรำคดีฆ่าตัวตาย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 10 มีค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30118>.
  9. เกียรติภูมิ วงศ์รจิต. กรมสุขภาพจิต ห่วงวัยรุ่นเยาวชนไทยมีภาวะซึมเศร้า แนะนำรอบข้างรับฟังอย่างเข้าใจ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 16 มค. 2563]. แหล่งข้อมูล: [http://www.jvkk.go.th:8080/web\\_jvkk\\_th/index.php/viewnew/form/detail\\_id/1963](http://www.jvkk.go.th:8080/web_jvkk_th/index.php/viewnew/form/detail_id/1963).
  10. Stimpson N, Agrawal N, Lewis G. Randomised controlled trials investigating pharmacological and psychological interventions for treatment-refractory depression: systematic review. British Journal of Psychiatry 2002; 181(4):284-94.
  11. Mental Health Department Ministry of Public Health. World Mental Health Day [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 02]. Available from: [www.klb.dmh.go.th/modules.php?m=news&gr=op=detail&news\\_id=9](http://www.klb.dmh.go.th/modules.php?m=news&gr=op=detail&news_id=9).
  12. Egede LE, Ellis C. Diabetes and depression: global perspectives. Diabetes Research and Clinical Practice 2010;87(3):302-12.
  13. โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม. รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านสุขภาพ อำเภอเชียงใหม่. มหาสารคาม: โรงพยาบาลเชียงใหม่; 2563.
  14. Rustad JK, Musselman DL, Nemeroff CB. The relationship of depression and diabetes: pathophysiological and treatment implications. Psychoneuroendocrinology 2011;36(9):1276-86.
  15. วิชิตา บุษบงค์, นพพร ไทวธีระกุล, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, เพชร รอดอารีย์, ดุสิต สุจิรัตน์. บทบาทของแรงจูงใจในความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ณ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วารสาร-สาธารณสุขศาสตร์ 2014;44(1):4-16.
  16. D’Zurilla TJ, Nezu AM, Maydeu-Olivares A. Social problem solving: theory and assessment. Washington DC: American Psychological Association; 2004.
  17. D’Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy. Georgetown: Guilford Publications Returns; 2010.
  18. Erdfelder E, Faul F, Buchner A. GPOWER: A general power analysis program. Behavior Research Methods, Instruments Computers 1996;28(1):1-11.
  19. Hedges LV. Estimation of effect size from a series of independent experiments. Psychological Bulletin 1982; 92(2):490.
  20. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri WF. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. Journal of Personality Assessment 1996; 67(3):588-97.
  21. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สำหรับพยาบาลจิตเวชในสถานบริการระดับตติยภูมิ. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 20 มีค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaidepression.com/www/58/cnpgtertiarycare.pdf>.
  22. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. Schizophrenia Bulletin 1980;6(3):490.
  23. มุกดา ศรีรงค์. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory IA [BDI-IA]) ฉบับภาษาไทย. กรุงเทพมหานคร: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย-รามคำแหง; 2522.
  24. ราตรี ทองยู, วรณา คงสุริยะนาวิณ, อทิตยาพร ชัยเกตุ-โอวยอง, ลีวรรณ อุนนาภิรักษ์. ผลของกลุ่มบำบัดแบบแก้ไขปัญหาคืออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2.

- วารสารสภาการพยาบาล 2012;26(3):78-91.
25. ธวัชชัย พละศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, รัชนิกร อุปเสน. ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2017;31(1):60-74.
26. Abazarian E, Baboli MT, Abazarian E, Ghashghaei FE. The effect of problem solving and decision making skills on tendency to depression and anxiety in patients with type 2 diabetes. *Advanced Biomedical Research* 2015; 4:112-16.

**Abstract: Effect of Problem-Solving Therapy Program on Depression of Type 2 Diabetic Patients with Depressive Disorder in Chaing Yuen Hospital, Maha Sarakham Province**

**Suchitra Yaworn, M.N.S.\*; Chayaphon Yaworn, Dr.P.H.\*\***

\* Chiang Yuen Hospital, Maha Sarakham Province; \*\* 60<sup>th</sup> Anniversary for Queen Sirikit Health Centre Ban Krabak, Public Health Division, Maha Sarakham Provincial Administrative Organization, Thailand  
*Journal of Health Science* 2023;32(6):1103-12.

This research aimed to compare the effect of a problem-solving therapy program on depression of type 2 diabetic patients with depressive disorder in Chaing Yuen Hospital, Maha Sarakham province. The research design was a two-group quasi-experimental study. The results were measured before and after the experiment and compared between the groups. The sample consisted of 62 type 2 diabetes patients with depression. The experimental group received a problem-solving therapy program and the control group received mental health education. The evaluation was assessed using the Beck Depression Inventory. Descriptive data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation and test for differences in depression means using t-test statistics. The research results found that the mean depression assessment score of type 2 diabetic patients with depression within the experimental group before and after the experiment before the experiment was significantly higher than after the experiment ( $p < 0.05$ ). Within the control group, it was found that there was no difference of the scores before and after the experiment ( $p > 0.05$ ); as well as the mean depression assessment score between the experimental group and the control group before the experiment. In addition, the mean depression assessment score between the experimental group and the control group after the experiment was found to be significantly different ( $p < 0.05$ ). Thus the problem-solving therapy program should be widely promoted to reduce depression among type 2 diabetic patients.

**Keywords:** diabetes mellitus; depressive disorder; problem-solving therapy