

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

วาริน เกลาคูณ

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง:

การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

นางวาริน เสดาคูณ,

ผู้ศึกษา

รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์,

พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก

อาจารย์อติตา พรชัยเกตุ โอว ของ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

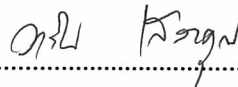
เรื่อง

จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง:

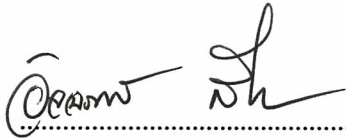
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

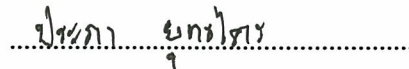
วันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2553



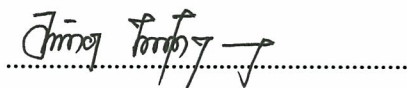
นางวาริน เสลาคุณ,
ผู้ศึกษา



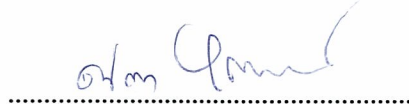
รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์,
พย.ด.
กรรมการสอบสารนิพนธ์



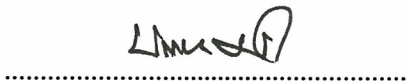
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไตร,
พย.ด.
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



อาจารย์อติดา พรชัยเกตุ โอว ยอง,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



นางดวงตา ไกรภัสสรพงษ์,
พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และ อาจารย์อติติยา พรชัยเกตุโอว ของ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบ แก้ไขและให้คำแนะนำในการปรับปรุงสารนิพนธ์ให้ถูกต้อง สมบูรณ์ ตลอดระยะเวลาการทำสารนิพนธ์ ผู้ศึกษาได้รับการช่วยเหลือและดูแลจากอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นอย่างดี รู้สึกละอายใจ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไทร ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการทำสารนิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ แพทย์หญิงดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ ที่กรุณาตรวจสอบและเป็นกรรมการในการสอบสารนิพนธ์

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนทุนการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลโพธาราม หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโพธารามที่อนุญาตให้ศึกษาต่อ ขอขอบคุณคุณทินกร เนื่องพาสุก สารานสุขอำเภอบ้านโป่ง คุณชานาญ หลีล้วน หัวหน้าสถานีอนามัยตำบลคอนกระเบื้อง คุณดวงใจ นุชพันธ์ หัวหน้าสถานีอนามัยตำบลสวนกล้วย ที่ได้สนับสนุนด้านเวลาในการศึกษา และขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานเพื่อนร่วมรุ่นทุกคน รวมถึงครอบครัว สามี บุตรทั้งสองที่เป็นกำลังแรงใจในความสำเร็จ

คุณค่าและคุณประโยชน์ของสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอขอบคุณบิดา มารดา ผู้ให้กำเนิดและคณาจารย์ทุกท่านที่ให้ความรู้ ที่ทำให้ผู้ศึกษาได้ประสบความสำเร็จในครั้งนี้

วาริน เสงลาคุณ

จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY FOR REDUCING DEPRESSIVE SYMPTOMS IN WOMEN: EVIDENCE-BASED NURSING

วาริน เสงลาคุณ 5036766 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อัจฉราพร สิริบุญวงศ์, พย.ด., อติยา พรชัยเกตุ โอว ของ, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ การสืบค้น พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพจำนวนทั้งหมด 7 เรื่อง เป็น Randomized Controlled Trial 4 เรื่อง One Group Pre-Post Test Design 1 เรื่อง Retrospective 1 เรื่อง Expert Opinion 1 เรื่อง นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาประเมินคุณภาพตามเกณฑ์การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Polit & Beck (2008) 3 ด้านได้แก่ การสอดคล้องกับประเด็นปัญหา การมีความหมายในเชิงของศาสตร์ แนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ รวมทั้งการประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout Overholt (2005). พบว่าจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง มี 2 รูปแบบหลัก คือ (1) จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลแบบมาตรฐานใช้การบำบัด 12-24 ครั้ง เหมาะสำหรับผู้หญิงที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า หรือที่มีอาการกลับป่วยซ้ำของโรคซึมเศร้า การบำบัดแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะต้นเป็นการระบุปัญหาสัมพันธ์ภาพ ระหว่างบุคคลที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า ระยะกลางจะเป็นการจัดการกับปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่าง บุคคลของผู้ป่วย ระยะสุดท้าย เป็นการยุติการบำบัดและป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าซ้ำในอนาคต (2) จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลระยะสั้นมี 2 แบบคือ แบบมี engagement session และแบบมี case management ร่วมด้วยเหมาะสำหรับผู้หญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่มีรายได้น้อย มีข้อจำกัดด้านเวลา มีรูปแบบเหมือนรูปแบบมาตรฐานแต่ต่างกันที่มีการจูงใจเข้าร่วมการบำบัดดูแลให้ผู้ป่วย ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานใช้การบำบัด 8-9 ครั้ง ติดต่อกันทุกสัปดาห์ก่อนนำรูปแบบจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลไปใช้ควรมีการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล และเลือกใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและหน่วยงาน

คำสำคัญ: จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล / โรคซึมเศร้า / อาการซึมเศร้า / ผู้หญิง

INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY FOR REDUCING DEPRESSIVE SYMPTOMS IN WOMEN: EVIDENCE-BASED NURSING

WARIN SALAKUN 5036766 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: ACHARAPORN SEEHERUNWONG, D.N.S., ATITTAYA PORNCHAIKATE AU YEONG, Ph.D. (Nursing)

ABSTRACT

This study aimed to investigate the method of interpersonal psychotherapy (IPT) from evidence-based studies and practice for reducing depressive symptoms in women. The search yielded seven qualified evidence studies: 4 randomized controlled trials, 1 study of one group pre-post test, 1 retrospective study, and 1 expert opinion article. The evidences were evaluated for the quality and strength of evidence. The quality of evidence was based on criteria for evaluating evidence for research utilization, as suggested by Polit and Beck (2008). Those criteria include clinical relevance, scientific merit, and implementation potential. The strength of evidence was evaluated by applying a classification for level of evidence, as suggested by Melnyk and Fineout-Overholt (2005). The results revealed that for reducing depressive symptoms in women, IPT contains two models: standard IPT and brief IPT. The standard IPT takes 12-24 sessions and is appropriate for women diagnosed with depressive disorders or recurrent depressive disorders. It has 3 phase, in the beginning phase, the therapist establishes the associations between interpersonal adversity and depression. In the middle phase, the focus of the therapy is determined according to the current interpersonal problems that appear to be most related to the onset and perpetuation of the individual's current depressive episode. During the termination phase, therapeutic gains are reviewed and consolidated along with contingency planning in the event of a recurrence of depression. Another therapy is the brief IPT with 2 formats: with engagement session and with case management. It takes 8-9 sessions and is suitable for women with depressive symptoms that have never been diagnosed with depressive disorders, women with low income, and those having time limitations. Before utilizing the recommendations in practice settings, clinical nursing practice guidelines should be developed to be appropriate for the target population and settings.

KEY WORDS: DEPRESSIVE DISORDERS / DEPRESSIVE SYMPTOMS /
INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY / WOMEN

158 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ปัญหาการศึกษา	10
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	11
1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	11
บทที่ 2 วิธีการดำเนินการ	12
บทที่ 3 ผลการดำเนินการ	16
3.1 ผลการศึกษาและสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ	16
3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์	20
3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	86
3.4 ข้อเสนอแนะในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้	98
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	113
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	116
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	133
บรรณานุกรม	151
ประวัติผู้ศึกษา	158

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงมีอาการรุนแรงมากจนเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในที่สุด ทุกประเทศทั่วโลกพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 10-25 มีอาการของโรคซึมเศร้า (WHO, 2005) สำหรับประเทศไทย ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ที่อายุระหว่าง 15-59 ปี จากการประเมินด้วยแบบประเมิน Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) พบร้อยละ 3.98 สัดส่วนผู้สูงอายุ : ผู้ชาย 1.7 : 1 ในเพศหญิงจะเริ่มพบมากตั้งแต่อายุ 35 ปี และมี episode เกิดมากที่สุดในช่วง อายุ 45-54 ปี กลุ่มผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกของโรคมากที่สุดร้อยละ 7.2 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธนา กิตติรัตนไพบูลย์ และ อัจฉรา จรัสสิงห์, 2547) ในส่วนของจังหวัดราชบุรี เมื่อเทียบจำนวนประชากรกลางปี พ.ศ.2551 ของผู้สูงอายุทั้งหมดในจังหวัดราชบุรี จำนวน 426,746 คน คำนวณอัตราความชุกของโรคซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่ร้อยละ 3.98 จากผลการศึกษาความชุกในประเทศไทย (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ, 2547) ดังนั้นสามารถประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในจังหวัดราชบุรี ได้จำนวนทั้งสิ้น 16,984 คน ยอดผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการรักษาในปี พ.ศ. 2551 ในจังหวัดราชบุรี มีจำนวนทั้งสิ้น 1,406 คน (ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงานกรมสุขภาพจิต, 2550) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่ยังไม่ได้รับการรักษายังมีมาก และข้อมูลจากตำบลคอนกระเบื้อง อำเภอ บ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็นสถานที่ที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 3,323 คน ประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในตำบลคอนกระเบื้อง 133 คน จากการสุ่มประเมินผู้สูงอายุวัยผู้ใหญ่ 100 คน พบผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้า 23 คน แบ่งเป็นอาการของโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 15 คน ระดับปานกลาง 7 คน ระดับรุนแรง 1 คน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังมีผู้สูงอายุในชุมชนยังไม่ได้รักษาอีกเป็นจำนวนมาก และมากกว่ายอดประมาณการทางสถิติ

ความสูญเสียที่เกิดจากโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จากการศึกษาเปรียบเทียบการสูญเสียปีสุขภาวะที่เกิดจากโรคต่างๆ ในผู้สูงอายุ ที่ทำให้ในหนึ่งปีมีการสูญเสียทางด้านสุขภาพจากการเจ็บป่วย พิการ และตายก่อนวัยอันควร(disability adjusted life years) พบว่าโรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความ

สูญเสียปีสุขภาวะในผู้หญิงเป็นอันดับ 4 รองจากโรคหลอดเลือดสมอง เอชไอวี และเบาหวาน(ชรินทร์ ลิมสนธิกุล, 2552) เนื่องจากผู้หญิงที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จะมีประสิทธิภาพทางด้านต่างๆ ลดลง หรืออยู่ในสภาวะที่ไร้ความสามารถ เมื่อพิจารณาเฉพาะจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years of Life Lost due to Disability – YLDs) พบว่าเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการสูญเสียเนื่องจากภาวะพร่องด้านสุขภาพ (ชรินทร์ ลิมสนธิกุล, 2552) ในผู้หญิงไทยทั้งหมดที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามี การสูญเสียปีสุขภาวะเท่ากับ 145,336 Disability – Adjusted Life Year, DALYs การคำนวณ DALYs เป็นการวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์รวม ที่วัดภาวะการสูญเสียด้านสุขภาพ หรือช่องว่างสุขภาพ (health gap) โดยแสดงถึง จำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (years of life lost, YLL) รวมกับจำนวนปีที่มิมีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (years lived with disability, YLD) สูตรการคำนวณอย่างง่ายคือ $DALY = YLL + YLD$ ซึ่งถือว่าสูงที่สุดในกลุ่มโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2546) อีกทั้งหากไม่ได้รับการแก้ไขและปล่อยไว้จนเกิดปัญหาการฆ่าตัวตายก็จะสร้างความสูญเสีย ให้แก่ครอบครัวและสังคมโดยรวมเป็นจำนวนอย่างน้อย 5,500 ล้านบาทต่อปี (คำนวณจากจำนวนปีที่สูญเสียสุขภาพ หรือ Disability – Adjusted Life Year, DALYs ของข้อมูลปี พ.ศ. 2542 เท่ากับ 147,988 DALYs) (อภิชัย มงคล, 2546)

ผลกระทบของอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง หรือโรคซึมเศร้าในผู้หญิง มีดังนี้

ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ ทางด้านต้นทุนค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของประเทศไทย คิดเป็น 25,008,658 บาทต่อปี (กิตติวรรณ เทียมแก้ว, บุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, และศุภสิทธิ์ พรธมนารุโณทัย, 2550) และการฆ่าตัวตายเป็นผลกระทบที่รุนแรงที่สุดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งทำให้ประเทศต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลก่อนวัยอันควร **ผลกระทบต่อครอบครัว** บุคคลที่มีโรคซึมเศร้าจะมีผลกระทบต่อครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม มีผลกระทบต่อคู่สมรสดังนี้ มีภาวะบกพร่องทางเพศ (สรยุทธ วาสิกันนท์, 2551) ไม่พึงพอใจในชีวิตสมรส มีปัญหาความสัมพันธ์ในชีวิตสมรส (พิมพ์พร สุขเสถียรและมาโนช หล่อตระกูล, 2552) ทำให้เป็นภาระของครอบครัว ก่อให้เกิดความบกพร่องในการทำบทบาทหน้าที่การดำเนินชีวิต มีรายงานเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพและความขัดแย้ง ทำให้เชื่อว่าบุคคลอื่นไม่เป็นที่น่าไว้วางใจแม้แต่คู่สมรส (Hammen, & Brennan, 2001) **ผลกระทบต่อบุตร** มีดังนี้ มารดาที่มีอาการซึมเศร้าที่มีบุตรอายุ 5-12 ปี จะมีผลต่อพฤติกรรมของเด็ก (Boyle, & Pickles, 2004) ไม่สามารถที่จะคงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด (problematic relationships) กับบุตรได้ **ผลกระทบต่อบุคคล** ซึ่งจำแนกเป็นทางด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ มีดังนี้ ด้านร่างกายเมื่อบุคคลมีอาการของโรคซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย เช่น ไม่อยาก

รับประทานอาหาร อ่อนเพลีย ไม่มีแรง นอนไม่หลับ ด้านจิตสังคม ผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้ามักไม่สนใจในกิจกรรมต่างๆ ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มักจะแยกตนเอง และด้านจิตวิญญาณ ผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้ารุนแรง มักจะรู้สึกผิดหวัง ขาดเป้าหมายในชีวิต และรู้สึกว่าชีวิตนี้ไร้ความหมาย นอกจากนั้นในผู้ที่มิโรคทางกายร่วมด้วยจะทำให้อาการของโรคทางกายรุนแรงขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตเร็วกว่าในบุคคลที่ไม่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย (Furlanetto, Cavanaugh, Bueno, Creech, & Powell, 2000) นับว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ทำให้เป็นภาระ ก่อให้เกิดความบกพร่องในการทำบทบาทหน้าที่การดำเนินชีวิตซึ่งสามารถเปรียบเทียบได้กับความบกพร่อง ที่เกิดขึ้นจาก ความพิการที่มีสาเหตุจากโรคเรื้อรังอื่นๆ ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือ หรือแก้ไขจะทำให้รู้สึกหมดหวัง ไร้คุณค่า มีความคิดในด้านลบ มีพฤติกรรมเฉื่อยหนี่ หรือมีความพยายามที่จะฆ่าตัวตายได้ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน (พิเชฐ อุดมรัตน์และคณะ, 2550) ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 77.4 ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง พบความคิดฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 12.9 (ชัยชนก พรหมภักดี และพิเชฐ อุดมรัตน์, 2551) เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้านอกจากจะมี อารมณ์เศร้าเป็นหลักแล้ว ยังพบกลุ่มอาการที่มักพบร่วมกับภาวะอารมณ์เศร้า ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจสิ่งที่เคยชอบ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไร้ค่าและสิ้นหวัง นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร่ายังมีระดับอาการรู้สึกผิดที่มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ด้วย (มาโนช หล่อตระกูล และอุไร บุรณพิเชษฐ, 2542) อาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้จะเป็นติดต่อกันยาวนาน ถึงแม้ว่าโรคซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้ จนแทบเหมือนปกติก็ตาม แต่ต่อไปอีกระยะหนึ่งก็จะมีอาการกลับเป็นซ้ำได้ใหม่อีก ผู้หญิงมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ชาย 6.5 เท่า (ชัยชนก พรหมภักดี และพิเชฐ อุดมรัตน์, 2551) จึงทำให้โรคซึมเศร้ากลายเป็นโรคเรื้อรังที่มีการกลับเป็นซ้ำบ่อย ซึ่งนำไปสู่ความไร้ศักยภาพทางจิตสังคมระยะยาว

สาเหตุและกลไกการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้หญิง มีนักทฤษฎีได้อธิบายสาเหตุไว้หลากหลายแนวคิด ดังนี้ แนวคิดเชิงชีววิทยาการแพทย์อธิบายว่า มีสาเหตุจาก (1) สารสื่อประสาท catecholamine ในผู้หญิงมีน้อยกว่าผู้ชาย ก็มีความเชื่อว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงมีอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย (2) การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ (Deecher, Andree, Sloan, & Schechter, 2007) มีการศึกษาพบว่า ในช่วงก่อนและระหว่างมีประจำเดือน ช่วงตั้งครรภ์ ช่วงหลังคลอด ให้นมบุตร ช่วงใกล้หมดประจำเดือน (perimenopause) และช่วงหมดประจำเดือน (menopause) เป็นช่วงที่ฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายของผู้หญิงมีการผกผันเปลี่ยนแปลงมาก อาการของผู้หญิงในช่วงนี้มักจะผิดปกติไปด้วย จึงมีผู้สรุปว่าภาวะจิตใจของผู้หญิงสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกาย (3) พันธุกรรม จากการศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับโครโมโซม พบว่ายีน x (x-linked dominant gene) ซึ่งมี

ลักษณะของอาการซึมเศร้าอยู่ด้วยจะถ่ายทอดจากแม่สู่ลูกสาวมากกว่าลูกชายเป็นสองเท่า (Mendlewicz, & Fieve, 1972 อ้างตาม ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2546) แนวคิดเชิงจิตวิเคราะห์ อธิบายว่าอาการซึมเศร้าในเพศหญิง เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงสาระสำคัญของการสูญเสียและการไม่ยอมรับการสูญเสียนั้น (Abraham, 1911/1968 อ้างตาม Halgin & Whitbourne, 2000) แนวคิดจิตวิทยาพัฒนาการ อธิบายว่าภาวะจิตใจและการพัฒนาของผู้หญิงขึ้นอยู่กับบทบาทด้านการเจริญพันธุ์ (reproductive role) ของผู้หญิง นั่นคือผู้หญิงต้องมีคู่หรือมีสามี และมีลูกจึงจะมีโอกาสแสดงบทบาทเมียแม่ และทำให้ชีวิตสมบูรณ์อย่างแท้จริงและเมื่อผู้หญิงไม่ได้สมหวังในบทบาทดังกล่าว จึงทำให้ผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า แนวคิดเชิงสตรีนิยมซึ่งมีหลายกลุ่มอธิบายการเกิดโรคซึมเศร้าโดยสรุปคือ เมื่อพิจารณาแนวคิดต่างๆ ที่อธิบายสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าของผู้หญิงจะพบว่า แต่ละแนวคิดต่างมีจุดเน้นเฉพาะไปที่เรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นหลัก สาเหตุการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าของผู้หญิงที่มีจำนวนมากนั้นอธิบายได้หลายแนวคิด ซึ่งส่วนใหญ่ล้วนเกี่ยวข้องกับความรู้สึกลดค่าทั้งสิ้น มีหลักฐานอย่างชัดเจนว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้หญิงวัยกลางคนนั้นมิได้เป็นผล โดยตรงมาจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย และภาวะหมดประจำเดือนเท่านั้น (Hunter, 1990; 1996; Dell & Stewart, 1997; Dennerstein et al; 1999; Lock, 2000 อ้างใน ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2546) แต่สาเหตุส่วนใหญ่มาจากเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดในวิถีชีวิตของผู้หญิงและเกี่ยวข้องกับบริบทเชิงสังคมวัฒนธรรม (Nolen-Hoeksema, 1987; McKinlay, McKinlay, & Brambilia, 1987; Salmans, 1995; Wood & Mitchell, 1977; WHO, 2000 อ้างใน ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2546) จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงมีหลากหลาย ซึ่งสามารถจัดกลุ่มปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงตามกรอบแนวคิดของ stress-diathesis model (อ้างใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2542) ออกเป็น 4 กลุ่มปัจจัย ดังนี้

(1) ปัจจัยเสี่ยง (Predisposing Factors) ที่ทำให้ผู้หญิงเกิดอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่ ประสิทธิภาพการถูกทารุณกรรม และการถูกทารุณกรรมทางเพศในวัยเด็ก (Hall, Sachs, Rayens, & Lutenbacher, 2007) การสูญเสียมารดา ก่อนวัย 11 ปี และประวัติครอบครัวที่มีโรคซึมเศร้า (Sangon, 2005)

(2) ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการ (Precipitating Factors) ของโรคซึมเศร้า ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Schmidt, Murphy, Rubinow, & Danaceau, 2003; Sangon, 2005; ธรณินทร์ กองสุข, พิเชฐ อุดมรัตน์, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, มาโนช หล่อตระกูล, ณรงค์ มณีทอง, นันทวัช สิริพิทักษ์ และคณะ, 2551) ผู้ที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่เกิดขึ้นกับตนเองและคนใกล้ชิด มีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่มีเหตุการณ์ความเครียด (ธรณินทร์ กองสุขและ

คณะ, 2551) การสูญเสียบุคคลสำคัญ (Schmidt, et. al., 2003) การติดแอลกอฮอล์และยาเสพติด (ชรินทร์ กองสุขและคณะ, 2551) ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยพบปัญหาการเปลี่ยนผ่าน บทบาทมีระดับความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าสูงสุด กล่าวคือ ผู้ที่มีการเปลี่ยนผ่านบทบาทมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่มี การเปลี่ยนผ่านบทบาท 15 เท่า รองลงมา ผู้ที่มีความบกพร่องทางด้านสัมพันธภาพมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มากกว่าผู้ที่ไม่มี ความบกพร่องทางด้านสัมพันธภาพ 9 เท่า ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มากกว่าผู้ที่ไม่มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย 7.25 เท่า และผู้ที่มีความขัดแย้งทางบทบาทมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่มี ความขัดแย้งทางบทบาท 4.30 เท่า (พีรพนธ์ ลีอนุวัธชัย, นันทิกา ทวิชาชาติ และสมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์, 2551)

(3) ปัจจัยที่ทำให้อาการของโรคซึมเศร้าคงอยู่ (Perpetuating Factors) ในผู้หญิง ได้แก่ ความเครียดในบทบาท ความเครียดในบทบาทของมารดา (Balog, Janszky, Leineweber, Blom, Wamala, & Orth-Gomer, 2003) ปัญหาความเครียดจากโรคทางกาย (มงคล จิตวัฒนากร และวาสนา พัฒนกิจาร, 2542) ความขัดแย้งระหว่างบุคคล (Zapf, 2002) ปัญหาในชีวิตสมรส (สุชาติ พหลภักย์, 2534) ปัญหาพฤติกรรมของพ่อแม่และครอบครัว (ชรินทร์ กองสุขและคณะ, 2551) และ สัมพันธภาพในครอบครัว (อติทยา จังพานิช, 2549)

(4) ปัจจัยปกป้อง (Protective Factors) ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง (อติทยา จังพานิช, 2549) การเลิกงานบ้านเป็นงานที่มีลำดับความสำคัญมาก (ทัศนีย์ ชูวรรณะ ปรกรณ์, นันทา เล็กสวัสดิ์ และอริก ลาร์สัน, 2547) ผู้หญิงที่มีปัจจัยเหล่านี้มากกว่าจะมีอาการซึมเศร้า น้อยกว่าผู้หญิงที่มีปัจจัยเหล่านี้น้อยกว่า

สรุปจากการทบทวนสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในด้านต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการปฏิบัติงานในคลินิกพบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้หญิงมีอาการของโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่เป็น ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเช่นกัน ซึ่งได้แก่ ความขัดแย้งกับคู่สมรส การแยกจากคู่สมรส การสูญเสียบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต การปรับเปลี่ยนบทบาท ซึ่งผู้หญิงจะมีการปรับเปลี่ยน บทบาทมากและบ่อย เช่น การเปลี่ยนบทบาทจากเด็ก สู่วัยรุ่น การเปลี่ยนบทบาทเป็นภรรยา การ ตั้งครรภ์ การเลี้ยงดูบุตร การเป็นมารดา นอกจากนั้น ผู้หญิงส่วนใหญ่มีลักษณะการพึ่งพาบุคคลอื่น ผู้ศึกษาจึงสนใจค้นหาแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการปรับแก้ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่ง เป็นสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้หญิงในคลินิกที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงาน อันจะนำไปสู่การพ้นหาย จากโรคซึมเศร้าในที่สุด

อาการของโรคซึมเศร้า เป็นกลุ่มอาการร่วมซึ่งสามารถ พิจารณาตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามอาการและพฤติกรรมดังนี้ มีปัญหาด้านอารมณ์ซึมเศร้า 1 อาการร่วมกับอาการอย่างอื่นอีก 4 อาการ รวมเป็น 5 อาการ จากเกณฑ์การวินิจฉัย 9 อาการ มีระยะเวลาการเป็นเกือบทั้งวัน หรือตลอดวัน นานติดต่อกัน 2 สัปดาห์ ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยมีดังนี้ 1) มีอารมณ์เศร้าเกือบตลอดวัน และเป็นติดต่อกันทุกวัน 2) ความกระตือรือร้น ความรู้สึกสนุกสนานในกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำ เคยชอบ ลดลงมาก มีพฤติกรรมเฉื่อยชาตลอดเวลาเกือบทั้งวัน หรือทั้งวัน ติดต่อกันเกือบทุกวัน 3) ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงอาจลดลงหรือเพิ่มขึ้นทุกวัน หรือเกือบทุกวันทำให้น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลง ชัดเจน ถ้าเบื่ออาหารน้ำหนักก็จะลดลงมา ถ้าอยากอาหารมากขึ้น รับประทานมากขึ้นน้ำหนักก็เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน 4) การนอนผิดปกติอาจจะนอนไม่หลับ หรือหลับบ่อยมาก หรือหลับนานผิดปกติไปจากเดิมเกือบทุกวัน 5) มีการเปลี่ยนแปลงของการเคลื่อนไหวทางร่างกาย เช่น กระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่งมากกว่าปกติ หรือเชื่องช้าลง รวมไปถึงความคิด โดยคิดช้าลงหรือคิดฟุ้งซ่านมากขึ้น เกือบทุกวัน 6) อ่อนเพลีย ไม่มีแรงเกือบทุกวัน 7) มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกที่ตนเองผิด หรือไม่ใช่อะไรมากเกินไปเหตุเกือบทุกวัน ความรู้สึกนี้อาจรุนแรงถึงขั้นหลงผิดได้ 8) สมาธิไม่ดี ความสามารถในการตัดสินใจลดน้อยลง จนถึงไม่สามารถตัดสินใจได้ โดยมีอาการเช่นนี้เกือบทุกวัน 9) คิดซ้ำๆ เรื่องความตาย คิดฆ่าตัวตาย หรือวางแผนฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย (American Psychiatric Association, 2005)

อาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงมักพบอาการที่ไม่เป็นไปตามแบบแผน (Atypical depressive features) มีอาการร่วมหลายอาการ เช่น มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆ มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ (Bosworth, Bastian, Kuchibhatla, Steffens, McBride, & Skinner, et.al., 2001) ความสุขทางเพศลดลง ซึ่งอาการนี้เป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงได้ (Smith, Kyle, Forty, Cooper, Walters, Russell, & Caesar, et.al., 2008) และอาจมีอาการวิตกกังวลร่วมด้วย (Halbreich, & Kahn, 2007)

การรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันมีวิธีการต่างๆหลายวิธี แต่แยกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ดังนี้ คือ การรักษาทางชีวภาพ และการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งการรักษาทางชีวภาพ แบ่งเป็นการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า สำหรับการรักษาด้วยยา เป็นวิธีการที่สำคัญในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง เช่นกระวนกระวาย ไม่รับประทานอาหาร ผอมลงมาก หรือมีความคิดฆ่าตัวตายบ่อยๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2542) ยาที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้ามีการออกฤทธิ์โดยเพิ่มระดับของสารสื่อประสาทในสมองส่วนกลาง สารสื่อประสาทที่สำคัญมี 2 ชนิดคือ serotonin และ norepinephrine ซึ่งในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสารสื่อประสาททั้ง 2 ตัวนี้จะลดต่ำลง และผลการลดลง

ดังกล่าวทำให้ส่วนของสมองซึ่งทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม ความอยากรับประทานอาหาร รับประทานอาหาร การนอนหลับและความรู้สึกทางเพศแปรปรวนไป ผู้ป่วยจึงเกิดกลุ่มอาการที่เรียกว่าโรคซึมเศร้า (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) ยารักษาอาการซึมเศร้าปัจจุบันแบ่งตามการออกฤทธิ์เป็น 4 กลุ่มใหญ่ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ยากลุ่ม Tricyclic Antidepressants เช่น ยา imipramine, amitriptyline และ nortriptyline เป็นต้น กลุ่มที่ 2 ยากลุ่ม Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOI) เช่น moclobemide กลุ่มที่ 3 ยากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) เช่น fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline และ citalopram เป็นต้น และกลุ่มที่ 4 ยากลุ่ม New Generation ได้แก่ mianserin, trazodone, tianeptine, bupropion และล่าสุดได้แก่ venlafaxine และ mirtazapine (มานิช หล่อตระกูล, 2549) ในผู้ป่วยที่เริ่มรักษาด้วยยาต้านเศร้า มียาที่แนะนำว่าได้ผลดี เป็นยาในกลุ่ม SSRI ซึ่งได้แก่ sertraline และ fluoxetine (Patrick, Combs, & Gavagan, 2009) การเริ่มรักษาด้วยยา จะใช้เมื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้าอยู่ที่ระดับ ปานกลางถึงรุนแรง (Anderson, Ferrier, Baldwin, Cowen, Howard, Lewis, & Matthews, et.al., 2008) ส่วนการบำบัดทางจิตสังคมเป็นการใช้วิธีการทางจิตบำบัดรูปแบบต่างๆ เช่น จิตบำบัดแบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy) เป็นการบำบัดที่เน้นการปรับปรุงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขความคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องตามความเป็นจริงมากขึ้นรวมถึงการปรับพฤติกรรม จิตบำบัดระยะสั้น (short-term psychotherapy) เป็นการบำบัดที่ผู้บำบัดมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีการสืบค้นถึงความขัดแย้งภายในจิตใจโดยใช้เวลาในการบำบัดไม่เกิน 6 เดือน (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2542) จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การรักษาทางจิตสังคมที่ให้ผลใกล้เคียงกับการรักษาด้วยยาและเป็นการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน ได้แก่ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) และจิตบำบัดแบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy: IPT) (Ellis, Hickie, & Smith, 2003; Fejjo de Mello, de Jesus Mari, Bacaltchuk, Verdeli, & Neugebauer, 2005) จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีทั้งการบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม การบำบัดทางโทรศัพท์ จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้ผลดีกว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มประชากรส่วนใหญ่ที่เป็นผู้หญิง (Fejjo de Mello, et. al, 2005) ส่วนการบำบัดทางจิตสังคมอีกอย่าง คือ การบำบัดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา (Problem solving) (Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007)

ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลดอนกระเบื้อง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เป็นสถานีนอามัยที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่และมีหน้าที่ในการส่งเสริม รักษา พัฒนาสุขภาพประชาชนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ภายใต้นโยบายของสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการ

คัดกรองและค้นหาปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2553 ผลการคัดกรองและประเมิน ผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ 100 ราย พบผู้หญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้ารวม 23 ราย แยกตามความรุนแรงอาการของโรคซึมเศร้าเป็นระดับเล็กน้อย 15 ราย ระดับปานกลาง 7 ราย ระดับรุนแรง 1 ราย ผู้ที่มีอาการระดับปานกลาง ถึงรุนแรง ส่งต่อแผนกจิตเวชโรงพยาบาลบ้านโป่งเพื่อรับการรักษา 4 ราย ปฏิเสธการรักษาด้วยยา 4 ราย ซึ่งผู้ป่วยที่ไปพบแพทย์ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า และได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า ส่วนผู้ที่ปฏิเสธการไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลได้ให้คำปรึกษารายบุคคล เมื่อติดตามประเมินอาการของโรคซึมเศร้าหลัง 1 เดือนพบว่าความรุนแรงของอาการลดลง โดยมีคะแนนลดลงเฉลี่ย 5 คะแนน และพบว่าเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตประจำวันเกิดขึ้นมาใหม่จะมีอาการของโรคซึมเศร้า เพิ่มขึ้น สรุปปัญหาที่สัมพันธ์กับอาการของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีอาการในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงได้แก่ การเปลี่ยนผ่านบทบาท 8 ราย ได้แก่ บุตรแยกออกไปมีครอบครัว 1 ราย เปลี่ยนจากผู้มีสุขภาพดีเป็นเจ็บป่วย 5 ราย เปลี่ยนบทบาทเป็นย่า ยาย และต้องเลี้ยงดูหลาน 2 ราย และการขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต 5 ราย ได้แก่ ทะเลาะกับสามี เนื่องจากสามีมีภรรยาน้อย 1 ราย ขัดแย้งกับแม่สามี 2 ราย ขัดแย้งกับแม่สามีและญาติสามี 1 ราย ขัดแย้งกับผู้บังคับบัญชา 1 ราย ผลการประเมินในผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ จึงพบว่าปัญหาการเปลี่ยนผ่านบทบาทและความขัดแย้งระหว่างบุคคล เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง พบผู้หญิงมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางมากกว่าผู้ชาย ซึ่งถ้าปล่อยทิ้งไว้ก็จะมีอาการรุนแรงขึ้นหรือเรื้อรัง ก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ ดังได้กล่าวมาแล้ว ประกอบกับคนที่มีอาการของโรคซึมเศร้าบางส่วนไม่ยินดีที่จะเข้ารับการวินิจฉัยและรับการรักษาจากแพทย์ ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญของการค้นหารูปแบบของการบริการเพื่อช่วยเหลือผู้หญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้าเหล่านี้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการบำบัดผู้หญิง ที่มีอาการของโรคซึมเศร้า พบว่า จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นวิธีที่มีความเฉพาะสำหรับผู้หญิง และเป็นวิธีที่พัฒนาขึ้นเพื่อบำบัดอาการของโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะ ซึ่งเป้าหมายของการบำบัดด้วยวิธีนี้คือ ลดอาการของโรคซึมเศร้า ปรับปรุงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เป็นสาเหตุของอาการของโรคซึมเศร้า ในปัจจุบัน และเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคม เนื่องจากผู้หญิงเป็นกลุ่มคนส่วนใหญ่ ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลดอนกระเบื้อง ที่ผู้ศึกษาให้การดูแลอยู่ พบปัญหาด้านสัมพันธภาพของผู้หญิงในชุมชนที่เป็นปัญหาสูงสุดคือ ปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต และปัญหาจากการเปลี่ยนผ่านบทบาทเป็นพื้นฐานเดิมทุกราย จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการบำบัด

การประเมินปัญหาสัมพันธภาพ เพื่อให้เข้าใจถึงกลไกการเกิดอาการของโรคซึมเศร้า ที่สัมพันธ์กับปัญหาสัมพันธภาพ จึงต้องพิจารณาถึง รายละเอียดของ 3 องค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

- 1) อาการที่ปรากฏ (Symptom function) ได้แก่พัฒนาการของอารมณ์ซึมเศร้า ที่มีผลระบบต่างๆ ภายในร่างกาย ส่งผลให้แสดงออกมาด้วยอาการและอาการแสดงต่างๆ เช่น ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ เสียสมดุลของการรับประทานอาหาร อ่อนเพลีย การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในแต่ละวัน ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถจะบอกถึงปัญหาทางชีววิทยา และปัญหาทางจิตสังคมของผู้ป่วย
- 2) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคม ซึ่งปฏิสัมพันธ์ในบทบาททางสังคมของบุคคลได้จากประสบการณ์การเรียนรู้ในวัยเด็ก การคงความสัมพันธ์ทางสังคมขึ้นอยู่ความสามารถ และสมรรถนะส่วนบุคคล
- 3) บุคลิกภาพและลักษณะของปัญหา ประเมินการแสดงออกในเรื่องอารมณ์โกรธ ความรู้สึกผิด การขาดทักษะทางการสื่อสารกับบุคคลอื่น และความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งลักษณะต่างๆ เหล่านี้ เป็นการประเมินประสบการณ์และปฏิกิริยาทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งบุคลิกลักษณะที่บุคคลแสดงออกจะเป็นปัจจัยทำนายการเกิดอารมณ์ซึมเศร้า (Weissman, Markowitz, & Klerman, 2000) ต่อมาให้ประเมินปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เป็นปัญหา (Interpersonal Problem Areas) ได้แก่

การสูญเสีย (Grief and Loss) บราวน์ (Bowlby) ได้อธิบายการสูญเสียว่ามี สามระยะ ได้แก่ ระยะการปฏิเสธ ระยะของความรู้สึกผิดหวัง ระยะของการแยกจาก ซึ่งเป้าหมายของการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินการผ่านทั้ง สามระยะนี้ไปได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถแก้ปัญหาสิ่งที่ทำให้เสียใจมาก และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถพูดถึงการเศร้าโศกเสียใจจากการสูญเสียและสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการสูญเสียกับบุคคลอื่นได้

ขัดแย้งกับบุคคลสำคัญ (Interpersonal Disputes) การขัดแย้งกับบุคคลที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ ที่เป็นสาเหตุของความทุกข์ใจ เช่น คู่สมรส เพื่อนสนิท สมาชิกในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน การบำบัดในระยะแรกจะเป็นการประเมินระยะของการขัดแย้ง มีความสำคัญในการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นการทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับในปัญหา ความขัดแย้ง และความคาดหวังในความสัมพันธ์ ซึ่งแนวทางการบำบัด คือ สรุปเกี่ยวกับปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลว่าอยู่ในระยะใด ระยะการเจรจา หรือการต่อรอง (Negotiation) ระยะนี้ ทั้งคู่จะมีความพยายามในการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ระยะที่หมดหนทาง (Impasse) ระยะนี้ผู้ป่วย ยังมีความพยายามที่จะแก้ปัญหาความขัดแย้ง มีการใช้อุบาย เพื่อถ่วงเวลา ระยะสิ้นสุดลง (Dissolution) ระยะนี้ความสัมพันธ์จะเป็นการห่างเหิน และต้องการการช่วยเหลือ กลยุทธ์ในการบำบัด จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยออกจากสภาพที่อับจนหนทาง โดยให้ความหมายของการขัดแย้งว่าเป็นความขัดแย้งที่แก้ไม่ได้ ผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในการบำบัดโดยการกลับไปสู่ระยะการเจรจาต่อรองและช่วยให้

ผู้ป่วย แก้ไขปัญหาความขัดแย้ง โดยให้แสดงบทบาทสมมติในรูปแบบการสื่อสารที่ต้องการให้เกิดขึ้นในความสัมพันธ์

การเปลี่ยนผ่านบทบาท (Role Transitions) ในความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้น ประกอบไปด้วยปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่มีความซับซ้อน เมื่อบริบทเกี่ยวกับบทบาททางสังคม เปลี่ยนไป ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลก็ย่อมเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ซึ่งการเปลี่ยนผ่านบทบาท หมายถึง การเริ่มหรือสิ้นสุดบทบาทการทำงาน การได้รับตำแหน่งที่สูงขึ้น การออกจากงาน การจบการศึกษา การได้รับการวินิจฉัยโรคทางกายที่สำคัญ ซึ่งการเปลี่ยนผ่านบทบาทบางครั้งเป็นการสูญเสียภาวะสุขภาพดีมาเป็นการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงทั้งหมด บางอย่างก็เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ดี บางอย่างก็เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ดี การบำบัด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านบทบาท ผู้บำบัดต้องเน้นไปที่ความรู้สึกสับสน (Ambivalent) ของผู้ป่วย ว่าเป็นประสบการณ์ในการเปลี่ยนผ่าน ทำให้ผู้ป่วยที่มีความสนใจอยู่กับการเปลี่ยนผ่านบทบาททั้งทางด้านดี และด้านไม่ดี ของบทบาทเก่าและบทบาทใหม่ ผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความรู้สึกสับสนว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนอง (Reactions) และทำให้ผู้ป่วยจัดการกับความรู้สึกเสียใจกับการสูญเสียบทบาทเก่า และการช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวกับบทบาทใหม่ได้อย่างสมดุล และให้กำลังใจผู้ป่วยในการพัฒนาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และสิ่งแวดล้อมทางสังคมใหม่

การพร่องสัมพันธภาพ (Interpersonal Sensitivity / Deficit) การพร่องสัมพันธภาพจะใช้ในการอธิบาย ถึงผู้ป่วยที่มีความยากในการยอมรับและการคงความสัมพันธ์ใกล้ชิด เป็นการบำบัด สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีความแตกต่างจากปัญหาสัมพันธภาพด้านอื่น เพราะมักใช้อธิบายรูปแบบความสัมพันธ์ มากกว่า การเกิดความเครียดจากความสัมพันธ์ ซึ่งการพร่องสัมพันธภาพจะสามารถทำให้เข้าใจพื้นฐานของความสัมพันธ์ และความกดดันที่เกิดขึ้น ว่ามีความซับซ้อนกว่าการเกิดปัญหาสัมพันธภาพ ในสามด้าน (Stuart, 2006)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสามารถลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงได้ อย่างไรก็ตามรูปแบบและวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการลดอาการของโรคซึมเศร่ายังมีความหลากหลาย ผู้ศึกษาจึงสนใจวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบของการบำบัดดังกล่าวเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการในคลินิกต่อไป

1.2 ปัญหาการศึกษา

จากการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางคลินิกของผู้ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลดอนกระเบื้อง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงวัยทำงาน และเมื่อสืบค้นถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากความขัดแย้งกับบุคคล

สำคัญในชีวิตโดยเฉพาะกับสามี และการเปลี่ยนผ่านบทบาทต่างๆ ที่มีอุปสรรคก่อให้เกิดความเครียดในบทบาท เมื่อเกิดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตซ้ำหรือมีภาวะวิกฤตในชีวิต ผู้ศึกษาพบว่าผู้หญิงที่ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือขาดแหล่งทรัพยากร จะไม่สามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ ส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลสามารถลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาผู้หญิงที่มารับบริการในชุมชนตำบลคอนกระเบื้อง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาว่ารูปแบบของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดดูแลผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้าควรเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลในการลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการใช้จิตบำบัดแบบสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง
2. พยาบาลมีแนวทางในการดูแลผู้หญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้า เพื่อลดความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้า
3. สามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการด้านสุขภาพจิตของหน่วยงานต่อไป

บทที่ 2

วิธีการดำเนินการ

เพื่อให้ได้รูปแบบจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับผู้หญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้า และเข้าใจถึงวิธีการบำบัดและเทคนิคการบำบัด รวมทั้งเสนอแนะแนวทางในการใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผู้ศึกษาจึงทบทวนองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะในการใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

2.1 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

กำหนดกรอบการสืบค้นโดยใช้หลักการของ PICO (PICO Framework) (Craig & Smyth, 2001) ซึ่งต้องมีการกำหนดกลุ่มประชากร หัตถการ/การบำบัด การเปรียบเทียบ และการวัดผลลัพธ์ที่ต้องการ การศึกษาครั้งนี้มีการกำหนด PICO ดังนี้

P (Population or Problem)	:	women with depressive disorders
I (Intervention)	:	Interpersonal psychotherapy
C (Comparison intervention)	:	none
O (Outcome)	:	depressive symptoms

ใช้คำสำคัญในการสืบค้นได้แก่ Interpersonal psychotherapy and women and depressive disorders or depressive symptoms ครอบคลุมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผลการวิจัยสามารถลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงด้วยจิตบำบัดแบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จึงกำหนดขอบเขตในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

1. เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความเข้มแข็งในทุกระดับ
2. เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 ถึงปัจจุบัน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
3. เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ฉบับสมบูรณ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
4. เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษาในผู้หญิง ที่มีอายุ 20-65 ปี

5. เป็นจิตบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ชนิดรายบุคคลเท่านั้น

วิธีการที่ใช้ในการสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ จากระบบฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่

2.1.1 ฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ได้แก่ www.Cochrane.org.

2.1.2 การสืบค้นงานวิจัยเดี่ยว สืบค้นจาก ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ OVID, CINAHL, Wiley InterScience, PubMed, Blackwell Synergy, SpringerLink, ProQuest

2.1.3 ฐานข้อมูลงานวิจัยของห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่างๆ ในประเทศ

2.1.4 Hand search วิทยานิพนธ์และสารนิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษาที่ตีพิมพ์เผยแพร่ และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทย

2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ประเมินความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก การมีความหมายหรือการมีคุณค่าในเชิงศาสตร์ ประเมินแนวโน้มที่จะนำไปปฏิบัติ และประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์อีก 1 ด้าน

2.2.1 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เกณฑ์การประเมินความเป็นไปได้ที่นำงานวิจัยไปใช้ในคลินิก (Utilization Criteria) ของ Polit & Beck (2008) ซึ่งประกอบด้วย 3 ประการคือ

2.2.1.1 ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) มีประเด็นที่พิจารณาดังนี้ งานวิจัยมีความเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก สามารถช่วยในกระบวนการตัดสินใจ ในการแก้ปัญหาทางคลินิกหรือทำให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติ มีการทดสอบสมมติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข

ปรับปรุง กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำไปใช้ได้จริง ผลการวิจัยพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติ

2.2.1.2 การมีความหมายในเชิงศาสตร์ (Scientific merit) มีการวิเคราะห์ประเด็นต่างๆ ดังนี้ ชื่อเรื่อง ปัญหาการวิจัย กรอบแนวคิด ทฤษฎี การทบทวนวรรณกรรม วัตถุประสงค์ของการศึกษา คำถามการวิจัย คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย การออกแบบการวิจัย กลุ่ม

ตัวอย่าง ขั้นตอนการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล หลักฐานที่แสดงว่ามีได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษา การอภิปรายผลการศึกษา การนำไปใช้และข้อเสนอแนะ

2.2.1.3 แนวโน้มที่จะนำไปปฏิบัติ (Implementation Potential) มีการประเมินแนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ

- การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of the findings) วิธีการบำบัด มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน ลักษณะกลุ่มประชากรหรือผู้ป่วยคล้ายคลึงกัน ปรัชญาการดูแลคล้ายคลึงกัน เกิดผลหรือมีประโยชน์กับผู้ป่วยจำนวนมาก

- ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) ให้พิจารณาว่าพยาบาลสามารถใช้วิธีการบำบัด นั้นในสถานการณ์จริง ของหน่วยงาน โดยพิจารณาว่าผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะคัดค้านหรือร่วมมือด้วย หรือไม่ เป็นวิธีที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการปฏิบัติหรือไม่ หน่วยงานหรือองค์กรมีความพร้อมโดยไม่ ต้องละทิ้งงานประจำและสามารถดำเนินการไปพร้อมกันได้

- ความคุ้มทุน คำนวณประโยชน์ (Cost benefit ratio) เมื่อนำไปใช้ เกิดความเลื่องหรืออันตรายกับผู้ป่วย เกิดประโยชน์ในด้านใดกับผู้ป่วย เกิดการยอมรับในผู้ที่เกี่ยวข้อง (Acceptability) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการใช้วิธีการบำบัด ทั้ง material and non-material costs

2.2.2 การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ผู้ศึกษา ใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout Overholt (2005) ออกเป็น 7 ระดับ ดังนี้

- | | |
|-----------|--|
| Level I | หลักฐานที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือการวิเคราะห์อภิมาน (Meta – analysis) |
| Level II | หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยเดี่ยว ที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial, RCT) |
| Level III | หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง ที่มีการออกแบบมาอย่างรัดกุม อาจเป็นวิจัยกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง (nonrandomized controlled trial) |
| Level IV | หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยกรณีศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Case controlled analytical studies) หรือ งานวิจัยที่มีการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (cohort study) ที่เป็นกลุ่ม งานวิจัยหรือวิจัยจากแหล่งศึกษามากกว่า 1 แหล่ง |

- Level V หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา หรือ บรรยาย หรือ งานวิจัยเชิงคุณภาพ
- Level VI หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา หรือ บรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 เรื่อง
- Level VII หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จาก ความคิดเห็น ทศนะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

สรุป วิธีการดำเนินงานในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษากำหนดกรอบการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้หลักการของ PICO Framework โดยกำหนดประชากร คือผู้หญิงที่มีโรคซึมเศร้า การบำบัดคือ จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยไม่มีการเปรียบเทียบ ผลของการบำบัดคือลดอาการของโรคซึมเศร้า หลังจากสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว นำงานวิจัยที่ได้มาประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้ เกณฑ์การประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ประเมินความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก การมีความหมายหรือการมีคุณค่าในเชิงศาสตร์ ประเมินแนวโน้มที่จะนำไปปฏิบัติ และ ประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวทางของ Melnyk & Fineout Overholt (2005). เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวทางคลินิกคือ ลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงได้อย่างมีประสิทธิภาพนอกจากนั้นแล้ว ผู้ศึกษานำหลักฐานเชิงประจักษ์ มาสกัดเนื้อหาที่สำคัญ ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ รูปแบบงานวิจัย ประชากร สถานที่ เครื่องมือ/การประเมินผล วิธีดำเนินการ ผลการศึกษาที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในคลินิก ต่อมาสรุปใจความสำคัญนำเสนอเป็นตาราง (collective table) แล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็น ข้อเสนอแนะ (Recommendations) รูปแบบจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง ซึ่งผลการดำเนินการสืบค้นวิเคราะห์และสังเคราะห์จะนำเสนอในบทต่อไป

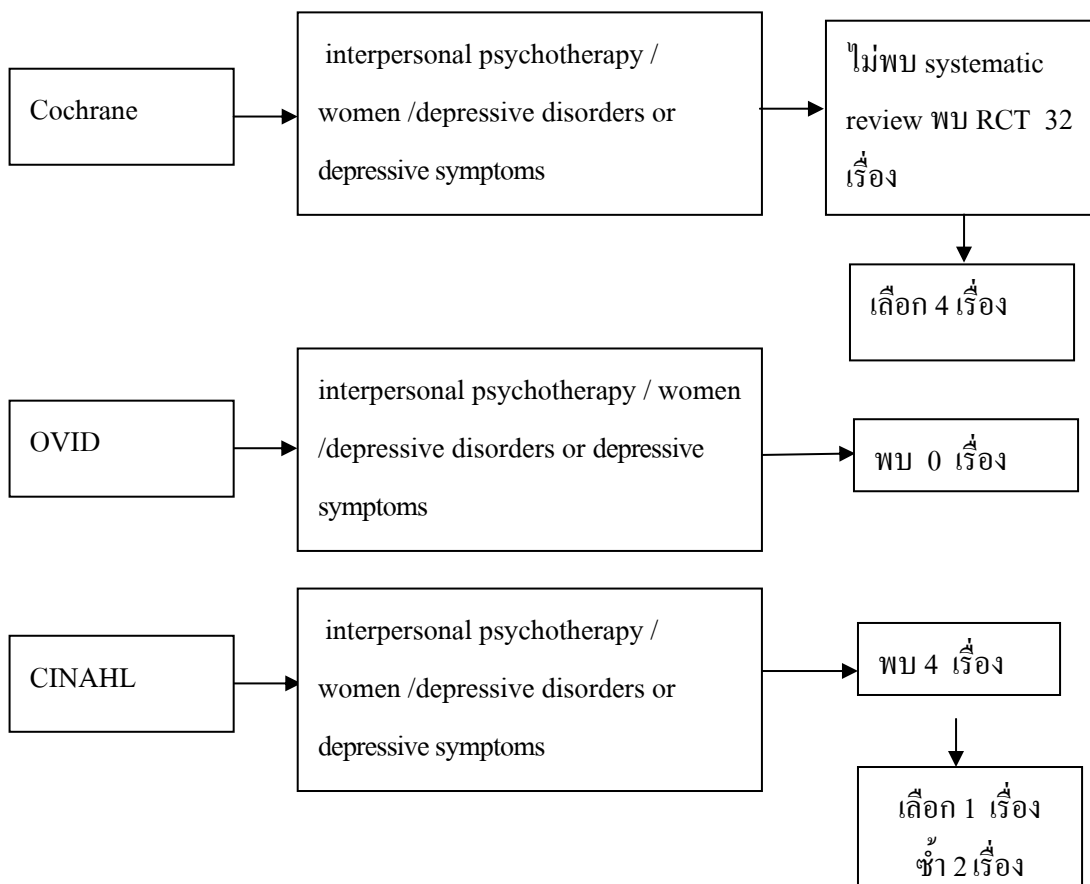
บทที่ 3

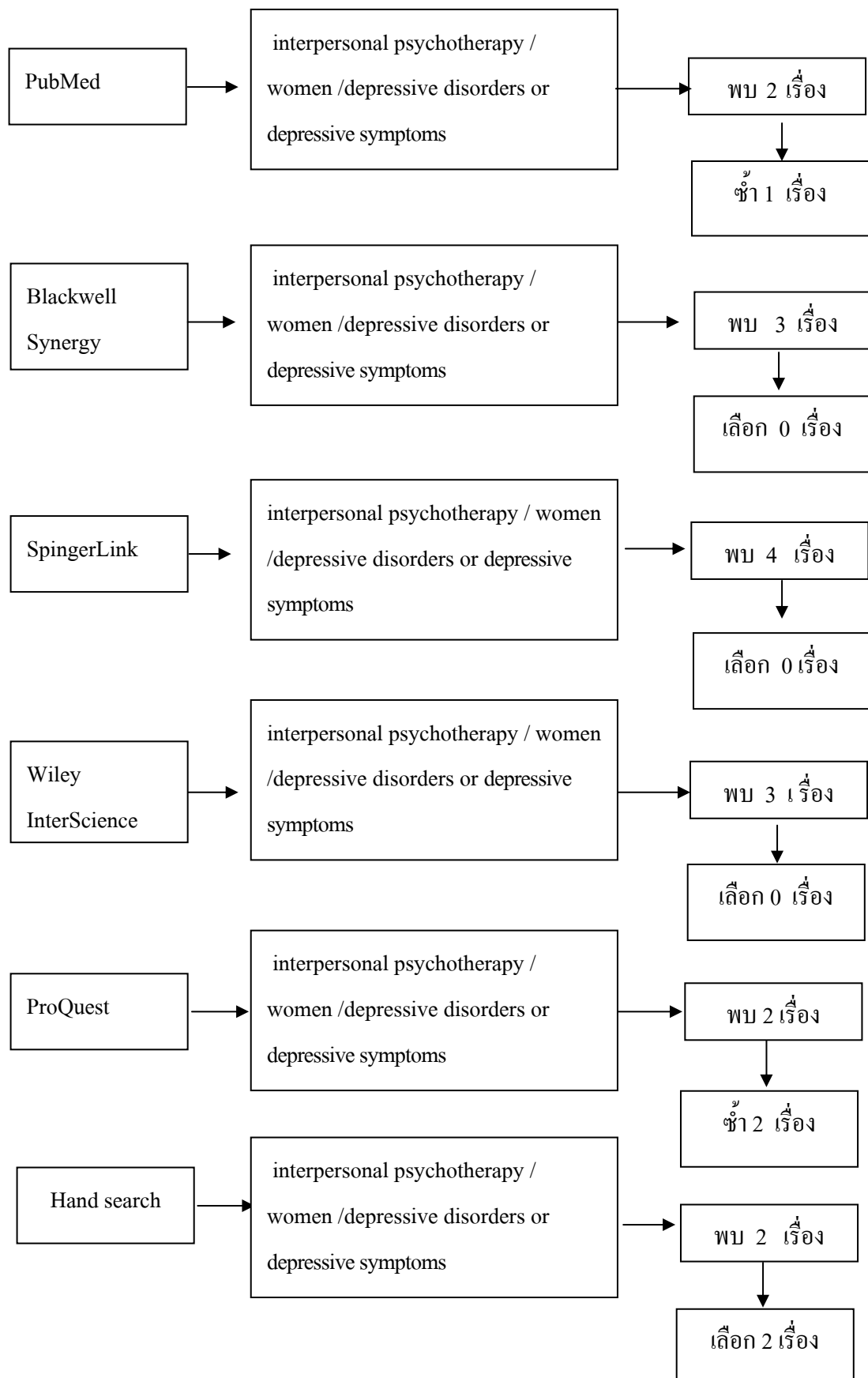
ผลการดำเนินการ

ผลการดำเนินงาน ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบจิตบำบัดแบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงโดยสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้ Cochrane, OVID, CINAHL, Wiley InterScience, PubMed, Blackwell Synergy, SpringerLink, ProQuest, และการสืบค้นด้วยมือ โดยใช้คำค้นดังนี้ interpersonal psychotherapy/women /depressive disorders or depressive symptoms

3.1 ผลการศึกษาและสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ

จากการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่างๆ สรุปได้ดังนี้





สรุปผลการสืบค้น

จากฐาน Cochrane ใช้คำในการสืบค้น interpersonal psychotherapy / women / depressive disorders or depressive symptoms ไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ สามารถหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Randomized Controlled Trial จำนวน 32 เรื่อง ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับขอบเขตการสืบค้น จำนวน 4 เรื่อง ที่เหลือเป็นการบำบัดแบบกลุ่ม และกลุ่มตัวอย่างมีทั้งเพศหญิงและชายจึงไม่นำหลักฐานเหล่านั้นเข้ามาใช้ในการศึกษา

จากฐานข้อมูล OVID ใช้คำในการสืบค้น interpersonal psychotherapy/women/depressive disorders or depressive symptoms ไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับ ขอบเขตในการสืบค้น

จากฐานข้อมูล CINAHL ใช้คำในการสืบค้น interpersonal psychotherapy/women/depressive disorders or depressive symptoms พบหลักฐานเชิงประจักษ์ 4 เรื่อง แต่ไม่สามารถเข้าถึงงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ได้ 2 เรื่อง อีก 1 เรื่อง เป็นจิตบำบัดสัมพันธ์ทางประหว่งบุคคลแบบกลุ่ม อีก 1 เรื่อง ผลลัพธ์ของงานวิจัยไม่ตรงกับขอบเขตการการสืบค้น

จากฐานข้อมูล PubMed ใช้คำในการสืบค้น interpersonal psychotherapy/women/depressive disorders or depressive symptoms พบหลักฐานเชิงประจักษ์ 2 เรื่อง แต่ไม่สามารถเข้าถึงงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

จากฐานข้อมูล Blackwell Synergy ใช้คำในการสืบค้น interpersonal psychotherapy/women/ depressive disorders or depressive symptoms พบ 3 เรื่อง ไม่สามารถเข้าถึงงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ 2 เรื่อง อีก 1 เรื่อง เป็นการค้นหาลักษณะของผู้ป่วยโรค นุลิเมียและปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพ

จากฐานข้อมูล SpringerLink ใช้คำในการสืบค้น interpersonal psychotherapy/women/depressive disorders or depressive symptoms พบหลักฐานเชิงประจักษ์ 4 เรื่อง เป็นการบำบัดแบบกลุ่มในผู้หญิงหลังคลอด 1 เรื่อง อีกเรื่องเป็นการคัดกรองผู้หญิงตั้งครรภ์ อีกเรื่องเป็นการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงหลังคลอด

จากฐานข้อมูล Wiley InterScience ใช้คำในการสืบค้น interpersonal psychotherapy/women/ depressive disorders or depressive symptoms พบหลักฐานเชิงประจักษ์ 3 เรื่อง ไม่สามารถเข้าถึงงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ 3 เรื่อง

จากฐานข้อมูล ProQuest ใช้คำในการสืบค้น interpersonal psychotherapy/women/depressive disorders or depressive symptoms พบหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 2 เรื่อง ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับขอบเขตการสืบค้น จำนวน 0 เรื่อง เป็นการบำบัดเกี่ยวกับการสื่อสาร ในผู้ป่วยโรคทางกาย

จากการสืบค้นด้วยมือ (Hand search) ใช้คำในการสืบค้น interpersonal psychotherapy/ women/depressive disorders or depressive symptoms พบหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 2 เรื่อง ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับขอบเขตการสืบค้น จำนวน 2 เรื่อง

ตารางแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้และผ่านการประเมินคุณภาพแล้ว

เรื่องที่	งานวิจัย	รูปแบบงานวิจัย	ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์
1.	Swart, Frank, Zuckoff, Cyranowski, Houck, Yu Cheng, & et al, (2008). Brief Interpersonal Psychotherapy for Depression Mothers Whose Children Are Receiving Psychiatric Treatment. <i>American Journal of Psychiatry</i> , 165, 1155-1162.	Randomized controlled trial	Level II
2.	Frank, Kupfer, Buysse, Swartz, Pilkonis, Houck, & et al., (2007). Randomized Trial of Weekly, Twice-Monthly, and Monthly Interpersonal psychotherapy as Maintenance Treatment for Women With Recurrent Depression. <i>American Journal of Psychiatry</i> . 164, 761-767.	Randomized controlled trial	Level II
3	Grote, Swart, Geibel, Zuckoff, Houck, & Frank., (2009). A Randomized Controlled Trial of Culturally Relevant, Brief Interpersonal Psychotherapy for Perinatal Depression. <i>Psychiatric Services</i> ., 60(3); 313-321.	Randomized controlled trial	Level II
4.	O'Hara, Stuart, Gorman, & Wenzel. (2000). Efficacy of Interpersonal psychotherapy for Postpartum Depression. <i>American Medical Association of Psychiatry</i> ., 57: 1037-1045.	Randomized controlled trial	Level II

เรื่องที่	งานวิจัย	รูปแบบงานวิจัย	ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์
5.	Talbot, Conwell, O'Hara, Stuart, Ward, Gamble, & et. al, (2005). Interpersonal Psychotherapy for Depressed Women with Sexual Abuse Histories A Pilot Study in a Community Mental Health Center. <i>Journal of New Mental Diseases.</i> , 193: 847-850.	One Group Pre-post test Design	Level IV
6.	Kelly , Cyranowski, & Frank, (2007). Sudden gains in interpersonal psychotherapy for depression. <i>Behaviour Research. And Therapy.</i> 45, 2563-2572.	Retrospective Design	Level IV
7.	Grote, Swart, & Zuckoff. (2008). Enhancing Interpersonal psychotherapy for mothers and expectant Mother on low income : Adaptation and Addition. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 38, 23-33.	Expert Opinion	Level VII

สรุปการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 7 เรื่อง เป็น Randomized Controlled Trial จำนวน 4 เรื่อง One Group Pre-Post Test Design จำนวน 1 เรื่อง Retrospective Design 1 เรื่อง Expert Opinion 1 เรื่อง หลังจากการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วพบว่าเนื้อหาตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือการลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง และจำนวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพียงพอ จึงนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียดเพื่อสกัดข้อมูลมาใช้ในการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาศึกษาเนื้อหาสำคัญของหลักฐานเชิงประจักษ์ และประเมินความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ และการสรุปเพื่อนำไปใช้ ทั้ง 7 เรื่อง ลงในตารางดังต่อไปนี้

เรื่องที่ 1

ชื่อเรื่อง จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลระยะสั้น สำหรับมารดาโรคซึมเศร้าที่บุตรได้รับการบำบัดทางจิต (Brief Interpersonal Psychotherapy for Depression Mothers Whose Children Are Receiving Psychiatric Treatment)

ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์ Swart, Frank, Zuckoff, Cyranowski, Houck, Yu Cheng, & et al., (2008)

แหล่งพิมพ์ *American Journal of Psychiatry*, 165, 1155-1162.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อเปรียบเทียบผลของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับมารดา (IPT-MOMS) ระยะสั้น 9 ครั้ง ที่มีพื้นฐานจาก จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับมารดาโรคซึมเศร้าที่มีบุตรป่วยด้วยโรคทางจิตเวช กับการบำบัดตามปกติและเพื่อศึกษาผลทางอ้อมของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับมารดา ที่มีต่อบุตรที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช
ทุน	ได้รับทุนจาก NIMH grant K23 MH-64518
สมมติฐานงานวิจัย	จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับมารดา ทำให้อาการซึมเศร้าของมารดาลดลง และมารดาสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้น
Setting งานวิจัย	แผนกจิตเวชเด็ก มหาวิทยาลัย Pittsburgh ประเทศสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมทางการวิจัยของมหาวิทยาลัย Pittsburgh กลุ่มตัวอย่างมีการเซ็นยินยอมก่อน เข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นมารดาของเด็กที่ป่วยทางจิตเวช จากคลินิกสุขภาพจิตเด็กหรือจากคลินิกที่รักษาวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย ทั้งหมด 72 คน ได้มาจากการเชิญชวนตั้งแต่วันที่ 14 พฤษภาคม ค.ศ. 2003 ถึงวันที่ 4 มีนาคม ค.ศ. 2006 มีการสุ่มเข้ากลุ่มจำนวน 65 คน มีคุณสมบัติไม่เหมาะสม 7 คนช่วงแรกจะเป็นการคัดกรองคุณสมบัติ สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมอัตรา 4:5 มารดาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและเข้าร่วมการวิจัย มีจำนวน 47 คน เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) 1) มารดาที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยใช้แบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM IV 2) มีอายุ 18 – 65 ปี 3) คะแนน HRSD-17 มากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)	4) เป็นมารดาที่มีบุตรบุญธรรม หรือ ผู้ดูแลเด็กที่มีอายุ 6 – 18 ปี ที่ได้รับการบำบัดทางจิตเวช ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีความผิดปกติทั้งลักษณะภายนอกและภายใน เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) 1) ไม่ได้อาศัย อยู่ร่วมกันกับ บุตรในปัจจุบัน 2) มีความเสี่ยงที่จะทำร้าย หรือทอดทิ้งเด็ก 3) มีการใช้สารเสพติด มาแล้ว 6 เดือน 4) กำลังมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย 5) มีความทุกข์จาก ความผิดปกติทางจิต 6) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีบุคลิกภาพผิดปกติ หรือมีบุคลิกต่อต้านสังคม 7) มีภาวะโรคทางอายุรศาสตร์ที่สามารถส่งผลให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ เช่น เป็นไทรอยด์ที่ยังไม่ได้รับการรักษา มารดาที่ได้รับยาต้านเศร้าที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าก็นำเข้ามาเป็น กลุ่มตัวอย่างได้ แม้ได้รับการบำบัดมาแล้ว 8 สัปดาห์จนได้ยาในระดับคงที่ ไม่มีการปรับขนาดยา 8) กำลังได้รับ จิตบำบัดรายบุคคล (ยกเว้นกำลังรักษาครอบครัวบำบัดหรือกลุ่มบำบัด) กลุ่มทดลอง ได้รับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับมารดา (IPT-MOMS) จำนวน 33 คน หลังจากคัดกรองคุณสมบัติแล้วมีผู้เข้าร่วมกลุ่มทดลอง 26 คน คัดออก 4 คน ออกจากการวิจัย 3 คน ติดตามระยะ 3 เดือน มีจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยเหลือ 24 คน ออกจากการวิจัย 2 คน ติดตามระยะเวลา 9 เดือน มีผู้เข้าร่วมวิจัยเหลือ 22 คน ออกจากการวิจัย 2 คน กลุ่มควบคุม จำนวนผู้ที่สุ่มเข้ากลุ่มควบคุม 32 คน มีคุณสมบัติไม่เหมาะสม 5 คน ออกจากการเข้าร่วมการวิจัย 6 คน ได้รับการบำบัดตามปกติจำนวน 21 คน ติดตามระยะ 3 เดือน มีจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยเหลือ 18 คน ออกจากการวิจัย 2 คน ลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นมารดา ที่มีบุตรป่วยด้วยโรคทางจิต มารดาทุกคนเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ซึมเศร้า มากกว่าครึ่งที่มีโรคความผิดปกติทางจิตร่วมด้วย กลุ่มทดลองจะมี 3 คนที่มี

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)	ความผิดปกติทางจิตร่วมด้วย ติดตามระยะ 9 เดือน มีจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยเหลือ 16 คน ออกจากงานวิจัย 2 คน โรควิตกกังวลเป็นโรคร่วมสูงสุด อายุเฉลี่ยของมารดา 42.7 ปี อายุเฉลี่ยของบุตร 13.8 ปี ประชากรส่วนใหญ่เป็นคนผิวขาวจำนวน 37 คนคิดเป็นร้อยละ 79 คุณลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มารดากลุ่มทดลอง 7 คนและกลุ่มควบคุม 3 คนได้รับยาต้านเศร้าก่อนการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	การวัดผลลัพธ์หลัก มารดาและบุตร จะได้รับการประเมินก่อนการบำบัดเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการเปรียบเทียบและติดตามประเมินหลังการบำบัดได้ 3 เดือน 9 เดือน มารดาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชจะถูกสัมภาษณ์ ด้วยแบบวัดดังนี้ 1) แบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV) – SCID และ SCID II และมีการประเมินทั้ง 2 axis คือ axis I และ axis II 2) Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) เป็นการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ประกอบด้วย 17 ข้อคำถาม ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM IV คะแนนที่เป็นไปได้ จาก 0-52 คะแนน คะแนนที่สูง หมายถึงมีอาการซึมเศร้ามาก 3) Beck Depression Inventory (BDI) ซึ่งเป็นแบบ วัดอาการซึมเศร้าของเบค คะแนนที่สูง หมายถึง อาการซึมเศร้ามาก ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-63 คะแนน 4) Beck Anxiety Inventory (BAI) เป็นการประเมินระดับความวิตกกังวล ช่วงคะแนน 10-18 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ช่วงคะแนน 19-29 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับปานกลางถึงรุนแรง 5) Global Assessment of Functioning (GAF) เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 -100 คะแนน ค่าคะแนนที่สูงกว่า 90 คะแนน หมายถึงความสามารถในการทำหน้าที่ยังดี ค่าคะแนนที่ต่ำกว่า 70 หมายถึง การสูญเสียการทำหน้าที่

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	6) Clinical Global Impression-severity (CGI) มีการประเมินความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่มีลำดับคะแนนจาก คะแนน 1 – 7 ค่าลำดับคะแนน 1 หมายถึง การทำหน้าที่ได้ตามปกติ ค่าลำดับคะแนน 7 คะแนน หมายถึงการสูญเสียการทำหน้าที่เท่ากับอยู่ในช่วงของความเจ็บป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินบุตรมีดังนี้ 1) Child Self-report Columbia Impairment Scale มีการประเมินของการทำหน้าที่ 4 ด้าน คือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประเมินจิตพยาธิสรีระด้านกว้าง การทำหน้าที่เรื่องงาน หรือการเรียนและการใช้เวลาว่าง แต่ละข้อจะมีค่าลำดับคะแนน 0 – 4 ค่าลำดับคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีปัญหาด้านการทำหน้าที่ ค่าลำดับคะแนน 4 หมายถึง มีปัญหาในการทำหน้าที่มากที่สุด คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-52 คะแนน ค่าคะแนนต่ำ หมายถึงการสูญเสียของการทำหน้าที่มาก 2) Children’s Depression Inventory (CDI) คะแนนยิ่งสูง หมายถึง อาการซึมเศร้ายิ่งมาก ผู้ที่ใช้แบบประเมินคือ จิตแพทย์
การบำบัด (Intervention)	กลุ่มทดลอง ได้รับจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลสำหรับมารดาระยะสั้น (IPT-MOMS) ติดต่อกัน 9 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ ซึ่งการบำบัดจะแตกต่างจากจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลที่เป็นมาตรฐานของ Weissman, Markowitz, & Klerman (2000) คือ 1) รูปแบบ IPT-MOMS ใช้ระยะเวลาที่สั้นกว่าจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลที่เป็นมาตรฐาน ใช้กลยุทธ์ในการปรับพฤติกรรมผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างนุ่มนวล และเข้าถึงผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าอย่างรวดเร็ว 2) ผสมผสานเทคนิค การสัมภาษณ์แบบสร้างแรงจูงใจ และการสัมภาษณ์แบบนักมานุษยวิทยา ซึ่งเป็นการจูงใจและตกลงเข้าร่วม Session ของการบำบัด และกลยุทธ์การจูงใจนี้จะมีการนำมาใช้ตลอดการบำบัด ถ้าพบว่ามี ความจำเป็นต้องใช้ 3) ใช้เทคนิคเฉพาะเพื่อช่วยมารดาในการจัดการกับปัญหาสัมพันธ์ทางกับบุตรที่ป่วยทางจิตที่ต้องการ การพึ่งพา ในการบำบัดแต่ละครั้ง จะใช้สถานที่เดิมและเวลาเดิมในการบำบัดที่มารดานำบุตรมาพบแพทย์ ที่

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	แผนกสุขภาพจิตเด็ก แต่ละ Session ของการบำบัดจะบันทึกวิดีโอ เก็บไว้เพื่อประเมินความเชื่อมั่นและความตรงกันของการบำบัด โดยใช้แบบประเมิน Therapy rating Scale (TRS) โดยเปรียบเทียบกับการบำบัดมาตรฐาน ที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 จึงจะยอมรับได้ หลังเสร็จสิ้นการบำบัด มารดาสามารถไปปรับบริการบำบัดแบบอื่นที่ต้องการได้ คุณสมบัติของผู้บำบัด จิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ หรือนักจิตวิทยา ที่สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาโท และปริญญาเอก กลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล โดยการแจ้งข้อวินิจฉัยให้ทราบ ให้สุขภาพจิตศึกษา และบอกแหล่งที่จะไปรับบริการบำบัดและให้เบอร์โทรของ คลินิกสุขภาพจิตที่อยู่ใกล้บ้าน และหลังจากนั้นมีการติดตามประเมิน 3 เดือน 9 เดือน ด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับหลักฐาน เชิงประจักษ์	ระดับความเข้มแข็งที่ระดับ 2
ผลการวิจัย	ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีความแตกต่างของลักษณะประชากร อายุเฉลี่ยของมารดา 42.7 ปี อายุเฉลี่ยของบุตร 13.8 ปี มารดาเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า แต่มี มากกว่าครั้งที่พบความผิดปกติทางจิต รวม กลุ่มทดลองที่ได้รับ IPT-MOMS จะพบโรคทางจิตเวช Axis I ร่วมซึ่งมีโรควิตกกังวลมากที่สุด ($\chi^2=7.4$, $df=1$, $p<0.05$) ผลการเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย IPT-MOMS อาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า HAM-D และมารดาสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้นจากการประเมินด้วย GAF ในระยะการติดตามประเมินผลเมื่อ 3 เดือน 9 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามปกติ การประเมินเด็กที่มารดาได้รับการบำบัดตามโปรแกรม IPT-MOMS เด็กมีอาการซึมเศร้าลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไปได้ 9 เดือนแต่ก่อนหน้าไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
การสรุปเพื่อนำไปใช้	สามารถอ้างอิงไปยังมารดาที่มีอาการของโรคซึมเศร้า อายุ 18-65 ปี ที่บุตรป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่อยู่ในวัยเรียนใช้ IPT-MOMS จำนวน 9 ครั้ง ผู้บำบัดเป็นจิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาที่จบระดับปริญญาโท

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือ มารดามีอาการซึมเศร้าที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเภทในชุมชนที่ยังไม่มีวิธีการดูแลที่เฉพาะและสอดคล้องกับนโยบายส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงานในการดูแลมารดาที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ช่วยให้พยาบาลเลือกวิธีในการบำบัดดูแลผู้หญิงในกลุ่มนี้ได้เหมาะสมยิ่งขึ้นและเป็นเอกลักษณ์ของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้ การประเมินผลลัพธ์สามารถนำไปใช้ได้เนื่องจากมีแบบประเมินหลักที่ใช้เป็นภาษาไทย
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1) แหล่งที่พิมพ์ <i>American Journal of Psychiatry</i> ซึ่งเป็นวารสารทางจิตเวชศาสตร์ที่มีชื่อเสียงและมีการประเมินคุณภาพงานวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนการพิมพ์เผยแพร่ 2) ผู้ทำการวิจัย Swart, Frank, Zuckoff, Cyranowski, Houck, Yu Cheng, Dana Fleming, Grote, Brent, & Katherine Shear ทีมผู้วิจัยส่วนใหญ่เป็นแพทย์และพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอก มีประสบการณ์และมีผลงานด้านการวิจัยเกี่ยวกับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้หญิงโรคซึมเศร้า 3) ได้รับทุนจาก NIMH grant K23 MH-64518 แสดงถึงคุณภาพงานวิจัยที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการได้รับทุนจากสถาบันจิตเวชศาสตร์ 4) คุณภาพงานวิจัย - ชื่อเรื่องบ่งบอกถึงตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัย คือจิตบำบัดสัมพันธภาพระยะสั้น กลุ่มตัวอย่างคือมารดาโรคซึมเศร้าที่มีบุตรป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่ได้รับการบำบัดอาการทางจิต - มีการระบุปัญหาและเหตุผลที่ต้องทำวิจัยไว้อย่างชัดเจนว่าต้องการเปรียบเทียบผลของการบำบัดสัมพันธภาพระยะสั้นกับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล - ไม่ได้ระบุกรอบแนวคิด หรือกรอบทฤษฎีไว้ -งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีกระบวนการวิจัยที่ดี มีการออกแบบงานวิจัยและควบคุมตัวแปรเป็นอย่างดี มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เครื่องมือใช้ประเมินผลลัพธ์หลักเป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานคือใช้ HAM-D และ BDI มีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีการสุ่มเข้ากลุ่มโดยใช้ตารางการสุ่ม งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมาย หรือมีคุณค่าใน เชิงของศาสตร์ (ต่อ)	ของมหาวิทยาลัย Pittsburgh มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่ลึกซึ้งและ เป็นปัจจุบัน ที่มาของข้อมูลเป็นข้อมูลที่ได้จากแหล่งปฐมภูมิ อ้างถึงแหล่ง การศึกษาที่เชื่อถือได้ การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล เปรียบเทียบในรูป ของตาราง ทำให้ง่ายต่อการแปลผลของข้อมูล การใช้สถิติเหมาะสมในเชิงวิจัย ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัยคือการบำบัด ระยะสั้นของการทำจิตบำบัด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 9 ครั้ง ผลการวิจัยอาการซึมเศร้าของมารดาลดลง อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อติดตามประเมิน 3 เดือน ผลระยะยาวต่อเด็กที่มารดา ได้รับ IPT-MOMS เด็กมีอาการซึมเศร้าลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไปได้ 9 เดือน มีการระบุข้อจำกัดว่า กลุ่มประชากรมีขนาดเล็ก เสนอแนะวิธีการบำบัดมารดา โรคซึมเศร้าที่มีบุตรป่วยด้วยโรคทางจิตเวชว่าเป็นการยากที่จะทำให้มารดา ตกลงเข้าร่วมการบำบัดเนื่องจากมารดาไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองเป็นโรค ซึมเศร้า ดังนั้นการบำบัด ผู้บำบัดจะต้องเพิ่มกลยุทธ์ในการสร้างแรงจูงใจที่จะ ให้มารดามีแรงจูงใจในการบำบัดอาการซึมเศร้า มีความตั้งใจในการบำบัด มีการค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการบำบัดอย่างเป็นระบบ และในครั้งที่ บำบัดมารดา ให้มีความสอดคล้องกับที่ให้การบำบัดบุตร
แนวโน้มที่จะ นำไปใช้ได้ในการ ปฏิบัติ	1) Transferability of finding ความรู้ที่ได้จากงานวิจัย สามารถนำไปใช้กับมารดาที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ที่มีบุตรป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในชุมชน ที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานที่ยังขาดรูปแบบ การดูแล จิตบำบัดแบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคลระยะสั้นแบบมีการจูงใจให้ เข้าร่วมการบำบัด ระยะเวลา 9 ครั้ง สำหรับมารดาโรคซึมเศร้าซึ่งไม่ทราบมา ก่อนว่าตนเองเป็นโรคซึมเศร้า ใช้กลยุทธ์ในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วย เห็นความสำคัญ จึงคิดว่าสามารถใช้เทคนิคนี้กับผู้หญิงโรคซึมเศร้ารายใหม่ใน ชุมชนได้ 2) Feasibility of Implementation จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ระยะสั้น 9 ครั้งแบบมีการจูงใจให้เข้า ร่วมการบำบัด สำหรับมารดาที่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่มีบุตรป่วยด้วยโรค ทางจิตเวช มีความเป็นไปได้มากที่จะนำไปปฏิบัติจริงเนื่องจากการบำบัด ระยะสั้น มีการจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการบำบัดคาดว่าจะได้รับ ความร่วมมือจากมารดาที่มีอาการของโรคซึมเศร้า และสอดคล้องกับนโยบาย

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	ส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงานทำให้เห็นแนวโน้มในการนำไปปฏิบัติจริงว่ามีโอกาสประสบความสำเร็จ สถานที่ในการบำบัดสามารถปรับให้เหมาะสมกับผู้รับบริการได้ โดยอาจจะเป็นบ้านของผู้รับบริการหรือที่สถานีนามัยเพื่อลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ต้องไปรับบริการในแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจะต้องได้รับการฝึกอบรมการทำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งมีอาจารย์จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในประเทศไทย 3) Cost-benefit ratio ผลลัพธ์ที่ได้จากจิตบำบัดแบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคลระยะสั้น 9 ครั้ง มารดาอาการซึมเศร้าลดลง สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ได้ดีขึ้นดูแลบุตรที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชได้ ผลลัพธ์ทางอ้อมที่มีต่อบุตร อาการซึมเศร้าลดลง เมื่อเวลาผ่านไป 9 เดือน จึงคิดว่ามีคุณค่าคุ้มกันอย่างมากในการที่จะนำไปใช้ในการดูแลมารดาที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในชุมชน

เรื่องที่ 2

ชื่อเรื่อง

การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเพื่อติดตามผลจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้หญิงที่มีการกลับเป็นโรคซึมเศร้า ซ้ำ โดยบำบัด 1 ครั้งต่อสัปดาห์ 2 ครั้งต่อเดือน เดือนละครั้ง เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำระยะยาว (Randomized Trial of Weekly, Twice-Monthly, and Monthly Interpersonal psychotherapy as Maintenance Treatment for Women with Recurrent Depression)

ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์

Frank, Kupfer, Buysse, Swartz, Pilkonis, Houck, & et al., (2007).

แหล่งพิมพ์

American Journal of Psychiatry, 164, 761-767

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษา สมรรถนะของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำระยะยาว ในผู้หญิงที่มีประวัติการกลับเป็นโรคซึมเศร้าซ้ำ ที่มีช่วงเวลา (doses) ของการบำบัดแตกต่างกัน
ทุน	ได้รับทุนจาก NIMH grant MH049115 to Dr. Frank and grant MH030915 to Dr. Kupfer
สมมุติฐานงานวิจัย	การบำบัดเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ระยะยาว (Maintenance) ด้วยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่ได้รับการบำบัด 1 ครั้งต่อสัปดาห์ 2 ครั้งต่อเดือน 1 ครั้งต่อเดือน มีประสิทธิภาพ แตกต่างกันในการฟื้นหาย จากโรคซึมเศร้า
Setting งานวิจัย	แผนกผู้ป่วยนอก เมือง Pittsburgh ประเทศสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมทางการวิจัยของ มหาวิทยาลัย Pittsburgh ประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภายหลังจากได้รับคำอธิบาย อย่างครบถ้วนว่าการได้รับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพียงอย่างเดียวแล้วไม่ได้ผลในการที่จะทำให้การฟื้นตัว (remission) จากโรคซึมเศร้าได้ ทางทีมวิจัย ก็จะเสนอทางเลือก ให้ตัดสินใจว่าเป็นจิตบำบัด สัมพันธภาพระหว่างบุคคลร่วมกับการใช้ยาต้านเศร้า ในการบำบัดระยะเฉียบพลัน หลัง 5 เดือน ถ้าการฟื้นตัวจากโรคซึมเศร้าไม่คงที่ ก็จะถูกออกจากการเข้าร่วมจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อป้องกันระยะยาว (Maintenance) กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้หญิงจำนวน 233 คน อายุ 20 – 60 ปี ที่มีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ที่ต้องการหาวิธีการบำบัดโดยไม่ต้องใช้ยาต้านเศร้าที่

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)	สมัครเข้าร่วมการวิจัยในช่วงเดือนกันยายน ค.ศ.1992 และเดือนเมษายน ค.ศ. 1999 ซึ่งผู้วิจัยต้องการกลุ่มตัวอย่างที่สามารถคงการฟื้นตัว (remission) ได้ด้วยจิตบำบัดสัมพันธ์ทางพระหว่างบุคคลเพียงอย่างเดียวในช่วง acute phase จำนวน 100 คน และจะทำการบำบัดระยะ Maintenance ต่อไป เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) 1) เป็นผู้ที่มิประสบการณ การเกิดโรคซึมเศร้า เป็นครั้งที่ 2 โดยการวินิจฉัยจากการสัมภาษณ์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า DSM IV 2) มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ห่างจากครั้งที่แล้ว 10 -130 สัปดาห์ 3) มีอายุระหว่าง 20-60 ปี 4) มีอาการซึมเศร้าที่มีค่าคะแนน จากการประเมินด้วย Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) ฉบับ 17 ข้อ ≥ 15 คะแนน และประเมินด้วยแบบ Raskin Severity of Depression Scale มีคะแนน ≥ 7 คะแนน เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่น ใน Axis I นอกจาก โรควิตกกังวล Hypomania โรคซึมเศร้าเรื้อรังที่เกิดในวัยผู้ใหญ่ และการรับประทานอาหารผิดปกติ 2) มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมอย่างเต็มขั้น หรือมีบุคลิกภาพผิดปกติ 3) มีประวัติคลุ้มคลั่ง (Manic episode) 4) เคยมีประวัติการใช้สารเสพติดหรือติดสารเสพติด ภายในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมา 5) มีเงื่อนไขในการใช้ยาอื่นๆ ที่ไม่สามารถใช้ร่วมกับยา กลุ่ม SSRI ได้ ยกเว้นหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ IPT เพียงอย่างเดียว ได้รับ IPT เพียงอย่างเดียว จำนวน 12-24 ครั้ง ในช่วง acute phase ระยะห่างของการบำบัด สัปดาห์ละครั้ง จนกระทั่ง remission โดยประเมินภาวะ remission ด้วยแบบวัด HAM-D ที่คะแนน ≤ 7 คะแนน ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ถือว่าสิ้นสุดระยะเฉียบพลัน ในช่วง acute phase ใน 4 สัปดาห์แรกที่บำบัดด้วย IPT ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนน HAM-D ลดลงน้อยกว่า 33% จากเดิมจะมีการลดระยะห่างของการบำบัด IPT เป็น 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์และหลังจากนั้นถ้ากลุ่มตัวอย่างสามารถดำรงภาวะ remission ต่อเนื่องกัน 5 สัปดาห์ก็จะส่งกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัด ระยะ maintenance ทั้ง 3 เงื่อนไขคือ ให้ IPT สัปดาห์ละครั้ง ให้ IPT 2 สัปดาห์ ต่อ

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย(ต่อ)	ครั้ง และให้ IPT เดือนละครั้ง ให้การบำบัดเพื่อป้องกันระยะยาวจนครบ 2 ปี มีผู้เข้าร่วมการวิจัยในการบำบัด IPT ระยะเฉียบพลันจำนวน 233 คน ออกจากการวิจัย 31 คน เปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย 2 คน มารับการบำบัดไม่ต่อเนื่อง 27 คน มีภาวะแทรกซ้อนจากยา 1 คน ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 1 คน มีผู้ที่ได้รับ IPT ระยะเฉียบพลัน จนเข้าสู่ภาวะ remission สามารถเข้าร่วมการบำบัดเพื่อป้องกันระยะยาวด้วย IPT เพียงอย่างเดียว มีทั้งสิ้น 99 คน กลุ่มเข้ากลุ่ม IPT ระยะห่าง สัปดาห์ละครั้งจำนวน 33 คน สรุปกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัด IPT อย่างเดียว ระยะห่างสัปดาห์ละครั้ง จนครบ 2 ปี โดยไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 2 ปี มีจำนวน 16 คน ที่เหลือมีอาการกลับเป็นซ้ำ 6 คน ถอนตัวจากการวิจัยจำนวน 11 คน รับการบำบัดไม่ต่อเนื่อง 10 คน ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช 1 คน กลุ่มเข้ากลุ่ม IPT ระยะห่าง สองสัปดาห์ต่อครั้งจำนวน 35 คน สรุปกลุ่ม ตัวอย่างที่ได้รับการบำบัด IPT อย่างเดียว ระยะห่างสองสัปดาห์ต่อครั้ง จนครบ 2 ปี โดยไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 2 ปี มีจำนวน 23 คน ที่เหลือมีอาการกลับเป็นซ้ำ 8 คน ถอนตัวจากการวิจัยจำนวนเนื่องจากรับการบำบัดไม่ต่อเนื่อง 4 คน กลุ่มเข้ากลุ่ม IPT ระยะห่าง เดือนละครั้งจำนวน 31 คน สรุปกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัด IPT อย่างเดียว ระยะห่างเดือนละครั้ง จนครบ 2 ปี โดยไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 2 ปี มีจำนวน 16 คน ที่เหลือมีอาการกลับเป็นซ้ำ 5 คน ถอนตัวจากการวิจัยจำนวนเนื่องจากรับการบำบัดไม่ต่อเนื่อง 10 คน กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาต้านเศร้าร่วมกับ IPT ในระยะ Acute phase ถ้าผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มที่ได้รับการบำบัด IPT สัปดาห์ละครั้งที่ไม่ตอบสนองต่อการบำบัดด้วย IPT เพียงอย่างเดียวหลังการประเมินใน 6 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมิน HAM-D ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 25 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าคะแนนพื้นฐาน ทางทีมผู้วิจัยก็จะเสนอให้ใช้ยาต้านเศร้าในกลุ่ม SSRI ร่วมด้วย ในกลุ่มที่ได้รับ IPT ระยะห่าง สองครั้งต่อสัปดาห์ ถ้าไม่ตอบสนองต่อการบำบัดในการที่จะลดอาการของโรคซึมเศร้า หลังจากบำบัดสัปดาห์ละครั้งได้ 4 สัปดาห์ถ้าอาการซึมเศร้าไม่ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 50 ก็จะติดตามอีก 4 สัปดาห์หลังการบำบัด 2 ครั้งต่อสัปดาห์ถ้าอาการซึมเศร้าไม่ลดลง

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย(ต่อ)	น้อยกว่าร้อยละ 50 ในระยะ 12 สัปดาห์ หรือไม่สามารถทำให้ฟื้นหาย ภายใน 24 สัปดาห์ทางผู้วิจัยเห็นว่าต้องให้การบำบัดด้วยยาต้านเศร้าในกลุ่ม SSRI โดยเริ่มที่การใช้ยา Fluoxetine ขนาด 10-20 มิลลิกรัมต่อวัน หลังจากเริ่มเข้าสู่ภาวะ remission โดยมีค่าคะแนน HAM-D ≤ 7 คะแนน ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วมการวิจัยก็จะได้รับการบำบัด IPT ระยะ continuation phase ร่วมกับยาต่ออีก 17 สัปดาห์ ทีมผู้วิจัยมีความพยายามที่จะสิ้นสุดการใช้ยากกลุ่ม SSRI ภายใน 1 ถึง 4 สัปดาห์ ซึ่งได้มีการอภิปรายเรื่องความเสี่ยงในการที่ไม่ได้รับยาต่อเนื่อง และมีการเฝ้าติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ก็จะสามารทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย สามารถรับการบำบัด IPT อย่างเดียวได้ใน 4-6 สัปดาห์ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยจะสามารถเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ มีผู้เข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มที่ได้รับยาต้านเศร้าร่วมกับ IPT จำนวน 90 คน ปฏิเสธการใช้ยาด้านเศร้า 4 คน มีผู้เข้าร่วมการบำบัด IPT ร่วมกับการใช้ยาด้านเศร้าในระยะเฉียบพลัน จำนวน 86 คน ไม่ตอบสนองต่อการรักษา 19 คน ออกจากการวิจัย 9 คน มารับการบำบัดไม่ต่อเนื่อง 8 คน ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 1 คน สรุปเหลือผู้เข้าร่วมการวิจัยในระยะ continuation phase 58 คน มีอาการกลับเป็นซ้ำ 14 คน ออกจากการวิจัย 12 คน รับการบำบัดไม่ต่อเนื่อง 8 คน เลือกที่จะรับการรักษาต่อเนื่องด้วยยา 2 คน กลับไปเริ่มการรักษาใหม่ 1 คน มีภาวะแทรกซ้อนจากยา 1 คน สรุปมีผู้ที่ได้รับ IPT ระยะเฉียบพลันร่วมกับยาด้านเศร้า จนเข้าสู่ภาวะ remission สามารถเข้าร่วมการบำบัดระยะ maintenance ได้ทั้งสิ้น 32 คน กลุ่มเข้ากลุ่ม IPT ระยะห่าง สัปดาห์ละครั้งจำนวน 10 คน สรุปกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัด IPT อย่างเดียว ระยะห่างสัปดาห์ละครั้ง จนครบ 2 ปี โดยไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 2 ปี มีจำนวน 4 คนมีอาการกลับเป็นซ้ำ 2 คน ถอนตัวจากการวิจัยจำนวนเนื่องจาก รับการบำบัดไม่ต่อเนื่อง 4 คน กลุ่มเข้ากลุ่ม IPT ระยะห่าง สองสัปดาห์ต่อครั้งจำนวน 9 คน สรุปกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัด IPT อย่างเดียว ระยะห่างสองสัปดาห์ต่อครั้ง จนครบ 2 ปี โดยไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 2 ปี มีจำนวน 2 คนมีอาการกลับเป็นซ้ำ 6 คน ถอนตัวจากการวิจัยจำนวนเนื่องจากรับการบำบัดไม่ต่อเนื่อง 1 คน

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)	สุ่มเข้ากลุ่ม IPT ระยะห่าง เดือนละครั้งจำนวน 13 คน สรุปลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัด IPT อย่างเดียว ระยะห่างเดือนละครั้ง จนครบ 2 ปี โดยไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 2 ปี มีจำนวน 7 คน มีอาการกลับเป็นซ้ำ 5 คน ถอนตัวจากการวิจัยจำนวนเนื่องจากรับการบำบัดไม่ต่อเนื่อง 1 คน ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่เป็นคนผิวขาวจำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 87.1 มีสถานภาพสมรส 92 คน คิดเป็นร้อยละ 39.5 มีงานประจำ จำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 อายุเฉลี่ย 37.7 ปี ได้รับการศึกษาเฉลี่ย 15 ปี ระยะเวลาของอาการกลับเป็นซ้ำเฉลี่ย 25.7 สัปดาห์ อายุเฉลี่ยของอาการของโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นครั้งแรก 24.2 ปี ค่าเฉลี่ยคะแนนของอาการซึมเศร้า ใช้แบบประเมิน HAM-D 18.5 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนของอาการซึมเศร้าพื้นฐานก่อนการบำบัด 22.3 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนของการสูญเสียหน้าที่ 55.1 คะแนน สรุปลักษณะกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้หญิงที่มีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้ามีความรุนแรงอยู่ระดับปานกลาง มีการสูญเสียการทำหน้าที่เกือบทุกด้านและมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้า
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	การประเมินผลลัพธ์ 1) Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) เป็นการวัดความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 17 ข้อคำถาม ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM IV คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-52 คะแนน คะแนน ที่สูง หมายถึงมีอาการของโรคซึมเศร้ามาก คะแนน HAM-D บอกถึง ภาวะ remission โดยพิจารณาจากค่าคะแนน $\text{HAM-D} \leq 7$ ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ คะแนน HAM-D บอกถึง อาการของโรคซึมเศร้าว่าดีขึ้นหรือไม่ หรือใช้บอกการตอบสนองต่อการรักษาโดยพิจารณาจากคะแนน HAM-D ลดลงกว่าเดิม 33% ซึ่งการไม่ตอบสนองต่อการรักษาใช้เกณฑ์ดังนี้ 1) คะแนนลดลงน้อยกว่า 25% จากคะแนนพื้นฐาน ภายใน 6 สัปดาห์ หลังการบำบัดครั้งแรก 2) ลดลงน้อยกว่า 50% หลังจาก 4 สัปดาห์ในกลุ่มที่ได้รับ IPT ทุกสัปดาห์ และตามด้วย 4 สัปดาห์ในกลุ่มที่ได้รับ IPT 2 ครั้งต่อสัปดาห์ 3) ลดลงน้อยกว่า 50% ใน 12 สัปดาห์ หรือไม่ remission หลัง 24

หัวข้อ	รายละเอียด				
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	สัปดาห์ในกลุ่มที่ได้รับ IPT อย่างเดียว 2) Raskin Severity of Depression Scale 3) Global Assessment Scale (GAS) ผู้ที่ประเมิน หรือวินิจฉัยการกลับเป็นซ้ำในกลุ่ม ตัวอย่างที่อยู่ในช่วงการศึกษา จะเป็นจิตแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ในทีมวิจัย โดยการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM IV การวัดผลมีการวัดผลทุกครั้งหลังการทดลอง เพื่อหาค่าเฉลี่ย การบำบัด แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะการบำบัดเฉียบพลัน บำบัด สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 12-24 สัปดาห์ จนคะแนน HAM-D ≤ 7 ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ จึงเข้าสู่การบำบัด ระยะ continuation phase อีก 5 สัปดาห์ จน remission จึงเข้าสู่การบำบัดระยะ maintenance โดยสัปดาห์เข้ากลุ่มการบำบัด IPT 1 ครั้งต่อสัปดาห์ 2 ครั้งต่อเดือน เดือนละครั้ง แต่ถ้ากลุ่มที่ได้รับ IPT ร่วมกับการใช้ยา ระยะ continuation phase จะใช้เวลา 17 สัปดาห์ จนกว่า remission ถึงสัปดาห์เข้ากลุ่ม IPT ระยะ maintenance ทั้ง 3 กลุ่ม				
การบำบัด (Intervention)	การบำบัดแบ่ง เป็น 3 ช่วง acute phase, continuation phase, maintenance phase ใน การศึกษาครั้งนี้ ต้องการดูผลการบำบัด ด้วย IPT ที่มีขนาด ช่วงเวลาที่ต่างกัน ต่อการป้องกันการป่วยซ้ำ การบำบัดในระยะเฉียบพลัน (acute phase) <table border="1" data-bbox="517 1272 1394 2049"> <thead> <tr> <th data-bbox="517 1272 1027 1384">กลุ่มที่ได้รับ IPT อย่างเดียว</th><th data-bbox="1027 1272 1394 1384">กลุ่มที่ได้รับ IPT ร่วมกับยาต้านเศร้า</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="517 1384 1027 2049"> IPT 12-24 ครั้ง ระยะห่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกระทั่งอาการดีขึ้นโดยพิจารณาจากคะแนน HAM-D ≤ 7 ใน 3 สัปดาห์ เน้นที่ ปัญหาที่เกิดขึ้นหนึ่งในสี่ด้าน ของปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้แก่ การ กลุ่มที่ได้รับ IPT อย่างเดียว สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงบทบาท ความขัดแย้งในบทบาท การพร่องด้านสัมพันธภาพ ขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วย ที่แสดงออก ในการรักษาสัมพันธภาพระหว่าง บุคคล การเน้นจะเน้นอย่างกว้างๆ </td><td data-bbox="1027 1384 1394 2049"> IPT 12-24 สัปดาห์ ร่วมกับ การใช้ยา SSRI จนกระทั่งอาการดีขึ้น ค่าคะแนน HAM-D ≤ 7 ต่อเนื่อง 3 สัปดาห์ ถ้าไม่ได้คุณสมบัติ กลุ่มที่ได้รับ IPT ร่วมกับยาต้านเศร้า ตามเกณฑ์การคัดเข้า ก็จะถอนออกจากการวิจัย หรือส่งต่อไปรับการบำบัด ด้วยวิธีอื่นวิธีการบำบัด IPT ระยะนี้เหมือนกับกลุ่มที่ได้รับ IPT อย่างเดียว </td></tr> </tbody> </table>	กลุ่มที่ได้รับ IPT อย่างเดียว	กลุ่มที่ได้รับ IPT ร่วมกับยาต้านเศร้า	IPT 12-24 ครั้ง ระยะห่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกระทั่งอาการดีขึ้นโดยพิจารณาจากคะแนน HAM-D ≤ 7 ใน 3 สัปดาห์ เน้นที่ ปัญหาที่เกิดขึ้นหนึ่งในสี่ด้าน ของปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้แก่ การ กลุ่มที่ได้รับ IPT อย่างเดียว สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงบทบาท ความขัดแย้งในบทบาท การพร่องด้านสัมพันธภาพ ขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วย ที่แสดงออก ในการรักษาสัมพันธภาพระหว่าง บุคคล การเน้นจะเน้นอย่างกว้างๆ	IPT 12-24 สัปดาห์ ร่วมกับ การใช้ยา SSRI จนกระทั่งอาการดีขึ้น ค่าคะแนน HAM-D ≤ 7 ต่อเนื่อง 3 สัปดาห์ ถ้าไม่ได้คุณสมบัติ กลุ่มที่ได้รับ IPT ร่วมกับยาต้านเศร้า ตามเกณฑ์การคัดเข้า ก็จะถอนออกจากการวิจัย หรือส่งต่อไปรับการบำบัด ด้วยวิธีอื่นวิธีการบำบัด IPT ระยะนี้เหมือนกับกลุ่มที่ได้รับ IPT อย่างเดียว
กลุ่มที่ได้รับ IPT อย่างเดียว	กลุ่มที่ได้รับ IPT ร่วมกับยาต้านเศร้า				
IPT 12-24 ครั้ง ระยะห่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกระทั่งอาการดีขึ้นโดยพิจารณาจากคะแนน HAM-D ≤ 7 ใน 3 สัปดาห์ เน้นที่ ปัญหาที่เกิดขึ้นหนึ่งในสี่ด้าน ของปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้แก่ การ กลุ่มที่ได้รับ IPT อย่างเดียว สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงบทบาท ความขัดแย้งในบทบาท การพร่องด้านสัมพันธภาพ ขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วย ที่แสดงออก ในการรักษาสัมพันธภาพระหว่าง บุคคล การเน้นจะเน้นอย่างกว้างๆ	IPT 12-24 สัปดาห์ ร่วมกับ การใช้ยา SSRI จนกระทั่งอาการดีขึ้น ค่าคะแนน HAM-D ≤ 7 ต่อเนื่อง 3 สัปดาห์ ถ้าไม่ได้คุณสมบัติ กลุ่มที่ได้รับ IPT ร่วมกับยาต้านเศร้า ตามเกณฑ์การคัดเข้า ก็จะถอนออกจากการวิจัย หรือส่งต่อไปรับการบำบัด ด้วยวิธีอื่นวิธีการบำบัด IPT ระยะนี้เหมือนกับกลุ่มที่ได้รับ IPT อย่างเดียว				

หัวข้อ	รายละเอียด				
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	การบำบัดในระยะต่อเนื่อง (continuation phase) <table><tr><td>กลุ่มที่ได้รับ IPT อย่างเดียว</td><td>กลุ่มที่ได้รับ IPT ร่วมกับยาต้านเศร้า</td></tr><tr><td>IPT สัปดาห์ละครั้ง ยังดำรงภาวะ remission ต่อเนื่อง 5 สัปดาห์</td><td>IPT สัปดาห์ละครั้ง จนเข้าสู่ภาวะ remission ต่อเนื่อง 5 สัปดาห์ จึงลดการใช้ยาในสัปดาห์ที่1-4 และให้ IPT ต่ออีก จนครบ 17 สัปดาห์</td></tr></table>	กลุ่มที่ได้รับ IPT อย่างเดียว	กลุ่มที่ได้รับ IPT ร่วมกับยาต้านเศร้า	IPT สัปดาห์ละครั้ง ยังดำรงภาวะ remission ต่อเนื่อง 5 สัปดาห์	IPT สัปดาห์ละครั้ง จนเข้าสู่ภาวะ remission ต่อเนื่อง 5 สัปดาห์ จึงลดการใช้ยาในสัปดาห์ที่1-4 และให้ IPT ต่ออีก จนครบ 17 สัปดาห์
	กลุ่มที่ได้รับ IPT อย่างเดียว	กลุ่มที่ได้รับ IPT ร่วมกับยาต้านเศร้า			
	IPT สัปดาห์ละครั้ง ยังดำรงภาวะ remission ต่อเนื่อง 5 สัปดาห์	IPT สัปดาห์ละครั้ง จนเข้าสู่ภาวะ remission ต่อเนื่อง 5 สัปดาห์ จึงลดการใช้ยาในสัปดาห์ที่1-4 และให้ IPT ต่ออีก จนครบ 17 สัปดาห์			
การบำบัดในระยะป้องกันการป่วยซ้ำระยะยาว (maintenance phase) <table><tr><td>กลุ่มที่ได้รับ IPT อย่างเดียว</td><td>กลุ่มที่ได้รับ IPT ร่วมกับยาต้านเศร้า</td></tr><tr><td> ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มดังนี้ - กลุ่ม IPT สัปดาห์ละครั้ง - กลุ่ม IPT 2 สัปดาห์ละครั้ง - กลุ่ม IPT เดือนละครั้ง ได้รับการบำบัด IPT จนครบ 2 ปีหรือจนกระทั่งมีอาการกลับเป็นซ้ำกลุ่มที่ได้รับ IPT อย่างเดียว (คำว่าอาการกลับเป็นซ้ำ หมายถึง มีอาการเข้าหลักเกณฑ์การวินิจฉัย โรคซึมเศร้า (major depression ตาม DSM IV และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ในทีมวิจัย) วิธีการบำบัดเพื่อเพิ่มศักยภาพและความเข้มแข็งที่จะประสบความสำเร็จในช่วงการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ตอบสนองความสามารถในการป้องกันกับการเกิด </td><td> ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มดังนี้ - กลุ่ม IPT สัปดาห์ละครั้ง - กลุ่ม IPT 2 สัปดาห์ละครั้ง - กลุ่ม IPT เดือนละครั้ง ได้รับการบำบัด IPT จนครบ 2 ปีหรือจนกระทั่งมีอาการกลับเป็นซ้ำกลุ่มที่ได้รับ IPT ร่วมกับยาต้านเศร้าที่มีอาการกลับเป็นซ้ำ (คำว่าอาการกลับเป็นซ้ำ หมายถึง มีอาการเข้าหลักเกณฑ์การวินิจฉัย โรคซึมเศร้า (major depression ตาม DSM IV และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ในทีมวิจัย) </td></tr></table>	กลุ่มที่ได้รับ IPT อย่างเดียว	กลุ่มที่ได้รับ IPT ร่วมกับยาต้านเศร้า	ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มดังนี้ - กลุ่ม IPT สัปดาห์ละครั้ง - กลุ่ม IPT 2 สัปดาห์ละครั้ง - กลุ่ม IPT เดือนละครั้ง ได้รับการบำบัด IPT จนครบ 2 ปีหรือจนกระทั่งมีอาการกลับเป็นซ้ำกลุ่มที่ได้รับ IPT อย่างเดียว (คำว่าอาการกลับเป็นซ้ำ หมายถึง มีอาการเข้าหลักเกณฑ์การวินิจฉัย โรคซึมเศร้า (major depression ตาม DSM IV และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ในทีมวิจัย) วิธีการบำบัดเพื่อเพิ่มศักยภาพและความเข้มแข็งที่จะประสบความสำเร็จในช่วงการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ตอบสนองความสามารถในการป้องกันกับการเกิด	ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มดังนี้ - กลุ่ม IPT สัปดาห์ละครั้ง - กลุ่ม IPT 2 สัปดาห์ละครั้ง - กลุ่ม IPT เดือนละครั้ง ได้รับการบำบัด IPT จนครบ 2 ปีหรือจนกระทั่งมีอาการกลับเป็นซ้ำกลุ่มที่ได้รับ IPT ร่วมกับยาต้านเศร้าที่มีอาการกลับเป็นซ้ำ (คำว่าอาการกลับเป็นซ้ำ หมายถึง มีอาการเข้าหลักเกณฑ์การวินิจฉัย โรคซึมเศร้า (major depression ตาม DSM IV และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ในทีมวิจัย)	
กลุ่มที่ได้รับ IPT อย่างเดียว	กลุ่มที่ได้รับ IPT ร่วมกับยาต้านเศร้า				
ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มดังนี้ - กลุ่ม IPT สัปดาห์ละครั้ง - กลุ่ม IPT 2 สัปดาห์ละครั้ง - กลุ่ม IPT เดือนละครั้ง ได้รับการบำบัด IPT จนครบ 2 ปีหรือจนกระทั่งมีอาการกลับเป็นซ้ำกลุ่มที่ได้รับ IPT อย่างเดียว (คำว่าอาการกลับเป็นซ้ำ หมายถึง มีอาการเข้าหลักเกณฑ์การวินิจฉัย โรคซึมเศร้า (major depression ตาม DSM IV และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ในทีมวิจัย) วิธีการบำบัดเพื่อเพิ่มศักยภาพและความเข้มแข็งที่จะประสบความสำเร็จในช่วงการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ตอบสนองความสามารถในการป้องกันกับการเกิด	ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มดังนี้ - กลุ่ม IPT สัปดาห์ละครั้ง - กลุ่ม IPT 2 สัปดาห์ละครั้ง - กลุ่ม IPT เดือนละครั้ง ได้รับการบำบัด IPT จนครบ 2 ปีหรือจนกระทั่งมีอาการกลับเป็นซ้ำกลุ่มที่ได้รับ IPT ร่วมกับยาต้านเศร้าที่มีอาการกลับเป็นซ้ำ (คำว่าอาการกลับเป็นซ้ำ หมายถึง มีอาการเข้าหลักเกณฑ์การวินิจฉัย โรคซึมเศร้า (major depression ตาม DSM IV และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ในทีมวิจัย)				

หัวข้อ	รายละเอียด	
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	กลุ่มที่ได้รับ IPT อย่างเดียว	กลุ่มที่ได้รับ IPT ร่วมกับยาต้านเศร้า
	ปัญหาในอนาคต เสริมทักษะในการจัดการกับปัญหา จัดการกับเหตุการณ์ในชีวิต ขณะเดียวกันก็ยังคง เน้น ที่ลักษณะปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทั้ง 4 ด้าน	วิธีการบำบัดเหมือนกับกลุ่มที่ได้รับ IPT อย่างเดียว
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial	
ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์	ระดับความเข้มแข็งที่ระดับ 2	
ผลการวิจัย	กลุ่มที่ได้รับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพียงอย่างเดียว ระยะเฉียบพลันมีทั้งสิ้น 99 คน นอกจากการวิจัยก่อนการสิ้นสุดระยะการบำบัดเพื่อป้องกันระยะยาว 25 คน มีอาการกลับเป็นซ้ำ 19 คน (26 %) มีผู้ได้รับการบำบัดจนครบ 2 ปีจำนวน 55 คน โดยที่ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ ความถี่ของจิตบำบัดไม่มีผลต่อระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่อย่างปราศจากอาการของโรคซึมเศร้า (recurrence for survival) พบว่า 19 คน (26%95% CI=16-36) จาก 74 คน ที่ยังคงอยู่ในการบำบัดช่วง maintenance มีการกลับเป็นซ้ำ และ 55 คนจาก 74 คนเข้ารับการบำบัดครบ 2 ปีโดยปราศจากการ recurrence เมื่อตรวจสอบอัตราการ recurrence ตามช่วงเวลาพบว่าคนส่วนใหญ่ (79%) กลับป่วยซ้ำในช่วงปีแรกของ maintenance phase ซึ่งมี 7 คนป่วยซ้ำในช่วง 6 เดือนแรก 8 คนป่วยซ้ำในช่วง 6-12 เดือน และ 2 คนป่วยซ้ำในช่วง 12-18 เดือน และอีก 2 คน ป่วยซ้ำในช่วง 18-24 เดือน กลุ่มที่ได้รับ IPT ร่วมกับยาต้านเศร้าในช่วง acute และ continuation phase มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 คน คิดเป็น 37% ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้รับการบำบัดจนครบ 2 ปีโดยไม่มีการป่วยซ้ำ 13 คน (40.6 %) มี 6 คน นอกจากการวิจัย และ 13 คน มีการป่วยซ้ำ ดังนั้นอัตราการป่วยซ้ำของกลุ่มที่ได้รับจิตบำบัดครบมี 50% (95% CI=23.4-57.4) เมื่อวิเคราะห์เวลาที่มีชีวิตอยู่โดยไม่ป่วยซ้ำเปรียบเทียบทั้ง 3 เงื่อนไขแล้ว พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันของระยะเวลาในการ recurrence	
ผลการวิจัย(ต่อ)	ซ้ำในช่วง 6 เดือนแรก 8 คนป่วยซ้ำในช่วง 6-12 เดือน และ 2 คนป่วยซ้ำในช่วง 12-18 เดือน และอีก 2 คน ป่วยซ้ำในช่วง 18-24 เดือน กลุ่มที่ได้รับ IPT ร่วมกับยาต้านเศร้าในช่วง acute และ continuation phase มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 คน คิดเป็น 37% ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้รับการบำบัดจนครบ 2 ปีโดยไม่มีการป่วยซ้ำ 13 คน (40.6 %) มี 6 คน นอกจากการวิจัย และ 13 คน มีการป่วยซ้ำ ดังนั้นอัตราการป่วยซ้ำของกลุ่มที่ได้รับจิตบำบัดครบมี 50% (95% CI=23.4-57.4) เมื่อวิเคราะห์เวลาที่มีชีวิตอยู่โดยไม่ป่วยซ้ำเปรียบเทียบทั้ง 3 เงื่อนไขแล้ว พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันของระยะเวลาในการ recurrence	

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อการนำไปใช้	งานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในกลุ่มผู้หญิงโรคซึมเศร้าที่มีอาการ กลับเป็นซ้ำดังนี้ 1) การบำบัดผู้หญิงโรคซึมเศร้าที่กลับป่วยซ้ำ ที่ให้การบำบัดด้วย IPT มาแล้ว ได้ผลดีสามารถใช้ IPT ในการบำบัดระยะ maintenance ต่อไปได้ โดยช่วงเวลาของการบำบัด 1 ครั้ง ต่อเดือน ก็เพียงพอ ติดต่อกันเป็นเวลา 2 ปี 2) กลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการบำบัดด้วย IPT อย่างเดียวจำเป็นต้องใช้การบำบัดด้วยยาร่วมด้วย จึงมีความจำเป็นต้องใช้ยาตลอดทุกระยะของการบำบัด 3) การวัด remission คือคะแนน HAM-D ≤ 7 คะแนน ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ 4) การไม่ตอบสนองต่อการรักษาใช้เกณฑ์การพิจารณาดังนี้ 1) คะแนนลดลงน้อยกว่า 25% จากคะแนนพื้นฐาน ภายใน 6 สัปดาห์แรกของการรักษา 2) ลดลงน้อยกว่า 50% ใน 12 สัปดาห์ หรือไม่ remission หลัง 24 สัปดาห์ในกลุ่มที่ได้รับ IPT อย่างเดียว
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกของผู้ศึกษาซึ่งพบว่าผู้หญิงที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีการป่วยซ้ำและมีบางส่วนต้องการ การดูแลต่อเนื่องระยะยาวเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ ซึ่งหน่วยงานยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและมีประสิทธิผลเพียงพอ งานวิจัยนี้ใช้ IPT ในการบำบัดระยะเฉียบพลัน สัปดาห์ละครั้ง นอกเสียจากว่าใช้ IPT สัปดาห์ละครั้งแล้วไม่ได้ผล ก็จะเพิ่มความถี่เป็นสัปดาห์ละ 2 ครั้ง และถ้ายังไม่ได้ผลอีก ก็จะมีการรักษาด้วยยาร่วมด้วย หลังจากนั้นก็จะใช้ IPT ในการบำบัดต่อเนื่องและป้องกันระยะยาว พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ปัญหาตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นบทบาทอิสระ พยาบาลสามารถนำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไปใช้ได้จริง ซึ่งแบบประเมินผลลัพธ์ ส่วนใหญ่ได้มีผู้พัฒนาเป็นภาษาไทย และทดลองใช้จนเป็นเครื่องมือที่มีความเป็นมาตรฐาน
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์	1) แหล่งพิมพ์ <i>American Journal of Psychiatry</i> ซึ่งเป็นวารสารทางจิตเวชศาสตร์ที่มีชื่อเสียง มีการตรวจสอบคุณค่าและความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชศาสตร์ก่อนการพิมพ์เผยแพร่ 2) ผู้ทำการวิจัย Frank, Kupfer, Buysse, Swartz, Pilkonis, Houck, Rucci,

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมาย หรือมีคุณค่าใน เชิงศาสตร์ (ต่อ)	Novick, Grochocinski, & Stapf ทีมผู้วิจัยมีประสบการณ์และมีผลงานด้านการวิจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้หญิงมาก่อนโดยเฉพาะ Dr. Frank และ Swartz มีผลงานด้านการวิจัยเชิงทดลองหลายเรื่องที่เกี่ยวข้องกับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้หญิงโรคซึมเศร้า 3) ทุนสนับสนุนจาก NIMH grant MH049115 to Dr. Frank and grant MH030915 to Dr. Kupfer 4) คุณภาพงานวิจัย - ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษาตัวแปรที่สำคัญคือ ระยะห่างในการบำบัดเพื่อป้องกันระยะยาวของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 3 ระยะคือ ระยะห่างของการบำบัดสัปดาห์ละครั้ง สองสัปดาห์ต่อครั้ง เดือนละครั้ง ชื่อเรื่องยังแสดงให้เห็นถึงกลุ่มตัวอย่างคือผู้หญิงที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า - งานวิจัยได้ระบุเหตุผลของการวิจัยไว้อย่างชัดเจนว่าเพื่อต้องการหาความถี่ในการบำบัดในการบำบัดเพื่อป้องกันระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ - ไม่ได้มีการระบุกรอบแนวคิด หรือกรอบทฤษฎีไว้ - มีการระบุวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยคือ เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของความสัมพันธ์ของขนาดของการบำบัด (doses) ของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำระยะยาว ในผู้หญิงที่มีประวัติการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า สมมุติฐานของงานวิจัยคือ การบำบัดเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ระยะยาว (Maintenance) ด้วยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ได้รับการบำบัด 1 ครั้งต่อสัปดาห์ 2 ครั้งต่อเดือน 1 ครั้งต่อเดือน มีประสิทธิภาพ แตกต่างกันในการฟื้นฟู จากโรคซึมเศร้า - มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่ลึกซึ้งและเป็นปัจจุบัน ว่าในการบำบัดที่เป็นครั้งของการกระตุ้น (booster session) การบำบัดในระยะป้องกันการป่วยซ้ำที่ทางทีมวิจัยเคยใช้คือเดือนละครั้ง หลังการบำบัดระยะเฉียบพลัน ร่วมกับการใช้ยา มีการกลับ เป็นซ้ำที่ 54 สัปดาห์ ระยะเวลาการบำบัด 2 ปี ที่มาของข้อมูลเป็นข้อมูลที่ได้จากแหล่งปฐมภูมิ อ้างถึงแหล่งการศึกษาที่เชื่อถือได้ - มีการระบุประชากรเป้าหมาย มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดออก มีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะเฉียบพลัน แต่ในการ

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมาย หรือมีคุณค่าใน เชิงศาสตร์ (ต่อ)	บำบัดเพื่อป้องกันระยะยาวไม่มีกลุ่มควบคุม มีการสุ่มเข้ากลุ่มโดยใช้ตารางการสุ่ม งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมทางการวิจัย ของมหาวิทยาลัย Pittsburgh - การใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักเหมาะสม ซึ่งผลลัพธ์หลักคือการลดอาการของโรคซึมเศร้า งานวิจัยใช้แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression - การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล เปรียบเทียบในรูปของตาราง ทำให้ง่ายต่อการแปลผลของข้อมูล การใช้สถิติเหมาะสมในเชิงวิจัย ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัยคือจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลใน การบำบัด ทั้งสามแบบ มีความแตกต่างกันหรือไม่ ผลการวิจัยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีการระบุข้อจำกัดที่สำคัญว่าการวิจัยนี้ มีการออกจากการทดลองสูงในการบำบัดระยะยาว ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบในการบำบัดเพื่อป้องกันระยะยาว ที่เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด ซึ่งเป็นประเด็นทางด้านจริยธรรมที่ทางทีมผู้วิจัย เลือกว่าจะไม่มีการสุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่าในการกระตุ้นการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ในช่วง 1-2 ปี การใช้ระยะเวลา ของการกระตุ้น เดือนละครั้งก็มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้อาการของผู้ป่วยฟื้นตัวได้ ซึ่งข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัย
แนวโน้มการนำไปใช้ได้ ในการปฏิบัติ	1. Transferability of the findings ความรู้ที่ได้จากงานวิจัย คือจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สามารถนำไปใช้ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยทำการบำบัดให้กับผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าและผ่านการรักษาในช่วง acute phase และ continuation phase แล้ว ในรายที่ไม่ประสงค์จะรับยา อาจเลือกใช้การบำบัดแบบ IPT ตั้งแต่ระยะ acute phase จนถึง maintenance phase นอกจากนี้ ถ้าใช้การบำบัดแบบ IPT ไม่ได้ผลก็จงใจให้ผู้ป่วยใช้ยาพร้อมด้วยสามารถใช้ยาพร้อมด้วยได้ ซึ่งการวิจัยที่ผ่านมายังไม่สามารถจำแนกว่าผู้หญิงโรคซึมเศร้าที่มีคุณลักษณะแบบใดที่จะใช้ IPT อย่างเดียว หรือจะใช้ IPT ร่วมกับการใช้ยาหรือใช้ยาแต่เพียงอย่างเดียว

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	2. Feasibility of Implementation สามารถนำไปใช้ในการติดตามดูแลผู้หญิงโรคซึมเศร้าในชุมชนได้ เนื่องจากสอดคล้องกับภาระหน้าที่ของผู้ศึกษาและหน่วยงาน และการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำเดือนละครั้งมีความเป็นไปได้สูง สามารถนำไปใช้ได้ในหน่วยงานเนื่องจากพบปัญหาการกลับเป็นซ้ำในผู้หญิงโรคซึมเศร้า 3. Cost benefit ratio มีความคุ้มค่าอย่างมากที่จะนำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ไปดูแลผู้หญิงที่มีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า และเป็นทางเลือกใหม่ให้กับผู้ที่ไม่ต้องการรับประทานยาต้านเศร้า เป็นการลดการถูกตีตราจากสังคม และลดการสูญเสียปีสุขภาวะในผู้หญิงโรคซึมเศร้าที่มีอาการกลับเป็นซ้ำอยู่บ่อยๆซึ่งพบว่าผู้หญิงที่มีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้ามีความรุนแรงอยู่ระดับปานกลาง มีการสูญเสียการทำหน้าที่เกือบทุกด้านและมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ส่งผลให้สังคมได้บุคลากรที่มีประสิทธิภาพในการทำงาน ครอบครัวได้ผู้ดูแลที่สามารถดูแลผู้อื่นได้ ซึ่งเป็นการลดภาระของครอบครัว

เรื่องที่ 3

ชื่อเรื่อง จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลระยะสั้นที่มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมในผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการของโรคซึมเศร้า (A Randomized Controlled Trial of Culturally Relevant, Brief Interpersonal Psychotherapy for Perinatal Depression)

ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์ Grote, Swart, Geibel, Zuckoff, Houck, & Frank., (2009).

แหล่งที่พิมพ์ *Psychiatric Services.*, 60(3); 313-321.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ประยุกต์ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้หญิงตั้งครรภ์รายได้น้อยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าว่าจะดีกว่าการบำบัดตามปกติหรือไม่
ทุน	ได้รับทุนจาก grant K23-MH67595 from the National Institute of Mental Health a grant from the Staunton Farm Foundation and grant MOI-RR00056 from the General Clinical Research Centers National Center for Research Resources
สมมติฐานงานวิจัย	การใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลระยะสั้น (Brief Interpersonal Psychotherapy: Brief-IPT) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าและติดตามด้วยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อป้องกันระยะยาว (Maintenance Interpersonal Psychotherapy: IPT) อีก 6 เดือนหลังคลอดจะสามารถลดพยาธิสภาพทางจิตและเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของมารดาหลังคลอดได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการบำบัดตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
Setting งานวิจัย	คลินิกสูติ-นรีเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล Pittsburgh ประเทศสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมทางการวิจัยของมหาวิทยาลัย Pittsburgh กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภายหลังจากได้รับคำอธิบายโดยครบถ้วน ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่คาดหวังได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมการวิจัยจากการมาฝากครรภ์ที่แผนกสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลหญิงของเมือง Pittsburgh รัฐ Pennsylvania ซึ่งผู้หญิงส่วนใหญ่ เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้น้อย ที่ได้รับสวัสดิการด้านการรักษา

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย(ต่อ)	พยาบาลจากรัฐบาลสหรัฐอเมริกา และบุคลากรที่ส่งต่อผู้หญิงตั้งครรภ์มาเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้เป็นบุคลากร วิชาชีพสุขภาพที่ปฏิบัติงานในคลินิก และจากการลงทะเบียนเข้าร่วมการวิจัย ที่ได้รับข้อมูลจากใบปลิวตามคลินิก คัดกรองตั้งแต่เดือนมีนาคม ค.ศ. 2004 ถึงเดือนธันวาคม ค.ศ. 2006 มีหญิงตั้งครรภ์ 42 คนที่ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดกรองเบื้องต้น มีอาการซึมเศร้า โดยมีคะแนน น้อยกว่า 12 คะแนนจากแบบประเมิน EDPS มีผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 66 คน มี 3 คนที่ไม่เข้าเกณฑ์การคัดเข้า คือมีการใช้ความรุนแรงจากคู่สมรส 1 คน เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 1 คน ติดกัญชา 1 คน มี 10 คนที่เข้าร่วมการคัดกรองระยะเริ่มแรก แต่ออกจากการคัดกรองในครั้งที่สอง เนื่องจากไม่มีเวลาเข้าร่วมการวิจัย สรุปมีจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 53 คน เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 113 คน ที่ได้รับการคัดกรองเบื้องต้นตามคุณสมบัติของเกณฑ์การคัดเข้า 1)หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2)อายุครรภ์ 10 – 32 สัปดาห์ 3)อาการซึมเศร้าใช้แบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) คะแนนมากกว่า 12 คะแนน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน คะแนนยิ่งสูงแสดงว่ามีความรุนแรงของอาการของซึมเศร้ายิ่งมาก 4) สามารถพูดภาษาอังกฤษได้ 5)มีโทรศัพท์ติดต่อได้ 6)อาศัยอยู่ใน เมือง Pittsburgh เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ผู้ร่วมวิจัยจะถูกคัดออกและส่งต่อไปรับการรักษาที่เหมาะสมเมื่อพบว่ามีเหตุการณ์ ดังต่อไปนี้ 1)ใช้สารเสพติด หรือติดสารเสพติด ใน 6 เดือนก่อนหน้านี้ 2)กำลังมีความคิดฆ่าตัวตาย 3)ป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (bipolar disorder) 4)ป่วยด้วยโรคจิต 5)ป่วยด้วยโรคทางสมอง (organic mental disorder)

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย(ต่อ)	6)มีสภาวะโรคทางอายุรศาสตร์ที่กำลังมีอาการกำเริบซึ่งอาการของโรคที่กำลังเป็นอยู่ สามารถส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ เช่น เป็นไทรอยด์ที่ยังไม่ได้รับการรักษา 7)ได้รับการกระทำ ความรุนแรงจากคู่สมรส อย่างรุนแรง 8)กำลังได้รับการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยวิธีอื่น(ได้รับจิตบำบัดหรือยาทางจิตเวช) - การแบ่งกลุ่มจากการสุ่มโดยการจับกลุ่มตามเชื้อชาติ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดสัมพันธภาพระยะสั้น(Brief-IPT) และการบำบัดเพื่อป้องกันระยะยาว (Maintenance-IPT) จำนวน 25 คน ออกจากการวิจัย 5 คน มีจำนวน 17 คน ที่ได้รับการบำบัด Brief-IPT ครบ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดตามปกติจำนวน 28 คน ได้รับการบำบัดจนครบ มีจำนวน 2 คน ลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้ระดับสายวิชาชีพ หรือระดับวิทยาลัย ไม่มีงานทำ รายได้น้อยกว่า \$ 20,000 เป็นชาวแอฟริกันอเมริกัน สถานภาพการสมรส ไม่ได้สมรส ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีอาการระดับปานกลาง มีโรคร่วมสูงสุดคือโรควิตกกังวล รองลงมาเป็นโรคตื่นตระหนก และ PTSD อายุเฉลี่ย 24.3-24.7 ปี อายุครรภ์ 20.4-22.6 สัปดาห์ มีผู้ใหญ่อยู่ในบ้าน 2 คน มีเด็ก 1 คน
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	การประเมินผลลัพธ์หลัก ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการประเมินก่อนการบำบัดในระยะตั้งครบกเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และติดตามประเมิน 3 เดือนหลังจากการวัดข้อมูลพื้นฐาน และ 6 เดือน หลังคลอด ด้วยแบบประเมินที่มีความตรงและเชื่อถือได้ดังนี้ 1)Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) เป็นการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด ประกอบด้วย 10 ข้อคำถามค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน จุดตัดที่คะแนนมากกว่า 12 คะแนน จุดตัดที่ 12 หรือ 13 คะแนน จะมีค่าความไว ที่ร้อยละ 86 และมีความเฉพาะร้อยละ 78 2) Beck Depression Inventory (BDI) ซึ่งเป็นแบบ วัดอาการซึมเศร้าพัฒนาโดย เบค มีความไวที่ร้อยละ 100 มีความเฉพาะร้อยละ 84 เมื่อใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าโดยการสุ่มจากชุมชน ด้วยจุดตัดที่คะแนน 10

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์(ต่อ)	3) Beck Anxiety Inventory (BAI) เป็นการประเมินระดับความวิตกกังวลประกอบด้วย 21 ข้อ มีความไวที่ .76 มีความเฉพาะ.77 สำหรับการวินิจฉัยความวิตกกังวล เมื่อใช้จุดตัดที่คะแนน 5.5 4) Social and Leisure Domain ของแบบวัด Social Adjustment Scale (SAS) ใช้วัดการทำหน้าที่ทางสังคมใช้จุดตัดที่มากกว่า 2.2 ซึ่งแสดงว่ามีการทำหน้าที่ตามปกติ ใน Domain นี้แบบวัด SAS ใช้ประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีในชุมชน และในบุคคลโรคจิตเภท โรคจิตสุรา และโรคซึมเศร้า 5) Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) Clinician Version ใช้วินิจฉัยโรค Major Depressive Disorder ในปัจจุบันและในช่วงชีวิต 6) Postpartum Adjustment Questionnaire (PPAQ) ประกอบด้วย 9 คำถาม ใช้ประเมินหลังคลอด 6 เดือนว่าผู้เข้าร่วมการวิจัย คิดว่าการเลี้ยงลูกของตนเองเป็นอย่างไรบ้าง 7) Diagnostic Interview Schedule (DIS) ใช้วินิจฉัยโรคทางจิตเวชอื่นๆ ในช่วงชีวิต ก่อนเข้ารับการบำบัดแต่ละ Session จะมีการวัดอาการซึมเศร้า ด้วยแบบวัด EPDS และหลังเข้าร่วมการบำบัดจะมีการสำรวจความพึงพอใจในการบำบัด 4 ข้อ การประเมินทั้งหมดทำโดย นักสังคมสงเคราะห์ที่ศึกษาระดับปริญญาโท และนักจิตวิทยาที่ศึกษาระดับปริญญาเอก ที่ได้รับการฝึกใช้แบบประเมิน DIS และ SCID Biometrics Division ตามมาตรฐานจากสถาบันจิตเวชศาสตร์แห่งรัฐนิวยอร์ก
การบำบัด (Intervention)	กลุ่มทดลอง จะได้รับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลระยะสั้น(Brief-IPT) ในช่วงการดำเนินโรคซึมเศร้า ระยะเฉียบพลันก่อนคลอด และการบำบัดป้องกันการป่วยซ้ำ ระยะยาว (Maintenance -IPT) ใช้การบำบัดมาตรฐานตามคู่มือของ เคลอแมนและคณะ(Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, 1984) Brief-IPT เป็นการบำบัดที่ประยุกต์ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้น้อย โดยเพิ่ม Session การจูงใจให้เข้าร่วมการบำบัดอีก หนึ่ง ครั้ง (Engagement Session) โดย มีพื้นฐานจากหลักการของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ(Motivational interviewing) และการสัมภาษณ์แบบนัก

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention)(ต่อ)	มานุษยวิทยา ซึ่งออกแบบมาเพื่อช่วยให้ผู้เข้าร่วมการบำบัดเห็นความสำคัญของการบำบัด เพื่อลดอุปสรรคทางวัฒนธรรมและจิตวิทยาที่จะได้รับการบำบัดรักษา ในการดำเนินการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจ และเน้นความเป็นไปได้ที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อจัดอุปสรรคด้านจิตวิทยาและวัฒนธรรมของปัจเจกบุคคลซึ่งเป็นผู้ที่มีฐานะทาง เศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำ ยิ่งกว่านั้นในช่วง Engagement Session ผู้สัมภาษณ์จะค้นหาปัญหาและอุปสรรคเป็นรายบุคคลและช่วยหาทางขจัด อุปสรรคเหล่านั้นให้น้อยลง ตัวอย่างเช่น ถ้าผู้เข้าร่วมการวิจัยเกิดความสงสัยว่าการมารักษาโรคซึมเศร้าจะทำให้ตกงานหรือไม่ ผู้บำบัดจะให้ข้อมูลว่าการบำบัดจะช่วยให้เธอหางานใหม่ได้ หรือช่วยให้เธอได้รับการคัดเลือกเข้าฝึกงาน นอกจากนั้นแล้วการบำบัดยังช่วยให้เธอได้จัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล ซึ่งถ้าไม่ได้รับการแก้ไขในที่สุดแล้วอาจเป็นผลให้เธอตกงานได้ ผู้รับการบำบัดจะเข้าถึงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยใช้ความไวเชิงวัฒนธรรม ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการสัมภาษณ์ทางมานุษยวิทยา ผู้สัมภาษณ์จะทำความเข้าใจมุมมองและค่านิยมของผู้หญิงโดยปราศจากอคติ จะค้นหามุมมองของผู้หญิงเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพและฝึกการแก้ปัญหา (ตัวอย่างเช่น ความสำคัญของสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ หรือบทบาทหญิงชายในชีวิตของเธอ) และถามผู้หญิงที่เข้าร่วมการบำบัดว่าต้องการให้ผู้บำบัดเป็นแบบไหน ได้แก่ การให้ความสำคัญกับชาติพันธุ์ สีผิว Brief-IPT คล้ายกับการบำบัด IPT มาตรฐาน กล่าวคือ บำบัดอาการซึมเศร้าโดยช่วยให้ผู้ป่วยจัดการปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เป็นปัญหา (Interpersonal Problem Areas) หนึ่งในสี่ด้าน ได้แก่ การสูญเสีย (Grief and Loss) ความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต (Interpersonal Disputes) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (Role Transitions) การพร่องสัมพันธภาพ (Interpersonal Sensitivity / Deficit) ที่สัมพันธ์กับการเกิดขึ้นและการคงอยู่ของอาการซึมเศร้า(depressive episode) แต่ จะต่างจาก IPT มาตรฐาน ในหลายอย่าง เช่น การลดความรู้สึกเป็นภาระที่เข้ามารับการบำบัดและกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้ร่วมการวิจัย รูปแบบของ Brief-IPT ปรับจำนวนครั้งของการบำบัดจาก 16 ครั้ง เป็น 8 ครั้ง โดยจะหลีกเลี่ยงการแก้ปัญหาคความ

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention)(ต่อ)	พหุองค์การสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งต้องใช้เวลาในการบำบัด และเน้นกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระหว่างครั้งของการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาระหว่างบุคคล การบำบัดทำตามคู่มือของสจ๊วตและคณะ (Swart, Grote, & Frank, et.al, 2003) ที่ไม่ได้มีการพิมพ์เผยแพร่ ระหว่างการบำบัดใช้กลยุทธ์ การกระตุ้นพฤติกรรม มุ่งเน้นการเสริมสร้างกำลังใจในด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังและสามารถกลับเป็นซ้ำได้ ผู้บำบัดจึงให้การบำบัดแบบ IPT- Maintenance ระยะห่าง 2 สัปดาห์ต่อครั้ง หรือเดือนละครั้ง จนถึง 6 เดือน หลังคลอด เพื่อป้องกันอาการซึมเศร้ากำเริบ โดยช่วยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถจัดการกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป้าหมายของการทำ IPT- Maintenance เพื่อดำรงไว้ซึ่งการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยจะถูกกระตุ้นให้คอยเฝ้าระวังอาการทางกาย อาการทางอารมณ์และความคิดที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าในระยะแรกเริ่ม และฝึกทักษะที่ได้รับการเรียนรู้จาก IPT-B มาใช้ในการป้องกันอาการกำเริบ Maintenance –IPT ต่างจาก Brief-IPT ตรงที่ผู้ป่วยสามารถระบุปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้มากกว่า 1 ด้านขณะที่อยู่ในภาวะที่ปราศจากอาการของโรคซึมเศร้า (remission) Brief-IPT จะมีการบูรณาการวัฒนธรรมของผู้หญิงที่มีรายได้น้อยและทำให้เกิดการนำไปปฏิบัติได้จริง โดยการให้บัตรโดยสารรถประจำทางฟรี ให้คนดูแลเด็กในระหว่างการบำบัด อำนวยความสะดวกให้เข้าถึงบริการทางสังคมที่จำเป็น(เช่น ให้อาหาร ให้ฝึกลูก ให้อยู่อาศัย ให้ของใช้สำหรับเด็ก) คล้ายกับการศึกษา เกี่ยวกับการจัดการรายกรณีโดยใช้ CBT ในผู้หญิงที่มีรายได้น้อย ในการวิจัยก่อนหน้านี้ สถานที่ในการบำบัด Engagement และ Brief-IPT session ทำที่คลินิกสูติ-นรีเวช ซึ่งทำให้ผู้หญิงเข้ารับบริการบำบัดได้ง่ายกว่า และลดการถูกประทับตราบาป และถ้าผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถมาเข้ารับบริการบำบัดได้ในแต่ละครั้ง ก็จะให้การบำบัดทางโทรศัพท์เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการบำบัดซึ่งพบว่าการแก้ปัญหาเช่นนี้ มีประสิทธิภาพในการทำจิตบำบัดและบำบัดด้วยยาสำหรับโรคซึมเศร้า Brief-IPT ที่พัฒนาขึ้นมาสะท้อนองค์ประกอบของวัฒนธรรมใน 7 ด้าน จากกรอบแนวคิดที่ยึดวัฒนธรรมเป็นศูนย์กลางของ Bernal และคณะ (Bernal, Bonilla, Bellido,

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention)(ต่อ)	2004) ซึ่งได้แก่ Person, metaphors, concept, content, goals, methods, และ context Person คือ ผู้บำบัดจะต้องได้รับการฝึกสมรรถนะทางวัฒนธรรมและมีประสบการณ์ในการ ทำงานกับชนกลุ่มน้อยที่มีฐานะยากจน Metaphors คือ การอุปมาอุปมัยให้ผู้รับการบำบัดได้เห็นภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม โดยใช้เรื่องราวภูมิหลังทางวัฒนธรรมของผู้เข้าร่วมการวิจัยเพื่อสนับสนุนให้ไปถึงเป้าหมายของการบำบัด Concept คือ ผู้บำบัดจะให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับการบำบัด โดยใช้ คำว่า ความเครียด แทนคำว่า ซึมเศร้า เพื่อลดความรู้สึกว่าถูกตีตรา จากการบำบัดโรคซึมเศร้า Content ทำโดยการค้นหาหลักการเผชิญความเครียดและแหล่งทรัพยากรทางวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อทางจิตวิญญาณ ความเชื่อในบทบาทหญิงชาย ซึ่งจะช่วยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยผ่านพ้น ความยากลำบากในอดีต และช่วยสร้างและหาทรัพยากรในช่วงของการบำบัดด้วย Goals ช่วยให้ผู้รับบริการ ตั้งเป้าหมายในการบำบัดให้สอดคล้องกับปัญหาส่วนบุคคลและวัฒนธรรม Methods ให้การบำบัดแบบเข้มข้น แก่ผู้ที่เข้าถึงบริการได้ยากและใช้ระยะเวลาการบำบัดให้สั้นลง เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระที่ต้องมาเข้ารับการบำบัด Context เน้นการปฏิบัติที่ทำได้จริงโดย การอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการทางสังคมที่ต้องการ คุณสมบัติของผู้บำบัด งานวิจัยไม่ได้ระบุคุณสมบัติของผู้บำบัด แต่ระบุคุณสมบัติว่าผู้บำบัดต้องได้รับการฝึกจากผู้เชี่ยวชาญที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท หรือปริญญาเอก และมีประสบการณ์ในการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลระยะสั้น โดยบำบัดตามคู่มือ และได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ สัปดาห์ละครั้ง การบำบัดในแต่ละครั้งจะมีการบันทึกเทป เพื่อหาความเชื่อมั่นของการบำบัดที่ยอมรับได้ที่ร้อยละ 77 กลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลเพิ่มจากการดูแลตามปกติ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention)(ต่อ)	โรคซึมเศร้า จะได้รับคู่มือเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า มีการเสริมสร้างแรงจูงใจในการที่จะแสวงหาการดูแลจากศูนย์สุขภาพในชุมชนที่ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่พวกเขาไปใช้บริการ หรือศูนย์สุขภาพจิตที่อยู่ใกล้บ้าน ที่พวกเขาต้องการไปใช้บริการ กลุ่มควบคุมก็จะได้รับการดูแลให้เข้าถึงบริการด้านความจำเป็นพื้นฐานเหมือนกับกลุ่มทดลอง คือการได้รับตัวโดยสารรถประจำทางฟรี การช่วยเหลือยาคูตรขณะที่มาตราไปรับการบำบัด กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในการจัดการกับอุปสรรคต่างๆอย่างง่าย ที่แผนกสูติ-นรีเวชได้รับการติดตามความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้าและการได้รับการวินิจฉัย มีการประเมินทางด้านอารมณ์ทุก 3 สัปดาห์จากทีมผู้วิจัย และมีการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ไปรับการบำบัด
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	ระดับความเข้มแข็งที่ระดับ 2
ผลการวิจัย	ข้อมูลพื้นฐานและลักษณะทางคลินิกของตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลางจากการใช้แบบประเมิน EPDS และมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลางจากการประเมินด้วยแบบประเมิน BDI อัตราการกลับเป็นซ้ำในทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (Brief-IPT; N=14,56 %) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรควิตกกังวล ซึ่ง 23% เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย Panic disorder และ 23% เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย PTSD ผลการปฏิบัติตามแผนการรักษา จากรายงานการวิจัยก่อนหน้านี้รายงานว่าผู้ป่วยในกลุ่ม IPT-B มีอัตราการเข้าร่วมและคงอยู่ในการบำบัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม Brief-IPT ตลอดการบำบัด (7-8 session) มี 68% (N=17) และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามปกติที่เข้าร่วมตลอดการบำบัดมีเพียง 7% (N=2) และมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม Maintenance IPT (2-10 session) มี 68% (N=17) และครึ่งหนึ่งของกลุ่ม Brief-IPT ใช้การบำบัดทางโทรศัพท์ 2-3 ครั้ง (จากการบำบัดทางโทรศัพท์ซึ่งมีตั้งแต่ 1-6 ครั้ง) ผลต่อการเปลี่ยนการวินิจฉัยโรคและอาการซึมเศร้า ในเวลา 3 เดือนจากการประเมินครั้งแรก ผู้ป่วยในกลุ่ม Brief-IPT พบว่าผู้หญิงเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ 95% หรือ 21 จาก 22 คน

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย(ต่อ)	ที่ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติพบว่ามีเพียง 58% หรือ 15 คน จาก 26 คน ที่ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยซึ่งพบว่ามีขนาดอิทธิพลระดับสูง ($x^2=9.06$, $df=1$, $p<.003$; Cohen's $h=.96$) ในการวิเคราะห์ 6 เดือนหลังคลอดปรากฏว่าผู้หญิงในกลุ่ม Brief-IPT ไม่มีผู้ที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเลย เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งมี 70% ที่ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยหรือ 16 คน จาก 23 คน ซึ่งผลขนาดอิทธิพลระดับสูง ($x^2=7.92$, $df=1$, $p<.005$; Cohen's $h=1.22$) ผลต่ออาการซึมเศร้าวัดที่ระดับอาการดีขึ้น 50% ด้วยแบบวัด EPDS ในเวลา 3 เดือนจากการประเมินครั้งแรก ผู้ป่วยในกลุ่ม IPT-B อาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือลดลง 20 คนจาก 25 คน ซึ่งคิดเป็น 80% เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติพบว่าอาการซึมเศร้าลดลง 8 คน จาก 28 คนคิดเป็น 29% ซึ่งพบว่ามีขนาดอิทธิพลระดับสูง ($x^2=14.02$, $df=1$, $p<.001$; Cohen's $h=1.08$) ในการวิเคราะห์ 6 เดือนหลังคลอดปรากฏว่าผู้หญิงในกลุ่ม Brief-IPT มีอาการซึมเศร้าลดลง 20 คนจาก 25 คน คิดเป็น 88% เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ที่มีอาการซึมเศร้าลดลง 7 คน จาก 28 คนซึ่งคิดเป็น 25% มีขนาดอิทธิพลระดับสูง ($x^2=21.16$, $df=1$, $p<.001$; Cohen's $h=1.17$) การเปลี่ยนแปลงอาการทางคลินิกและการทำหน้าที่ทางสังคม ในระยะเวลา 3 เดือนจากการประเมินครั้งแรก ผู้ป่วยในกลุ่ม Brief-IPT พบว่าอาการของโรคซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ในการวิเคราะห์ 6 เดือน หลังคลอดแสดงให้เห็นถึงการทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และลดความวิตกกังวลได้ไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($p=.063$ และ $.051$) ผู้ป่วยในกลุ่ม Brief-IPT รู้สึกว่าอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ รู้สึกมีความสุขกับเพื่อนสนิท และสามารถทำกิจกรรมที่ตนเองสนใจได้ การประเมินเกี่ยวกับความคิดต่อการเลี้ยงดูบุตรที่เพิ่งคลอดของผู้เข้าร่วมการวิจัยว่าเป็นอย่างไรซึ่งผลการแสดงความคิดเห็นของมารดาและสมาชิกในครอบครัว ของกลุ่ม Brief-IPT ว่าสามารถเลี้ยงดูบุตรได้เป็นอย่างดี มีการกอด การสัมผัส การเล่นกับลูก เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมมีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติงานวิจัยนี้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่ม หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซึมเศร้า อาการระดับปานกลางถึงรุนแรง

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย(ต่อ) การสรุปเพื่อ นำไปใช้	Brief-IPT สามารถนำมาใช้กับหญิงตั้งครรภ์มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีรายได้น้อย ในชุมชนและมีการชักชวนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมและเห็นความสำคัญของการบำบัด เนื่องจากเป็นการบำบัดระยะสั้น 9 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที การบำบัดมี 2 ระยะ คือการบำบัดระยะเฉียบพลันด้วยโปรแกรม Brief-IPT และการบำบัด เพื่อป้องกันระยะยาวด้วยโปรแกรม Maintenance IPT การวัดอาการซึมเศร้า ในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดใช้แบบวัด EPDS ซึ่งจะตัดสินอาการ ซึมเศร้าที่คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน และการพิจารณาว่าอาการ ซึมเศร้าดีขึ้นเมื่อคะแนนลดลงกว่าเดิม 50 % และพิจารณาประสิทธิผลของการ บำบัดโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเป็นหลักด้วยแบบวัด SCID ความถี่ในการบำบัดเพื่อป้องกันระยะยาว ช่วงหลังคลอด สามารถ ปรับ ระยะเวลาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย อาจจะเป็นการนัด 2 สัปดาห์ต่อครั้ง หรือเดือนละครั้ง ซึ่งขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้รับการบำบัด ให้การบำบัดที่ คลินิกสูติ นรีเวช
ความสอดคล้อง กับประเด็นปัญหา ทางคลินิก	งานวิจัยนี้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการ ของโรคซึมเศร้า ที่ยังไม่เห็นความสำคัญของโรคซึมเศร้า และไม่ยอมรับการ บำบัด ซึ่งการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่ปรับให้สอดคล้องกับ วัฒนธรรมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้น้อย โดยที่มีการเสริมสร้างแรงจูงใจ ทันทีภายหลังการประเมินพบอาการของโรคซึมเศร้า เพื่อให้เห็นความสำคัญ และยอมรับการบำบัดและมีการประเมินช่วยเหลือจัดหาแหล่งทรัพยากรที่ จำเป็นคล้ายผู้จัดการรายกรณีเช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การหางานการให้ คำปรึกษา และมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ซึ่งหน่วยงานยังขาด กิจกรรมการพยาบาลหรือการดูแลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งผลของการ บำบัดสามารถลดอาการของโรคซึมเศร้าและการกลับเป็นซ้ำได้
การมีความหมาย หรือมีคุณค่า ในเชิงของศาสตร์	1) แหล่งที่พิมพ์ <i>Psychiatric Services</i> ซึ่งเป็นวารสารทางจิตเวชศาสตร์ที่มี ชื่อเสียง มี peer review ก่อนการพิมพ์เผยแพร่ 2) ผู้ทำการวิจัย Grote, Swart, Geibel, Zuckoff, Houck, & Frank ทีมผู้วิจัย เป็นผู้มีประสบการณ์ ซึ่งมีผลงานวิจัยเกี่ยวกับจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่าง บุคคลในผู้หญิงโรคซึมเศร้าหลายเรื่องด้วยกัน 3) ได้รับทุนสนับสนุน จาก grant K23-MH67595 from the National Institute of Mental Health a grant from the Staunton Farm Foundation and grant MOI-

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมาย หรือมีคุณค่า ในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	RR00056 from the General Clinical Research Centers National Center for Research Resources แสดงให้เห็นถึงคุณภาพของงานวิจัยที่ได้รับทุนจากสถาบันทางจิตเวชที่มีชื่อเสียงหลายทุน 4) คุณภาพงานวิจัย - ชื่อเรื่อง แสดงถึงวิธีการศึกษา ตัวแปรที่สำคัญคือ จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลระยะสั้น ที่มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการของโรคซึมเศร้า - งานวิจัยระบุปัญหา ของการวิจัย คือผู้หญิงตั้งครรภ์รายได้น้อยที่มีอาการของโรคซึมเศร้า มีข้อจำกัดเรื่องเวลา มีการดูแลบุตร กลัวการถูกตีตราจากสังคม การถูกเลือกปฏิบัติ เคยมีประสบการณ์ด้านลบต่อการบำบัด มีความยากลำบากกับปัญหาโรคซึมเศร้า วัฒนธรรมของผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่ไม่ไวต่อความรู้สึกของผู้รับบริการ และเหตุผลการวิจัยคือเพื่อประเมินประสิทธิผลของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ประยุกต์ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้น้อย - งานวิจัยได้ระบุกรอบแนวคิด ว่า Brief-IPT ที่พัฒนาขึ้นมาสะท้อนองค์ประกอบของวัฒนธรรมใน 7 ด้าน จากกรอบแนวคิดที่ยึดวัฒนธรรมเป็นศูนย์กลางของ Bernal และคณะ (Bernal, Bonilla, Bellido, 2004) ซึ่งได้แก่ Person, metaphors, concept, content, goals, methods, และ context - มีการระบุวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ประยุกต์ให้สอดคล้อง กับวัฒนธรรมของผู้หญิงตั้งครรภ์รายได้น้อยที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ว่าจะดีกว่าการบำบัดตามปกติหรือไม่ สมมุติฐานการวิจัยการใช้ จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลระยะสั้น (Brief Interpersonal Psychotherapy: Brief-IPT) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าและติดตามด้วยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อป้องกันระยะยาว (Maintenance Interpersonal Psychotherapy: IPT) อีก 6 เดือนหลังคลอด จะสามารถลดพยาธิสภาพทางจิตและเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของมารดาหลังคลอดได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการบำบัดตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่ลึกซึ้งและเป็นปัจจุบัน ว่าผู้หญิงที่มีสถานะทางสังคมต่ำมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการทางด้านการบำบัด

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมาย หรือมีคุณค่า ใน เชิงของศาสตร์ (ต่อ)	อาการทางสุขภาพจิตและผู้หญิงที่ยากจนมักจะได้รับการคุกคามจากเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่ควบคุมไม่ได้ มีปัญหาสัมพันธภาพหลายรูปแบบ และการได้รับความรุนแรงทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จากชุมชน และมีความเครียดเรื้อรัง ที่มาของข้อมูลเป็นข้อมูลที่ได้จากแหล่งปฐมภูมิ อ้างอิงแหล่งการศึกษาที่เชื่อถือได้ -มีการระบุว่าเป็นการวิจัยเชิงทดลอง นับตั้งแต่กระบวนการวิจัย มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือใช้เครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน มีการออกแบบการวิจัยที่ดี มีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีการสุ่มเข้ากลุ่มโดยการสุ่มจากกลุ่มเชื้อชาติ การใช้สถิติการวิจัยเหมาะสมคือการใช้นัยสำคัญทางปฏิบัติ ขนาดของผล (Effect Size) มาวิเคราะห์ ทำให้ตัดสินใจว่าปริมาณความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่พบนี้มีมากพอต่อการนำไปใช้ในทางปฏิบัติหรือไม่ และนัยสำคัญทางปฏิบัตินี้ก็ขึ้นอยู่กับขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วย จึงทำให้นัยสำคัญทางปฏิบัติมีความแน่นอนไม่ว่าจะได้มาจากกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กหรือขนาดใหญ่ก็ตาม งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ สิทธิมนุษยชนของมหาวิทยาลัย Pittsburgh การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลเปรียบเทียบในรูปของตาราง กราฟ ทำให้ง่ายในการศึกษา การศึกษาวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงการดูแลผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้น้อยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่มีคะแนน EPDS มากกว่า 12 คะแนน ที่แผนกสูติรีเวชซึ่งได้รับการบำบัด ด้วย Brief-IPT ในระยะก่อนคลอด และได้รับการบำบัดเพื่อป้องกันระยะยาวด้วย จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดตามปกติ สามารถลดอาการซึมเศร้าและการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าก่อนคลอด ระยะ 3 เดือน 6 เดือน เพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคม - มีข้อเสนอแนะว่า จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลระยะสั้นที่มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้า สามารถนำไปใช้ได้แต่มีข้อจำกัด 1) กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์ในช่วงกลางของไตรมาสที่สาม ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าและไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้ามีจำนวนน้อย จึงไม่สามารถนำไปขยายผล ในหญิงตั้งครรภ์ชาวแอฟริกัน-อเมริกัน และชาวอเมริกันผิวขาวที่ตั้งครรภ์และมีอาการซึมเศร้าได้ 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผล ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลาออกซึ่งเป็นเวลาส่วนตัวในการดำเนินการ ต้องใช้ความพยายามในการสร้าง

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมาย หรือมีคุณค่าใน เชิงของศาสตร์ (ต่อ)	สัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เป็นกลุ่มควบคุมซึ่งค่อนข้างจะเข้าถึงได้ยาก กว่ากลุ่มทดลองที่ทำการบำบัดแบบ Brief-IPT 3) งานวิจัยนี้ไม่ได้มีการเปรียบเทียบกับจิตบำบัดที่มีประสิทธิผลอื่นๆ ซึ่งเป้าหมายการวิจัยเพื่อทดสอบรูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพ ออกแบบเพื่อผู้หญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่มีรายได้น้อย ลดอุปสรรคในการได้รับการดูแลและสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น
แนวโน้มที่จะ นำไปใช้ได้ ในการปฏิบัติ	1. Transferability of the findings จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลระยะสั้นแบบมุ่งใจให้เข้าร่วมการบำบัด สอดคล้องกับผู้หญิงตั้งครรภ์ในแต่ละราย และเน้นการนำไปปฏิบัติได้จริง ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการของโรคซึมเศร้า และบำบัดสัมพันธภาพเพื่อป้องกันระยะยาว เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ 2. Feasibility of Implementation มีความเป็นไปได้มากที่จะนำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลระยะสั้นแบบมีการมุ่งใจให้เข้าร่วมการบำบัดมาใช้ในการบำบัดหญิงตั้งครรภ์ โดยที่มีการเสริมสร้างแรงจูงใจ ทันทีภายหลังการประเมินพบอาการของโรคซึมเศร้า เพื่อให้เห็นความสำคัญ มีการค้นหาปัญหาอุปสรรคและแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคเฉพาะราย เพื่อให้การดูแลแบบผู้จัดการรายกรณี ให้สามารถรับการบำบัดได้อย่างต่อเนื่อง มีการดูแลทางด้านปัจจัยจำเป็นพื้นฐาน และมีความสอดคล้องกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมของปัจเจกบุคคล ซึ่งระยะเวลาในการบำบัด 9 ครั้ง เป็นระยะสั้น และการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำต่ออีก 6 เดือนหลังคลอด มีความเป็นไปได้มากเนื่องจากสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ และผู้รับบริการเห็นประโยชน์และเห็นผลสำเร็จจากการบำบัดระยะสั้น ที่มีการมุ่งใจมาก่อน จึงคิดว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ และที่สำคัญหญิงตั้งครรภ์มีข้อจำกัดในการใช้ยาต้านเศร้า การบำบัดแบบนี้จึงเหมาะกับหญิงตั้งครรภ์ และปลอดภัยมากที่สุด มีความเป็นไปได้มากที่จะนำไปปฏิบัติในหน่วยงาน 3. Cost benefit ratio การบำบัดหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าด้วยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลระยะสั้น แบบมีการมุ่งใจให้เข้าร่วมการบำบัด มีความคุ้มค่า สามารถทำให้มารดาหลังคลอดดูแลบุตรได้ดีขึ้น ไม่เกิดอันตรายต่อบุตร ซึ่งการบำบัดเพื่อป้องกันระยะยาวระยะหลังคลอด

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	ต่ออีก 6 เดือน เป็นการลดอัตราการกลับเป็นซ้ำได้ซึ่งมารดาหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้าจะมีผลกระทบต่อพัฒนาการของบุตร และก่อให้เกิดอันตรายต่อบุตรได้ ซึ่งการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลระยะสั้นแบบมีการจูงใจให้เข้าร่วมการบำบัด ให้สอดคล้องกับปัญหาของหญิงตั้งครรภ์แต่ละคน มีความคุ้มค่าในการนำไปใช้

เรื่องที่ 4

ชื่อเรื่อง ประสิทธิภาพในการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้หญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้า (Efficacy of Interpersonal psychotherapy for Postpartum Depression)

ผู้วิจัย /ปีที่พิมพ์ O'Hara, Stuart, Gorman, & Wenzel. (2000).

แหล่งที่พิมพ์ *American Medical Association of Psychiatry.*, 57, 1039-1045.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิภาพของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับผู้หญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้า
ทุน	ได้รับทุนจาก grant MH50524 from the National Institute of Mental Health, Bethesda, Md (Dr O'Hara)
สมมุติฐานงานวิจัย	-
Setting งานวิจัย	ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยไม่ได้ระบุว่าได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมทางการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีการเซ็นใบให้การยินยอม หลังจากมีการประเมินก่อนการเข้าร่วมการวิจัยอย่างครบถ้วน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการส่งจดหมายเชิญผู้หญิงหลังคลอดจำนวน 20,620 คน จาก 4 ชุมชนในรัฐ Iowa ตั้งแต่เดือนตุลาคม ค.ศ. 1995 ถึงเดือนกรกฎาคม ค.ศ.1997 เพื่อศึกษาการตัดสินใจเกี่ยวกับอารมณ์ในมารดาหลังคลอด มีการคัดกรองจากหลายขั้นตอน มีการประเมินด้วยแบบประเมิน Inventory to Diagnose Depression (IDD) ทางโทรศัพท์ผู้ที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าก็จะประเมินต่อด้วย Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) และ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) ถ้าคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนนจะถามถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมการบำบัด พบหญิงหลังคลอดจำนวน 345 คนที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า มีจำนวน 77 คนที่ไม่เข้าเกณฑ์การคัดเข้า มีจำนวน 132 คนที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย มี 16 คนที่ได้รับการฝึกการบำบัดรายบุคคล มีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 120 คน ผู้ที่ให้การยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการประเมินซ้ำที่บ้านด้วย SCID และ HRSD

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)	เกณฑ์การคัดเข้า 1.เป็นผู้หญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ที่คะแนนของอาการของโรคซึมเศร้าโดยประเมินจาก HRSD มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ด้วยแบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า 2.มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 3.สมรส หรืออาศัยอยู่กับคู่สมรสอย่างน้อยเป็นเวลา 6 เดือน เกณฑ์การคัดออก 1.มีประวัติเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โรคจิตเภท โรคทางสมอง ปัญญาอ่อน พฤติกรรมต่อต้านสังคม 2.ได้รับการวินิจฉัยว่า ดิคา หรือติดยา โรคตื่นตระหนก โรคความผิดปกติเกี่ยวกับอาการทางกาย 3.มีลักษณะคล้ายผู้ป่วยจิตเภท ผู้มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม โดยการใช้แบบประเมินพฤติกรรม Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP) ผู้หญิงโรคซึมเศร้าที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย โรคการกินผิดปกติ โรคย้ำคิดย้ำทำ มีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง หรือรอการบำบัดเพื่อเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการใช้ตารางตัวเลข กลุ่มทดลอง ได้รับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (IPT) จำนวน 60 คน ออกจากการบำบัด 12 คน กลุ่มควบคุม รอการบำบัด (waiting list condition; WLC) จำนวน 60 คน ออกจากการบำบัด 9 คน เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ที่ออกจากการวิจัยทางสถิติ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผู้หญิงหลังคลอด ส่วนใหญ่เป็นคนผิวขาว อายุเฉลี่ย 29.4 ปี คู่สมรสอายุเฉลี่ย 30.7 ปี การศึกษาของคู่สมรส 14.8 ปี มีงานทำร้อยละ 63.3 ระยะเวลาการสมรสเฉลี่ย 5.2 ปี ส่วนใหญ่ให้นมบุตร ร้อยละ 50 ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 7 เดือน

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์	การวัดผลลัพธ์หลัก หญิงหลังคลอด จะได้รับการประเมินก่อนการบำบัดและติดตามประเมินหลังการบำบัดได้ 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ตามลำดับ ด้วยแบบวัดดังนี้ 1) Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) 2) Beck Depression Inventory (BDI) 3) Social Adjustment Scale 4) Postpartum Adjustment Questionnaire (PPAQ) ผู้ประเมินทราบสถานภาพของความเป็นกลุ่มทดลอง
การบำบัด (Intervention)	กลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รายบุคคล 12 ครั้ง ระยะเวลา 1 ชั่วโมง การบำบัดตามคู่มือของ เคลอแมนและคณะ (Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, 1984) โดยมีการปรับเนื้อหาการบำบัดให้เหมาะสมกับมารดาหลังคลอด ระยะเริ่มต้น (Initial phase) จะเป็นการระบุหรือการวินิจฉัยอาการซึมเศร้าเหมือนการวินิจฉัยโรคทางกายอื่นๆ ภายใต้บริบทของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทบทวนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้ป่วยในอดีตและปัจจุบันและปัญหาสัมพันธภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการของโรคซึมเศร้า และเชื่อมโยงให้เห็นปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย สุดท้ายผู้บำบัดและผู้ป่วย ร่วมมือกันในการระบุปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่สัมพันธ์กับอาการของโรคซึมเศร้ามากที่สุด และตั้งเป้าหมายร่วมกันในการบำบัด ระยะกลาง (Middle phase) ผู้บำบัดจะมุ่งเน้นไปที่ปัญหาสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนด ซึ่งปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ของมารดาหลังคลอด ที่พบบ่อยคือ ความขัดแย้งกับคู่สมรส หรือความขัดแย้งกับญาติพี่น้องในครอบครัวขยาย เป็นการขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต (Interpersonal Disputes) การสูญเสียสัมพันธภาพทางสังคม หรือความสัมพันธ์เรื่องหน้าที่การทำงาน เป็นการเปลี่ยนผ่านบทบาท (Role Transitions) และการสูญเสียที่เกี่ยวข้องกับการคลอดบุตร เช่น การสูญเสียบุตรในครรภ์ก่อนหน้านี้ หรือมี

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	การ โศกเศร้าเสียใจกับการสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต เป็นปัญหาด้านการสูญเสีย (Grief and Loss) ระยะสิ้นสุด (Termination phase) ผู้บำบัดจะให้การเสริมแรง เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง ที่ผ่านพ้นอาการซึมเศร้ามาได้ มีการวางแผนในการยุติการบำบัด และวางแผนในการป้องกันการเป็นโรคซึมเศร้าซ้ำในอนาคต คุณสมบัติผู้บำบัด ผู้บำบัดจำนวน 10 คน จาก 4 ชุมชน ที่มีการรับสมัครหญิงหลังคลอด เข้าร่วมการวิจัย ผู้บำบัดทั้งหมดมีประสบการณ์ด้านการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นนักจิตบำบัดที่มีวุฒิ ปริญญาเอก สาขาจิตวิทยาคลินิก หรือจิตวิทยาการศึกษา ที่มีอายุเฉลี่ย 42 ปี มีประสบการณ์หลังปริญญาเอก เฉลี่ย 14 ปี ผู้บำบัดเป็นผู้ชาย 5 คน เป็นผู้หญิง 5 คน โดยให้การบำบัดผู้ป่วยคนละ 1 ถึง 11 คน เฉลี่ยการบำบัดผู้ป่วย 6.5 คน ก่อนการบำบัดผู้บำบัด อ่านคู่มือการบำบัด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และอ่านคู่มือการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในมารดาหลังคลอดที่เป็นโรคซึมเศร้า ปี ค.ศ. 1993 เป็นคู่มือที่ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ผู้บำบัดทุกคนจะได้รับการฝึก จากการบรรยายและดู วิดีโอ จำนวน 40 ชั่วโมง และฝึกการบำบัดตามมาตรฐาน จากเทป ผู้บำบัดจะได้รับการฝึกทั้ง 12 ครั้งในการบำบัดมารดาหลังคลอดที่เป็นโรคซึมเศร้า จนเป็นที่พอใจในศักยภาพก่อนทำการทดลองในระหว่างการบำบัดผู้บำบัดจะได้รับการเตือนอย่างต่อเนื่องว่าให้ยึดการบำบัดตามคู่มือการบำบัด IPT และมีการบันทึกวิดีโอ หรือเทปเสียงทุกครั้งของการบำบัดเพื่อให้ผู้วิจัยทำการติดตามนิเทศ กลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมจะให้รอการบำบัด 12 สัปดาห์ โดยไม่ได้รับการบำบัดใดๆ ในระหว่างรอการบำบัด มีการประเมินความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ ทุก 4 , 8 และ 12 สัปดาห์ หลังจากได้รับการเข้ากลุ่มเพื่อรอการบำบัด กลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายทุก 2 , 6 และ 10 สัปดาห์และประเมินความสามารถในการรอการบำบัด ทีมผู้วิจัยให้เหตุผลของ การเลือกกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการรอการบำบัด ว่า 1) ในทางกลับกันการรอ การบำบัดไม่ต่างจากการได้รับยาหลอก

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	2)ในการใช้ชุมชนเป็นผู้คัดกรองผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย พบว่าไม่มีผู้เข้าร่วมในกลุ่มควบคุมเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างกำลังต้องการแสวงหาการบำบัด
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	งานวิจัยนี้มีระดับความเข้มแข็งที่ระดับ 2
ผลการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างจำนวน 99 คนจาก 120 คน ที่ได้รับการบำบัดอย่างสมบูรณ์ ด้วยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอาการของโรคซึมเศร้าลดลงจากการประเมินด้วย HRSD คะแนน ลดลง จาก 19.4 คะแนนเหลือ 8.3 คะแนนกลุ่มควบคุมที่ได้รับ WLC คะแนน ลดลง จาก 19.8 คะแนนเหลือ 16.8 คะแนนผลคะแนนลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับ WLC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการประเมินด้วย BDI กลุ่มทดลอง คะแนน ลดลง จาก 23.6 คะแนนเหลือ 10.6 คะแนนกลุ่มควบคุมที่ได้รับ WLC คะแนน ลดลง จาก 23.0 คะแนนเหลือ 19.2 คะแนนผลคะแนนลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับ WLC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนที่ลดลง กลุ่มทดลอง คะแนนจากการประเมิน HRSD ลดลงจากเดิมมากกว่า 6 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 37.5 คะแนน BDI ลดลงจากเดิมมากกว่า 9 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 43.8 ซึ่งกลุ่มควบคุมค่าคะแนนที่ลดคิดเป็นร้อยละ 13.7 และ 13.7 ตามลำดับ และเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจทางสังคมและตอบคำถามเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
การสรุปเพื่อการนำไปใช้	งานวิจัยนี้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มหญิงหลังคลอด ที่มีอาการของโรคซึมเศร้า อายุ 18 ปีขึ้นไป ใช้จิตบำบัดแบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เป็นมาตรฐาน 12 ครั้ง ระยะห่างสัปดาห์ละ ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง การบำบัดตามคู่มือของ เคลอแมนและคณะ โดยมีการปรับเนื้อหาการบำบัดให้เหมาะสมกับมารดาหลังคลอด ระยะเริ่มต้น (Initial phase) เป็นการระบุนาการซึมเศร้าเพื่อวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ค้นหาที่มาหรือสาเหตุของอาการซึมเศร้าที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่งที่เกิดขึ้นกับอาการซึมเศร้า

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อการนำไปใช้ (ต่อ)	ในปัจจุบันและตั้งเป้าหมายในการบำบัดร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ระยะกลาง (Middle phase) ผู้บำบัดจะมุ่งเน้นไปที่ปัญหาสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในปัจจุบัน ซึ่งมักจะเป็นปัญหาความขัดแย้ง กับคู่สมรส หรือญาติพี่น้อง การสูญเสียสัมพันธภาพทางสังคม หน้าที่การงาน การสูญเสียที่เกี่ยวกับการคลอดบุตร เช่นบุตรเสียชีวิต หรือการเสียชีวิตของบุคคลสำคัญในชีวิต ระยะสิ้นสุด (Termination phase) ผู้บำบัดจะเสริมแรง ศักยภาพของผู้ป่วยที่สามารถผ่านพ้นอาการซึมเศร้ามาได้ วางแผนยุติการบำบัด และวางแผนการจัดการกับอาการของโรคซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นมาใหม่
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือมีหญิงหลังคลอดอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในชุมชนที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานและต้องให้การดูแลตามนโยบายของหน่วยงานในการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจซึ่งยังขาดกิจกรรมการพยาบาลหรือการดูแลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งผลของการบำบัดสามารถลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดได้
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1) แหล่งที่พิมพ์ . <i>American Medical Association of Psychiatry</i> เป็นวารสารที่มีคุณภาพและมี peer review ทางด้านจิตเวชศาสตร์ว่าดี หรือมีคุณภาพ หรือไม่ อย่างไร ก่อนการพิมพ์เผยแพร่ 2) ผู้ทำการวิจัย O'Hara, Stuart, Gorman, & Wenzel ทีมผู้วิจัยมีประสบการณ์และมีผลงานด้านการวิจัยเกี่ยวกับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้หญิงโรคซึมเศร้ามาก่อนและ Dr. Stuart มีผลงานเผยแพร่เกี่ยวกับ จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 3) ได้รับทุนจาก grant MH50524 from the National Institute of Mental Health, Bethesda, Md (Dr O'Hara) 4) คุณภาพงานวิจัย - ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษาตัวแปรสำคัญ คือเป็นการประเมินประสิทธิภาพ จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล กลุ่มตัวอย่างคือผู้หญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้า - งานวิจัยได้ระบุปัญหาในการทำวิจัยผู้หญิงหลังคลอดที่เป็นโรคซึมเศร้า

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมาย หรือมีคุณค่า ในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	มักได้รับความทุกข์ทรมานจากผลของความสัมพันธ์ทางด้านลบ และมีผลกระทบต่อการพัฒนาการของบุตร จะทำให้ความผูกพันกับบุตรลดลง - ไม่ได้มีการระบุนกรอบแนวคิด หรือกรอบทฤษฎีในการวิจัย - มีการระบุวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย คือ ต้องการประเมินประสิทธิภาพการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลสำหรับผู้หญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้า - มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่ลึกซึ้งและเป็นปัจจุบัน ว่า ผู้หญิงหลังคลอดมีภาวะเสี่ยงสูงในการเกิดอาการของโรคซึมเศร้า เนื่องจากเป็นการเปลี่ยนผ่านบทบาท มีหลายงานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบจากมารดาหลังคลอดที่เป็นโรคซึมเศร้าว่ามีผลกระทบ ต่อพัฒนาการด้าน การ รู้คิด สังคม และอารมณ์ของบุตร ที่มาของข้อมูลเป็นข้อมูลที่ได้จากแหล่งปฐมภูมิ- มีการระบุประชากรเป้าหมาย มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันในทุกด้าน กลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - มีการระบุว่าเป็นการวิจัยเชิงทดลอง เครื่องมือใช้เครื่องมือที่เป็นมาตรฐานเหมาะสมกับการวัดผลลัพธ์หลักคืออาการของโรคซึมเศร้า คือ HRSD และ BDI มีการออกแบบการวิจัยที่ดี มีกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด เพื่อเปรียบเทียบผลการบำบัดแต่มีการประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นระยะ และประเมินความสามารถในการรับการบำบัดเป็นระยะซึ่งกลุ่มควบคุมจะได้รับการบำบัดด้วยจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพในเวลาต่อมา มีการสุ่มเข้ากลุ่มโดยใช้ตารางการสุ่ม มีการระบุคุณสมบัติของผู้วิจัยไว้อย่างชัดเจน และผู้ทำการบำบัดได้รับการฝึกการบำบัดก่อนการบำบัดจริง ผู้ประเมินผลทราบว่าผู้ร่วมการวิจัยเป็นกลุ่มทดลอง ทางผู้วิจัยให้เหตุผลว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดผลย่อมแตกต่างจาก กลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างชัดเจน ผลการวิจัยสามารถตอบคำถามการวิจัยได้ว่าจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล สามารถลดอาการของโรคซึมเศร้าได้และ พัฒนา ทักษะทางสังคมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - ได้มีการระบุข้อจำกัดของงานวิจัย เรื่องจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จึงมีการนำ

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมาย หรือมีคุณค่า ในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง มาเป็นกลุ่มตัวอย่าง การบำบัดใช้คู่มือการบำบัดที่ไม่เป็นมาตรฐาน การบำบัดเพื่อการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกมากกว่าการบำบัดอาการของโรคซึมเศร้า งานวิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้าในผู้หญิงหลังคลอดที่ไม่ได้รับการบำบัดจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ การเริ่มการบำบัดในผู้หญิงหลังคลอดได้เร็วภายหลังเกิดอาการของโรคซึมเศร้า ประสิทธิภาพของการบำบัดก็ยิ่งได้ผลดีมากยิ่งขึ้น สรุปข้อเสนอแนะว่าการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลมีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้หญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้าและเพิ่มความสามารถ ในการตัดสินใจทางด้านสังคมและเป็นทางเลือกให้กับผู้หญิงหลังคลอดที่ต้องการให้คนบุตรที่ไม่ต้องใช้จ่ายด้านเศร้า สามารถใช้การบำบัดวิธีนี้ได้ สิ่งที่ได้จากงานวิจัย 1) ผู้หญิงหลังคลอดที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคซึมเศร้าควรได้รับการประเมินอย่างรวดเร็ว และควรได้รับการบำบัด ถ้าปล่อยไว้นาน อาจมีผลต่อการฟื้นฟู 2) จัดบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลมีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะเสนอให้ผู้หญิงหลังคลอดในรายที่ต้องการให้คนบุตรที่มีอาการของโรคซึมเศร้า มั่นใจได้ว่าสามารถลด อาการของโรคซึมเศร้าได้โดยไม่ต้องใช้จ่ายด้านเศร้า
แนวโน้มที่จะ นำไปใช้ได้ ในการปฏิบัติ	1.Transferability of the findings การบำบัดหญิงหลังคลอดที่เป็นโรคซึมเศร้าด้วยจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เป็นมาตรฐาน 12 ครั้ง ระยะห่างสัปดาห์ละ ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง การบำบัดตามคู่มือของ เคลอแมนและคณะ โดยมีการปรับเนื้อหา การบำบัดให้เหมาะสมกับมารดาหลังคลอด สามารถลดอาการของโรคซึมเศร้าได้และ พัฒนา ทักษะทางสังคมของหญิงหลังคลอดได้ 2.Feasibility of Implementation มีความเป็นไปได้มากที่จะนำการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล มาใช้ ในการบำบัดหญิงหลังคลอด เนื่องจากการบำบัดที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ สำหรับผู้หญิงหลังคลอดที่ให้นมบุตร ที่ไม่ ต้องการรับการ รักษาด้วยยาต้านเศร้า พยาบาลสามารถให้การบำบัดได้อย่างอิสระโดยผู้ให้

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนั้ที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	การบำบัดได้รับการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 3. Cost benefit ratio การนำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมาใช้ในการบำบัดผู้หญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้า มีความคุ้มค่าคุ้มค่ายเพราะถ้าหากว่ามารดาหลังคลอดมีอาการของโรคซึมเศร้าลดลงหรือปราศจากโรคซึมเศร้าจะทำให้มารดาสามารถดูแลบุตรได้ดีขึ้น ไม่เกิดอันตรายต่อบุตร มีผลให้พัฒนาการด้านการรู้คิด สังคม และอารมณ์ของบุตรเป็นไปในทางที่ดีขึ้น พัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับบุตรและความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้น

เรื่องที่ 5

ชื่อเรื่อง การศึกษานำร่อง จิตบำบัดสัมพันธ์ทางเพศระหว่างบุคคลในผู้หญิงซึมเศร้าในชุมชนที่มีประวัติการทารุณกรรมทางเพศ (Interpersonal Psychotherapy for Depressed Women with Sexual Abuse Histories A Pilot Study in a Community Mental Health Center)

ผู้วิจัย /ปีที่พิมพ์ Talbot, Conwell, O'Hara, Stuart, Ward, Gamble, & et. al, (2005).

แหล่งพิมพ์ *Journal of Nervous and Mental Diseases.* 193: 847-850.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำจิตบำบัดสัมพันธ์ทางเพศระหว่างบุคคลไปใช้กับผู้หญิงโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการถูกทารุณกรรมในวัยเด็กและทดสอบประสิทธิผลของการบำบัดสัมพันธ์ทางเพศระหว่างบุคคลต่อการลดอาการซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางจิตใจและสังคม
ทุน	ได้รับทุนจาก National Institute of Mental Health grant MH064528(Talbot)
สมมุติฐานงานวิจัย	จิตบำบัดสัมพันธ์ทางเพศระหว่างบุคคล สามารถลดอาการซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางจิตสังคมและทักษะทางสังคมของผู้หญิงโรคซึมเศร้า ที่มีประวัติการถูกทารุณกรรมทางเพศ
Setting งานวิจัย	ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน ประเทศสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ไม่ได้ ระบุว่าได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมทางการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีการเซ็นยินยอมก่อน เข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างผู้หญิงโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการถูกทารุณกรรมทางเพศในวัยเด็ก ได้มาจากการสอบถามผู้หญิงที่มารับการบำบัดที่ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน จำนวน 151 คน โดยการคัดกรองคนที่มีอาการซึมเศร้าและมีการรายงานตนเองว่ามี ประวัติถูกทารุณกรรมทางเพศในวัยเด็ก และมีผู้หญิง 32 คน ยินดีที่จะรับการประเมินเพื่อเข้าร่วมการวิจัย ปรากฏว่า 5 คน ไม่เข้าเกณฑ์การคัดเข้าการวิจัย และ 2 คน ทำการประเมินไม่ครบ จึงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 25 คน ที่สมัครเข้าร่วมการบำบัดสัมพันธ์ทางเพศ 16 ครั้ง

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)	เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) เป็นผู้หญิงโรคซึมเศร้าซึ่งได้จากการวินิจฉัยตามเกณฑ์การสัมภาษณ์ของ DSM-IV ที่มีประวัติการถูกละเมิดทางเพศ มาก่อนอายุ 18 ปี ซึ่งทราบได้จากการสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างทางคลินิก (Talbot และคณะ, 1999) การถูกละเมิดทางเพศ หมายถึง การถูกสัมผัสทางเพศที่ผู้ถูกระงับไม่ยินยอม หรือการถูกระงับโดยสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุมากกว่าผู้ถูกระงับ 5 ปีหรือมากกว่า 5 ปีขึ้นไป การสัมผัสทางเพศ หมายถึง การสัมผัสร่างกายบริเวณที่เป็นสัญลักษณ์ทางเพศ ตั้งแต่การลูบคลำจนถึงการสอดใส่อวัยวะเพศ เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) 1) ผู้ที่มีอาการทางจิต 2) ผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท 3) ป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 4) ปัญญาอ่อน 5) กำลังคิดสารเสพติด ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้หญิงทั้งหมด 25 คน มีผู้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 10 คนที่ได้รับการบำบัดครบ 16 ครั้ง มีจำนวน 15 คน ที่ได้รับการบำบัดครบ 8 ครั้ง หรือมากกว่านั้น กลุ่มตัวอย่าง อายุเฉลี่ย 31 ปี (SD 8.8) ส่วนใหญ่ มีบุตรอายุต่ำกว่า 18 ปี มีจำนวน 19 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 11 คน ผู้เข้ารับการบำบัดเป็นชาวแอฟริกัน อเมริกัน 10 คน เป็นคนผิวขาว 10 คน และเป็นลาตินอเมริกัน 3 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีงานทำเต็มเวลาหรือทำบางเวลา 13 คน การศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบชั้นไฮสคูล ได้รับยาต้านเศร้า 16 คน เป็นการได้รับยาต้านเศร้าก่อนการบำบัด จำนวน 10 คน ได้รับยาต้านเศร้าระหว่างการบำบัด จำนวน 6 คน การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ใช้คำจำกัดความการป่วยของโรคซึมเศร้าเรื้อรังและการป่วยซ้ำของ Keller (2000) พบว่ากลุ่มตัวอย่างกำลังป่วยด้วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (MDD) มาเป็นเวลา

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)	อย่างน้อย 2 ปี จำนวน 3 คน (12%) และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรค MDD ทับซ้อนกับโรคซึมเศร้าเรื้อรัง ซึ่งเกิดขึ้นมาก่อนหน้านี้ 8 คน (32%) และมีการกลับเป็นโรคซึมเศร้าซ้ำ จากที่อาการซึมเศร้ายังไม่หายสนิท เป็นเวลามากกว่า 2 ปี ก่อนการรักษา 3 คน (12%) สรุปว่าผู้หญิง 22 คน (88%) มีความทุกข์มานานจากการเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง และการป่วย เข้าในการเริ่มการบำบัด การมีโรคร่วมทางจิตเวช กลุ่มตัวอย่างจำนวน 17 คน (68%) มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย 3 หรือ มากกว่า 3 โรคขึ้นไป โรคที่พบบ่อยมากที่สุดคือ PTSD 13 คน (52%) ส่วนโรคอื่นๆ ได้แก่ Panic Disorder มี 9 คน (36%) Dystymic disorder 8 คน (32%) Social phobia 5 คน (20%) ส่วนใหญ่ 15 คน ใน 25 คน ที่ใช้สารเสพติด หรือคิดสารเสพติด มี 8 คน(32%) มีรายงานว่ามีการทำร้ายตนเองอย่างน้อย 1 ครั้ง ก่อนเข้าร่วมการบำบัด ประวัติการถูกทำร้าย ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนมีประวัติการถูกทารุณกรรมทางเพศในวัยเด็ก จากการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการถูกทำร้ายในวัยเด็ก มี 2 คนที่มีประวัติการถูกทารุณกรรมอย่างรุนแรง มี 13 คน(52%) ที่มีประวัติการถูกทารุณกรรมทางด้านร่างกายในระดับปานกลางถึงรุนแรงและ 21 คน (84%) มีประวัติการถูกทารุณกรรมทางด้านอารมณ์ในระดับปานกลางถึงรุนแรง มี 10 คน (40%) ที่มีประวัติการถูกลวนลามทางเพศในวัยผู้ใหญ่ จากการตอบแบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มี 21 คน (84%) ที่มีประวัติการถูกกระทำรุนแรงจากคู่สมรส
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	การประเมินผลลัพธ์ มีการประเมินผลก่อนการบำบัด ติดตามประเมินเป็นระยะ 10 สัปดาห์ 24 สัปดาห์ 36 สัปดาห์ ตามลำดับด้วยแบบประเมินดังนี้ 1)Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD ; Hamilton, 1960) 2)Beck Depression Inventory II (BDI II) ; Beck et al., 1961) 3) Medical Outcome Survey-36 (SF-36 ของ Mc Horney et al., 1993) 4)Social Adjustment Scale (SAS-SR; Weissman and Bothwell, 1976) 5)Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein et al., 1994) 6) Traumatic Life Events Questionnaire (Kubany et al., 2000)

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention)	กลุ่มตัวอย่าง ได้รับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 14 ครั้ง ตามคู่มือของ เคลอแมน และคณะ และคู่มือของ สจ๊วจและโรเบอร์สัน (Klerman, et al., 1984; Stuart and Robertson, 2003) โดยทำการบำบัดสัปดาห์ละครั้งติดต่อกัน และทำการติดตามอีก 2 ครั้ง ห่างกันทุก 2 สัปดาห์ และเดือนละครั้งตามข้อกำหนดทางคลินิก การบำบัดจะมุ่งประเด็นไปที่ปัญหาสัมพันธภาพที่มีปัญหา หนึ่งใน 4 ด้าน เช่น การสูญเสีย ความขัดแย้ง การเปลี่ยนผ่านบทบาทและการพร่องด้านสัมพันธภาพ โดยการออกแบบการบำบัดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ดีขึ้นตามที่ต้องการ ระยะเริ่มต้นของการบำบัด จะมุ่งเน้นไปที่ ประวัติการถูกทำร้ายและการบาดเจ็บทางใจ การบำบัดจะมุ่งเน้นที่ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและมีการให้ความสำคัญกับอิทธิพลของการถูกทารุณกรรมที่กระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในปัจจุบันโดยรวมเข้าในการทำแผนผังการเจ็บป่วย (Formulation therapy) และการบำบัดโดยการอธิบายความ (Therapy narrative) ผู้บำบัดเป็นพยาบาลศึกษาระดับปริญญาโท 7 คนและเป็นเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพจิตชุมชน (CMHC) ได้รับการฝึกอบรม กับผู้เชี่ยวชาญ สัปดาห์ละครั้ง มีการนิเทศด้วยเทปแบบเป็นกลุ่ม สัปดาห์ละครั้ง เกี่ยวกับ การให้คำแนะนำ และฝึกการบำบัดอย่างสมบูรณ์ 3 ราย เนื่องจากการบำบัดกลุ่มเดียว ผู้บำบัดทราบสถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง
ระเบียบวิธีวิจัย	One Group Pre-Post Test Design
ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	ระดับความเข้มแข็งที่ระดับ 4
ผลการวิจัย	ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้หญิงทั้งหมด 25 คน มีผู้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 10 คน ที่ได้รับการบำบัดครบ 16 ครั้ง มี จำนวน 15 คน ที่ได้รับการบำบัดครบ 8 ครั้ง หรือมากกว่านั้น สามารถลดอาการของโรคซึมเศร้า และการทำหน้าที่ยทางด้านจิตสังคมได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการสังเกตผู้รับการบำบัดครบ 8 ครั้ง ไม่สามารถพัฒนาทักษะทางด้านสังคมได้

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อการนำไปใช้	งานวิจัยนี้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มผู้หญิงโรคซึมเศร้า ที่มีประวัติถูกทารุณกรรมทางเพศ ที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน แต่ยังไม่มั่นใจต่อผลการวิจัยมากนักเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยอาจจะดีขึ้นจากการรักษาด้วยยา หรืออาการดีขึ้นจาก ปัจจัยอื่นๆ การบำบัดสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล จำนวน 8 ครั้ง สามารถลดอาการของโรคซึมเศร้าได้และการทำหน้าที่ทางจิตสังคมได้ดีขึ้น แต่ไม่สามารถเพิ่มทักษะทางสังคมได้ ดังนั้นการบำบัดผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้า ที่มีประวัติถูกทารุณกรรมทางเพศ หรือผู้ที่พร้อมด้านสัมพันธภาพ ควรใช้การบำบัด 16 ครั้ง เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคม ผู้บำบัดเป็นพยาบาลจบปริญญาโท มีการฝึก กับผู้เชี่ยวชาญ สัปดาห์ละครั้งเกี่ยวกับ การให้คำแนะนำ และฝึกการบำบัดอย่างสมบูรณ์ 3 ราย ฝึกการประเมินพฤติกรรมก่อนการบำบัด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือผู้หญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการถูกทารุณกรรมทางเพศในวัยเด็กซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการของโรคซึมเศร้าเรื้อรัง มีโรคทางจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งถ้ามีการบำบัดที่สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้และเพิ่มการทำหน้าที่ทางจิตและสังคมก็จะช่วยแก้ปัญหาในคลินิกได้ ซึ่งผลการบำบัดของงานวิจัยสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ และเพิ่มการทำหน้าที่ทางจิตสังคมได้ดีขึ้น พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการบำบัด การเก็บข้อมูลสามารถนำไปใช้ได้จริง
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์	1) แหล่งที่พิมพ์ <i>Journal of Nervous and Mental Diseases</i> 2) ผู้ทำการวิจัย Talbot, Conwell, O'Hara, Stuart, Ward, & Gamble, et. al 3) ได้รับทุนจาก National Institute of Mental Health grant MH064528(Talbot) 4) คุณภาพงานวิจัย - ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษา ตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัย คือ การศึกษานำร่องบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้หญิงซึมเศร้าในชุมชนที่มีประวัติการทารุณกรรมทางเพศ - งานวิจัยได้ระบุปัญหา ผู้หญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการทารุณกรรมทางเพศในวัยเด็ก มักจะมีการเจ็บป่วยร่วมและบำบัดได้ยาก - ไม่ได้ระบุกรอบแนวคิด หรือกรอบทฤษฎี ที่ใช้ในงานวิจัย

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมาย หรือมีคุณค่า ในเชิงศาสตร์ (ต่อ)	- มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการบำบัด สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้หญิงโรคซึมเศร้า ที่มีประวัติการถูกละเมิด กรรมทางเพศ - มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่ลึกซึ้งและเป็นปัจจุบันที่มาของ ข้อมูลเป็นข้อมูลที่ได้จากแหล่งปฐมภูมิ ว่าความผิดปกติทางด้านอารมณ์ใน ผู้หญิงโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการทารุณกรรมทางเพศ มักจะมีความผิดปกติ ทางจิตอย่างอื่นร่วมด้วย เป็นปัญหาเรื้อรัง ทำให้มีปัญหาในการสร้าง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เกิดปัจจัยเสี่ยงในการที่จะทำร้ายตนเองสูงขึ้น - มีการระบุประชากรเป้าหมายคือ ผู้หญิงโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการทารุณ กรรมทางเพศ กระบวนการวิจัย มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ ใช้เครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน มีการออกแบบการวิจัยที่ดี ทีมผู้วิจัยมี ประสบการณ์และมีผลงานด้านการวิจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้หญิงมาก่อน อ้างอิงแหล่งการศึกษาที่เชื่อถือได้ การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล เปรียบเทียบในรูปของตาราง ทำให้ง่ายต่อการแปลผลของข้อมูล การใช้สถิติ เหมาะสมในเชิงวิจัย ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัยคือการบำบัด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล สามารถลดอาการของโรคซึมเศร้าได้
แนวโน้มการ นำไปใช้ได้ ในการปฏิบัติ	1.Transferability of finding ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยสามารถนำไปใช้ในการบำบัดผู้หญิงโรคซึมเศร้าได้ ผู้หญิงที่มีประวัติถูกละเมิดกรรมทางเพศมักได้รับความทุกข์ทรมานจาก อาการของโรคซึมเศร้า และมีความผิดปกติทางจิตร่วม คือ Post Traumatic disorder ทำให้มีผลกระทบต่องานชีวิตสมรส ทำให้ทราบวิธีการประเมินผู้หญิง ที่เป็นโรคซึมเศร้า ได้ครอบคลุมมากขึ้น การบำบัดเพื่อลดอาการซึมเศร้า สามารถใช้การบำบัดสัมพันธภาพ 8 ครั้งแต่ถ้าต้องการเพิ่มทักษะทางสังคม ต้องใช้การบำบัด 16 ครั้ง เพื่อที่จะฝึกทักษะทางสังคมใหม่ 2.Feasibility of implementation มีความสามารถที่จะนำไปใช้ได้จริง การบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มาตรฐาน 16 ครั้ง กับผู้หญิงโรคซึมเศร้า เนื่องจากเป็นการยากที่จะสามารถ สร้างสัมพันธภาพกับผู้ที่มีประวัติ ถูกละเมิดกรรมให้ไว้วางใจในผู้บำบัด จึง

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการสร้างความไว้วางใจซึ่งรูปแบบการบำบัดมุ่งเน้นที่จะลดอาการของโรคซึมเศร้าและพัฒนาทักษะทางสังคม และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลตามพระราชบัญญัติวิชาชีพ และไม่เป็นอันตรายกับผู้รับการบำบัด 3. Cost-benefit ratio) มีความคุ้มค่าอย่างมากที่จะนำการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ไปดูแลผู้หญิงโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการถูกละเมิดทางเพศมาก่อน ที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานหลังการถูกละเมิดทางเพศ ให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤติ ในชีวิตได้ ซึ่งผลการบำบัดที่เกิดขึ้นไม่เพียงแต่ตัวผู้ป่วยเองที่สามารถลดความทุกข์ทรมานจากอาการซึมเศร้า ซึ่งบางคนต้องทนทุกข์กับเหตุการณ์ที่ตนเองเคยถูกละเมิดทางเพศมาก่อน ยังช่วยเพิ่มทักษะทางจิตสังคม ครอบครัว และสังคมยังได้รับผลทางอ้อมจากการบำบัด

เรื่องที่ 6

ชื่อเรื่อง การวัดผลทันที หลังการทำจิตบำบัดสัมพันธ์ทางประหว่งบุคคล สำหรับโรคซึมเศร้า (Sudden gains in interpersonal psychotherapy for depression)

ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์ Kelly , Cyranowski, & Frank, (2007).

แหล่งพิมพ์ *Behaviour Research. and Therapy*,. 45, 2563-2572.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	ตรวจสอบ/ศึกษาผลที่ได้รับทันทีจากจิตบำบัดสัมพันธ์ทางประหว่งบุคคล เรื่อง อัตราการ remission ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการ remission และผลกระทบทางคลินิก
ทุน	ได้รับทุน grant MH-049115-08 and MH-16804-25
สมมติฐานงานวิจัย	1.ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าลดลงและอยู่ในภาวะสงบจะฟื้นหายได้ดีกว่าและสมบูรณ์กว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะ remission ในระหว่างการบำบัดระยะเฉียบพลัน (Acute Treatment) 2. ในจิตบำบัดสัมพันธ์ทางประหว่งบุคคล (IPT) คุณลักษณะทางประชากร การวินิจฉัยโรค และคุณลักษณะ อื่นๆ บางประการมีความสัมพันธ์กับการซึมเศร้าลดลงจนอยู่ในภาวะสงบ
Setting งานวิจัย	แผนกผู้ป่วยนอก เมือง Pittsburgh ประเทศสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	งานวิจัย ไม่ได้แสดงเรื่อง การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับการเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยเนื่องจากเป็นการวิจัยย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงจำนวน 185 คน ที่มีอาการกลับเป็นซ้ำโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลในช่วงเฉียบพลัน แบบผู้ป่วยนอกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเรื่องประสิทธิภาพของจิตบำบัดสัมพันธ์ทางประหว่งบุคคลเพื่อป้องกันระยะยาว (Maintenance) ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Frank, Grochocinski, Spanier, Buysse, Cherry, Houck, et. al, 2000) เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) 1)ผู้หญิงที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า โดยใช้การสัมภาษณ์ เพื่อการวินิจฉัยเป็นเกณฑ์ 2)เคยมีอาการของโรคซึมเศร้ามาก่อน ใน 130 สัปดาห์ 3)เคยมีภาวะ remission เป็นเวลา 10 สัปดาห์ในการเกิดอาการครั้งก่อนและครั้งปัจจุบัน

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)	4) มีอายุระหว่าง 20-60 ปี 5) มีคะแนนจากการประเมินด้วยแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) ≥ 15 คะแนน เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้หญิงที่เข้าหลักเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หรือความผิดปกติทางจิตในลักษณะอื่น 2) มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม หรือมีบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง 3) เคยมีประวัติการติดสารเสพติด ภายใน 2 ปี 4) มีการเจ็บป่วยทางกายที่ร้ายแรง ที่อาการทางกายยังไม่คงที่หรือมีอาการซึมเศร้าที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย (Secondary depression symptoms) ผู้ป่วยต้องไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าก่อนการทำ IPT 2 สัปดาห์ และต้องไม่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งต้องออกจากการทดลอง ติดตามอาการซึมเศร้าในทุกสัปดาห์ด้วยแบบวัด HRSD-17 ถ้าพบการกลับเป็นซ้ำ (relapse) หรือไม่ได้รับการบำบัดต่อเนื่องอย่างน้อย 6 ครั้ง ก็จะถอนออกจากการศึกษา จำนวนผู้ที่ได้รับการบำบัด IPT อย่างเดียวในช่วงต้นจำนวน 185 คน มีผู้ที่เข้าสู่ภาวะสงบ (remission) เมื่อสิ้นสุดการบำบัดมีจำนวน 104 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 37.7 ปี ระดับการศึกษาเฉลี่ย 15.0 ปี สถานภาพสมรส ไม่ได้สมรสจำนวน 73 คน แยกทางหรือหย่าร้าง 61 คน หม้าย 45 คน ส่วนใหญ่ทำงานประจำ ส่วนใหญ่เป็นชาวผิวขาว มีค่าระดับความซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน BDI ค่าเฉลี่ย 25.8 (SD=6.69) และค่าคะแนน HRSD-17 ค่าเฉลี่ย 18.3 (SD=2.85) ค่าเฉลี่ยของอายุที่เริ่มเกิดโรคซึมเศร้า 24.6 ปี (SD=8.99) ช่วงอายุของการเกิดโรคซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 7-51 ปี ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งของการเกิดโรคซึมเศร้ามาก่อน ค่าเฉลี่ย 4.94 (SD=3.94; mode=3) ผู้เข้าร่วมการบำบัดจำนวน 73 คน (39.5%) ที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย Melancholic depression จำนวน 21 คน (11.4%) ที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย(ต่อ)	atypical depression จำนวน 41 คน (22.2%) ที่ได้รับการวินิจฉัย มีความผิดปกติร่วมกับโรค Axis I จำนวน 19 คน ที่มีความเฉพาะ ส่วนบุคคล เกิดโรควิตกกังวลร่วม จำนวน 11 คน คิดเป็น 26.8 % ที่ได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	การวัดผลลัพธ์หลัก การวัดผลในทันที (Sudden gain) ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ใช้คะแนนจากแบบวัด BDI เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้ a) ค่าคะแนน BDI ลดลงอย่างน้อย 7 คะแนน b) เป็นคะแนนที่ลดลงจากเดิม อย่างน้อย 25% c) มีคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เป็น 1.5 เท่าของคะแนนประเมินรวมทั้งหมดของคนๆนั้น เกณฑ์ตัดสินผู้ที่อยู่ในภาวะสงบ (remission) พิจารณาคะแนนอาการซึมเศร้าจาก HRSD-17 ≤ 7 คะแนน ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ในระหว่างการบำบัดในช่วงเฉียบพลัน (Acute phase) โดยไม่คำนึงว่าจะเป็นในช่วงใดของการบำบัด ระยะเวลาของการมีอาการสงบ คำนวณตั้งแต่ 3 สัปดาห์แรกที่อาการสงบติดต่อกันไปจนครบเกณฑ์การ remission ลักษณะทางประชากรศาสตร์ (Demographic characteristics) ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส และสถานะทางการทำงาน (employment status) การประเมินเพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic assessment) ได้แก่ การสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยด้วยเครื่องมือ Schedule for Affective Disorders (SADS) และ SCID I เพื่อให้การวินิจฉัยการเจ็บป่วยในครั้งนี้ และเก็บรวบรวมข้อมูลอื่นๆ ทางคลินิก ได้แก่ จำนวนครั้งของการเกิดอาการซึมเศร้าที่ผ่านมา ระยะเวลาของการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้า การประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าใช้แบบวัด HRSD (Hamilton, 1960) BDI (Beck, Steer, & Garbin, 1988) แบบวัดที่ใช้ในการประเมิน 1) Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) เป็นการวัดความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 17 ข้อคำถาม ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM IV การให้คะแนน จาก 0-52 คะแนน คะแนน สูง

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	หมายถึงมีอาการของโรคซึมเศร้ามาก 2) Beck Depression Inventory (BDI) แบบวัดภาวะซึมเศร้าของเบค คะแนนที่สูง หมายถึง อาการซึมเศร้ามาก จากคะแนน 0-63 คะแนน เป็น แบบการรายงานตนเอง 3) แบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV) (SCID) 4) Schedule for Affective Disorders (SADS)
การบำบัด (Intervention)	กลุ่มที่มี Sudden gain และไม่มี Sudden gain ได้รับการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลรายบุคคลในช่วง Acute phase โดยมีเป้าหมายให้ remission การบำบัดใช้เวลา 12-24 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้ง ตามคู่มือการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ วิทส์แมน มาร์โควิทซ์และเคลอแมน (Weissman, Markowitz, & Klerman, 2000)
ระเบียบวิธีวิจัย	Retrospective Design
ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์	ระดับความเข้มแข็งที่ระดับ 4
ผลการวิจัย	จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 104 คน (56.2%) ที่อาการโรคซึมเศร้าสงบลงด้วยการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพียงอย่างเดียว มีจำนวน 12 คน (6.5 %) สิ้นสุดการบำบัดก่อนอาการสงบลง มีจำนวน 69 คน (37.3%) ที่ได้รับยาร่วมกับการบำบัด ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งก่อนการเริ่มใช้ยา 11.1 ครั้ง (SD=3.8) มีภาวะของอาการสงบ (remission) เกิดขึ้น 66 ครั้ง ในผู้ป่วยจำนวน 62 คน (33.5%) ที่ได้รับการบำบัด IPT 12 ครั้ง ขนาดของ remission หรือ sudden gain คือคะแนน BDI ลดลง 13 คะแนน (SD=5.3) ประมาณครึ่งหนึ่งของคนที่ มี remission กลับมีอาการกำเริบในภายหลังซึ่งเป็นจำนวน 33 คนและผู้ป่วย 2 คนใน 4 คนที่มี sudden gain หลายครั้งสามารถดำรง sudden gain ไว้ได้ 1 ครั้ง ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ที่มี sudden gain กลุ่มผู้ป่วยที่มี sudden gain และไม่มี sudden gain ไม่มีความแตกต่างกันในลักษณะทางประชากรศาสตร์ ในเรื่องอายุ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส และสถานภาพทางการทำงาน ($p > .32$) และ ไม่มีความแตกต่างกันใน

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย(ต่อ)	ลักษณะทางคลินิก เช่นอายุของการเริ่มป่วย ระยะเวลาและจำนวนครั้งของการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ($p > .08$) ทั้งสองกลุ่มจะมีความเหมือนกันในเรื่องคะแนนพื้นฐานจากการประเมินด้วย BDI ($p > .71$) แต่ไม่แตกต่างกันในเรื่องการเจ็บป่วยร่วม ผู้ป่วยทุกคนจากจำนวน 185 คน ($x^2 = .35$; $p = .64$) ผู้ที่มีโรควิตกกังวลร่วมในกลุ่มที่มี Sudden gain คิดเป็น 17.7% ผู้ที่ไม่มี Sudden gain คิดเป็น 24.4% ($x^2 = .04$; $p = 1.0$) ผู้ป่วยจำนวน 184 คน ไม่มีความแตกต่างกันของทั้งสองกลุ่มเรื่องโรค Melancholic depression ในกลุ่มที่มี Sudden gain คิดเป็นร้อยละ 48.4กลุ่มที่ไม่มี Sudden gain คิดเป็นร้อยละ 35.2($x^2 = 2.97$; $p = .11$) ผู้ป่วยจำนวน 145 คน ที่มี atypical depression ในกลุ่มที่มี Sudden gain คิดเป็นร้อยละ 13.3กลุ่มที่ไม่มี Sudden gain คิดเป็นร้อยละ 15($x^2 = 0.7$; $p = 1.0$) ในด้านการตอบสนองต่อการบำบัดด้วย IPT เพียงอย่างเดียว ผู้มี และไม่มี Sudden gain จะไม่มีความแตกต่างกันในการฟื้นหาย (remit) จากโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องอาการวิทยาของโรคซึมเศร้าจากการประเมินด้วย HRSD ใน 12 ครั้ง ของการบำบัด จากการวิเคราะห์ด้วย Kaplan – Meier survival ด้วย HRSD ในผู้ป่วยทั้งหมด 185 คน พบว่าผู้ที่มีประสบการณ์เรื่อง Sudden gain จะมีการฟื้นหาย (remit) ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์ด้านการมี Sudden gain ($x^2 = .48$; $p < .49$) มาตรฐานของภาวะ remission ในผู้ที่มี Sudden gain 13 สัปดาห์ ในผู้ที่ไม่มี Sudden gain 14.8 สัปดาห์ ประการสุดท้าย เพราะว่า การเกิด Sudden gain อาจจะเกิดจากผลกระทบจากผลของการบำบัดระยะยาวจากการวิเคราะห์อัตราการมีสุขภาวะ (survival) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 92 คน ของผู้ที่เข้ารับการบำบัดในระยะการป้องกันระยะยาว หลังจากภาวะ remission จากการบำบัด IPT เพียงอย่างเดียว ในผู้ที่มี Sudden gain จะไม่สัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำ ($x^2 = 1.09$; $p < .30$) ค่าเฉลี่ย(mean) ของการมีสุขภาวะในกลุ่มที่มี Sudden gain ประมาณ 89.9 สัปดาห์ สำหรับผู้ที่ไม่มี Sudden gain 83.5 สัปดาห์

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อการนำไปใช้	งานวิจัยนี้บอกได้ว่า จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล สามารถให้ผลลัพธ์ การหายจากอาการของโรค (remission) ที่ไม่แตกต่างกัน ในกลุ่มที่มีลักษณะประชากรที่แตกต่างกัน (อายุ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส และสถานภาพการทำงาน) ในกลุ่มที่มีลักษณะทางคลินิกแตกต่างกัน (อายุที่เริ่มป่วย ระยะเวลาเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการป่วย) และในกลุ่มที่มีการตอบสนองในช่วงแรก (Acute phase) แตกต่างกัน (มี sudden gain หรือไม่มี sudden gain) ดังนั้นปัจจัยเหล่านี้จึงไม่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการบำบัด เกณฑ์ตัดสินภาวะสงบ (remission) สามารถพิจารณาคะแนนอาการซึมเศร้าจาก HRSD-17 ≤ 7 คะแนน ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ในระหว่างการบำบัด โดยไม่คำนึงว่าจะเป็นในช่วงใดของการบำบัด ระยะเวลาของการมีอาการสงบ คำนวณตั้งแต่ 3 สัปดาห์แรกที่อาการสงบติดต่อกันไปจนครบเกณฑ์การ remission
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือมีผู้หญิงที่มีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า อายุ 20-60 ปี ที่มีความแตกต่างกันในลักษณะทางประชากรศาสตร์ และลักษณะทางคลินิกที่แตกต่างกัน ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวไม่เป็นอุปสรรคในการบำบัดด้วย จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล งานวิจัยสามารถช่วยในการตัดสินใจของพยาบาลจิตเวช เรื่องการบำบัดผู้หญิงที่มีอาการซึมเศร้าว่าสามารถบำบัดในผู้ป่วย ที่มีลักษณะที่แตกต่างกัน สามารถวัดผลระยะสั้นและวัดผลระยะยาว การเกิด Partial Remission ในการบำบัด ไม่ได้แสดงว่าผลของการบำบัดจะได้ผลดีกว่ากลุ่มที่ไม่เกิด Partial Remission พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ปัญหาตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นบทบาทอิสระ กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้ได้จริง ไม่มีความยุ่งยาก หรือซับซ้อนเนื่องจากแบบประเมินต่างๆได้มีการนำมาแปลเป็นภาษาไทย ใช้จนเป็นมาตรฐาน
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์	1) แหล่งที่พิมพ์ <i>Behaviour Research. And Therapy</i> เป็นวารสารที่เผยแพร่วิธีการบำบัดที่มีชื่อเสียง 2) ผู้ทำการวิจัย Kelly , Cyranowski, & Frank ซึ่งมีผลงานด้านจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลในผู้หญิงโรคซึมเศร้ามาก่อน

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมาย หรือมีคุณค่า ในเชิงศาสตร์ (ต่อ)	3) ได้รับทุน grant MH-049115-08 and MH-16804-25 4) คุณภาพงานวิจัย - ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษาตัวแปรสำคัญ คือ การวัดผลทันที หลังการบำบัดบำบัดสัมพันธ์ทางประสาทระหว่างบุคคล ชื่อเรื่องไม่ได้แสดงถึงกลุ่มตัวอย่าง - งานวิจัยได้ระบุปัญหา และเหตุผลที่ทำให้ต้องทำวิจัยอย่างชัดเจน คือ ในการที่จะทดสอบ ค้นหา เรื่องอัตรา ความสัมพันธ์ ผลกระทบทางคลินิกในทันทีในการ บำบัดสัมพันธ์ทางประสาทระหว่างบุคคลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า - ไม่มีการระบุกรอบแนวคิด หรือกรอบทฤษฎีในการวิจัย - มีการระบุวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ ศึกษาผลที่ได้รับทันทีจากจิตบำบัดสัมพันธ์ทางประสาทระหว่างบุคคล เรื่องอัตราการ remission ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการ remission และผลกระทบทางคลินิก - มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่ลึกซึ้งและเป็นปัจจุบัน มีหลักฐานว่าบุคคลที่มีประสบการณ์ในการบำบัดระยะเฉียบพลันแล้วอาการดีขึ้น ผลการติดตามประเมินผลในระยะยาว อาการของโรคซึมเศร้าก็จะดีขึ้นเรื่อยๆที่ละเล็ก ที่ละน้อย จึงเป็นความน่าสนใจในการค้นหาปัจจัยทำนายและปัจจัยกระตุ้น ในการเกิดผลทันทีหลังการบำบัดที่สัมพันธ์กับปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้อาการของโรคซึมเศร้ามลดลง ที่จะทำให้เข้าใจถึงกลไกการตระหนักรู้ในตนเอง ของอาการวิथाของโรคซึมเศร้า ว่ามีความแตกต่างกับการบำบัดด้วยวิธีอื่นอย่างไร - มีการระบุประชากรเป้าหมายคือ ผู้หญิงที่มีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ใช้วิธีการการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันทั้งทางด้านประชากรศาสตร์ งานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุว่าได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ไม่ได้ระบุวิธีการรักษาความลับ เนื่องจากเป็นงานวิจัยแบบย้อนหลัง - การใช้แบบวัดประเมินผลลัพธ์หลัก คือ HRSD-17, BDI ซึ่งเหมาะสมกับการวัดอาการซึมเศร้า ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัยคือ ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามลดลงและอยู่ในภาวะสงบจะฟื้นหายได้ดีกว่าและสมบูรณ์กว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะ remission ในระหว่างการบำบัดระยะเฉียบพลัน (Acute

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมาย หรือมีคุณค่า ในเชิงศาสตร์ (ต่อ)	Treatment) คุณลักษณะทางประชากรศาสตร์ ไม่มีความแตกต่างกัน และคุณลักษณะ อื่นๆ บางประการมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าลดลงจนอยู่ในภาวะสงบด้วยการบำบัดแบบจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล คือระยะเวลาของการเจ็บป่วย อายุที่เริ่มเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเกิดโรคซึมเศร้า - มีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย หลายอย่าง ลำดับที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกเฉพาะผู้หญิงที่มีอาการกลับเป็นซ้ำ จึงมีข้อจำกัด เรื่อง ความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง รูปแบบความสัมพันธ์กับการเกิดผลในทันทีอาจจะมีความแตกต่างในเพศชาย หรือการผสมกลุ่มตัวอย่างอาจจะให้ผลกระทบมีความแตกต่าง ในโรคซึมเศร้าเรื้อรัง หรือผู้ที่เกิดอาการโรคซึมเศร้าครั้งแรก ลำดับที่ 2 หลักเกณฑ์ที่ใช้ในการให้คำจำกัดความว่าการวัดผลในทันทีที่ใช้ในครั้ง นี้ใช้ตามการทำงานเดิม ของ Kelly และคณะ (2007, 2005) ซึ่งใช้แตกต่างจากของ Tang and DeRubeis s (1999 b) ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์เดิม แต่หลักเกณฑ์ที่ใช้ อาจจะมีความหลากหลาย (เช่น อัตราการเกิด ในทันที การใช้หลักเกณฑ์การวัดผลในทันที ที่เหมือนกันแต่ปราศจากความระมัดระวังในการใช้) และอาจจะมีแนวโน้มไปในทิศทางที่ผู้วิจัยบันทึก ซึ่งถ้าใช้การวิเคราะห์ตามแบบเดิมของ Tang and DeRubeis s (1999 b) หลักเกณฑ์ และผลที่ได้ก็จะเป็นชุดเดียวกับการศึกษาเดิม ประการสุดท้าย การตั้งเป้าหมายว่าจะเป็นการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดด้วยจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลในการบำบัดเพื่อป้องกันระยะยาวสำหรับการกลับเป็นซ้ำ การใช้ยา ก็อาจเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะทำให้อาการซึมเศร้าลดลง 50 % มีข้อเสนอแนะว่า ในการศึกษาครั้งต่อไป ของผลกระทบจากการบำบัดด้วยจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล โดยเฉพาะการศึกษา ระยะยาวเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงผลที่เกิดขึ้น ที่ไม่ใช่การบำบัดทางปัญญา และให้ศึกษาความแตกต่างในการเกิด กลไกการเพิ่มศักยภาพ ระหว่างการบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล กับการบำบัดทางปัญญา
แนวโน้มการนำไปใช้ได้ ในการปฏิบัติ	1) Transferability of finding จิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลสามารถลดอาการของโรคซึมเศร้าลงได้ ระยะเวลา 12-24 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้งในช่วง Acute phase ของการบำบัดตามคู่มือของวิทส์แมน มาร์โควิตซ์และเคลอแมน (Weissman, Markowitz, &

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนำไปใช้ได้ ในการปฏิบัติ (ต่อ)	Klerman, 2000) และการวัดผลที่เกิดขึ้นในทันทีหลังการบำบัดเพื่อประเมินภาวะ remission และพิจารณาการตอบสนองต่อการบำบัด 2) Feasibility of Implementation จากผลของงานวิจัยที่ได้ สามารถนำไปใช้ในคลินิกที่มีผู้หึงที่มีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า แนวโน้มนำไปใช้ได้จริงในสถานการณ์ทางคลินิก เป็นบทบาทอิสระ ตาม พระราชบัญญัติวิชาชีพพยาบาลที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ และเป็นทักษะที่พยาบาลสามารถฝึกทักษะเพิ่มเติมได้กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้ได้จริง ไม่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน เนื่องจากแบบวัดต่างๆ ที่ใช้ในงานวิจัย ได้มีผู้นำมาแปลเป็นภาษาไทย จนเป็นเครื่องมือที่มีความเป็นมาตรฐานสูง ทำให้สะดวกในการใช้งานจริง 3) Cost-benefit ratio มีความคุ้มค่าอย่างมากที่จะนำการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ไปดูแลผู้หึงที่มีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ที่จะช่วยลดการสูญเสียจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

เรื่องที่ 7

ชื่อเรื่อง การปรับและการเพิ่มการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับผู้หญิงตั้งครรภ์และมารดาที่มีรายได้น้อย (Enhancing Interpersonal psychotherapy for mothers and expectant Mother on low income : Adaptation and Addition)

ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์ Grote, Swart, & Zuckoff. (2008).

แหล่งที่พิมพ์ *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 38, 23-33.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่ออธิบายการประยุกต์ใช้การบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อตอบสนองความต้องการของมารดา หรือผู้ที่คาดหวังว่าจะเป็นมารดาที่มีความทุกข์จากอาการซึมเศร้าและมีรายได้น้อย อยู่ในชุมชน
การบำบัด (Intervention) ที่แนะนำ	จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบสั้นกระชับ(Brief Interpersonal Psychotherapy: Brief-IPT) แบ่งเป็น 2 แบบ 1) Brief-IPT ที่มีการจูงใจให้เข้าร่วมการบำบัดในครั้งแรก (Engagement session) ของการบำบัด รวมเป็นบำบัดจำนวน 9 ครั้ง Brief-IPT โดยทั่วไปทำการบำบัดเป็นรายบุคคล 8 ครั้งๆละ 45 นาที ติดต่อกันทุกสัปดาห์ ส่วนการบำบัด Brief-IPT แบบมี engagement session เพิ่มการบำบัดอีก 1 ครั้งรวมเป็น 9 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์เช่นกัน 2) Brief-IPT ที่มีการจัดการเป็นรายกรณี (Case management) เพื่อทำการประเมินความต้องการพื้นฐานของผู้หญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้า และนำไปวางแผนการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานก่อนที่จะเข้าสู่การบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบสั้นดังกล่าวข้างต้นสำหรับ Brief-IPT แบบ case management ทำการบำบัด 8 ครั้งๆละ 45-60 นาที ติดต่อกันทุกสัปดาห์เช่นเดียวกัน แต่มีการเพิ่มเติมให้ผู้ป่วยได้มีการตอบสนองความต้องการพื้นฐานจำเป็น เช่น การมีรายได้เสริม การหาแหล่งพักพิง กระบวนการบำบัดด้วยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบสั้นกระชับ แบ่งการบำบัดเป็น 3 ขั้นตอนเหมือนการบำบัดแบบมาตรฐาน แต่จำนวนครั้งในการบำบัดในแต่ละขั้นตอนลดน้อยลง และเลือกเฉพาะปัญหาสำคัญเร่งด่วน และสามารถแก้ไขได้ภายในระยะเวลาอันสั้นมาทำการแก้ไขปรับปรุง ซึ่งขั้นตอนการบำบัดแบบ IPT-B ตามคู่มือของ Swartz และคณะ, 2000 มีดังนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) ที่แนะนำ (ต่อ)	ในระยะ initial phase ประกอบด้วยการบำบัด 2 ครั้ง (Standard-IPT มี 3 ครั้ง) และจะจำกัดเฉพาะปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในปัจจุบันเท่านั้น ซึ่งจะเน้นเฉพาะปัญหาเด่นชัดปัญหาเดียวซึ่งผู้บำบัดและผู้ป่วยจะร่วมมือกันเลือกปัญหานั้นมาแก้ไข ซึ่งจะต้องเป็นปัญหาที่จัดการได้ในเวลา 8 ครั้ง ส่วนการบำบัดปกติจะเน้น 2-3 ปัญหาในช่วงแรก เป้าหมายของการบำบัดระยะแรกก็ยังคงเหมือนเดิม เมื่อสิ้นสุดการบำบัดระยะที่ 1 ผู้บำบัดจะต้องมีข้อมูลและมีความเข้าใจการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเพื่อเตรียมเข้าสู่การบำบัดในระยะที่ 2 และปรับเปลี่ยนให้สมบูรณ์มากขึ้นได้ ในระยะกลางของการบำบัด ประกอบด้วยการบำบัด 5 ครั้ง ครั้งที่ 3-7 ซึ่งใช้เทคนิคการบำบัดเหมือนที่ใช้ใน IPT มาตรฐาน ได้แก่ การวิเคราะห์การสื่อสาร การวิเคราะห์การตัดสินใจ การแสดงบทบาทสมมติ เป็นต้น นอกจากนั้น IPT-B ได้ยืมเทคนิคจากพฤติกรรมบำบัดมาใช้ เช่น ใช้กลยุทธ์การกระตุ้นพฤติกรรม (Behavioral activation strategies ของ Jacobson et al., 2001; Lewinsohn 1974) และมีการมอบหมายการบ้านเป็นรายสัปดาห์ (Beck 1995) ซึ่งมุ่งเน้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ใน B-IPT ผู้บำบัดจะไม่ได้เฝ้าติดตามพฤติกรรมประจำวันเป็นพิเศษ หรือ ทำกิจกรรมชักจูงมทางความรู้สึก ผู้บำบัดอาจจะมอบหมายกิจกรรมตามลำดับความยากง่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับไปมีกิจกรรมที่สร้างสุข ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัญหาความทุกข์ของผู้ป่วยแต่ละคน นอกจากนั้นในช่วงกลางของ B-IPT เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการของการเปลี่ยนแปลง ผู้บำบัดอาจขอให้ผู้ป่วยทำการบ้านเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทุกสัปดาห์ ซึ่งไม่ได้เป็นการบ้านที่ต้องใช้การเขียน แต่เป็นการลงมือฝึกปฏิบัติที่นำไปสู่การแก้ปัญหามิตรภาพระหว่างบุคคลที่กำหนดร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด ในการบำบัดครั้งแรก ผู้บำบัดจะถามผู้ป่วยให้คิดว่าผู้ป่วยต้องการอะไรจากการบำบัด และให้ระบุสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นเรื่องที่อยู่ภายใต้การควบคุมของผู้ป่วย ในระหว่างกลางของการบำบัดนั้น การบ้านโดยทั่วไปจะได้แก่ การอภิปรายเกี่ยวกับประเด็นการขัดแย้งกับคู่สมรส การสำรวจงานอดิเรก หรืองานที่ทำนอกเวลางานประจำ หรือนำผู้ป่วยเข้าร่วมในชั้นเรียนพ่อแม่

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) ที่แนะนำ (ต่อ)	ระยะสิ้นสุด (Termination phase) เป็นการสรุปการบำบัด จะเริ่มทำตั้งแต่ครั้งที่ 7 และจะเสร็จสิ้นในครั้งที่ 8 การสิ้นสุดการบำบัดในระยะ acute phase จะมุ่งเน้นสิ่งที่ทำได้สำเร็จและสิ่งที่จำเป็นในอนาคต ผู้บำบัดจะสังเกตการณ์การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการยุติการบำบัด เช่น ความเศร้าใจ หรือ ความรู้สึกโกรธ ทบทวนสิ่งที่ได้จากการบำบัด และ ระดับของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในปัจจุบัน และระบุประเด็นอื่นๆที่ไม่ได้นำมาบำบัดในครั้งนี้ ผู้ป่วยและผู้บำบัดก็จะอภิปรายถึงทักษะและกลยุทธ์การแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยได้รับจากการบำบัด เพื่อที่จะรู้ตัวเมื่ออาการซึมเศร้ากำเริบและวางแผนการจัดการเมื่ออาการซึมเศร้ากำเริบ สำหรับ IPT-B ที่มีการมุ่งใจให้เข้าร่วมการบำบัด วิธีการบำบัดประกอบด้วย Engagement session ในครั้งแรกของการบำบัด และตามด้วยรูปแบบการบำบัดแบบ IPT-B อีก 8 ครั้ง Engagement session เป็นขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนการบำบัดเพื่อค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยและปัญหาอุปสรรคในการบำบัด ซึ่งใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) ของ มิลล์เลอร์และโรนิก (Miller & Rollnick, 2002) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง วิธีการบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความรู้สึกที่สับสน สร้างแรงจูงใจในการบำบัดของผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคคำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดปัญหาของตนเองออกมาอย่างต่อเนื่อง (elicit-provide-elicit) ร่วมกับการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ในการค้นหาถึงความเข้าใจ ความคาดหวัง ประสิทธิภาพและความมีคุณค่าของบุคคล จากความแตกต่างทางวัฒนธรรม โดยปราศจากความลำเอียง และดำเนินการบำบัดด้วยความเป็นมิตร ความกระตือรือร้นของผู้บำบัด ปราศจากการควบคุมผู้ถูกสัมภาษณ์ และเป็นการเชื้อเชิญให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้พบกับผู้ที่มีความชำนาญด้านการบำบัด นอกจากนั้นมีการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและวิธีการบำบัดโรคซึมเศร้า (Grote, & et al., 2008) (Level VII) Engagement Session ประกอบด้วย 5 ส่วน (section) ที่มีความยืดหยุ่นตลอดทั้งเวลาและสภาพผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อให้สอดคล้องกับความจำเป็นที่เฉพาะสำหรับผู้หญิง การบำบัดใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที เนื้อหาแต่ละส่วนมีดังนี้ (Grote, & et al., 2008) (Level VII)

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) ที่แนะนำ (ต่อ)	ส่วนที่ 1 ให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวของตนเอง เพื่อผู้บำบัดจะได้ทราบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไรและความคิดอะไรของผู้ป่วยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการ ซึมเศร้า ส่วนที่ 2 ประวัติการรักษา ซึ่งได้แก่ ความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพ และการปฏิบัติการเผชิญความเครียดที่ผ่านมา เช่น ความสำคัญของสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และการปฏิบัติทางจิตวิญญาณด้วยการสวดมนต์ และความคาดหวังต่อการรักษา เช่น ผู้ป่วยต้องการอะไรจากผู้บำบัดและผู้ป่วยต้องการจะทำอะไรถ้าอาการซึมเศร้าลดลง ส่วนที่ 3 การให้ข้อมูลป้อนกลับ และสุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และทางเลือกในการการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยวิธีต่างๆ ตามที่ผู้ป่วยกล่าวถึง หรือตามที่คุณพยาบาลได้เคยรับรู้มาก่อนหน้านี้ ส่วนที่ 4 ตรวจสอบความเป็นไปได้ในการเข้าร่วมการบำบัด รวมทั้งอุปสรรคทางจิตวิทยาและวัฒนธรรมต่อการเข้ารับการบำบัด ส่วนที่ 5 ทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจเข้าร่วมการบำบัดอย่างแน่วแน่ ทำในขณะที่ผู้บำบัดตระหนักถึงความเข้มแข็งและศักยภาพของผู้ป่วยแล้ว ซึ่งได้แก่วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย และให้ความหวังและกำลังใจในการเข้าร่วมการบำบัด จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบสั้นกระชับ (IPT-B) ที่มีการจัดการเป็นรายกรณี (Case management) ใช้วิธีการบำบัดแบบ IPT-B แต่เพิ่มกระบวนการที่เอื้อให้ผู้ป่วยเข้าถึงและสามารถต่อรองเพื่อได้รับบริการทางสังคมที่จำเป็นได้ เช่น การฝึกงานอาชีพ การมีที่พักพิง อาหาร ของใช้ในบ้าน และสิ่งของที่จำเป็นสำหรับเด็ก เพื่อให้ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ หรือผู้หญิงหลังคลอดที่มีรายได้น้อยควรจะได้รับสิ่งของจำเป็นพื้นฐานเหล่านี้ที่ผู้หญิงและครอบครัวจำเป็นต้องใช้ การจัดการรายกรณีหรือการบริการทางสังคมเหล่านี้เป็นงานของนักสังคมสงเคราะห์ แต่ถ้าความต้องการจำเป็นพื้นฐานของผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือหรือตระหนักถึงจากเจ้าหน้าที่เสียตั้งแต่ต้นแล้ว และวางแผนให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองสิ่งเหล่านี้ในครั้งต่อไปร่วมกับการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ผู้ป่วยประสบ จะทำให้การบำบัดของผู้ป่วยประสบผลสำเร็จได้ เพราะปัญหาความขาดแคลนเหล่านี้จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยด้วย

หัวข้อ	รายละเอียด
ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์	ระดับความเข้มแข็งที่ระดับ 7
การสรุปเพื่อนำไปใช้	งานวิจัยนี้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และมารดาที่มีอาการของโรคซึมเศร้า หรือผู้หญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่ไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองเป็นโรคซึมเศร้าสามารถใช้เทคนิคการจูงใจให้เข้าร่วมการบำบัด หรือผู้ที่มีปัญหาทางด้านทรัพยากร สามารถใช้วิธีการจัดการรายกรณีเข้าร่วมในการแก้ไขปัญหและอุปสรรคก่อนการบำบัด ระยะเวลาการบำบัด 9 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ระยะห่างของการบำบัดสัปดาห์ละครั้งต่อเนื่องกัน
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือ หญิงตั้งครรภ์และมารดาที่มีรายได้น้อยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในหน่วยงาน มักจะมีความเครียดเรื้อรังและมีปัญหาเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่ต้องเผชิญอยู่บ่อยๆ ซึ่งการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลระยะสั้น แบบมีข้อตกลง หรือการเพิ่มการบำบัดให้สอดคล้องและเหมาะสมกับผู้รับการบำบัด แต่ละรายและเป็นการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมด้วยนั้น มีความสอดคล้องกับสภาพสังคมของประเทศไทย เป็นการบำบัดที่พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้จริงเนื่องจากการตัวอย่างของการบำบัดอย่างชัดเจน เป็นเอกลักษณ์ของพยาบาล
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	งานวิจัยเรื่องนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีการตีพิมพ์ในวารสารที่มีชื่อเสียง ทีมผู้วิจัยเป็นผู้มีประสบการณ์ มีผลงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง มีการยกตัวอย่างที่สามารถนำไปใช้ได้จริง
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1.Transferability of the findings จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ระยะสั้น 9 ครั้ง ๆ ละ 45- 60 นาที ในการบำบัดผู้หญิงตั้งครรภ์และมารดาที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มีรายได้น้อย มีการบำบัดและการจัดการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยรายกรณีร่วมด้วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาอุปสรรคในชีวิตให้สำเร็จก่อนการบำบัด อาการของโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นการบำบัดที่เป็นองค์รวมอย่างแท้จริง 2.Feasibility of Implementation มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ เนื่องจากระยะเวลาด้าน มีการเสริมสร้างแรงจูงใจ ให้การสนับสนุนผู้ป่วยตลอดการบำบัด ซึ่งเหมาะกับวัฒนธรรมของคนไทย ที่มักมีความมั่นใจในตนเองน้อย การให้การสนับสนุนจึงเป็นการสร้าง

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	กำลังใจ และการฝึกทักษะทางสังคมใหม่ และการค้นหาอุปสรรคก่อนการบำบัดทำให้แนวโน้มของความสำเร็จในการบำบัดมีมากขึ้น 3. Cost benefit ratio มีความคุ้มค่า และคุ้มค่าในการให้การบำบัดผู้หญิงตั้งครรภ์และมารดาที่เป็นโรคซึมเศร้า ที่มีรายได้น้อย ให้สามารถจัดการกับปัญหาอุปสรรคในชีวิตและสามารถดูแลบุตรให้เติบโตมีพัฒนาการที่ดี เป็นคนที่มีคุณภาพของสังคมต่อไป

3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินคุณภาพและระดับความเข้มแข็งแล้วทั้ง 7 เรื่อง นำมารวบรวมสรุปดังตารางต่อไปนี้ (Collective table)

เรื่องที่ 1 Brief Interpersonal Psychotherapy for Depression Mothers Whose Children Are Receiving Psychiatric Treatment ผู้วิจัย/ผู้พิมพ์ Swart, Frank, Zuckoff, Cyranowski, Houck, Yu Cheng, & et al, (2008)

Objective	Setting/ Sample	Design /Instrument	Intervention	Outcome	Clinical implementation
เพื่อเปรียบเทียบผลของจิตบำบัดสัมพันธ์กับพันธุภาพระหว่างบุคคลระยะสั้น สำหรับมารดา (IPT-MOMS) ต่ออาการซึมเศร้าในมารดาที่มีโรคซึมเศร้าและมีบุตรป่วยด้วยโรคทางจิตเวช	Setting แผนกจิตเวชเด็ก Sample -มารดาอายุ 18-65 ปี -เป็นโรคซึมเศร้า -มีบุตรอายุ 6-18 ปีป่วยด้วยโรคทางจิตเวช -คะแนน HRSD≥15 คะแนน	Design RCT Instrument 1) HAM-D 2) BDI 3) BAI 4) SCID และ SCID II 5) GAF 6) CGI	IPT-MOMS ติดต่อกัน 9 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 1 จะเป็น Engagement session เพื่อช่วยให้มารดาเข้าร่วมการบำบัด โดยใช้ MI และการสัมภาษณ์แบบกึ่งกึ่งนิเทศวิทยา และ Session ที่เหลือ 8 ครั้งเป็นจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลระยะสั้นใช้กลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างนุ่มนวล ผสมผสานเทคนิคการสร้างแรงจูงใจ ใช้เทคนิคเฉพาะเพื่อช่วยมารดาในการจัดการกับปัญหาสัมพันธภาพกับบุตรที่ป่วยทางจิตที่ต้องการการพึ่งพา	มารดาที่ได้รับการบำบัดด้วย IPT-MOMS มีอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมารดาสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้นเมื่อติดตามประเมินผล 3 เดือน 6 เดือน และ 9 เดือนอาการของโรคซึมเศร้าลดลงตามลำดับ การประเมินบุตรที่มารดาได้รับการบำบัดตามโปรแกรม IPT-MOMS บุตรมีอาการซึมเศร้าลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป 9 เดือน แต่ก่อนหน้านี้และภายหลังสิ้นสุดการบำบัดอาการไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	IPT-MOMS สามารถนำมาใช้ในการลดอาการซึมเศร้าของมารดาโรคซึมเศร้าที่มีบุตรป่วยได้ แต่อย่างไรก็ตามการบำบัดมารดาโรคซึมเศร้าที่มีบุตรป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเป็นการยากที่จะทำให้มารดาเข้าร่วมการบำบัดเนื่องจากไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองเป็นโรคซึมเศร้า ดังนั้นผู้บำบัดจะต้องเพิ่มกลยุทธ์ในการสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมการบำบัด IPT-MOMS ซึ่งสามารถลดอาการซึมเศร้าในมารดาและบุตรได้และเพิ่มการทำหน้าที่ของมารดาได้

หมายเหตุ

1. HAM-D; Hamilton Rating Scale for Depression เป็นการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ประกอบด้วย 17 ข้อคำถาม ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM IV คะแนนที่เป็นไปได้ จาก 0-52 คะแนน คะแนนที่สูง หมายถึงมีอาการซึมเศร้ามาก
2. BDI; Beck Depression Inventory ซึ่งเป็นแบบ วัดอาการซึมเศร้าของบุคคล คะแนนที่สูง หมายถึง อาการซึมเศร้ามาก ค่าคะแนนที่ بين 0-63 คะแนน
3. BAI; Beck Anxiety Inventory เป็นการประเมินระดับความวิตกกังวล ช่วงคะแนน 10-18 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ช่วงคะแนน 19-29 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับปานกลางถึงรุนแรง
4. SCID และ SCID II; Structured Clinical Interview for DSM-IV และมีการประเมินทั้ง 2 axis คือ axis I และ axis II
5. GAF; Global Assessment of Functioning เป็นแบบประเมินความสามารถทำหน้าที่ คะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน ค่าคะแนนที่สูงกว่า 90 คะแนน หมายถึงความสามารถในการทำหน้าที่ที่ดี ค่าคะแนนที่ต่ำกว่า 70 หมายถึง การสูญเสียการทำหน้าที่
6. CGI; Clinical Global Impression-severity มีการประเมินความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ มีลำดับคะแนนจาก คะแนน 1 – 7 ลำดับคะแนน 1 หมายถึง การทำหน้าที่ได้ตามปกติ ลำดับคะแนน 7 คะแนน หมายถึงการสูญเสียการทำหน้าที่เท่ากับอยู่ในช่วงของความเจ็บป่วย

เรื่องที่ 2 Randomized Trial of Weekly, Twice-Monthly, and Monthly Interpersonal psychotherapy as Maintenance Treatment for Women With Recurrent Depression
ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์ Frank, Kupfer, Buysse, Swartz, Pilkonis, Houck, & et al., (2007)

Objective	Setting/ Sample	Design/ Instrument	Intervention	Outcome	Clinical implementation
เพื่อศึกษา สมรรถนะของ จิตบำบัด สัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล เพื่อป้องกันการ ป่วยซ้ำระยะยาว ในผู้หญิงที่มี ประวัติการกลับ เป็นซ้ำของโรค ซึมเศร้า หลังจาก ครั้งที่แล้ว 10- 130 สัปดาห์ เป็นโรคซึมเศร้า ซ้ำที่มีช่วงเวลา (doses) ของการ บำบัดแตกต่างกัน	Setting แผนกจิตเวชศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอก Sample ผู้หญิงอายุ 20-60 ปีที่มีอาการกลับ เป็นซ้ำของโรค ซึมเศร้า หลังจาก ครั้งที่แล้ว 10- 130 สัปดาห์ คะแนน HAM- D $\geq$ 15 คะแนน และ Raskin Severity of Depression Scale มีคะแนน $\geq$ 7 คะแนน	Design RCT Instrument 1) HAM-D 2) Raskin Severity of Depression Scale 3) GAS	ในช่วง acute phase ใช้ IPT 12-24 ครั้ง ระยะห่างครั้งละ 1 สัปดาห์ จนกระทั่ง remission ถ้าอาการไม่ลดลง ใน 4 สัปดาห์แรกของการบำบัดเพิ่มการบำบัด 2 ครั้งต่อ สัปดาห์ การบำบัดแบบ IPT ถ้าอาการซึมเศร้าไม่ลดลง จะมีการใช้ยากลุ่ม SSRI ร่วมด้วย ช่วง acute phase เน้นที่ ปัญหาที่เกิดขึ้นหนึ่งในสี่ด้าน ของปัญหาสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล และเน้นการเพิ่มพูนศักยภาพและการ จัดการกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลให้สำเร็จ ช่วง maintenance แบ่งการบำบัด IPT 3 แบบ 1 ครั้งต่อ สัปดาห์ 2 สัปดาห์ต่อครั้ง และเดือนละครั้ง จนครบ 2 ปี maintenance phase IPT จะเน้นที่การป้องกันการป่วยซ้ำ ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ ในการป้องกันการเกิด ภาวะซึมเศร้าในอนาคตและส่งเสริมสนับสนุน การใช้ ทักษะ การแก้ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการ ดำเนินชีวิต ในขณะเดียวกันยังคง เน้นที่ลักษณะปัญหา สัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้ง 4 ด้าน	กลุ่มได้รับ IPT อย่างเดียว ระยะเลียบพันนี้ทั้งสิ้น 99 คน ออกจากการวิจัย 25 คน มีอาการกลับเป็นซ้ำ 19 คน (26%) ช่วง maintenance phase มีผู้ได้รับการบำบัดจน ครบ 2 ปีจำนวน 55 คน โดย ที่ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ ความถี่ของจิตบำบัดไม่มีผล ต่อระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่อย่าง ปราศจากการของโรค ซึมเศร้าว่าคนส่วนใหญ่ (79%) กลับป่วยซ้ำในช่วงปี แรกของ maintenance phase	การบำบัดผู้หญิงโรคซึมเศร้า ที่กลับป่วยซ้ำ ที่ให้การบำบัด ด้วย IPT มาแล้วได้ผลดี สามารถใช้ IPT ในการบำบัด ระยะ maintenance ต่อไปได้ โดยช่วงเวลาของการบำบัด 1 ครั้งต่อเดือน ก็เพียงพอ ติดต่อกันเป็นเวลา 2 ปี กลุ่มที่ ไม่ตอบสนองต่อ IPT จำเป็นต้องใช้ยาตลอดทุก ระยะของการบำบัด การ ตอบสนองต่อการรักษาโดย พิจารณาจากคะแนน HAM-D ลดลงจากคะแนนพื้นฐาน 33% ภายใน 6 สัปดาห์แรก ของการบำบัด

หมายเหตุ GAS; Global Assessment Scale

เรื่องที่ 3 A Randomized Controlled Trial of Culturally Relevant, Brief Interpersonal Psychotherapy for Perinatal Depression
ผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์ Grote, Swart, Geibel, Zuckoff, Houck, & Frank., (2009).

Objective	Setting /Sample	Design/ Instrument	Intervention	Outcome	Clinical implementation
เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของจิต บำบัดสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลที่ ประยุกต์ให้ สอดคล้องกับ วัฒนธรรมของ ผู้หญิงตั้งครรภ์ รายได้น้อยที่มี อาการของโรค ซึมเศร้าว่าจะดีกว่า การบำบัดตามปกติ หรือไม่	Setting คลินิกสูติ-นรีเวช แผนก ผู้ป่วยนอก Sample หญิงตั้งครรภ์ อายุ 18 ปีขึ้นไป อายุครรภ์ 10-32 สัปดาห์ ที่มีรายได้น้อย มีอาการของ โรคซึมเศร้าระดับปานกลาง ถึงรุนแรง คะแนน EPDS ≥ 12 คะแนนไม่ได้ รับยาด้านเศร้ามีโรคทางจิต เวชอื่นร่วมด้วย เช่น โรควิตก กังวล Panic disorder และ PTSD	Design RCT Instrument 1) EPDS 2) BDI 3) BAI 4) SAS	ใน acute phase บำบัดช่วง ก่อนคลอด ใช้ IPT-B 9 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที โดยเพิ่ม Session การจูงใจให้เข้าร่วม การบำบัดอีก หนึ่ง ครั้ง (Engagement Session) ในช่วง maintenance บำบัดใช้ IPT ระยะห่าง 2 สัปดาห์ต่อ ครั้ง หรือเดือนละครั้ง จนถึง 6 เดือน หลังคลอด บำบัดตาม มาตรฐานตามคู่มือของ คลอ แมนและคณะ(Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, 1984)	กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับ IPT-B พบว่าอาการของโรคซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ รู้สึกมีความสุขกับเพื่อนสนิท และสามารถทำกิจกรรมที่ตนเองสนใจได้ IPT-B มีการบูรณาการวัฒนธรรมของผู้หญิงที่มีรายได้น้อย ทำให้ผู้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการได้ง่ายกว่า ลดอาการของโรคซึมเศร้าได้ ผู้รับการบำบัดให้ความร่วมมือในการบำบัดดีกว่าการบำบัดตามปกติ	ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในช่วง acute phase ใช้ IPT-B จำนวน 9 ครั้ง เพื่อลดอาการซึมเศร้าในระยะที่ไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ ในช่วง maintenance ใช้ IPT ระยะห่าง 2 สัปดาห์ต่อครั้ง หรือเดือนละครั้ง จนถึง 6 เดือน หลังคลอด ถ้าผู้รับการบำบัดไม่สามารถรับการบำบัดให้ใช้การบำบัดทางโทรศัพท์ได้

หมายเหตุ PTSD; Post Traumatic Stress Disorders EPDS; Edinburgh Postnatal Depression Scale BDI; Beck Depression Inventory BAI; Beck Anxiety Inventory SAS; Social Adjustment Scale

เรื่องที่ 4 Efficacy of Interpersonal psychotherapy for Postpartum Depression
ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์ O'Hara, Stuart, Gorman, & Wenzel. (2000).

Objective	Setting/Sample	Design /Instrument	Intervention	Outcome	Clinical implementation
เพื่อประเมินประสิทธิภาพของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล	Setting คัดกรองจากชุมชน Sample มารดาหลังคลอดอายุ 18ปีขึ้นไปที่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยของโรค ซึมเศร้าที่ onset เกิดในช่วงหลังคลอด แต่งงานหรืออยู่ กับคู่สมรสอย่างน้อย 6 เดือน คะแนน HRSD $\geq$ 12 คะแนนซึ่งเข้าเกณฑ์	Design RCT Instrument 1)HRSD 2)BDI 3)SAS 4)Postpartum Adjustment Questionnaire	จิตบำบัดแบบสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เป็นมาตรฐานของ Klerman et al 12 ครั้ง ระยะห่างสัปดาห์ละ ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง การบำบัดตามคู่มือของ เคลอแมน และคณะ โดยมีการปรับเปลี่ยนการบำบัดให้เหมาะสมกับมารดาหลังคลอด ระยะเริ่มต้น (Initial phase) เป็นการระดมอาการซึมเศร้า และค้นหาที่มาหรือสาเหตุของการซึมเศร้าในบริบทของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสัมพันธ์ของปัญหาระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่งที่เกิดขึ้นกับอาการซึมเศร้าและตั้งเป้าหมายการบำบัดร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ระยะกลาง (Middle phase) ผู้บำบัดจะมุ่งเน้นไปที่ปัญหาสัมพันธ์ภาพที่ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดต่อการเกิดอาการซึมเศร้า ซึ่งมักจะเกิดเป็นปัญหาความ	ผลต่างของคะแนนที่ลดลงกลุ่มIPT คะแนน HRSD ลดลงจากเดิมมากกว่า 6(37.5%) คะแนน BDI ลดลงจากเดิมมากกว่า 9 (43.8%) คะแนนซึ่งกลุ่มควบคุมค่าคะแนนที่ลดลง	IPT แบบมาตรฐานบำบัด 12 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงหลังคลอดโดย ไม่ต้องใช้ยาต้านเศร้า ซึ่งจะมีผลดีต่อการให้นมมารดาแก่บุตร นอกจากนั้นแล้ว หญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้าควรได้รับการบำบัด

เรื่องที่ 4 Efficacy of Interpersonal psychotherapy for Postpartum Depression (ต่อ)
ผู้วิจัย/ผู้พิมพ์ O'Hara, Stuart, Gorman, & Wenzel. (2000).

Objective	Setting /Sample	Design /Instrument	Intervention	Outcome	Clinical implementation
	การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของ DSM-IV		ขัดแย้ง กับคู่สมรส หรือญาติพี่น้อง การสูญเสียสัมพันธภาพทาง สังคม หน้าที่การทำงาน การสูญเสียที่เกี่ยวข้องกับการคลอดบุตร เช่นบุตรเสียชีวิต หรือการเสียชีวิตของบุคคลสำคัญในชีวิต ระยะสิ้นสุด (Termination phase) ผู้บำบัดจะเสริมแรง ศักยภาพของผู้ป่วยที่สามารถผ่านพ้นอาการซึมเศร้ามาได้ วางแผนยุติการบำบัด และวางแผนการจัดการกับการของ โรคซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นมาใหม่	13.7 %และ 13.7 % ตามลำดับ เมื่อเวลาผ่านไป 3 เดือนอาการของโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองยังลดลงตามลำดับ	อย่างรวดเร็วซึ่งมีผลต่อการฟื้นฟู

เรื่องที่ 5 Interpersonal Psychotherapy for Depressed Women With Sexual Abuse Histories A Pilot Study in a Community Mental Health Center
ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์ Talbot, Conwell, O'Hara, Stuart, Ward, Gamble, & et. al, (2005).

Objective	Setting / Sample	Design /Instrument	Intervention	Outcome	Clinical implementation
เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการถูกทารุณกรรมในวัยเด็กและทดสอบประสิทธิผลของการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อการลดอาการซึมเศร้าและ	Setting ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน Sample ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการถูกทารุณกรรมทางเพศมาก่อนอายุ 18 ปี มีการป่วยซ้ำและเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรังมากกว่า 2 ปี ได้รับยาต้านเศร้าร่วมด้วย	Design One Group Pre-Post Test Design Instrument 1)HAM-D 2)BDI –II	IPT 14 ครั้ง สัปดาห์ละครั้งติดต่อกัน และทำการติดตามอีก 2 ครั้ง ห่างกันทุก 2 สัปดาห์ ต่อมา เดือนละครั้ง จนครบ การบำบัดจะมุ่งประเด็นไปที่ปัญหาสัมพันธภาพที่มีปัญหา หนึ่งใน 4 ด้านเช่น การสูญเสียความชัดเจน การเปลี่ยนผ่านบทบาทและการพร้อมด้านสัมพันธภาพ โดยออกแบบการบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ขึ้นตามผู้ป่วยต้องการ	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการถูกทารุณกรรมทางเพศวัยเด็กทั้งหมด 25 คน มี 10 คนที่ได้รับการบำบัดครบ 16 ครั้ง มีจำนวน 15 คน ที่ได้รับการบำบัดครบ 8 ครั้ง หรือมากกว่านั้น สามารถลดอาการของโรคซึมเศร้า และการทำหน้าที่ยังคงพัฒนาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของการบำบัด	การบำบัดIPT จำนวน 8 ครั้ง สามารถลดอาการของโรคซึมเศร้าได้และการทำหน้าที่ยังคงพัฒนาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของการบำบัด

เรื่อง ที่ 6 Sudden gains in interpersonal psychotherapy for depression
ผู้วิจัย/ที่พิมพ์ Kelly, Cyranowski, & Frank, (2007)

Objective	Setting / Sample	Design/ Instrument	Intervention	Outcome	Clinical implementation
ตรวจสอบ/ศึกษาผลที่ได้รับทันทีจากจิตบำบัดสัมพันธ์กับระยะเวลาห่างระหว่างบุคคลเรื่องอัตราการ remission ปีวิจัยที่สัมพันธ์กับการ remission และผลกระทบทันทีทางคลินิก	Setting แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชศาสตร์ Sample ผู้หญิงที่มีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในช่วง 10-130 สัปดาห์ อายุระหว่าง 20-60 ปี คะแนน HRSD ≥ 15 คะแนน	Design Retrospective Design Instrument 1) HAM-D 2) BDI	IPT12-24 ครั้ง ระยะเวลาในการบำบัด 1 ครั้ง ต่อ สัปดาห์ ตามคู่มือการบำบัดสัมพันธ์กับระหว่างบุคคลของ Weissman, Markowitz, & Klerman, (2000)	กลุ่มผู้ป่วยที่มี sudden gain และไม่มี sudden gain ไม่มีความแตกต่างในลักษณะทางประชากรศาสตร์ในเรื่องอายุ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส และสถานภาพทางการทำงาน ($p > .32$) และมีความแตกต่างกันในลักษณะทางคลินิก เช่นอายุของการเริ่มป่วย ระยะเวลาและจำนวนครั้งของการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ($p > .08$) กลุ่มที่มี และไม่มี sudden gain ไม่มีความแตกต่างกันในการหายจากอาการของโรคและการป่วยซ้ำ	จิตบำบัดสัมพันธ์กับระหว่างบุคคล สามารถให้ผลลัพธ์ การหายจากการของโรคซึมเศร้า (remission) ที่ไม่แตกต่างกัน ในกลุ่มที่มีลักษณะประชากรที่แตกต่างกัน (อายุ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส และสถานภาพการทำงาน) ในกลุ่มที่มีลักษณะทางคลินิกแตกต่างกัน (อายุที่เริ่มป่วย ระยะเวลาเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการป่วย) และในกลุ่มที่มีการตอบสนองในช่วงแรก (Acute phase) แตกต่างกัน (มี sudden gain หรือไม่มี sudden gain) ดังนั้นปัจจัยเหล่านี้จึงไม่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการบำบัด

เรื่องที่ 7 Enhancing Interpersonal psychotherapy for mothers and expectant Mother on low income : Adaptation and Addition
ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์ Grote, Swart, & Zuckoff. (2008).

Objective	Intervention	Outcome	Clinical implementation
เพื่ออธิบายการประยุกต์ใช้จิตบำบัด สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อตอบสนองความต้องการของมารดา หรือผู้ที่คาดหวังว่าจะ เป็นมารดาที่มีความทุกข์จากอาการซึมเศร้า และมีรายได้น้อย อยู่ในชุมชน	IPT-B ที่มีการบูรณาการเข้าร่วมการบำบัด วิธีการบำบัดประกอบด้วยEngagement session ในครั้งแรกของการบำบัด และตามด้วยรูปแบบการบำบัดแบบ IPT-B อีก 8 ครั้ง Engagement session เป็นขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนการบำบัดเพื่อค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยและระบุปัญหาอุปสรรคในการบำบัด Engagement Session ประกอบด้วย 5 ส่วน (section) ที่มีความยืดหยุ่นตลอดทั้งเวลาและสภาพผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อให้สอดคล้องกับความจำเป็นที่เฉพาะสำหรับผู้หญิง การบำบัดใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที เนื้อหาแต่ละส่วนมีดังนี้ ส่วนที่ 1 ให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวของตนเอง เพื่อผู้บำบัดจะได้ทราบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไรและความคิดอะไรของผู้ป่วยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการซึมเศร้า ส่วนที่ 2 ประวัติการรักษา ซึ่งได้แก่ ความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการปฏิบัติทางจิตวิญญาณที่ผ่านมา เช่น ความสำคัญของสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และการปฏิบัติทางจิตวิญญาณด้วยการสวดมนต์ และความคาดหวังต่อการรักษา เช่น ผู้ป่วยต้องการอะไรจากผู้ป่วยและผู้ป่วยต้องการจะทำอะไรถ้าอาการซึมเศร้าลดลง ส่วนที่ 3 การให้ข้อมูลย้อนกลับ และสุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และทางเลือกในการการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยวิธีต่างๆ ตามที่ผู้ป่วยกล่าวถึง หรือตามที่ผู้ป่วยได้เคยรับรู้มาก่อนหน้านี้	ลดอาการของโรคซึมเศร้า	ใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) ของ มิเกลเลอร์และโรนิก (Miller & Rollnick, 2002) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง วิธีการบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความรู้สึกที่สับสน สร้างแรงจูงใจในการบำบัดของผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคคำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้บำบัดได้พบปัญหาของตนเอง ออกมาอย่างต่อเนื่อง (elicit-provide-elicite) ร่วมกับการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ในการค้นหาถึงความเข้าใจ ความคาดหวัง ประสบการณ์ และความมีคุณค่าของบุคคล จากความแตกต่างทางวัฒนธรรม โดย

เรื่องที่ 7 Enhancing Interpersonal psychotherapy for mothers and expectant Mother on low income : Adaptation and Addition (ต่อ)
ผู้วิจัย/ผู้พิมพ์ Grote, Swart, & Zuckoff. (2008).

Objective	Intervention	Outcome	Clinical implementation
	ส่วนที่ 4 ตรวจสอบความเป็นไปได้ในการเข้าร่วมการบำบัด รวมทั้งอุปสรรคทางจิตวิทยาและวัฒนธรรมต่อการเข้าร่วมการบำบัด ส่วนที่ 5 ทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจเข้าร่วมการบำบัดอย่างแน่วแน่ ทำในขณะที่ยังขาดตระหนักรู้ความเข้มแข็งและศักยภาพของผู้ป่วยแล้ว ซึ่งได้แก่ วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย และให้ความหวังและกำลังใจในการเข้าร่วมการบำบัด		ปราศจากความลำเอียง และดำเนินการบำบัด ด้วยความเป็นมิตร ความกระตือรือร้นของผู้บำบัด ปราศจากการควบคุมผู้ถูกสัมภาษณ์ และเป็นการเชื่อใจให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้พบกับผู้ที่มีความชำนาญด้านการบำบัด นอกจากนั้นมีการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและวิธีการบำบัดโรคซึมเศร้า

สรุปประเด็นจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

จิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy: IPT) เป็นจิตบำบัดระยะสั้น ที่มีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า ผู้พัฒนาแนวคิดและหลักการของจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลมาเป็นวิธีการบำบัดรักษา ได้แก่ Myrna M. Weissman และ Gerald L. Klerman ซึ่งมีฐานความคิดจากทฤษฎีความผูกพัน (Attachment theory) จิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดชนิดหนึ่งที่มีกระบวนการบำบัดที่เป็นมาตรฐาน มีโครงสร้างชัดเจนและได้รับการยอมรับว่าสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ มีคู่มือการบำบัดที่เริ่มต้นพัฒนาจาก Klerman, Weissman, Rounsaville and Chevron (1984) และมีการพัฒนาคู่มือการบำบัดอีกครั้งโดย Weissman, Markowitz, & Klerman, (2000) จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 7 เรื่องที่ได้นำ IPT มาใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าดังที่ได้กล่าวมาแล้ว พบว่าจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล แบบมาตรฐาน (Standard Interpersonal Psychotherapy) สามารถนำมาใช้ในการลดอาการซึมเศร้า ส่งเสริมการหายจากอาการ (remission) ป้องกันอาการกำเริบ (relapse) และการป่วยซ้ำได้ (recurrence) ซึ่งมีการนำมาใช้บำบัดในระยะเฉียบพลัน (acute phase) ระยะต่อเนื่อง (continuation phase) และระยะการป้องกันการป่วยซ้ำ (maintenance phase) นอกจากนั้นแล้วจากงานวิจัยของ Frank, et al. (2007) พบว่า IPT แบบมาตรฐานสามารถนำมาใช้บำบัดในผู้ป่วยหญิงโดยตรงได้ในบางราย บางรายอาจต้องใช้การบำบัดร่วมกับยาต้านเศร้า หรือใช้ยาต้านเศร้าบำบัดเพียงอย่างเดียว ซึ่งผลการศึกษาพบว่าจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลสามารถให้ผลลัพธ์ การหายจากอาการของโรคซึมเศร้า (remission) ที่ไม่แตกต่างกัน ในกลุ่มที่มีลักษณะประชากรที่แตกต่างกัน (อายุ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส และสถานภาพการทำงาน) ในกลุ่มที่มีลักษณะทางคลินิกแตกต่างกัน (อายุที่เริ่มป่วย ระยะเวลาเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการป่วย) และในกลุ่มที่มีการตอบสนองในช่วงแรก (Acute phase) แตกต่างกัน (มี sudden gain หรือไม่มี sudden gain) ดังนั้นปัจจัยเหล่านี้จึงไม่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการบำบัด (Kelly, Cyranowski, & Frank, 2007)(Level IV) อย่างไรก็ตามจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลแบบมาตรฐานค่อนข้างใช้เวลายาวนานในการบำบัด เช่น ในการบำบัดระยะเฉียบพลัน ใช้เวลาประมาณ 12-24 ครั้ง การบำบัดระยะต่อเนื่องใช้เวลาประมาณ 17 สัปดาห์ และการบำบัดระยะป้องกันการกลับป่วยซ้ำใช้เวลาประมาณ 2 ปี ซึ่งพบว่าผู้ป่วยหญิงที่เข้าร่วมการวิจัยได้ยุติการบำบัดไปก่อนที่จะเสร็จสิ้นกระบวนการบำบัดเป็นจำนวนมาก (Talbot, et al, 2005)

จากการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องอื่นๆที่ใช้จิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลกับผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าพบว่า IPT แบบมาตรฐานสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและบริบทของผู้หญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี จะเห็นว่ามี

Brief Interpersonal Psychotherapy ซึ่งประยุกต์ระยะเวลาการบำบัดให้สั้น กระชับ และมุ่งปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในปัจจุบันที่เป็นปัญหาเด่นชัดเพียง 1 ปัญหาซึ่งดำเนินการบำบัดเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และระยะสิ้นสุดการบำบัด รวมบำบัดจำนวน 8 ครั้ง อย่างไรก็ตามการบำบัดแบบ Brief - IPT เมื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีรายได้น้อย และประสบอุปสรรคต่างๆ เช่น อุปสรรคด้านการนำไปใช้ในการปฏิบัติ อันเนื่องจาก ค่าใช้จ่ายในการรักษา การประกันสุขภาพ ผู้รับบริการมีเวลาจำกัดและผู้ป่วยมีเรื่องอื่นที่ต้องให้ความสำคัญมากกว่า การสูญเสียรายได้จากการขาดงานมารับการบำบัด คลินิกที่ให้การบำบัดอยู่ไกลเดินทางไม่สะดวก ช่วงเวลาในการให้บริการในคลินิกมีจำกัด และไม่มีใครช่วยเหลือลูกเมื่อมารับการบำบัด สำหรับอุปสรรคทางด้านจิตวิทยา อาจเนื่องจากการถูกประทับตราว่าเป็นโรคซึมเศร้า ประสบการณ์ทางลบต่อการบำบัดในอดีต หรือเคยมีประสบการณ์การบำบัดทางลบต่อญาติหรือสมาชิกในครอบครัว และอุปสรรคทางด้านวัฒนธรรม อันเนื่องจากการละเลยไม่เห็นความสำคัญต่อการทำจิตบำบัด หรือ ปัญหาความยากจนซึ่งส่งผลให้ผู้หึงมีความเครียดเรื้อรัง ในขณะที่เดียวกันผู้หึงก็ต้องพยายามตอบสนองความต้องการจำเป็นพื้นฐานก่อน เช่น อาหาร ค่าใช้จ่ายในบ้าน และอื่นๆ อุปสรรคดังกล่าวส่งผลให้ผู้หึงไม่สามารถเข้าร่วมการบำบัดได้ครบถ้วน หรือทำให้การบำบัดไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (Grote Swartz & Zuckoff, 2008) จึงได้มีการประยุกต์และเพิ่มเติมการบำบัดให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้หึงตั้งครรภ์ หลังคลอด (Grote, et al, 2009; Swart, et al, 2008) หรือมีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช (IPT –MOMS) (Swart, et al, 2008) ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนและไม่ถูกวินิจฉัยโรคทางจิตเวช โดยเพิ่มการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจและการทำความเข้าใจผู้รับบริการตามแนวทางการสัมภาษณ์แบบนักมนุษยวิทยาในการทำจิตบำบัดระยะสั้น (Brief-IPT) ในครั้งแรก (Engagement session) รวมเป็นบำบัดจำนวน 9 ครั้ง นอกจากนั้นยังมีการบำบัดแบบผสมผสานการดูแลแบบรายกรณี (Case management) ในการบำบัดระยะสั้นเพื่อประเมินความต้องการพื้นฐานของผู้หึงที่มีอาการของโรคซึมเศร้า และนำไปวางแผนการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานก่อนที่จะเข้าสู่การบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบสั้นดังกล่าวข้างต้น (Grote, Swartz & Zuckoff, 2008) การประยุกต์และปรับการบำบัดให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้หึงในชุมชนทำให้ผู้หึงสามารถเข้าร่วมและติดตามการบำบัดได้ครบตามแผนการรักษาได้ ซึ่งมีงานวิจัยสนับสนุนว่าสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้หึงตั้งครรภ์ ผู้หึงหลังคลอด และผู้หึงที่มีบุตรป่วยทางจิตเวชที่มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพกว่าการบำบัดระยะสั้นแบบเดิม นอกจากนั้นยังสามารถนำมาใช้ในการบำบัดเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำอีกด้วย ซึ่งข้อเสนอแนะในการทำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้งแบบมาตรฐานและแบบสั้นจะได้กล่าวถึงในหัวข้อถัดไป

3.4 ข้อเสนอแนะ (Recommendations) ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้

หลังจากอ่านบททบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 7 เรื่อง แล้วพบว่าเนื้อหาตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือ อาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง ในชุมชนคอนกระเบื้อง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ที่เกิดจากปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และจำนวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพียงพอ จึงนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหา นำเสนอเป็นข้อเสนอแนะ (Recommendations) ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ จากจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ไปใช้เพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง ดังต่อไปนี้

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงนั้น มุ่งเน้นที่ การปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นสาเหตุของอาการของโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน ซึ่งรูปแบบของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง ที่สังเคราะห์ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการบำบัดรายบุคคล มี 2 รูปแบบหลักคือ

1) จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล แบบมาตรฐาน (Standard Interpersonal Psychotherapy) เป็นจิตบำบัดระยะสั้น ที่มีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า Klerman, Weissman, Rounsaville และ Chevron (1984) ได้พัฒนาหลักการและคู่มือจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบมาตรฐานมาเป็นวิธีการบำบัดรักษาแบบรายบุคคล ซึ่งสามารถนำมาใช้กับบุคคลที่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า จึงเป็นรูปแบบหนึ่งที่สามารถนำมาใช้กับผู้หญิงที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า หรือที่มีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ซับซ้อนที่ส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า สถานที่ที่ใช้บำบัดควรเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช หรือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไป ที่มีบุคลากรเฉพาะทางจิตเวชที่ผ่านการอบรมเรื่องจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับผู้เชี่ยวชาญมาก่อน

2) จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบสั้นกระชับ (Brief-Interpersonal Psychotherapy) ซึ่งปรับจากจิตบำบัดแบบมาตรฐานซึ่งมีการบำบัด 12 ครั้งในการบำบัดระยะ acute เหลือการบำบัดแค่ 8 ครั้ง โดยกระชับให้การบำบัดเน้นเฉพาะปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เด่นชัดเท่านั้น และสามารถแก้ไขได้ภายในเวลาการบำบัด 8 ครั้ง นอกจากนั้นมีการเพิ่มการสร้างแรงจูงใจให้เข้าร่วมการบำบัด (Engagement Interpersonal Psychotherapy) ทำความเข้าใจผู้รับการบำบัดอย่างที่เป็นผู้รู้ในประสบการณ์ของตนเองตามแนวทางของนักมานุษยวิทยาเข้าเป็น session แรกของการบำบัดแบบสั้นกระชับ (Brief - IPT) นอกจากนั้นมีการประยุกต์ Brief -IPT ให้เหมาะกับผู้หญิงที่มีรายได้น้อย และขาดแคลนความจำเป็นพื้นฐาน (Basic Needs) โดยบูรณาการวิธีการบำบัดแบบสั้นกระชับเป็นการบำบัดแบบจัดการรายกรณี (case management) (Grote, Swartz & Zuckoff, 2008) ซึ่ง Brief- IPT แบบมี engagement session และแบบ case management เหมาะกับผู้หญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่อยู่ในชุมชน และไม่ทราบมาก่อนว่า

ตนเองเป็นโรคซึมเศร้า มีรายได้น้อย และมีข้อจำกัดด้านเวลา ทรัพยากร และ การเข้าถึงบริการ สถานที่ที่ใช้ในการบำบัดอาจเป็นคลินิกต่างๆที่ไม่ใช่แผนกจิตเวช สถานบริการปฐมภูมิและ ทุติยภูมิ ผู้ทำการบำบัดควรได้รับการอบรมจิตบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบสั้นกับผู้เชี่ยวชาญมาก่อน

1. จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล แบบมาตรฐาน (Standard Interpersonal Psychotherapy)

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล แบบมาตรฐาน (Standard Interpersonal Psychotherapy: IPT) พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีความผูกพัน (Attachment Theory) มีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและให้การสนับสนุนทางสังคม ขอบเขตในการนำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบมาตรฐาน ไปใช้โดยการเชื่อมโยงอาการของโรคซึมเศร้ากับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่ง (Interpersonal Problem Areas) ใน 4 ด้าน ได้แก่ การสูญเสีย (Grief and Loss) ขัดแย้งกับบุคคลสำคัญ (Interpersonal Disputes) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (Role Transitions) การพร่องสัมพันธภาพ (Interpersonal Sensitivity / Deficit) ในประเด็นที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากำลังเผชิญอยู่

วัตถุประสงค์

เพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้า และดำรงไว้ซึ่งการฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้า

คุณสมบัติของผู้รับการบำบัด

1. ผู้หญิงอายุ 20-60 ปีที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งอาจเป็นผู้หญิงหลังคลอด (O'Hara, et al., 2000) (Level IV) ผู้หญิงโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Talbot, et. al, 2005) (Level IV)
2. ผู้หญิงที่มีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ห่างจากครั้งที่แล้ว 10-130 สัปดาห์ (Frank, et al, 2007) (Level II) (Kelly, et al., 2007) (Level IV)
3. มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับปานกลาง ซึ่งประเมินความรุนแรงของอาการด้วยแบบวัด Hamilton Rating Scale ที่คะแนน $HAM-D \geq 15$ คะแนน (Frank, et al, 2007) (Level II) (Kelly, et al., 2007) (Level IV) หรือ ในผู้หญิงหลังคลอดอาจประเมินด้วยแบบวัด Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ที่คะแนน ≥ 12 คะแนน (O'Hara, et al., 2000) (Level IV)

คุณสมบัติผู้บำบัด

จิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาคลินิก หรือนักจิตวิทยาการปรึกษาสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป ที่ผ่านการฝึกกับผู้เชี่ยวชาญ (Swart, et al, 2008) (Level II); (Talbot, et. al, 2005) (Level IV) และมีคู่มือประกอบการบำบัด

การฝึกอบรมผู้บำบัดเพื่อให้มีสมรรถนะในการบำบัดแบบ IPT มีการดำเนินการดังนี้ ก่อนเข้ารับการอบรมผู้บำบัดจะต้องอ่านและทำความเข้าใจคู่มือจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับโรคซึมเศร้า (Interpersonal Psychotherapy of Depression manual) ของ Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, (1984) และ คู่มือจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เฉพาะกับผู้รับบริการ เช่น คู่มือจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับผู้หญิงซึมเศร้าหลังคลอด ((O'Hara, et al., 2000) (Level IV) ผู้บำบัดแต่ละคนต้องเข้าฟังบรรยายแบบมีการสอบถาม 40 ชั่วโมง และให้คู่มือโอเทปการบำบัด IPT แบบมาตรฐาน และในระหว่างการฝึกหัดการบำบัดผู้บำบัดจะได้รับการตรวจสอบว่ามีการทำตามคู่มือหรือไม่ โดยให้มีการบันทึกเสียงหรือภาพการบำบัดให้ผู้สังเกตได้ตรวจสอบ

สถานที่

สถานที่ที่เหมาะสมที่จะทำการบำบัด ควรเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยมารับบริการในคลินิก โดยไม่ต้องพักค้าง เช่น แผนกผู้ป่วยนอก (Swart, et al, 2008; Frank, et al., 2007; Grote, et al., 2009) (Level II) ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน (Talbot, et. al, 2005) (Level IV) คลินิกสูติ-นรีเวช (Grote, et al., 2009) (Level II)

ระยะเวลา จำนวนครั้งของการบำบัด

ในการบำบัดระยะเฉียบพลัน (acute phase) สามารถใช้การบำบัด IPT เพียงอย่างเดียว โดยไม่ต้องใช้ยาต้านเศร้า ใช้การบำบัดจำนวน 12-24 ครั้ง ระยะห่างของการบำบัด สัปดาห์ละครั้ง จนกระทั่งผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ปราศจากอาการ (remission) โดยพิจารณาจาก คะแนน HAM-D ≤ 7 ใน 3 สัปดาห์ติดต่อกัน เน้นที่ ปัญหาที่เกิดขึ้นหนึ่งในสี่ด้าน ของปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเปลี่ยนผ่านบทบาท ความขัดแย้งระหว่างบุคคล การพร่องด้านสัมพันธภาพ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัญหาสัมพันธภาพของผู้ป่วย ที่ก่อให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า (Frank, et al., 2007) (Level II)

ในช่วงการบำบัดต่อเนื่อง (continuation phase) เป็นการบำบัดเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะปราศจากอาการ กรณีที่ได้รับการบำบัดด้วย IPT อย่างเดียว ให้การบำบัดต่ออีก 5 สัปดาห์ กรณีที่

ผู้ป่วยได้รับยาต้านเศร้าเพียงอย่างเดียวแล้วไม่ได้ผล หรือได้รับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอย่างเดียวยังไม่ได้ผล ให้การบำบัด IPT ต่อเนื่องอีก 17 สัปดาห์ ระยะห่างของการบำบัด สัปดาห์ละครั้ง

ในช่วงการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ (maintenance phase) ใช้ IPT บำบัดเดือนละครั้ง จนครบ 2 ปี วิธีการบำบัดเพื่อเพิ่มศักยภาพ และความเข้มแข็งที่จะประสบความสำเร็จในช่วงการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการป้องกันการเกิดปัญหาในอนาคต เสริมทักษะในการจัดการกับปัญหา จัดการกับเหตุการณ์ในชีวิต ขณะเดียวกันก็ยังคง เน้นที่ลักษณะปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทั้ง 4 ด้าน (Frank, et al., 2007) (Level II) ฝึกทักษะที่ได้รับการเรียนรู้มาใช้ในการป้องกันอาการกำเริบ ผู้ป่วยสามารถระบุปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้มากกว่า 1 ด้านขณะที่อยู่ในภาวะที่มีอาการดีขึ้นแล้ว (remission) (Grote, et al., 2009) (Level II)

จำนวนครั้งของการบำบัด ผู้หญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้า บำบัด 12 ครั้ง ระยะห่าง สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง (O'Hara, et al., 2000) (Level IV) ผู้หญิงโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการถูกทารุณกรรมทางเพศในวัยเด็ก สัปดาห์ละครั้ง ต่อเนื่อง 14 สัปดาห์ (Talbot, et. al, 2005)(Level IV) ผู้หญิงที่มีอาการกลับป่วยซ้ำให้การบำบัดด้วย IPT เดือนละครั้ง จนครบ 2 ปี (Frank, et al., 2007) (Level II)

วิธีการบำบัด

กระบวนการบำบัดด้วยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ตามคู่มือของ Weissman, Markowitz, & Klerman. (2000). แบ่งการบำบัดเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะเริ่มต้น (Initial phase) จะเป็นการระบุหรือให้การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเหมือนการวินิจฉัยโรคทางกายอื่นๆ และอธิบายเรื่องโรคซึมเศร้าให้กับผู้ป่วยภายใต้บริบทของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทบทวนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้ป่วยในอดีตและปัจจุบันและปัญหาสัมพันธภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการของโรคซึมเศร้า และเชื่อมโยงให้เห็นปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นกับอาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วย สุดท้ายผู้บำบัดและผู้ป่วย ร่วมมือกันในการระบุปัญหา สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่สัมพันธ์กับอาการของโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน และตั้งเป้าหมายร่วมกันในการบำบัด

ระยะกลาง (Middle phase) ประกอบด้วยการบำบัด 10-20 ครั้ง ผู้บำบัดจะมุ่งเน้นไปที่ปัญหาสัมพันธภาพที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดเอง และทำความเข้าใจกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วย เชื่อมโยงปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับอาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการ

กับปัญหาของตนเองได้ ซึ่งปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ของมารดาหลังคลอด ที่พบบ่อยคือ ความขัดแย้งกับคู่สมรส หรือความขัดแย้งกับญาติพี่น้องในครอบครัวขยาย เป็นการขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต (Interpersonal Disputes) การสูญเสียสัมพันธภาพทางสังคม หรือความสัมพันธ์ในหน้าที่การงานซึ่ง เป็นการเปลี่ยนผ่านบทบาท (Role Transitions) และการสูญเสียที่เกี่ยวข้องกับการคลอดบุตร เช่น การสูญเสียบุตรในครรภ์ก่อนหน้านี้ หรือมีการโศกเศร้าเสียใจกับการสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิตซึ่ง เป็นปัญหาด้านการสูญเสีย (Grief and Loss) เทคนิคที่นำมาใช้ในการบำบัดระยะนี้ ได้แก่ การวิเคราะห์การสื่อสาร การวิเคราะห์การตัดสินใจ การแสดงบทบาทสมมติ เป็นต้น และมีการมอบหมายให้ไปฝึกเป็นการบ้าน นอกจากนี้ IPT ได้ยืมเทคนิคจากพฤติกรรมบำบัดมาใช้ ในการกระตุ้นพฤติกรรม (Behavioral activation strategies) ของ Jacobson และคณะ (2001) และ Lewinsohn (1974) ซึ่งประกอบด้วยการติดตามกิจกรรมประจำวันอย่างเป็นระบบ การให้กำลังใจให้กลับไปมีกิจกรรมที่สามารถสร้างความสุขความสบายใจที่เคยทำมาในอดีต มอบหมายการบ้านโดย จัดลำดับกิจกรรมจากง่ายไปหายากเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมตนเองและควบคุมความรู้สึกเป็นสุขของตนเองได้ มีการชักจูงกิจกรรมเหล่านี้ทางการรู้คิด และปลุกฝังทักษะทางสังคมที่จำเป็นเพื่อให้การมอบหมายงานเหล่านั้นสามารถสำเร็จลงได้และมีการมอบหมายการบ้านมุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นรายสัปดาห์ (Beck 1995)

ระยะสิ้นสุด (Termination phase) ผู้บำบัดจะให้การเสริมแรง เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถที่จะพึ่งตนเองในการเผชิญปัญหาในอนาคต โดยใช้ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่สามารถผ่านพ้นอาการซึมเศร้ามาได้ มีการวางแผนในการยุติการบำบัด และวางแผนในการป้องกันการเป็นโรคซึมเศร้าซ้ำในอนาคต

2. จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบสั้นกระชับ (Brief Interpersonal Psychotherapy: Brief-IPT)

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบสั้นกระชับ ประยุกต์ระยะเวลาการบำบัดให้สั้น กระชับ และมุ่งปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในปัจจุบันที่เป็นปัญหาเด่นชัดเพียง 1 ปัญหา ซึ่งดำเนินการบำบัดเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้น ระยะกลาง ระยะสิ้นสุดการบำบัด รวมบำบัดจำนวน 8 ครั้ง อย่างไรก็ตามเพื่อให้เหมาะกับปัญหา บริบท และวัฒนธรรมของผู้หญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้าซึ่งมีรายได้น้อย ให้ความสำคัญกับเรื่องอื่น ๆ มากกว่าการเจ็บป่วยของตนเอง มีภาระในการดูแลบุตรและสมาชิกในครอบครัว และการถูกประทับตราบาป รวมทั้งสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก จึงมีการประยุกต์ Brief-IPT ออกเป็น 2 รูปแบบคือ

2.1 จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบสั้นกระชับ (Brief-IPT) ที่มีการจูงใจให้เข้าร่วมการบำบัดในครั้งแรก (Engagement session) ของการบำบัด รวมเป็นบำบัดจำนวน 9 ครั้ง

2.2 จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบสั้นกระชับ (Brief -IPT) ที่มีการจัดการเป็นรายกรณี (Case management) เพื่อทำการประเมินความต้องการพื้นฐานของผู้หญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้า และนำไปวางแผนการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานก่อนที่จะเข้าสู่อการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบสั้น (Grote, Swartz & Zuckoff, 2008)

วัตถุประสงค์

เพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงที่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาและทรัพยากร เช่น ผู้ที่มีรายได้น้อย ผู้ที่มีข้อจำกัดด้านเวลา

คุณสมบัติของผู้รับการบำบัด

1) ผู้หญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านในเรื่องสำคัญอย่างน้อย 1 เรื่อง เช่น การตั้งครรภ์ (Grote, et al., 2009) (Level II) หลังคลอด หรือมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคทางจิตเวช (Swart, et al, 2008) (Level II)

2) มีอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งสามารถประเมินด้วยแบบวัด Hamilton Rating Scale ที่คะแนน $HAM-D \geq 15$ คะแนน (Frank, et al, 2007) (Level II) (Kelly, et al., 2007) (Level IV) หรือ ในผู้หญิงหลังคลอดอาจประเมินด้วยแบบวัด Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ที่คะแนน ≥ 12 คะแนน (O'Hara, et al., 2000) (Level IV)

คุณสมบัติผู้บำบัด

จิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ หรือนักจิตวิทยา สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท ที่ผ่านการฝึกกับผู้เชี่ยวชาญ (Swart, et al, 2008; Grote, et al, 2009) (Level II); และมีคู่มือประกอบการบำบัด

การฝึกอบรมผู้บำบัดในชุมชน (training community clinician) เพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับ Brief -IPT ใช้เวลา 2 วันในการฝึกบำบัดแบบมีการให้ข้อมูลป้อนกลับไปมา (didactic training) ในช่วง engagement session ซึ่งเป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และใช้เวลา 4 วัน เพื่อฝึกปฏิบัติ Brief -IPT ซึ่งเป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับการกระตุ้นพฤติกรรม (Behavioral Activation) และการมอบหมายการบ้านเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และอีกครั้งวันเป็นการฝึกการจัดการรายกรณี (case management) และ

หลังจากนั้นจำเป็นต้องมีการติดตามนิเทศการบำบัดสัปดาห์ละครั้งอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มพูนทักษะการบำบัดแบบ Brief-IPT หลังจากเสร็จสิ้นการอบรมแล้ว (Grote, Swartz & Zuckoff, 2008)

ระยะเวลาและจำนวนครั้งของการบำบัด

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบสั้นกระชับ (Brief -IPT) โดยทั่วไปทำการบำบัดเป็นรายบุคคล 8 ครั้งๆละ 45 นาที ติดต่อกันทุกสัปดาห์ ส่วนการบำบัด Brief -IPT แบบมี engagement session เพิ่มการบำบัดอีก 1 ครั้งรวมเป็น 9 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์เช่นกัน (Swartz, et al, 2008; Grote, et al., 2009) (Level II) (Grote, et al., 2009) (Level II) (Grote, et al., 2008) (Level VII) สำหรับ Brief -IPT แบบ case management ทำการบำบัด 8 ครั้งๆละ 45-60 นาที ติดต่อกันทุกสัปดาห์เช่นเดียวกัน แต่มีการเพิ่มเติมให้ผู้ป่วยได้มีการตอบสนองความต้องการพื้นฐานจำเป็น เช่น การมีรายได้เสริม การหาแหล่งพักพิง เป็นต้น (Grote, Swartz & Zuckoff, 2008)

สถานที่

สถานที่ที่เหมาะสมที่จะทำการบำบัด ควรเป็นสถานที่ ที่ผู้ป่วยมารับบริการในคลินิกทั่วไปโดยไม่เจาะจงว่าจะต้องเป็นคลินิกเฉพาะทางจิตเวช เช่น แผนกจิตเวชเด็ก (Swartz, et al, 2008) (Level II) คลินิกสูติ-นรีเวช แผนกตรวจโรคอื่นๆ (Grote, et al., 2009) (Level II)

วิธีการบำบัด

กระบวนการบำบัดด้วยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบสั้นกระชับ แบ่งการบำบัดเป็น 3 ขั้นตอนเหมือนการบำบัดแบบมาตรฐาน แต่จำนวนครั้งในการบำบัดในแต่ละขั้นตอนลดน้อยลง และเลือกเฉพาะปัญหาสำคัญเร่งด่วนและสามารถแก้ไขได้ภายในระยะเวลาอันสั้นมาทำการแก้ไขปรับปรุง ซึ่งขั้นตอนการบำบัดแบบ Brief – IPT ตามคู่มือของ Swartz และคณะ, (2000) มีดังนี้

ในระยะ initial phase ประกอบด้วยการบำบัด 2 ครั้ง (Standard-IPT มี 3 ครั้ง) และจะจำกัดเฉพาะปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในปัจจุบันเท่านั้น ซึ่งจะเน้นเฉพาะปัญหาเด่นชัด ปัญหาเดียวซึ่งผู้บำบัดและผู้ป่วยจะร่วมมือกันเลือกปัญหานั้นมาแก้ไข ซึ่งจะต้องเป็นปัญหาที่จัดการได้ในเวลา 8 ครั้ง ส่วนการบำบัดปกติจะเน้น 2-3 ปัญหาในช่วงแรก เป้าหมายของการบำบัดระยะแรกก็ยังคงเหมือนเดิม เมื่อสิ้นสุดการบำบัดระยะที่ 1 ผู้บำบัดจะต้องมีข้อมูลและมีความเข้าใจการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเพื่อเตรียมเข้าสู่การบำบัดในระยะที่ 2 และปรับเปลี่ยนให้สมบูรณ์มากขึ้นได้

ในระยะกลางของการบำบัด ประกอบด้วย การบำบัด 5 ครั้ง ครั้งที่ 3-7 ซึ่งใช้เทคนิคการบำบัดเหมือนที่ใช้ใน IPT มาตรฐาน ได้แก่ การวิเคราะห์การสื่อสาร การวิเคราะห์การตัดสินใจ การแสดงบทบาทสมมติ เป็นต้น นอกจากนั้น Brief - IPT ได้ยืมเทคนิคจากพฤติกรรมบำบัดมาใช้ เช่น ใช้กลยุทธ์การกระตุ้นพฤติกรรม (Behavioral activation strategies) ของ Jacobson และคณะ (2001) และ Lewinsohn (1974) และมีการมอบหมายการบ้านเป็นรายสัปดาห์ (Beck, 1995) ซึ่งมุ่งเน้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ใน Brief -IPT ผู้บำบัดจะไม่ได้เฝ้าติดตามดูกิจกรรมประจำวันเป็นพิเศษ หรือ ทำกิจกรรมชักจูงทางการรู้คิด ผู้บำบัดอาจมอบหมายกิจกรรมตามลำดับความยากง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับไปมีกิจกรรมที่สร้างสุข ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัญหาความทุกข์ของผู้ป่วยแต่ละคน

นอกจากนั้นในช่วงกลางของ Brief -IPT เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการของการเปลี่ยนแปลง ผู้บำบัดอาจขอให้ผู้ป่วยทำการบ้านเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทุกสัปดาห์ ซึ่งไม่ได้เป็นการบ้านที่ต้องใช้การเขียน แต่เป็นการลงมือฝึกปฏิบัติที่นำไปสู่การแก้ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่กำหนดร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด ในการบำบัดครั้งแรก ผู้บำบัดจะถามผู้ป่วยให้คิดว่าผู้ป่วยต้องการอะไรจากการบำบัด และให้ระบุสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ภายใต้การควบคุมของผู้ป่วย ในระหว่างกลางของการบำบัดนั้น การบ้านโดยทั่วไปจะได้แก่ การอภิปรายเกี่ยวกับประเด็นการขัดแย้งกับคู่สมรส การสำรวจงานอดิเรก หรืองานที่ทำนอกเวลา งานประจำ หรือ นำผู้ป่วยเข้าร่วมในชั้นเรียนพ่อแม่ (Grote, Swart, & Zuckoff, 2008) (Level VII)

ระยะสิ้นสุด (Termination phase) เป็นการสรุปการบำบัด จะเริ่มทำตั้งแต่ครั้งที่ 7 และจะเสร็จสิ้นในครั้งที่ 8 การสิ้นสุดการบำบัดในระยะ acute phase จะมุ่งเน้นสิ่งที่ทำได้สำเร็จและสิ่งที่จำเป็นในอนาคต ผู้บำบัดจะสังเกตการณ์การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการยุติการบำบัด เช่น ความเศร้าใจ หรือ ความรู้สึกโกรธ ทบทวนสิ่งที่ได้จากการบำบัด และ ระดับของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในปัจจุบัน และระบุประเด็นอื่นๆที่ไม่ได้นำมาบำบัดในครั้งนี้ ผู้ป่วยและผู้บำบัดก็จะอภิปรายถึงทักษะและกลยุทธ์การแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัด เพื่อที่จะรู้ตัวเมื่ออาการซึมเศร้ากำเริบ และวางแผนการจัดการเมื่ออาการซึมเศร้ากำเริบ

สำหรับ Brief - IPT ที่มีการจูงใจให้เข้าร่วมการบำบัด วิธีการบำบัดประกอบด้วย Engagement session ในครั้งแรกของการบำบัด และตามด้วยรูปแบบการบำบัดแบบ Brief - IPT อีก 8 ครั้ง Engagement session เป็นขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนการบำบัดเพื่อกันหาศักยภาพของผู้ป่วยและปัญหาอุปสรรคในการบำบัด ซึ่งใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) ของ มิลล์เลอร์และโรนิก (Miller and Rollnick, 2002) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง วิธีการบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความรู้สึกที่สับสน สร้างแรงจูงใจในการบำบัดของผู้ป่วย โดยใช้เทคนิค คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดปัญหาของตนเองออกมาอย่างต่อเนื่อง

(elicit-provide-elicit) ร่วมกับการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ในการค้นหาถึงความเข้าใจ ความคาดหวัง ประสบการณ์และคุณค่าของบุคคล จากความแตกต่างทางวัฒนธรรม โดยปราศจากความลำเอียง และดำเนินการบำบัด ด้วยความเป็นมิตร ความกระตือรือร้นของผู้บำบัด ปราศจากการควบคุมผู้ถูกสัมภาษณ์ และเป็นการเชื้อเชิญให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้พบกับผู้ที่มีความชำนาญด้านการบำบัด นอกจากนี้ยังมีการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและวิธีการบำบัดโรคซึมเศร้า (Grote, et al., 2008) (Level VII)

เทคนิคที่ผู้บำบัดใช้ ใช้คำถามปลายเปิด การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การตระหนักรู้และการยืนยันจุดแข็งของผู้ป่วย การตอบสนองที่ชัดเจนสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และมอบหมายให้ผู้รับการบำบัดทำการบ้านด้วยการเปลี่ยนวิธีการสื่อสาร และติดตามผลการบำบัดโดยใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อเอื้อให้ผู้ป่วยพูดเรื่องราวของตนออกมา

Engagement Session ประกอบด้วย 5 ส่วน (section) ที่มีความยืดหยุ่นตลอดทั้งเวลา และสภาพผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อให้สอดคล้องกับความจำเป็นที่เฉพาะสำหรับผู้หญิง การบำบัดใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที เนื้อหาแต่ละส่วนมีดังนี้ (Grote, et al., 2008) (Level VII)

ส่วนที่ 1 ให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวของตนเอง เพื่อผู้บำบัดจะได้ทราบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไรและความคิดอะไรของผู้ป่วยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 ประวัติการรักษา ซึ่งได้แก่ ความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการปฏิบัติการเผชิญความเครียดที่ผ่านมา เช่น ความสำคัญของสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และการปฏิบัติทางจิตวิญญาณด้วยการสวดมนต์ และความคาดหวังต่อการรักษา เช่น ผู้ป่วยต้องการอะไรจากผู้บำบัดและผู้ป่วยต้องการจะทำอะไรถ้าอาการซึมเศร้าลดลง

ส่วนที่ 3 การให้ข้อมูลป้อนกลับ และสุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และทางเลือกในการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยวิธีต่างๆ ตามที่ผู้ป่วยกล่าวถึง หรือตาม que ผู้ป่วยได้เคยรับรู้มาก่อนหน้านี้

ส่วนที่ 4 ตรวจสอบความเป็นไปได้ในการเข้าร่วมการบำบัด รวมทั้งอุปสรรคทางจิตวิทยาและวัฒนธรรมต่อการเข้ารับการบำบัด

ส่วนที่ 5 ทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจเข้าร่วมการบำบัดอย่างแน่วแน่ ทำในขณะที่ผู้บำบัดตระหนักรู้ความเข้มแข็งและศักยภาพของผู้ป่วยแล้ว ซึ่งได้แก่ วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย และให้ความหวังและกำลังใจในการเข้าร่วมการบำบัด

จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลแบบสั้นกระชับ (Brief - IPT) ที่มีการจัดการเป็นรายกรณี (Case management) ใช้วิธีการบำบัดแบบ Brief - IPT แต่เพิ่มกระบวนการที่เอื้อให้ผู้ป่วย

เข้าถึงและสามารถต่อรองเพื่อได้รับบริการทางสังคมที่จำเป็นได้ เช่น การฝึกงานอาชีพ การมีที่พัก พิง อาหาร ของใช้ในบ้าน และสิ่งของที่จำเป็นสำหรับเด็ก เพื่อให้ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ หรือผู้หญิงหลังคลอดที่มีรายได้น้อยได้รับสิ่งของจำเป็นพื้นฐานที่ผู้หญิงและครอบครัวจำเป็นจะต้องใช้ การจัดการรายกรณีหรือการบริการทางสังคมเหล่านี้เป็นงานของนักสังคมสงเคราะห์ แต่ถ้าความต้องการจำเป็นพื้นฐานของผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือหรือได้รับการตระหนักถึงจากเจ้าหน้าที่เสียตั้งแต่ต้นแล้ว และวางแผนให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองสิ่งเหล่านี้ในครั้งต่อไปร่วมกับการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ผู้ป่วยประสบ จะทำให้การบำบัดของผู้ป่วยประสบผลสำเร็จได้ เพราะปัญหาความขาดแคลนเหล่านี้จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยด้วย

การประเมินผลลัพธ์

ความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้าที่ลดลงหรือหายไปเป็นผลลัพธ์หลักของการบำบัดแบบ IPT ในครั้งนี้ ซึ่งสามารถประเมินด้วยเครื่องมือมาตรฐาน และระยะเวลาการประเมินดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้า

1.1 Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) (Swart, et al, 2008; Frank, et al, 2007; Grote, et al., 2009; O'Hara, et al., 2000) (Level II) (Talbot, et al, 2005; Kelly, et al., 2007) (Level IV)

HAM-D เป็นแบบวัดมาตรฐานที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และติดตามผลการรักษา เนื่องจากมีความเที่ยงตรง มีค่าความเชื่อมั่นที่ดี เชื่อถือได้ สามารถจำแนกระหว่างผู้ที่มีอาการและไม่มีอาการได้ดี รวมทั้งมีความไวในการวัดการเปลี่ยนแปลงอาการ นอกจากนี้ยังมีจำนวนข้อไม่มาก และใช้เวลาในการประเมินไม่นานนัก ข้อคำถามในแต่ละข้อได้แบ่งคะแนนของความรุนแรงของอาการออกเป็นตั้งแต่ 0-2 หรือ 0-4 ข้อคำถามในบางอาการอาจมีความลำบากในการได้ข้อมูลจากผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ในกรณีดังกล่าวถ้าปรากฏอาการชัดเจนให้คะแนน 2 ถ้าไม่มีอาการให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจหรือสงสัยให้คะแนน 1 คะแนนสูงสุดของ HAM-D คือ 52 คะแนน ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้ามีคะแนนตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไป ถ้าคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 30 ถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงมาก

1.2 Beck Depression Inventory (BDI) (Swart, et al, 2008; Frank, et al, 2007; Grote, et al., 2009; O'Hara, et al., 2000) (Level II) (Talbot, et al, 2005; Kelly, et al., 2007) (Level IV)

แบบประเมินอาการซึมเศร้าของเบค แบ่งคะแนนแต่ละข้อ ตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน ตามความรุนแรงของอาการซึมเศร้า มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ซึ่ง 15 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทาง

จิตใจและอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ของแบบประเมินคือ 0-63 คะแนน แบ่งระดับอาการซึมเศร้าออกได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

0-9	คะแนน	ไม่มีอาการซึมเศร้า
10-16	คะแนน	มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย
17-29	คะแนน	มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง
30-63	คะแนน	มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง

1.3 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Grote, et al., 2009) (Level II) เป็นการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด ประกอบด้วย 10 ข้อคำถามค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน จุดตัดที่คะแนนมากกว่า 12 คะแนน จุดตัดที่ 12 หรือ 13 คะแนน จะมีค่าความไว ที่ร้อยละ 86 และมีความเฉพาะร้อยละ 78

2. ระยะเวลาและการติดตามประเมินผลลัพธ์

ช่วงการบำบัดในระยะเฉียบพลัน (acute phase) ผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ประเมินทุกครั้งหลังการบำบัด ในทุกสัปดาห์ (Frank, et al, 2007; Grote, et al., 2009; O'Hara, et al., 2000) (Level II) เพื่อติดตามการตอบสนองต่อการบำบัดและประเมินภาวะอาการสงบ (remission)

การตอบสนองต่อการบำบัดพิจารณาจากคะแนน HAM-D ลดลงกว่าเดิม 33% หลังการบำบัดรายสัปดาห์ใน 4 สัปดาห์แรกของการบำบัด และถ้าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการบำบัดอาจพิจารณาเพิ่มความถี่ของการบำบัดเป็น 2 ครั้งต่อสัปดาห์หรือ พิจารณาให้ยาต้านเศร้ากลุ่ม SSRI ร่วมด้วย ซึ่งเริ่มด้วย fluoxetine 10-20 mg/day การไม่ตอบสนองต่อการบำบัดมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้ (Frank, et al, 2007: level II)

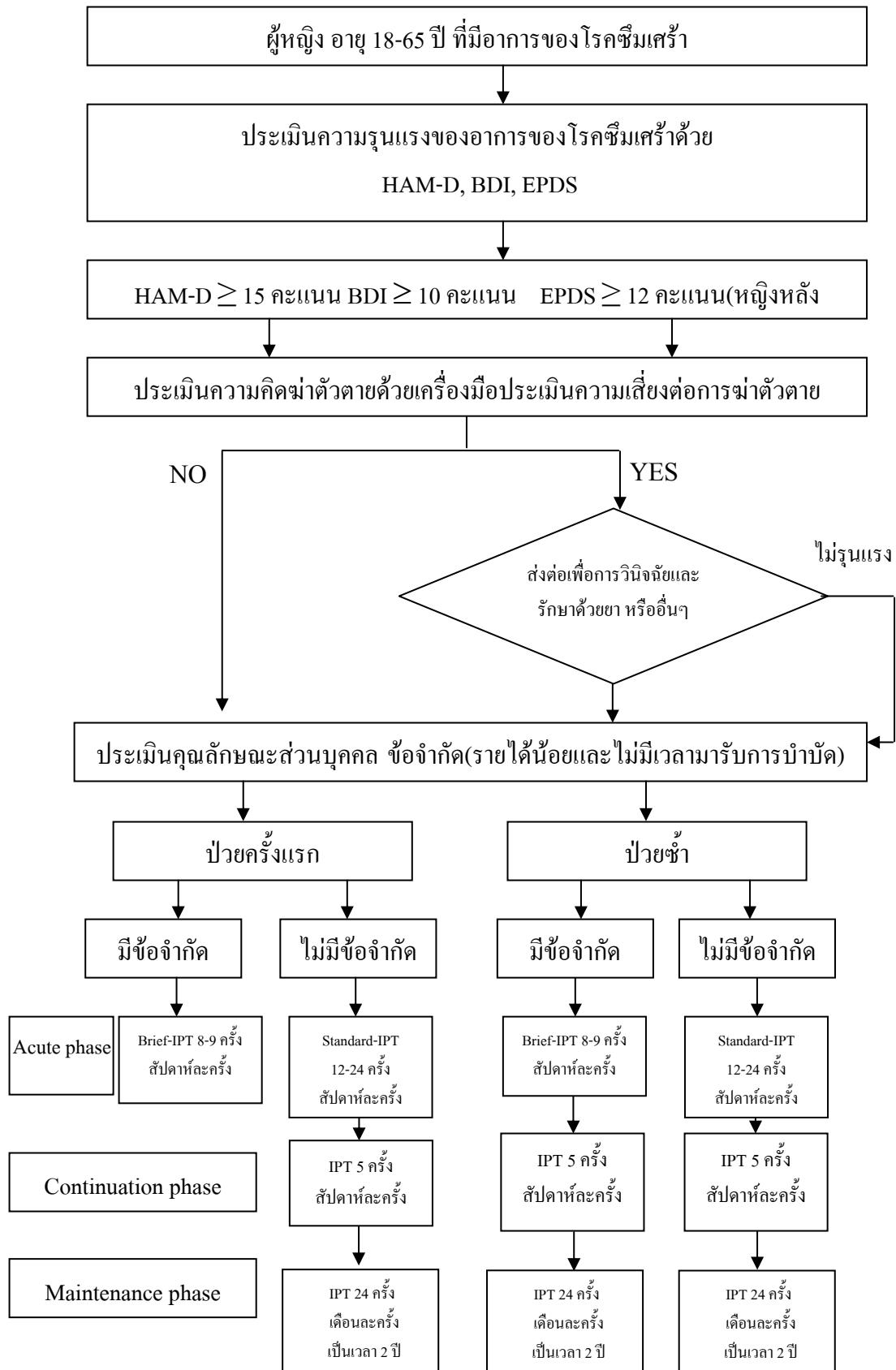
- 1) คะแนนอาการซึมเศร้าลดลงน้อยกว่า 25% จากคะแนนพื้นฐาน ภายหลังการบำบัด IPT สัปดาห์ละครั้ง 6 สัปดาห์
- 2) คะแนนอาการซึมเศร้าลดลงน้อยกว่า 50% ภายหลังจากการบำบัดรายสัปดาห์ ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ และรับการบำบัด IPT 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ติดต่อกัน 4 สัปดาห์
- 3) คะแนนอาการซึมเศร้าลดลงน้อยกว่า 50% ภายหลังจากการบำบัดรายสัปดาห์ ติดต่อกัน 12 สัปดาห์
- 4) ไม่มีภาวะ remission เกิดขึ้นเลยในระหว่างการบำบัดแบบ IPT เพียงอย่างเดียวใน เวลา 24 สัปดาห์

ภาวะอาการสงบ (remission) ประเมินโดยใช้เกณฑ์คะแนนจากแบบวัด HAM-D ≤ 7 ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ไม่ว่าจะเกิดในช่วงใดของการบำบัด ซึ่งถือว่าสิ้นสุดระยะเฉียบพลัน

ช่วงการบำบัดเพื่อกงภาวะปราศจากอาการ (continuation phase) ประเมินทุกครั้งหลังการบำบัด สัปดาห์ละครั้ง จนครบ 5 สัปดาห์ (Frank, et al, 2007) (Level II)

ช่วงการบำบัดเพื่อกงไว้ซึ่งการฟื้นหาย (maintenance phase) ประเมินทุกครั้งหลังการบำบัด เดือนละครั้ง จนครบ 2 ปี (Frank, et al, 2007; Grote, et al., 2009) (Level II)

จากข้อแนะนำที่ได้จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์การใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง สามารถสรุปเป็นแผนผังแนวทางการใช้ IPT ดังภาพต่อไปนี้



แผนผังแสดงแนวทางการใช้ IPT เพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง

ตารางการเปรียบเทียบรูปแบบจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบ Standard IPT และ Brief - IPT

หัวข้อ	Standard IPT	Brief – IPT (Engagement Session)	Brief- IPT Case management
1.วัตถุประสงค์	เพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าและดำรงไว้ซึ่งการฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้า	เพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาและทรัพยากร	เพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าและตอบสนองความต้องการพื้นฐาน
2. ข้อบ่งชี้	ใช้ในผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ อายุ 20-60 ปีที่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่ป่วยครั้งแรกหรือป่วยซ้ำก็ได้สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย ไม่มีข้อจำกัด	ใช้ในผู้หญิงที่อยู่ในชุมชน ไม่เห็นความสำคัญของการรักษาโรคซึมเศร้าและมีปัญหาการเข้าถึงบริการ	ใช้ในผู้หญิงที่มีฐานะยากจนขาดแคลนความจำเป็นพื้นฐาน
3.จำนวนครั้งของการบำบัด	ระยะเฉียบพลัน บำบัด 12-24 ครั้ง สัปดาห์ละครั้งระยะต่อเนื่อง บำบัดต่ออีก 5 สัปดาห์การบำบัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ใช้ IPT เดือนละครั้งจนครบ 2 ปี	บำบัด 9 ครั้ง สัปดาห์ละครั้งในครั้งแรก มี engagement session	บำบัด 8 ครั้งๆละ 45-60 นาทีติดต่อกันทุกสัปดาห์
4. คุณสมบัติของผู้บำบัด	จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก หรือนักจิตวิทยาการปรึกษา	พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา	พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์
5. การบำบัด	ใช้คู่มือของ Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, (1984) หรือ Weissman, Markowitz, & Klerman, (2000)	ใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ของ มิลล์เลอร์และโรนิก (Miller & Rollnick, 2002) และคู่มือของ Grote และคณะ (2008)	ใช้กรอบแนวคิดที่ยึดวัฒนธรรมเป็นศูนย์กลางของ Bernal, Bonilla, Bellido (2004)

หัวข้อ	Standard IPT	Brief – IPT (Engagement Session)	Brief- IPT Case management
6.สถานที่	คลินิกจิตเวช	คลินิกทั่วไป	คลินิกทั่วไป และในชุมชน
7.เครื่องมือ ใช้วัดผล	- Hamilton Rating Scale for Depression(HAM-D) - Beck Depression Inventory(BDI)	- HAM-D - BDI -Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	- HAM-D - BDI - EPDS
7.การนำไป ประยุกต์ใช้	ใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มี ปัญหาสัมพันธภาพระหว่าง บุคคล จะใช้ร่วมกับยาต้าน เศร้าหรือไม่ก็ได้ และใน ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการใช้ ยาต้านเศร้า เช่น ผู้หญิง ตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด	ใช้กับผู้ป่วยที่มาใช้บริการ รักษาในคลินิกโรคทางกาย ทั่วไป หรือพบบุคคลสำคัญใน ชีวิต เช่น ลูกสาว สามี บิดา มารดา มารักษาในคลินิกโรค เรื้อรังต่างๆ	ใช้กับผู้ป่วย ฐานะยากจน มี การศึกษาน้อย ขาดทุนและไม่ สามารถเข้าถึง แหล่งทรัพยากร ต่างๆ ที่มีอาการ ของโรคซึมเศร้า

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้ กรอบ PICO (PICO Framework) (Craig & Smyth, 2001) เป็นแนวทางในการสืบค้น (Searching Strategy) เพื่อให้ได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด ใช้คำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ interpersonal psychotherapy and depressive disorders and women สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากระบบฐานข้อมูลต่างๆ พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพ จำนวนทั้งหมด 7 เรื่อง เป็น Randomized Controlled Trial 4 เรื่อง One group pre-post test design 1 เรื่อง Retrospective design 1 เรื่อง Expert Opinion 1 เรื่อง นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐาน ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Polit & Beck (2008) 3 ด้าน ได้แก่ การสอดคล้องกับประเด็นปัญหา (Clinical relevance) การมีความหมายในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) แนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Implementation Potential) และการประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence of research) ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout Overholt (2005).

หลังจากอ่านบททบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 7 เรื่อง แล้ว พบว่าจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสามารถลด อาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลคอนกระเบื้องซึ่งผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ ผู้ศึกษาจึงนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาวิเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียดใส่ตารางสกัดข้อมูล ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ สถานที่ กลุ่มตัวอย่าง รูปแบบงานวิจัย เครื่องมือ วิธีการบำบัด ผลการ ศึกษาและการนำไปใช้ได้จริงในคลินิก ต่อมานำข้อความที่สกัดได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อเสนอเป็นข้อเสนอแนะ (Recommendations) ในการทำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง ดังนี้

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีประสิทธิผลในการลดอาการของโรคซึมเศร้า ในผู้ป่วย มี 2 รูปแบบหลักคือ

1) จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล แบบมาตรฐาน (Standard Interpersonal Psychotherapy) Klerman, Weissman, Rounsaville และ Chevron (1984) ได้พัฒนาคู่มือจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบมาตรฐานมาเป็นวิธีการบำบัดรักษาแบบรายบุคคล ซึ่งสามารถนำมาใช้กับบุคคลที่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า หรือที่มีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ซับซ้อนที่ส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า สถานที่ที่ใช้บำบัดควรเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช หรือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไป รูปแบบการบำบัดแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และระยะสิ้นสุด ระยะเวลาในการบำบัดโดยทั่วไป สัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกัน 12-24 ครั้งๆ ละ 45-60 นาที สามารถนำมาบำบัดในช่วงการบำบัดระยะเฉียบพลัน ระยะคงสภาพ และระยะป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้า เช่น จำนวนครั้งของการเจ็บป่วย การตอบสนองต่อการรักษา

2) จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบสั้นกระชับ (Brief-Interpersonal Psychotherapy) ซึ่งปรับจากจิตบำบัดแบบมาตรฐานซึ่งมีการบำบัด 12-24 ครั้งในการบำบัดระยะ acute เหลือการบำบัดแค่ 8 ครั้ง โดยกระชับให้การบำบัดเน้นเฉพาะปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เด่นชัดเท่านั้น และสามารถแก้ไขได้ภายในเวลาการบำบัด 8 ครั้ง นอกจากนั้นมีการเพิ่มการสร้างแรงจูงใจให้เข้าร่วมการบำบัด (Engagement Interpersonal Psychotherapy) ทำความเข้าใจผู้รับการบำบัดอย่างที่เป็นผู้รู้ในประสบการณ์ของตนเองตามแนวทางของนักมานุษยวิทยาเข้าเป็น session แรกของการบำบัดแบบสั้นกระชับ (Brief-IPT) นอกจากนั้นมีการประยุกต์ Brief-IPT ให้เหมาะกับผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย และขาดแคลนความจำเป็นพื้นฐาน (Basic Needs) โดยบูรณาการวิธีการบำบัดแบบสั้นกระชับเป็นการบำบัดแบบจัดการรายกรณี (case management) (Grote, Swartz & Zuckoff, 2008) ซึ่ง Brief-IPT แบบมี engagement session และแบบ case management เหมาะกับผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่อยู่ในชุมชน และไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองเป็นโรคซึมเศร้า มีรายได้น้อย และมีข้อจำกัดด้านเวลา ทรัพยากร และการเข้าถึงบริการ สถานที่ที่ใช้ในการบำบัดอาจเป็นคลินิกต่างๆ ที่ไม่ใช่แผนกจิตเวช สถานบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำข้อเสนอแนะที่สังเคราะห์จากการศึกษานี้ไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและทำการวิจัยแบบ Routine to Research เพื่อประเมินผลลัพธ์ ปัญหาอุปสรรค ความคุ้มค่า คุ้มทุนในการดำเนินการ และเพื่อให้แนวทางการบำบัด สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมของประเทศไทย

2. ควรมีการเผยแพร่ผลของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยวิธีการต่างๆ เช่น การประชุมวิชาการ การลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการ เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และพัฒนางานด้านการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป

จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY FOR REDUCING DEPRESSIVE SYMPTOMS IN WOMEN: EVIDENCE-BASED NURSING

วาริน เสงลาคุณ 5036766 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อัจฉราพร สิริวิทยวงศ์, พย.ค., อติยา พรชัยเกตุ โอว ของ,
Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณั

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการของโรคซึมเศร้าของผู้หญิง มีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงมีอาการรุนแรงมากจนเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในที่สุด ทุกประเทศทั่วโลกพบว่าผู้หญิง ร้อยละ 10-25 มีอาการของโรคซึมเศร้า (WHO, 2005) สำหรับประเทศไทย ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงไทย ที่อายุระหว่าง 15-59 ปี จากการประเมินด้วยแบบประเมิน Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) พบร้อยละ 3.98 ในเพศหญิง ซึ่งมากกว่าเพศชายเกือบ 2 เท่า โรคซึมเศร้าในผู้หญิงไทยเริ่มพบมาตั้งแต่อายุ 35 ปี และมี episode เกิดมากที่สุดในช่วง อายุ 45-54 ปี (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ อัจฉรา จรัสสิงห์, 2547)

ความสูญเสียที่เกิดที่มาจากโรคซึมเศร้าในผู้หญิง จากการศึกษาเปรียบเทียบการสูญเสียปีสุขภาวะที่เกิดจากโรคต่างๆ ในผู้หญิง ที่ทำให้ในหนึ่งปีมีการสูญเสียทางด้านสุขภาพจากการเจ็บป่วย พิการ และตายก่อนวัยอันควร(disability adjusted life years) พบว่าโรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะในผู้หญิงเป็นอันดับ 4 รองจากโรคหลอดเลือดสมอง เอดส์ และเบาหวาน

(ชรินทร์ ลิมสนธิกุล, 2552) เมื่อพิจารณาเฉพาะจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years of Life Lost due to Disability – YLDs) พบว่าเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการสูญเสียเนื่องจากภาวะพร่องด้านสุขภาพ (ชรินทร์ ลิมสนธิกุล, 2552)

ผลกระทบของอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง หรือโรคซึมเศร้า มีดังนี้ **ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ** ประเทศไทยมีต้นทุนค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคิดเป็น 25,008,658 บาทต่อปี ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนมาก (กิตติวรรณ เทียมแก้ว, บุปผวรรณ พัวพันธ์ ประเสริฐ, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, และศุภสิทธิ์ พรธมนารุโณทัย, 2550) นอกจากนั้นโรคซึมเศร้ายังเป็นเหตุสำคัญที่ทำให้สูญเสียทรัพยากรบุคคลก่อนวัยอันควรด้วยการฆ่าตัวตาย ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 77.4 ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 12.9 (ชัยชนก พรหมภักดี และพิเชฐ อุดมรัตน์, 2551) ซึ่งเป็นผลกระทบที่รุนแรงที่สุด **ผลกระทบต่อครอบครัว** โรคซึมเศร้ามีผลกระทบต่อคู่สมรสทั้งโดยตรงและโดยอ้อม กล่าวคือบุคคลที่มีโรคซึมเศร้ามักมีภาวะบกพร่องทางเพศร่วมด้วย (สรยุทธ วาสิกานนท์, 2551) นอกจากนั้นยังพบปัญหาความสัมพันธ์ในชีวิตสมรส และไม่พึงพอใจในชีวิตสมรส (พิมพ์พร สุขเสถียรและมาโนช หล่อตระกูล, 2552) มีความบกพร่องในการทำบทบาทหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีรายงานเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพและความขัดแย้งที่เชื่อว่าบุคคลอื่นไม่เป็นที่น่าไว้วางใจแม้แต่คู่สมรส (Hammen, & Brennan, 2001) **ผลกระทบต่อบุตร** มีการศึกษาพบว่ามารดาที่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่มีบุตรอายุ 5-12 ปี จะมีผลต่อพฤติกรรมของเด็ก (Boyle, & Pickles, 2004) และไม่สามารถที่จะคงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด (problematic relationships) กับบุตรได้ **ผลกระทบต่อตนเอง** ซึ่งจำแนกเป็น **ทางด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ** มีดังนี้ ด้านร่างกายเมื่อบุคคลมีอาการของโรคซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย เช่น ไม่อยากรับประทานอาหาร อ่อนเพลีย ไม่มีแรง นอนไม่หลับ ด้านจิตสังคม ผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้ามักไม่สนใจในกิจกรรมต่างๆ ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มักจะแยกตนเอง และด้านจิตวิญญาณ ผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้ารุนแรง มักจะรู้สึกผิดหวัง ฆ่าตัวตาย เป้าหมายในชีวิต และรู้สึกว่าชีวิตนี้ไร้ความหมาย นอกจากนั้นในผู้ที่มีโรคทางกายร่วมด้วยจะทำให้มีอาการของโรคทางกายรุนแรงขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตเร็วกว่าในบุคคลที่ไม่มีอาการซึมเศราร่วมด้วย (Furlanetto, Cavanaugh, Bueno, Creech, & Powell, 2000) สำหรับผู้หญิงแล้วโรคซึมเศร้ามีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ชาย 6.5 เท่า (ชัยชนก พรหมภักดี และพิเชฐ อุดมรัตน์, 2551) จึงทำให้โรคซึมเศร้ากลายเป็นโรคเรื้อรังที่มีการกลับเป็นซ้ำบ่อย ซึ่งนำไปสู่ความไร้ศักยภาพทางจิตสังคมระยะยาว

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงมีหลากหลาย ซึ่งสามารถจัดกลุ่มปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงตามกรอบแนวคิดของ stress - diathesis model (อ้างอิงใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2542) ออกเป็น 4 กลุ่มปัจจัย ดังนี้

(1) ปัจจัยเสี่ยง (Predisposing Factors) ที่ทำให้ผู้หญิงเกิดอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่ ประสบการณ์การถูกทารุณกรรม และการถูกทารุณกรรมทางเพศในวัยเด็ก (Hall, Sachs, Rayens, & Lutenbacher, 2007) การสูญเสียมารดาก่อนวัย 11 ปี และประวัติครอบครัวที่มีโรคซึมเศร้า (Sangon, 2005)

(2) ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการ (Precipitating Factors) ของโรคซึมเศร้าได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Schmidt, Murphy, Rubinow, & Danaceau, 2003; Sangon, 2005; ธรณินทร์ กองสุข, พิเชฐ อุดมรัตน์, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, มาโนช หล่อตระกูล, ณรงค์ มณีทอง, นันทวัช สิริธิรักษ์ และคณะ, 2551) ผู้ที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่เกิดขึ้นกับตนเองและคนใกล้ชิดมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่มีความเครียด (ธรณินทร์ กองสุขและคณะ, 2551) การสูญเสียบุคคลสำคัญ (Schmidt, et. al, 2003) การติดแอลกอฮอล์และยาเสพติด (ธรณินทร์ กองสุขและคณะ, 2551) ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยพบปัญหาการเปลี่ยนผ่านบทบาทมีระดับความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าสูงสุด กล่าวคือ ผู้ที่มีการเปลี่ยนผ่านบทบาทมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่า ผู้ที่ไม่มีการเปลี่ยนผ่านบทบาท 15 เท่า รองลงมา ผู้ที่มีความบกพร่องทางด้านสัมพันธภาพมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่า ผู้ที่ไม่มีความบกพร่องทางด้านสัมพันธภาพ 9 เท่า ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย 7.25 เท่า และผู้ที่มีความขัดแย้งทางบทบาทมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่มีความขัดแย้งทางบทบาท 4.30 เท่า (พิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, นันทิกา ทวิชาชาติ และสมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์, 2551)

(3) ปัจจัยที่ทำให้อาการของโรคซึมเศร้าคงอยู่ (Perpetuating Factors) ในผู้หญิง ได้แก่ ความเครียดในบทบาท ความเครียดในบทบาทของมารดา (Balog, Janszky, Leineweber, Blom, Wamala, & Orth-Gomer, 2003) ปัญหาความเครียดจากโรคทางกาย (มงคล จิตวัฒนากร และวาสนา พัฒนกำจร, 2542) ความขัดแย้งระหว่างบุคคล (Zapf, 2002) ปัญหาในชีวิตสมรส (สุชาติ พหลภาคย์, 2534) ปัญหาพฤติกรรมของพ่อแม่และครอบครัว (ธรณินทร์ กองสุขและคณะ, 2551) และสัมพันธภาพในครอบครัว (อติทยา จังพานิช, 2549)

(4) ปัจจัยปกป้อง (Protective Factors) ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง (อติทยา จังพานิช, 2549) การเลือกงานบ้านเป็นงานที่มีลำดับความสำคัญมาก (ทัศนาศูววรรณ ประภรณ์,

นันทา เล็กสวัสดิ์ และอิริก ลาร์สัน, 2547) ผู้หญิงที่มีปัจจัยเหล่านี้มากกว่าจะมีอาการซึมเศร้าน้อยกว่าผู้หญิงที่มีปัจจัยเหล่านี้น้อยกว่า

สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในด้านต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการปฏิบัติงานในคลินิกพบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้หญิงมีอาการของโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่เป็นปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่นกัน ซึ่งได้แก่ ความขัดแย้งกับคู่สมรส การแยกจากคู่สมรส การสูญเสียบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต การปรับเปลี่ยนบทบาท ซึ่งผู้หญิงจะมีการปรับเปลี่ยนบทบาทมากและบ่อย เช่น การเปลี่ยนบทบาทจากเด็ก สู่วัยสาว การเปลี่ยนบทบาทเป็นภรรยา การตั้งครรภ์ การเลี้ยงดูบุตร การเป็นมารดา นอกจากนั้น ผู้หญิงส่วนใหญ่มีลักษณะการพึ่งพาบุคคลอื่น ผู้ศึกษาจึงสนใจค้นหาแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการปรับแก้ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้หญิงในคลินิกที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงาน อันจะนำไปสู่การฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้าในที่สุด

อาการของโรคซึมเศร้า เป็นกลุ่มอาการร่วมซึ่งสามารถ พิจารณาตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามอาการและพฤติกรรมดังนี้ มีปัญหาด้านอารมณ์ซึมเศร้า 1 อาการร่วมกับอาการอย่างอื่นอีก 4 อาการรวมเป็น 5 อาการ จากเกณฑ์การวินิจฉัย 9 อาการ มีระยะเวลาการเป็นเกือบทั้งวัน หรือตลอดวัน นานติดต่อกัน 2 สัปดาห์ ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยมีดังนี้ 1) มีอารมณ์เศร้าเกือบตลอดวัน และเป็นติดต่อกันทุกวัน 2) ความกระตือรือร้น ความรู้สึกสนุกสนานในกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำ เคยชอบลดลงมาก มีพฤติกรรมเฉื่อยชาตลอดเวลาเกือบทั้งวัน หรือทั้งวัน ติดต่อกันเกือบทุกวัน 3) ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงอาจลดลงหรือเพิ่มขึ้นทุกวัน หรือเกือบทุกวันทำให้น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงชัดเจน ถ้าเบื่ออาหารน้ำหนักก็จะลดลงมา ถ้าอยากอาหารมากขึ้น รับประทานมากขึ้นน้ำหนักก็เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน 4) การนอนผิดปกติอาจนอนไม่หลับ หรือหลับบ่อยมาก หรือหลับนานผิดปกติไปจากเดิมเกือบทุกวัน 5) มีการเปลี่ยนแปลงของการเคลื่อนไหวทางร่างกาย เช่น กระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่งมากกว่าปกติ หรือเชื่องช้าลง รวมไปถึงความคิด โดยคิดช้าลงหรือคิดฟุ้งซ่านมากขึ้นเกือบทุกวัน 6) อ่อนเพลีย ไม่มีแรงเกือบทุกวัน 7) มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกที่ตนเองผิด หรือไม่ใช่อะไรมากเกินเหตุเกือบทุกวัน ความรู้สึกนี้อาจรุนแรงถึงขั้นหลงผิดได้ 8) สมาธิไม่ดีความสามารถในการตัดสินใจลดน้อยลง จนถึงไม่สามารถตัดสินใจได้ โดยมีอาการเช่นนี้เกือบทุกวัน 9) คิดซ้ำๆ เรื่องความตาย คิดฆ่าตัวตาย หรือวางแผนฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย (American Psychiatric Association, 2005)

การรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันมีวิธีการต่างๆ หลายวิธี แต่แยกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ดังนี้ คือ การรักษาทางชีวภาพ และการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งการรักษาทางชีวภาพ แบ่งเป็นการรักษาด้วย

ยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า สำหรับการรักษาด้วยยา เป็นวิธีการที่สำคัญในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง เช่น ภาวะซึมเศร้า ไม่รับประทานอาหาร ผอมลงมาก หรือมีความคิดฆ่าตัวตายบ่อยๆ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2542) ส่วนการบำบัดทางจิตสังคมเป็นการใช้วิธีการทางจิตบำบัดรูปแบบต่างๆ เช่น จิตบำบัดแบบสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy) เป็นการบำบัดที่เน้นการปรับปรุงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขความคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องตามความเป็นจริงมากขึ้นรวมถึงการปรับพฤติกรรม จิตบำบัดระยะสั้น (short – term psychotherapy) เป็นการบำบัดที่ผู้บำบัดมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีการสืบค้นถึงความขัดแย้งภายในจิตใจโดยใช้เวลาในการบำบัดไม่เกิน 6 เดือน (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2542) จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การรักษาทางจิตสังคมที่ให้ผลใกล้เคียงกับการรักษาด้วยยาและเป็นการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน ได้แก่ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) และจิตบำบัดแบบสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy: IPT) (Ellis, Hickie, & Smith, 2003; Fejjo de Mello, de Jesus Mari, Bacaltchuk, Verdeli, & Neugebauer, 2005) จิตบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีทั้งการบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม การบำบัดทางโทรศัพท์ จิตบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้ผลดีกว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มประชากรส่วนใหญ่ที่เป็นผู้หญิง (Fejjo de Mello, et. al., 2005)

ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลคอนกระเบื้อง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เป็นสถานีนอนามัยที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่และมีหน้าที่ในการส่งเสริม รักษา พัฒนาสุขภาพประชาชนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จึงได้คัดกรองและค้นหาปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้าตามนโยบายของกรมสุขภาพจิต เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2553 จำนวน 150 ราย แยกเป็นผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ 100 ราย ผู้ชาย 50 ราย พบผู้ชายมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง 1 ราย พบผู้หญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้ารวม 23 ราย แยกตามความรุนแรงอาการของโรคซึมเศร้าเป็นระดับเล็กน้อย 15 ราย ระดับปานกลาง 7 ราย ระดับรุนแรง 1 ราย ผู้ที่มีอาการระดับปานกลาง ถึงรุนแรง ส่งต่อแผนกจิตเวชโรงพยาบาลบ้านโป่งเพื่อรับการรักษา 4 ราย ปฏิเสธการรักษาด้วยยา 4 ราย ซึ่งผู้ป่วยที่ไปพบแพทย์ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า และได้รับการรักษาด้วยยาด้านเศร้า ส่วนผู้ที่ปฏิเสธการไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลได้ให้คำปรึกษารายบุคคล เมื่อติดตาม ประเมินอาการของโรคซึมเศร้าหลัง 1 เดือนพบว่าความรุนแรงของอาการลดลง โดยมีคะแนนลดลงเฉลี่ย 5 คะแนน และพบว่าเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตประจำวันเกิดขึ้นมาใหม่ จะมีอาการของโรคซึมเศร้า เพิ่มขึ้น เนื่องจากการประเมินในผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ จึงพบว่ามีปัญหาด้านการเปลี่ยนผ่านบทบาทในหลายบทบาทในเวลาเดียวกันเป็นพื้นฐานเดิมทุกราย สรุปปัญหาในคลินิกพบผู้หญิงมีอาการของโรค

ซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางมากกว่าผู้ชาย ซึ่งถ้าปล่อยทิ้งไว้ก็จะมีอาการรุนแรงขึ้นหรือเรื้อรัง ก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ ดังได้กล่าวมาแล้ว คนที่มีอาการของโรคซึมเศร้าบางส่วนไม่ยินดีที่จะเข้ารับการวินิจฉัยและรับการรักษาจากแพทย์ สาเหตุที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการของโรคซึมเศร้าได้แก่ การเปลี่ยนผ่านบทบาท และการขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญของการค้นหารูปแบบของการบริการเพื่อช่วยเหลือผู้หญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้าเหล่านี้

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สามารถลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงได้ อย่างไรก็ตามรูปแบบและวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการลดอาการของโรคซึมเศร่ายังมีความหลากหลาย ผู้ศึกษาจึงสนใจวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบของการบำบัดดังกล่าว เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการในคลินิกต่อไป

1.1 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.2 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ ในการใช้จิตบำบัดแบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง
2. พยาบาลมีแนวทางในการดูแลผู้หญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้า เพื่อลดความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้า
3. สามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน เพื่อพัฒนาบริการด้านสุขภาพจิตของหน่วยงานต่อไป

2. วิธีการดำเนินงาน

กำหนดกรอบการสืบค้นโดยใช้หลักการของ PICO (PICO Framework) (Craig & Smyth, 2001) ซึ่งต้องมีการกำหนดกลุ่มประชากร หัตถการ/การบำบัด การเปรียบเทียบ และการวัดผลลัพธ์ที่ต้องการ การศึกษาครั้งนี้มีการกำหนด PICO ดังนี้

P (Population or Problem)	:	women with depressive disorders
I (Intervention)	:	Interpersonal psychotherapy
C (Comparison intervention)	:	none
O (Outcome)	:	depressive symptoms

ใช้คำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ Interpersonal psychotherapy and women and depressive disorders or depressive symptoms การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เกณฑ์การประเมินความเป็นไปได้ที่งานวิจัยไปใช้ในคลินิก (Utilization Criteria) ของ Polit & Beck (2008) ซึ่งประกอบด้วย 3 ประการคือ 1) ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) มีประเด็นที่พิจารณาดังนี้ งานวิจัยมีความเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก สามารถช่วยในกระบวนการตัดสินใจ ในการแก้ปัญหาทางคลินิกหรือทำให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติ มีการทดสอบสมมติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขปรับปรุงกระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำไปใช้ได้จริง ผลการวิจัยพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติ 2) การมีความหมายในเชิงศาสตร์ (Scientific merit) มีการวิเคราะห์ประเด็นต่างๆดังนี้ ชื่อเรื่อง ปัญหาการวิจัย กรอบแนวคิด ทฤษฎี การทบทวนวรรณกรรม วัตถุประสงค์ของการศึกษา คำถามการวิจัย คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย การออกแบบการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล หลักฐานที่แสดงว่ามีการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษา การอภิปรายผลการศึกษา การนำไปใช้และข้อเสนอแนะ 3) แนวโน้มที่จะนำไปปฏิบัติ (Implementation Potential) มีการประเมินแนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ และการประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ผู้ศึกษา ใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout Overholt (2005).

3. ผลการดำเนินการ

จากการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่างๆ สรุปได้ดังนี้ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 7 เรื่อง เป็น Randomized Controlled Trial จำนวน 4 เรื่อง One Group Pre-Post Test Design จำนวน 1 เรื่อง Retrospective Design 1 เรื่อง Expert Opinion 1 เรื่อง หลังจากการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วพบว่าเนื้อหาตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือการลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง และจำนวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพียงพอ จึงนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียดเพื่อให้ข้อแนะนำในการนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะ

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงนั้น มุ่งเน้นที่ การปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นสาเหตุของอาการของโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน ซึ่ง

รูปแบบของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง ที่ตั้งกระทู้ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการบำบัดรายบุคคล มี 2 รูปแบบหลักคือ

1) จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล แบบมาตรฐาน(Standard Interpersonal Psychotherapy) Klerman, Weissman, Rounsaville และ Chevron (1984) ได้พัฒนาคู่มือจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบมาตรฐานมาเป็นวิธีการบำบัดรักษาแบบรายบุคคล ซึ่งสามารถนำมาใช้กับบุคคลที่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่สามารถนำมาใช้กับผู้หญิงที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า หรือที่มีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ซับซ้อนที่ส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า สถานที่ที่ใช้บำบัดควรเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช หรือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไป

2) จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบสั้นกระชับ (Brief-Interpersonal Psychotherapy) ซึ่งปรับจากจิตบำบัดแบบมาตรฐานซึ่งมีการบำบัด 12 ครั้งในการบำบัดระยะ acute เหลือการบำบัดแค่ 8 ครั้ง โดยกระชับให้การบำบัดเน้นเฉพาะปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เด่นชัดเท่านั้น และสามารถแก้ไขได้ภายในเวลาการบำบัด 8 ครั้ง นอกจากนั้นมีการเพิ่มการสร้างแรงจูงใจให้เข้าร่วมการบำบัด (Engagement Interpersonal Psychotherapy) ทำความเข้าใจผู้รับการบำบัดอย่างที่เป็นผู้รู้ในประสบการณ์ของตนเองตามแนวทางของนักมานุษยวิทยาเข้าเป็น session แรกของการบำบัดแบบสั้นกระชับ (Brief-IPT) นอกจากนั้นมีการประยุกต์ Brief-IPT ให้เหมาะกับผู้หญิงที่มีรายได้น้อย และขาดแคลนความจำเป็นพื้นฐาน (Basic Needs) โดยบูรณาการวิธีการบำบัดแบบสั้นกระชับเป็นการบำบัดแบบจัดการรายกรณี (case management) (Grote, Swartz & Zuckoff, 2008) ซึ่ง Brief-IPT แบบมี engagement session และแบบ case management เหมาะกับผู้หญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่อยู่ในชุมชน และไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองเป็นโรคซึมเศร้า มีรายได้น้อย และมีข้อจำกัดด้านเวลา ทรัพยากร และการเข้าถึงบริการ สถานที่ที่ใช้ในการบำบัดอาจเป็นคลินิกต่างๆที่ไม่ใช่แผนกจิตเวช สถานบริการปฐมภูมิและ ทุติยภูมิ

1. จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล แบบมาตรฐาน (Standard Interpersonal Psychotherapy)

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล แบบมาตรฐาน (Standard Interpersonal Psychotherapy: IPT) พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีความผูกพัน (Attachment Theory) มีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและให้การสนับสนุนทางสังคม ขอบเขตในการนำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบมาตรฐาน ไปใช้โดยการเชื่อมโยงอาการของโรคซึมเศร้ากับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่ง (Interpersonal Problem Areas) ใน 4 ด้าน ได้แก่ การสูญเสีย (Grief and Loss) ขัดแย้งกับบุคคลสำคัญ (Interpersonal Disputes) การเปลี่ยนผ่านบทบาท

(Role Transitions) การพร้อมสัมพันธภาพ (Interpersonal Sensitivity /Deficit) ในประเด็นที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากำลังเผชิญอยู่

คุณสมบัติของผู้รับการบำบัด

1. ผู้หญิงอายุ 20-60 ปีที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งอาจเป็นผู้หญิงหลังคลอด (O'Hara, et al., 2000) (Level IV) ผู้หญิงโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการถูกละเมิดทางเพศ (Talbot, et. al., 2005) (Level IV)
2. ผู้หญิงที่มีอาการป่วยซ้ำของโรคซึมเศร้า ห่างจากครั้งที่แล้ว 10-130 สัปดาห์ (Frank, et al., 2007) (Level II) (Kelly, et al., 2007) (Level IV)
3. มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับปานกลาง ซึ่งประเมินความรุนแรงของอาการด้วยแบบวัด Hamilton Rating Scale ที่คะแนน $HAM-D \geq 15$ คะแนน (Frank, et al, 2007) (Level II) (Kelly, et al., 2007) (Level IV) หรือ ในผู้หญิงหลังคลอดอาจประเมินด้วยแบบวัด Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ที่คะแนน ≥ 12 คะแนน (O'Hara, et al., 2000) (Level IV)

คุณสมบัติผู้บำบัด

จิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาคลินิก หรือนักจิตวิทยาการปรึกษาสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป ที่ผ่านการฝึกกับผู้เชี่ยวชาญ (Swart, et al., 2008) (Level II); (Talbot, et. al., 2005) (Level IV) และมีคู่มือประกอบการบำบัด

สถานที่

สถานที่ที่เหมาะสมที่จะทำการบำบัด ควรเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยมารับบริการในคลินิก โดยไม่ต้องพักค้าง เช่น แผนกผู้ป่วยนอก (Swart, et al., 2008; Frank, et al., 2007; Grote, et al., 2009) (Level II) ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน (Talbot, et. al., 2005) (Level IV) คลินิกสูติ-นรีเวช (Grote, et al., 2009) (Level II)

ระยะเวลา จำนวนครั้งของการบำบัด

ในการบำบัดระยะเฉียบพลัน (acute phase) เน้นการแก้ไขปัญหาลักษณะระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า สามารถใช้การบำบัดแบบ IPT เพียงอย่างเดียวโดยไม่ต้องใช้ยาด้านเศร้า ใช้การบำบัดจำนวน 12-24 ครั้ง ระยะห่างของการบำบัด สัปดาห์ละครั้ง จนกระทั่งผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ปราศจากอาการ (remission) (Frank, et al., 2007) (Level II)

ในช่วงการบำบัดต่อเนื่อง (continuation phase) เป็นการบำบัดเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะปราศจากอาการ กรณีที่ได้รับการบำบัดด้วย IPT อย่างเดียว ให้การบำบัดต่ออีก 5 สัปดาห์ กรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านเศร้าเพียงอย่างเดียวแล้วไม่ได้ผล หรือได้รับจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลอย่างเดียวแล้วไม่ได้ผล ให้การบำบัด IPT ต่อเนื่องอีก 17 สัปดาห์ ระหว่างของการบำบัด สัปดาห์ละครั้ง

ในช่วงการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (maintenance phase) ใช้ IPT บำบัดเดือนละครั้ง จนครบ 2 ปี วิธีการบำบัดเพื่อเพิ่มศักยภาพ และความเข้มแข็งที่จะประสบความสำเร็จในช่วงการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ตอบสนองความสามารถในการป้องกันการเกิดปัญหาในอนาคต เสริมทักษะในการจัดการกับปัญหา จัดการกับเหตุการณ์ในชีวิตขณะเดียวกันก็ยังคง เน้นที่ลักษณะปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ทั้ง 4 ด้าน (Frank, et al., 2007) (Level II) ฝึกทักษะที่ได้รับการเรียนรู้มาใช้ในการป้องกันอาการกำเริบ ผู้ป่วยสามารถระบุปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ได้มากกว่า 1 ด้านขณะที่อยู่ในภาวะที่มีอาการดีแล้ว (remission) (Grote, et al., 2009) (Level II)

วิธีการบำบัด

กระบวนการบำบัดด้วยจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ตามคู่มือของ Weissman, Markowitz, & Klerman, 2000 แบ่งการบำบัดเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะเริ่มต้น (Initial phase) จะเป็นการระบุหรือให้การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเหมือนการวินิจฉัยโรคทางกายอื่นๆ และอธิบายเรื่องโรคซึมเศร้าให้กับผู้ป่วยภายใต้บริบทของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทบทวนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้ป่วยในอดีตและปัจจุบันและปัญหาสัมพันธ์ภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการของโรคซึมเศร้า และเชื่อมโยงให้เห็นปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นกับอาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วย สุดท้ายผู้บำบัดและผู้ป่วย ร่วมมือกันในการระบุปัญหา ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ที่สัมพันธ์กับอาการของโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน และตั้งเป้าหมายร่วมกันในการบำบัด

ระยะกลาง (Middle phase) ประกอบด้วยการบำบัด 10-20 ครั้ง ผู้บำบัดจะมุ่งเน้นไปที่ปัญหาสัมพันธ์ภาพที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดเอง และทำความเข้าใจกับปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วย เชื่อมโยงปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลกับอาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้ ซึ่งปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ของมารดาหลังคลอด ที่พบบ่อยคือความขัดแย้งกับคู่สมรส หรือความขัดแย้งกับญาติพี่น้องในครอบครัวขยาย เป็นการขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต (Interpersonal Disputes) การสูญเสียสัมพันธ์ภาพทางสังคม หรือความสัมพันธ์เรื่อง

หน้าที่การงาน เป็นการเปลี่ยนผ่านบทบาท (Role Transitions) และการสูญเสียที่เกี่ยวข้องกับการคลอดบุตร เช่น การสูญเสียบุตรในครรภ์ก่อนหน้านี้ หรือมีการโศกเศร้าเสียใจกับการสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต เป็นปัญหาด้านการสูญเสีย (Grief and Loss) เทคนิคที่นำมาใช้ในการบำบัดระยะนี้ได้แก่ การวิเคราะห์การสื่อสาร การวิเคราะห์การตัดสินใจ การแสดงบทบาทสมมติ เป็นต้น และมีการมอบหมายให้ไปฝึกเป็นการบ้าน นอกจากนี้ IPT ได้ยืมเทคนิคจากพฤติกรรมบำบัดมาใช้ ในการกระตุ้นพฤติกรรม (Behavioral activation strategies ของ Jacobson et al., 2001; Lewinsohn 1974) ซึ่งประกอบด้วยการติดตามกิจกรรมประจำวันอย่างเป็นระบบ การให้กำลังใจให้กลับไปมีกิจกรรมที่สามารถสร้างความสุขความสบายใจที่เคยทำมาในอดีต มอบหมายการบ้านโดยจัดลำดับกิจกรรมจากง่ายไปหายากเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองสามารถควบคุมตนเองและควบคุมความรู้สึกเป็นสุขของตนเองได้ มีการชักจูงกิจกรรมเหล่านี้ทางการรู้จัก และปลูกฝังทักษะทางสังคมที่จำเป็นต้องมี เพื่อให้การมอบหมายงานเหล่านั้นสามารถสำเร็จลงได้และมีการมอบหมายการบ้านเป็นรายสัปดาห์ (Beck 1995) ซึ่งมุ่งเน้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ระยะสิ้นสุด (Termination phase) ผู้บำบัดจะให้การเสริมแรง เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนเองที่จะพึ่งตนเองในการเผชิญปัญหาในอนาคต โดยใช้ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่สามารถผ่านพ้นอาการซึมเศร้ามาได้ มีการวางแผนในการยุติการบำบัด และวางแผนในการป้องกันการเป็นโรคซึมเศร้าซ้ำในอนาคต

2. จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลแบบสั้นกระชับ (Brief Interpersonal Psychotherapy: Brief-IPT)

จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลแบบสั้นกระชับ ประยุกต์ระยะเวลาการบำบัดให้สั้นกระชับ และมุ่งปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในปัจจุบันที่เป็นปัญหาเด่นชัดเพียง 1 ปัญหา ซึ่งดำเนินการบำบัดเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้น (Initial phase) ระยะกลาง (Middle phase) ระยะสิ้นสุดการบำบัด รวมบำบัดจำนวน 8 ครั้ง อย่างไรก็ตามเพื่อให้เหมาะกับปัญหา บริบท และวัฒนธรรมของผู้หญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้าซึ่งมีรายได้น้อย ให้มีความสำคัญกับเรื่องอื่น ๆ มากกว่าการเจ็บป่วยของตนเอง มีการดูแลบุตรและสมาชิกในครอบครัว และการถูกประทุษร้าย รวมทั้งสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก จึงมีการประยุกต์ Brief-IPT ออกเป็น 2 รูปแบบคือ

2.1 จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลแบบสั้นกระชับ (Brief-IPT) ที่มีการจูงใจให้เข้าร่วมการบำบัดในครั้งแรก (Engagement session) ของการบำบัด รวมเป็นบำบัดจำนวน 9 ครั้ง

2.2 จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลแบบสั้นกระชับ (Brief-IPT) ที่มีการจัดการเป็นรายกรณี (Case management) เพื่อทำการประเมินความต้องการพื้นฐานของผู้หญิงที่มีอาการของ

โรคซึมเศร้า และนำไปวางแผนการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานก่อนที่จะเข้าสูการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบสั้นดังกล่าวข้างต้น (Grote, Swartz & Zuckoff, 2008)

คุณสมบัติของผู้รับการบำบัด

- 1) ผู้หญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านในเรื่องสำคัญอย่างน้อย 1 เรื่อง เช่น การตั้งครรภ์ (Grote, et al., 2009) (Level II) หลังคลอด หรือมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคทางจิตเวช (Swart, et al., 2008) (Level II)
- 2) มีอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งสามารถประเมินด้วยแบบวัด HAM-D ที่มีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 15 คะแนน ในผู้หญิงตั้งครรภ์สามารถประเมินด้วยแบบวัด EPDS ที่มีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 12 คะแนน (Level 2)

คุณสมบัติผู้บำบัด

จิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ หรือนักจิตวิทยา สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท ที่ผ่านการฝึกกับผู้เชี่ยวชาญ (Swart, et al., 2008; Grote, et al., 2009) (Level II); และมีคู่มือประกอบการบำบัด

ระยะเวลาและจำนวนครั้งของการบำบัด

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบสั้นกระชับ (Brief-IPT) โดยทั่วไปทำการบำบัดเป็นรายบุคคล 8 ครั้งๆละ 45 นาที ติดต่อกันทุกสัปดาห์ ส่วนการบำบัด Brief-IPT แบบมี engagement session เพิ่มการบำบัดอีก 1 ครั้งรวมเป็น 9 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์เช่นกัน (Swart, et al., 2008; Grote, et al., 2009) (Level II) (Grote, et al., 2009) (Level II) (Grote, et al., 2008) (Level VII) สำหรับ Brief-IPT แบบ case management ทำการบำบัด 8 ครั้งๆละ 45-60 นาที ติดต่อกันทุกสัปดาห์เช่นเดียวกัน แต่มีการเพิ่มเติมให้ผู้ป่วยได้มีการตอบสนองความต้องการพื้นฐานจำเป็น เช่น การมีรายได้เสริม การหาแหล่งพักพิง เป็นต้น (Grote, Swartz & Zuckoff, 2008)

สถานที่

สถานที่ที่เหมาะสมที่จะทำการบำบัด ควรเป็นสถานที่ ที่ผู้ป่วยมารับบริการในคลินิกทั่วไปโดยไม่จำเป็นต้องเป็นคลินิกเฉพาะทางจิตเวช เช่น แผนกจิตเวชเด็ก (Swart, et al., 2008) (Level II) คลินิกสูติ-นรีเวช แผนกตรวจโรคอื่นๆ (Grote, et al., 2009) (Level II)

วิธีการบำบัด

กระบวนการบำบัดด้วยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบสั้นกระชับ แบ่งการบำบัดเป็น 3 ขั้นตอนเหมือนการบำบัดแบบมาตรฐาน แต่จำนวนครั้งในการบำบัดในแต่ละขั้นตอนลดน้อยลง และเลือกเฉพาะปัญหาสำคัญเร่งด่วนและสามารถแก้ไขได้ภายในระยะเวลาอันสั้นมาทำการแก้ไขปรับปรุง ซึ่งขั้นตอนการบำบัดแบบ Brief-IPT ตามคู่มือของ Swartz และคณะ, 2000 มีดังนี้

ในระยะ initial phase ประกอบด้วยการบำบัด 2 ครั้ง (Standard-IPT มี 3 ครั้ง) และจะจำกัดเฉพาะปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในปัจจุบันเท่านั้น ซึ่งจะเน้นเฉพาะปัญหาเด่นชัด ปัญหาเดียวซึ่งผู้บำบัดและผู้ป่วยจะร่วมมือกันเลือกปัญหานั้นมาแก้ไข ซึ่งจะต้องเป็นปัญหาที่จัดการได้ในเวลา 8 ครั้ง ส่วนการบำบัดปกติจะเน้น 2-3 ปัญหาในช่วงแรก เป้าหมายของการบำบัดระยะแรกก็ยังคงเหมือนเดิม เมื่อสิ้นสุดการบำบัดระยะที่ 1 ผู้บำบัดจะต้องมีข้อมูลและมีความเข้าใจการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเพื่อเตรียมเข้าสู่การบำบัดในระยะที่ 2 และปรับเปลี่ยนให้สมบูรณ่มากขึ้นได้

ในระยะกลางของการบำบัด ประกอบด้วยการบำบัด 5 ครั้ง ครั้งที่ 3-7 ซึ่งใช้เทคนิคการบำบัดเหมือนที่ใช้ใน IPT มาตรฐาน ได้แก่ การวิเคราะห์การสื่อสาร การวิเคราะห์การตัดสินใจ การแสดงบทบาทสมมติ เป็นต้น นอกจากนั้น Brief-IPT ได้ยืมเทคนิคจากพฤติกรรมบำบัดมาใช้ เช่น ใช้กลยุทธ์การกระตุ้นพฤติกรรม (Behavioral activation strategies ของ Jacobson et al., 2001; Lewinsohn 1974) และมีการมอบหมายการบ้านเป็นรายสัปดาห์ (Beck 1995) ซึ่งมุ่งเน้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ใน Brief-IPT ผู้บำบัดจะไม่ได้เฝ้าติดตามคู่มือกิจกรรมประจำวันเป็นพิเศษ หรือ ทำกิจกรรมชักจูงทางการรู้คิด ผู้บำบัดอาจจะมอบหมายกิจกรรมตามลำดับความง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับไปมีกิจกรรมที่สร้างสุข ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัญหาความทุกข์ของผู้ป่วยแต่ละคน

นอกจากนั้นในช่วงกลางของ Brief-IPT เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการของการเปลี่ยนแปลง ผู้บำบัดอาจขอให้ผู้ป่วยทำการบ้านเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทุกสัปดาห์ ซึ่งไม่ได้เป็นการบ้านที่ต้องใช้การเขียน แต่เป็นการลงมือฝึกปฏิบัติที่นำไปสู่การแก้ปัญหามิตรภาพระหว่างบุคคลที่กำหนดร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด ในการบำบัดครั้งแรก ผู้บำบัดจะถามผู้ป่วยให้คิดว่าผู้ป่วยต้องการอะไรจากการบำบัด และให้ระบุสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ภายใต้การควบคุมของผู้ป่วย ในระหว่างกลางของการบำบัดนั้น การบ้านโดยทั่วไปจะได้แก่ การอภิปรายเกี่ยวกับประเด็นการขัดแย้งกับคู่สมรส การสำรวจงานอดิเรก หรืองานที่ทำนอกเวลางานประจำ หรือ นำผู้ป่วยเข้าร่วมในชั้นเรียนพ่อแม่

ระยะสิ้นสุด (Termination phase) เป็นการสรุปการบำบัด จะเริ่มทำตั้งแต่วันที่ 7 และจะเสร็จสิ้นในครั้งที่ 8 การสิ้นสุดการบำบัดในระยะ acute phase จะมุ่งเน้นสิ่งที่ทำได้สำเร็จและสิ่งที่จำเป็นในอนาคต ผู้บำบัดจะสังเกตการณ์การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการยุติการบำบัด เช่น ความ

เศร้าใจ หรือ ความรู้สึกโกรธ ทบทวนสิ่งที่ได้จากการบำบัด และ ระดับของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย ในปัจจุบัน และระบุประเด็นอื่นๆที่ไม่ได้นำมาบำบัดในครั้งนี้ ผู้ป่วยและผู้บำบัดก็จะอภิปรายถึง ทักษะและกลยุทธ์การแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยได้รับจากการบำบัด เพื่อที่จะรู้ตัวเมื่ออาการซึมเศร้ากำเริบ และวางแผนการจัดการเมื่ออาการซึมเศร้ากำเริบ

สำหรับ **Brief-IPT** ที่มีการมุ่งใจให้เข้าร่วมการบำบัด วิธีการบำบัดประกอบด้วย Engagement session ในครั้งแรกของการบำบัด และตามด้วยรูปแบบการบำบัดแบบ IPT-B อีก 8 ครั้ง Engagement session เป็นขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนการบำบัดเพื่อค้นหาศักยภาพของผู้ป่วย และปัญหาอุปสรรคในการบำบัด ซึ่งใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) ของ มิลล์เลอร์และโรนิก (Miller & Rollnick, 2002) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง วิธีการบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความรู้สึกที่สับสน สร้างแรงจูงใจในการบำบัดของผู้ป่วย โดยใช้เทคนิค คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดปัญหาของตนเองออกมาอย่างต่อเนื่อง (elicit-provide-elicit) ร่วมกับการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ในการค้นหาถึงความเข้าใจ ความคาดหวัง ประสบการณ์และความมีคุณค่าของบุคคล จากความแตกต่างทางวัฒนธรรม โดยปราศจากความลำเอียง และดำเนินการบำบัด ด้วยความเป็นมิตร ความกระตือรือร้นของผู้บำบัด ปราศจากการควบคุมผู้ถูกสัมภาษณ์ และเป็นการเชื้อเชิญให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้พบกับผู้ที่มีความชำนาญด้านการบำบัด นอกจากนั้นมีการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและวิธีการบำบัดโรคซึมเศร้า (Grote, et al., 2008) (Level VII)

Engagement Session ประกอบด้วย 5 ส่วน (section) ที่มีความยืดหยุ่นตลอดทั้ง ระยะเวลาและสภาพผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อให้สอดคล้องกับความจำเป็นที่เฉพาะสำหรับผู้หญิง การบำบัดใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที เนื้อหาแต่ละส่วนมีดังนี้ (Grote, et al., 2008) (Level VII)

ส่วนที่ 1 ให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวของตนเอง เพื่อผู้บำบัดจะได้ทราบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไรและความคิดอะไรของผู้ป่วยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 ประวัติการรักษา ซึ่งได้แก่ ความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพ และการปฏิบัติการ เฝียความเครียดที่ผ่านมา เช่น ความสำคัญของสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และการปฏิบัติทางจิต วิทยญาณด้วยการสวดมนต์ และความคาดหวังต่อการรักษา เช่น ผู้ป่วยต้องการอะไรจากผู้บำบัดและ ผู้ป่วยต้องการจะทำอะไรถ้าอาการซึมเศร้าลดลง

ส่วนที่ 3 การให้ข้อมูลป้อนกลับ และสุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และ ทางเลือกในการการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยวิธีต่างๆ ตามที่ผู้ป่วยกล่าวถึง หรือตาม que ผู้ป่วยได้เคยรับรู้ มาก่อนหน้านี้

ส่วนที่ 4 ตรวจสอบความเป็นไปได้ในการเข้าร่วมการบำบัด รวมทั้งอุปสรรคทางจิตวิทยาและวัฒนธรรมต่อการเข้ารับการบำบัด

ส่วนที่ 5 ทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจเข้าร่วมการบำบัดอย่างแน่วแน่ ทำในขณะที่ผู้บำบัดตระหนักถึงความเข้มแข็งและศักยภาพของผู้ป่วยแล้ว ซึ่งได้แก่ วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย และให้ความหวังและกำลังใจในการเข้าร่วมการบำบัด

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบสั้นกระชับ (Brief-IPT) ที่มีการจัดการเป็นรายกรณี (Case management) ใช้วิธีการบำบัดแบบ IPT-B แต่เพิ่มกระบวนการที่เอื้อให้ผู้ป่วยเข้าถึงและสามารถต่อรองเพื่อได้รับบริการทางสังคมที่จำเป็นได้ เช่น การฝึกงานอาชีพ การมีที่พักพิง อาหารของใช้ในบ้าน และสิ่งของที่จำเป็นสำหรับเด็ก เพื่อให้ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ หรือผู้หญิงหลังคลอดที่มีรายได้น้อยควรจะได้รับสิ่งของจำเป็นพื้นฐานเหล่านี้ที่ผู้หญิงและครอบครัวจำเป็นต้องใช้ การจัดการรายกรณีหรือการบริการทางสังคมเหล่านี้เป็นงานของนักสังคมสงเคราะห์ แต่ถ้าความต้องการจำเป็นพื้นฐานของผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือหรือตระหนักถึงจากเจ้าหน้าที่เสียตั้งแต่ต้นแล้ว และวางแผนให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองสิ่งเหล่านี้ในครั้งต่อไปร่วมกับการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ผู้ป่วยประสบ จะทำให้การบำบัดของผู้ป่วยประสบผลสำเร็จได้ เพราะปัญหาความขาดแคลนเหล่านี้จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยด้วย

การประเมินผลลัพธ์

ความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้าที่ลดลง หรือหายไปเป็นผลลัพธ์หลักของการบำบัดแบบ IPT ในครั้งนี้ ซึ่งสามารถประเมินด้วยเครื่องมือมาตรฐาน และระยะเวลาการประเมินดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้า

1.1 Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) (Swart, et al., 2008; Frank, et al., 2007; Grote, et al., 2009; O'Hara, et al., 2000) (Level II) (Talbot, et al., 2005; Kelly, et al., 2007) (Level IV) HAM-D เป็นแบบวัดมาตรฐานที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และติดตามผลการรักษา เนื่องจากมีความเที่ยงตรง มีค่าความเชื่อมั่นที่ดีเชื่อถือได้ สามารถจำแนก ระหว่างผู้ที่มีอาการและไม่มีอาการได้ดี รวมทั้งมีความไวในการวัดการเปลี่ยนแปลงอาการ นอกจากนี้ยังมีจำนวนข้อไม่มาก และใช้เวลาในการประเมินไม่นานนัก คะแนนสูงสุดของ HAM-D คือ 52 คะแนน ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้ามีคะแนนตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไป ถ้าคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 30 ถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงมาก

1.2 Beck Depression Inventory (BDI) (Swart, et al., 2008; Frank, et al., 2007; Grote, et al., 2009; O'Hara, et al., 2000) (Level II) (Talbot, et al., 2005; Kelly, et al., 2007) (Level IV)

แบบประเมินอาการซึมเศร้าของเบค มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ซึ่ง 15 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจและอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ของแบบประเมินคือ 0-63 คะแนน แบ่งระดับอาการซึมเศร้าออกได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 0-9 คะแนน ไม่มีอาการซึมเศร้า
- 10-16 คะแนน มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย
- 17-29 คะแนน มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง
- 30-63 คะแนน มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง

1.3 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Grote, et al., 2009) (Level II) เป็นการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด ประกอบด้วย 10 ข้อคำถามค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน จุดตัดที่คะแนนมากกว่า 12 คะแนน จุดตัดที่ 12 หรือ 13 คะแนน จะมีค่าความไว ที่ร้อยละ 86 และมีความเฉพาะร้อยละ 78

2. ระยะเวลาและการติดตามประเมินผลลัพธ์

ช่วงการบำบัดในระยะเฉียบพลัน (acute phase) ผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ประเมินทุกครั้งหลังการบำบัด ในทุกสัปดาห์ (Frank, et al, 2007; Grote, et al., 2009; O'Hara, et al., 2000) (Level II) เพื่อติดตามการตอบสนองต่อการบำบัดและประเมินภาวะอาการสงบ (remission)

การตอบสนองต่อการบำบัดพิจารณาจากคะแนน HAM-D ลดลงกว่าเดิม 33% หลังการบำบัดรายสัปดาห์ใน 4 สัปดาห์แรกของการบำบัด และถ้าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการบำบัดอาจพิจารณาเพิ่มความถี่ของการบำบัดเป็น 2 ครั้งต่อสัปดาห์หรือ พิจารณาให้ยาต้านเศร้ากลุ่ม SSRI ร่วมด้วย ซึ่งเริ่มด้วย fluoxetine 10-20 mg/day การไม่ตอบสนองต่อการบำบัดมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้ (Frank, et al , 2007: level II)

- 1) คะแนนอาการซึมเศร้าลดลงน้อยกว่า 25% จากคะแนนพื้นฐาน ภายหลังการบำบัด IPT สัปดาห์ละครั้ง 6 สัปดาห์
- 2) คะแนนอาการซึมเศร้าลดลงน้อยกว่า 50% ภายหลังจากการบำบัดรายสัปดาห์ ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ และรับการบำบัด IPT 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ติดต่อกัน 4 สัปดาห์
- 3) คะแนนอาการซึมเศร้าลดลงน้อยกว่า 50% ภายหลังจากการบำบัดรายสัปดาห์ ติดต่อกัน 12 สัปดาห์

4) ไม่มีภาวะremission เกิดขึ้นเลยในระหว่างการบำบัดแบบ IPT เพียงอย่างเดียวในเวลา 24 สัปดาห์

ภาวะอาการสงบ (remission) ประเมินโดยใช้เกณฑ์คะแนนจากแบบวัด HAM-D ≤ 7 ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ไม่ว่าจะเกิดในช่วงใดของการบำบัด ซึ่งถือว่าสิ้นสุดระยะเฉียบพลัน

ช่วงการบำบัดเพื่อคงภาวะปราศจากอาการ (continuation phase) ประเมินทุกครั้งหลังการบำบัด สัปดาห์ละครั้ง จนครบ 5 สัปดาห์ (Frank, et al., 2007) (Level II)

ช่วงการบำบัดเพื่อคงไว้ซึ่งการฟื้นหาย (maintenance phase) ประเมินทุกครั้งหลังการบำบัด เดือนละครั้ง จนครบ 2 ปี (Frank, et al., 2007; Grote, et al., 2009) (Level II)

ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ

1. ควรนำข้อแนะนำที่สังเคราะห์จากการศึกษานี้ไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและทำการวิจัยแบบ Routine to Research เพื่อประเมินผลลัพธ์ ปัญหาอุปสรรค ความคุ้มค่า คุ้มทุนในการดำเนินการ และเพื่อให้แนวทางการบำบัด สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมของประเทศไทย

2. ควรมีการเผยแพร่ผลของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยวิธีการต่างๆ เช่น การประชุมวิชาการ การลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการ เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และพัฒนางานด้านการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป

INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY FOR REDUCING DEPRESSIVE SYMPTOMS IN WOMEN: EVIDENCE-BASED NURSING**WARIN SALAKUN 5036766 NSMH/M****M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)****THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: ACHARAPORN SEEHERUNWONG,
D.N.S., ATITTAYA PORNCHAIKATE AU YEONG, Ph.D. (Nursing)****EXTENDED SUMMARY****1. Introduction and backgrounds**

Depressive symptoms of women are manifested from mild to severe, which is enough to eventually meet a criterion of depression diagnosis. Globally, 10-20 percent of women had depressive symptoms (WHO, 2005). In Thailand, the prevalence of depression in women, who are 15-59 years old, as measured by Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), was 3.98 percent. The depression in Thai women was found almost two times as many as in Thai men. The depression in Thai women was predominantly found women with 35 years old and higher and the depression episode was peak women who are in 45-54 years-old (Siriwanarungsan, Gongsook, Arunpongpaisal, Kittiratpaiboon, & Jarassinkh, 2004).

Compared to other diseases in women, the women's years of the healthy life lost or disability adjusted life years from sickness, disability, and premature deaths as a result of depression was ranked the 4th after cerebrovascular diseases, AIDS, and diabetes. Depression was the first cause for years of life lost due to disability (YLDs) (Limsonthi, 2009).

Severe depression or depression impacts socioeconomic status, family, children, and depressive individuals themselves. With regards to socioeconomic impacts, Thailand spent a huge amount of money, which is 25,008,658 bahts per year

for depressive medical care and treatment (Teamkaew, Paupanprasert, Mahatnirundhukul, & Pannarunothai, 2007). Additionally, depression causes personal resource loss before matured ages such as committing suicides. A study showed that 77.4 percent of severely depressive patients had suicidal ideas; 12.9 percent of moderately depressive patients had these ideas (Prompakdi & Udomrat, 2008). These percentages showed critically socioeconomic impacts. For family impacts, depression impacts married couples, both directly and indirectly. Many depressive persons were sexually incompetent (Vasiganont, 2008). Married couples may encounter broken marital relationships and not be satisfied with their marriage life (Suksatein & Lotrakul, 2009). Depressive persons ineffectively perform their daily role functions from depression and stress. Hammen and Brennan (2001) reported that stress came from relationships and disputes. The depressive persons did not trust other people, including their spouses. Regarding impacts on children, a study revealed that depressive symptoms of mothers having children aged 5-12 years old affected the behavior of children (Boyle, & Pickles, 2004). The depressive mothers cannot maintain a close relationship with their children. The depression created problematic relationships with their children. With regards to individual impacts, the depression causes physical impacts, psychosocial impacts, and spiritual impacts of individuals. When an individual has depression, she does not want to eat and she will be fatigue, tiresome, and insomnia. For psychosocial impacts, depressive persons are not interested in activities and do not want join the activities, and they are often self-isolated. In relation to spiritual impacts, severely depressive persons often feel hopeless, aimless in life, and life-worthless. Moreover, depressive persons with physical illness have worse physical symptoms and have death rates faster than persons without depression (Furlanetto, Cavanaugh, Bueno, Creech, & Powell, 2000). The recurrent rate of depression in women happened 6.5 times as many as in men (Prompakdi & Udomrat, 2008). Depression is a chronic disease with frequent recurrent. The disease leads to persons' long term psychosocial incompetence.

Based on a review of literature, several risk factors cause depression in women. According to stress-diathesis model, there are four relative risk factors to depression in women (Lotrakul & Sukanit, 1999).

(1) Predisposing factors. Physical-abuse experiences, sexual-abuse experience during childhood (Hall, Sachs, Rayens, & Lutenbacher, 2007), loss of mother before 11 years old, and depressive family history (Sangon, 2005) are predisposing factors for depression.

(2) Precipitating factors. Stressful life event was a precipitating factor (Schmidt, Murphy, Rubinow, & Danaceau, 2003; Sangon, 2005; Kongsook et al., 2008). Persons having their own Stressful life event and having close persons, who have Stressful life event, tended to have depression more than those who did not have Stressful life event did (Kongsook et al., 2008). Other precipitating factors included a loss of significant persons to the losers (Schmidt, et. al, 2003), alcohol addiction and substance abuse (Kongsook, 2008), interpersonal relationship problems, and role transition problems as well as role conflicts. The problem due to role transition problem causes the highest risk for depression. Persons with a problem of role transition tended to have depression 15 times as many as persons without this problem did. Persons having a problem of interpersonal relationship tended to have depression 9 times as many as persons without this problem did. Persons with sad moods from loss had a tendency to have depression 7.25 times as many as persons without sad moods did. Persons with role conflicts had a propensity to have depression 4.30 times as many as persons without role conflicts did (Leuboonthawajchai, Thawichat, & Lerdmaharith, 2008).

(3) Perpetuating factors. In women, perpetuation factors enclosed stress in their roles and stress in their maternal roles (Balog et al., 2003). In addition perpetuating factors included stress from physical illness (Chitwathanakorn & Patnakumjorn, 1998), interpersonal conflicts (Zapf, 2002), matrimonial problems (Paholpak, 1991), behavioral problems of parents and family (Kongsook et al., 2008), and problems of family relationship (Changpanich, 2006).

(4) Protective factors. Protective factors against depression were comprised of high self-esteem, appropriate self-care (Changpanich, 2006), suitably selecting the important house chores (Choowathanapakorn, Leksawasdi, & Larson, 2004). Women having these protective factors have less depression than women without these protective factors do.

In summary, factors causing depression in women come from several interpersonal relationship problems. These problems are parallel with what have been found in clinical practice. The factors inducing depression in women are related to problems of interpersonal relationship. These problems include spousal conflicts, spousal separation, loss of significant persons in their life, and role transition. Women often meet with the role transitions. For example, they change their roles as children to female teenagers, wives, pregnant women, and motherhood. Besides, many women are dependent-type persons. As a result, the researcher was interested in constructing an efficacious guideline in correcting interpersonal relationship problems causing depression in women, who come to get care and treatment at the clinic where the researcher has been working so that their depression will eventually get remittent.

Symptoms of depression are multiple manifestations. Criteria for depression diagnosis are followed with American Psychiatric Association (APA). A person diagnosed with depression has five symptoms: a depressive mood and 4 other symptoms from all 9 diagnosis depressive symptoms. She has these symptoms most of the day or the whole day over two weeks. To be diagnosed with depression, a person needs to have following symptoms and behaviors: 1) She has depressive or sad moods most of the day and continuously every day; 2) Her energetic feeling and enjoyment in activities that she used to do and to have a favor on decrease and she has lifeless behaviors most of the day or the whole day and consecutively every day; 3) Her appetite has changed, either decreases or increases every day or almost every day so that body weight has obviously changed – if she has a lot of appetite, she will gain weight; if she losses her appetite, she will loss her weight; 4) Her sleeping deviates from normal patterns: she may have either insomnia or oversleeping and frequent sleeping almost every day; 5) Her behaviors have changed such as agitation, restless, and sluggishness and she also has slow thinking or unrealistic thinking more and more almost everyday; 6) She is fatigue and weak almost everyday; 7) She has low self-esteem, feels very much guilty or bad nearly every day and this feeling may aggravate and develop to delusion; 8) She cannot concentrate well, her decision making is getting worse and finally she cannot make a decision, and she may have these problems nearly every day; 9) She has repeated feelings of death and suicidal ideas, or

plans to commit suicide or trying to commit suicide (American Psychiatric Association, 2005).

Currently there are several care and treatments for depression. However, the care and treatments can be specified into two major types of care and treatments: biological treatment and psychosocial treatment. The biological treatment includes drug therapy and electric therapy. Medical therapy is crucial for persons with severely depressed behaviors such as agitation, no eating, heavily losing weight, and having frequent suicidal ideas (Lotrakul & Sukanich, 1998). Psychosocial treatment comprises various psychotherapies such as interpersonal psychotherapy emphasizing improving interpersonal interactions, cognitive behavioral therapy focusing on correcting the thoughts and behaviors of patients to concur with the reality, and short-term psychotherapy in which the therapist assists patients discover their mind conflicts and it takes no more than 6 months for the therapy (Lotrakul & Sukanich, 1998). According to a review of literature, psychosocial therapy provides effective results similar to the results of drug therapy. Nowadays, the psychosocial therapy is acceptable. Examples of this therapy are cognitive behavioral therapy (CBT) and interpersonal psychotherapy (IPT) (Ellis, Hickie, & Smith, 2003; Fejjo de Mello, de Jesus Mari, Bacaltchuk, Verdelli, & Neugebauer, 2005). IPT can be conducted as individual therapy and group therapy. The therapy can be provided via telephone. In women population, ITP is more effective than CBT (Fejjo de Mello et. al., 2005).

The primary care unit (PCU) of Donkrabaung Subdistrict in Baunpong District, Rachaburi Province is a PCU, where the investigator has been working at to promote, provide care and services, and rehab the physical and mental health of people. On February, 09, 2010, the investigator conducted a health screening for depression, as mandated by the policy of Mental Health Department, the Ministry of Public Health. She found that 100 female adults and 23 females had depression. For these 23 females, 15 had mild depression, 7 had moderate depression, and 1 had severe depression. For moderate to severe depressed females, four of them were referred to mental health division of Baunpong Hospital for care and treatment; four persons refused the medicine treatment. Persons who went to see doctors were diagnosed with depression and received antidepressants. Person, who refused to go to the hospital, received individual counseling. After one month passed, they were

assessed for their depression. It was found that the severity of depressive symptoms decreased by 5 scores. However, patients with a new stressful life event were more depressed. This assessment was done in female adults; therefore, problems of many-role transition were basically found at the same time for every case. In brief, clinical problems revealed that female patients had mild to severe depression and the depression was found in female more than in male patients. If the depression is left untreated, it may develop to be severe or chronic depression causing several impacts, as abovementioned. Some depressed persons do not agree to be diagnosed and treated by doctors. Predominant causes of depression include role transition and interpersonal disputes with significant persons. The researcher considered the benefit of discovering a guideline providing helps to these depressed women.

According to a review of literature, the investigator found that IPT could reduce the depression in women. However, there were various interpersonal psychotherapy (IPT) patterns showing different effective and efficient outcomes in decreasing depression. Therefore, the therapist was interested in analyzing and synthesizing an IPT practice guideline in order to improve the quality of care and services provided in clinic later on.

1.1 Purpose of study

This study aimed to analyze and synthesize a pattern for interpersonal psychotherapy (IPT) to reduce depression in women from research-based evidence.

1.2 Expected outcomes

1. Nurses have knowledge and understanding in IPT to reduce depression in women.
2. Nurses have a guideline in providing care and treatment to women with depression in order to lessen the severity of depression and prevent the depression not to get severe enough to commit suicide.
3. The developed guideline can be improved to be a standard nursing practice guideline for use in the clinic in order to enhance the quality of mental health care and services of the organizations.

2. Method

PICO (PICO Framework) (Craig & Smyth, 2001) was applied to establish search for evidence. Population or problem, intervention, comparison intervention, and outcome were specified for search, as following PICO.

P (Population or Problem)	:	women with depressive disorders
I (Intervention)	:	Interpersonal psychotherapy
C (Comparison intervention)	:	none
O (Outcome)	:	depressive symptoms

Keywords for the search included Interpersonal psychotherapy and women and depressive disorders or depressive symptoms. The quality of evidence was evaluated by using research utilization criteria of Polit and Beck (2008). These criteria are composed of 1) Clinical relevance, 2) scientific merit, and 3) implementation potential. With regards to clinical relevance, several considerations were applied. First, the research studies were conducted in clinical problems to assist in the process of decision making for solving clinical problems or in clarifying the practice. Second, the research studies had hypothesis paralleled with clinical problems that needed correcting and improving. Third, data collection process could be applied in real practice. Fourth, the study results allowed nurses to practice autonomously. In relation to scientific merit, the research studies were analyzed for their study titles, research problems, framework, theories, literature review, study objectives, research questions, operational definition, research designs, samples, data collection process, tools for data collection, ethical consideration and approval from research ethic committee, data analysis, study results, discussion, application, and recommendations. For implementation potential, the investigator assessed the possibility to apply the results in practice and the strength level of evidence. The investigator applied Melnyk & Fineout Overholt's criteria for classifying level of evidence (2005).

3. Results

A review of literature yielded 7 evidence and research studies: 4 randomized controlled trials, 1 group pre-post test design, 1 retrospective design, and 1 expert opinion. After assessing the quality of evidence, it was found that the

contents were pertinent to clinical problem, to reduce depression in women. The number of research evidence was enough. The investigator thoroughly analyzed and synthesized the contents of evidence to have recommendations for future clinical practice.

Recommendations

Interpersonal psychotherapy to reduce depression in women emphasizes improving the problems of interpersonal relationships that cause depression in the present. According the review of literature, there are two patterns of individual therapy for IPT to reduce depression in women.

1) Standard Interpersonal Psychotherapy. Klerman, Weissman, Rounsaville, and Chevron (1984) developed a handbook for standard IPT for individual therapy. This handbook can be applied with depressed persons and with women, who are in depression-diagnosis criteria or who have recurrent depression from complex problems of interpersonal relationships. The place for therapy should be mental health hospitals or tertiary/university hospitals.

2) Brief-Interpersonal Psychotherapy (Brief-IPT). This therapy was adapted from standard interpersonal therapy. The 12-session standard therapy was adjusted to be an 8-session acute therapy. The brief-interpersonal psychotherapy focuses on only vital problems of interpersonal relationships that can be solved within 8 sessions of the therapy. In addition, in the first session of the therapy the therapist gives a motivation to the participants for the purpose of engagement interpersonal psychotherapy. In this first session of Brief-IPT, the therapist uses humanistic approach to study and understand the program participants as they understand their experience. The Brief-IPT is applied appropriately with women with low income and unmet basic needs. The Brief-IPT can be integrated and applied as a case management therapy (Grote, Swartz, & Zuckoff, 2008). The Brief-IPT with engagement session and with case management is suitable for depressed women living in a community and having not known that they have depression, depressed women with low income, and depressed women with time limitation, resource, and mental service accessibility. Besides mental health clinics, the place for therapy can be any clinics, primary care settings, and secondary care settings.

1. Standard Interpersonal Psychotherapy

Standard Interpersonal Psychotherapy (IPT) was developed from Attachment Therapy. This IPT aims to improve interpersonal relationships and provide social support to depressed persons. The standard IPT is applied to link depressive symptoms with four interpersonal problem areas: grief and loss, interpersonal disputes with significant persons, role transition, and interpersonal sensitivity/deficit.

Characteristics of therapy participants

Eligible participants are women having following characteristics.

1. Women, who are 20-60 years old and have depression, postpartum women (O'Hara et al., 2000) (Level IV), and depressed women with a history of sexual abuse (Talbot et. al., 2005) (Level IV).
2. Women having recurrent depression at 10-130 weeks after the last depression (Frank et al., 2007) (Level II) (Kelly et al., 2007) (Level IV).
3. Women having moderate depression (HAM-D $\geq$ 15), as assessed by Hamilton Rating Scale (Frank et al, 2007) (Level II) (Kelly et al., 2007) (Level IV) or postpartum women having depression score $\geq$ 12, as measured by Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (O'Hara et al., 2000) (Level IV).

Characteristics of the therapists

The therapists, qualified for providing the therapy, include psychiatrists, nurses, social workers, and clinical psychologists or counseling psychologists graduating with master degree and trained with IPT specialists (Swart et al., 2008) (Level II); (Talbot et. al., 2005) (Level IV). The therapists need to have a therapy handbook

Therapy settings

The settings proper for the therapy should be a place, where patients come to receive care and services in the clinic without staying overnight such as out-patient department (Swart et al., 2008; Frank et al., 2007; Grote et al., 2009) (Level II), mental

health care units of community, (Talbot et. al., 2005) (Level IV), and obstetric and gynecological clinics (Grote et al., 2009) (Level II).

Duration of therapy

The duration of therapy depends on the phase of the therapy.

Acute phase. The therapy in acute phase highlights solving problems of interpersonal relationship that causes depression. The IPT may be provided alone, without using antidepressants. The therapy takes 12-24 sessions; once a week until patients get remission (Frank et al., 2007) (Level II).

Continuation phase. The therapy in this phase is provided to maintain remission. If patients receive IPT only, the therapy should be provided 5 weeks more. If patients receive merely antidepressants and it is not effective or receive only IPT and it is not responsive, the IPT should be provided continuously 17 weeks more; once a week.

Maintenance phase. During this phase, IPT is provided to the participants once a month until 2 years. The therapy enhances the patients' potential and strength to gain success from IPT as well as helps patients to be responsive to their ability in preventing their future problems. The IPT in this phase also enhances patients' problem-solving skills and daily life-event management whereas it still focuses on four areas of interpersonal relationship problems, as aforementioned (Frank, et al., 2007) (Level II). Additionally, the IPT trains the patients in acquired skills to prevent depression recurrent. Patients in this phase can identify more than one area of their interpersonal relationship problem while they are in remission (Grote, et al., 2009) (Level II).

Method of therapy

The process of IPT, based on Weissman, Markowitz, and Klerman's handbook (2000), contains three phases: initial phase, middle phase, and termination phase.

Initial phase. First, similar to physical treatment, patients in this phase are indicated or diagnosed with depression. Then, the therapist explains patients about

depression related to the contexts of interpersonal relationships. The therapist discusses about interpersonal relationships of patients in the past and present and how they cause depression. The therapist shows patients a correlation of their interpersonal relationship problems with depression. Finally, the therapist and patients work together in identifying interpersonal relationship problems that correlate with present depression and in setting a goal of therapy.

Middle phase. The therapy in this phase takes 10-20 sessions. The therapist accentuates the present problems of interpersonal relationship identified by the patients themselves. The therapist studies these problems that cause patients' depression. The therapist correlates the problems with symptoms of depression and helps patients eliminate their problems. For postpartum women, many interpersonal relationship problems may come during this period. First, the postpartum women may have spousal disputes or disputes among relatives in extended family, which are the interpersonal disputes with significant persons in their life. Second, the postpartum women may experience loss in social relationship and loss in work position causing problems due to role transitions during this period. Third, the postpartum women may experience loss from giving birth such as the loss of their fetus in the past and experience grief and loss from losing significant persons in their life. Techniques used in the therapy for this phase include communication analysis, decision making analysis, role play, etc. The therapy, then, assigns a homework to the patients. IPT in this phase also applies behavioral activation strategies of Jacobson et al. (2001) and Lewinsohn (1974). The behavioral activation strategies are composed of systematically following-up daily activities, providing mental support to go back to have activities that help the patients be happy in the past, and assigning a homework to the patients. The homework assignment helps patients to organize their activities from less difficult to most difficult in order to help patients feel that they can control themselves and their happiness. The patients practice these activities through their cognitive thinking and train their necessary social skills so that they can successfully work on their homework assignment and activities. The homework emphasizing interpersonal relationships is assigned to the patients weekly (Beck 1995).

Termination phase. The therapist praises and supports the patients to realize their self-capability in relying on themselves when facing with problems. The

therapist encourages the patients to use their experience in passing through their depression in the past to solve their problems. The therapist plans to terminate the therapy and prevent the recurrent depression in the future.

2. Brief Interpersonal Psychotherapy: Brief-IPT

Brief-IPT applied a short and brief therapy to solve an outstanding problem of interpersonal relationship problems in the present. Brief-IPT has three phases: initial phase, middle phase, and termination phase. In total, the therapy takes 8 sessions. However, in order to be appropriate with problems, contexts, culture of depressed women, who have low income, pay attention on other areas more than on their sickness, have responsibility in taking care of their children and family members, have stigmas, and can conveniently access to services, two types of Brief-IPT are applied.

2.1 Brief-IPT with motivating the women to engage in the therapy. The therapy includes engagement session, which is the first session of the therapy that motivate the women to engage in the therapy.

2.2 Brief-IPT with case management. This Brief-IPT is provided to assess basic needs of depressed women and to plan for the therapy that meets the individual needs before providing the Brief-IPT (Grote, Swartz, & Zuckoff, 2008).

Characteristics of the participants

1) Women are 18 years old and older, have experienced at least a transition of important events such as getting pregnant (Grote et al., 2009) (Level II) post-partum period or mother who have children with mental diseases (Swart et al., 2008) (Level II).

2) Women with depression score of 15 or higher, as measured by HAM-D and pregnant women with depression score of 12 or higher, as assessed by EPDS (Level 2)

Characteristics of therapists

The qualified therapists include psychiatrists, social workers, or psychologists graduating with master degree and having been trained by IPT specialist

(Swart et al., 2008; Grote et al., 2009) (Level II). They need to have a handbook for the therapy.

Duration and amount of the therapy

General Brief-IPT takes 8 consecutively weekly sessions: 45 minutes per each session. Brief-IPT with engagement session has 9 weekly sessions {Swart et al., 2008; Grote et al., 2009 (Level II); Grote et al., 2009; (Level 2); Grote et al., 2008 (Level VII)}.

Brief-IPT with case management takes 8 successively weekly sessions: 45-60 minutes per each session. The therapy adds the contents to meet basic needs of the patients. For example, the therapist helps patients to have an extra income and look for a place to stay (Grote, Swartz, & Zuckoff, 2008).

Settings

Settings apposite for the therapy should be a place in general clinics. The settings do not need to be mental clinic. Examples of settings include pediatric mental health clinic (Swart et al., 2008) (Level II) and other out-patient clinics (Grote et al., 2009) (Level 2).

Methods of the therapy

The methods of the therapy are described for the process of the therapy and details of engagement session and of case-management therapy.

The process of Brief-IPT consists of three phases, similar to those in standard IPT. However, the sessions are reduced in number. In the Brief-IPT the therapist selects only crucial and acute problems to be solved and improved within a short period of time. According to the Swartz et al's handbook (2000), the process of Brief-IPT contains following phases.

Initial phase. There are two therapy sessions whereas standard-IPT has 3 sessions in this phase. The therapy focuses on only present problems of interpersonal relationship. Only an outstanding problem that the therapy and patients select is solved. The selected problem can be managed in 8 sessions. The number of focused problems of Brief-IPT in this phase is different from that in the standard IPT: the

initial phase of standard IPT highlights 2-3 problems. The aims of therapy are the same. At the end of the initial phase, the therapist needs to have data and understanding the problems of patients in order to prepare for the middle phase and properly adjust the therapy to match well with patients.

Middle phase. This phase takes five sessions (session 3-7). Therapy techniques are the same as of those in the standard IPT such as communication analysis, decision making analysis, role play, etc. Furthermore, Brief-IPT applied some behavioral therapy techniques such as behavioral activation strategies, as suggested by Jacobson et al. (2001) and Lewinsohn (1974). Additionally, the therapy includes homework assignment (Beck, 1995) that accentuates interpersonal relationship. In the Brief-IPT the therapist will not pay attention on monitoring daily activities or activities related to cognitive training. The therapist may assign activities, based on a level of difficulty, in order to help patients to go back to their happiness-built activities. However, the activities depend on individual patient.

Moreover, the middle phase of Brief-IPT in order to take patients to a changing process the therapist may ask the patients to do homework on interpersonal relationship every week. It does not need to be a written homework, but a real practice that leads to solve an interpersonal relationship problem that was specified by the therapist and the patient. In the first session, the therapist asks the patient what she wants from the therapy and asks her to indicate what she wants to change that is under her control. In the middle phase of therapy, homework assignments include discussion about spousal disputes, hobby investigation, or work besides routine work. The therapy may bring patients to join parent classrooms (the classroom therapy for parents?)

Termination phase. The therapy is concluded in this phase in session 7 and 8. The termination for acute phase stresses successful activities and future necessary activities. The therapist observes the response of the patients towards the therapy termination such as feeling sad or anger. The therapist talks about what the patient received from the therapy and patient's depression level at the present. The therapist identifies other issues that are not brought into the Brief-IPT sessions. Patient and therapist discuss about acquired skills and strategies from the therapy to solve patient's

problems so that the patient can early realize their recurrent depression and plan to manage it.

For the motivation to engage in the Brief-IPT, the process contains an engagement session as the first session of therapy, followed by 8 sessions of Brief-IPT. Engagement session is a process to prepare the patient for the therapy in order to explore the potential of patient and her barriers for receiving the therapy. Motivational interviewing (Miller & Rollnick, 2002) is applied in this session. The therapy focuses on patient as a center of the therapy. The therapy helps the patient to manage their conflict and confuse feelings and to motivate the patient to participate in the therapy. Elicit-provide-elicite technique is used to encourage the patient to continuously talk about their problems. This technique is also done with personal-data interviewing in order to discover the patient's understanding, expectation, experience, and self-esteem from different culture without bias. The therapist, as an interviewer, provides the therapy in friendly and enthusiastic manner and no controlling the interviewee. The therapist invites the interviewee to meet with therapy specialists. The therapist also gives mental health education on depression and its therapy to the interviewee (Grote et al., 2008) (Level VII).

Engagement Session. This session includes five parts that are flexible throughout the session and for individual patient's status in order to meet with basic needs of women. It takes 45-60 minutes. The contents of each part are as below (Grote et al., 2008) (Level VII).

Part 1. The therapist asks the patient to talk about herself and her problems so that the therapist knows how she feels and thinks that cause depression.

Part 2. The therapist asks the patient about her treatment history, health belief, and previous practice on stress management such as the important things she trust and believe and spiritual practice such as chanting. The therapist also assesses about the patient's expectation on the therapy, such as what the patient wants from the therapist and what the patient needs to do to lessen her depression.

Part 3. The therapist gives feedback information and education on mental health and alternative therapy for depression, as mentioned by or previously known to the patient.

Part 4. The therapist assesses the patient's potential to participate in the therapy and her psychological barriers as well as her culture influencing the therapy.

Part 5. The therapist makes the therapist have a strong intention to participate in the therapy after the therapist realizes that the patient has a potential and strong intention to participate. For example, the therapist realizes the stress-coping techniques of patient; then, the therapist gives the patient's expectation and support in the therapy participation.

Case management Brief-IPT. Brief-IPT is used as usual. However, the therapy adds a process that facilitates the patient to access to and bargain for essential social services such as occupational training, a place to stay, foods, and house utensils. In addition, pregnant and postpartum women, who have low income, should access to and bargain for necessary stuffs for babies and basic stuffs that women and their family need. Case management or accessing to social services is a job of a social worker. However, if the basic needs of patients are met and realized by an officer at the beginning as well as there is a plan to respond to the future patient's need during providing interpersonal relationship therapy, the successful therapy will be achieved. That is, problems from unmet basic needs are related to depression of patient.

Outcome evaluation

A reduction or disappearance of severity of depression as a major result of IPT is assessed by standard tools and time of depression assessment.

1. Depression assessment tools

1.1 Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) {(Swart et al., 2008; Frank et al., 2007; Grote et al., 2009; O'Hara et al., 2000 (Level II); Talbot et al., 2005; Kelly et al., 2007 (Level IV))}. HAM-D is a standard tool that has been used widely to assess the severity of depression and follow-up the treatment and therapy. The tool is well valid and reliable. Its specificity in differentiating persons having depression or not is quite good. Its sensitivity is also good to detect the change of depressive symptoms. In addition, HAM-D contains not many questions and takes not too long to be completed. The highest score of HAM-D is 52. Patients with depression have 14 scores or higher. The score of 30 or higher means severe depression.

1.2 Beck Depression Inventory (BDI) {(Swart et al., 2008; Frank et al., 2007; Grote et al., 2009; O'Hara et al., 2000 (Level II); Talbot et al., 2005; Kelly et al., 2007 (Level IV)}. BDI has 21 items: 15 items asking about mental symptoms and the other 6 items asking about physical symptoms. Its scores are from 0-63. The depression level is classified into 4 ranges: 0-9 = no depression; 10-16 = mild depression; 17-29 = moderate depression; and 30-60 = severe depression.

1.3. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Grote et al., 2009) (Level II). This scale is used to assess the depression symptoms in postpartum women. The scale has 10 items with the possible score of 0-30. Its cut point of depression is 12. The score of 12 or 13 has a sensitivity of 86 percent to detect depression and a specificity of 78 percent to differentiate the depression in postpartum women.

2. Time of outcome evaluation

The outcome evaluation is conducted differently; it is based on the depression severity and therapy phase.

Acute phase. The patient with moderate to severe depression is evaluated for the outcome of therapy every time after the therapy. The evaluation is conducted weekly (Frank et al, 2007; Grote et al., 2009; O'Hara et al., 2000) (Level II) in order to follow up the response to the therapy and remission.

A response to the therapy is considered from HAM-D that decreases from the previous score about 33 % after receiving the first fourth weekly therapies. If a patient does not respond to the therapy, the frequency of the therapy may be increased to be twice a week or the patients may be treated with antidepressant such as selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) in conjunction with the IPT. The SSRI treatment may be started with fluoxetine 10-20 mg/day. Unresponsive therapy is considered when (Frank et al , 2007: level 2):

- 1) Depression score reduces less than 25 % from the base-line score after receiving weekly IPT for 6 week-sessions
- 2) Depression score decreases less than 50% after receiving weekly IPT for 4 weeks consecutively and receiving twice-a-week IPT for 4 weeks successively.

3) Depression score minimizes less than 50 % after continuously receiving the therapy for 12 weeks.

4) No remission happens during receiving the IPT alone within 24 weeks.

If a patient has remission, as weekly assessed by HAM-D $\text{HAM-D} \leq 7$ for 3 weeks, no matter when it is in the therapy, the termination in acute phase arrives.

Continuation phase. The therapy in this phase is conducted to maintain remission. The patient is assessed for her depression after the therapy weekly for a total of 5 weeks (Frank, & et al., 2007) (Level II).

Maintenance phase. The therapy in this phase is provided to the patient in order to maintain the depression recovery. The assessment is conducted every time after the therapy; once a month for a total of 2 years (Frank et al., 2007; Grote et al., 2009) (Level II).

Recommendations

1. A therapist interested in applying this therapy guideline, developed from research evidence analysis, in real practice, she should conduct a research study in order to evaluate outcomes, barriers, cost efficiency and effectiveness as well as to yield a practice guideline that matches with Thai society and culture.

2. After applying in real practice, the results of IPT in reducing depression in women should be distributed to other units, both inside and outside organizations, via academic conferences and publications. As a result, the quality of care is continuously improved.

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2545). รายงานการประเมินโครงการ การป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2545. นนทบุรี.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2546). สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2545 – 2546. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช . กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กิตติวรรณ เทียมแก้ว. บุญพรวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล. และศุภลัทธิ พรรณนารุ โนนทัย. (2550). ต้นทุนบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในสถานพยาบาลภาครัฐของประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 15(1), 10-20.
- ชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล. (2552). ปกิณกะ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยระหว่างปีพ.ศ. 2547 – 2550. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 17(1), 56-66.
- ทัศนีย์ ชูวรรณะปกรณ. นันทา เล็กสวัสดิ์. และอิริก ลาร์สัน. (2547). บทบาทเชิงซ้อนของผู้หญิงไทยที่แต่งงานและทำงานนอกบ้าน: ผลกระทบต่อความซึมเศร้า. เอกสารการประชุม : International conference เรื่อง Health Promotion, Evidenced, Practice and Policy วันที่ 21-22 ตุลาคม 2547
- ธรณินทร์ กองสุข. พิเชฐ อุดมรัตน์. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. มาโนช หล่อตระกูล. ณรงค์ มณีทอง. และคณะ. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มารับบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่ง ปี 2549. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(1), 61-68.
- ธรณินทร์ กองและคณะ. (2546). รายงานเรื่องปัจจัยเสี่ยงและภาระ โรคของประเทศไทย พ.ศ. 2542. Retrieved February, 8, 2009. from <http://Prasri.Phoubon.In.th/webbolgdir>.
- ธัญชนก พรหมภักดี และพิเชฐ อุดมรัตน์. (2551). การดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ : ศึกษาผู้ป่วยที่ทำการติดตามการรักษาไม่น้อยกว่า 10 ปี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(1), 81-97.

- พิเชฐ อุดมรัตน์. (2547). ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา : ลิมบราเดอร์การพิมพ์.
- พิเชฐ อุดมรัตน์และคณะ. (2550). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงโรคซึมเศร้าของคนไทย ปี 2549. ใน สุขภาพจิต : ชีวิตชาวเมือง. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6 ประจำปี 2550. นนทบุรี: โรงพิมพ์ปริ้นซ์พาเลซ กรุงเทพฯ
- พิมพ์พร สุขเสถียร. มาโนช หล่อตระกูล. (2552). ความพึงพอใจในชีวิตสมรสของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 17(1), 22-36.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธันภา กิตติรัตน-ไพบูลย์ และ อัจฉรา จรัสสิงห์. (2547). ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย การสำรวจระดับชาติปี 2546. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12(3), 177-188.
- พีรพันธ์ ลีอนุญวัชชัย, นันทิกา ทวิชาชาติ , สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ (2551). ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าไทย: การศึกษาโดย มีกลุ่มควบคุมแบบจับคู่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(1), 69.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2549). *คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี.
- มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2542). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : สวิชาญการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล, อุไร บรุษพิเชษฐ. (2542). อาการรู้สึกผิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเปรียบเทียบกับ ผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวล และบุคคลปกติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 44 (1), 30 -36.
- มาโนช หล่อตระกูล, รัตนา สายพานิชย์, และวรลักษณ์ ชีราโมกษ์, (2537). อาการของกลุ่มโรค ซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 39 (2), 68 -77.
- มงคล จิตวัฒนากร และวาสนา พัฒนกำจร. (2542). การศึกษาภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยเปลี่ยน. *วารสารกรมการแพทย์*, 24 (8), 489-499.
- ศิริพร จิรวัดนกุล. (2546). *ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน : มิติทางวัฒนธรรมในงานการ พยาบาลจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : ด่านสุทธาการพิมพ์.
- ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2550). สถิติโรคซึมเศร้า. นนทบุรี : กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2543). *โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2534). *หน้าที่ทางเพศภรรยา : อุบัติการณ์และสาเหตุที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 37(2), 104-119.

- สรยุทธ วาสิกนันนท์. (2547). การทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช. สงขลา : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- สรยุทธ วาสิกนันนท์. (2551). โรคซึมเศร้า Depressive disorders. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์,. **ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย**. 127 – 145. สงขลา : ลิขมบรา-เคอร์การพิมพ์.
- อติศยา จังพานิช. (2549). การศึกษาภาวะสุขภาพของหญิงวัยหมดประจำเดือนในจังหวัดราชบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 53(1), 81-97.
- อภิชัย มงคล. (2546). กรมสุขภาพจิตเร่งแก้ปัญหาโรคซึมเศร้า ป้องกันการฆ่าตัวตาย. Retrieved Retrieve March, 8, 2008) From http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg_new.
- อภิชัย มงคล. (2551). กรมสุขภาพจิตเร่งแก้ปัญหาโรคซึมเศร้า ป้องกันการฆ่าตัวตาย. Retrieved August 8, 2008, from http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg_new.
- Accortt, E. E., Freeman, M. P., & Allen, J. J. B., (2008). Women and Major Depressive Disorder: Clinical Perspectives on Causal Pathways. *Journal of Women's Health*, 17(10), 1583-1590.
- Al-Modallal, H., Peden, A., & Anderson, D., (2008). Impact of physical abuse on adulthood depressive symptoms among women. *Mental Health Nursig*, 29, 299-314.
- Anderson, I.M., Ferrier, I.M., Baldwin, R.C., Cowen, P.J., Howard, L., Lewis, G., & Matthews, K., et.al., (2008). Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology*. 22(4), 343-396.
- American Psychiatric Association. (2005). *Diagnostic criteria form DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Balog, P., Janszky, I., Leineweber, C., Blom, M., Wamala, S. P., & Orth-Gomer, K. (2003). Depressive symptoms in relation to marital and work stress in women with and without coronary heart disease. The Stockholm female coronary risk study. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(2), 80.
- Boyle, M. H., Pickles, A. R., (2004). Influence of maternal depressive symptoms on ratings of childhood behavior. *SpringerLink*, 25(5),399-412.

- Bosworth, H.B., Bastian, L.A., Kuchibhatla, D.C., Steffens, C.M., McBride, & Skinner, C.S., et.al., (2001). Depressive Symptoms, Menopausal, and Climacteric Symptoms in Women at Midlife. *Psychosomatic Medicine*, 63, 603-608.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Problem solving therapies for depression: A metaanalysis. *European Psychiatry*, 22, 9-15.
- Deecher, D., Andree, T. H., Sloan, D., & Schechter, L. E. (2007). From menarche to menopause: Exploring the underlying biology of depression in women experiencing hormonal changes. *Psychoneuroendocrinology*, 33, 3-17.
- Ellis, P.M., Hickie, L.B., Smith, & Don A.R., (2003). Summary of guideline for the treatment of depression. *Australasian Psychiatry*. 11(1), 34-38.
- Fejjo de Mello, M., de Jesus Mari, J., Bacaltchuk, J., Verdeli, H., & Neugebauer, R. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Europe American Psychiatry Clinical Neurosci*. 255,75-82.
- Feske, U., Frank, E., Kuper, D.J., Shear, M.K., & Weaver, E., (1998). Anxiety as a predictor of response to interpersonal psychotherapy for recurrent major depression: an exploratory investigation. *Depression and Anxiety*, 8, 135-141.
- Frank, E., Kupfer, D. J., Buysse, D. J., Swartz, H. A., Pilkonis, P. A., & Houck, P.R., et. al. (2007). Randomized Trial of Weekly, Twice-Monthly, and Monthly Interpersonal psychotherapy as Maintenance Treatment for Women With Recurrent Depression. *American Journal of Psychiatry*, 164, 761-767.
- Freeman, E.W., Sammel, M.D., Lin, H., & Nelson, D.B., (2006). Association of Hormones and Menopausal Status With Depressed Mood in Women With No History of Depression. *American Medical Association*, 63,375-382.
- Furlanetto, L. M., Cavanaugh, S. A., Bueno, J. R., Creech, S. D., & Powell, L.H. (2000). Association Between Depressive Symptoms and Mortality in Medical Inpatients. *Psychosomatics*, 41, 426-432.
- Grote, N. K., Swartz, H. A., & Zuckoff, A. (2007). Enhancing Interpersonal psychotherapy for mothers and expectant Mother on low income : Adaptation and Addition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 23-33.

- Grote, N.K., Swart, H. A., Geibel, S.L., Zuckoff, A., Houck, P. R., & Frank, E. (2009). A Randomized Controlled Trial of Culturally Relevant, Brief Interpersonal Psychotherapy for Perinatal Depression. *Psychiatric Services*, 60(3); 313-321.
- Hammen, C., & Brennan, P.A., (2003). Interpersonal dysfunction in depressed women: impairments in dependent of depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 72(2), 145-156.
- Halbreich, U., & Kahn, L.s., (2007). Atypical depression, somatic depression and anxious depression in women: Are they gender-preferred phenotypes?. *Journal of Affective Disorders*, 102, 245-258.
- Hall, L. A., Sachs, B., Rayens, M. K., & Lutenbacher, M. (2007). Childhood physical and sexual abuse: Their relationship with depressive symptoms in adulthood. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 317-323.
- Kelly, M. A. R., Cyranowski, J. M., & Frank, E. (2007). Sudden gains in interpersonal psychotherapy for Depression. *Behaviour Research. and Therapy*, 45, 2563-2572.
- Maurer-Spurej, E., Pittendreigh, C., & Misri, S., (2007). Platelet serotonin Levels support depression scores for women with postpartum depression. *Journal Psychiatry Neurosc*, 32(1), 23-29.
- Melnyk, B.m., & Finoout-Over holt, E. (2005). Evidence base practice in nursing and healthcare A guild to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins.
- O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., & Wenzel, A. (2000). Efficacy of Interpersonal psychotherapy for Postpartum Depression. *American Medical Association of Psychiatr*, 57, 1037-1045.
- Patrick, G., Combs, G., & Gavagan, T., (2009). Initiating antidepressant therapy? Try these 2 drugs first. *Priority Updates from the Research Literature*. 58(7). 365-369.
- Peeters, F., Nicholson,.A., & Berkhof, J., (2003). Cortisol Responses to Daily Events in Major Depressive Disorder. *Psychosomatic Medicine*, 65, 836-841.
- Polit, D.F.& Beck, C.T. (2008). Nursing Research Principle and methods.(7th ed).Philadelphia: Lippincott . Williams & Wilkins.
- Porcerelli, J.H., Olson, T.R., Presniak, M.D., Markova, T., & Miller, K., (2009). Defense Mechanisms and Major Depressive Disorder in African American Women. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(10), 736-741.

- Sangon, S., (2005). Predictors of Depression in Thai Women. **Depression Research in Nursing**. Ketefian, S., ed. New York : Springer Publishing Company Inc.
- Smith, D.J., Kyle, S., Forty, L., Cooper, C., Walters, J., Russell, E., & Caesar, s., et.al., (2008). Differences in depressive symptom profile between males and females. *Journal of Affective Disorder*, 108, 297-284.
- Schmidt, P. J., Murphy, J. H., Hag, N., Rubinnnow, D. R., Danaceau, M. A. (2003). Stressful life events, personal losses, and perimenopause-related depression. *Archives of Women's Mental Health*, 7, 19-26.
- Swart, H.A., Frank, E., Zuckoff, A., Cyranowski, J.M., Houck, P.R., & Yu Cheng, et al, (2008). Brief Interpersonal Psychotherapy for Depression Mothers Whose Children Are Receiving Psychiatric Treatment. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1155-1162.
- Stuart, S., (2006). Interpersonal Psychotherapy: A Guide to the Basics. *Journal of Psychiatry*, 36(8), 542-549.
- Talbot, N. L., Conwell, Y., O'Hara, M. W., Stuart, S., Ward, E. A., & Gamble, S. A., et. al, (2005). Interpersonal Psychotherapy for Depressed Women with Sexual Abuse Histories A Pilot Study in a Community Mental Health Center. *Journal of New Mental Disease*, 193: 847-850.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L., (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Book.
- WHO. (2005). Depression in women. Retrieve March, 8, 2008) From http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
- Wildes, J.E., Harkness, K.L., & Simons, A.D., (2002). Life event, number of social relationships, and twelve-month naturalistic course of major depression in a community sample of women. *Depression and Anxiety*, 16, 104-133.
- You, S., & Conner, K.R., (2009). Stressful Life Events and Depressive Symptoms Influences of Gender, Event Severity, and Depression History. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 197(11), 829-833.
- Zapf, D. C. (2002). Social stressors at work, irritation, and depressive symptoms: Accounting for unmeasured third variables in a multi-wave study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75(1), 35-58.

Zubenko, G.S., Hughes III, H.B., Stiffler, J.S., Brechbiel, A., Zubenko, W.N., Maher, B.S., & Marazita, M.L., (2003). Sequence variations in CREB1 cosegregate with depressive disorder in women. *Molecular Psychiatr*, 8, 611-618.

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล

นางวาริน เกลาคูณ

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, ราชบุรี, 2530

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ระดับต้น
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา, 2537

ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2544

ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546

ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางอายุรศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ปัจจุบันพยาบาลวิชาชีพพระคัมภีร์ชำนาญการ
ศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลคอนกระเบื้อง
ตำบลคอนกระเบื้อง อำเภอบ้านโป่ง
จังหวัดราชบุรี 70110