

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

บุญญาภา ราชเสนา

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

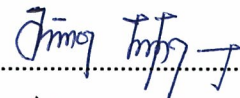
.....นางนุญา ราชเสนา

นางนุญา ราชเสนา,
ผู้ศึกษา

.....

รองศาสตราจารย์อจณราพร สิริธัญวงศ์,
พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

.....

อาจารย์อติทยา พรชัยเกตุ โอว ของ,
Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

.....

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

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไตร,
พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น:

การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
วันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2555

.....
นางบุญญาภา ราชเสนา,

ผู้ศึกษา

.....
รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์,

พย.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไตร,

พย.ด.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

.....
อาจารย์อติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....
นายประยุทธ์ เสรีเสถียร,

พ.บ., ว.ว.จิตเวชศาสตร์

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์ฟองคำ ติลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์อรรถจักร สี่หิรัญวงศ์ และ อาจารย์อติตยา พรชัยเกตุโอว ของ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบ แก้ไขและให้คำแนะนำในการปรับปรุงสารนิพนธ์ให้ถูกต้อง สมบูรณ์ ตลอดระยะเวลาการทำสารนิพนธ์ ผู้ศึกษาได้รับการช่วยเหลือและดูแลจากอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นอย่างดี รู้สึกละอายใจ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไธร ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการทำสารนิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ประยูรศักดิ์ เสรีเสถียร ที่กรุณาตรวจสอบและเป็นกรรมการในการสอบสารนิพนธ์

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนทุนการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำสนธิ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลลำสนธิ ที่อนุญาตให้ศึกษาต่อ ขอขอบคุณคุณวาริน เสงลาคุณ ที่ช่วยเหลือให้คำปรึกษางานสารนิพนธ์ ขอขอบคุณหัวหน้าและเจ้าหน้าที่พยาบาลตึกผู้ป่วยในทุกท่านที่ได้สนับสนุนด้านเวลาในการศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนๆ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป โรงพยาบาลลำสนธิที่ได้ช่วยเหลือด้านการพิมพ์ทุกท่าน ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องสมุดและเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์(ศิริราช) มหาวิทยาลัยมหิดล ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกคน และสิ่งสำคัญคือ พ่อแม่ พี่น้อง ครอบครัว สามิ บุตรและหลาน ที่เป็นแรงกระตุ้นและให้กำลังใจในความสำเร็จที่ได้มา

คุณค่าและคุณประโยชน์ของสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอบูชาคุณบิดา มารดา ผู้ให้กำเนิดและคณาจารย์ทุกท่านที่ให้ความรู้ ที่ทำให้ผู้ศึกษาได้ประสบความสำเร็จในครั้งนี้

บุญญาภา ราชเสนา

จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

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

บุญญาภา ราชเสนา 5037319 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, พย.ด, อติทยา พรชัยเกตุ โอว ของ, Ph.D. (NURSING)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล (IPT) เพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลโดยใช้คำค้น Adolescents หรือ Teens และ Interpersonal psychotherapy และ Depressive Symptoms หรือ Depressive disorders ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 ด้านได้แก่ (1) ความตรงของงานวิจัย (2) สรุปผลการวิจัย (3) ความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005) และประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์ของ Grace (2009) ตามรูปแบบ Therapy evidence pyramid ได้งานวิจัยทั้งหมด 5 เรื่อง เป็น Randomized Controlled Trial 3 เรื่อง (ระดับ 3) และงานวิจัยแบบ One group pre-post test design 2 เรื่อง (ระดับ 5) จากผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ มีข้อเสนอแนะแนวทางการทำจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยใช้รูปแบบจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลสำหรับวัยรุ่น (IPT-A) ซึ่งประยุกต์จากจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลมาตรฐาน (IPT) โดย Mufson และคณะ (1991) ใช้สำหรับวัยรุ่นอายุ 12-18 ปี ที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ทำการบำบัดทั้งหมด 12 ครั้ง ติดต่อกัน สัปดาห์ละ 35-60 นาที แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะต้น ครั้งที่ 1-4 มีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การบำบัด และประเมินปัญหาหลักที่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า ระยะกลาง ครั้งที่ 5-8 มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเลือกปัญหาสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้า การปรับแก้ปัญหาระหว่างบุคคล และการเอื้อให้เกิดสัมพันธ์ภาวะเพื่อการบำบัดในทางบวก ระยะสิ้นสุด ครั้งที่ 9-12 เป็นการบอกสิ้นสุดการบำบัด การยอมรับความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดจากการแยกจากการทบทวนเกี่ยวกับการบำบัดและการตระหนักถึงศักยภาพในการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลในวัยรุ่นสามารถนำไปใช้ได้ทั้งในคลินิกผู้ป่วยนอกและในชุมชน ก่อนนำไปใช้ ควรมีการพัฒนาคู่มือการปฏิบัติ และเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

คำสำคัญ: โรคซึมเศร้า / จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล / อาการซึมเศร้า / วัยรุ่น

**INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY FOR REDUCING DEPRESSIVE SYMPTOMS
IN ADOLESCENTS: EVIDENCE-BASED NURSING****BUNYAPA RACHASENA 5037319 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 is aimed to study the evidence-based practice of interpersonal psychotherapy for reducing depressive symptoms in adolescents. The evidence-based practices were sought from databases by applying search keywords: adolescents or teens, and interpersonal psychotherapy, and depressive symptoms or depressive disorder. The evidence was appraised in three aspects (1) research validity, (2) research finding, and (3) the clinical feasibility of the research. Grace's criteria for assessing the confidence level of strength of evidence, in which the evidence is hierarchically classified in a therapy evidence pyramid, was used. The search yielded five research studies: three randomized controlled trials (Level 3) and two studies of one group pre-post test design (Level 5). The result of evidence-based practice appraisal and synthesis is a recommendation for using interpersonal therapy for reducing depressive symptoms in adolescents. This therapy is known as interpersonal therapy for adolescents (IPT-A) that is adapted by Mufson et al. (1991) from standard IPT. IPT-A is used for the adolescents, who are 12-18 years old and have depressive symptoms. The therapy contains 12 consecutively weekly sessions: 35-60 minutes per session. There are three phases of the therapy. Beginning phase, which includes session 1-4, is aimed to inform the patients about depression and therapy as well as to assess the primary problems causing depression. Middle phase, which contains session 5- 8, has objectives to help the patients in selecting the interpersonal problems relating to depressive symptoms, solving interpersonal problem issues, and to build a good relationship between the patients and the therapist in order to facilitate a positive therapy. Final phase, comprising session 9 to 12, has a purposes of terminating the therapy, make the patients accept their feelings and moods that come from separation, reiterate about the therapy and depressive symptoms, and to make the patients aware of their potential in having interpersonal relationships. IPT-A can be applied both in the out-patient department and in the community. Before clinically applying the therapy, the organization should develop a therapy manual and use the therapy appropriately with the contexts of the organization.

**KEY WORDS: DEPRESSION / INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY /
DEPRESSIVE SYMPTOMS / ADOLESCENTS**

112 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ปัญหาการศึกษา	10
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	12
1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	12
บทที่ 2 วิธีการดำเนินการ	13
บทที่ 3 ผลการดำเนินการ	19
3.1 ผลการศึกษาและสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ	19
3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์	23
3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	23
3.4 ข้อเสนอแนะ	39
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	46
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	48
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	57
รายการอ้างอิง	68
ภาคผนวก	74
ประวัติผู้ศึกษา	112

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Significance of Clinical Problem)

วัยรุ่นเป็นวัยที่เชื่อมต่อระหว่างวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ซึ่งถือเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต วัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางร่างกายและจิตใจโดยได้รับอิทธิพลจากฮอร์โมนเพศ เด็กวัยนี้จะมีความคิดค่อนข้างอิสระ ต้องการความเป็นตัวของตัวเอง พยายามสร้างเอกลักษณ์ของตนเอง อยากให้เพื่อนยอมรับตน และต้องการเป็นส่วนหนึ่งในกลุ่มเพื่อน เริ่มมองบทบาทของตนเองที่แยกออกจากครอบครัวมากขึ้น เริ่มไม่ยอมรับความเห็นของพ่อแม่ ต้องการความเป็นส่วนตัว ขณะเดียวกันอารมณ์จะยังสับสน วู่วาม ขึ้นๆ ลงๆ ทำให้โอกาสที่จะขัดแย้งกับพ่อแม่มีมากขึ้น บางครั้งรุนแรงจนถึงขั้นหนีออกจากบ้าน หนีไปหายาเสพติด หรือเกิดอาการซึมเศร้าจนคิดอยากฆ่าตัวตาย (วรวิมล เจริญศิริ, 2010)

อาการซึมเศร้าในวัยรุ่น เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้มากและได้รับความสนใจทั้งในระดับประเทศ และต่างประเทศ การศึกษาจำนวนมากพบภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นถึงร้อยละ 15 - 20 (Birmaher et al., 1996) จากการศึกษาของ Saluja และคณะ (2004) ความชุกของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นร้อยละ 18 แบ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 25 เพศชายร้อยละ 10 จากสถิติโรคซึมเศร้าในโรงเรียน พบวัยรุ่น 100 คน จาก 1000 คน มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าโดยเคยมีอาการโรคซึมเศร้ารุนแรง หรือ อารมณ์ไม่นิ่ง (Zalaquett & Sanders, 2010) จากการศึกษาของ WHO ร่วมกับ World bank (2000) พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years, DALYs) เมื่อคำนวณในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นความเจ็บป่วยอันดับ 1 ที่ทำให้เกิดการสูญเสียด้านสุขภาพแก่ประชากรทั่วโลก โดยเมื่อวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการ และการเจ็บป่วย (Years live with disability, YLD) นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้เปรียบเทียบความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ 135 ประเภท จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2545-2546) พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับ 1 ของผู้หญิงไทยและเป็นอันดับ 3 ในผู้ชายไทย พบว่าอาการซึมเศร้ามีความชุกในเด็กวัยรุ่น ร้อยละ 7.1 และพบว่าวัยรุ่นร้อยละ 13.3 มีปัญหาอารมณ์ซึมเศร้าที่รุนแรงเป็นโรคที่มี

ผลกระทบต่อเด็กและวัยรุ่นอย่าง มากทั้งความสามารถในด้านการเรียน การเข้าสังคม พัฒนาการด้านจิตสังคมทุกด้านรวมทั้งการพัฒนา self-esteem และการพัฒนาความผูกพันทางอารมณ์ต่อพ่อแม่

สำหรับประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาความสูญเสียจากโรคซึมเศร้าในเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข แต่ผลจากการศึกษาระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่น มีปัญหาภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าของชมพูนุช บริลักษ์ณ์เลิศ, ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตาและสิริลักษณ์ วรรณะพงษ์ (2550) ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเชียงใหม่เขต 1 จำนวน 369 คน ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory (BDI-IA) ผลการวิจัยพบว่าเด็กวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 34.10 มีภาวะซึมเศร้าโดยมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยร้อยละ 69.90 ระดับปานกลางร้อยละ 27.00 และระดับรุนแรงร้อยละ 3.10 ซึ่งการศึกษาของมณฑนา นทีธาร (2546) ที่ศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ที่ได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นจำนวน 610 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck et al., 1979) พบว่าเด็กวัยรุ่นมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50.90 โดยมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยร้อยละ 63.1 ระดับปานกลางร้อยละ 33.4 และระดับความรุนแรงร้อยละ 3.5 นอกจากนั้นจากการสำรวจสุขภาพจิตของวัยรุ่นในสถานศึกษาของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2547) พบนักเรียนระดับมัธยมปลาย และปวช. มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 16.41 หรือราว 1 ใน 6 คนจะมีภาวะซึมเศร้า โดยนักเรียนในกรุงเทพมหานครมีภาวะซึมเศร้าสูงสุดถึงร้อยละ 20.63 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 17.28 ภาคใต้ ร้อยละ 15.60 ภาคเหนือ ร้อยละ 15.15 และภาคกลาง ร้อยละ 14.14 ซึ่งมีสาเหตุจากครอบครัวแตกแยก ปัญหาการเงิน และการเรียน จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่าวัยรุ่นปัจจุบันต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง

การแสดงออกของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นมักไม่แสดงอาการซึมเศร้าออกมาโดยตรง แต่มักแสดงออกทางพฤติกรรมและอาการทางกาย วัยรุ่นบางรายอาจจะเกิดโรคซึมเศร้าแฝง โดยแสดงอาการในลักษณะต่อต้าน เพื่อให้ผู้ใหญ่หันมาสนใจ นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นบางคนอาจเกิดความเบี่ยงเบนทางเพศได้เป็นครั้งคราว บางคนอาจบ่นถึงสภาพการเจ็บป่วยทำให้พ่อแม่คิดว่าวัยรุ่นมีอาการป่วยทางร่างกาย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550) โรคซึมเศร้าในวัยรุ่นจะมีการคล้ายคลึงกับในวัยผู้ใหญ่ซึ่งวัยรุ่นสามารถแสดงอาการและบอกได้ถึง ความรู้สึกไม่มีความสุข มีอารมณ์อ้างว้าง โดดเดี่ยว เหนงา หงุดหงิดง่าย แยกตัว การเรียนตกต่ำ มีความคิดหรือบอกว่าจะฆ่าตัวตาย (Zalaquett & Sanders, 2010) มีความรู้สึกเศร้า เฉยชา ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และความรู้สึกเหมือนหมดเรี่ยวแรง ไม่อยากทำอะไร พบปัญหาการกิน บางรายเบื่ออาหาร บางรายกินจุมากขึ้น ปัญหาการนอน อาจเป็นได้ตั้งแต่นอนไม่หลับ ตื่นกลางดึก หรือตื่นเช้ากว่าปกติ ซึ่งทำให้รู้สึกเหนื่อยในตอนกลางวัน

วัยรุ่นที่ซึมเศร้าบางรายจะหมกมุ่น คิดมากเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและรูปร่างหน้าตา รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าและท้อแท้ในชีวิต ในรายที่เป็นรุนแรงอาจมีความคิดหรือพยายามที่จะฆ่าตัวตาย (ศิริอรุณฤทธิ์ไทรรัตน์, 2544)

โรคซึมเศร้าในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้ต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการที่เป็นอยู่เป็นระยะเวลานานและส่งผลกระทบต่อสังคมค่อนข้างสูง (ชรณินทร์ กองสุข, 2550) ผลกระทบของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น มีดังนี้ ผลกระทบต่อตนเอง ด้านร่างกายเมื่อบุคคลมีอาการของโรคซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย เช่น ไม่อยากรับประทานอาหาร อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรงนอนไม่หลับ ด้านจิตสังคม ผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้านักไม่สนใจในกิจกรรมต่างๆ ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มักจะแยกตนเอง และด้านจิตวิญญาณ ผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้ารุนแรงมักจะรู้สึกผิดหวัง ขาดเป้าหมายใน (Furlanetto et al., 2000) ผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้วัยรุ่นรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า แยกตัว การเรียนตก สัมพันธภาพในสังคมไม่ดี มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรืออาจมีพฤติกรรมที่ต่อต้านสังคม ซึ่งอาจนำไปสู่การใช้สารหรือสารเสพติด วัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าอาจมีความต้องการออกไปให้พ้นจากบ้าน ทนสภาพที่บ้านไม่ได้ หรือมีพฤติกรรมดื้อดึง ไม่ยอมร่วมกิจกรรมกับครอบครัว แยกตัวออกจากเพื่อนหรือสังคม มักจะหมกมุ่นอยู่ในห้อง ระดับการเรียนต่ำลงและขาดสมาธิ และการฆ่าตัวตายเป็นผลกระทบที่รุนแรงที่สุดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งทำให้ประเทศต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลก่อนวัยอันควร (ภัทรีนาฏ บุญชู, 2543) ผลกระทบต่อครอบครัว อาการซึมเศร้าในเด็กมีส่วนเกี่ยวข้องกับบรรยากาศความสัมพันธ์ในครอบครัวมี การเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพและบทบาทในครอบครัว รวมถึงปัญหาการเงินและสถานภาพของครอบครัวในชุมชน (มันทนา นทีธาร, 2546) และผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ประเทศชาติสิ้นเปลืองงบประมาณและค่าใช้จ่าย ในการรักษาถ้าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งจะต้องรักษาเป็นระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศที่ต้องรับภาระเพิ่มขึ้น (Murray & Lopez, 1996)

สาเหตุของโรคซึมเศร้ามีปัจจัยหลายอย่างทั้งปัจจัยชีวภาพ และปัจจัยทางจิตสังคม ดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors)

ปัจจัยทางชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและการทำงานของสมอง ความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาทความผิดปกติของระบบประสาทฮอร์โมน รวมถึงความผิดปกติทางชีวภาพอื่นๆ (เฟิร์พอนซ์ ลีออนูธวัชชัย, 2550) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม

จากการศึกษาพบว่าครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ลูกมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ถึงร้อยละ 54 นอกจากนี้ยังพบว่าฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน เมื่อคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้าอีกคนหนึ่งจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 70 เมื่อศึกษา ยีน (Gene) ที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าพบว่ามียีนหลายตัวที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าได้ (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2550)

1.2 ปัจจัยจากการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง (neurotransmitters)

สารสื่อประสาทในสมองที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และ โดพามีน (dopamine) โดยพบว่าผู้ที่มีอาการซึมเศร้าบางรายมีการทำงานลดลงของสารสื่อประสาท ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาจากปริมาณเมตาโบไลต์ของสารสื่อประสาท แต่เนื่องจากระบบการทำงานของสารสื่อประสาทแต่ละตัวมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีการปรับตัวตลอดเวลา การทำงานที่ลดลงจึงมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า จากการศึกษาในสัตว์ทดลอง โดยให้ยารักษาอาการซึมเศร้าหลายสัปดาห์พบว่า ยาทำให้ลดความไว (sensitivity) ของ postsynaptic beta-adrenergic และ 5-hydroxy-tryptamine type 2 (5-HT-2) receptors ดังนั้นอาการซึมเศร้าจึงอาจเกี่ยวข้องกับระบบ postsynaptic beta-adrenergic และ 5-HT-2 ที่มีการทำงานมากเกินไปในโรคซึมเศร้า (สรยุทธ วาสิกนันนท์, 2547)

1.3 ปัจจัยจากระดับของฮอร์โมน

ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนมีความเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า พบว่า hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับความผิดปกติของระบบสารไปโอเจนิค เอมีนส์ จะพบว่า HPA axis จะทำงานเพิ่มมากขึ้นในภาวะที่มีความเครียดเรื้อรังในภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของฮอร์โมนต่างๆ ได้แก่ adrenal axis ซึ่งจะพบการเพิ่มการผลิตสาร steroid โดยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 50-60 มีการหลั่ง cortisol เพิ่มมากเกินไปจนสามารถตรวจการเพิ่มขึ้นของระดับคอร์ติซอลในเลือด และเมื่อทดสอบการยับยั้งการหลั่งคอร์ติซอล โดยให้ยา dexamethasone ไปยับยั้งก็พบว่า cortisol hormone ก็ยังสูงอยู่ เนื่องจากกลไกการยับยั้งการหลั่ง cortisol เสียไป จึงทำให้ไม่สามารถกดการหลั่ง cortisol ได้ หลังจากที่ได้รับ dexamethasone เข้าไป ซึ่งเรียกว่า dexamethasone non-suppression นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติของ thyroids hormone axis และ growth hormones ด้วย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

2. ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors) ซึ่งได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวกับความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (สรยุทธ วาสิกนันนท์, 2547)

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

2.1.1 ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง โดยทั่วไปบุคคลที่มีอาการซึมเศร้ามักจะมองว่าตนเองไร้คุณค่า ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง มีความรู้สึกไม่ดีต่อตนเอง มีความคิดด้านลบต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ทำสิ่งต่าง ๆ ไม่ประสบความสำเร็จ ไม่มีกำลังใจในการทำงาน ซึ่งความคิดดังกล่าวนี้จะนำไปสู่อาการซึมเศร้าและอาจทำร้ายตนเองได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2550)

2.1.2 ด้านบุคลิกภาพ ไม่พบว่าความผิดปกติของบุคลิกภาพ (personality disorder) เป็นพื้นฐานที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า แต่ผู้ที่มีบุคลิกภาพชนิด oral-dependent, obsessive-compulsive และ hysterical น่าจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่าบุคลิกภาพชนิด antisocial และ paranoid ที่มักใช้กลไกทางจิตแบบโทษภายนอก (projection) เพื่อป้องกันตนเองมากกว่า ซึ่งจากการศึกษาในผู้ที่ป่วยเป็นโรค major depressive disorder พบว่าผู้ที่มีอาการครั้งแรกก่อนอายุ 18 ปี จะมีบุคลิกภาพผิดปกติชนิด avoidant, histrionic, narcissistic และ borderline ร่วมด้วยมากกว่าผู้ที่มีอาการครั้งแรกหลังอายุ 18 ปี ซึ่งสะท้อนถึงความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นประจำ รวมถึงการมองสิ่งต่าง ๆ ในทางลบ มองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีความวิตกกังวลและมีแนวโน้มที่จะวิจารณ์ตนเองและคนอื่นมาก มักปฏิเสธตนเอง พึ่งพาบุคคลอื่น เรียกร้อง มีความรู้สึกเบื่อหน่ายและว่างเปล่า และไม่สามารถสนุกสนานหรือผ่อนคลายได้ (สรยุทธ วาสิกนันนท์, 2547)

2.2 ปัจจัยทางครอบครัว จากการศึกษาของโนมูรา และคณะ (Nomura et al., 1998) ซึ่งมีการติดตามเด็กที่มีพ่อแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในระยะเวลา 10 ปี พบว่าโรคซึมเศร้าในพ่อแม่เป็นตัวทำนาย (predictor) สำคัญต่อการเกิดโรคซึมเศร้าและโรคจิตเวชในลูกได้ดีกว่าปัจจัยด้านความสัมพันธ์ที่ไม่ดีในครอบครัว อย่างไรก็ตามมีการศึกษาโรคซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทยพบว่านักเรียนที่มีโรคซึมเศร้าสูงจะสัมพันธ์กับภาวะที่ครอบครัวแตกแยก พ่อแม่หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่หรือความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวไม่ดี และการมีปัญหาสุขภาพจิตของพ่อแม่ ดังนั้นความสัมพันธ์ที่ไม่ดีในครอบครัวน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าของวัยรุ่น เพราะนอกจากวัยรุ่นจะขาดการดูแลเอาใจใส่ที่ใกล้ชิดแล้ว ครอบครัวที่แตกแยกหรือความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวที่ไม่ดียังทำให้วัยรุ่นขาดแหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนทางด้านจิตใจ ตลอดจนขาดทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม (สรยุทธ วาสิกนันนท์, 2547)

2.3 ปัจจัยของความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตและสิ่งแวดล้อม และความสามารถในการจัดการกับความเครียดและปัญหาต่าง ๆ เช่น ผู้ที่มีความเครียดจากการสูญเสียพ่อหรือแม่ก่อนอายุ 11 ปี จะมีความเสี่ยงสูงที่จะทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ในภายหลัง โดยความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าได้ พบว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นเสมือนปัจจัยเร่งที่ทำให้เกิดความรุนแรง และหากบุคคลไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลก็จะส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ (สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2547) พบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่สำคัญที่ก่อให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่ การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก โดยเฉพาะคู่สมรส การแยกทางหรือการหย่าร้าง ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ความขัดแย้งในครอบครัว และการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว (อรพรรณ ลีอนุชวัชชัยและพีรพนธ์ ลีอนุชวัชชัย, 2553) จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal factors) มีสำคัญกับอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่ง Weissman (2000) ได้อธิบายถึงปัญหาสัมพันธภาพ 4 ด้านที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่

- 1) อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief or complicated bereavement) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิดอันเป็นที่รัก เช่น คู่สมรส หรือญาติพี่น้องที่ใกล้ชิด
- 2) ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal role disputes) หมายถึง ความขัดแย้งหรือความเห็นไม่ลงรอยกับบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น คู่สมรส คนรัก ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท เจ้านายหรือผู้บังคับบัญชา หรือเพื่อนร่วมงาน
- 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (role transition) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการในช่วงวัยต่างๆ เช่น การเปลี่ยนช่วงวัย การแต่งงาน การมีบุตร วิกฤตวัยกลางคน การเกษียณอายุ และการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น การแยกทางหรือการหย่าร้าง การตกงาน การย้ายที่อยู่ ปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วย การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง
- 4) ความบกพร่องทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal deficits) หมายถึงการขาดทักษะทางสัมพันธภาพ หรือทักษะทางสังคม (interpersonal or social skills) ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์หรือรักษาความสัมพันธ์ที่มีอยู่ให้ดี หรือการขาดการสนับสนุนทางสังคม (lack of social support) รวมถึง การแยกตัวทางสังคม (social isolation) (อรพรรณ ลีอนุชวัชชัยและพีรพนธ์ ลีอนุชวัชชัย, 2553)

จากการทบทวนสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นจะเห็นว่ามีความสัมพันธ์กันหลายปัจจัยผสมผสานกัน ทั้งปัจจัยทางด้านชีวภาพซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางพันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง และการเสียสมดุลของสารเคมี

ในร่างกาย ปัจจัยด้านจิตสังคม ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกที่บุคคลสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ปัญหาความขัดแย้งด้านสัมพันธภาพในครอบครัว (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2539)

จากการทบทวนงานวิจัยของ เรไร ทิเวทน์ (2535) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักเรียนที่บิดามารดาที่มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดี มีสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า สูงกว่านักเรียนที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่ดี ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในเด็ก ทั้งบรรยากาศครอบครัวที่แตกแยก การที่พ่อแม่ขัดแย้งกันมีการทะเลาะวิวาทอยู่เป็นประจำย่อมกระทบกระเทือนจิตใจเด็กมาก ทำให้เด็กมีอาการเศร้า (ผกา สัตยธรรม, 2530) จากงานวิจัยของ จุลจรรยา ศรีเพชร (2544) พบว่าความสัมพันธ์กับเพื่อนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นักเรียนที่มีความสัมพันธ์กับเพื่อนที่ไม่ดี มีสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่านักเรียนที่มีความสัมพันธ์กับเพื่อนดี ความสัมพันธ์กับเพื่อนมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น วัยรุ่นต้องการเป็นที่ยอมรับของเพื่อนๆ ต้องการทำให้เหมือนเพื่อน วัยรุ่นให้ความสำคัญต่อการคบเพื่อนและกลุ่มเพื่อนมาก ถ้าเขาได้รับการปฏิเสธจากเพื่อนเขาจะเสียใจมากจนทำร้ายตนเองได้ (พรพิมล เกียรติภานุรักษ์, 2539)

จากการปฏิบัติงานในคลินิกพบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้วัยรุ่นมีอาการของโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเช่นกัน ซึ่งได้แก่ ความขัดแย้งกับบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต เช่น บิดา มารดา ครู เพื่อน และการปรับเปลี่ยนบทบาท เช่น การย้ายโรงเรียน การเปลี่ยนบทบาทจากเด็กเป็นวัยรุ่น เป็นต้น และจากการทบทวนวรรณกรรม จึงเกิดคำถามทางคลินิกว่า การบำบัดแบบสัมพันธภาพรายบุคคลสามารถนำมาใช้ลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ซึ่งนำไปสู่การสืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ต่อไป

โรคซึมเศร้า หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ที่ทำให้บุคคลไม่มีความสุข ขาดสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจ เมื่อบุคคลซึมเศร้าจะมีอารมณ์หม่นหมอง เศร้าสลด หดหู่ ท้อแท้ หมดหวังมองโลกในแง่ร้าย เนื่องจากความเจ็บป่วยทางจิตจากการสูญเสียหรือมีการเปลี่ยนแปลงสภาพชีวเคมีในร่างกาย ทำให้สนใจสิ่งแวดลอมน้อยลง มีความท้อแท้ใจและสิ้นหวังในชีวิต ความรู้สึกนึกคิดในคุณค่าของตนเองน้อยลง หมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียเหนื่อยง่ายไม่มีสมาธิและอาจทำร้ายตัวเองได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550) โรคซึมเศร้าในวัยรุ่นจะมีอาการคล้ายคลึงกับในวัยผู้ใหญ่ซึ่งวัยรุ่นสามารถแสดงอาการและบอกได้ถึง ความรู้สึกไม่มีความสุข มีอารมณ์อ้างว้าง โดดเดี่ยว เหงา หงุดหงิดง่าย แยกตัว การเรียนตกต่ำ มีความคิดหรือบอกว่าจะฆ่าตัวตาย (Zalaquett & Sanders, 2010) มีความรู้สึกเศร้า เฉยชา ไม่สนใจสิ่งแวดลอม และความรู้สึกเหมือนหมดเรี่ยวแรง ไม่อยากทำอะไร พบปัญหาการกิน บางรายเบื่ออาหาร บางรายกินจุมากขึ้น ปัญหาการนอน อาจ

เป็นได้ตั้งแต่ตอนนอนไม่หลับ ตื่นกลางดึก หรือตื่นเช้ากว่าปกติ ซึ่งทำให้รู้สึกเหนื่อยในตอนกลางวัน
วัยรุ่นที่ซึมเศร้าบางรายจะหมกมุ่น คิดมากเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและรูปร่างหน้าตา รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าและท้อแท้ในชีวิต ในรายที่เป็นรุนแรงอาจมีความคิดหรือพยายามที่จะฆ่าตัวตาย (ศิริอร
ฤทธิ์ไทรรัตน์, 2544)

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยได้กำหนด เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
ตาม DSM-IV-TR ดังต่อไปนี้ซึ่งในเด็กวัยรุ่นใช้ร่วมกับผู้ใหญ่ได้ ข้อที่แตกต่างจะระบุหมายเหตุไว้
(American Psychiatric Association, 2000; ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล, 2544)

A. มีอาการต่อไปนี้ อย่างน้อย 5 อาการ (หรือมากกว่า) ใน 9 อาการร่วมกันอยู่นาน 2
สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ไปจากแต่ก่อนโดยมีอาการหลักอย่างน้อย 1 ข้อ

(1) อารมณ์ซึมเศร้า ทั้งที่ตนเองรู้สึกและคนอื่นสังเกตเห็น

(2) เบื่อหน่าย ไม่มีความสุขซึ่งไม่รวมอาการที่เห็นชัดว่าเป็นจากอาการเจ็บป่วยทางกาย

หรือ mood incongruent, delusions หรือ hallucination

อาการของโรคซึมเศร้ามีดังต่อไปนี้

1. มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยได้มาจากการบอกเล่าของ
บุคคล เช่น รู้สึกเศร้าหรือว่างเปล่า และจากการสังเกตของผู้อื่น เช่น เห็นว่าร้องไห้

หมายเหตุ : ในเด็กและวัยรุ่นสามารถเป็นอารมณ์หงุดหงิด

2. ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมด หรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก
เป็นส่วนใหญ่ของวันแทบทุกวัน

3. น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นจากการคุมอาหารหรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (ได้แก่
น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีอาการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารแทบทุกวัน

4. นอนไม่หลับหรือหลับมากไปแทบทุกวัน

5. Psychomotor agitation หรือ retardation แทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่น มิใช่
เพียงความรู้สึกของบุคคลว่ากระวนกระวายหรือช้าลง)

6. อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน

7. รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสม หรือมากเกินไป เกินควร แทบทุกวัน

8. สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้แทบทุกวัน

9. คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ โดยมิได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือ
มีแผนในการฆ่าตัวตายไว้นั่นเอง

B. อาการเหล่านี้มิได้เข้ากับเกณฑ์ของ Mixed episode

C. อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่น ๆ ที่สำคัญบกพร่องลง

D. อาการนี้ได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร เช่น ยาเสพติด หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย เช่น hypothyroidism

E. อาการไม่เข้ากับ bereavement กล่าวคือบุคคลต้องมีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือน หลังการสูญเสียผู้ที่ตนรัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการโรคจิต หรือ psychomotor retardation

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อนำมาใช้ลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นอยู่หลายโปรแกรม โดยโปรแกรมที่ใช้ในการลดอาการซึมเศร้านั้นพัฒนาขึ้นโดยอาศัยแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) ซึ่งจะช่วยให้วัยรุ่นเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมของตนเอง (อรพรรณ ลือบุญวัชชัยและพีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2553) จากการศึกษาของโพสเซลและคณะ (Possel et al., 2005) นำโปรแกรม LISA (Ease of Handling Social Aspects in Everyday Life Program) มาใช้ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 อายุระหว่าง 13 – 15 ปี จำนวน 347 คน พบว่าโปรแกรมนี้ช่วยให้วัยรุ่นมีอาการซึมเศร้าลดลงทันทีหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมและได้ผลต่อเนื่องนานถึง 6 เดือน จากการศึกษาของโชเชตและคณะ (Shochet et al., 2001) ใช้โปรแกรม Resourceful Adolescent Program ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 260 คน พบว่าโปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น จากการศึกษาของโพสเซลและคณะ (Possel et al., 2005) พบว่าโปรแกรมการจัดการกับปัญหา (Problem Solving for Life Program) ได้ผลดีในระยะสั้น แต่ไม่สามารถลดอาการซึมเศร้าได้ต่อเนื่องในระยะยาวเมื่อติดตามไปเป็นเวลา 1 ปี ซึ่งอาจเนื่องจากลักษณะของโปรแกรมที่ค่อนข้างสั้น นอกจากนี้ยังมีโปรแกรมการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Therapy) เป็นการบำบัดที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ และมุ่งให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งด้านจิตใจ (Mufson et al., 1999) จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ผู้ศึกษาพบว่าการศึกษาของ Mufson และคณะ (Mufson et al., 2006) โดยใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้นใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้า เป็นจิตบำบัดระยะสั้นมีการพัฒนาคู่มือปรับใช้ให้เหมาะสมกับวัยรุ่น (Mufson et al., 1994) นักจิตบำบัดได้นำไปใช้กับกลุ่มวัยรุ่นในโรงพยาบาล คลินิกสุขภาพจิตในโรงเรียน และคลินิกเอกชน ใช้เวลาบำบัด 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 35-50 นาที แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะแรก บิดามารดาให้ข้อมูลในการประเมินว่าเด็กมีอาการเข้าเกณฑ์ของโรคซึมเศร้า

ในวัยรุ่นหรือไม่ และสาเหตุของปัญหาสัมพันธภาพ และนักจิตบำบัดให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การบำบัด และประเมินปัญหาที่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า ระยะกลาง นักจิตบำบัด จะช่วยเลือก ปัญหาสัมพันธภาพที่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้าแก่ บิดามารดา และให้วัยรุ่นกับพ่อแม่ทำความเข้าใจสาเหตุปัญหาความขัดแย้งจากการสื่อสารที่มีปัญหาและจัดการกับปัญหาสัมพันธภาพ โดยนักจิตบำบัด จะใช้เทคนิคต่างๆของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ระยะสิ้นสุดการบำบัดบอกถึงการสิ้นสุดการบำบัด ทบทวนทักษะสัมพันธภาพและเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำ (NREPP, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้ศึกษาพบว่า การบำบัดแบบจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy: IPT) (Mufson et al., 1999; Mufson et al., 2004) สามารถลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเกิดคำถามทางคลินิกว่า การบำบัดแบบสัมพันธภาพรายบุคคลสามารถนำมาใช้ลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ซึ่งนำไปสู่การสืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานต่อไป

1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

จากนโยบายของโรงพยาบาลลำสนธิจัดให้มีคลินิกจิตเวชในปี พ.ศ. 2552 มีบุคลากรที่เป็นนักวิชาการเชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก พยาบาลจากสถานีนามัยที่ผ่านการอบรมทางด้านจิตเวช และมีจิตแพทย์ ทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ เน้นการค้นหา การคัดกรอง การดูแล การรักษา การเยี่ยมบ้าน ในอำเภอลำสนธิ และจากข้อมูลเวชสถิติโรงพยาบาลลำสนธิ ในปี พ.ศ. 2552 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้ารวมทุกกลุ่มอายุมีจำนวน 22 คน แยกเป็นวัยรุ่น อายุตั้งแต่ 10-20 ปี จำนวน 7 คน ในปีพ.ศ. 2553 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมดจำนวน 36 คน เป็นวัยรุ่นจำนวน 12 คน ในปีพ.ศ. 2554 จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมดจำนวน 42 คน เป็นวัยรุ่นจำนวน 23 คน จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแยกเฉพาะในวัยรุ่นมีอัตราสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสัมภาษณ์วัยรุ่นที่ได้รับการตรวจพบว่าสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นมาจากปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไม่ด้านใดก็ตามหนึ่ง เช่น ปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญ ความขัดแย้งด้านการสื่อสาร การเปลี่ยนช่วงจากวัยเด็กเป็นวัยรุ่น และปัญหาการทะเลาะกับคนในครอบครัว และการเสียชีวิตของบุคคลสำคัญ เป็นเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้าก่อนมาโรงพยาบาล

เมื่อพิจารณาข้อมูลเป็นรายบุคคลจากการสัมภาษณ์วัยรุ่นที่มีอาการของโรคซึมเศร้าจำนวน 3 ราย พบว่าอาการซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รายแรกมาด้วย

อาการหงุดหงิดง่าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่อยากทำอะไร เพลีย ไม่มีแรง รู้สึกว่าคุยกับใครไม่รู้เรื่อง เมื่อประเมินปัญหาด้านสัมพันธภาพพบว่าสาเหตุมาจาก เด็กมีปัญหาเข้ากับเพื่อนไม่ได้ ไม่มีใครคบ และครูที่โรงเรียนมักตำหนิตีเตือน ทำให้ไม่อยากไปโรงเรียน รายที่สอง รู้สึกท้อแท้ ไม่อยากไปโรงเรียน มีปัญหาด้านการเรียน รู้สึกว่าตนเองเรียนไม่เก่ง รู้สึกว่าไม่มีใครรัก เบื่อชีวิตท้อแท้ จากการประเมินพบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวของเด็กบกพร่อง ขาดอบอุ่น ขอบคูล่า บิดามารดาทอดทิ้งให้เด็กอาศัยกับตาชายตั้งแต่เล็ก ไม่เคยกลับมาเยี่ยม เมื่อถามถึงความสัมพันธ์กับเพื่อน เด็กไม่มีเพื่อนที่สนิทเพราะ ต้องทำงานบ้านทุกวันไม่มีเวลาเล่นกับเพื่อน ไม่อยากพูดกับใคร รายที่สาม รู้สึกเหงา โดดเดี่ยว เศร้า ไม่อยากคุยกับใคร การเรียนตกต่ำ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง เครียดง่าย กังวลง่าย จากการประเมินปัญหาพบว่าสาเหตุมาจาก ผิดหวังจากแฟนบอกเลิกแล้วหันไปคบกับเพื่อนแทน จะเห็นได้ว่าอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยทั้ง 3 ราย ล้วนมีปัญหาด้านสัมพันธภาพที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ที่ผ่านมามีผู้ป่วยมารับยาแต่ไม่สม่ำเสมอ มาตรวจเวลามีอาการ จำนวน 1 ราย อีกสองราย ไม่มารับยาตามนัดและขาดการรักษา จากการไปเยี่ยมบ้านและสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า สาเหตุมาจาก กลัวเสียภาพลักษณ์ บิดามารดาฐานะยากจน ต้องทำงาน ไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่ และ อาศัยเพื่อนบ้านที่บอกว่าเป็นโรคจิต จึงไม่ยอมกินยา อาการซึมเศร้านี้ยังคงอยู่ ถึงแม้ว่าได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าเพียงอย่างเดียวจะทำให้อาการซึมเศร้าดีขึ้น แต่ปัญหาที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการซึมเศร้าไม่ได้รับการแก้ไข ทำให้มีโอกาสเกิดอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำได้สูง

สำหรับการทำงานในคลินิกจิตเวช ยังไม่มีรูปแบบการบำบัดที่เฉพาะกับโรคซึมเศร้า ที่ผ่านมามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ามารับการรักษา ยังคงได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านเศร้า และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตทั่วไป ดังนั้นการบำบัดโดยใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพเพื่อลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่เหมาะสมในการนำไปใช้บำบัดวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าในคลินิกและสามารถนำไปใช้คลินิกสุขภาพจิตในโรงเรียนได้ จึงมีความจำเป็นที่บุคลากรจะต้องมีแนวปฏิบัติในการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่น เพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพไปในทิศทางเดียวกันและได้รูปแบบการปฏิบัติที่มีมาตรฐาน

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบของการบำบัดดังกล่าวเพื่อจะช่วยลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นและช่วยให้วัยรุ่นสามารถแก้ไขปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าและ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมต่อไปได้ตามปกติ

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวทางการใช้จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected Benefits/Outcomes)

1. พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการใช้จิตบำบัดแบบสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล เพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น
2. พยาบาลมีแนวทางในการดูแลวัยรุ่นที่มีอาการของโรคซึมเศร้า เพื่อลดความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้า
3. สามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการด้านสุขภาพจิตของหน่วยงานต่อไป

บทที่ 2

วิธีการดำเนินการ

เพื่อให้ได้รูปแบบจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและเข้าใจถึงวิธีการบำบัดและเทคนิคการบำบัดรวมทั้งเสนอแนะแนวทางในการใช้จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล ผู้ศึกษาจึงทบทวนองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะในการใช้จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

2.1 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษา โดยใช้กรอบ PICO (PICO Framework) (Melnik & Fineout-overholt, 2002) เป็นแนวทางในการสืบค้น Searching Strategy) เพื่อให้ได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

Population : Adolescents with depressive disorder, Teens with depressive disorder

Intervention : Interpersonal psychotherapy

Comparison intervention : -

Outcome : depressive symptoms

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูล (Key word) มีดังนี้

P : (Population) = Adolescents

I : (Intervention) = Interpersonal psychotherapy

C: (Comparison/Intervention) = none (ไม่มีการเปรียบเทียบ)

O: (Outcome) = Depressive Symptoms, Depressive disorders

เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผลการวิจัยสามารถลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและเข้าใจถึงวิธีการบำบัดและเทคนิคการบำบัดรวมทั้งเสนอแนะแนวทางในการใช้จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล จึงกำหนดขอบเขตในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

1. ครอบคลุมงานวิจัย ตั้งแต่ระดับ 1 ถึงระดับ 7 ตามเกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็ง ของหลักฐาน (strength of evidence) ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ เกรซ (Grace, 2009) ในมิติของการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการบำบัด
2. เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง 20 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992 ถึงปัจจุบันทั้งงานที่เป็นภาษาไทย และภาษาอังกฤษ
3. เลือกเฉพาะงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ทั้งงานที่เป็นภาษาไทย และภาษาอังกฤษ เนื่องจากงานวิจัยที่มีเฉพาะบทคัดย่อไม่มีรายละเอียดเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์ได้
4. เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษาจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

การกำหนดแหล่งสืบค้น

สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ จากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และแหล่งสืบค้นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. สืบค้นจากฐานข้อมูล Electronic

1.1 ฐานข้อมูลที่รวบรวม systematic review ได้แก่ Cochrane Library ฐานข้อมูลอื่นๆ ที่รวบรวมงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ Cochrane, OVID, CINAHL, PubMed, Blackwell Synergy, SpringerLink, Wiley InterScience, ProQuest, and Hand search

1.2 และการสืบค้นด้วยมือ

2. Hand search

2.1 Journal ที่มีการพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรม (reference list) ของบทความหรืองานวิจัยที่สืบค้นได้อ้างอิงถึง

2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2.1 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสกัดเนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงในตารางการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มตัวอย่าง สถานที่เก็บข้อมูล ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของหลักฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา รูปแบบการบำบัด วิธีการดำเนินการวิจัย และผลการ

ศึกษาวิจัย สำหรับผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 ด้าน ได้แก่ (1) ความตรงของงานวิจัย (2) สรุปผลการวิจัย (3) ความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 3 ด้าน มีรายละเอียดของการประเมินดังนี้ (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005)

รูปแบบงานวิจัยเชิงทดลองซึ่งได้แก่ Randomized controlled trial, A quasi -experimental design, pre-posttest design การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์มีแนวทางในการประเมินดังนี้

ก. ผลการวิจัยมีความตรงหรือไม่

1. คำถามการวิจัยชัดเจนหรือไม่ โดยพิจารณาว่ามีการกำหนดประชากรที่ศึกษา การทดลอง (Intervention) และตัวแปรตามที่ชัดเจนหรือไม่
2. งานวิจัยนี้เป็น Randomized controlled trial (RCT) จริงหรือไม่ และมีความเหมาะสมในการใช้วิธีการวิจัยแบบ RCT เพื่อตอบคำถามการวิจัยหรือไม่
3. กลุ่มตัวอย่างถูกจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างเหมาะสมหรือไม่
 - มีการสุ่มจริงหรือไม่ กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนถูกสุ่มเข้ากลุ่มอย่างไร มีการอธิบายอย่าง ชัดเจนหรือไม่
 - กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติเหมือนกันเมื่อตอนเริ่มต้นหรือไม่ มีการรายงานลักษณะที่แตกต่างกันไว้หรือไม่ และความแตกต่างดังกล่าวมีผลกระทบต่อผลการวิจัยหรือไม่
4. การสุ่มตัวอย่างมีการปกปิดหรือไม่
 - กลุ่มตัวอย่างทราบว่าอยู่กลุ่มไหนหรือไม่
 - ผู้วิจัย/ผู้ให้ Intervention ทราบหรือไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มใด
 - ผู้ประเมิน/ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลทราบหรือไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มใด
 - ผู้วิจัยมีความพยายามในการปกปิดการสุ่มหรือไม่ หากในกรณีที่ไม่สามารถปกปิดได้ สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อการวิจัยมากน้อยเพียงใด
5. การวิเคราะห์ผลการวิจัยเป็นไปตามกลุ่มที่อยู่จริงหรือไม่
 - หากมีการศึกษาติดตาม (Follow up) มีกลุ่มตัวอย่างที่ขาดการติดตามหรือไม่
 - ผู้วิจัยได้นำกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาวิเคราะห์ข้อมูลหรือไม่ (Intention to treat analysis)

- มีการรายงานถึงการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ไม่สามารถคงอยู่ในการวิจัย (Drop out) หรือไม่

6. นอกจาก Intervention ที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างได้รับการปฏิบัติเหมือนกันหรือไม่ และกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มได้รับการติดตามและวัดตัวแปรตามเหมือนกันหรือไม่

7. จำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียงพอหรือไม่

- มีการคำนวณ Power เพื่อกำหนดกลุ่มตัวอย่างหรือไม่

ข. ผลการวิจัยเป็นอย่างไร

1. ผลการวิจัยสรุปได้ว่าอย่างไร Intervention มีประสิทธิภาพหรือไม่ อย่างไร

- กรณี Categorical outcomes: ค่า Risk reduction, relative risk, absolute risk reduction เป็นอย่างไร

- กรณี Continuous outcomes: ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย เป็นอย่างไร ความสำคัญทางสถิติ และความสำคัญทางคลินิก เป็นอย่างไร

2. ความถูกต้องของการประมาณค่า Intervention effect เป็นอย่างไร

- ค่า Confidence interval or p-values เป็นอย่างไร

- ค่า Confidence intervals มีค่าที่แสดงว่ามีความสำคัญทางคลินิกอยู่ในช่วงคะแนนหรือไม่

ค. ผลการวิจัยเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการปฏิบัติหรือไม่

1. กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกับผู้ป่วยที่สนใจหรือไม่

- ผู้ป่วยในคลินิกตรงกับเกณฑ์ในการกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) หรือไม่ ถ้าไม่ตรง มีข้อจำกัดหรือเหตุผลที่ทำให้ Intervention นี้ไม่สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้หรือไม่

2. ลักษณะหน่วยงานเหมือนกับงานวิจัยหรือไม่ สามารถใช้ Intervention นี้ในหน่วยงานได้หรือไม่

3. เปรียบเทียบระหว่างต้นทุน (Cost) / ความเสี่ยง (harm) หรือผลประโยชน์ที่จะได้รับ (benefit)

4. ควรมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายหรือการปฏิบัติจากผลการวิจัยนี้หรือไม่

2.2.2 การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เกณฑ์ของ จินนี่ เกรซ (Grace, 2009) ตามแบบ Therapy evidence pyramid ซึ่งคัดแปลงมาจากการจัดระดับความน่าเชื่อถือในงานวิจัยของ Guyette & Rennine ในปี ค.ศ.2006 ซึ่งนำไปใช้ในการสอนการปฏิบัติทางการ

พยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งมีการแบ่งระดับของหลักฐาน (Level of evidence) มาเป็น 7 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 : Number of 1 randomized clinical trial เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการนำรูปแบบการบำบัดไปใช้ในประชากรที่จะนำไปใช้จริงอย่างน้อย 1 งานโดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบ RCT มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง และมีการออกแบบการวิจัยเป็นอย่างดี (well-designed controlled trials) มีการสุ่มประชากรที่จะศึกษาเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (randomization) และได้ผลลัพธ์ของการศึกษาตรงตามผลการศึกษางานวิจัย

ระดับ 2 : Systematic review of RCTs หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ หรือวิเคราะห์ห่อภิณ (Meta-analysis) จากงานวิจัย RCTs ที่ตรงกับประเด็นปัญหา หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based clinical practice guideline) โดยการทบทวนงานวิจัย RCTs อย่างเป็นระบบ (Systematic review)

ระดับ 3 : High quality single randomized trial เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น RCT ที่มีคุณภาพสูง มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองที่ออกแบบการวิจัยเป็นอย่างดี (well-designed controlled trials) มีการสุ่มการทดลองเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (randomization)

ระดับ 4 : Systematic review of observational studies เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จากงานวิจัยแบบพรรณนา/บรรยาย

ระดับ 5 : Single of observational studies – patient important outcome เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานแบบพรรณนา / บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพที่แสดงผลลัพธ์สำคัญที่เกิดขึ้นผู้ป่วย

ระดับ 6 : Physiologic study เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากรายงานการศึกษาทางคลินิกของผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ

ระดับ 7 : Unsystematic clinical observational เป็นหลักฐานที่ไม่มีทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เช่น ความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ หรือผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะในการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งเป็นลักษณะพรรณนา/บรรยาย

สรุปวิธีดำเนินงานในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษากำหนดกรอบการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้หลักการของ PICO Framework โดยกำหนดประชากร คือ วัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า โปรแกรมการบำบัดคือจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลโดยไม่มีการเปรียบเทียบผลของการบำบัด คือ ลดอาการซึมเศร้าของโรคซึมเศร้า หลังจากสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว นำงานวิจัยที่ได้มาประเมินคุณภาพงานวิจัย ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประชากรที่

ศึกษา สถานที่เก็บข้อมูล ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของหลักฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
 วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย และผลการประเมินหลักฐานโดยใช้เกณฑ์การประเมิน 3 ด้าน ได้แก่
 ความตรงของผลงานวิจัย สรุปผลการวิจัย และความเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในการปฏิบัติ การ
 ประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (strength of evidence) ได้ใช้แบบประเมินตาม
 เกณฑ์ของ เกรซ (Grace, 2009) ตาม Therapy evidence pyramid เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่
 สามารถแก้ไขปัญหาทางคลินิก คือ ลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 นอกจากนั้นแล้ว ผู้ศึกษานำหลักฐานเชิงประจักษ์มาสกัดเนื้อหาที่สำคัญ และสรุปใจความสำคัญ
 นำเสนอเป็นตาราง (Collective table) แล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็น
 ข้อเสนอแนะ (Recommendation) แนวทางการทำจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการ
 ของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งผลการดำเนินการสืบค้นวิเคราะห์ และสังเคราะห์จะนำเสนอในบท
 ต่อไป

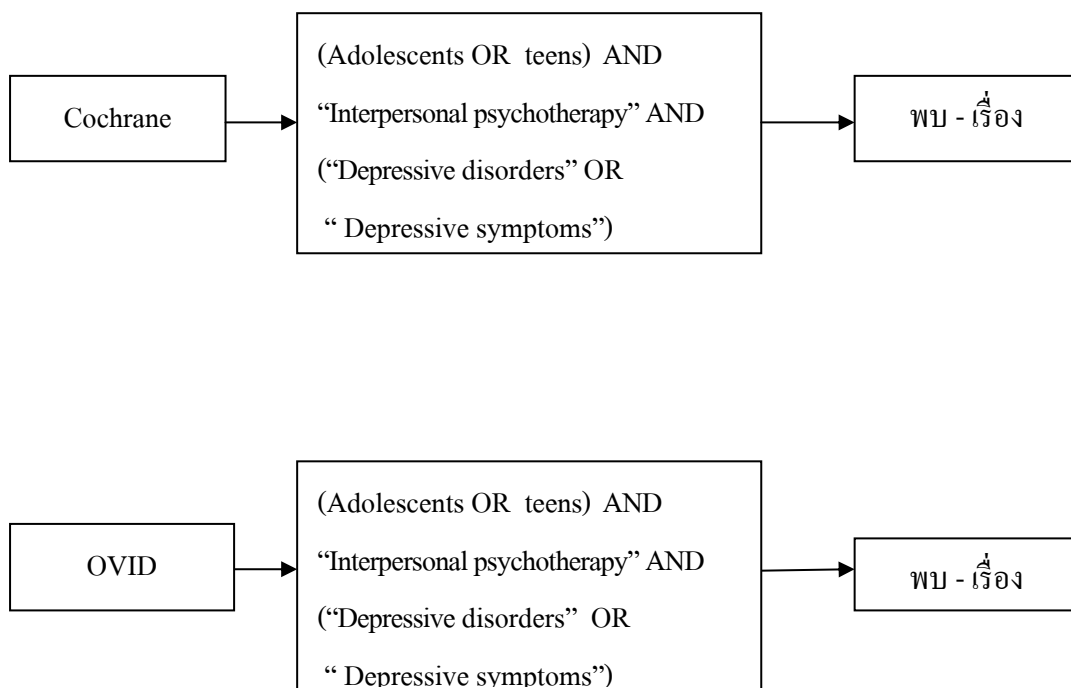
บทที่ 3

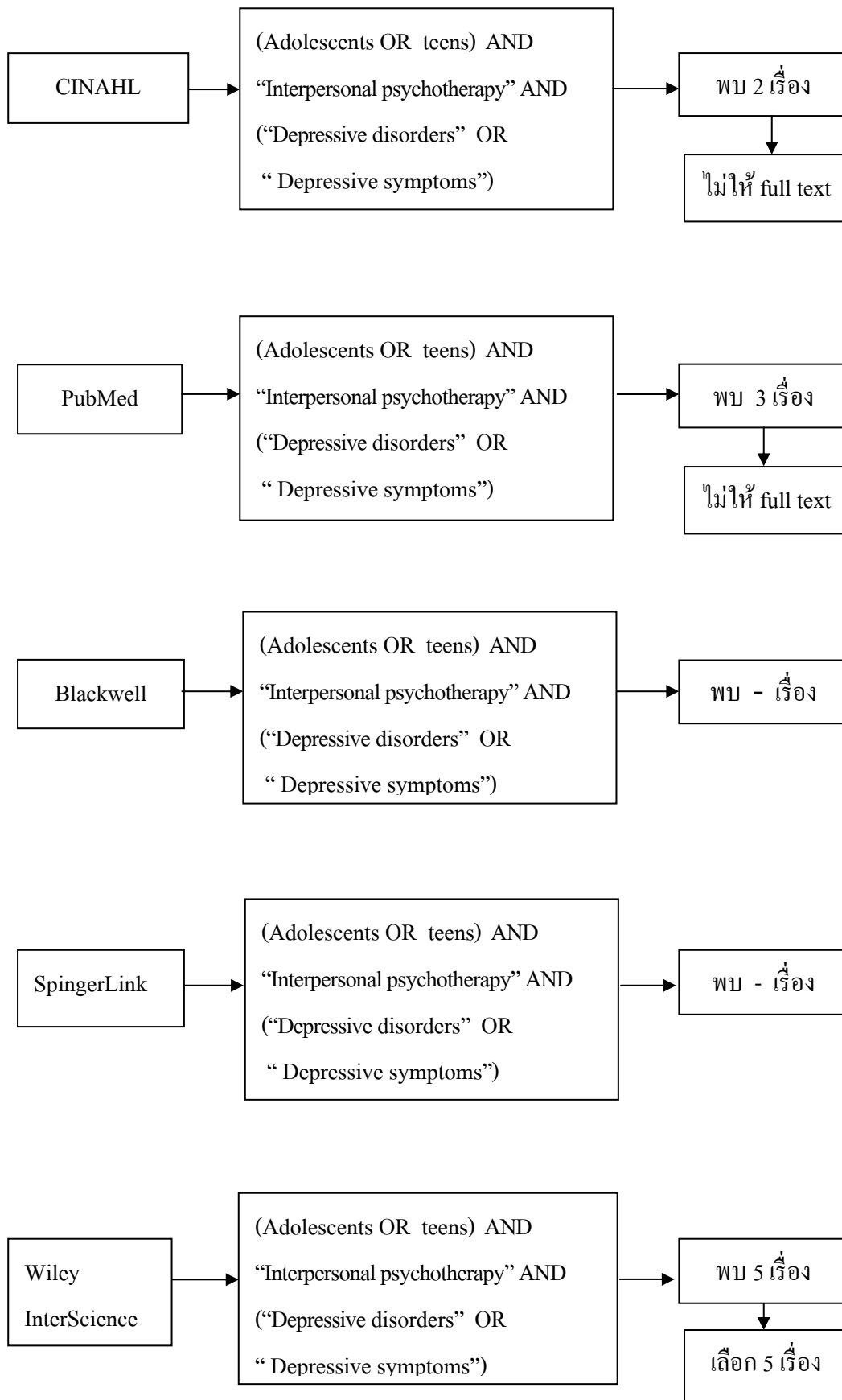
ผลการดำเนินการ

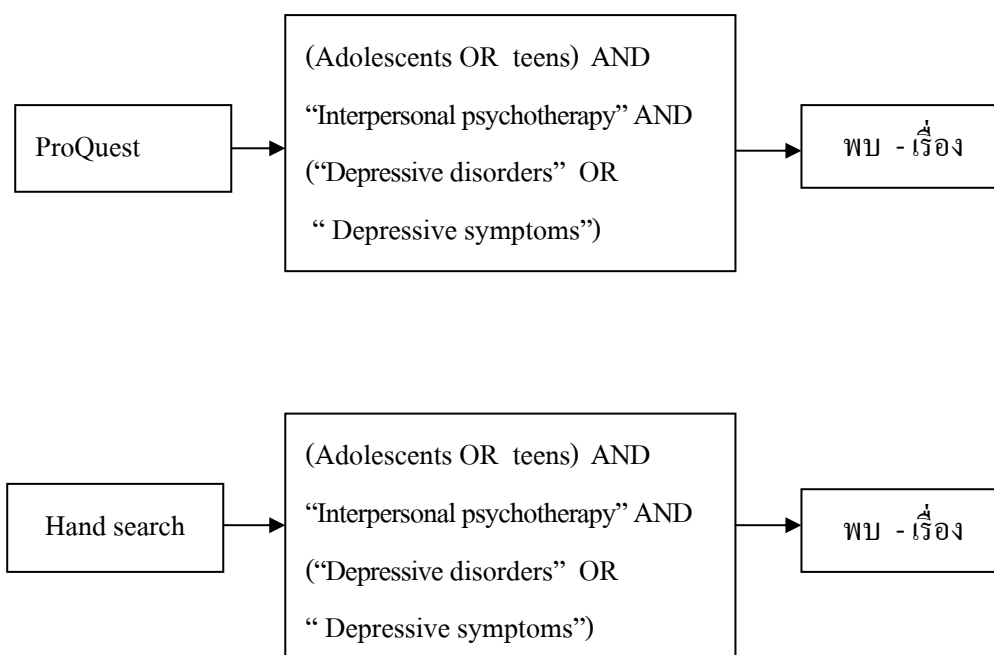
ผลการดำเนินงานค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล เพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นโดยสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้ Cochrane, OVID, CINAHL, PubMed, Blackwell Synergy, SpringerLink, Wiley InterScience, ProQuest, และการสืบค้นด้วยมือ และการสืบค้นด้วยมือ โดยใช้คำค้นดังนี้ Adolescents or teens and “Interpersonal psychotherapy” and “Depressive disorders” or “Depressive symptoms”

3.1 ผลการศึกษาและสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ

จากการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่างๆ สรุปได้ดังนี้







สรุปผลการสืบค้น

จากฐานข้อมูล Cochrane Library ใช้คำใน (Adolescents OR teens) AND "Interpersonal psychotherapy" AND ("Depressive disorders" OR "Depressive symptoms") ไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

จากฐานข้อมูล OVID ไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับขอบเขตการสืบค้น

จากฐานข้อมูล CINAHL ไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับขอบเขตการสืบค้น

จากฐานข้อมูล PubMed พบ 3 เรื่องตรงกับขอบเขตการสืบค้นแต่ไม่ให้ full text

จากฐานข้อมูล Blackwell ไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ตรงกับขอบเขตการสืบค้น

จากฐานข้อมูล SpringerLink ไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ตรงกับขอบเขตการสืบค้น

จากฐานข้อมูล Wiley InterScience พบหลักฐานเชิงประจักษ์ตรงกับขอบเขตการสืบค้น
จำนวน 5 เรื่อง เลือก 5 เรื่อง เนื่องจากให้ full text

จากฐานข้อมูล Pro Quest ไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับขอบเขตการสืบค้น

ตารางแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้และผ่านการประเมินคุณภาพแล้ว

เรื่องที่	งานวิจัย	รูปแบบงานวิจัย	ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์
1.	Mufson, Moreau, Weissman, Wickramaratne, Martin & Samoilov (1994). Modification of Interpersonal Psychotherapy with Depressed Adolescents (IPT-A): Phase I and II Studies. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> , 33; 695-705.	One group pre-post test design	Level V
2.	Mufson & Fairbanks (1996). Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents: A One-Year Naturalistic Follow-up Study). <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> , 35; 1145-1155.	One group pre-post test design	Level V
3.	Mufson, Weissman, Moreau, Garfinkel (1999). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. <i>American Journal Psychiatry</i> , 56; 573-579.	Randomized controlled trial	Level III
4.	Mufson, Dorta, Wickramaratne, Nomura, Olfson, Weissman (2004). A Randomized Effectiveness Trial of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. <i>American Journal Psychiatry</i> , 61; 577-584.	Randomized controlled trial	Level III
5.	Rossello & Bernal (1999). The Efficacy of Cognitive-Behavioral and Interpersonal Treatments for Depression in Puerto Rican Adolescents. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 67; 734 -745.	Randomized controlled trial	Level III

สรุปการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ พบหลักฐานเชิงประจักษ์ฉบับสมบูรณ์ เป็นงานวิจัยเดี่ยวทั้งหมดจำนวน 5 เรื่อง ประกอบด้วย Randomized Controlled Trial จำนวน 3 เรื่อง งานวิจัย One group pre-post test design จำนวน 1 เรื่อง ซึ่งตีพิมพ์เป็น 2 ฉบับ เป็นการติดตามผลต่อเนื่อง หลังจากการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วพบว่าเนื้อหาตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น และจำนวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพียงพอ จึงนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียดเพื่อสกัดข้อมูลมาใช้ในการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาสกัดเนื้อหาสำคัญของหลักฐานเชิงประจักษ์และประเมินความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติและการสรุปเพื่อการนำไปใช้ ทั้ง 5 เรื่อง ลงในตารางดังต่อไปนี้

3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษานำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการประเมินที่ได้รับการประเมินทั้งคุณภาพและระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เกี่ยวกับประเด็นปัญหาทางคลินิกโดยสรุปลงตาราง Collective table และสรุปประเด็นที่ได้จากการสังเคราะห์เพื่อเสนอเป็นข้อแนะนำ (Recommendation) ได้ดังนี้

ตารางการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table)

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินคุณภาพและระดับความเข้มแข็งแล้วทั้ง 5 เรื่อง นำมารวบรวมสรุปดังตารางต่อไปนี้ (Collective table)

เรื่องที่ 1 Modification of Interpersonal Psychotherapy with Depressed Adolescents (IPT-A): Phase I and II Studies

ผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ Mufson, Moreau, Weissman, Wickramaratne, Martin, & Samoilov. (1994)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	ผู้เข้ารับการบำบัด / สถานที่ศึกษา / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ / การติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
วัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิภาพและความเป็นไปได้ของ IPT-A ในวัยรุ่นที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในคลินิก	ผู้เข้ารับการบำบัด Phase I จำนวน 5 ราย Phase II จำนวน 14 ราย สถานที่ศึกษา คลินิกที่สถาบันจิตเวชศาสตร์ ในกรุงนิวยอร์ก ลักษณะผู้เข้ารับการบำบัด 1.อายุ 12-18 ปี 2.เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์ DSM-III-R 3.โรคซึมเศร้าที่ไม่ระบุสาเหตุ 4. โรคซึมเศร้าเรื้อรัง	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ 1.K-SADS-E 2. BDI 3. HRSD 4. SAICA 5. SAS-SR 6. SCL-90 7. C-GAS การติดตามผล ประเมินผลในสัปดาห์ที่ 0, 2, 4, 8 และ 12	การทดลองมี 2 phase Phase I เป็นการพัฒนารูปแบบและคู่มือการบำบัดให้เหมาะสมกับวัยรุ่น Phase II เป็นการทดสอบประสิทธิภาพของการบำบัด Phase I ทำการบำบัดแบบ IPT-A มีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดครบ 11 รายตามคู่มือการบำบัดที่พัฒนาในระยษะที่ 1 ทำการบำบัด 12 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 45 นาที ถ้ามีการบำบัดด้วยตัวเอง ไม่ได้ จะมีการ	Phase I ได้คู่มือการบำบัด IPT-A ซึ่งปรับจาก IPT ของผู้ใหญ่โดย เพิ่มปัญหาสัมพันธภาพปัญหาที่ 5 เข้ามาคือครอบครัวยุ่เดียว และการบำบัดมุ่งเน้นประเด็นความขัดแย้งทางวัฒนธรรมและบทบาทของคนรุ่นต่างๆ ที่ทำให้เกิดความสัมพันธที่ ไม่ระหว่งเด็กกับบิดามารดา ระยะเวลาการบำบัดลดลงจาก 16 ครั้ง เหลือ 12 ครั้ง การบำบัดมีการนำบุคคลที่มีความสำคัญใกล้ชิดกับเด็กเข้าร่วมด้วยในบางครั้ง

วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	ผู้เข้ารับการบำบัด / สถานที่ศึกษา / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ / การติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
	5. Adjustment disorder ที่มีอารมณ์ซึมเศร้า 6. ได้รับอนุญาตจากผู้ปกครอง ให้เข้าร่วมการศึกษา ผู้บำบัด จิตแพทย์เด็ก หรือนักจิตวิทยา คลินิกที่ผ่านการฝึกอบรม การ บำบัดแบบ IPT		บำบัดสั้น ๆ ทางโทรศัพท์	Phase II พบว่า IPT-A เมื่อสิ้นสุดการบำบัด สามารถ ลดอาการซึมเศร้าได้แตกต่างจากก่อนรับการ บำบัดอย่างมีนัยสำคัญ, การหน้าที่ทางสังคม ดีขึ้น จากก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ

หมายเหตุ

1. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children – Epidemiologic Version (K-SADS-E) แบบประเมินวินิจัยการเข้าเกณฑ์โรคซึมเศร้าก่อนการเข้ารับการบำบัดและสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 12
2. Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D or HRSD) เป็นการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ประกอบด้วย 17 ข้อคำถาม ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM IV คะแนนที่เป็นไปได้ จาก 0-52 คะแนน คะแนนที่สูง หมายถึงมีอาการซึมเศร้ามาก ค่าคะแนนที่ขึ้นไปได้อยู่ระหว่าง 0-63 คะแนน
3. Beck Depression Inventory (BDI) เป็นแบบวัดอาการซึมเศร้าของบุคคลคะแนนที่สูง หมายถึง อาการซึมเศร้ามาก ค่าคะแนนที่ขึ้นไปได้อยู่ระหว่าง 0-63 คะแนน
4. Social Adjustment Inventory for children and adolescents (SAICA) เป็นเครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม ประเมินเป็น baseline และประเมินตามกำหนดสัปดาห์ที่ทำการศึกษา

หมายเหตุ

5. Social Adjustment Scale-Self report version (SAS-SR) เป็นเครื่องมือรายงานตนเองแบบข้อใช้วัดการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางสังคม ใน 4 ประเด็นหลักดังนี้ การทำหน้าที่ในโรงเรียน เพื่อน ครอบครัว และกิจวัตรประจำวัน เป็นเครื่องมือที่มีความไว ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากแบบประเมินที่ใช้สำหรับผู้ใหญ่ ได้มีการทดลองใช้มาก่อน
6. Symptom Checklist (SCL-90) (Derogatis., 1977) เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมินอาการทางจิตและทางกายที่เกิดจากความทุกข์ทางใจ
7. Children's Global Assessment Scale (C-GAS)) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการสูญเสียด้านการทำหน้าที่และสามารถระบุระดับผลของการสูญเสียได้
8. Life Events Questionnaire ของ Johnson และ McCutcheon, 1980 เป็นแบบวัดเหตุการณ์ในชีวิต ด้วยการระบุรายการ (check list) แบบคำถามจะมี 5 กลุ่ม ดังนี้ ความขัดแย้ง การสูญเสีย ความรุนแรงการถูกทารุณกรรม การฆ่าตัวตาย และความผิดปกติของบิดามารดา
9. Children's Depression Inventory (CDI) เป็นแบบคัดกรองอาการซึมเศร้าในเด็ก เป็นแบบรายงานตนเองประกอบด้วย 27 ข้อคำถาม
10. Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCS) เป็นแบบรายงานตนเองประกอบด้วย 27 ข้อคำถามเกี่ยวกับสิ่งที่ชอบหรือไม่ชอบในตนเอง
11. Family Emotional Involvement and Criticism Scale (FEICS)) แบบประเมินความผูกพันร่วมกับอารมณ์ภายในครอบครัวและการดำเนินชีวิตโดยนประกอบด้วย 14 คำถาม

เรื่องที่ 2 Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents: A One-Year Naturalistic Follow-up Study
ผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ Mufson & Fairbanks. (1996)

วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	ผู้เข้ารับการบำบัด / สถานที่ศึกษา / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ / การติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
วัตถุประสงค์ เพื่อรายงาน การติดตาม วัยรุ่นที่มี อาการ ซึมเศร้า 14 คนภายใน 1 ปีที่ได้รับ IPT-A เป็น เวลา 3 เดือน	ผู้เข้ารับการบำบัด กลุ่มตัวอย่าง 10 คนคง อยู่ในการวิจัยในเรื่องที่ 1 ซึ่งภายหลังทำการ ติดตามได้เพียง 9 คน สถานที่ศึกษา คลินิกที่สถาบันจิตเวช รัฐนิวยอร์ก ลักษณะผู้เข้ารับการ บำบัด มีผลการประเมินผล ภายหลังสิ้นสุดการ บำบัด IPT-A 12 ครั้ง จากงานวิจัยเรื่องที่ 1	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ วัดคะแนนการฟื้นฟู 1. คะแนน BDI น้อยกว่า หรือเท่ากับ 9 คะแนน 2. HRSD น้อยกว่าหรือ เท่ากับ 6 คะแนน	ติดตามผลการบำบัดแบบ IPT-A ตามคู่มือมาตรฐานของ Mufson. (1993) โดยปรับมาจาก IPT ของ Klerman ทำการบำบัดเมื่อครบ 1 ปี	จากรายงานการติดตามผล 1 ปี พบว่ากลุ่ม ตัวอย่าง ใน 10 คน ที่ติดตามผล มี 9 คนที่ ยังคงภาวะฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้าได้ 1 ปี มี 1 คนเข้าเกณฑ์วินิจฉัย MDD และ Dysthymia เป็นเพราะว่าเขาก่อนตัวจากการ บำบัดในสัปดาห์ที่ 4

เรื่องที่ 3 Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents
ผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ Mufson, Weissman, Moreau, Garfinkel. (1999)

วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	ผู้เข้ารับการบำบัด / สถานที่ศึกษา / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ / การติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพ จิตบำบัด สัมพันธภาพ ระหว่าง บุคคล สำหรับวัยรุ่น ที่มีอาการของ โรคซึมเศร้า	ผู้เข้ารับการบำบัด จำนวน 32 คน กลุ่มทดลอง 21 คน กลุ่มควบคุม 11 คน สถานที่ศึกษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโคลัมเบีย รัฐนิวยอร์กและ สถาบันวิจัยทางด้านจิต เวชในรัฐนิวยอร์ก ลักษณะผู้เข้ารับการ บำบัด 1.อายุ 12-18 ปี 2.วินิจฉัยเป็นโรค Major depressive	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ / การติดตามผล เครื่องมือวัดผลลัพธ์ 1.K-SADS-E ใช้ วินิจฉัยโรคซึมเศร้า 2.HAM-D ใช้ ประเมินอาการ ซึมเศร้า 3.BDI ใช้ประเมิน อาการซึมเศร้า การติดตามผล ประเมินก่อนและ หลังสิ้นสุดการ บำบัด ในสัปดาห์ที่ 8 ทั้ง 2กลุ่มได้รับ การประเมินการเข้า รับการบำบัดโดย	การปรับ IPT-A ให้เหมาะสมตาม พัฒนาการของวัยรุ่น บำบัด 12 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ระยะเวลา 30 นาทีใน สัปดาห์ที่ 1-4 เพิ่มการบำบัดทาง โทรศัพท์แบบสั้น	หลังการบำบัดครบ 12 ครั้ง คะแนน จาก แบบประเมิน HAM-D และ BDI ในกลุ่มทดลอง ที่ได้รับ IPT-A มีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (HAM-D $P < .02$; BDI $P < .05$) หลังสิ้นสุดการบำบัด 12 สัปดาห์ IPT-A เมื่อสิ้นสุดการบำบัดมีผลคะแนน HRSD มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน ถือว่าคะแนนการฟื้นฟู (recovered) จากโรค ซึมเศร้า และ BDI คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนนถือว่าคะแนนการฟื้นฟู (recovered) จากโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกว่า กลุ่มควบคุม

วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	ผู้รับการบำบัด / สถานที่ศึกษา / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ / การติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
	disorder 3.คะแนน HAM-D มากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน ผู้บำบัด จิตแพทย์ นักจิตวิทยา คลินิก ผ่านการอบรม จิตบำบัดสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลกับ ผู้เชี่ยวชาญ	จิตแพทย์ก่อนจะ สิ้นสุดการบำบัด		

เรื่องที่ 4 A Randomized Effectiveness Trial of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents.

ผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ Mufson, Dorta, Wickramaratne, Nomura, Olfson, Weissman. (2004)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	ผู้เข้ารับการบำบัด/สถานที่ศึกษา / ผู้บำบัด/	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/การติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการประยุกต์ใช้ในการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในวัยรุ่นที่มีอาการของโรคซึมเศร้ากับการปฏิบัติตามปกติในคลินิกสุขภาพจิตในโรงเรียน	ผู้เข้ารับการบำบัดจำนวน 63 คน กลุ่มทดลอง 34 คน กลุ่มควบคุม 29 คน สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา คลินิกสุขภาพจิตในโรงเรียน ลักษณะผู้เข้ารับการบำบัด 1. อายุ 12-18 ปี 2. วินิจฉัยเป็นโรค Major depressive disorder or dysthymic disorder or depression not otherwise specified or adjustment disorder with depressed	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ 1. Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) 2. Beck Depression Inventory (BDI) 3. Social Adjustment Scale-Self-Report (SAS-S) การติดตามผล การประเมิน ทุก 4 สัปดาห์ในสัปดาห์ที่ 0,4,8,12 และการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 16	กลุ่มทดลอง ทำการบำบัด IPT-A ได้รับการบำบัด 12-16 ครั้ง การบำบัด 8 ครั้งแรก ใช้เวลา 35 นาที ต่อสัปดาห์ และบำบัดอีก 4 ครั้งภายใน 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพจิตในโรงเรียนรายบุคคลพร้อมครอบครัว 1-3 ครั้ง สัปดาห์ที่ 5 ได้รับการพบจิตแบบกลุ่ม	เมื่อสิ้นสุดการบำบัดกลุ่มที่ได้รับ IPT-A พบว่าค่าคะแนนการฟื้นฟู (HAM-D) 6) จำนวน 17 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติพบว่าจำนวนคนที่ฟื้นฟูหายน้อยกว่าคิดเป็นจำนวน 10 คน และวัดความฟื้นฟูด้วยคะแนน (BDI ≤ 9) พบว่ากลุ่มที่เข้ารับการบำบัดแบบ IPT-A มีจำนวนคนฟื้นฟูหาย 25 คน และคนที่ได้รับการดูแลปกติมีการฟื้นฟูจำนวน 5 คน

วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	ผู้เข้ารับการบำบัด/สถานที่ ศึกษา / ผู้บำบัด/ mood	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ การติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
	3.คะแนนอาการซึมเศร้า จากแบบวัด HAMD มากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน ผู้บำบัด จิตแพทย์ นักจิตวิทยา คลินิก ผ่านการอบรมจิต บำบัดสัมพันธ์ทางพระหว่าง บุคคลกับผู้เชี่ยวชาญ			

เรื่องที่ 5 The Efficacy of Cognitive-Behavioral and Interpersonal Treatments for Depression in Puerto Rican Adolescents.
ผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ Rosello& Bernal. (1999)

วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	ผู้เข้ารับการบำบัด / สถานที่ศึกษา / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ / การติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
เพื่อ ศึกษา ประสิทธิภาพ ของการบำบัด ทางความคิด พฤติกรรม และ การบำบัดด้าน สัมพันธ์ทาง ระหว่างบุคคล ในวัยรุ่น เปอร์โตริโกที่มี อาการซึมเศร้า	ผู้เข้ารับการบำบัด จำนวน 71 คน IPT-A 23 คน CBT 25 คน Wait-list control 23 คน สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา ศูนย์การศึกษาวิจัยและ การให้บริการด้านจิตเวช ของมหาวิทยาลัย เปอร์โตริโก ลักษณะผู้เข้ารับการ บำบัด 1.อายุ 13-18 ปี 2..วินิจฉัยเป็นโรค Major depressive disorder or	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ 1.Children's Depression Inventory (CDI) 2.Piers-Harris Children's Self-Concept Scale(PHCSCS) 3.Social Adjustment Scale for Children and Adolescents (SASCA) 4.Family Emotional Involvement and Criticism Scale (FEICS) การติดตามผล การประเมิน ก่อนและหลัง	การบำบัดทั้งสองกลุ่ม คือกลุ่ม CBT และ IPT ใช้การบำบัด 12 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง 45 นาที 1 ชั่วโมง การบำบัด IPT-A แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ การบำบัดระยะต้น ครั้งที่ 1-4 เป้าหมายเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับ อาการซึมเศร้า แนวทางการบำบัด การประเมินปัญหาหลักด้าน สัมพันธ์ทางที่เป็นสาเหตุของโรค ซึมเศร้า การบำบัดระยะกลาง ครั้งที่ 5-8 เป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับ แก้ปัญหาระดับความสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลที่เป็นปัญหา การแก้ไขปัญห การบำบัดระยะสิ้นสุด ครั้งที่ 9-12 บอกรับการสิ้นสุดการบำบัด การ	จากผลการศึกษาพบว่า IPT -A และ CBT มีประสิทธิภาพในการลดอาการ ซึมเศร้าในวัยรุ่น โรคเปอร์โตริโกทั้งสอง กลุ่มอาการซึมเศร้า เพิ่ม self esteem อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ รอการบำบัด ขนาดอิทธิพลของการบำบัดแบบ IPT - A ต่ออาการซึมเศร้า (CDI) = 0.73 และ ขนาดอิทธิพลของการบำบัดแบบ CBT ต่ออาการซึมเศร้าซึ่งมีระดับปานกลาง = 0.43

วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	ผู้เข้ารับการบำบัด / สถานที่ศึกษา / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ / การติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
	dysthymic disorder 3.MDD + dysthymic ผู้บำบัด นักศึกษาสาขาจิตวิทยา คลินิกระดับ บัณฑิตศึกษาที่มี ประสบการณ์ในคลินิก ประมาณ 3 ปี ผ่านการ อบรมจากผู้เชี่ยวชาญ	การเข้ารับการบำบัดและมี การติดตามผล 3 เดือน	ยอมรับความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิด จากการแยกจาก ทบทวนการทำ บำบัด และการตระหนักรู้ศักยภาพ ในการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	

คุณสมบัติของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาตั้งคราห์

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5
ผู้วิจัย	Mufson et al. (1994)	Mufson & Fairbanks (1996)	Mufson et al. (1999)	Mufson et al. (2004)	Rossello & Bernal (1999)
ระเบียบวิธีวิจัย	One group pre-post test design	One group pre-post test design	Randomized controlled trial	Randomized controlled trial	Randomized controlled trial
รูปแบบการบำบัด	IPT-A คู่มือพัฒนาโดย Mufson et al., (1993) ประยุกต์จาก IPT ของ Gerald L. Klerman (1984) ถ้ามายังตนเองไม่ได้ ได้รับการบำบัดทางโทรศัพท์แบบสั้นๆ	ติดตามผลจากเรื่องที่ 1 ภายใน 1 ปี	IPT-A คู่มือพัฒนาโดย Mufson et al., (1993) ประยุกต์จาก IPT ของ Gerald L. Klerman. (1984)	IPT-A คู่มือพัฒนาโดย Mufson et al., (1993) ประยุกต์จาก IPT ของ Gerald L. Klerman, (1974)	IPT-A คู่มือพัฒนาโดย Mufson et al., (1993) ประยุกต์จาก IPT ของ Gerald L. Klerman, (1984)
ประเภทผู้ป่วย	1.อายุ 12-18 ปี 2.วินิจฉัยเป็นโรค Major depressive disorder or dysthymic disorder or	1.อายุ 12-18 ปี 2.วินิจฉัยเป็นโรค Major depressive disorder or dysthymic disorder or	1.อายุ 12-18 ปี 2.วินิจฉัยเป็นโรค Major depressive disorder 3.คะแนน HAM-D	1. อายุ 12-18 ปี 2. วินิจฉัยเป็นโรค Major depressive disorder or dysthymic disorder or	1.อายุ 13-18 ปี 2..วินิจฉัยเป็นโรค Major depressive disorder or dysthymic disorder

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5
	depression not otherwise specified or. adjustment disorder with depressed	depression not otherwise specified or adjustment disorder with depressed	มากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน	depression not otherwise specified or adjustment disorder with depressed 3.คะแนน HAM-D มากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน 4.Global Assessment scale for children. (C-GAS) $\leq$ 65 คะแนน	3.MDD + dysthymic
สถานที่บำบัด	คลินิกที่สถาบันจิตเวช รัฐ นิวออร์ค	คลินิกที่สถาบันจิตเวช รัฐ นิวออร์ค	แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโคลัมเบีย รัฐ นิวออร์คและสถาบันจิตเวช ทางด้านจิตเวชในรัฐ นิวออร์ค	คลินิกสุขภาพจิตใน โรงเรียน	ศูนย์การศึกษาวิจัยและแผนกการให้บริการด้านจิตเวชของมหาวิทยาลัยเพอร์โดโรโก
ระดับอาการซึมเศร้า	ไม่กำหนด	ไม่กำหนด	ปานกลาง – รุนแรง	ปานกลาง – รุนแรง	ไม่กำหนด

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5
ได้รับยาต้านเศร้า	ไม่ได้รับ	ไม่ได้รับ	ไม่ได้รับ	ถ้ามีคะแนน HAMD $\geq$ 25 คะแนนรับยาต้านเศร้าร่วมด้วย	ไม่ได้รับ
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	Phase I กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย	กลุ่มตัวอย่าง 10 คน ได้รับการบำบัดครบ 9 คน	48 คน กลุ่มทดลอง 24 คน เหลือ 21 คน	63 คน กลุ่มทดลอง 34 คน เหลือ 30 คน	71 คน IPT-A 23 คน Post test เหลือ 13 คน
	Phase II กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 คน	ต่อเนื่องจากเรื่องที่ 1 ติดตามผล 1 ปี	กลุ่มควบคุม 11 คน	กลุ่มควบคุม 29 คน	CBT 25 คนเหลือ 21 คน Wait-list control 23 คน เหลือ 18 คน
Droup out	3 คน	4 คน	กลุ่มทดลอง 24 คน	5	4
ระยะเวลาในการบำบัดและจำนวนครั้งในการบำบัด	IPT-A ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที	IPT-A ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที	IPT-A ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที	IPT-A ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 35 นาที	IPT-A ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 60 นาที
ระยะเวลาติดตามผล	ประเมินผลในสัปดาห์ที่ 0, 2, 4, 8 และ 12	การประเมินผลในสัปดาห์ที่ 0, 2, 4, 8 และ 12	ประเมินก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัด ในสัปดาห์ที่ 8 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่ม	การประเมิน ทุก 4 สัปดาห์ในสัปดาห์ที่ 0, 4, 8, 12 และการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 16	การประเมิน ก่อนและหลังการเข้ารับการบำบัด และมีการติดตามผล 3 เดือน

หัวข้อเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5
			ควบคุม ^{๓๙๘} ใต้รับการ ประเมินการเข้ารับการ บำบัดโดยจิตแพทย์ก่อน จะสิ้นสุดการบำบัด		

สรุปประเด็นจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น (Interpersonal Psychotherapy for depression Adolescent: IPT-A) หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นมาได้ทั้งหมด 5 เรื่องเป็น Randomized Controlled Trial จำนวน 3 เรื่อง งานวิจัย One group pre-post test design จำนวน 1 เรื่อง ซึ่งตีพิมพ์เป็น 2 ฉบับ เป็นการติดตามผลต่อเนื่อง งานวิจัยทั้งหมดใช้รูปแบบและคู่มือการบำบัดจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลในวัยรุ่น (IPT-A) ซึ่งพัฒนาโดยมฟสันและคณะ (Mufson et al., 1991) เป็นจิตบำบัดระยะสั้น ที่มีการพัฒนามาจากจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลมาตรฐาน (Interpersonal Psychotherapy: IPT) ของ เคลอแมนและคณะ (Klerman et al., 1984) ซึ่ง IPT-A ได้พัฒนามาใช้กับวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าโดย Mufson และคณะ (1994; Level V) มีการพัฒนาคู่มือการบำบัด ปรับปรุงคู่มือการบำบัด ทดสอบการบำบัด เริ่มจากการบำบัดวัยรุ่นโรคซึมเศร้า 5 ราย และได้เพิ่มเติม ปัญหาที่เกิดจากครอบครัวเดี่ยวเดียว เป็นปัญหาระหว่างบุคคลปัญหาที่ 5 จากปัญหาด้านสัมพันธ์ทางที่ก่อให้เกิดปัญหาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น (Interpersonal Problem Areas) ใน 4 ด้าน ได้แก่ ความโศกเศร้าจากการสูญเสีย (Grief and Loss) ความขัดแย้งระหว่างบุคคล (Interpersonal Disputes) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (Role Transitions) การพร่องสัมพันธ์ทาง (Interpersonal Sensitivity / Deficit) (Mufson et al., 1994; Level V) IPT-A เป็นจิตบำบัดชนิดหนึ่งที่มีกระบวนการบำบัดที่เป็นมาตรฐาน มีโครงสร้างชัดเจนและได้รับการยอมรับว่าสามารถลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ การบำบัดจะเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของปัญหาด้านสัมพันธ์ทางที่เกิดขึ้นกับอาการซึมเศร้า เช่น การเปลี่ยนผ่านบทบาทตามวัยและความขัดแย้งทางวัฒนธรรม ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างเด็กกับบิดามารดา มีการบำบัดทางโทรศัพท์แบบสั้นๆ ในรายที่ไม่สามารถรับการบำบัดอย่างต่อเนื่องได้ จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 5 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะเดียวกัน ได้แก่ วัยรุ่นอายุ 12-18 ปี เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM หรือ โรคซึมเศร้าที่ไม่ระบุสาเหตุหรือโรคซึมเศร้าเรื้อรัง หรือ Adjustment disorder ที่มีอารมณ์ซึมเศร้า ต่อมาในปี ค.ศ. 2004 Mufson ได้นำไปทดลองในคลินิกสุขภาพจิตของโรงเรียน ซึ่งเด็กที่ถูกส่งมาจะมีอาการซึมเศร้าตั้งแต่คะแนน HAM-D ≥ 10 คะแนนส่วนเรื่องที่ 5 Rossello & Bernal (1999) ได้นำไปใช้กับวัยรุ่นที่ต่างวัฒนธรรมคือชาวเปอโตริโก หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 5 เรื่อง มีการบอกเกี่ยวกับผู้ที่ไม่ควรนำเข้ามาบำบัด ดังนี้ กำลังมีความคิดฆ่าตัวตาย หรือ ระดับสติปัญญาต่ำกว่า 70 หรือ มีอาการทางจิตหรือ ได้รับการวินิจฉัยว่าคิดสารเสพติด หรือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค conduct disorders หรือ โรคอารมณ์แปรปรวนแบบสองขั้วและกำลังได้รับการรักษา

มีการประเมินผลลัพธ์โดยใช้แบบประเมินการเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคตาม DSM -III -R ได้แก่ K-SADS- E (Puig -Antich et al., 1980) (Mufson et al., 1999: Level III)

การประเมินอาการโรคซึมเศร้า ใช้เครื่องมือดังนี้ Hamilton Rating scale for Depression (HRSD) และ Beck Depression Inventory (BDI) (Mufson et al., 1999: Level III)

การฟื้นฟูหายจากโรค โดยพิจารณาจากคะแนน HAM-D ≤ 6 คะแนน BDI ≤ 9 คะแนน (Mufson et al., 1999: Level III)

หลังการบำบัดพบว่า IPT-A สามารถลดอาการของโรคซึมเศร้า และเพิ่มความสามารถทางสังคมได้ดี สามารถใช้บำบัดลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นและการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น ซึ่งการติดตามผลระยะ 1 ปีพบว่าอาการซึมเศร้านี้ยังคงลดลง (Mufson & Fairbanks, 1996: Level V)

3.4 ข้อเสนอแนะ (Recommendations) ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้

จากการสืบค้น ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 5 เรื่อง เป็น Randomized Controlled Trial จำนวน 3 เรื่อง งานวิจัย One group pre-post test design จำนวน 1 เรื่อง ซึ่งตีพิมพ์เป็น 2 ฉบับ เป็นการติดตามผลต่อเนื่อง หลังจากการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วพบว่าเนื้อหาตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือการลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น และจำนวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพียงพอ จึงนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาเพื่อให้ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ดังต่อไปนี้

จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้น มุ่งเน้นที่การแก้ไขปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เป็นสาเหตุของอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นในปัจจุบัน ซึ่งจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นได้พัฒนาให้มีความเฉพาะกับปัญหาของวัยรุ่น เช่น ปัญหาความสัมพันธ์กับพ่อแม่ซึ่งมีความขัดแย้งทางวัฒนธรรมและบทบาทของวัยรุ่นพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย และปัญหาของครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว เรียกว่า จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในวัยรุ่น (Interpersonal Psychotherapy for Adolescents: IPT-A) ซึ่งพัฒนามาจากจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล แบบมาตรฐาน (Standard Interpersonal Psychotherapy: IPT) ของ Gerald L. Klerman (1984) จากแนวคิดทฤษฎีความผูกพัน (Attachment Theory) มีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและให้การสนับสนุนทางสังคม โดยการเชื่อมโยงอาการของโรคซึมเศร้ากับปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่ง (Interpersonal Problem Areas) ใน 4 ด้าน ได้แก่ การสูญเสีย (Grief and Loss) ขัดแย้งกับบุคคลสำคัญ (Interpersonal Disputes) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (Role Transitions) การพร้อมสัมพันธ์ภาพ (Interpersonal

Sensitivity / Deficit) และเพิ่มปัญหาที่ 5 คือ ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว (single parents) ในประเด็นที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากำลังเผชิญอยู่ (Mufson et al., 1994: Level V)

คุณสมบัติของผู้รับการบำบัด

1. วัยรุ่นที่มีอายุ 12-18 ปี
2. เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM (Mufson et al., 2004: Level III) ว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) หรือโรคซึมเศร้าเรื้อรัง หรือโรคซึมเศร้าที่ไม่ระบุสาเหตุ หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Adjustment disorder ที่มีอารมณ์ซึมเศร้า (Mufson et al., 2004: Level III)
3. มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางขึ้นไป พิจารณาคะแนนจากแบบประเมิน HAM-D คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน (Mufson et al., 2004: Level III)
4. ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่มีอาการทางจิต
5. ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสารเสพติด, Bipolar disorder ที่กำลังรักษาตัวอยู่, Conduct disorder
6. ระดับสติปัญญาเท่ากับหรือมากกว่า 70 หรือไม่มีภาวะปัญญาอ่อน

คุณสมบัติผู้บำบัด

จิตแพทย์เด็ก พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก ผู้บำบัดผ่านการอบรมจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดแบบ IPT และมีคู่มือประกอบการบำบัด (Mufson et al., 1994: Level V; Mufson et al., 1999: Level III; Mufson et al., 2004: Level III)

สถานที่

สถานที่ที่เหมาะสมที่จะทำการบำบัด ควรเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยมารับบริการในคลินิก โดยไม่ต้องพักค้าง เช่น คลินิกให้คำปรึกษาทางจิตเวชหรือแผนกผู้ป่วยนอก (Mufson et al., 1999: Level III) และคลินิกสุขภาพจิตในโรงเรียน (Mufson et al., 2004: Level III)

ระยะเวลา จำนวนครั้งของการบำบัด

ใช้เวลาในการบำบัด 3 เดือน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 - 60 นาที ติดต่อกัน 12 ครั้ง (Mufson et al., 2004: Level III)

วิธีการบำบัด

ทำการบำบัดรายบุคคลตามคู่มือของ Mufson และคณะ (1993) ซึ่งพัฒนาจาก Gerald L. Klerman และคณะ (1984) โดยปรับวิธีการบำบัดตามพัฒนาการของวัยรุ่น เช่น การแยกจากบิดามารดา การเจาะลึกเกี่ยวกับความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับบิดามารดา พัฒนาการทางด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประสบการณ์ครั้งแรกเกี่ยวกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดจากการเสียชีวิต หรือการสูญเสียเพื่อน และอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ประเมินจากปัญหาสัมพันธภาพทั้ง 4 ด้านได้แก่ การสูญเสีย (Grief and Loss) ขัดแย้งกับบุคคลสำคัญ (Interpersonal Disputes) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (Role Transitions) การพร่องสัมพันธภาพ (Interpersonal Sensitivity / Deficit) และเพิ่มเติมปัญหาที่ 5 ได้แก่ การอาศัยอยู่ในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว (single parents) (Mufson et al., 1999: Level III) การบำบัดจะเชื่อมโยงปัญหาสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น กับอาการของโรคซึมเศร้าเพื่อให้เด็กเกิดความตระหนัก ถึงการเปลี่ยนผ่านบทบาทตามวัย และความขัดแย้งทางวัฒนธรรมของบรรพบุรุษ ที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างเด็กกับบิดามารดา (Mufson et al., 1999: Level III)

ให้การบำบัดทางโทรศัพท์ในรายที่ไม่สามารถรับการบำบัดด้วยตนเองได้ และพยายามไม่ให้ บทบาทการเจ็บป่วยของวัยรุ่น เป็นข้อจำกัดในการปฏิบัติการกิจในชีวิตประจำวัน ตัวอย่างเช่น การให้กำลังใจให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่วัยรุ่นทั่วไปสามารถปฏิบัติได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยทำไม่ได้หรือทำได้ไม่ดี ติดตามความสามารถในการเรียนในโรงเรียน และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (Mufson et al., 1994: Level V)

การบำบัดแบ่งเป็น 3 ระยะ (Rossello & Bernal, 1999: Level III)

การบำบัดระยะต้น การบำบัดครั้งที่ 1-4 เป้าหมายเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า และการเกิดอาการซึมเศร้า ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัด การประเมินปัญหาหลักด้านสัมพันธภาพที่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า การวางแผนการบำบัด การประเมินความคาดหวังเกี่ยวกับการบำบัด จะมีการพูดคุยถึงอาการของโรคซึมเศร้าและความสามารถในการปฏิบัติการกิจในชีวิตประจำวัน

การบำบัดระยะกลาง การบำบัดครั้งที่ 5-8 เป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเลือกปัญหาสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลที่เป็นปัญหา การติดตามอารมณ์ซึมเศร้า การเอื้อให้เกิดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในทางบวก และป้องกันการเข้ามาแทรกแซงของบิดามารดาที่นำบุตรมาบำบัด

การบำบัดระยะสิ้นสุด การบำบัด 4 ครั้งสุดท้าย คือการบำบัดครั้งที่ 9 - 12 บอกถึงการสิ้นสุดการบำบัด การยอมรับความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดจากการแยกจาก ทบทวนเกี่ยวกับการบำบัด และอาการซึมเศร้า และการตระหนักรู้ศักยภาพในการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

หัวใจของการบำบัดแบบ IPT ด้านหนึ่งคือ การระบุปัญหาระหว่างบุคคลหลักที่เกิดขึ้น (primary interpersonal problem) ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่จะไม่เกิดขึ้นร่วมกันแต่จะมีการหลอ่อมล้ากัน

บ้าง ผู้บำบัดจะพิจารณาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้ที่เป็นตัวกระตุ้นการเกิดอาการซึมเศร้า ประเด็นปัญหาหลักขั้นต้น ที่เป็นเป้าหมายของ IPT ได้แก่

1. ความโศกเศร้าจากการสูญเสีย
2. ความขัดแย้งระหว่างบุคคล
3. การเปลี่ยนผ่านบทบาท
4. ความบกพร่องในการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ประเด็นปัญหาขั้นต้นทั้ง 4 ด้าน มีเป้าหมายโดยทั่วไปและกลยุทธ์ในการบำบัด ดังต่อไปนี้

อารมณ์โศกเศร้าจากการสูญเสีย

ถ้าอาการซึมเศร้าสัมพันธ์กับความโศกเศร้าซึ่งเป็นผลจากการสูญเสีย หรือ จากบุคคลอันเป็นที่รัก ประเด็นนี้ก็จะเน้นเป็นจุดเน้นของการบำบัด ผู้บำบัดจะใช้กลยุทธ์หลายอย่างต่อปฏิกิริยาโศกเศร้า ได้แก่ การดึงเอาความรู้สึกออกมา การเผยความรู้สึกออกมาโดยไม่ตัดสินถูกผิดดีเลว การให้ความมั่นใจ การรื้อสร้างความสัมพันธ์ของวัยรุ่นกับบุคคลที่ผ่านมา พัฒนาการตระหนักรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ความขัดแย้งระหว่างบุคคล (Interpersonal dispute)

เป็นความคาดหวังที่ไม่สมหวังในความสัมพันธ์ระหว่าง วัยรุ่นกับบุคคลอื่น ถ้าความขัดแย้งระหว่างบุคคลเกิดขึ้น และดำเนินอยู่ต่อไป และมีความถี่เพิ่มขึ้น จะมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าในวัยรุ่น ดังนั้นความขัดแย้งระหว่างบุคคลจึงเป็นจุดเน้นของการบำบัด เป้าหมายการบำบัดเพื่อระงับความขัดแย้งระหว่างบุคคล พัฒนาแผนการปฏิบัติ ส่งเสริมให้มีแบบแผนการสื่อสารที่ดีขึ้นกว่าเดิม และ ประเมินความคาดหวัง การบำบัด IPT มีกลยุทธ์หลายอย่าง ได้แก่ การวิเคราะห์และสำรวจเพื่อให้เห็นความขัดแย้งของบทบาท การอภิปรายว่าความขัดแย้งนั้นสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าอย่างไรและการสำรวจความคาดหวัง การให้คุณค่าทางเลือก และชุมทรัพย์ (resource) ที่มีอยู่

การเปลี่ยนผ่านบทบาท

การเปลี่ยนแปลงใดๆที่เกิดขึ้นกับชีวิตวัยรุ่น ได้แก่ การหย่าร้างของบิดามารดา การมีน้องใหม่ การเปลี่ยนโรงเรียน การว่างงาน การย้ายที่อยู่ และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เป็นประสบการณ์คล้ายกับการสูญเสียและมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า เหตุการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา และการเปลี่ยนแปลงอาจถูกมองว่ามีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า เป้าหมายของการบำบัดเพื่อให้วัยรุ่นมองบทบาทใหม่ในทางบวกและเป็นโอกาสในการเติบโต และค้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยสนับสนุนศักยภาพในการเผชิญกับสถานการณ์และความต้องการใหม่ ผู้บำบัด จะใช้กลยุทธ์หลายอย่าง ได้แก่ การตรวจสอบบทบาทเก่าและใหม่ในทางลบและบวก การประเมินการสูญเสียตาม

สภาพการณ์จริง การระบายความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง สนับสนุนการสร้างระบบสนับสนุนใหม่ และส่งเสริมให้ใช้ทักษะทางสังคมใหม่กับบทบาทใหม่

ความบกพร่องในการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

จะสังเกตได้จากการมีประวัติความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ไม่ดี ความบกพร่องเหล่านี้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่พึงพอใจกับคนใกล้ชิดได้สิ้นสุดลง IPT จะระบุชนิดของความบกพร่องทางสังคมใน 3 ด้าน คือ การแยกตัวจากสังคม สัมพันธภาพสังคมไม่ได้เติมเต็มความต้องการ การมีอารมณ์ซึมเศร้าเรื้อรัง เป้าหมายของการบำบัดเพื่อลดการแยกตัวจากสังคม กลยุทธ์การบำบัดที่นำมาใช้มากที่สุด ได้แก่ การสำรวจความสัมพันธ์ในอดีตอย่างละเอียด และสนับสนุนให้มีการสร้างสัมพันธภาพใหม่

โครงสร้างของ IPT มีความยืดหยุ่นและไม่จำเป็นต้องดำเนินการตามตารางการบำบัดที่กำหนด ใน 4 ครั้งแรก กล่าวถึงประวัติของอาการซึมเศร้าที่เคยมี และอธิบายแนวทางบำบัดและวัตถุประสงค์ของ IPT งานสำคัญ 2 งานสำหรับผู้บำบัดในช่วงนี้คือ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และการทำให้การบำบัดมีความต่อเนื่อง และการทำความเข้าใจประเด็นปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลขั้นต้นที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า และในที่สุดผู้บำบัดจะตั้งเป้าหมายของการบำบัด การบำบัด 4 ครั้งต่อมาจะเน้นการแก้ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในแต่ละราย และการบำบัด 4 ครั้งสุดท้าย จะเป็นการสนับสนุนให้วัยรุ่นรู้สึกว่าคุณเองมีศักยภาพในการแก้ปัญหาของตน และความหมายของการล้มเลิกความสัมพันธ์ ในช่วงนี้จะเป็นการป้องกันการกลับมามีอาการซึมเศร้าซ้ำหลังสิ้นสุดการบำบัด

การประเมินผลลัพธ์

ความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้าเป็นผลลัพธ์หลักของการบำบัดแบบ IPT-A ในครั้งนี้ ซึ่งสามารถประเมินด้วยเครื่องมือมาตรฐาน และระยะเวลาการประเมินดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

1.1 Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและใช้วัดผลการบำบัด (Mufson & Fairbanks, 1999: Level III)

ใช้เกณฑ์ระดับคะแนนในการแปลผลดังนี้

ระดับคะแนน ≥ 15 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

ระดับคะแนน 10-15 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 6-10 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

ระดับคะแนน ≤ 6 คะแนน หมายถึง มีอาการพ้นหายจากโรคซึมเศร้า

1.2 Beck Depression Inventory (BDI) เป็นแบบการรายงานอาการด้วยตนเอง มี 20 ข้อคำถาม ใช้เกณฑ์ระดับคะแนนในการแปลผลดังนี้ (Mufson & Fairbanks, 1999: Level III)

ระดับคะแนน ≥ 15 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง

ระดับคะแนน 10-15 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

ระดับคะแนน ≤ 9 คะแนน หมายถึง มีอาการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า

1.3 Children's Depression Inventory (CDI) แบบคัดกรอง CDI ประกอบด้วยคำถาม 27 ข้อ แต่ละคำถามมี 3 ตัวเลือก เพื่อบอกความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การให้คะแนน จะให้ตามความรุนแรงของอาการ ผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงกว่า 15 ขึ้นไปจากการคัดกรองถือว่ามีความเสี่ยงสูงที่มีนัยสำคัญทางคลินิก (Rossello & Bernal, 1999: Level III)

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการเศร้าเลย

คะแนน 1 หมายถึง มีอาการน้อย

คะแนน 2 หมายถึง มีอาการตลอดเวลา

คะแนนรวม มีได้ตั้งแต่ 0 ถึง 54

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม

2.1 Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents (SAICA) ของ John และคณะ (1987) ซึ่งใช้ประเมินเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวัดระดับการทำหน้าที่ทางสังคมและใช้ในการประเมินผลการบำบัด (Mufson et al., 1994: Level V)

2.2 Social Adjustment Scale-Self-Report (SAS-SR) ของ Garber และคณะ (1988) และของ Weissman และ Bouthwell (1976) (Mufson et al., 1994: Level V) เป็นเครื่องมือรายงานตนเองแบบย่อใช้วัดการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางสังคม ใน 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ การทำหน้าที่ในโรงเรียน เพื่อน ครอบครัว และกิจวัตรประจำวัน เป็นเครื่องมือที่มีความไว ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากแบบประเมินที่ใช้สำหรับผู้ใหญ่ ได้มีการทดลองใช้มาก่อน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการทำหน้าที่โดยทั่วไป

3.1 Symptom Checklist (SCL-90) ของ Derogatis (1977) เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมินอาการทางจิต และอาการทางกายที่เกิดจากการเจ็บป่วยทางจิต เป็นเครื่องมือที่ผ่านการประเมินค่าความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือแล้ว ใช้ในการประเมินผลการบำบัดใน สัปดาห์ที่ 12 เมื่อสิ้นสุดการบำบัด (Mufson & Fairbanks, 1999: Level III)

3.2 Children's Global Assessment Scale (C-GAS) ใช้ประเมิน global functioning โดยผู้บำบัดเป็นผู้ประเมินปรับมาจากแบบประเมิน GAS ในผู้ใหญ่เพื่อใช้ในเด็ก ของ Shaffer และคณะ (1983) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการสูญเสียด้านการทำหน้าที่และสามารถระบุระดับผลของการสูญเสียได้ (Mufson & Fairbanks, 1999: Level III)

4. ระยะเวลาและการติดตามประเมินผลลัพธ์

มีการประเมินผลก่อนและสิ้นสุดการบำบัด ในสัปดาห์ที่ 0 และ 12 (Mufson & Fairbank, 1999: Level III) และมีการประเมินระหว่างการบำบัดทุก 4 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 0, 4, 8, 12 และการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 16 (Mufson et al., 2004: Level III) หรือติดตามผล 3 เดือน (Rossello & Bernal, 1999: Level III) และถ้าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการบำบัดอาจพิจารณาเพิ่มความถี่ของการประเมินผล ในสัปดาห์ที่ 0, 2, 4, 8 และ 12 หรือพิจารณาส่งไปบำบัดด้วยวิธีอื่นต่อไป (Mufson et al., 1994: Level V) และติดตามผลการบำบัดระยะยาว 1 ปี (Mufson & Fairbank, 1999: Level III)

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ผู้ศึกษาค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษาโดยใช้กรอบ PICO (PICO Framework) (Melnyk & Fineout-overholt, 2002) เป็นแนวทางในการสืบค้น เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด

Population : Adolescents with depressive disorder, Teens with depressive disorder

Intervention : Interpersonal psychotherapy

Comparison intervention : -

Outcome : depressive symptoms

ใช้คำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ Adolescents or teens and “Interpersonal psychotherapy” and “Depressive disorders” or “Depressive symptoms” สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากระบบฐานข้อมูลต่างๆ จากการสืบค้น ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 5 เรื่อง เป็น Randomized Controlled Trial จำนวน 3 เรื่อง งานวิจัย One group pre-post test design จำนวน 1 เรื่อง ซึ่งตีพิมพ์เป็น 2 ฉบับเป็นการติดตามผลต่อเนื่อง หลังจากสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้มาวิเคราะห์สังเคราะห์ และสกัดเนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงในตารางการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มตัวอย่าง สถานที่เก็บข้อมูล ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของหลักฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา รูปแบบการบำบัด วิธีการดำเนินการวิจัย และผลการศึกษาวิจัย สำหรับผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 ด้าน ได้แก่ (1) ความตรงของงานวิจัย (2) สรุปผลการวิจัย (3) ความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปใช้

หลังจากอ่านบททบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 5 เรื่อง แล้วพบว่าจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสามารถลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในโรงพยาบาลลำสนธิ ซึ่งผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ ผู้ศึกษาจึงนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อเสนอเป็นข้อแนะนำ (Recommendation) ในการทำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะ (Recommendation) ในการนำไปปฏิบัติ

1. ควรนำข้อเสนอแนะที่สังเคราะห์จากการศึกษานี้ไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและทำการวิจัยแบบ Routine to Research เพื่อประเมินผลลัพธ์ ปัญหาอุปสรรค ความคุ้มค่า คุ้มทุนในการดำเนินการ และเพื่อให้แนวทางการบำบัด สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมของประเทศไทย
2. ก่อนนำไปใช้ควรมีการพัฒนาคู่มือเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพเพื่อลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน
3. ควรมีการเผยแพร่ผลของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยวิธีการต่างๆ เช่น การประชุมวิชาการ การลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการ เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และพัฒนางานด้านการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป
4. ควรมีการจัดหลักสูตรอบรม IPT-A แบบเข้มข้นให้กับพยาบาลจิตเวชเพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการบำบัดผู้มีปัญหาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

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

บุญญาภา ราชเสนา 5037319 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, พย.ค., อติยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, Ph.D. (NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นวัยที่เชื่อมต่อระหว่างวัยเด็ก และวัยผู้ใหญ่ถือเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตที่สำคัญ วัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจโดยได้รับอิทธิพลจากฮอร์โมนเพศ วัยนี้มีความคิดค่อนข้างอิสระ ต้องการเป็นตัวของตัวเอง พยายามสร้างเอกลักษณ์ของตนเอง อยากให้เพื่อนยอมรับตน และต้องการเป็นหนึ่งในกลุ่มเพื่อน เริ่มมองบทบาทของตนเองที่แยกออกจากครอบครัวมากขึ้น เริ่มไม่ยอมรับความเห็นของพ่อแม่ ต้องการความเป็นส่วนตัว ขณะเดียวกันอารมณ์จะยิ่งสับสน วุ่นวายขึ้นๆลงๆทำให้โอกาสที่จะขัดแย้งกับพ่อแม่มีมากขึ้น บางครั้งรุนแรงจนถึงขั้นหนีออกจากบ้านหันไปหายาเสพติดหรือเกิดอาการซึมเศร้าจนคิดอยากฆ่าตัวตาย (วรวิมล เจริญศิริ, 2010)

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีความสำคัญเพราะองค์การอนามัยโลกประมาณการไว้ว่าในปี 2563 โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีภาระโรคมามากเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 154 ล้านคนทั่วโลก (อภิชัย มงคล, 2551) ความชุกของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นพบร้อยละ 18 (Saluja et al., 2004) จากการสำรวจสุขภาพจิตของวัยรุ่นในสถานศึกษาปี 2547 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบนักเรียนระดับมัธยมปลายและปวช. มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 16.41 หรือราว 1 ใน 6 คน จะมีภาวะซึมเศร้า โดยนักเรียนใน

กรุงเทพมหานครมีภาวะซึมเศร้าสูงสุดร้อยละ 20.63 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 17.28 ภาคใต้ร้อยละ 15.60 ภาคเหนือร้อยละ 15.15 และภาคกลาง ร้อยละ 14.14 ซึ่งมีสาเหตุจากครอบครัวแตกแยก ปัญหาการเงิน และการเรียน จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่าวัยรุ่นปัจจุบันต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง

จากข้อมูลเวชสถิติโรงพยาบาลลำสนธิ วัยรุ่นอายุตั้งแต่ 10 - 20 ปี ได้รับการตรวจจากจิตแพทย์โดยตรงและได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ในปี พ.ศ. 2552 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจจากแพทย์ทุกวัยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าทั้งหมด 22 คนได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น 7 คน ในปีพ.ศ. 2553 จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด 36 คน ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น 12 คน ในปีพ.ศ. 2554 จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด 42 คน ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น 23 คน ตามลำดับ จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นมีอัตราสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และผู้ที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการซึมเศร้า ถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้า

การแสดงออกของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นมักไม่แสดงอาการซึมเศร้าออกมาโดยตรง แต่ มักแสดงออกทางพฤติกรรมและอาการทางกาย วัยรุ่นบางรายอาจจะเกิดโรคซึมเศร้าแฝง โดยแสดงอาการในลักษณะต่อต้าน เพื่อให้ผู้ใหญ่หันมาสนใจ นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นบางคนอาจเกิดความเบี่ยงเบนทางเพศได้เป็นครั้งคราว บางคนอาจบ่นถึงสภาพการเจ็บป่วยทำให้พ่อแม่คิดว่าวัยรุ่นมีอาการป่วยทางร่างกาย จากการศึกษาของอุมพร ตรังคสมบัติ (2539) พบว่า ภาวะซึมเศร้าที่พบบ่อยในเด็กวัยรุ่นอายุ 10 - 14 ปี คือภาวะซึมเศร้าจากการปรับตัวต่อความเครียด ซึ่งเด็กจะมีอาการซึมเศร้าหลังจากมีภาวะเครียดทางสังคม เช่น การเจ็บป่วยของตนเอง การทะเลาะเบาะแว้งของบิดามารดา อาการเหล่านี้จะเป็นอยู่ไม่นาน เมื่อความเครียดหายไปหรือมีการปรับตัวที่ดีขึ้นอาการก็จะหายไป แต่หากความเครียดนั้นเรื้อรัง หรือเด็กไม่สามารถปรับตัวได้ก็อาจนำไปสู่อาการอื่นๆ จนถึง การแสดงออกของอาการซึมเศร้าได้ วัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าอาจแสดงออกได้หลายด้านดังนี้ ด้านอารมณ์ วัยรุ่นจะมีความรู้สึกเศร้า เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข ร้องไห้ง่าย รู้สึกหงุดหงิด บางรายอาจมีลักษณะนอนเฉยๆ ไม่ทำอะไร ไม่รู้สึกสนุกสนานในกิจกรรมที่เคยสนุก ด้านอาการทางกาย อาจมีอาการเบื่ออาหารหรือกินจุ นอนไม่หลับ ด้านความรู้สึกนึกคิด มีความคิดอ่านช้า สมาธิไม่ดี ด้านการมองตนเองและชีวิตจะมีความรู้สึกที่ตนเองไม่ดี ไม่น่ารัก รู้สึกผิด รู้สึกหมดหวัง บางรายรู้สึกท้อแท้จนรู้สึกอยากตายได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2550)

โรคซึมเศร้าในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจกล่าวคือ ทำให้วัยรุ่นรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า แยกตัว การเรียนตก สัมพันธภาพในสังคมไม่ดี มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรืออาจมีพฤติกรรมที่ต่อต้านสังคม ซึ่งอาจนำไปสู่การใช้สุราหรือสารเสพติด วัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าอาจมี

ความต้องการออกไปให้พ้นจากบ้าน ทนสภาพที่บ้านไม่ได้ หรือมีพฤติกรรมคือดิ่ง ไม่ยอมร่วมกิจกรรมกับครอบครัว แยกตัวออกจากเพื่อนหรือสังคม มักจะหมกมุ่นอยู่ในห้อง ระดับการเรียนรู้ต่ำลงและขาดสมาธิ (กัทรีนาฏ บุญชู, 2543)

จากการทบทวนวรรณกรรมและการปฏิบัติงานในคลินิกพบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้วัยรุ่นมีอาการซึมเศร้า มีทั้งที่มาจากปัจจัยภายในตัววัยรุ่นเอง เช่น ขาดความอบอุ่นในครอบครัว ขาดความรัก ผิดหวังจากคนรัก ลื่นหวัง ขาดความมั่นใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดเพื่อน และปัจจัยภายนอก เช่น การสูญเสียบุคคลที่รัก ความยากจน ครอบครัวแตกแยก มีพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว หรือเข้ากับเพื่อนไม่ได้ การถูกทำร้ายร่างกาย เป็นต้น ซึ่งสังเกตได้ว่าทั้งปัจจัยภายในและภายนอกคนที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ส่วนใหญ่มาจากปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy: IPT-A; Mufson, Weissman, Moreau & Garfinkel, 1999; Mufson, Dorta, Wickramaratne, Nomura, Olfson & Weissman, 2004) สามารถลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเกิดคำถามทางคลินิกว่า จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสามารถนำมาใช้ลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ซึ่งนำไปสู่การสืบค้นวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานต่อไป

1.1 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวทางการใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.2 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

- 1) พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการใช้การบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น
- 2) พยาบาลมีแนวทางในการดูแลวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า เพื่อลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ไม่ให้เกิดอาการซึมเศร้าที่รุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตาย
- 3) สามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการด้านสุขภาพจิตต่อไป

2. วิธีการดำเนินงาน

การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Search Strategy)

ผู้ศึกษาค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษาโดยใช้กรอบ PICO (PICO Framework) (Melnyk & Fineout-overholt, 2002) เป็นแนวทางในการสืบค้น Searching Strategy) เพื่อให้ได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

Population : Adolescents with depressive disorder, Teens with depressive disorder

Intervention : Interpersonal psychotherapy

Comparison intervention : -

Outcome : depressive symptoms

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูล (Key word) มีดังนี้ Adolescents or teens and “Interpersonal psychotherapy” and “Depressive disorders” or “Depressive symptoms”

เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผลการวิจัยสามารถลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นด้วยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจึงกำหนดขอบเขตในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

1. ครอบคลุมงานวิจัย ตั้งแต่ระดับ 1 ถึงระดับ 7 ตามเกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน (strength of evidence) ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ เกรซ (Grace, 2009) ในมิติของการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการบำบัด

2. เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง 20 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992 ถึงปัจจุบันทั้งงานที่เป็นภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

3. เลือกเฉพาะงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ เนื่องจากงานวิจัยที่มีเฉพาะบทคัดย่อไม่มีรายละเอียดเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์ได้

การกำหนดแหล่งสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และแหล่งสืบค้นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ฐานข้อมูล Electronic

1.1 ฐานข้อมูลที่รวบรวม systematic review ได้แก่ Cochrane Library

1.2 ฐานข้อมูลอื่นๆ ที่รวบรวมงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่

Cochrane, OVID, CINAHL, PubMed, Blackwell Synergy, SpringerLink, Wiley InterScience, ProQuest, and Hand search

2. Hand search

2.1 Journal ที่มีการพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า

2.2 เอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรม (reference list) ของบทความหรืองานวิจัยที่สืบค้นได้อ้างอิงถึง

หลังจากสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสกัดเนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงในตารางการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มตัวอย่าง สถานที่เก็บข้อมูล ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของหลักฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา รูปแบบการบำบัด วิธีการดำเนินการวิจัย และผลการศึกษาวิจัย สำหรับผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 ด้าน ได้แก่ (1) ความตรงของงานวิจัย (2) สรุปผลการวิจัย (3) ความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปใช้

เกณฑ์ในการประเมินระดับของหลักฐาน (Level of evidence)

การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เกณฑ์ของเกรซ (Grace, 2009) ตามแบบ Therapy evidence pyramid ซึ่งดัดแปลงมาจากการจัดระดับความน่าเชื่อถือในงานวิจัยของ Guyette & Rennine ในปี ค.ศ. 2006 ซึ่งนำไปใช้ในการสอนการปฏิบัติทางการพยาบาล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งมีการแบ่งระดับของหลักฐาน (Level of evidence) เป็น 7 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 : Number of 1 randomized clinical trial

ระดับ 2 : Systematic review of RCTs

ระดับ 3 : High quality single randomized trial

ระดับ 4 : Systematic review of observational studies

ระดับ 5 : Single of observational studies – patient important outcome

ระดับ 6 : Physiologic study

ระดับ 7 : Unsystematic clinical observational

3. ผลการดำเนินการ

จากการสืบค้น ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 5 เรื่อง เป็น Randomized Controlled Trial จำนวน 3 เรื่อง งานวิจัย One group pre-post test design จำนวน 1 เรื่อง ซึ่งตีพิมพ์เป็น 2 ฉบับ หลังจากการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วพบว่าเนื้อหาตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือการลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น และจำนวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพียงพอ จึงนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาเพื่อให้ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ดังต่อไปนี้

4. ข้อเสนอแนะ (Recommendation) ในการนำไปปฏิบัติ

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้น มุ่งเน้นที่การแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เป็นสาเหตุของอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นในปัจจุบัน ซึ่งจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นได้พัฒนาให้มีความเฉพาะกับปัญหาของวัยรุ่น เช่น ปัญหาความสัมพันธ์กับพ่อแม่ซึ่งมีความขัดแย้งทางวัฒนธรรมและบทบาทของวัยรุ่นพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย และปัญหาของครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว เรียกว่า จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในวัยรุ่น (Interpersonal Psychotherapy for Adolescent: IPT-A) ซึ่งพัฒนามาจากจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล แบบมาตรฐาน (Standard Interpersonal Psychotherapy: IPT) ของ Gerald L. Klerman (1984) จากแนวคิดทฤษฎีความผูกพัน (Attachment Theory) มีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและให้การสนับสนุนทางสังคม โดยการเชื่อมโยงอาการของโรคซึมเศร้ากับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่ง (Interpersonal Problem Areas) ใน 4 ด้าน ได้แก่ การสูญเสีย (Grief and Loss) ขัดแย้งกับบุคคลสำคัญ (Interpersonal Disputes) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (Role Transitions) การพร่องสัมพันธภาพ (Interpersonal Sensitivity / Deficit) และเพิ่มปัญหาที่ 5 คือ ครอบครัวเดี่ยว (single parents) ในประเด็นที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากำลังเผชิญอยู่ (Mufson et al., 1994: Level V)

คุณสมบัติของผู้รับการบำบัด

1. วัยรุ่นที่มีอายุ 12-18 ปี
2. เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM (Mufson et al., 1999: Level III) ว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) หรือโรคซึมเศร้าเรื้อรัง หรือโรคซึมเศร้าที่ไม่ระบุสาเหตุ หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Adjustment disorder ที่มีอารมณ์ซึมเศร้า (Mufson et al., 2004: Level III)
3. มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางขึ้นไปพิจารณาคะแนนจากแบบประเมิน HAM-D คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน (Mufson et al., 2004 : Level III)
4. ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่มีอาการทางจิต
5. ไม่ได้รับการวินิจฉัยติดสารเสพติด, Bipolar disorder ที่กำลังรักษาตัวอยู่, Conduct disorder
6. ระดับสติปัญญาเท่ากับหรือมากกว่า 70 ขึ้นไป หรือไม่มีอาการปัญญาอ่อน

คุณสมบัติผู้บำบัด

จิตแพทย์เด็ก พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก ผู้บำบัดผ่านการอบรมจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล กับ ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัด และมีคู่มือประกอบการบำบัด IPT-A (Mufson et al., 1994: Level V; Mufson et al., 1999: Level III; Mufson et al., 2004 : Level III)

สถานที่

สถานที่ที่เหมาะสมที่จะทำการบำบัด ควรเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยมารับบริการในคลินิก โดยไม่ต้องพักค้าง เช่น คลินิกให้คำปรึกษาทางจิตเวชหรือแผนกผู้ป่วยนอก (Mufson et al., 1999: Level III) และคลินิกสุขภาพจิตในโรงเรียน (Mufson et al., 2004 : Level III)

ระยะเวลา จำนวนครั้งของการบำบัด

ใช้เวลาในการบำบัด 3 เดือน สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 30 - 60 นาที ติดต่อกัน 12 ครั้ง (Mufson et al., 1994: Level V; Mufson et al., 1999: Level III; Mufson et al., 2004 : Level III)

วิธีการบำบัด

ทำการบำบัดรายบุคคลตามคู่มือของ Mufson และคณะ (1993) ซึ่งพัฒนาจาก Gerald L. Klerman และคณะ (1984) โดยปรับวิธีการบำบัดตามพัฒนาการของวัยรุ่น เช่น การแยกจากบิดามารดา การเจาะลึกเกี่ยวกับความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับบิดามารดา พัฒนาการทางด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประสบการณ์ครั้งแรกเกี่ยวกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดจากการเสียชีวิต หรือการสูญเสียเพื่อน และอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ประเมินจากปัญหาสัมพันธภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสูญเสีย (Grief and Loss) ขัดแย้งกับบุคคลสำคัญ (Interpersonal Disputes) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (Role Transitions) การพร่องสัมพันธภาพ (Interpersonal Sensitivity/Deficit) และเพิ่มเติมปัญหาที่ 5 ได้แก่ การอาศัยอยู่ในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว (single parents) (Mufson et al., 1999: Level III) การบำบัดจะเชื่อมโยงปัญหาสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นกับอาการของโรคซึมเศร้าเพื่อให้เด็กเกิดความรู้สึกตระหนัก ถึงการเปลี่ยนผ่านบทบาทตามวัยและความขัดแย้งทางวัฒนธรรมของบรรพบุรุษ ที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ไม่ดี ระหว่างเด็กกับบิดามารดา (Mufson et al., 1999 : Level III)

ให้การบำบัดทางโทรศัพท์ในรายที่ไม่สามารถมารับการบำบัดด้วยตนเองได้ และพยายามไม่ให้บทบาทการเจ็บป่วยของวัยรุ่นมีข้อจำกัด ตัวอย่างเช่น การให้กำลังใจให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่วัยรุ่นทั่วไปสามารถปฏิบัติได้ในกรณีที่ผู้ป่วยทำไม่ได้หรือทำได้ไม่ดี ติดตามความสามารถในการเรียนในโรงเรียนและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (Mufson et al., 1994: Level V)

การบำบัดแบ่งเป็น 3 ระยะ (Rossello & Bernal, 1999: Level III)

การบำบัดระยะต้น ครั้งที่ 1-4 เป้าหมายเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและการเกิดอาการซึมเศร้า ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัด การประเมินปัญหาหลักด้านสัมพันธภาพที่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า การวางแผนการบำบัด การประเมินความคาดหวังเกี่ยวกับการบำบัด จะมีการพูดคุยถึงอาการของโรคซึมเศร้าและความสามารถในการปฏิบัติภารกิจในชีวิตประจำวัน (functioning)

การบำบัดระยะกลาง ครั้งที่ 5-8 เป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเลือกปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เป็นปัญหา การติดตามอารมณ์ซึมเศร้า การเอื้อให้เกิดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในทางบวก และป้องกันการเข้ามาแทรกแซงของบิดามารดาที่นำบุตรมาบำบัด

การบำบัดระยะสิ้นสุด ครั้งที่ 9-12 บอกถึงการสิ้นสุดการบำบัด การยอมรับความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดจากการแยกจาก ทบทวนเกี่ยวกับการบำบัดและอาการซึมเศร้า และการตระหนักรู้ศักยภาพในการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

การประเมินผลลัพธ์

ความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้าเป็นผลลัพธ์หลักของการบำบัดแบบ IPT-A ในครั้งนี้ ซึ่งสามารถประเมินด้วยเครื่องมือมาตรฐาน และระยะเวลาการประเมินดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

1.1 Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและใช้วัดผลการบำบัด (Mufson, et al., 1999: Level III)

ใช้เกณฑ์ระดับคะแนนในการแปลผลดังนี้

ระดับคะแนน ≥ 15 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

ระดับคะแนน 10-15 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 6-10 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

ระดับคะแนน < 6 คะแนน หมายถึง มีอาการพื้นหายจากโรคซึมเศร้า

1.2 Beck Depression Inventory (BDI) เป็นแบบการรายงานอาการด้วยตนเอง มี 20 ข้อคำถาม ใช้เกณฑ์ระดับคะแนนในการแปลผลดังนี้ (Mufson & Fairbank., 1999: Level III)

ระดับคะแนน ≥ 15 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง

ระดับคะแนน 10-15 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย
ระดับคะแนน < 9 คะแนน หมายถึง มีอาการพินัยจากโรคซึมเศร้า

1.3 Children's Depression Inventory (CDI) แบบคัดกรอง CDI ประกอบด้วยคำถาม 27 ข้อ แต่ละคำถามมี 3 ตัวเลือก เพื่อบอกความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การให้คะแนนจะให้ตามความรุนแรงของอาการ ผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงกว่า 15 ขึ้นไปจากการคัดกรองถือว่ามีความเสี่ยงสูงที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก (Rossello & Bernal, 1999: Level III)

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการเศร้าเลย

คะแนน 1 หมายถึง มีอาการน้อย

คะแนน 2 หมายถึง มีอาการตลอดเวลา

คะแนนรวม มีได้ตั้งแต่ 0 ถึง 54

2. ระยะเวลาและการติดตามประเมินผลลัพธ์

มีการประเมินผลก่อนและสิ้นสุดการบำบัด ในสัปดาห์ที่ 0 และ 12 (Mufson & Fairbank, 1999: Level III) และติดตามผลการบำบัดระยะยาว 1 ปี (Mufson & Fairbank, 1999: Level III)

ข้อเสนอแนะ (Recommendation)

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

2. ก่อนนำไปใช้ควรมีการพัฒนาคู่มือเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติทางการพยาบาล ในการใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพเพื่อลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน

3. ควรมีการเผยแพร่ผลของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยวิธีการต่างๆ เช่น การประชุมวิชาการ การลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการ เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และพัฒนางานด้านการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป

4. ควรมีการจัดหลักสูตรอบรม IPT-A แบบเข้มข้นให้กับพยาบาลจิตเวชเพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการบำบัดผู้มีปัญหาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY FOR REDUCING DEPRESSIVE SYMPTOMS IN ADOLESCENTS: EVIDENCE-BASED NURSING**BUNYAPA RACHASENA 5037319 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**

Adolescents or teenagers are in between childhood and adulthood. They are at an important life-turning point. At this age they have dramatically not only physical, but also psychological changes from hormone influences. The adolescents have rather independent ideas, want to be self-independent, try to build their own identity, want an acceptance from their peers, and want to be a part of their peer group. They start to see and be more of themselves as independent individuals, who want to separate from the family, start to reject the suggestions or ideas of their parents, and need more privacy than they used to be. Meanwhile their moods are rather swing and confused; they are easily irritated. As a result, they have more conflicts with their parents than do they before. Sometimes they may have very strong conflicts with their parents and the conflicts make them leave the house, use illegal drugs, and/or have depression that may lead to having suicidal ideas (Chareonsiri, 2010).

Depression is a remarkably mental health problem. World Health Organization (WHO) estimated that in 2020 depression will be the second disease-burden, after cardiovascular diseases. Currently, there are 154 million people having depression worldwide (Mongkol, 2008). The depression prevalence rate in adolescents is 18 % (Saluja et al., 2004). In Thailand, a mental health survey in school teenagers

in 2004 conducted by Department of Mental Health, the Ministry of Public Health revealed that 16.41 percent of high school and vocational school students had depression. That is, one of six students had it. Regionally, students in Bangkok had the highest percent of depression (20.63), followed by in Northeast (17.28), South (15.60), North (15.15), and in Central (14.14). The depression of these teenagers came from broken families, financial problems, and their study problems. According to this study, it implies that nowadays teenagers have to face somewhat with depression.

According to the statistical data of Lumsonthi Hospital in Lopburi Province, at where the investigator is working, it was reported that in 2009 seven of 22 mental problem adolescents aged 10-20 years old were diagnosed and treated as having depression by psychiatrists. In 2010, this number increased to be 12, from a total of 36 teenagers with mental health problems. Obviously, the incidence rate of depression in this population incessantly increases. Depressive symptoms from which the patients are suffering can later develop to depression if they do not receive efficient helps.

The teenagers having depressive symptoms may not obviously be observed as they are having depression, but their depressive symptoms can be shown in their behavioral and physical expressions. Some teenagers may develop a silent depression in that they behave differently from what they normally do before. For examples, they may react against adults in order to draw the adults' attentions. Once in a while, some teenagers may have a sexual deviation. Some may complain about their physical illness that makes their parents think that they really have a physical sickness. A study of Trangkasombat (1996) showed that the most frequently found depression in school children aged 10-14 years old was the depressive symptoms as a result from the adaptation to stress. Children have depressive symptoms from social stress such as their sickness and fighting with their parents. This kind of depressive symptoms does not last long. When the stress in children is gone or the children are better self-adaptive, their depressive symptoms will disappear. However, if the stress is chronic or if the children cannot have a self-adaptation, their stress may lead to the development of other symptoms and eventually results in having manifestly depressive symptoms. Several behaviors of depressive teenagers reflect their depressive symptoms. Emotionally, the teenagers are sad, bored, unhappy, easily tearing,

irritated, hot tempered, easily angry, and not enjoyable with the activities that they used to enjoy doing before. Physically, they may have a bad appetite or too good appetite that makes them overeat and they may not be able to sleep. Cognitively, they may perceive and respond to things slowly as well as have a poor concentration. With regard to self and life actualization, the teenagers may think they are not good persons and not nice. They may feel disappointed with themselves and feel hopeless. Some teenagers may even feel defeated and want to die (Reungtrakul, 2007).

Depression affects both physical and mental health of the teenagers. The teenagers feel worthless about themselves, isolate themselves from other people, have worse school records, have a bad social relationship, and have aggressive behaviors or anti-social behaviors. The depression and these problematic behaviors may lead the teenagers to use alcohol or substance abuse. In addition, some depressive teenagers may want to leave the house, cannot tolerate living in their house, may have disobedient behaviors, do not want to participate in the family activities, isolate themselves from their friends or society, confine themselves in their room, have worse school performances, and have a lack of concentration (Boonchoo, 2000)

According to a review of literature and clinical practice, it was found that the prominent factors causing the teenagers to have depression come from internal and external factors. With regard to internal factors, the teenagers may have a deficit of warmth in the family, not have affection from the family, get a broken heart from their boyfriends or girlfriends, feel hopeless, have no self-confidence, have low self-worth, and have no friends. For external factors, the depression in teenagers may come from these following causes. The teenagers experienced the death of their beloved persons, be poor, have a broken family, have a single father or single mother, cannot get along with their peers well, or get a physical assault. Most internal and external factors relating to the depression in teenagers come from the problems of interpersonal relationship. As found in the literature review, interpersonal therapy (IPT) can effectively reduce depression (Mufson, Weissman, Moreau & Garfinkel, 1999; Mufson et al., 2004) Therefore, a clinical question is raised in that “can IPT be used to effectively reduce the depressive symptoms in adolescents?” This question leads to searching for, appraising, and synthesizing the evidence-based nursing practice in order to feasibly apply the IPT with depressive adolescents in clinical practice in the future.

1.1 Study Objective

This study is aimed to analyze and synthesize the evidence-based nursing practice of using IPT in reducing the depressive symptoms in teenagers.

1.2 Expected Outcomes

- 1) Nurses have knowledge and understanding of applying IPT in reducing the depressive symptoms in adolescents.
- 2) Nurses have a guideline in delivering care and services to depressive adolescents in order to reduce the adolescents' depressive symptoms and prevent the severe depression that may lead to committing suicide.
- 3) The result from this study can be further developed as a standard Nursing practice guideline in order to improve the quality of mental health care.

2. Method

Search Strategy for Evidence-based Nursing Practice

The investigator had sought for the evidence-based nursing practice pertinent to the problem of study by using PICO framework (Melnik & Fineout-overholt, 2002) as a guideline for establishing search. In order to receive the evidence-based nursing practice and studies in the indicated criteria, the PICO was specified as of below.

Population : adolescents, teens

Intervention : interpersonal psychotherapy

Comparison intervention : -

Outcome : depressive symptoms

Keywords for establishing search included Adolescents or teens and “Interpersonal psychotherapy” and “Depressive disorders” or “Depressive symptoms”

In order to have the evidence-based nursing practice and studies in which their study results revealed that IPT can reduce the depressive symptoms in adolescents, the following criteria for selecting the evidence were specified.

1. The evidence-based practice studies in level 1 to level 7, as classified in the hierarchy of strength of evidence for clinical application by Grace (2009).

2. The evidence-based practice studies that were published in either Thai or English from 1992 up to present.

3. The evidence-based practice studies that were completely published. That is, the studies that have only abstract do not have enough information enabling evidence appraisal.

The search for evidence published in either Thai or English was established from the following sources and strategies.

1. Electronic databases

- 1.1 The electronic databases that collect systematic review studies such as the Cochrane Library.

- 1.2 Other electronic databases that accumulate research studies and evidence-based practice studies such as Cochrane, OVID, CINAHL, PubMed, Blackwell Synergy, SpringerLink, Wiley InterScience, ProQuest, and Hand search.

2. Hand search

- 2.1 Journals publishing research studies about depressive teenagers.

- 2.2 A reference list of research articles or studies to which were referred by the retrieved studies.

After evidence was retrieved, each evidence-based study was appraised, synthesized, and extracted for its contents and the contents were recorded into the table of an evidence-based practice assessment. The table contains study objective, sample, data collection place, research methodology/level of evidence, study instrument, therapy method, method of study, and result. With regard to evidence-based practice evaluation, the evidence was evaluated in three aspects: 1) the validity of research, 2) the summary of research results, and 3) clinical feasibility.

Assessment Criteria for the Level of Evidence

Grace's criteria for assessing the confidence level of strength of evidence was used (2009). These assessment criteria are formed as a therapy evidence pyramid for the hierarchical strength of evidence that was adapted from Guyette and Rennine's

ranking research evidence (2006). These assessment criteria are used in teaching evidence-based practice in nursing. There are seven levels of evidence.

- Level 1: Number of 1 randomized clinical trial
- Level 2: Systematic review of RCTs
- Level 3: High quality single randomized trial
- Level 4: Systematic review of observational studies
- Level 5: Single of observational studies – patient important outcome
- Level 6: Physiologic study
- Level 7: Unsystematic clinical observational

3. Results

The search for evidence yielded five research studies: three randomized controlled trials and 1 one group pre-post test design, which was published in two different papers. After appraising the quality of evidence, it was found that the contents of these studies are pertinent to the clinical problem of this study interest, in which the content of all 5 studies is IPT that reduces the depressive symptoms in adolescents. In addition, the number of evidence is enough for conducting this study. Therefore, all of these studies were appraised and synthesized for a recommendation in further applying IPT for reducing the depressive symptoms in adolescents.

Recommendation

IPT for reducing the depressive symptoms in adolescents emphasizes solving the problems of interpersonal relationship that causes the depression in adolescents in the present. With this regard, the IPT is developed specifically to the problems in teenagers, such as the interrelationship problems from the cultural conflicts between parents and teenagers and from the grandparents' roles that do not match with what current teenagers want as well as from family problems due to single parents. This IPT is called interpersonal psychotherapy for depression adolescent (IPT-A). The IPT-A is developed from Standard Interpersonal Psychotherapy: IPT of Gerald L. Klerman (1984). His IPT is built on attachment theory. This IPT aims to improve the interpersonal relationships and provide social supports. The therapy

solves depressive symptoms relating interpersonal relationship of five interpersonal problem areas: grief and loss, interpersonal disputes, role transitions, interpersonal sensibility/deficit, and single parents. The therapy underscores the problem area that depressive patients have.

Characteristics of IPT Participants

1. Adolescents are 12-18 years old.
2. The adolescents with depression, which is in the DSM IV-TR diagnosis criteria (Mufson et al., 1999: Level III), have major depressive disorder, chronic depression, unknown-caused depression, or have been diagnosed as having adjustment disorder with depressive moods (Mufson et al., 2004: Level III)
3. The teenagers have moderate and higher levels of depression, which is considered from a HAM-D assessment score of more than or equal to 10 scores (Mufson et al., 2004: Level III).
4. The teenagers do not have suicidal ideas and psychotic symptoms.
5. The teenagers are not diagnosed with substance addiction, being treated bipolar disorder, and do not have a conduct disorder.
6. The teenagers have the intelligence quotient (IQ) score of 70 or higher.

Characteristics of IPT Psychotherapists

The IPT therapists can be pediatric psychiatrists, psychiatric nurses, clinical psychologists, the therapists, who have been trained in IPT with IPT specialists (Mufson et al., 1999: Level III). With a therapy manual, these therapists can provide the IPT to the teenagers.

Places

The places suitable for providing the IPT to the teenage patients should be the places, where the patients come in to receive clinical services without overnight stay such as a psychological counseling clinic or out-patient department (Mufson et al., 1999: Level III) and a mental health clinic in school (Mufson et al., 2004: Level III).

Duration and Number of IPT

The therapy takes three months: 30-45 minutes per session for a total of 12 consecutive sessions (Mufson et al., 2004: Level III).

IPT Method

The therapist provides an individual IPT by complying with Mufson et al.'s therapy manual for IPT. This manual was developed from the IPT of Gerald L. Klerman (1984). The therapist adjusts the therapy methods suitable for the age and stage development of adolescents. For examples, the therapist provides the therapy for the adolescents who separate from parents, probes the adolescents' ability of building a relationship with their parents, and helps the adolescents in developing their interpersonal relationship. The therapist also provides the therapy to the adolescents, who have the first time experiencing with the death of their beloved persons or their friends, and discusses about peer influences. The therapist assesses five interpersonally problematic areas, as above mentioned. That is, besides other existing four problematic areas, the problem of living with single parents is also assessed (Mufson et al., 1999: Level III). The therapy will relate the existing interpersonal problems with depressive symptoms in order to make the teenagers aware of their age-related role transition and cultural conflicts that cause a poor relationship between them and their parents (Mufson et al., 1999: Level III).

Furthermore, the therapist provides the therapy via telephone to adolescents, who cannot come to receive the therapy in the clinic. The therapist tries not to let the depression limited the adolescents' roles. They should encourage and support the adolescent patients doing all kinds of activity that other normal teenagers can do. For the teenage patients, who cannot do the activity or cannot do it well, the therapist does a follow for their school and activity performances (Mufson et al., 1994: Level V).

Stages of IPT

The IPT is provided to the teenage patients in three phases (Rossello & Bernal, 1999: Level III).

Phase I: Beginning Phase. This phase contains the therapy session 1 - 4. This phase is aimed to provide the teenage patients information about depressive symptoms and their causes and IPT. In this phase, primarily interpersonal problems causing depression and the expectation of the patients towards the therapy are assessed. The therapist and patients discuss about the depressive symptoms and the ability of the patients in daily functioning.

Phase II: Middle Phase. This phase includes session 5 – 8. The objective of this phase is to help the teenage patients selecting their interpersonally relationship problems that they want to solve. The therapist does following up with the patients' depressive moods. The therapy needs to be conducted in a way that facilitates a positive relationship between the therapist and patients in the therapy. The therapist prevents the interference of parents, who bring their children to the therapy.

Phase III: Final Phase. This phase has the last four sessions, which are session 9 - 12 of therapy. The therapist tells the teenage patients about the therapy termination. The therapist and patients discuss about the acceptance of feeling and moods that stem from separation as well as reiterate what the patients have received in the therapy and how their current depression is. The therapist makes the patients aware of their potential in having an interpersonal relationship.

Outcome Evaluation

The severity of depressive symptoms is the primary outcome of IPT-A. This outcome can be evaluated by using the following standard tools at different times.

1. Tools for evaluating the severity of depressive symptoms in teenagers

1.1 Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD). This scale is used to assess the changing of depressive symptoms in adolescents and evaluate the outcome of therapy (Mufson & Fairbanks, 1999: Level III). Its scores are interpreted as following details.

Score ≥ 15 : severe depression

Score 10 - 15: moderate depression

Score 6 - 10: mild depression

Score < 6: recuperation from depression

1.2 Beck Depression Inventory (BDI). This tool is a self-assessment report comprising 20 questions. Its scores are described as of below (Mufson & Fairbanks, 1999: Level III).

Score ≥ 15 : moderate to severe depression

Score 10-15: mild depression

Score < 9: recovery from depression

1.3 Children's Depression Inventory (CDI). This screening tool consists of 27 questions; each question has three alternatives. The tool assesses the severity of depressive symptoms in the past 2 weeks. The higher score, the severer depression a person has. A person with the score of 15 or higher has significantly clinical depression (Rossello & Bernal, 1999: Level III). Scoring of each question is given from 0 to 2 (0 = *not having a depressive symptom at all*, 1 = *frequently having depressive symptoms*, and 2 = *having depressive symptom all the time*). The score can be ranged from 0 to 54.

2. Time for outcome evaluation

The outcome evaluation can be conducted every two weeks after the beginning of the therapy. That is, the patients are evaluated for their depressive symptoms at 0 week and 12th week (Mufson et al., 1999: Level III) and a long term evaluation for following-up takes place within 1 year (Mufson & Fairbanks, 1996: Level V).

4. Suggestions for Clinical Application of IPT for Reducing Depressive Symptoms in Adolescents

1. The synthesized recommendation from this study should be further developed as a nursing practice guideline. A routine-to-research study should be conducted in order to evaluate the outcomes, problems and barriers, cost effectiveness and efficiency, and to adjust the therapy appropriate for Thai culture and society.

2. The outcomes of IPT for reducing depressive symptoms in adolescents should be distributed to related organizations, both outside and inside, through various strategies such as academic conferences and journal publications in order to exchange knowledge and continually improve nursing care.

3. Before clinically applying the recommendation, a therapy manual should be developed in order for the nurses to have a nursing practice guideline that informs them the clearly straight process of applying IPT for reducing depressive symptoms in adolescents.

4. The organization should have an intensive IPT-A training course for psychiatric nurses

รายการอ้างอิง

- กิตติพงษ์ คงสมบูรณ์, สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร, สะการะ หัสภาค, นัฏกานต์ วงศ์จิตรรัตน์. (2549). ภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก เปรียบเทียบตามภาวะโภชนาการ กลุ่มอายุ และเพศ: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 13(2), 207-215.
- กรมสุขภาพจิต. (2545-2546). จำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2547). *กรอบวิจัยสุขภาพจิต (2548-2552)*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ: อุดมศึกษา.
- จิราภรณ์ แสงเงิน. (2546). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นตอนต้น ในจังหวัดฉะเชิงเทรา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จุลจราพร ศรีเพชร. (2544). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชมพูนุช บริลักษ์ณเลิศ, ดาราวรรณ ติ่งปิ่นตา, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์. (2550). ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์ขันในเด็กวัยรุ่น. *พยาบาลสาร*, 34(1), 76-87.
- ณรงค์ สุภัทรพันธุ์. (2543). *โรคอารมณ์ซึมเศร้า: คำถามที่คุณมีคำตอบที่คุณต้องการ*. กรุงเทพฯ: หน้าต่างสู่โลกกว้าง.
- ธรณินทร์ กองสุข, พิเชฐ อุดมรัตน์, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, มาโนช หล่อตระกูลและณรงค์ มณีทอง. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มารับบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่ง ปี 2549. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(1), 61-68.
- ผกา สัตยธรรม. (2530). *สุขภาพจิตเด็ก*. กรุงเทพมหานคร: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรวิณี เจริญศิริ. ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ. เว็บไซต์, 09/12/2010.
- ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2540). โรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 42(1), 39-40.

- พิเชฐ อุดมรัตน์และคณะ. (2550). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงโรคซึมเศร้าของคนไทย ปี 2549. ในสุขภาพจิต: ชีวิตชาวเมือง. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6 ประจำปี 2550. นนทบุรี: โรงเรณูปริ้นซ์พาเลซ กรุงเทพฯ.
- พิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย. (2549). จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล: ทางเลือกใหม่ของการรักษาโรคซึมเศร้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 5(12), 117-131.
- พิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย. (2550). อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียและจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล: หลักการและแนวทางการดูแล. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 5(12), 29- 45.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ. (2547). ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย การสำรวจระดับชาติ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 12(3), 177-188.
- พรพิมล เจียมนาครินทร์. (2539). พัฒนาการวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: คอมพิวเตอร์การพิมพ์.
- เรไร ทิวะทัศน์. (2535). ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ บุญประกอบ. (2534). จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ภัทรินาถ บุญชู. (2543). ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดอุบลราชธานี วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. แพทยศาสตร์ (สุขภาพจิต). จุฬาลงกรณ์.
- มันทนา นทีธาร. (2546). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2546). จิตวิทยาเด็กที่มีลักษณะพิเศษ. พิมพ์ครั้งที่ 3, กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2550). สถิติโรคซึมเศร้า. นนทบุรี: กองแผนงานกรมสุขภาพจิต.
- สรยุทธ วาสิกนันนท์. (2547). โรคซึมเศร้า: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2545). ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2549). สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า. ใน ธรณินทร์ กองสุข (บรรณาธิการ), องค์ความรู้โรคซึมเศร้า: ผลการทบทวนหลักฐานเชิงวิชาการ (39-52). สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- อภิชัย มงคล. (2551). *กรมสุขภาพจิตเร่งแก้ปัญหาโรคซึมเศร้า ป้องกันการฆ่าตัวตาย*. Retrieved August 8, 2008, from http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg_new.
- อุมพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). ภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(3), 162-172.
- อุมพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). พฤติกรรมการฆ่าตัวตายในเด็ก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(3), 174-182.
- อุมพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และปิยลัมพรหะวานนท์. (2540). การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(1), 2-3.
- อรพรรณ ลีอนุวัชชัย และพีรพนธ์ ลีอนุวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, J., & Nelson, B. (1996). Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years (Part I). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1427– 1439.
- Brown, G. W., Bifulco, A., & Harris, T. O. (1987). Life Events, Vulnerability and Onset of Depression: Some Refinements. *British Journal of Psychiatry*, 150, 30 -42.
- Dicenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. (2005). *Evidence-based nursing (A guide to clinical practice)*. St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Eley, T. C., Sugden, K., Corsico, A., Gregory, A. M., Sham, P., McGuffin, P., Plomin, R., & Craig, I. W. (2004). Gene-environment interaction analysis of serotonin system markers with adolescent depression. *Molecular Psychiatry*, 9 (10). 908-915.
- Fombonne, E. (1998). The management of depression in children and adolescents. In S. Checkley (Ed.), *Handbook on the management of depression* (pp. 345-363). Oxford: Blackwell.
- 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. *Psychosomati*, 41, 426-432.
- Garber, J. (2000). Development and depression. In A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. M. Miller. (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (2nd ed., pp. 467-490). New York: Kluwer Academic Plenum.

- Grace, J. T., & Powers, B. A. (2009). Claiming our core: appraising qualitative evidence for nursing questions about human response and meaning. *Nurse Outlook*, 57 (1), 27-34.
- Gitanjali, S., Ronaldo, Pete, S., Mary, O., Wenyu, S., & Jay, G. (2004). Prevalence of and Risk Factors for Depressive Symptoms Among Young Adolescents, 158, 760-765.
- Joanne, D., Constance, H., Dorli, B., Blair, P., & Shannon, D.E. (1995). Poor interpersonal problem solving as a mechanism of stress generation in depression among adolescent women. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (4), 592-600.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Prescott, C. A. (2001). Gender difference in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *American Journal of Psychiatry*, 158(4). 587-593.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M, Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York, NY: Basic Books Publisher.
- Kovacs, M. (1992). *The Children's Depression Inventory manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Lewinsohn, P. M., Roberts, R. E., Seeley, J. R., Rohde, P., Gotlib, I. H., Hops, H., (1994). Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(2), 302-315.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., & Seeley, J. R. (2009). Adolescent Psychopathology: IV. Specificity of Psychosocial Risk Factors for Depression and Substance Abuse in Older Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 34(9). 1221-1229.
- Morris, J. (2012). Interpersonal Psychotherapy in Child and Adolescent Mental Health Services. *Clinic. Psychology*, 19, 141-149.
- Mufson, L., & Fairbanks, J. (1996). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: A one-year naturalistic follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1145-1155.
- Mufson, L., Moreau, D., Weissman, W., & Klerman, G. (1993). *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents*. New York: Guilford Press.
- Mufson, L., Moreau, D., Weissman, M. M., Wickramaratne, P. J., & Samoilov, A. (1994). Medication of interpersonal psychotherapy with depressed adolescents (IPT-A): Phase I and II studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 695-705.

- Mufson, L., Weissman, M. M., Moreau, D., & Garfinkel, R. (1999). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. *American Journal Psychiatry*, 56: 573-579.
- Mufson, L., Dorta, P. K., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M., & Weissman, M. M. (2004). A Randomized Effectiveness Trial of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. *American Journal Psychiatry*, 61, 577-584.
- Melnyk, B. M., & Fubeibt-Overholt, E. (2002). Key steps in implementing evidence-base practice. A skill compelling, search questions and searching for the best evidence *Pediatric Nursing*, 28(3), 262-266.
- Nomura, K., Hatayama, I., Narita, T., Kaneko, T., & Shiraishi, M. (1998). A novel KIT gene missense mutation in a Japanese family with piebaldism, 111(2), 337-8.
- NREPP: SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices. (2010). Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents (IPT-A). Retrieved from <http://www.nrepp.samhsa.gov/Viewintervention.Aspx..>
- Possel, P., Baldus, C., Horn, A.B., Groen, G., & Hautzinger, M. (2005). Influence of general self-efficacy on the effects of a school-based universal primary prevention program of depressive symptoms in adolescents: A randomized and controlled follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 982-994.
- Rossello, J., & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Consult Clinic Psychology*, 67, 734-745.
- Segrin, C., & Flora, J. (2000). "Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychological problems." *Human Communication research*, 26 (3), 489-514. [CD-ROM]. Abstract from : Silver Platter File : ERIC Item : EJ611132.
- Shochet, I. M., Dadds, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P.H., & Osgarby, S. M. (2001). The efficacy of a universal school-based programme to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 303-315.
- Stuart, S., Robertson, M. (2003). *Interpersonal psychotherapy: a clinician's guide*. New York: Oxford University Press.

- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. *New York: Basic Books.*
- Young, J. F., Mufson, L., & Davies, M. (2006). Impact of comorbid anxiety in an effectiveness study of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*, 904–912.
- Zalaquett, C. P., & Sanders, A. E. (2010). Major Depression and Dysthymic Disorder in Adolescents: The Critical Role of School Counselors. Retrieved from [http://counselingoutfitters.com/Vistas/vistas 10/ Article_77.pdf](http://counselingoutfitters.com/Vistas/vistas%2010/Article_77.pdf).

ภาคผนวก

ตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องที่ 1

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	Mufson, Moreau, Weissman, Wickramaratne, Martin & Samoillo (1994)
เรื่อง/แหล่ง ตีพิมพ์	การประยุกต์การบำบัดสัมพันธ์ทางประหว่งบุคคลสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการ ซึมเศร้า การศึกษาระยะที่ 1 และระยะที่ 2 (Modification of Interpersonal Psychotherapy with Depressed Adolescents (IPT-A): Phase I and II Studies) <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> , 33(5), 695-705.
วัตถุประสงค์ การศึกษา	เพื่อทดสอบประสิทธิผลและความเป็นไปได้ของ IPT-A ในวัยรุ่นที่มีอาการ ของโรคซึมเศร้าในคลินิก
กลุ่มตัวอย่าง	งานวิจัยนี้ทำเป็น 2 phase Phase I เป็นการพัฒนาคู่มือการบำบัดแบบ IPT – A Phase II เป็นการทดสอบการบำบัดแบบ IPT – A Phase I กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า 5 คนที่ได้รับการส่งตัวมา จากคลินิกโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในเด็กศูนย์การแพทย์ Presbyterien หรือจากคลินิกวิจัยของสถาบันจิตเวช รัฐนิวยอร์ก เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) 1.เป็นวัยรุ่นที่มีอายุ 12-18 ปี พูดภาษาอังกฤษได้และได้รับการยินยอมจากบิดา มารดาในการเข้าร่วมงานวิจัย 2.เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์ DSM-III-R 3.โรคซึมเศร้าที่ไม่ระบุสาเหตุ 4. โรคซึมเศร้าเรื้อรัง 5. Adjustment disorder ที่มีอารมณ์ซึมเศร้า เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1.กำลังมีความคิดฆ่าตัวตาย 2.ระดับสติปัญญาต่ำกว่า 70 3.มีอาการทางจิต 4.ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสารเสพติด 5.ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค conduct disorder

	6. โรคอารมณ์แปรปรวนแบบสองขั้วและกำลังได้รับการรักษา Phase I กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย, ไม่มีกลุ่มควบคุม Phase II เป็นวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าจำนวน 14 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมการวิจัย เช่นเดียวกับการวิจัยในระยะที่ 1 เป็นวัยรุ่นผู้ชาย 2 คน อายุเฉลี่ย 15.5 ปี ผู้หญิง 12 คน อายุเฉลี่ย 14 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้อพยพ 11 คน วัยรุ่น 3 คนเป็นคนแอฟริกัน-อเมริกัน จำแนกดังนี้อาศัยอยู่กับบิดามารดา ผู้ให้กำเนิด 2 คน อาศัยอยู่กับครอบครัวอุปถัมภ์ 6 คน อาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียว ซึ่งเกิดจากการหย่าร้างหรือแยกทาง 4 คน และอีก 2 คนไม่ได้กล่าวถึงที่มา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการยินยอมจากบิดามารดา และเซ็นใบยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินจากจิตแพทย์และจากแบบรายงานตนเอง เกี่ยวกับโรคทางอารมณ์และโรคจิตเภทในวัยรุ่นในโรงเรียน เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) มีคุณสมบัติเหมือนกับการบำบัดในระยะที่ 1 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีคุณสมบัติเหมือนกับการบำบัดในระยะที่ 1
สถานที่เก็บข้อมูล	Children's Anxiety and Depression Clinic at Columbia Presbyterian Medical Center or the Research Clinic at New York State Psychiatric Institute.
ระเบียบวิธีวิจัย /ระดับของหลักฐาน	One group pre-post test design ระดับความเข้มแข็งที่ระดับ 5
วิธีดำเนินการวิจัย	Phase I มีเป้าหมายเพื่อศึกษาประสบการณ์การบำบัดวัยรุ่นซึมเศร้าโดยใช้ IPT และทำการปรับเพื่อให้เหมาะกับการบำบัดในวัยรุ่น ผู้ป่วย 5 คนได้รับการสัมภาษณ์อย่างอิสระจากนักจิตวิทยาและจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับเด็กและวัยรุ่นเพื่อระบุข้อวินิจฉัย ผู้ปกครองและวัยรุ่นได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการศึกษาและวัยรุ่นจะนำเข้าสู่การทดลองเมื่อลงนามยินยอมเข้ารับการศึกษ การฝึกอบรมผู้บำบัด

	ผู้บำบัดได้รับการฝึกการบำบัด IPT กับจิตแพทย์ผู้เริ่มพัฒนาการบำบัด Gerald L. Klerman การบำบัดแต่ละครั้งมีการบันทึกวิดีโอเทป, ทบทวนการบำบัดและอภิปรายผลร่วมกับ Klerman และจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น การวิเคราะห์ข้อมูลใน Phase I ไม่มีการประเมินผลโดยใช้เครื่องมือวัดผล ใน Phase I แต่มีการประเมินจำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัด ช่วงระยะเวลาของการบำบัด และสภาวะภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัด ระยะเวลาของการบำบัดจะเปิดกว้างไว้เพื่อพิจารณาจำนวนครั้งและการติดตามการบำบัด Phase II บำบัด IPT-A ตามคู่มือการบำบัดที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 1 ของการบำบัดมีการประเมินผล ในสัปดาห์ที่ 0 , 2, 4 , 8 , 12 และก่อนเข้ารับการบำบัด 2-3 สัปดาห์ ผู้เข้ารับการบำบัด ได้รับการประเมินเข้าเกณฑ์ DSM -III - R และ ในรายที่แม่เด็กไม่เห็นด้วยกับการใช้เครื่องมือ K-SADS -E จะได้รับการตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็ก หลังจากนั้นจะได้รับการสัมภาษณ์จากนักจิตวิทยาเด็กและจิตแพทย์เด็กและ ได้มีการนำคู่มือที่ได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสมกับเด็กวัยรุ่นมาใช้ ประเมินและพบว่าจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคในระยะที่ I หลังจากการประเมินผล วัยรุ่นเข้ารับการบำบัดครบ 12 สัปดาห์โดยใช้คู่มือการบำบัดพื้นฐานที่พัฒนามาปรับใช้ใน IPT- A ตามตารางการเข้ารับการบำบัด สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 45 นาที กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการบำบัดแบบสั้นทางโทรศัพท์ถ้าไม่ได้มาเข้ากลุ่ม หลังจบการบำบัดทุกครั้ง การติดตามทางโทรศัพท์จะช่วยลดความกังวลของพ่อแม่ได้ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการประเมินผลในสัปดาห์ที่ 0 , 2, 4 , 8 และ 12 โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านนี้ (ป.โท) โดยใช้เครื่องมือประเมินอาการซึมเศร้า BDI และ HRSD การประเมินอาการทางจิตโดยใช้ Symptom Checklist (SCL-90) และ Social Adjustment Scale-Self report version (SAS-SR) ในสัปดาห์ที่ 12 คุณสมบัติของผู้บำบัด ผู้บำบัดเป็นนักจิตวิทยาคลินิกสำหรับเด็ก มีประสบการณ์หลังจากจบปริญญาเอก > 3 ปี ได้รับการฝึกหัดบำบัดแบบ IPT โดย ผู้ริเริ่มพัฒนาการบำบัด Gerald L. Klerman
--	---

เครื่องมือที่ใช้ ในการศึกษา	Phase I การวัดผลลัพธ์ ได้รับการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ในวัยเด็กไม่ได้รับการประเมินตามคู่มือ Phase II - เครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ใช้แบบประเมิน ดังนี้ การวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-III-R ใช้ Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children -Epidemiologic Version (K-SADS) (Puig-Antich et al., 1980) เป็นแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างก่อนการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ใช้ประเมินการเข้าเกณฑ์วินิจฉัยก่อนการเข้ารับการบำบัดและสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 12 - การประเมินอาการโรคซึมเศร้า ใช้เครื่องมือดังนี้ 1. Beck Depression Inventory (BDI) (Strober et al., 1981) แบบประเมินอาการด้วยตนเองมีจำนวน 21 ข้อคำถาม 2. Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) (Carroll et al., 1973) เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินอาการซึมเศร้าในคลินิก - การทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning)ใช้เครื่องมือดังนี้ 1. Social Adjustment Inventory for children and adolescents (SAICA) (John et al., 1987) เป็นเครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม ประเมินเป็น baseline และประเมินตามกำหนดสัปดาห์ที่ทำการประเมิน 2. Social Adjustment Scale–Self report version (SAS-SR) (garber et al., 1988; Weissman & Bothwell., 1976) เป็นเครื่องมือรายงานตนเองแบบข้อใช้วัดการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางสังคม ใน 4 ประเด็นหลักดังนี้ การทำหน้าที่ในโรงเรียน เพื่อน ครอบครัว และกิจวัตรประจำวัน เป็นเครื่องมือที่มีความไว ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากแบบประเมินที่ใช้สำหรับผู้ใหญ่ ได้มีการทดลองใช้มาก่อน - การทำหน้าที่โดยรวม(Global functioning) ใช้เครื่องมือดังนี้
--	--

	1. Symptom Checklist (SCL-90) (Derogatis, 1977) เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมินอาการทางจิตและทางกายที่เกิดจากความทุกข์ทางใจ 2. Children's Global Assessment Scale (C-GAS) (Shaffer et al., 1983) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการสูญเสียด้านการทำหน้าที่และสามารถระบุ ระดับผลของการสูญเสียได้
ผลการศึกษา	Phase I การบำบัด IPT ในวัยรุ่นมีการปรับให้เหมาะกับวัยรุ่นซึมเศร้า ดังนั้นความถี่ของการนัด ความยาวของการบำบัด ประเด็นปัญหาสัมพันธภาพในวัยรุ่นและนำบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตเด็กเข้าร่วมด้วย การปรับที่สำคัญที่สุดคือ การนำพ่อแม่เข้ามาในทุกช่วงของการบำบัด และเพิ่มปัญหาที่ 5 เข้ามาคือ ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว การบำบัดมุ่งเน้นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นมากขึ้น เช่น ความขัดแย้งทางวัฒนธรรมและบทบาทของวัยรุ่นต่างๆ ที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับบิดามารดา ใช้ระยะเวลาการบำบัดสั้นลง จาก 16 ครั้ง ลดลงเหลือ 12 ครั้ง ซึ่งใน 12 ครั้งนี้ ถ้าเด็กมาตามนัดไม่ได้ใช้วิธีการบำบัดทางโทรศัพท์แบบสั่นแทน และในขั้นตอนของการบำบัดจะไม่จำกัดกิจกรรมของเด็กให้เด็กทำกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่ให้มีบทบาทในการเป็นผู้ป่วยหรือถ้ามีก็ให้มีบทบาทน้อยที่สุด มีการติดตามและประสานงานกับโรงเรียน เพื่อให้แน่ใจว่าเด็กไปโรงเรียนและมีการติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมของเด็ก การริเริ่มการบำบัดนี้ทำเป็นรายเดี่ยว และเปิดกว้างเพื่อให้รู้ถึงปัญหาสำคัญของวัยรุ่นและพัฒนาวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิผลและนำความคิดเขียนออกมาเป็นคู่มือมาตรฐานที่ใช้ใน Phase ต่อไป มีจำนวนผู้ร่วมรับการบำบัดจำนวน 5 ราย อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 15.8 ปี มีรายละเอียดดังนี้ ในจำนวน case 5 ราย เป็นเด็กผู้หญิงอายุเฉลี่ย 15.8 ปี ในจำนวนเด็ก 4 รายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและอีก 1 รายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่ไม่เฉพาะเจาะจง ซึ่งจากการติดตามผลพบว่ามีเด็ก 2 ราย ที่มีปัญหาความขัดแย้งเรื่องบทบาทสัมพันธภาพ อีก 2 ราย มีปัญหาเรื่องการเปลี่ยนผ่านบทบาท และอีก 1 ราย เป็นครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว ซึ่งจำนวนครั้งของการบำบัด อยู่ระหว่าง 10 -17 ครั้ง คิดเป็นค่าเฉลี่ยในช่วงของการบำบัด 13.6 ครั้ง จากผลการบำบัดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 21 สัปดาห์จากการบำบัดทั้งหมด 17 - 28 สัปดาห์ ในช่วง

	การบำบัดมีการเพิ่มการบำบัด 1- 2 ครั้งเพื่อให้บิดา มารดา เข้ามามีส่วนร่วม ใน รายที่ไม่สามารถรับการบำบัดได้อย่างสม่ำเสมอ มีการใช้การบำบัดทาง โทรศัพท์ จำนวน 6 ครั้ง จากการติดตามผลครั้งนี้พบว่า IPT - A ลดอาการ ซึมเศร้าได้และทำให้บทบาทต่างๆในการทำหน้าที่ดีขึ้นและไม่มีผู้เข้ารับการ บำบัดเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรและไม่มี ความคิดฆ่าตัวตาย มีผู้รับการบำบัดจำนวน 2 ราย มีปัญหาเรื้อรังในเรื่อง ครอบครัวและจำเป็นต้องส่งต่อเพื่อรับการรักษาและบำบัดชนิดอื่น และใน ระหว่างการบำบัดครั้งนี้ไม่มีการใช้ยาช่วยในการบำบัดได้รับการสนับสนุน figure in their lives Phase II เพื่อปรับคู่มือการบำบัดที่ได้รับการพัฒนาคู่มือมาจากการบำบัดของ Gerald L. Klerman ให้เป็นมาตรฐานและได้นำไปทดลองบำบัดกับกลุ่มตัวอย่าง วัยรุ่น 14 คน ลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นชาย จำนวน 2 คน อายุเฉลี่ย 15.5 ปี วัยรุ่น หญิง จำนวน 12 คน อายุเฉลี่ย 14 ปี กลุ่มตัวอย่าง 11 คน เป็นผู้อพยพและอีก 3 คน เป็น แอฟริกัน - อเมริกัน จำแนกรายละเอียดแหล่งที่มาดังนี้ จำนวน 2 คน อาศัยอยู่กับบิดา – มารดา จำนวน 6 คน อาศัยอยู่กับครอบครัวอุปถัมภ์ และ จำนวน 4 คน อาศัยอยู่กับครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวที่พ่อแม่หย่าร้างหรือแยกทางกัน ใน phase II นี้มีกลุ่มเข้าร่วมการบำบัดทั้งหมด 14 คน ก่อนการบำบัดได้รับ ประเมินการเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรค K-SADS-E กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น 12 คน เข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้า 1 คน เข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้าเรื้อรังและ 1 คนเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้าที่ไม่ระบุสาเหตุ การประเมินเข้ารับการบำบัด ครบในจำนวน 12 สัปดาห์และจะมีการรายงานผลการเปลี่ยนแปลงของอาการ ซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม อาการทางจิตและทางกาย ได้รับการบำบัด ตามคู่มือที่ได้รับพัฒนาคู่มือแบบ IPT – A กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 คน มีสาเหตุ ของปัญหาดังนี้ วัยรุ่น 2 คนมีปัญหาความเศร้าโศกจากการสูญเสีย 7 คนมีปัญหา ความขัดแย้งในบทบาทระหว่างบุคคล และ 3 คนมีปัญหาการเปลี่ยนผ่าน บทบาท และ 1 คนมีปัญหาความบกพร่องในสัมพันธภาพ และอีก 1 คนมีปัญหา ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว จากผลลัพธ์ที่ได้หลังสิ้นสุดการบำบัดในสัปดาห์ที่ 12 พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน เข้ารับการบำบัดไม่ครบทุกขั้นตอนของการ บำบัด จาก 1 คน ออกจากการบำบัดในสัปดาห์ที่ 3 เพราะไม่มีปัญหา
--	--

	สัมพันธภาพ 1 คนออกในสัปดาห์ที่ 4 จากรู้สึกว่าเป็นการบำบัดที่ไม่ยาวนาน ต้องการการบำบัดวิธีอื่นแทน 1 คนออกในสัปดาห์ที่ 7 เพราะารู้สึกดีขึ้นและจะนำไปทำต่อเองในโรงเรียน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดครบทุกขั้นตอนเฉลี่ย 10.5 ครั้ง การบำบัดไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่นอนรักษาในโรงพยาบาล ไม่พบการตั้งครรภวัยรุ่นหรือใช้ยาระหว่างการบำบัด จากการวิเคราะห์ทางสถิติแบบ MANOVA ผลลัพธ์กลุ่มตัวอย่าง 14 คนอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตลอดช่วงของการบำบัด จากคะแนน BDI ($F(5,9) = 6.5, p = .008$) และ คะแนน HRSD ($F(5,9) = 8.42, p = .003$) จะลดลงมากในสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 และ กลุ่มตัวอย่างที่รับการบำบัดครบทุกขั้นตอนจากการวิเคราะห์ทางสถิติแบบ MANOVA จำนวน 11 คนพบว่า อาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากคะแนน BDI ($F(5,6) = 6.61, p = .02$) และ คะแนน HRSD ($F(5,6) = 10.3, p = .007$) และการทำหน้าที่ทางสังคมโดยรวม ดีขึ้น
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์	1) ความตรงของผลการวิจัย ผลการวิจัยมีความตรงเนื่องจากการวิจัยมีวัตถุประสงค์ชัดเจนว่า เพื่อทดสอบประสิทธิภาพและความเป็นไปได้ของ IPT-A ในวัยรุ่นที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในคลินิก มีการกำหนดประชากรที่ศึกษาเป็นวัยรุ่นอายุ 12-18 ปี และเป็นการศึกษาที่ตรงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษาสามารถนำไปใช้กับวัยรุ่นที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานที่ยังขาดรูปแบบการดูแล จัดบำบัดแบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในวัยรุ่น มีการบอกรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดอย่างย่อ การศึกษามีการวัดผลที่เป็นตัวแปรชัดเจน งานวิจัยนี้ มีความเหมาะสมในการใช้ เพื่อตอบคำถามงานวิจัย งานวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 phase Phase I เป็นการพัฒนาคู่มือการบำบัดแบบ IPT - A ที่ได้รับการพัฒนาคู่มือการบำบัดของ Gerald L. Klerman. Phase II เป็นการทดสอบการบำบัดแบบ IPT- A ซึ่งมีการอธิบายขั้นตอนอย่างชัดเจน การบำบัดทำโดยนักจิตวิทยามีประสบการณ์หลังจากจบปริญญาเอก > 3 ปี นักจิตบำบัดได้รับการฝึก IPT โดยได้รับการพัฒนาคู่มือการบำบัดของ Gerald L. Klerman ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเด็ก, นักจิตวิทยาในเด็กวัยรุ่น, ผู้มีประสบการณ์ทางด้านเด็ก และ จิตแพทย์เด็ก เพื่อตรวจสอบผลการวินิจฉัย การวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางความถี่ของอาการซึมเศร้า และการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ DSM -III -R จะได้รับการประเมินผล ในสัปดาห์ที่ 0 , 2, 4 , 8 , 12 และก่อนเข้ารับการบำบัด 2-3

	สัปดาห์ การใช้การคำนวณการจับคู่ t- test เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัด ได้จากผลรวมของการประเมินจากแบบประเมิน BDI , HRSD , SAS-SR , SCL-90 และ C - GAS มีการรายงานถึงผู้ป่วยที่ drop out และ รายงานถึงเหตุผลชัดเจน 2) ผลการวิจัยสรุปว่า โปรแกรมจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในวัยรุ่นมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ก่อนการบำบัดและสิ้นสุดการบำบัดมีความแตกต่างกันจากการวิเคราะห์ทางสถิติแบบ Paired t-test โดยใช้คะแนนแบบประเมิน BDI และ HRSD ประเมินก่อนและสิ้นสุดการบำบัด ผลการประเมิน t-test พบว่า จากการวิเคราะห์ทางสถิติแบบ MANOVA ผลลัพธ์กลุ่มตัวอย่าง 14 คนอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากคะแนน BDI ($F(5,9) = 6.5, p = .008$) และ คะแนน HRSD ($F(5,9) = 8.42, p = .003$) จะลดลงมากในสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 และ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดครบทุกขั้นตอนจากการวิเคราะห์ทางสถิติแบบ MANOVA จำนวน 11 คน พบว่า อาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากคะแนน BDI ($F(5,6) = 6.61, p = .02$) และ คะแนน HRSD ($F(5,6) = 10.3, p = .007$) และการทำหน้าที่ทางสังคมโดยรวม ดีขึ้น การทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning) ก่อนและหลังการบำบัดมีอาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง บทบาทเพื่อนและครอบครัว การทำหน้าที่ทางสังคม ไม่มีความสำคัญทางสถิติ ในโรงเรียนและที่มีคูรัก การวิเคราะห์ครั้งสุดท้าย ใช้การวิเคราะห์แบบ MANOVA ใช้แบบประเมิน SAS – SR พบว่ามีความสำคัญกับการทำหน้าที่ทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญ ($F(4,10) = 3.8, p = .04$) การวิเคราะห์จำนวนคนที่เข้าร่วมครบการบำบัดทุกขั้นตอน จำนวน 11 ราย พบว่าไม่มีความแตกต่างในการทำหน้าที่ทางสังคม จากกลุ่มตัวอย่างน้อย ไม่สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงทางอาการและการปรับตัวทางสังคมได้ การทำหน้าที่โดยรวม Global functioning ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันโดยใช้แบบประเมินของ C - GAS และ SCL - 90 ใช้ paired t - test โดยผล t-test พบว่ามีการทำหน้าที่โดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการประเมินจากการทำหน้าที่โดยรวมมีความแตกต่างกันในทุก ๆ ด้าน ได้มีการแนะนำถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่
--	--

	โดยรวมแต่ก็มีอาการซึมเศร้าลดลง การวิเคราะห์ครั้งสุดท้าย พบว่ามีความสำคัญกับการทำหน้าที่โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญ การวิเคราะห์ครั้งนี้พบว่า อาการทางกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Completer Analysis กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดครบทุกขั้นตอนพบว่าเพิ่มการทำหน้าที่ที่ดีขึ้น โดยแบบประเมิน SCL - 90 และมีอาการเล็ก ๆ น้อยที่ไม่มีความสำคัญเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีน้อย จากผลการบำบัด พบว่า IPT - A สามารถลดอาการซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อสิ้นสุด สัปดาห์ที่ 12 จากแบบประเมิน K - SADS พบว่าไม่มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเข้าเกณฑ์ DSM - III - R หลังจากบำบัด จากแบบประเมิน BDI , HRSD พบว่า IPT – A สามารถลดอาการซึมเศร้าจากแบบประเมิน SAS –SR , SCL- 90 พบว่า IPT –A ทำให้หน้าที่ทางสังคมขึ้น 3) การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในคลินิก จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการของโรคซึมเศร้า มีความเป็นไปได้มากที่จะนำไปปฏิบัติจริงเนื่องจากการบำบัดระยะสั้น ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้งใช้เวลา 45 นาทีต่อครั้ง กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการบำบัดแบบสั้นทางโทรศัพท์ถ้าไม่ได้มาเข้ากลุ่ม หลังจบการบำบัดทุกครั้ง การติดตามทางโทรศัพท์จะช่วยลดความกังวลของพ่อแม่ได้ ซึ่งถือว่าสะดวกและต้นทุนการบำบัดไม่สูง การบำบัดมีความคุ้มค่าเนื่องจากสามารถใช้บุคลากรจำนวนน้อย ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และการบำบัดสามารถลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ที่จะนำการบำบัดไปใช้ควรมีความรู้และความชำนาญเกี่ยวกับการบำบัดเป็นอย่างดีโดยการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญและศึกษาจากคู่มือการบำบัด
--	--

ตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องที่ 2

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	Mufson & Fairbanks (1996)
เรื่อง/แหล่ง ตีพิมพ์	การบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า: การศึกษาติดตาม ตามธรรมชาติเป็นเวลา 1 ปี (Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents: A One-Year Naturalistic Follow-up Study). <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> , 35(9), 1145-1155.
วัตถุประสงค์ การศึกษา	เพื่อรายงานเกี่ยวกับการติดตามวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า 14 คนหลัง 1 ปีที่ได้รับ จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเป็นเวลา 3 เดือน
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกับการวิจัยของ Mufson (1994) ซึ่งเป็น วัยรุ่น 14 คน ที่ได้รับการบำบัดด้วย IPT - A จำนวน 12 ครั้ง มีเพียง 10 คนที่ทำ การบำบัดครบและได้ประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด คิดเป็นร้อยละ 71 กลุ่ม ตัวอย่าง 1 คนที่ติดตามในโรงเรียนและออกจากกลุ่มเปิดจากไม่มีข้อบ่งชี้โรค ซึมเศร้าในโรงเรียน และ 2 คนขอถอนตัวจากการบำบัดในสัปดาห์ที่ 4 และอีก 2 คนได้ติดตามประเมินผลแต่ไม่เคยพบผู้ป่วย อีก 1 คน มีความยากในการติดตาม จากย้ายไปอยู่บ้านพักพิง จึงไม่สามารถติดต่อได้ และ อีก 1 คนเข้าเกณฑ์ วินิจฉัยโรค K-SADS-E แต่พบว่าไม่มีโรคร่วมทางจิต คือ Affective Disorders and Schizophrenia กลุ่มตัวอย่าง 10 คน จาก 14 คนในการวิจัยครั้งก่อนมีอายุเฉลี่ย 17.5 ปี เป็นผู้หญิงทั้งหมดมี 7 คน เป็นลาตินอเมริกัน อีก 3 คน เป็นแอฟริกัน-อเมริกัน กลุ่มตัวอย่าง 6 คน อาศัยอยู่กับมารดาเพียงลำพัง อีก 1 คน อาศัยอยู่กับบิดา และ มารดา อีก 1 คนอาศัยอยู่กับครอบครัวอุปถัมภ์ 1 คนอาศัยอยู่กับลุง 1 คนอาศัยอยู่ กับครอบครัวเพื่อน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการบำบัดเฉลี่ย 10 ครั้ง จำนวน ครั้งของการบำบัดอยู่ระหว่าง 2-13 ครั้ง กลุ่มตัวอย่าง 10 คนที่ได้รับการติดตาม ผลเฉลี่ยการบำบัดเฉลี่ย 9.5 ครั้งและ กลุ่มตัวอย่าง 4 คนที่ไม่ได้เข้าร่วมในการ ติดตามผลมีค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งของการบำบัด 8.75 ครั้ง เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) กลุ่มตัวอย่าง 11 คน จาก 14 คน ที่เข้าร่วมการบำบัดครบ 12 ครั้ง ตามกำหนด

	เดิมมี 7 คนที่ได้รับการติดตามสัมภาษณ์พบว่า ยังคงพ่นหายใจอยู่ และมี 3 คนที่ไม่ได้เข้ารับการบำบัดครบ 12 ครั้งตามกำหนดแต่ได้รับการประเมินผลครบ และ 1 คน ออกจากการบำบัดในสัปดาห์ที่ 4 มีคุณสมบัติเหมือนเรื่องที่ 1 เลือเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ทำแบบประเมินหลังสิ้นสุดการบำบัดและทำการติดตามได้มีจำนวน 9 คน เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีคุณสมบัติเหมือนกับการบำบัดในระยะที่ 1
สถานที่เก็บข้อมูล	Children's Anxiety and Depression Clinic at Columbia Presbyterian Medical Center or the Research Clinic at New York State Psychiatric Institute.
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับของหลักฐาน	One group pre-post test design ระดับความเข้มแข็งที่ระดับ 5
วิธีดำเนินการวิจัย	IPT-A กลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัด IPT – A จำนวน 12 สัปดาห์ ในแต่ละขั้นตอนได้รับการดำเนินการโดยผู้บำบัดที่ได้รับการฝึกจากผู้ฝึก IPT โดย Gerald L. Klerman ระยะเวลาครั้งละ 45 นาทีต่อครั้ง และมีวิดีโอสำหรับดูในขณะที่เข้ารับการบำบัด โดยคู่มือมาตรฐานที่ใช้ประกอบการบำบัดถูกนำมาปรับปรุงใช้โดย Mufson et al. (1993) เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 วัยรุ่น ที่ยังคงมีอาการซึมเศร้าและต้องการการบำบัดวิธีอื่นจะถูกส่งตัวไปยังหน่วยงานที่บำบัดโดยจิตบำบัดวิธีอื่นหรือรักษาด้วยยา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย ได้ถูกส่งตัวไปจิตบำบัดวิธีอื่น แต่ไม่เข้าร่วมตลอดไป และอีก 1 ราย ได้รับการส่งตัวไปสถานสงเคราะห์เด็กที่มีปัญหาครอบครัว เพราะมารดาปล่อยปละละเลยและเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง ในการบำบัดไม่ได้ให้เข้าร่วมด้วย ประมาณ 1 ปี หลังจากสิ้นสุดการเข้ารับการบำบัด IPT – A กลุ่มตัวอย่าง 14 ราย ที่เข้าร่วมการบำบัด ได้มีการติดตามผลการบำบัดทางโทรศัพท์ แต่ถ้าติดต่อไม่ได้จะใช้วิธีการส่งจดหมาย ถ้าทั้งสองอย่างไม่ได้ผล ผู้บำบัดจะไปติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินครบทุกขั้นตอน
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	Phase II - เครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ใช้แบบประเมินดังนี้

	การวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-III-R ใช้ Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children -Epidemiologic Version (K-SADS) (Puig-Antich et al., 1980) เป็นแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างก่อนการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ใช้ประเมินการเข้าเกณฑ์วินิจฉัยก่อนการเข้ารับการบำบัดและสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 12 - การประเมินอาการโรคซึมเศร้า ใช้เครื่องมือดังนี้ 1. Beck Depression Inventory (BDI) (Strober et al., 1981) แบบประเมินอาการด้วยตนเองมีจำนวน 21 ข้อคำถาม 2. Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) (Carroll et al., 1973) เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินอาการซึมเศร้าในคลินิก - การทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning) ใช้เครื่องมือดังนี้ 1. Social Adjustment Inventory for children and adolescents (SAICA) (John et al., 1987) เป็นเครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม ประเมินเป็น baseline และประเมินตามกำหนดสัปดาห์ที่ทำการประเมิน 2. Social Adjustment Scale-Self report version (SAS-SR) (garber et al., 1988; Weissman & Bothwell., 1976) เป็นเครื่องมือรายงานตนเองแบบย่อใช้วัดการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางสังคม ใน 4 ประเด็นหลักดังนี้ การทำหน้าที่ในโรงเรียน เพื่อน ครอบครัว และกิจวัตรประจำวัน เป็นเครื่องมือที่มีความไว ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากแบบประเมินที่ใช้สำหรับผู้ใหญ่ ได้มีการทดลองใช้มาก่อน - การทำหน้าที่โดยรวม (Global functioning) ใช้เครื่องมือดังนี้ 1. Symptom Checklist (SCL-90) (Derogatis., 1977) เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมินอาการทางจิตที่เกิดจากความทุกข์ทางใจ 2. Children's Global Assessment Scale (C-GAS) (Shaffer et al., 1983) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการสูญเสียด้านการทำหน้าที่และสามารถระบุระดับผลของการสูญเสียได้ - Life Events Questionnaire ของ Johnson และ McCutcheon. (1980) เป็นแบบวัดเหตุการณ์ในชีวิต ด้วยการระบุรายการ (check list) แบบคำถามจะมี 5 กลุ่ม ดังนี้ ความขัดแย้ง การสูญเสีย ความรุนแรงการถูกทารุณกรรม การฆ่าตัวตาย และความผิดปกติของบิดามารดา
--	---

ผลการศึกษา	อาการซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการบำบัด IPT-A สามารถดำรงภาวะพ้นหายจากโรคซึมเศร้า ได้ 1 ปี มี 1 คนที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ไม่มีใครที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ไม่มีความคิดที่จะพยายามฆ่าตัวตาย และไปโรงเรียนสม่ำเสมอ จากการวิเคราะห์ แบบ ANOVA ตามช่วงเวลาของการบำบัดตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงติดตามผล พบมีนัยสำคัญทางสถิติโดยแบบประเมิณ อาการซึมเศร้า $HRSD (F (2) = 27.29 \ P < .001)$ และ $BDI \ F ((2) = 23.08 \ P < .0001)$ การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนอาการซึมเศร้าจากการติดตามกับก่อนการทดลองและสิ้นสุดการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ย BDI ขณะติดตามผล 4.40 (SD = 50) เปรียบเทียบกับคะแนน pre-test 21.80 (SD = 50) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .001$) คะแนนเฉลี่ย HRSD ขณะติดตามผล 4.0 (SD = 2.7) เปรียบเทียบกับคะแนน pre-test 19.6 (SD = 7.3) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .001$) การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนอาการซึมเศร้าขณะสิ้นสุดการบำบัดกับติดตามผลพบว่า คะแนนเฉลี่ย BDI ไม่มีความแตกต่างกันเมื่อติดตามครบ 1 ปี คะแนนเฉลี่ย HRSD มีค่าเฉลี่ยขณะติดตามผลเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จาก 2.3 (SD = 2.7) เป็น 4.0 (SD = 2.7) แต่ยังไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($t\text{-value} = -1.51$) หน้าที่ทางสังคม ได้รับการประเมิน SAS-SR มีความสำคัญทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ พบว่าการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น โดยการวิเคราะห์หลายตัวแปร ใช้ ANOVA พบว่า $P < .001$ และผลการติดตามค่า t-test มีความสำคัญทางสถิติสูงมากในผลการทำหน้าที่ทางสังคม และความสัมพันธ์กับเพื่อนและครอบครัว ค่า $P < .01$ เปรียบเทียบ คะแนนก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัด พบว่า หน้าที่ของตนเอง และครอบครัว ดีขึ้น และไม่พบอาการเปลี่ยนแปลงหรือแย่ลงใน 1 ปี การประเมินหน้าที่โดยรวม จากผลการประเมิน SCL-90 ค่าคะแนน ($F (2) = 8.58$) จากผล t-test ($P < .002$) และจากการติดตามผลใน 1 ปี ผลการทำหน้าที่โดยรวมดีขึ้น มีความสำคัญ
------------	---

	ทางสถิติ ค่า ($P < .05$) G-GAS มีผลความสำคัญทางสถิติ ($F(2) = 38.34, P < .0001$) โดยใช้แบบวิเคราะห์สถิติแบบ ANOVA พบว่า การทำหน้าที่มีความสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อสิ้นสุดการบำบัดครบ 12 สัปดาห์ อย่างไรก็ตาม ในการติดตามผล 1 ปี ไม่มีค่าแตกต่างกันทางสถิติ การประเมินต่อสัปดาห์พบว่ามีความสำคัญทางสถิติ $P = .001$ การทำหน้าที่ดีขึ้นจากการใช้แบบประเมินของ G-GAS ในสัปดาห์ ที่ 12 จากผลการรายงาน กลุ่มตัวอย่าง 12 ราย ไม่พบวอนอนโรงพยาบาล ไม่พบการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น , ไม่พบความกีดฆ่าตัวตาย , และไม่พบว่าไม่ไปโรงเรียน ตั้งแต่ที่เข้ารับการบำบัด IPT-A การบำบัดทางโทรศัพท์แบบสั้นได้รับการติดตาม 2 ใน 4 ราย ไม่มีรายงานทางโทรศัพท์ การบำบัดจาก 14 ราย ลดเหลือ 12 ราย ที่ได้รับการยอมรับในการบำบัด Help – Seeking Behavior จากการติดตาม 1 ปี 2 รายได้รับการรักษาด้วยยาและจิตบำบัดวิธีอื่น 2 ราย ได้รับการส่งต่อไปบำบัดวิธีอื่น และมีการติดตามผล 1 ปี พบว่า 10 ราย ไม่มีการรายงานว่าใช้ยา หรือเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน รายงานจากผลการเยี่ยมของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์	1) ความตรงของผลการวิจัย ผลการวิจัยมีความตรงเนื่องจากการวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานเกี่ยวกับการติดตามวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า 14 คน ภายใน 1 ปีที่ได้รับการรักษาเป็นเวลา 3 เดือนกับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเหมาะสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า มีการกำหนดประชากรที่ศึกษาเป็นกลุ่มวัยรุ่นชัดเจน และเป็นการศึกษาที่ตรงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา มีโปรแกรมการบำบัดที่ชัดเจนแต่อธิบายไว้แบบย่อในงานวิจัยนี้ ทำการทดลองมีรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์ได้ส่งไปรักษาด้วยจิตบำบัดวิธีอื่นแทนกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเปิดกว้างในการทดลอง ในงานวิจัยผลการศึกษารูปแบบการบำบัด IPT – A ตามคู่มือมาตรฐานของ (Mufson, 1993) พัฒนามาจาก IPT ของ Klerman ผล Follow up 1 ปี การเปรียบเทียบผล 0 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์ มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ติดตามได้กับกลุ่มที่ติดตามไม่ได้ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องอายุ, หน้าที่ทางสังคม ประเมินจากการติดตามผลคะแนน HRSD หรือ BDI ไม่แตกต่างกัน แต่มีความสามารถ หรือ ความมีอำนาจที่แตกต่าง วิธีการมีการรายงานถึงผู้ป่วยที่ drop out และรายงานถึงเหตุผลชัดเจนจากการติดตาม 1 ปี ผู้ป่วย 2 รายได้รับการรักษาด้วยยาและจิต

	บำบัดวิธีอื่น, 2 ราย ได้รับการส่งต่อไปบำบัดวิธีอื่น และมีการติดตามผล 1 ปี พบว่า 10 ราย ไม่มีการรายงานว่าเข้าหา หรือเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน รายงานจากผลการเยี่ยมของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จากงานวิจัยจะเห็นว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บนพื้นฐานของลักษณะประชากรในผู้ป่วยที่ drop out และนำผู้ป่วยทุกรายมาวิเคราะห์แบบ pairs t-test แบบ ANOVA วิเคราะห์แบบ completers และนำมาเปรียบเทียบกัน การบำบัดที่ได้รับในกลุ่มตัวอย่าง ข้อจำกัด จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยไม่สามารถมีอำนาจในการวินิจฉัยอย่างมีนัยสำคัญ แต่จากการรายงานผลการศึกษามีการวัดผลการบำบัด IPT-A สามารถใช้บำบัดในวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า หรือผู้ที่มีอาการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งการติดตามผลระยะ 1 ปีพบว่าอาการซึมเศร้าลดลง และการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น ซึ่งเป็นแนวทางที่สามารถนำไปใช้ได้จริง 2) ผลการวิจัย IPT-A จากรายงานการติดตามผล 1 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ใน 10 คน ที่ติดตามผล มี 9 คนที่ยังคงภาวะฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้าได้ 1 ปี มี 1 คนเข้าเกณฑ์วินิจฉัย MDD และ Dysthymia เป็นเพราะว่าขอถอนตัวจากการบำบัดในสัปดาห์ที่ 4 การติดตามวัดคะแนนการฟื้นฟู ใช้คะแนน BDI น้อยกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน และ HRSD น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน จากการวิเคราะห์ แบบ ANOVA ซึ่งมีความสำคัญทางสถิติโดยแบบ ประเมิน อาการซึมเศร้า HRSD ($F(2) = 27.29$, $P < .001$) และ BDI ($F(2) = 23.08$, $P < .0001$) จากผล t-test ค่าเฉลี่ยของการติดตามด้วย BDI เฉลี่ย 4.40 (5.0) เปรียบเทียบก่อนการบำบัดคะแนน 19.6 (7.3) ($P = .001$) ผลการเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการบำบัด ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ HRSD คะแนนลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ค่าคะแนน 2.3 (2.7) $t \text{ value} = 1.51$ จากการรายงานผลต่อเนื่อง สามารถลดอาการซึมเศร้าได้, มีความสอดคล้องหน้าที่ทางสังคมเพิ่มขึ้น และเข้าเกณฑ์การวินิจฉัย เล็กน้อย จนเสร็จสิ้นการบำบัด จากแบบประเมิน C-GAS พบว่า การติดตามผลไม่สามารถประเมินได้ จากการรายงานผล การเรียนของนักเรียนในระดับ High school และมีการวางแผนติดตามในมหาวิทยาลัย ไม่พบว่ามี การ drop out จากโรงเรียน ไม่พบการตั้งครรภ์ในโรงเรียนหรือการผิวกฎของโรงเรียนและผลการบำบัดมีความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้นมีเพียง 3 ราย ที่มีการประเมินพบว่าต้องได้รับการส่งตัวไปรักษาจิตบำบัดวิธีอื่น จากมีปัญหาคอรัวที่ยากต่อการติดตามผล
--	---

	2 ใน 3 เข้าร่วมการบำบัดอย่างสม่ำเสมอแล้วเสร็จสิ้นจากการศึกษา การฝึกทักษะ IPT – A มีดังนี้ 1. เพิ่มทักษะการสื่อสารที่บกพร่องในวัยรุ่น และมีความสามารถในการสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ 2. เรียนรู้กระบวนการพัฒนาข้อบกพร่อง และสัมพันธภาพที่ขัดแย้งในวัยรุ่นโดยพัฒนาคู่มือมาจากผู้ใหญ่ 3) การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในคลินิก จัดบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการของโรคซึมเศร้า มีความเป็นไปได้มากที่จะนำไปปฏิบัติจริงเนื่องจากการบำบัดระยะสั้น ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้งใช้เวลา 30 นาทีต่อครั้ง ถ้าผู้ป่วยผัดนัดหรือมารับการบำบัดด้วยตัวเองไม่ได้สามารถบำบัดสั้นๆ ทางโทรศัพท์ได้ ซึ่งถือว่าสะดวกและต้นทุนการบำบัดไม่สูง การบำบัดมีความคุ้มค่าเนื่องจากสามารถใช้บุคลากรจำนวนน้อย ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และการบำบัดสามารถลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ที่จะนำการบำบัดไปใช้ควรมีความรู้และความชำนาญเกี่ยวกับการบำบัดเป็นอย่างดีโดยการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญและศึกษาจากคู่มือการบำบัด
--	--

ตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องที่ 3

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	Mufson, Weissman, Moreau, Garfinkel (1999)
เรื่อง/แหล่ง ตีพิมพ์	ประสิทธิภาพจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สำหรับวัยรุ่นที่มีอาการ ของโรคซึมเศร้า (Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents) <i>American Journal Psychiatry</i> ;56:573-579.
วัตถุประสงค์ การศึกษา	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สำหรับวัยรุ่นที่มี อาการของโรคซึมเศร้า
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาเองหรือได้รับการส่งตัวจากผู้ปกครองหรือนักจิตวิทยาคลินิกในโรงเรียนให้มารับการรักษาในคลินิกจิตเวชเด็กโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในโรงพยาบาลโคลัมเบียกรุงนิวยอร์กและสถาบันวิจัยทางด้านจิตเวชในกรุงนิวยอร์ก ระหว่างปี ค.ศ.1993 และปี ค.ศ.1996 มีกลุ่มตัวอย่างสงสัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 79 คน ได้รับการประเมินจากทีมผู้วิจัยการสัมภาษณ์ใช้แบบประเมิน HAM-D มีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองโดยใช้ตารางตัวเลขสุ่มสำหรับผู้ป่วย 100 คน พบว่ามีจำนวน 57 คนที่สามารถเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ แต่มีจำนวน 48 คนที่ยินยอมเข้าร่วม เข้าเกณฑ์จำนวน 32 คน กลุ่มควบคุม 11 คน กลุ่มทดลอง 21 คน การบำบัดเป็นการบำบัดฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) 1. เป็นผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีอายุ ระหว่าง 12-18 ปี พูดภาษาอังกฤษได้ มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ และผู้ดูแลตามกฎหมายยินยอมเซ็นใบยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-III-R ว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) 2. มีคะแนนจากการประเมินอาการของโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1. ผู้ที่กำลังมีความคิดในการฆ่าตัวตาย 2. ผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีอื่นเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า 3. มีโรคเรื้อรังทางกาย 4. เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคจิต, โรคอารมณ์แปรปรวนแบบสองขั้ว

	ชนิดที่ 1 หรือ 2, conduct disorder, Substance abuse disorder, การรับประทาน อาหารที่ผิดปกติ,(eating disorder), โรคย้ำคิดย้ำทำ
สถานที่เก็บ ข้อมูล	Child Anxiety and Depression Clinic at Babies Hospital Columbia Presbyterian Medical Center, New York, NY, and the Clinical Research Center, New York State Psychiatric Institute, New York, between 1993 and 1996
ระเบียบวิธีวิจัย /ระดับของ หลักฐาน	Randomized Controlled trial ระดับความเข้มแข็งที่ระดับ 3
วิธีดำเนินการ วิจัย	กลุ่มควบคุม ได้รับการบำบัดตามปกติ จำนวน 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที ระยะห่างของการ บำบัด เดือนละครั้ง ครั้งที่ 1 เป็นการประเมินอาการซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ เช่นการไปโรงเรียน ประเมินความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 2 จะพูดคุยเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้า การทำหน้าที่ ผู้บำบัด แจกคู่มือการบำบัดแบบมีโครงสร้าง เกี่ยวกับการให้คำแนะนำ การฝึกทักษะ ผู้บำบัดจะใช้การฟัง และการประคับประคอง ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย โทรศัพท์หาได้ทันทีที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าการแย่ง หลังได้รับการบำบัดตามปกติ หรือ ทันทีที่รู้สึกแย่ง ครั้งที่ 3 เป็นการติดตามอาการ กลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัดด้วย จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการ ของโรคซึมเศร้า (IPT-A) ซึ่งเป็นการบำบัดที่นำมาปรับปรุงเครื่องมือมาจาก ต้นฉบับของการบำบัด จากการบำบัดโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ของ Klerman et al. (1984) ซึ่งเป็นการบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอก ปรับวิธีการบำบัดเน้นการ พัฒนาการทางด้านจิตใจของวัยรุ่นดังนี้ - การแยกจากพ่อแม่ - การสำรวจความมีอำนาจในตนเอง ในการมีปฏิสัมพันธ์กับพ่อแม่ - การพัฒนาสัมพันธภาพซึ่งกันและกัน - ประสบการณ์การตายจากไปของญาติและเพื่อน - การกอดกันจากเพื่อน ฯลฯ และมีปัญหาด้านครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวเป็น

	ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้านที่ 5 เข้ามาด้วย การบำบัด 12 ครั้ง สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 30 นาที ในสัปดาห์ที่ 1-4 ถ้ามาด้วยตนเองไม่ได้ จะได้รับการบำบัดทางโทรศัพท์แบบสั้น ถ้ามีความจำเป็นก็จะโทรศัพท์ติดต่อกับพ่อแม่ การบำบัดครั้งที่ 2 จะมีการพูดคุยถึงอาการของโรคซึมเศร้าและความสามารถในการปฏิบัติการกิจในชีวิตประจำวัน (functioning) ผู้บำบัดจะให้การบำบัดแบบสั้นกระชับตามคู่มือการฝึกทักษะและให้คำแนะนำในการฝึกทักษะ การบำบัดแต่ละครั้งจะเป็นการทบทวนเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้า การตั้งใจเรียน ประเมินความคิดในการฆ่าตัวตาย และใช้การฟังเป็นการประคับประคอง ผู้บำบัดสามารถเลือกบำบัดในช่วงเวลาการบำบัดตามปกติ โดยการเปรียบเทียบผลของการบำบัดในการที่จะบำบัดในช่วงเวลาหรือรอดตามเงื่อนไขที่ว่า “โทรหาฉันทันทีที่คุณต้องการ” เป็นเงื่อนไขที่ใช้เฉพาะสำหรับการบำบัดด้วยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้ใหญ่ กลุ่มผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสามารถพบผู้บำบัดได้ในระหว่างการบำบัด ได้มากกว่า 3 ครั้ง ถ้าหลังการบำบัดด้วย IPT-A แล้ว ผู้ป่วยรู้สึกแย่ลง เป็นการบำบัดนอกเงื่อนไขของการวิจัย จะได้รับการประเมินจากจิตแพทย์เด็กและผู้ประเมินอิสระที่ไม่ทราบว่าเป็นผู้ป่วยคนไหนอยู่กลุ่มทดลอง หรือกลุ่มควบคุม ถ้าผู้ประเมินสรุปผลว่า ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดวิธีอื่น จากผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามากขึ้น หรือมีความคิดในการฆ่าตัวตาย หรือการทำหน้าที่ ที่สัมพันธ์กับทางโรงเรียนมีปัญหา ผู้ป่วยจะถูกคัดออกจากการวิจัยและถูกส่งตัว ไปรับการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่นที่ได้ผลในทันที ถ้ากลุ่มตัวอย่าง ขาดการติดตามจากผู้บำบัดหรือผู้ประเมินที่เชี่ยวชาญทางด้านเด็ก ถึง 3 ครั้ง ก็จะถูกคัดออกจากการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการประเมินจากผู้บำบัดหรือผู้ประเมินที่เชี่ยวชาญทางด้านเด็ก ประเมินก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัด ในสัปดาห์ที่ 8 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมิน การเข้ารับการบำบัดโดยจิตแพทย์ ก่อนจะสิ้นสุดการบำบัดซึ่งไม่ทราบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นกลุ่มใดและได้รับการบำบัดด้วยวิธีใด ผู้ป่วยไม่สามารถถามข้อมูลจากผู้ประเมินได้ว่าตนเองได้รับการบำบัดแบบใด หากมีการทราบข้อมูลจากผู้ประเมิน ผู้ป่วยจะถูกเปลี่ยนให้รับการประเมินจากผู้ประเมินที่เชี่ยวชาญทางด้านเด็ก รายอื่น
--	--

	คุณสมบัติของผู้บำบัด ผู้บำบัดได้รับการฝึกการบำบัดด้วยโปรแกรม IPT-A จากผู้เชี่ยวชาญคนหนึ่งจากทีมวิจัยที่เชี่ยวชาญด้าน IPT-A ผู้บำบัดมีคุณสมบัติ 2 ประการคือ เป็นจิตแพทย์เด็ก ได้รับใบอนุญาตจิตวิทยาคลินิกและ จบการศึกษาจิตวิทยาคลินิก ในระดับปริญญาโท และมีประสบการณ์การบำบัดในคลินิกมากกว่า 10 ปี ผู้บำบัดทุกคนเป็นผู้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติในคลินิก การบำบัดด้วยรุ่นที่มีอาการของโรคซึมเศร้า 2 ราย ใน 12 สัปดาห์ และมีผลการสุ่มจากผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน ประเมินกลยุทธ์และกระบวนการบำบัด โดยใช้แบบประเมิน จากสถาบันการบำบัด โรคซึมเศร้านานาชาติ ผู้บำบัดทั้ง 4 ท่านจะได้รับการฝึกโดยการบันทึกวิธีทัศน์ระหว่างการบำบัดและได้รับการเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 2 ท่าน
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	1. เครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ใช้แบบประเมินดังนี้ การวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-III-R และ แบบสัมภาษณ์ Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC 2.3) Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children - Epidemiologic Version (K-SADS-E) ใช้ประเมินการเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้า ก่อนการเข้ารับการบำบัดและสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 12 2. เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการของโรคซึมเศร้า ใช้แบบประเมิน 1.1 Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) เป็นการวัดความรุนแรงของโรคซึมเศร้าประกอบด้วย 24 ข้อคำถาม ถ้าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนนถือว่ามีอาการ โรคซึมเศร้ารุนแรง (MDD) ถ้ามีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน ถือว่าคะแนนการฟื้นหาย (recovered) จากโรคซึมเศร้า 1.2 Beck Depression Inventory (BDI) แบบประเมินอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง ถ้าคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีอาการระดับปานกลางถึงรุนแรง ถ้าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนนถือว่าคะแนนการฟื้นหาย (recovered) จากโรคซึมเศร้า 3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการทำหน้าที่โดยรวมใช้แบบประเมิน Children's Global Assessment Scale (C-GAS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากของผู้ใหญ่ปรับใช้ให้เหมาะสมกับเด็กที่มีปัญหาในการทำหน้าที่โดยรวม ใช้แบบประเมิน Clinical Global Impressions scale (CGI) ใช้วัดระดับความรุนแรงของ

	อาการเจ็บป่วย 4. เครื่องมือที่ใช้ประเมินด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ใช้ Social Adjustment Scale-Self-Report version (SAS-SR) for adolescents ฉบับย่อมี 23 คำถาม มี 4 หมวดได้แก่ โรงเรียน เพื่อน ครอบครัว และ คู่รัก 5. Social problem- solving skills ใช้แบบวัด
ผลการศึกษา	กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่าง ในเรื่องเพศ อายุเฉลี่ย วัฒนธรรม การศึกษาของบิดามารดา สถานภาพเศรษฐกิจสังคม ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย การวินิจฉัย ประสิทธิภาพการบำบัด IPT-A กลุ่มทดลองได้รับการบำบัด IPT-A มีค่าเฉลี่ยของการเข้าร่วมการบำบัด จำนวน 9.8 ครั้ง ในจำนวน 13 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 75 กลุ่มควบคุมมีการออกจากการเข้าร่วมการประเมินคิดเป็นจำนวน 2.8 เข้า 5 ครั้ง ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัด IPT-A คิดเป็นจำนวน 5.8 เข้า 7 ครั้ง ออกในสัปดาห์ที่ 2 จำนวน 1 คน สัปดาห์ที่ 6 จำนวน 3 คน สัปดาห์ที่ 8 จำนวน 2 คน เนื่องจากมีความคิดในการฆ่าตัวตาย จากการวิเคราะห์ทางสถิติ intent- to -treat with last score คะแนน HRSD และ BDI ไม่มีความแตกต่างกันทั้งสองกลุ่มในสัปดาห์แรกที่เริ่มการบำบัด การวิเคราะห์ทางสถิติหลังการบำบัดครบ 12 ครั้ง คะแนนในกลุ่มทดลองที่ได้รับ IPT-A มีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HRSD $P < .02$; BDI $P < .05$) IPT-A มีผลคะแนน HRSD มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน ถือว่าคะแนนการฟื้นหาย (recovered) จากโรคซึมเศร้า และ BDI คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนนถือว่าคะแนนการฟื้นหาย (recovered) จากโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติว่ากลุ่มควบคุม
ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์	1) ความตรงของผลการวิจัย ผลการวิจัยมีความตรงเนื่องจากการวิจัยมีวัตถุประสงค์ชัดเจนเพื่อศึกษาประสิทธิภาพจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สำหรับวัยรุ่นที่มีอาการของโรคซึมเศร้า มีการกำหนดประชากรที่ศึกษาเป็นกลุ่มวัยรุ่นระยะอายุชัดเจน และเป็นการศึกษาที่ตรงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา ได้รับการบำบัดด้วย จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สำหรับวัยรุ่นที่มีอาการของโรคซึมเศร้า (IPT-A) ซึ่งเป็นการบำบัดที่นำมาปรับปรุงเครื่องมือมาจากต้นฉบับของการบำบัด จากการบำบัดโรคซึมเศร้าใน

	ผู้ใหญ่ของ Klerman et al (1984) ซึ่งเป็นการบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอก การปรับวิธีการบำบัดปรับตามพัฒนาการของวัยรุ่น การประเมินผล ทำโดยจิตแพทย์เด็ก นักจิตวิทยาคลินิกเด็ก หรือนักจิตวิทยาสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป ที่ผ่านการฝึกกับผู้เชี่ยวชาญ (Mufson et al., 1999: Level III) และมีคู่มือประกอบการบำบัด กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยในคลินิกที่สนใจ และเป็นการศึกษาที่ตรงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา มีการบอกรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดอย่างย่อ การศึกษามีการวัดผลที่เป็นตัวแปรตามเพื่อลดอาการโรคซึมเศร้าชัดเจน งานวิจัยนี้เป็นงาน RCT มีความเหมาะสมในการใช้วิธีการวิจัยแบบ RCT เพื่อตอบคำถามงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างเหมาะสม มีการสุ่มเข้ากลุ่มจริงเริ่มตั้งแต่การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ซึ่งมีการอธิบายขั้นตอนการสุ่มอย่างชัดเจน ไม่มีรายงานเรื่องความแตกต่างของประชากรที่ศึกษา ดังนั้นจึงไม่มีผลกระทบต่องานวิจัย การสุ่มตัวอย่างเมื่อได้ประชากรที่ศึกษาแล้วมีการชี้แจงการทำกลุ่มในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเป็นผู้ทำกลุ่มจึงทราบว่าประชากรอยู่กลุ่มตัวอย่างใด งานวิจัยนี้ได้บอกรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประเมินหรือผู้ที่เก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิเคราะห์ผลการวิจัยนี้มีการรายงานไว้ถึงกลุ่มตัวอย่างที่ drop out ออกในสัปดาห์ที่ 2 จำนวน 1 คน สัปดาห์ที่ 6 จำนวน 3 คน สัปดาห์ที่ 8 จำนวน 2 คน เนื่องจากมีความคิดในการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยได้นำกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาวิเคราะห์ข้อมูลแบบ intent to treat ในงานวิจัยได้รายงานเกี่ยวกับการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ไม่สามารถคงที่อยู่ในงานวิจัย (drop out) ไว้ นอกจากกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัด กลุ่มตัวอย่างได้รับการปฏิบัติที่เหมือนกัน และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มวัดตัวแปรตามเหมือนกัน อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ของแบบประเมินตนเองหรือเจ้าหน้าที่ประเมินผลอาจเกิด bias ได้ 2) ผลการวิจัย โปรแกรมจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในวัยรุ่นมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ก่อนการบำบัดและสิ้นสุดการบำบัดมีความแตกต่างกันอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นลดลงและมีความแตกต่างอย่างชัดเจน การประเมินด้านการทำหน้าที่ (Functioning) และผลการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้นผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการประเมินจากผู้บำบัดหรือผู้ประเมินที่เชี่ยวชาญทางด้านเด็ก ประเมินก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัด เปรียบเทียบจาก
--	---

	จำนวนครั้งของการเข้าร่วมการบำบัด ซึ่งกลุ่มได้รับการบำบัด IPT-A มีค่าเฉลี่ยของการเข้าร่วมการบำบัด จำนวน 9.8 ครั้ง ในจำนวน 13 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 75 กลุ่มควบคุมมีการออกจากการเข้าร่วมการประเมินคิดเป็นจำนวน 2.8 เข้า 5 ครั้ง ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัด IPT-A คิดเป็นจำนวน 5.8 เข้า 7 ครั้ง ผลของคะแนน HRSD และ BDI วัดระดับอาการซึมเศร้าของทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันในสัปดาห์แรกที่เริ่มการบำบัด เมื่อสิ้นสุดการบำบัด หลังการบำบัดครบ 12 ครั้ง คะแนน จากแบบประเมิน HRSD และ BDI ในกลุ่มทดลองที่ได้รับ IPT-A มีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HRSD $P < .02$; BDI $P < .05$) IPT-A มีผลคะแนน HRSD มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน ถือว่าคะแนนการฟื้นหาย (recovered) จากโรคซึมเศร้า และ BDI คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนนถือว่าคะแนนการฟื้นหาย (recovered) จากโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกว่ากลุ่มควบคุม 3) การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในคลินิก มีความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในคลินิก สามารถนำไปใช้กับวัยรุ่นที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานที่ยังขาดรูปแบบการดูแล จัดบำบัดแบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในวัยรุ่นจัดบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการของโรคซึมเศร้า มีความเป็นไปได้มากที่จะนำไปปฏิบัติจริงเนื่องจากเป็นการบำบัดระยะสั้น ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้งใช้เวลา 30 นาทีต่อครั้ง มีการติดตามที่ใช้โทรศัพท์ในการติดตามซึ่งถือว่าสะดวกและต้นทุนการบำบัดไม่สูง การบำบัดมีความคุ้มค่าเนื่องจากสามารถใช้บุคลากรจำนวนน้อย ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และการบำบัดสามารถลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ที่จะนำการบำบัดไปใช้ควรมีความรู้และความชำนาญเกี่ยวกับการบำบัดเป็นอย่างดีโดยการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญและศึกษาจากคู่มือการบำบัด
--	---

ตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องที่ 4

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	Mufson, Dorta, Wickramaratne, Nomura, Olfson, Weissman, (2004)
เรื่อง/แหล่ง ตีพิมพ์	ประสิทธิภาพจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการของโรคซึมเศร้า: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (A Randomized Effectiveness Trial of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents.) <i>American Journal Psychiatry</i> ; 61:577-584.
วัตถุประสงค์ การศึกษา	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการประยุกต์ใช้จิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลในวัยรุ่นที่มีอาการของโรคซึมเศร้ากับการปฏิบัติตามปกติในคลินิกสุขภาพจิตในโรงเรียน
กลุ่มตัวอย่าง	เป็นวัยรุ่นที่มีอายุ ระหว่าง 12-18 ปี ที่ได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมคัดกรองมีจำนวนทั้งสิ้น 509 คน จากโรงเรียนมัธยมต้น 3 โรงเรียนและมัธยมปลาย 2 โรงเรียน รวมทั้งสิ้น 5 โรงเรียน จากรัฐนิวยอร์ก ซึ่งคัดกรองตั้งแต่เดือนเมษายน ปี ค.ศ. 1999 ถึงเดือน กรกฎาคม ค.ศ. 2002 บุคคลที่ไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า 326 คน และ มีผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 183 คน ในจำนวนนี้ มีจำนวน 96 คน ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย อีก 23 คนที่ไม่สามารถพูดภาษาอังกฤษได้ เหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 64 คน อายุเฉลี่ย 15 ปี เป็นวัยรุ่นผู้หญิง ร้อยละ 84 และเป็นผู้อพยพ ร้อยละ 71 กลุ่มตัวอย่างได้รับการเซ็นยินยอมจากผู้ดูแลที่ถูกต้องตามกฎหมาย เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ใช้แบบสัมภาษณ์ที่เป็นตารางสำหรับโรคแปรปรวนทางอารมณ์และโรคจิตเภทสำหรับเด็กที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยเรียน เลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ 1. ผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่มีคะแนนจากแบบวัด HAMD มากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนนมีความรุนแรงของอาการในระดับปานกลาง 2. ประเมินด้านการทำหน้าที่ด้วยแบบประเมิน Children's Global Assessment Scale (C-GAS) ที่คะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 65 คะแนน 3. ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV-TR ว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (diagnosis of major depression) โรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง (dysthymia) และผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้าร่วมกับปัญหาด้านการตัดสินใจ (adjustment disorder)

	with depressed mood) หรือผู้ที่อาการซึมเศร้าที่ไม่สามารถระบุสาเหตุได้ (depressive disorder not otherwise specified) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1. ผู้ที่มีพฤติกรรมในการฆ่าตัวตาย 2. ปัญญาอ่อน ที่มีอาการเจ็บป่วยและได้รับการรักษา 3. เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าติดสารเสพติด 4. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต 5. โรคจิตเภทที่กำลังได้รับการรักษาอาการซึมเศร้า 6. ไม่สามารถพูดภาษาอังกฤษได้ ขณะที่ทำการทดลองถ้าประเมินพบว่าเด็กมีคะแนนซึมเศร้าจากแบบวัด HAMD ≥ 25 คะแนน จิตแพทย์จะให้ยาด้านเศร้าร่วมด้วยซึ่งไม่คัดออกจากงานวิจัย นอกเสียจากว่าเด็กมีอาการรุนแรง จนถึงเข้ารับการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงคัดออกจากการวิจัย กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 64 คน ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 34 คน กลุ่มควบคุม กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน มี 1 คน ย้ายโรงเรียน จึงเหลือกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 29 คน
สถานที่เก็บข้อมูล	คลินิกสุขภาพจิตในโรงเรียน
ระเบียบวิธีวิจัย /ระดับของหลักฐาน	Randomized Controlled trial ระดับความเข้มแข็งที่ระดับ 3
วิธีดำเนินการวิจัย	กลุ่มทดลอง จะได้รับการบำบัดด้วย IPT-A จะเน้นไปที่ประเด็นที่เป็นปัญหาด้านสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งประกอบด้วยปัญหาด้านสัมพันธภาพ 4 ด้านดังนี้ การสูญเสียบุคคลสำคัญ การขัดแย้งกับบุคคลสำคัญ การเปลี่ยนผ่านบทบาท และการพร่องด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยได้รับการบำบัด 12 ครั้ง การบำบัด 8 ครั้งแรก ใช้เวลา 35 นาที ต่อสัปดาห์ และติดตามอีก 4 ครั้ง ภายใน 8 สัปดาห์ซึ่งจะเลือกความถี่ห่างในการนัดหมายได้ การประเมินผลการบำบัดจะประเมินครั้งแรกเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน หลังจากนั้นมีการประเมิน ทุก 4 สัปดาห์

	ในสัปดาห์ที่ 0,4,8,12 และการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 16 โดยใช้แบบประเมิน อาการของโรคซึมเศร้า HAMD กลุ่มควบคุม (TAU) กลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพจิตในโรงเรียน ตามปกติ (TAU) คือการบำบัดรายบุคคล โดยไม่ได้ให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด จะได้รับการบำบัดพร้อมทั้งครอบครัว 1-3 ครั้ง อีก 5 ครั้งจะเป็นการบำบัดแบบกลุ่มบำบัด
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	1. เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการของโรคซึมเศร้า ใช้แบบประเมิน 1.1 Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD) เป็นการวัดความรุนแรงของโรคซึมเศร้า คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-74 คะแนน อาการรุนแรงของโรคซึมเศร้าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนนและ คะแนนการฟื้นหายจากโรค (recovery) คะแนน HAMD น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน 1.2 Beck Depression Inventory (BDI) คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-39 คะแนน คะแนนการฟื้นหายจากโรค (recovery) คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน 2. Global functioning ประเมินโดยใช้แบบวัด 2.1 Clinical Global Impressions scale (CGI) 2.2 C-GAS คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน 3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินด้านการทำหน้าที่ทางสังคมใช้แบบประเมิน Social Adjustment Scale-Self-Report (SAS-SR) คะแนนสูงหมายถึงการทำหน้าที่บกพร่อง
ผลการศึกษา	คะแนน HAMD ในกลุ่มที่ได้รับ IPT-A ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญในสัปดาห์ที่ 12 (mean 8.7 vs 12.8; $P=.04$) คะแนน BDI ในกลุ่มที่ได้รับ IPT-A ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญในสัปดาห์ที่ 12 (mean 8.4 vs 12.3; $P=.14$) เมื่อสิ้นสุดการบำบัดพบว่าวัยรุ่นที่ได้รับ IPT-A ($HAMD \leq 6$) จำนวน 17 คน คิดเป็น 50 % เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติพบว่าจำนวนคนที่ฟื้นหายน้อยกว่าคิดเป็นจำนวน 10 คนคิดเป็น 34 % เมื่อสิ้นสุดการบำบัดและวัดความฟื้นหายด้วยคะแนน ($BDI \leq 9$) พบว่ากลุ่มที่เข้ารับการบำบัดแบบ IPT-A มีจำนวนคนฟื้นหาย 25 คน คิดเป็น 74% และคนที่ได้รับการดูแลปกติมีการฟื้นหายจำนวน 5 คนคิดเป็น 52%

	ขนาดอิทธิพลของการบำบัด IPT-A ต่ออาการซึมเศร้า(HAM-D) ใน ที่ intent to treat = 0.50 และขนาดอิทธิพลของการบำบัด IPT-A เมื่อคิดด้วยคะแนน BDI มีขนาดอิทธิพล 0.37 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง
ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์	1)ความตรงของผลการวิจัย ผลการวิจัยมีความตรงเนื่องจากการวิจัยมีวัตถุประสงค์ชัดเจนเพื่อศึกษาประสิทธิภาพการประยุกต์ใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในวัยรุ่นที่มีอาการของโรคซึมเศร้ากับการปฏิบัติตามปกติในคลินิกสุขภาพจิตในโรงเรียน มีการกำหนดประชากรที่ศึกษาชัดเจน และเป็นการศึกษาที่ตรงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา งานวิจัยนี้เป็นงาน RCT มีความเหมาะสมในการใช้วิธีการวิจัยแบบ RCT เพื่อตอบคำถามงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างเหมาะสม ซึ่งมีการอธิบายขั้นตอนการสุ่มอย่างชัดเจนมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกที่ชัดเจน การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับวัยรุ่น(IPT-A) จากการวิเคราะห์ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกี่ยวกับการลดอาการซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น การทำหน้าที่โดยรวมดีขึ้นและลดอาการซึมเศร้าได้ดีกว่าการให้สุขภาพจิตปกติ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่ได้ถูกปกปิด ทั้งสองกลุ่มได้รับการติดตามและวัดผลจากการศึกษาตัวแปรที่มีอาการของโรคซึมเศร้าและพบว่าสามารถลดอาการของโรคซึมเศร้าได้ยังสามารถเพิ่มความสามารถด้านการทำหน้าที่ทางสังคมและการทำหน้าที่ตามปกติได้ดีขึ้น จึงคิดว่าสามารถนำไปใช้ในที่ทำงานที่ผู้ศึกษาทำงานอยู่ได้จริง และเป็นการบำบัดระยะสั้น ใช้เวลาการบำบัดครั้งละ 35 นาที 12 ครั้ง มีการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 16 ที่สำคัญแบบประเมินอาการของโรคซึมเศร้า HRS-D ได้มีผู้แปลเป็นภาษาไทยสามารถนำมาใช้ในคลินิกได้ 2) ผลการวิจัยพบว่า IPT-A สามารถลดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญ ($P=.04$) เมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ (TAU) คะแนน HAM-D ในกลุ่มที่ได้รับ IPT-A ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญในสัปดาห์ที่ 12 (mean 8.7 vs 12.8; $P=.04$)) คะแนน BDI ในกลุ่มที่ได้รับ IPT-A ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญในสัปดาห์ที่ 12 (mean 8.4 vs 12.3; $P=.14$) เมื่อสิ้นสุดการบำบัดพบว่าวัยรุ่นที่ได้รับ IPT-A ($HAMD \leq 6$) ฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้า จำนวน 17 คนคิดเป็น 50 % เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการ

	ดูแลตามปกติพบว่าจำนวนคนที่ฟื้นฟูหายน้อยกว่าคิดเป็นจำนวน 10 คนคิดเป็น 34 % เมื่อสิ้นสุดการบำบัดและวัดความฟื้นฟูด้วยคะแนน (BDI $\leq$ 9) พบว่ากลุ่มที่เข้ารับการบำบัดแบบ IPT-A มีจำนวนคนฟื้นฟูหาย 25 คน คิดเป็น 74% และคนที่ได้รับการดูแลปกติมีการฟื้นฟูหายจำนวน 5 คนคิดเป็น 52% ขนาดอิทธิพลของการบำบัด IPT-A ต่ออาการซึมเศร้า(HAMD) ใน ที่ intent to treat = 0.50 และขนาดอิทธิพลของการบำบัด IPT-A เมื่อคิดด้วยคะแนน BDI มีขนาดอิทธิพล 0.37 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง 3) การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในคลินิก มีความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในคลินิก กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยในคลินิกที่สนใจ ผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้ามีลักษณะที่ตรงกับผู้ป่วยในคลินิก จึงสามารถที่จะนำรูปแบบการบำบัดไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้ มีความคุ้มค่า ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และรูปแบบจิตบำบัดยังเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยโดยหากนำไปใช้ จะสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการบำบัดสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และยังสอดคล้องกับสถานการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งในด้านการปฏิบัติงานจริงและความเป็นไปได้จากการศึกษาความทุกข์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
--	--

ตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องที่ 5

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	Rossello & Bernal (1999)
เรื่อง/แหล่ง ตีพิมพ์	ประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิด พฤติกรรม และการบำบัดด้าน สัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในวัยรุ่นเปอร์โตริโกที่มีอาการซึมเศร้า The Efficacy of Cognitive-Behavioral and Interpersonal Treatments for Depression in Puerto Rican Adolescents. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 67(5), 734 - 745.
วัตถุประสงค์ การศึกษา	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิด พฤติกรรม และการบำบัด ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในวัยรุ่นเปอร์โตริโกที่มีอาการซึมเศร้า
กลุ่มตัวอย่าง	งานวิจัยนี้ทำการศึกษา วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 13-17 ปี มีประชากร 71 คนที่ เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ได้จากการคัดกรองมีอาการเจ็บป่วยโรค ซึมเศร้าแบ่งเป็น IPT-A 23 คน CBT 25 คน และ Wait-list control 23 คน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1.อายุระหว่าง 13-18 ปี 2. เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) หรือ โรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง (dysthymia) หรือป่วยด้วย โรคทั้งสองดังที่กล่าวมา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1.ผู้ที่กำลังมีความคิดฆ่าตัวตาย 2.มีอาการทางจิต 3.โรคอารมณ์แปรปรวน 4.โรคพิษสุราเรื้อรัง 5.conduct disorders 6.ติดสารเสพติด 7.โรคความผิดปกติทางสมอง 8.ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง 9. จำเป็นต้องได้รับการรักษาทันทีหรือต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 10. ได้รับยารักษาอาการทางจิตหรือจิตบำบัด 11. เกี่ยวข้องกับคดีความทางกฎหมาย

	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุระหว่าง 13-17 ปี ($M = 14.70$, $SD = 1.40$) 54 % เป็นผู้หญิง และ 46 % เป็นผู้ชาย และเรียนอยู่ระดับชั้นเกรด 5 - เกรด 12 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ Double depression อยู่ในกลุ่ม IPT 21 คน กลุ่ม CBT 16 คน และ Wait-list control 17 คน เข้าเกณฑ์ Major depressive disorder อยู่ในกลุ่ม IPT 2 คน กลุ่ม CBT 9 คน และ Wait-list control 6 คน ไม่พบกลุ่มตัวอย่างโรคซึมเศร้าเรื้อรังหรือโรคร่วมทางจิต
สถานที่เก็บข้อมูล	Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicologicos (University Center for Psychological Services and Research) at the University of Puerto Rico
ระเบียบวิธีวิจัย /ระดับของหลักฐาน	Randomized Controlled trial ระดับความเข้มแข็งที่ระดับ 3
วิธีดำเนินการวิจัย	แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ CBT , IPT และ wait list control group การบำบัดทั้งสองกลุ่ม คือกลุ่ม CBT และ IPT ใช้การบำบัด 12 ครั้ง สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง การบำบัด CBT เป็นการบำบัดตามรูปแบบการบำบัดของ Munos และ Miranda (1996) โดยพัฒนามาจากการบำบัดโรคซึมเศร้าแบบกลุ่มในผู้ใหญ่ และมีการนำมาใช้บำบัดผู้ใหญ่ที่มีอาการซึมเศร้าในซานฟรานซิสโก ตามงานวิจัยของ Munos และคณะ (1995) โมเดลนี้ได้นำมาประยุกต์ใช้เพื่อบำบัดในวัยรุ่น โดยมีพื้นฐานการพัฒนามาจากการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม ของ Lewinsohn และคณะ (1984) Lewinsohn และ Libet (1972) การบำบัดความคิดของ Beck, Rush, Shaw, & Emery (1979) และ การบำบัดทางอารมณ์และเหตุผลของ Ellis (1972) Ellis และ Bernard (1983) CBT อยู่บนแนวคิดที่ว่าความคิด การกระทำและอารมณ์ มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด ในการทำงานกับความรู้สึกลึกซึ้งซึมเศร้า โมเดลพยายามระบุความคิดและการกระทำที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึก เป้าหมายเบื้องต้นของการบำบัดเพื่อลดความรู้สึกลึกซึ้งซึมเศร้า ลดช่องเวลาที่มีความรู้สึกลึกซึ้งเศร้าให้สั้นลง สอนทางเลือกใหม่ในการป้องกัน อาการซึมเศร้า เพิ่มความรู้สึกลึกซึ้งการควบคุมตนเอง CBT เป็นการบำบัดระยะสั้น ทำการบำบัด 12 ครั้งติดต่อกัน สัปดาห์ละครั้ง การบำบัดจำแนกเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ความคิดมีอิทธิพลต่ออารมณ์อย่างไร (ทำครั้งที่ 1-4) 2) กิจกรรมประจำวันมีอิทธิพลต่ออารมณ์อย่างไร (ทำครั้งที่ 5-8)

	3) ปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นกระทบอารมณ์อย่างไร (ทำครั้งที่ 9-12) หลังจากการชี้แจงเหตุผลของการบำบัดด้วย CBT และพื้นฐานการบำบัด ก็จะมีการตั้งเป้าหมายการบำบัดกับวัยรุ่น และมีการซักถามถึงปัญหาที่จะรบกวนการบำบัดและผู้บำบัดจะเสนอทางเลือก ที่คำนึงถึงความรู้สึกของผู้รับการบำบัด เป้าหมายที่สำคัญคือการเน้นที่การลดอาการซึมเศร้า ด้วยระยะเวลาอันรวดเร็ว และพัฒนาให้ครอบคลุมกับวิถีชีวิต การให้คำจำกัดความเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า โดยที่ผู้บำบัดจะใช้ให้สอดคล้องกับประสบการณ์และความรู้สึกของวัยรุ่น การบำบัด ครั้งที่ 1-4 เป้าหมายในการตระหนักรู้และการฝึกการแยกแยะทัศนคติในชีวิตประจำวัน และวิธีการเปลี่ยนทัศนคติ การบำบัดครั้งที่ 1 เป็นการพิจารณาความเป็นไปได้ เหตุผล การบำบัด และความคาดหวังจากการบำบัด เป้าหมายของการบำบัด การให้คำจำกัดความของโรคซึมเศร้า โดยที่ผู้บำบัดจะใช้ให้สอดคล้องกับประสบการณ์และความรู้สึกของวัยรุ่นในช่วงปลายของการบำบัด ครั้งที่ 1 เป็นการให้ระดับคะแนนให้การบ้านในการสังเกตอารมณ์ในแต่ละวัน และให้วัดระดับของอารมณ์ และบันทึกในสัปดาห์หน้า เพื่อใช้ประโยชน์สำหรับการบำบัดอีก 3 ครั้ง ต่อไป ในการเชื่อมโยงความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ความคิดที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า โดยการแยกแยะสาเหตุและการปรับความคิด โดยการยกตัวอย่างจากประสบการณ์ของผู้รับการบำบัด และชี้ให้เห็นถึงข้อผิดพลาดทางความคิด การบำบัดครั้งที่ 3 เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดด้วยเทคนิคการบำบัดของ CBT คือ ABCD เทคนิค เป็นการนำฝึกการปฏิบัติ A คือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น B คือ ความเชื่อ หรือความคิดที่เกี่ยวกับเหตุการณ์นั้น C จะเป็นการเชื่อมโยงให้เห็นความสัมพันธ์ D จะเป็นการหาวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ หรือการกลับไปคิดใหม่ การบำบัดในครั้งที่ 5-8 จะเป็นการฝึกความคิด ที่ก่อให้เกิดความสุข ที่คนทั่วไปปฏิบัติ และวงจรของการเกิดอารมณ์ซึมเศร้า และการกระทำที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า และฝึกวิธีการจัดการกับปัญหาดังกล่าว ด้วยการให้รางวัล หรือการสร้างแรงบันดาลใจ การวัดระดับอารมณ์ในแต่ละวันและบันทึกเป็นกราฟ การกลับมาทบทวน ให้เห็นความสัมพันธ์ของกิจกรรมที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ โดยการพูดคุยเกี่ยวกับรายละเอียดดังกล่าว และชี้ให้เห็นถึงความแตกต่าง เมื่อเปรียบเทียบกับคนทั่วไป ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้รับการบำบัดสูญเสียเงินเป็นจำนวนมาก ซึ่งเขาสามารถพัฒนาการมีสุขภาพดี ด้วยการมีกิจกรรมที่ก่อให้เกิด
--	--

	ความสุข จะช่วยให้เขาสามารถปรับสมดุลที่ดีในชีวิต และสามารถวางแผนกิจกรรมที่คิดว่าสำคัญที่จำทำให้อาการซึมเศร้าลดลง การตั้งเป้าหมายกิจกรรมเน้นที่การปฏิบัติไปในทางบวก การวางแผนการให้รางวัลแก่ตนเอง การบำบัดในครั้งที่ 9-12 เป็นการมุ่งไปที่การจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึก ที่เกิดจากการติดต่อกับบุคคลอื่น การหาสาเหตุที่ทำให้ซึมเศร้าที่เกิดจากสังคม หรือการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม รวมถึง ครอบครัว เพื่อน ครู กลุ่มเพื่อน เป็นการทบทวน ถ้าพบแหล่งสนับสนุนอ่อนแอ ขึ้นต่อไปเป็นการฝึกความเข้มแข็ง การบำบัดด้วย IPT-A คู่มือพัฒนาโดย Mufson et al. (1993) จาก IPT พัฒนาโดย Klerman et al. (1984) การบำบัดจะเป็นการหาปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า เป็นการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาความขัดแย้งทางด้านสัมพันธภาพกับโรคซึมเศร้า เน้นที่กิจกรรมความสัมพันธ์ และการพัฒนาด้านคุณภาพด้านความสัมพันธ์ IPT-A จะเน้นที่ปัญหาที่เป็นปัจจุบัน ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับเหตุการณ์ที่เป็นปัจจุบัน และการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ การบำบัด IPT เป็นการบำบัดระยะสั้น 12 ครั้ง ต่อสัปดาห์ โดยการแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ การบำบัดระยะต้น ครั้งที่ 1-4 เป้าหมายเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและการเกิดอาการซึมเศร้า ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัด การประเมินปัญหาหลักด้านสัมพันธภาพที่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า การวางแผนการบำบัด การประเมินความคาดหวังเกี่ยวกับการบำบัด จะมีการพูดคุยถึงอาการของโรคซึมเศร้าและความสามารถในการปฏิบัติภารกิจในชีวิตประจำวัน (functioning) การบำบัดระยะกลาง ครั้งที่ 5-8 เป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับแก้ปัญหาสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลที่เลือกมาทำการบำบัด การติดตามอารมณ์ซึมเศร้า การเอื้อให้เกิดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในทางบวก และป้องกันการเข้ามาแทรกแซงของบิดามารดาที่นำบุตรมาบำบัด การบำบัดระยะสิ้นสุด ครั้งที่ 9-12 บอกถึงการสิ้นสุดการบำบัด การยอมรับความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดจากการแยกจาก ทบทวนการทำการบำบัดที่ผ่านมา และอาการซึมเศร้า และการตระหนักรู้ศักยภาพในการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หัวใจของการบำบัดแบบ IPT ด้านหนึ่งคือ การระบุปัญหาระหว่างบุคคลหลักที่เกิดขึ้น (primary interpersonal problem) ซึ่งปัญหาจะไม่เกิดขึ้น
--	--

	ร่วมกันแต่จะมีการเหลื่อมล้ำกันบ้าง ผู้บำบัดจะพิจารณาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้ที่เป็นตัวกระตุ้นการเกิดอาการซึมเศร้า ประเด็นปัญหาขั้นต้นที่เป็นเป้าหมายของ IPT ได้แก่ 1. ความโศกเศร้าจากการสูญเสีย 2. ความขัดแย้งระหว่างบุคคล 3. การเปลี่ยนผ่านบทบาท 4. ความบกพร่องในการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประเด็นปัญหาขั้นต้นทั้ง 4 ด้าน มีเป้าหมายโดยทั่วไปและกลยุทธ์ในการบำบัดดังต่อไปนี้ อารมณ์โศกเศร้าจากการสูญเสีย ถ้าอาการซึมเศร้าสัมพันธ์กับความโศกเศร้าซึ่งเป็นผลจากการสูญเสีย หรือ จากบุคคลอันเป็นที่รัก ประเด็นนี้ก็จะเป็จุดเน้นของการบำบัด ผู้บำบัดก็จะใช้กลยุทธ์หลายอย่างต่อปฏิกิริยาโศกเศร้า ได้แก่ การดึงเอาความรู้สึกออกมา การเผยความรู้สึกออกมาโดยไม่ตัดสินถูกผิดคิดเลว การให้ความมั่นใจ การรื้อสร้างความสัมพันธ์ของวัยรุ่นกับคนล่าสุด พัฒนาการตระหนักรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความขัดแย้งระหว่างบุคคล (Interpersonal dispute) เป็นความคาดหวังที่ไม่สมหวังในความสัมพันธ์ระหว่าง วัยรุ่นกับบุคคลอื่น ถ้าความขัดแย้งระหว่างบุคคลเกิดขึ้น เกิดขึ้นอีก และดำเนินอยู่ต่อไป และมีความถี่เพิ่มขึ้น จะมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าในวัยรุ่น ดังนั้นความขัดแย้งระหว่างบุคคลจึงเป็นจุดเน้นของการบำบัด เป้าหมายการบำบัดเพื่อระบุมความขัดแย้งระหว่างบุคคล พัฒนาแผนการปฏิบัติ ส่งเสริมให้มีแบบแผนการสื่อสารที่ดีขึ้นกว่าเดิม และ ประเมินความคาดหวัง การบำบัด IPT มีกลยุทธ์หลายอย่าง ได้แก่ การวิเคราะห์และสำรวจเพื่อให้เห็นความขัดแย้งของบทบาท การอภิปรายว่าความขัดแย้งนั้นสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าอย่างไร และการสำรวจความคาดหวัง การให้คุณค่า ทางเลือก และ ขุมทรัพย์ที่มีอยู่ การเปลี่ยนผ่านบทบาท การเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตวัยรุ่น ได้แก่ การหย่าร้างของบิดามารดา การมีน้องใหม่ การเปลี่ยนโรงเรียน การว่างงาน การย้ายที่อยู่ และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เป็นประสบการณ์คล้ายกับการสูญเสียและมี
--	---

	ความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า เหตุการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาและการเปลี่ยนแปลง อาจถูกมองว่ามีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า เป้าหมายของการบำบัดเพื่อให้วัยรุ่นมองพบทางใหม่ในทางบวกและเป็นโอกาสในการเติบโต และค้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยสนับสนุนศักยภาพในการเผชิญกับสถานการณ์และความต้องการใหม่ ผู้บำบัด จะใช้กลยุทธ์หลายอย่าง ได้แก่ การตรวจสอบ บทบาทเก่าและใหม่ใน ทางลบและบวก การประเมินการสูญเสียตามสภาพการณ์จริง การระบายความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง สนับสนุนการสร้างระบบสนับสนุนใหม่ และส่งเสริมให้ใช้ทักษะทางสังคมใหม่กับบทบาทใหม่ ความบกพร่องในการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จะสังเกตได้จากการมีประวัติความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ไม่ดี ความบกพร่องเหล่านี้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่พึงพอใจกับคนใกล้ชิดได้สิ้นสุดลง IPT จะระบุชนิดของความบกพร่องทางสังคมใน 3 ด้าน คือ การแยกตัวจากสังคม สัมพันธภาพสังคมไม่ได้เติมเต็มความต้องการ การมีอารมณ์ซึมเศร้าที่เรื้อรัง เป้าหมายของการบำบัดเพื่อลดการแยกตัวจากสังคม กลยุทธ์การบำบัดที่นำมาใช้มากที่สุด การสำรวจความสัมพันธ์ในอดีตอย่างละเอียด และสนับสนุนให้มีการสร้างความสัมพันธ์ขึ้นมาใหม่ โครงสร้างของ IPT มีความยืดหยุ่นและไม่จำเป็นต้องดำเนินการตามแนวทางการบำบัดตามตารางการบำบัดที่กำหนด ใน 4 ครั้งแรก กล่าวถึงประวัติของอาการซึมเศร้าที่เคยมี และอธิบายแนวทางบำบัดและวัตถุประสงค์ของ IPT งานสำคัญ 2 งานสำหรับผู้บำบัดในช่วงนี้คือ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และการทำให้การบำบัดมีความต่อเนื่อง และ การทำความเข้าใจประเด็นปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลขั้นต้นที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า และในที่สุดผู้บำบัดจะตั้งเป้าหมายของการบำบัด การบำบัด 4 ครั้งต่อมาจะเน้นการแก้ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในแต่ละราย และการบำบัด 4 ครั้งสุดท้าย จะเป็นการสนับสนุนให้วัยรุ่นรู้สึกว่าคุณภาพในการแก้ปัญหาของตน และความหมายของการล้มเลิกความสัมพันธ์ ในช่วงนี้จะเป็นการป้องกันการกลับมีอาการซึมเศร้าซ้ำหลังสิ้นสุดการบำบัด
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ 1. Children's Depression Inventory (CDI) เป็นแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า

	ในเด็กของ โควาส (Kovacs, 1983;1992) เป็นแบบรายงานตนเอง ประกอบด้วย 27 ข้อคำถาม 2. Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHSCS) เป็นแบบรายงานตนเองประกอบด้วย 27 ข้อคำถามเกี่ยวกับสิ่งที่ชอบหรือไม่ชอบในตนเอง 3. Social Adjustment Scale for Children and Adolescents (SASCA) เครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับการปรับตัวทางสังคม โดยดูการทำหน้าที่ระหว่างบุคคลและในโรงเรียนมี 22 ข้อคำถาม 4. Family Emotional Involvement and Criticism Scale (FEICS) แบบประเมินความผูกพันทางอารมณ์ภายในครอบครัวและการตำหนิติเตียน ประกอบด้วย 14 คำถาม
ผลการศึกษา	จากผลการศึกษาพบว่า IPT -A และ CBT มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น โรคเปอร์ดริโกทั้งสองกลุ่มมีความสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับการบำบัดในเรื่องอาการซึมเศร้า เพิ่ม self esteem ในการเปรียบเทียบกลุ่มที่รอการบำบัดพบว่า IPT - A มีนัยสำคัญทางคลินิก หมายถึงจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดที่มีการเปลี่ยนแปลงจากความผิดปกติในการทำหน้าที่มาเป็นสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติภายหลังการบำบัดจำนวน 82 % และ CBT มีนัยสำคัญทางคลินิก 59% งานวิจัยชิ้นนี้พบว่าขนาดอิทธิพลของการบำบัดแบบ IPT -A ต่ออาการซึมเศร้า (CDI) = 0.73 และ ขนาดอิทธิพลของการบำบัดแบบ CBT ต่ออาการซึมเศร้ามีขนาดอิทธิพล = 0.43 วัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดแบบ IPT และ CBT มีอาการซึมเศร้ามักว่าวัยรุ่นที่อยู่ในกลุ่มรอคอยการบำบัด 77 % และ 67 % ตามลำดับ หมายความว่าทั้ง IPT และ CBT มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง
ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์	1) ความตรงของผลการวิจัย ผลการวิจัยมีความตรงเนื่องจากการวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิด พฤติกรรม และการบำบัดด้านสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลในวัยรุ่นเปอร์ดริโกที่มีอาการซึมเศร้า งานวิจัยนี้เป็นงาน RCT มีความเหมาะสมในการใช้วิธีการวิจัย เพื่อตอบคำถามงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และมีกลุ่มรอการบำบัด มีการกำหนดประชากรที่ศึกษาเป็นกลุ่มวัยรุ่นอายุ 13- 18 ปี และเป็น

	การศึกษาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น มีการวัดผลที่เป็นตัวแปรตามชัดเจนคือ การวัดอาการซึมเศร้า ความเชื่อมั่นในตัวเอง การปรับตัวในสังคม การวิพากษ์วิจารณ์ในครอบครัว การผูกพันทางอารมณ์ การดำหนึ่กัน ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรม มีการบอกรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดด้วย IPT-A กลุ่มี่พัฒนาโดย Mufson และคณะ (1993) จาก IPT พัฒนาโดย Klerman และคณะ (1984) การบำบัดจะเป็นการหาปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า เป็นการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาความขัดแย้งทางด้านสัมพันธ์ภาพกับโรคซึมเศร้า เน้นที่กิจกรรมความสัมพันธ์ และการพัฒนาด้านคุณภาพด้านความสัมพันธ์ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ การบำบัดระยะต้น ครั้งที่ 1-4 เป้าหมายเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและการเกิดอาการซึมเศร้า ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัด การประเมินปัญหาหลักด้านสัมพันธ์ภาพที่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า การวางแผนการบำบัด การประเมินความคาดหวังเกี่ยวกับการบำบัด จะมีการพูดคุยถึงอาการของโรคซึมเศร้าและความสามารถในการปฏิบัติงานในชีวิตประจำวัน (functioning) การบำบัดระยะกลาง ครั้งที่ 5-8 เป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเลือกปัญหาสัมพันธ์ภาพ ระหว่างบุคคลที่เป็นปัญหา การติดตามอารมณ์ซึมเศร้า การเอื้อให้เกิดสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดในทางบวก และป้องกันการเข้ามาแทรกแซงของบิดามารดาที่นำบุตรมาบำบัด การบำบัดระยะสิ้นสุด ครั้งที่ 9-12 บอกถึงการสิ้นสุดการบำบัด การยอมรับความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดจากการแยกจาก ทบทวนเกี่ยวกับการบำบัดและอาการซึมเศร้า และการตระหนักรู้ศักยภาพในการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2) ผลการวิจัยสรุปว่า IPT-A และ CBT มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น โรคเปอร์โตริโกทั้งสองกลุ่มมีความสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับการบำบัดในเรื่องอาการซึมเศร้า เพิ่ม self esteem ในการเปรียบเทียบกลุ่มที่รอการบำบัดพบว่า IPT-A พบว่า IPT-A มีนัยสำคัญทางคลินิก หมายถึงจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดที่มีการเปลี่ยนแปลงจาก ความผิดปกติในการทำหน้าที่มาเป็นสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติภายหลังการบำบัดจำนวน 82 % และ CBT มีนัยสำคัญทางคลินิก 59% งานวิจัยชิ้นนี้พบว่าขนาดอิทธิพลของการบำบัดแบบ IPT-A ต่ออาการซึมเศร้า (CDI) = 0.73 และ ขนาดอิทธิพลของการบำบัดแบบ CBT ต่ออาการซึมเศร้ามีขนาดอิทธิพล = 0.43
--	--

	3) การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในคลินิก กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยในคลินิกที่สนใจ ผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้ามีลักษณะที่ตรงกับผู้ป่วยในคลินิก จึงสามารถที่จะนำรูปแบบการบำบัดไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้ มีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การบำบัดมีความคุ้มค่า ใช้นุเคราะห์จำนวนน้อย ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และรูปแบบจิตบำบัดยังเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยโดยหากนำไปใช้ จะสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ผู้บำบัดที่จะนำโปรแกรมไปใช้ควรมีความรู้และความชำนาญในการใช้โปรแกรมการบำบัดจึงจะทำให้การบำบัดมีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วย
--	---

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล

นางบุญญาภา ราชเสนา

วุฒิการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพระพุทธรบาท, สระบุรี, 2538

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ระดับต้น

มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี, 2545

ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ปัจจุบันพยาบาลวิชาชีพพระคัษำนำญการ

โรงพยาบาลลำสนธิ

ตำบลหนองรี อำเภอลำสนธิ

จังหวัดลพบุรี 15190

โทร. 087-1183829

Email: Tharnnum.r@gmail.com