

การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์



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

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า:

การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

.....
นางบุญยืน เชื้อนาคะ

ผู้ศึกษา

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อติรัตน์ วัฒนไพลิน,

กศ.ค.(การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)
อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก

.....
อาจารย์ อทิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง,

Ph.D.(Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม

.....
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์ยาใจ สิริหมงคล,

Ph.D.(Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์
เรื่อง

การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
วันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ.2553

นางบุญยืน เชื้อนาคะ
ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อติรัตน์ วัฒนไพลิน,
กศ.ด.(การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

รองศาสตราจารย์ยาใจ สัทธิมงคล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

อาจารย์ อติยา 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

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความรู้ ความ และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิรัตน์ วัฒนไพลิน อาจารย์ที่ปรึกษา และอาจารย์ ดร.อติดา พรชัยเกตุโอว ของ ซึ่งได้เสียสละเวลาในการให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ ห่วงใย และให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ผู้ศึกษาฯ ซึ่งเป็นอย่างยิ่งในความกรุณาและขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล ประธานสอบสารนิพนธ์ และ นพ.ประยูรต์ เสรีเสถียร กรรมการสอบสารนิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขสารนิพนธ์ เพื่อความสมบูรณ์และเหมาะสมของสารนิพนธ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต ที่ให้การสนับสนุนทุนในการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผนก ข (ภาคพิเศษ) ขอขอบคุณผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงานของโรงพยาบาลศรีธัญญาทุกท่าน ที่ให้โอกาสและสนับสนุนผู้ศึกษาในการศึกษาครั้งนี้

ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่อบรมเลี้ยงดู ส่งเสริมสนับสนุนด้านการศึกษา เป็นกำลังใจแก่ผู้ศึกษาในทุกๆ ด้านมาโดยตลอด ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่ช่วยเหลือ ให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอจนทำให้สารนิพนธ์สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ท้ายสุดนี้ คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากการทำสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาจะนำไปพัฒนาวิชาชีพ พัฒนางองค์กรเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดจากการศึกษาครั้งนี้ต่อไป

บุญยืน เชื้อนาคะ

การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์
PSYCHOSOCIAL INTERVENTION FOR CAREGIVERS OF ADOLESCENTS WITH MAJOR
DEPRESSIVE DISORDER: EVIDENCE-BASED NURSING

บุญยืน เชื้อนาคะ 4836940 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด.(การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร),
อติยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, Ph.D.(Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อหาแนวทางการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า โดยมีขั้นตอนการศึกษาดังนี้คือ (1) กำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิก คือ การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า วิธีการใดสามารถลดอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นได้ (2) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกได้จำนวน 4 เรื่อง เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 (randomized controlled trials) จำนวน 3 เรื่อง ระดับ 6 (งานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา) จำนวน 1 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ สรุปเป็นข้อแนะนำได้ ดังนี้ 1) ผู้บำบัดควรประเมินความรู้ของผู้ดูแลวัยรุ่นเกี่ยวกับ ความคิดเห็นต่อการเจ็บป่วยทางจิตของวัยรุ่น ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินโรค ความสัมพันธ์และโครงสร้างของครอบครัว เพื่อให้สามารถเลือกการบำบัดให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล 2) การให้การบำบัดทางจิตสังคม ควรให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับอาการทางคลินิก สาเหตุ การรักษาและการดำเนินโรคซึมเศร้าแก่ผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้าทุกราย การเพิ่มความผูกพันในครอบครัวแก่ผู้ดูแลที่มีสัมพันธ์ภาพที่ขัดแย้งดำหนดิเตียนกับวัยรุ่น และพฤติกรรมบำบัดครอบครัวอย่างเป็นระบบแก่สมาชิกครอบครัวของผู้ดูแลที่มีการทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่อง ทั้งนี้ผู้ให้การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลควรมีการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป มีประสบการณ์ในคลินิก และได้รับการฝึกหัดการบำบัด

ควรเลือกวิธีการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลเพื่อลดอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ดูแล และควรมีการทดลองใช้ในหน่วยงานในรูปแบบการศึกษานำร่อง (Pilot Study) ประเมินผลโครงการนำร่องทั้งกระบวนการและผลลัพธ์การบำบัด

คำสำคัญ: ผู้ดูแล/ วัยรุ่นโรคซึมเศร้า/ การบำบัดทางจิตสังคม/ การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

PSYCHOSOCIAL INTERVENTION FOR CAREGIVERS OF ADOLESCENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER: EVIDENCE-BASED NURSING

BOONYEUN CHUANAKHA 4836940 NSMH/M

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

**THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D.,
ATITTAYA PORNTCHAIKATE AU YEONG, Ph.D. (NURSING)**

ABSTRACT

This study aimed at analyzing and synthesizing empirical evidence regarding psychosocial intervention for caregivers of adolescents with major depressive disorder. The study procedure was as follows: (1) identifying the clinical problem of the study, that was, “which psychosocial intervention for caregivers can reduce depressive symptoms of adolescents with major depressive disorder?”, and (2) searching the evidence related to the clinical problem. As a result of the search, four research studies were found. Three were level 2 evidence (randomized controlled trial research studies), and one was level 6 evidence (single descriptive research study). The evidence was analyzed and synthesized leading to the following recommendations: 1) The therapist should assess caregivers on attitude toward adolescents’ mental health illness, knowledge about major depressive disorder and its prognosis, and family relationships and structure in order to select an appropriate intervention for the problems and needs of caregivers, 2) Psychosocial intervention for caregivers of adolescents with major depressive disorder consisted of: psychoeducation on major depressive disorder, causes, interventions, and prognosis should be given to all caregivers; attachment-based family therapy should be given to family with attachment disorder such as conflict and criticizing relationship between caregivers and adolescents; and systematic behavior family therapy should be given to dysfunctional families. The therapist should have clinical experience, hold at least a Master’s degree, and have passed a training course for the therapy.

Psychosocial intervention should be selected to be appropriate to caregiver and adolescent needs. A pilot study at the organization should be conducted in order to assess therapeutic effectiveness before extensive implementation for further improvement and development.

**KEYWORDS: CAREGIVERS/ ADOLESCENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER/
PSYCHOSOCIAL INTERVENTION/ EVIDENCE-BASED NURSING**

101 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา	11
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	12
1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	12
บทที่ 2 วิธีการดำเนินการ	
2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	13
2.2 วิธีการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	14
บทที่ 3 ผลการดำเนินการ	
3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น	18
3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์	20
3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	23
3.4 ข้อเสนอแนะ	57
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปการศึกษา	60
ข้อเสนอแนะ	61
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	62
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	72
รายการอ้างอิง	83
ภาคผนวก	92
ประวัติผู้ศึกษา	101

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 ตารางแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์	20
2 ตารางสกัดหลักฐานเชิงประจักษ์	24
3 ตารางสรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table)	48

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่สนใจ

วัยรุ่น (Adolescence) เป็นระยะพัฒนาการระหว่างวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นโดยอยู่ในวัย 13 – 19 ปี วัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้ง ร่างกาย สติปัญญา และสังคม (Rice & Dolgin, 2005) กล่าวคือ

1. พัฒนาการด้านร่างกาย วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งน้ำหนักและส่วนสูง วัยรุ่นหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงเร็วกว่าวัยรุ่นชาย ซึ่งวัยรุ่นชายจะมีการพัฒนาการของกล้ามเนื้อ และวัยรุ่นหญิงจะมีไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น มีพัฒนาการของลักษณะทางเพศทุติยภูมิ (secondary sex characteristics) ได้แก่ มีขนขึ้นตามอวัยวะเพศและตามรักแร้ เริ่มมีประจำเดือนเป็นครั้งแรก อวัยวะเพศในผู้ชายเริ่มเจริญขึ้น มีการผลิตไขมันเพิ่มขึ้น ต่อมเหงื่อทำงานเพิ่มขึ้น และเริ่มมีสิ่ว และมีพัฒนาการของสมองอย่างต่อเนื่อง

2. พัฒนาการด้านสติปัญญา วัยรุ่นจะมีพัฒนาการด้านทักษะการคิดเชิงเหตุผลโดยมีความสามารถในการคิดหาทางเลือกและความเป็นไปได้ที่ซับซ้อน และมีการตั้งสมมติฐานขึ้นในใจ มีพัฒนาการด้านทักษะการคิดเชิงนามธรรมซึ่งหมายถึงการคิดถึงสิ่งที่ไม่ได้เห็น ไม่ได้ยิน หรือสัมผัสไม่ได้ เช่น ความศรัทธา ความไว้วางใจ และพัฒนาความสามารถในการคิดเกี่ยวกับความคิด ซึ่งเป็นความสามารถในการคิดว่าตนเองรู้สึกอย่างไรหรือคิดอะไร

3. พัฒนาการด้านจิตสังคม วัยรุ่นจะมีประเด็นทางจิตสังคมที่ต้องเผชิญในระยะวัยรุ่น 5 ประเด็น ดังนี้ 1) การสร้างเอกลักษณ์แห่งตน (establishing an identity) ซึ่งเป็นงานที่สำคัญของวัยรุ่นว่าตนเองคือใครโดยการบูรณาการความคิดเห็นของบุคคลสำคัญในชีวิตเข้าสู่ตนเองว่าใช่หรือไม่ใช่ตนเอง วัยรุ่นจะเข้าใจคุณค่า ความเชื่อ เป้าหมายทางอาชีพ และความคาดหวังต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลชัดเจนขึ้น 2) การสร้างความเป็นอิสระ (establishing autonomy) เป็นสิ่งที่วัยรุ่นมีการพึ่งตนเองและบริหารจัดการตนเองเพิ่มขึ้นระหว่างการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีความสามารถในการตัดสินใจและปฏิบัติตามการตัดสินใจของตนเอง มีชีวิตอยู่บนหลักการความถูกต้องของตนเอง พึ่งพาทางอารมณ์ต่อบิดามารดาลดลง 3) การสร้างความใกล้ชิด (establishing intimacy) ซึ่งเป็นสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดระหว่างบุคคล มีลักษณะเปิดเผย ซื่อสัตย์ ดูแลห่วงใย และไว้วางใจ วัยรุ่น

เรียนรู้การสร้างความใกล้ชิดและฝึกทักษะทางสังคมจากเพื่อนสนิทเพศเดียวกันโดยการเริ่มต้น ดำรง และยุติสัมพันธ์ภาพ 4) มีความพึงพอใจกับความเป็นชายหญิงของตนเอง (becoming comfortable with one's sexuality) วัยรุ่นจะมีวุฒิภาวะทางร่างกายสูงสุด มีความสามารถทางสติปัญญาเพียงพอที่จะคิดถึงร่างกายตนเองว่าใช่หรือไม่ใช่ และพัฒนาเอกลักษณ์ทางเพศของตนเอง 5) การประสบความสำเร็จ (achievement) เนื่องจากพัฒนาการทางสติปัญญาทำให้วัยรุ่นเริ่มมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของตนเองและแผนการประกอบอาชีพในอนาคต

วัยรุ่นส่วนใหญ่จะมีลักษณะฉุนเฉียวรุนแรง (Storm and Stress) ทำให้พ่อแม่หรือผู้ดูแลมองข้ามอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโดยเข้าใจว่าเป็นพัฒนาการปกติตามวัย อาการซึมเศร้าในวัยรุ่นส่วนใหญ่จะแสดงออกถึงลักษณะ ก้าวร้าว (Aggressive) หงุดหงิดฉุนเฉียวอย่างรุนแรง (Excessive irritability) การนอนหลับและความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงไป (อาจเพิ่มขึ้นหรือลดลง) ผลการเรียนและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง แยกตัว รู้สึกหมดหวัง ไม่มีความสุข (Anhedonia) ไม่มีชีวิตชีวา (Reduce energy) ไม่มีความสนใจและ/หรือความสุขในกิจกรรมที่เคยให้ความสนุกสนาน มีอาการทางกาย (Somatic Symptoms) เช่น อาการปวดหัวหรือปวดท้องเรื้อรัง และมีความคิดฆ่าตัวตาย (Bhatia & Bhatia, 2007; University of Michigan Depression Center, 2007; National Institute of Mental Health, 2001; Sihvola et al., 2007; Yorbik, Birmaher, Axelson, Williamson, & Ryan, 2004) และถ้าวัยรุ่นมีอาการซึมเศร้ารุนแรงอาจมีอาการทางจิตเหมือนผู้ใหญ่ เช่น หูแว่ว ได้ยินเสียงคนดำหนิ หรือหลงผิดว่าตนมีความผิดหรือมีบาป อาการดังกล่าวมีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายสูง (วินัดดา ปิยะศิลป์ & พนม เกตุมาน, 2545) การศึกษาของ Patton (2000) และ Sørensen, Mors, & Thomsen (2005) พบว่าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของ DSM-IV และการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของ ICD-10 สามารถใช้กับวัยรุ่นได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition Text Revision) (American Psychiatric Association, 2000)

ก. มีอาการดังต่อไปนี้ 5 อาการหรือมากกว่าติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ต้องมีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่ง 1 อย่าง คือ (1) อารมณ์ซึมเศร้า (2) หมดความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ

- (1) อารมณ์ซึมเศร้า (ในเด็กหรือวัยรุ่นอาจเป็นอารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย)
- (2) หมดความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ
- (3) เบื่ออาหารและน้ำหนักลด หรือรับประทานจุและน้ำหนักเพิ่ม
- (4) นอนไม่หลับ หรือหลับมาก

(5) ความคิดและการเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ หรือ พุ่งพล่านกระวนกระวาย

(6) อ่อนเพลียง่าย หรือไม่มีแรง

(7) รู้สึกไร้ค่า หรือรู้สึกผิดมากผิดปกติ

(8) สมาธิเสียหรือมีความลังเลใจ

(9) มีความคิดอยากตาย คิดฆ่าตัวตาย หรือ พยายามฆ่าตัวตาย

ข. อาการดังกล่าวไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยอาการแบบผสม

ค. อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ใจ หรือมีปัญหาทางด้านกิจกรรมเกี่ยวกับสังคม อาชีพการงาน หรือ งานในหน้าที่สำคัญอย่างอื่น

ง. อาการไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย ยารักษาโรคหรือสารเสพติด

จ. อาการไม่ได้เป็นเพราะความเศร้าโศกเสียใจตามธรรมดา

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ ICD-10 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2009)

F32 ภาวะซึมเศร้า

ในภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ปานกลาง หรือรุนแรง ผู้ป่วยทนทุกข์ทรมานจากการลดลงของอารมณ์ พลัง และกิจกรรม ความสนุกสนาน ความสนใจ และสมาธิลดลง เหนื่อยง่ายหลังออกแรงเพียงเล็กน้อย มักนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ความภูมิใจและความมั่นใจตัวเองลดลง แม้ในภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย มักรู้สึกผิด หรือรู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่า อาการเปลี่ยนแปลงได้เล็กน้อยในแต่ละวัน ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม และอาจพบร่วมกับอาการทางกาย เช่น ขาดความสนใจ รู้สึกไม่มีความสุข ตื่นนอนเร็วกว่าปกติหลายชั่วโมง อาการเศร้ารุนแรงมากที่สุดในเวลาเช้า เคลื่อนไหวช้า วุ่นวาย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ความสนใจทางเพศลดลง ภาวะซึมเศร้าอาจแบ่งจำนวนครั้งและความรุนแรงของอาการ ได้เป็นแบบเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง

รวม : เกิดอาการครั้งเดียวของ :

- ปฏิกริยาซึมเศร้า
- ซึมเศร้าจากปัญหาทางจิตใจ
- ซึมเศร้าชั่วคราวจากความเครียด

ไม่รวม : ความผิดปกติทางจิตจากความเครียดเฉียบพลัน (F43.2)

โรคซึมเศร้าซ้ำ (F33.-)

เมื่อเกิดร่วมกับความผิดปกติของพฤติกรรมในรหัส F91. (F92.0)

F32.0 ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

พบอาการข้างต้นสองหรือสามอย่าง ทำให้ไม่สบายใจ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันส่วนใหญ่ได้

F32.1 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง

พบอาการข้างต้นสี่อย่างหรือมากกว่า ทำให้ดำเนินชีวิตประจำวันได้ยากลำบาก

F32.2 ภาวะซึมเศร้ารุนแรงโดยไม่มีอาการโรคจิต

มีอาการซึมเศร้า และมีอาการข้างต้นหลายอย่างเกิดขึ้นชัดเจน ทำให้ไม่สบายใจ โดยเฉพาะสูญเสียความภูมิใจตนเอง คิดว่าตัวเองไร้ค่าหรือมีความผิด มักมีความคิดและพยายามฆ่าตัวตาย และมักพบอาการทางกายร่วมด้วย

ซึมเศร้าที่มีความกระวนกระวาย ซึมเศร้ารุนแรง ซึมเศร้าที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต	}	อย่างใดอย่างหนึ่งโดยไม่มีอาการโรคจิต
--	---	--------------------------------------

F32.3 ภาวะซึมเศร้ารุนแรงและมีอาการโรคจิต

มีอาการซึมเศร้าแบบ F32.2 แต่มีอาการประสาทหลอน หลงผิด การเคลื่อนไหวลดลง หรือเจียบงั้น อาการรุนแรงจนมีกิจกรรมปกติในสังคมไม่ได้ อาจมีอันตรายต่อชีวิตเพราะคิดฆ่าตัวตาย ขาดน้ำ หรืออดอาหาร อาการประสาทหลอนและหลงผิด อาจจะสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับอาการทางอารมณ์

- ภาวะซึมเศร้ารุนแรงที่มีอาการโรคจิต
- โรคจิตที่ซึมเศร้าจากปัญหาทางจิตใจ
- โรคซึมเศร้า
- โรคจิตซึมเศร้าที่เกิดขึ้นชั่วคราวเพราะความเครียด

F32.8 ภาวะซึมเศร้าแบบอื่น

ภาวะซึมเศร้านอกแบบ

ภาวะซึมเศร้าแฝงที่เกิดครั้งเดียว NOS

F33 โรคซึมเศร้าซ้ำ

อาการเฉพาะคือ มีการกลับเป็นซ้ำของอารมณ์เศร้า แบบที่ได้กล่าวถึงในภาวะซึมเศร้า (F32.-) โดยไม่มีอารมณ์ร่าเริงและขยัน (เมเนีย) อาจมีอาการดีขึ้นเล็กน้อยและว่องไว (ไฮโปเมเนีย) ระยะสั้นๆ เกิดขึ้นทันทีภายหลังภาวะซึมเศร้า บางครั้งเกิดขึ้นจากการกระตุ้นด้วยยาต้านเศร้า อาการซึมเศร้าซ้ำที่มีอาการรุนแรงกว่านั้น F33.2 และ F33.3) มักพบบ่อยในอารมณ์ซึมเศร้าแบบเมเนีย ภาวะซึมเศร้ารุนแรง ภาวะซึมเศร้าที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต และภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากสารเคมี

ภายในร่างกายผิดปกติอาการครั้งแรกอาจเกิดได้ทุกช่วงอายุ จากวัยเด็กจนถึงสูงอายุ การเริ่มต้นของโรคอาจเฉียบพลัน หรือค่อยเป็นค่อยไป การดำเนินโรคอาจใช้เวลาแค่สองสามสัปดาห์หรือเป็นนานหลายเดือน ความเสี่ยงต่อภาวะเมเนียจะคงอยู่ตลอดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความรุนแรง และทวีจำนวนมากขึ้น มีผลกระทบอย่างมากต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมทั่วโลกพบโรคซึมเศร้าเป็นภาระโรคอันดับ 4 ในปี ค.ศ. 1990 และประมาณการว่าจะเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ในปี ค.ศ.2020 (WHO, 2001c) ส่วนโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นมีอัตราความชุกตลอดชีพร้อยละ 6 ของวัยรุ่น (Yorbik, Birmaher, Axelson, Williamson, & Ryan, 2004) หรือร้อยละ 4 ในวัยรุ่นอายุ 12-17 ปี และร้อยละ 9 ในวัยรุ่นอายุ 18 ปี (WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 2005) โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 ต่อ 1 (Nelson, Barnard, & Cain, 2006; Sanford et al., 2006; University of Michigan Depression Center, 2007) โรคซึมเศร้ามีผลทำให้พัฒนาการด้านสติปัญญา อารมณ์และสังคมของวัยรุ่นล่าช้า (Miller, 2007) เป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 3 ของเด็กและวัยรุ่น โดยวัยรุ่นชายที่ซึมเศร้าจะมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูงกว่าในวัยรุ่นหญิง (Taylor, Nunn, & Lask, 2003; WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 2005; มาโนช หล่อตระกูล, 2547; วินัดดา ปิยะศิลป์ & พนม เกตุมาน, 2545; สมภพ เรืองตระกูล, 2543) วัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มีระยะเวลาการป่วยนาน มีอัตราการป่วยซ้ำสูง มีความบกพร่องด้านการเรียน ครอบครัว และสังคม (Birmaher, Bridge, Williamson, Brent, Dahl, Axelson, et al., 2004; Essau, 2007; Milin, Walker, & Chow, 2003) มีแนวโน้มการใช้สุราหรือสารเสพติด และการตั้งครรภ์ (Miller, 2007; American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2008; National Institute of Mental Health, 2001) วัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 90 จะมีโรคร่วม ได้แก่ โรควิตกกังวล (anxiety disorders) ความผิดปกติของพฤติกรรม (behavior disorders) ถึงแม้วัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าแล้วยังคงมีปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ปัญหาทางจิตใจและสังคม(National Institute of Mental Health, 2001) และยิ่งป่วยด้วยโรคซึมเศร้าอายุน้อยเท่าใดจะมีความสัมพันธ์กับการไม่ได้แต่งงาน มีความเสี่ยงด้านสังคม อาชีพ และคุณภาพชีวิต มองชีวิตและตนเองในทางลบ (Zisook et al., 2007) และมีอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า(Major Depressive Disorder)ในวัยผู้ใหญ่สูง (Fombonne, Wostear, Cooper, Harrington, & Rutter, 2001; Lewinsohn, Rohde, Klein, & Seeley, 1999; Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein, & Gotlib, 2000; Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein, & Gotlib, 2003; Miller, 2007; Wilcox & Anthony, 2004; Sanford, Boyle, McCleary, Miller, Steele, Duku, et al., 2006) รวมทั้งโรคอารมณ์แปรปรวน (Bipolar disorder) การใช้สารเสพติด และการฆ่า

ตัวตายสูงในวัยผู้ใหญ่ (Fombonne, Wostear, Cooper, Harrington, & Rutter, 2001; WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 2005; Zisook et al., 2007)

ในประเทศไทย พบว่า มีเด็กและวัยรุ่น อายุ 10-14 ปี ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในปีพ.ศ. 2547 จำนวน 323 ราย ปีพ.ศ.2548 จำนวน 342 ราย ปีพ.ศ.2549 จำนวน 536 ราย และปีพ.ศ.2550 จำนวน 543 ราย และเป็นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ.2547 จำนวน 15 ราย ปีพ.ศ.2548 จำนวน 6 ราย ปีพ.ศ.2549 จำนวน 6 ราย และปีพ.ศ.2550 จำนวน 20 ราย และวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ปีพ.ศ.2547 จำนวน 889 ราย พ.ศ.2548 จำนวน 956 ปีพ.ศ.2549 จำนวน 1363 ราย และปีพ.ศ.2550 มีจำนวน 1032 ราย ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ปีพ.ศ.2547 จำนวน 54 ราย พ.ศ.2548 จำนวน 48 ราย ปีพ.ศ.2549 จำนวน 42 ราย และปีพ.ศ.2550 มีจำนวน 45 ราย (รายงานสถิติกรมสุขภาพจิต, 2550)

โรงพยาบาลศรีธัญญาสังกัดกรมสุขภาพจิตเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ ให้บริการรักษาวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่คลินิกซึมเศร้าอาคารผู้ป่วยนอก และรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน จากสถิติการมารับมีผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นอายุ 13-19 ปีที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและมารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก ในปีพ.ศ.2547 ถึงปีพ.ศ.2551 มีจำนวนเพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ 67 ราย 119 ราย 162 ราย 178 ราย และ 262 ราย และเป็นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 13 รายในปี พ.ศ.2547 และมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามลำดับในปีพ.ศ.2548-2551 ดังนี้ 9 ราย 14 ราย 21 ราย และ 24 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และมารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำในระยะเวลา 90 วันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น กล่าวคือ ในปีพ.ศ.2547 จำนวน 3 ราย ปีพ.ศ.2548 จำนวน 2 ราย ปีพ.ศ.2549 จำนวน 5 ราย ปีพ.ศ.2550 จำนวน 6 ราย และปีพ.ศ.2551 จำนวน 11 ราย ตามลำดับ (รายงานสถิติโรงพยาบาลศรีธัญญา, 2551)

การทบทวนวรรณกรรมและค้นหามติของผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับการประเมิน การบำบัดรักษา และการบริหารจัดการต่อเนื่องในเด็ก และวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Boylan, Romero, & Birmaher, 2007; Birmaher et al., 2007; Cheung et al., 2007) และ Calles (2007) ได้ให้ข้อเสนอแนะด้านการบำบัดรักษาไว้พอสรุปได้ดังนี้

วัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าควรได้รับการรักษาทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเฉียบพลัน (acute) ระยะต่อเนื่อง (continuation) และระยะ maintenance และการรักษาควรพิจารณาปัจจัยต่างๆ ของผู้ป่วยร่วมด้วย ได้แก่ อายุ พัฒนาการทางสติปัญญา ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ความเรื้อรังของโรคซึมเศร้า การป่วยเป็นโรคร่วม ประวัติการป่วยทางจิตของสมาชิกในครอบครัว สิ่งแวดล้อมทางครอบครัว และสังคม ความคาดหวังและความต้องการในการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว

ประเด็นทางวัฒนธรรม การเข้าถึงบุคลากรทางจิตเวชที่มีความชำนาญในการรักษาด้วยยา จิตบำบัด และทางจิตสังคม

1) ระยะเฉียบพลัน (acute) การรักษาในระยะเฉียบพลันมีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยตอบสนองทางคลินิกและฟื้นกลับ (remission) อย่างเต็มที่ (ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีอาการซึมเศร้า น้อยในระยะเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 เดือน) เด็กและวัยรุ่น ควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าในกลุ่ม SSRI ร่วมกับจิตบำบัดด้วยวิธีการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม ควรเริ่มยาต้านเศร้าในกลุ่ม SSRI ในขนาดน้อยก่อนเพื่อหลีกเลี่ยงอาการไม่พึงประสงค์ (Fluoxetine หรือ Citalopram หรือ Paroxetine เริ่มรับประทานวันละ 10 mg และเพิ่มเป็น ขนาดการรักษาวันละ 20 mg ขนาดสูงสุด วันละ 60mg) การให้ยา Fluoxetine ร่วมกับการบำบัดทาง ความคิดและพฤติกรรมสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ดีกว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพียง อย่างเดียว อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาต้านเศร้าในเด็กและวัยรุ่นควรระมัดระวัง สังเกต และจัดการ กับอาการไม่พึงประสงค์อย่างใกล้ชิด เช่น อาการคลื่นไส้ ปวดศีรษะ พฤติกรรมที่เพิ่มขึ้น (behavioral activation)

2) ระยะต่อเนื่อง (continuation) การรักษาในระยะต่อเนื่องมีเป้าหมายให้วัยรุ่นมีการ ตอบสนองในระยะเฉียบพลันที่แน่นอนและป้องกันการกำเริบ (relapse) {มีอาการซึมเศร้าในระยะ กำลั้งฟื้นกลับ (remission)} เมื่อผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นมีตอบสนองและฟื้นกลับ (remission) ต่อการ รักษาด้วยยาต้านเศร้าอย่างเต็มที่ควรได้รับการรักษาด้วยยาต่อเนื่องต่อไปเป็นระยะเวลา 6-12 เดือน โดยให้วัยรุ่นโรคซึมเศร้ามาพบแพทย์ทุก 2 สัปดาห์หรือทุกเดือนเพื่อประเมิน อาการซึมเศร้าและโรค ร่วม การทำหน้าที่ที่บ้านและโรงเรียน ความคิดฆ่าตัวตาย และอาการข้างเคียงของยาต้านเศร้า

3) ระยะ maintenance การรักษาในระยะ maintenance อย่างน้อย 1 ปี หรือมากกว่า เพื่อส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) {มีอาการซึมเศร้าในระยะกำลั้งฟื้นตัว(recovery)} เพื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า จิตบำบัด ราชบุคคลหรือรายกลุ่มเพื่อส่งเสริมทักษะ พัฒนาการ และอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับผลของการได้รับ การรักษาทางจิตเวชเป็นระยะเวลานานต่ออัตมโนทัศน์ของวัยรุ่น และติดต่อกับผู้ให้บริการทาง สุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอ ทุก 1-3 เดือน

และยังมีข้อเสนอแนะว่า ควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษาอย่างใกล้ชิด เนื่องจากแรงจูงใจในการรักษาวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามาจากพ่อแม่ พ่อแม่มีส่วนสำคัญในการ สังเกตอาการและการทำหน้าที่ของวัยรุ่นที่วัยรุ่นไม่ตระหนักหรือไม่ต้องการบอก เพื่อเป็นข้อมูลให้ การรักษามีประสิทธิภาพและอยู่บนความเป็นจริง ผู้ดูแล/พ่อแม่เป็นผู้บริหารจัดการการดำเนินโรค ของวัยรุ่น รวมทั้งเป็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับวัยรุ่น สมาชิกครอบครัวรวมทั้งผู้ป่วยควรได้รับ

จิตศึกษาเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ ระยะเวลาการป่วย การรักษาต่างๆ และความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการไม่ได้รับการรักษา ความรู้ที่ได้รับจะช่วยทั้งผู้ดูแล/พ่อแม่และผู้ป่วยเข้าใจและไม่ผิดหวังหากวัยรุ่นโรคซึมเศร้ามีการฟื้นตัวในระยะที่ยาวนาน ให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลควรจะรู้ว่าเมื่อไรควรเข้มงวด และเมื่อไรควรผ่อนคลายในการดูแลวัยรุ่น เนื้อหาการเรียนรู้ที่เป็นคู่มือหรือข้อมูลสารสนเทศ (websites) เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการรักษาจะช่วยให้ผู้ดูแลและวัยรุ่นเกิดการเรียนรู้ เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การบริหารจัดการการดำเนินโรคของวัยรุ่นและรู้จักสังเกตอาการข้างเคียงจากยา

นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นและพ่อแม่เป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อพัฒนาการทางบุคลิกภาพและพยาธิสภาพทางจิตใจ วัยรุ่นที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับพ่อแม่ จะมีความไว้วางใจและขอความช่วยเหลือจากพ่อแม่เมื่อมีปัญหาหรือความทุกข์ใจ ในทางตรงข้าม ถ้าวัยรุ่นรับรู้ว่าคุณแม่ไม่ต้องการหรือไม่สามารถไว้วางใจได้ จะรู้สึกว่าคุณแม่ไม่ได้รับความรักและไม่เป็นที่ต้องการของคุณแม่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพยาธิสภาพทางจิตใจ (Lewandowski, & Palermo, 2009; Muris, Meesters, & van den Berg, 2003) ขณะที่ Branje, Hale, Frijns, & Meeus (2010) พบว่า คุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับวัยรุ่นมีอิทธิพลซึ่งกันและกันกับอาการซึมเศร้าของวัยรุ่น โดยมีเพศและบุคลิกภาพของวัยรุ่นเป็นตัวแปรกลาง (moderated) และ Halloran, Ross, & Carey (2002) พบว่า บุคลิกภาพของวัยรุ่นที่มีความเชื่อมั่นทางสังคมสูงมีความสัมพันธ์ต่ำกับอาการซึมเศร้า จึงสามารถสรุปได้ว่าการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับพ่อแม่วัยรุ่นโรคซึมเศร้า ที่มีเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับวัยรุ่นให้ดีขึ้น และมีเป้าหมายให้พ่อแม่วัยรุ่นโรคซึมเศร้าสามารถส่งเสริมพัฒนาการทางบุคลิกภาพของวัยรุ่นจะส่งผลต่อการดำเนินโรคซึมเศร้า ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพอย่างรวดเร็วจนถึงวัยรุ่นผู้ใหญ่ตอนต้น และมีบุคลิกภาพคงที่หรือเปลี่ยนแปลงน้อยมากในวัยรุ่นผู้ใหญ่ (Donnellan, Conger, & Burzette, 2007; Graziano, & Ward, 1992; Vaidya, Gray, Haig, Mroczek, & Watson, 2008)

Emslie et al., (2004) ได้ทดลองเปรียบเทียบผลการใช้ยา Fluoxetine ซึ่งเป็นยาด้านเศร้าในกลุ่ม SSRI กับยาหลอก (Placebo) ต่อการป้องกันการกำเริบ (relapse) ของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่าสามารถลดการกำเริบของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ โดยพบว่าวัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับยาด้านเศร้ามีอัตราการกำเริบร้อยละ 34 ขณะที่วัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับยาหลอก มีอัตราการกำเริบ ร้อยละ 60 การได้รับยาด้านเศร้าอย่างต่อเนื่องจึงเป็นปัจจัยป้องกันการกำเริบของโรคซึมเศร้า (Segal, Pearson, & Thase, 2003) วัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีครอบครัวป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มีโรคร่วม มีอารมณ์เศร้ารุนแรง มีอาการ subsyndromal symptoms of depression มีความวิตกกังวล มีรูปแบบความคิดในทางลบ ประสบกับเหตุการณ์ในชีวิตในทางลบ เช่น ความขัดแย้งในครอบครัว และการถูกละเมิดกรรม จะมี

อาการกลับเป็นซ้ำมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไปในเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่ (Birmaher, Arbelaez, & Brent, 2002; Tozzi, Prokopenko, Perry, Kennedy, McCarthy, Holsboer, et al., 2008) เช่นเดียวกับการติดตามศึกษาระยะยาวในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของ Dunn, & Goodyer (2006) จำนวน 113 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่มีอาการทางจิตจำนวน 30 คน พบว่า เพศ อาการซึมเศร้าที่รุนแรง และการป่วยด้วยโรคร่วม มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำในวัยรุ่นโรคซึมเศร้าในคลินิก สอดคล้องกับการศึกษาของ Essau (2007) ที่ติดตามวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการส่งต่อ จำนวน 90 คน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความคงที่ของอาการซึมเศร้า ได้แก่ การใช้สารเสพติด การมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย การมีความคิดและแผนการฆ่าตัวตาย การประสบกับเหตุการณ์ในชีวิตในทางลบ มีการเผชิญความเครียดในทางลบ และการศึกษาของ Harkness, Lumley, & Truss (2008) พบว่า วัยรุ่นที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเมื่ออายุน้อยมีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ และ Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein, & Gotlib (2000) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยโรคซึมเศร้าซ้ำในวัยรุ่นตอนต้นโดยติดตามศึกษาวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าไปจนอายุ 24 ปี พบว่า ปัจจัยทำนายการไม่มีอาการทางจิตของวัยรุ่นเพศชายในระยะติดตามผลคือ การแสดงอารมณ์รุนแรงน้อย การป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพียงครั้งเดียว สมาชิกในครอบครัวมีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าต่ำ มีบุคลิกภาพผิดปกติต่ำ มีคุณลักษณะส่วนบุคคลในทางบวก (positive attribution style) และปัจจัยทำนายการป่วยซ้ำในระยะติดตามผลในเพศหญิงคือ การป่วยด้วยโรคซึมเศร้าหลายครั้ง สมาชิกในครอบครัวที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าสูง มีบุคลิกภาพผิดปกติ มีความขัดแย้งในครอบครัว และ Lewinsohn, Allen, Seeley, & Gotlib (1999) พบว่าอารมณ์เศร้า (dysphonic mood) และรูปแบบความคิดที่บิดเบือน เป็นปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าของวัยรุ่นในชุมชน ส่วน McCleary, & Sanford (2002) พบว่า การแสดงอารมณ์ต่อกันสูงของพ่อแม่วัยรุ่นโรคซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ลดลงและการคงอยู่ของอาการซึมเศร้า

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์การป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นจึงมีหลายปัจจัย กล่าวคือ

- 1) ปัจจัยเกี่ยวกับตัววัยรุ่น ได้แก่ ปัจจัยทางชีวการแพทย์ เช่น การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นเพศหญิง การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในระยะวัยรุ่น มีพ่อแม่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Klein, Lewinsohn, Rohde, Seeley, & Olin, 2005) การกลายของยีน และการได้รับยาบางตัว ปัจจัยด้านการรู้คิดที่เปราะบางต่อการกำเริบของโรคซึมเศร้า ได้แก่ ผู้ที่มีแนวโน้มในการแปลความหมายเหตุการณ์ที่ประสพว่าเป็น การสูญเสียที่รุนแรง การตำหนิตนเอง และสิ้นหวัง จะทำให้มีอารมณ์เศร้าหุนหัน (Segal, Pearson, & Thase, 2003) และการไม่ได้รับยาด้านเศร้าเพื่อป้องกันการกำเริบอย่างต่อเนื่อง
- 2) ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ การถูกปฏิเสธ (neglect) หรือได้รับการทารุณกรรม (abuse) ความเครียดโดยทั่วไปรวมทั้งความขัดสนทางเศรษฐกิจและสังคม การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก พ่อแม่ หรือ

ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด 3) ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ โรควิตกกังวล โรคสมาธิสั้น เกเร (Conduct disorder) มีความบกพร่องด้านการเรียนรู้ (Learning disorders) การติดยาเสพติด มีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Bhatia & Bhatia, 2007; Lewinsohn, et al., 2000; National Institute of Mental Health, 2001) โดยเฉพาะปัจจัยทางจิตสังคมด้านบรรยากาศในครอบครัว ซึ่งเป็นสถานการณ์ความเครียดที่รุนแรง และหลีกเลี่ยงไม่ได้ของวัยรุ่น ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ที่ไม่สนับสนุนช่วยเหลือหรือเอื้ออำนวยระหว่างกัน (absence of supportive and facilitative) การมีปฏิสัมพันธ์แบบโกรธเคือง ขัดแย้ง และวิพากษ์วิจารณ์ ซึ่งกันและกัน ปัจจัยด้านครอบครัวจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้วัยรุ่นป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Birmaher, et al., 2004; Essau, 2007; Sheeber, Hops, & Davis, 2001)

ผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์พ่อแม่ของวัยรุ่นที่ป่วยโรคซึมเศร้า และมารักษาที่โรงพยาบาล ศิริธัญญา เพศชายจำนวน 1 ราย และเพศหญิงจำนวน 4 ราย พบว่าวัยรุ่นมีอาการหงุดหงิดโมโหง่าย ทำลายของ เก็บตัวอยู่ในห้อง พูดน้อยไม่สูงส่งกับใคร รับประทานอาหารและนอนหลับน้อยลง มีการนอนมากกว่าปกติจำนวน 1 ราย ร้องไห้บ่อย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ วัยรุ่นส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับพ่อแม่ไม่ดีหรือพ่อแม่แยกทางกัน ทำให้ขาดผู้ดูแลให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ในจำนวนนี้ ประสบการณ์ความเครียดที่รุนแรงในชีวิต โดยถูกพ่อเลี้ยงข่มขืนจำนวน 1 ราย มีเพศสัมพันธ์ และตั้งครรภ์ระหว่างเรียนจำนวน 1 ราย พ่อแม่ของวัยรุ่นส่วนใหญ่กลัวลูกจะมีอาการรุนแรงขึ้น ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลลูกเมื่อกลับไปอยู่บ้านจากพยาบาล ซึ่งพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยจะให้คำแนะนำแก่วัยรุ่นและพ่อแม่เกี่ยวกับการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และให้การปรึกษาเฉพาะรายเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและปัญหาพฤติกรรม หรือให้จิตบำบัดแก่วัยรุ่น ทั้งนี้บริการที่พยาบาลให้แก่วัยรุ่นและพ่อแม่ขึ้นกับเวลาและประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน ไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน จึงไม่มีการประเมินผลก่อนและหลังการบำบัด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การบำบัดรายครอบครัวที่มีเป้าหมายให้พ่อแม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การรักษา การเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการของวัยรุ่น ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรักษา เข้าใจประสบการณ์ของวัยรุ่นขณะมีอาการซึมเศร้า ระบุรูปแบบพฤติกรรมที่แสดงถึงการทำหน้าที่ที่ไม่เหมาะสมของครอบครัว (dysfunctional behavior patterns) ลดรูปแบบปฏิสัมพันธ์ทางลบระหว่างพ่อแม่และวัยรุ่น พัฒนาทักษะการสื่อสารทางตรง และร่วมรู้สึกแก่พ่อแม่ พัฒนาทักษะการแก้ปัญหาและความขัดแย้งของครอบครัว ด้วยการให้จิตศึกษา (psychoeducation) การเพิ่มความผูกพันในครอบครัว (Attachment-based family therapy) การให้พฤติกรรมบำบัดครอบครัวอย่างเป็นระบบ (Systemic behavior family therapy) โดยจัดให้สมาชิกครอบครัวได้รับการบำบัดร่วมกันที่โรงพยาบาล ที่บ้าน หรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน (Experience journal) ผ่านทางเครือข่ายคอมพิวเตอร์ (Brent, Holder, Kolko, Birmaher,

Baughner, Roth, et al. ,1997;. DeMaso, Marcus, Kinnamon, & Gonzalez-Heydrich, 2006; Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002; Sanford, Boyle, McCleary, Miller, Steele, Duku, et al., 2006) สามารถลดอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นได้

ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลประจำการของหอผู้ป่วยหญิง 2 จึงมีความสนใจในการหาแนวทางส่งเสริมให้พ่อแม่ของวัยรุ่นโรคซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การรักษาเข้าใจประสบการณ์ของวัยรุ่นขณะมีอาการซึมเศร้า ลดรูปแบบการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมในครอบครัว ส่งเสริมการสื่อสารทางตรงและร่วมรู้สึก การแก้ปัญหาและความขัดแย้งในครอบครัวแก่พ่อแม่ เพื่อลดอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นที่ป่วยซ้ำด้วยโรคซึมเศร้าที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

วัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าซ้ำจะมีอาการซึมเศร้าที่แสดงออก โดยมีอาการหงุดหงิด โมโหง่าย ทำลายของ เก็บตัวอยู่ในห้อง พูดน้อยไม่สูงส่งกับใคร รับประทานอาหารและนอนหลับ น้อยลง นอนมากกว่าปกติ ร้องไห้บ่อย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ผลการเรียนลดลง ไม่สามารถศึกษาต่อได้ พ่อแม่ของวัยรุ่นโรคซึมเศร้า จึงมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมการเติบโตและการพัฒนาการตามวัย ส่งเสริมการรักษาและการดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า โดยสังเกตอาการและการทำหน้าที่ของวัยรุ่นเพื่อเป็นข้อมูลให้การรักษามีประสิทธิภาพ เป็นผู้บริหารจัดการการดำเนินโรค และเป็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับวัยรุ่น พ่อแม่ที่มีความเข้าใจโรค การดำเนินโรค และการรักษาจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ลดสถานการณ์ความเครียดที่รุนแรงของวัยรุ่นด้วยการแก้ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว สื่อสารทางตรง และรับรู้ความรู้สึกของวัยรุ่น

จากประสบการณ์ของผู้ศึกษาที่ให้การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในหน่วย คุณภาพหญิง 2 โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าผู้ดูแลของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่เครียดและวิตกกังวลต่อการกลับเป็นซ้ำของลูก ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการดำเนินโรคในวัยรุ่น ไม่รู้ว่าต้องรักษาด้วยวิธีการอย่างไรและนานเท่าใด ไม่รู้วิธีดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และวิธีการช่วยให้วัยรุ่นเหล่านี้สามารถเรียนต่อและประกอบอาชีพช่วยเหลือตนเองได้ ไม่รู้ว่าจะพูดคุยกับวัยรุ่นอย่างไรจึงจะเหมาะสม ไม่รู้ว่าพฤติกรรมใดที่แสดงถึงอาการซึมเศร้าและจะสังเกตอย่างไร มีวิธีการอย่างไรจึงจะพาวัยรุ่นมารับการรักษาตามนัด ไม่รู้ว่าปฏิสัมพันธ์ การสื่อสาร ปัญหาและความขัดแย้งในครอบครัวมีผลต่ออาการซึมเศร้าของวัยรุ่น

ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลประจำการของหอผู้ป่วยหญิง 2 จึงมีความสนใจศึกษาแนวทางการบำบัดทางจิตสังคมที่ครอบคลุมการให้สุขภาพจิตศึกษาและครอบครัวบำบัดสำหรับพ่อแม่/ผู้ดูแลในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. พยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจนในการบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า
2. ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้าได้อย่างถูกต้อง
3. วัยรุ่นโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ถูกต้อง ลดอาการซึมเศร้า
4. ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจเนื่องจากการพัฒนาบริการพยาบาล

บทที่ 2

วิธีการดำเนินการ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ซึ่งวิธีดำเนินการศึกษานี้ประกอบด้วย วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และวิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Search Strategy)

- กรอบการสืบค้น

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้งานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่ศึกษา จึงกำหนดคำถามที่จะนำไปสู่การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบ PICO (Craig & Smyth, 2002; Melnyk & Fineout-Overholt, 2002 อ้างใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) ในการสืบค้นงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลสารสนเทศ การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวิธีการใดสามารถลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าได้ ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

Population: ผู้ดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Caregiver, Parent, Family, Adolescent with Major Depressive Disorder)

Intervention: การบำบัดทางจิตสังคม การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychosocial Intervention, Psychoeducation)

Comparison intervention: ไม่มีการเปรียบเทียบ

Outcome: อาการซึมเศร้า (Depression, Depressive symptoms)

- ขอบเขตการสืบค้น

วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาแนวทางการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า เพื่อลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น

P = Caregiver, Parent, Family, Adolescent with Major Depressive Disorder

I = Psychoeducation, Psychosocial Intervention

C = -

O = Depression, Depressive symptoms

ฐานข้อมูล / แหล่งที่ใช้ในการสืบค้น

1. จาก ฐานข้อมูล Electronic

- ฐานข้อมูลที่รวบรวมแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ www.guidelines.gov
- ฐานข้อมูลที่รวบรวม systematic review ได้แก่ Cochrane Database of Systematic

Reviews, www.Joannabriggs.edu.au

- ฐานข้อมูลอื่นๆ ที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ PubMed, ProQuest, CINAHL, Ovid, Science Direct, Blackwell Synergy, HighWire

2. Hand search

- Journal ที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ British Journal of Psychiatry, American Journal of Psychiatry, Journal of Psychosocial Nursing เป็นต้น
- จากเอกสารอ้างอิงในบทความ/งานวิจัย จากห้องสมุดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขห้องสมุดโรงพยาบาลศิริราช และห้องสมุดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ประเภทของหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษากำหนดประเภทของหลักฐานที่ใช้ในการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า เพื่อลดอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นโรคซึมเศร้า

- หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือและความเข้มแข็งทุกระดับ (ระดับ I ถึงระดับ VII)
- งานวิจัยแบบสมบูรณที่ตีพิมพ์ โดยใช้ภาษาอังกฤษและภาษาไทยตั้งแต่ปีค.ศ. 1995 ถึง ค.ศ. 2009

2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์และระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Appraisal Method and Levels of Evidence)

2.2.1 ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical Relevance)(Polit & Beck, 2004) โดยพิจารณาตามประเด็นดังนี้ งานวิจัยนั้นสามารถช่วยแก้ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการ

ศึกษาหรือไม่ งานวิจัยนั้นสามารถช่วยในการตัดสินใจในการ 1) สังเกตอย่างเหมาะสม 2) ระบุความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย 3) เลือกวิธีการบำบัดหรือไม่ งานวิจัยมีการทดสอบสมมติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษาหรือไม่ และพยาบาลสามารถควบคุมการนำการบำบัดไปใช้หรือไม่ งานวิจัยนั้นมีการวัดหรือเก็บข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในคลินิกได้จริงหรือไม่

2.2.2 ประเมินคุณภาพ และระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้

- แนวทางการประเมินคุณภาพงานวิจัย ที่มีเน้นเกี่ยวกับการควบคุมแหล่งของความคลาดเคลื่อนโดยระบบทั้ง 4 รูปแบบ (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) จากการตอบคำถามดังนี้ การกระจายกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มมีการสุ่มหรือไม่ มีการปกปิดกลุ่มตัวอย่างในการจ่ายเข้ากลุ่มหรือไม่ มีการปกปิดผู้จ่ายกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มหรือไม่ มีการอธิบายการจัดการกลุ่มตัวอย่างที่หายไปหรือถอนตัวจากการวิจัยและมีการรวมเข้ามาในการวิเคราะห์ข้อมูลหรือไม่ มีการปกปิดการจ่ายกลุ่มตัวอย่างในผู้ทำการประเมินผลลัพธ์หรือไม่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกันก่อนทำการทดลองหรือไม่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลที่เหมือนกันนอกจากหัตถการ/การรักษาที่ประเมินหรือไม่ การประเมินผลลัพธ์เหมือนกันในทุกกลุ่มหรือไม่ การประเมินผลลัพธ์มีความเที่ยงหรือไม่ การวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติที่เหมาะสมหรือไม่

- แนวทางการประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวทางการประเมิน (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2549) ดังนี้ การระบุความสำคัญของปัญหาทางคลินิกและที่มาของคำถามการวิจัยมีความชัดเจนหรือไม่ วิธีการวิจัยที่ใช้มีความเหมาะสมหรือไม่ การเลือกแหล่งเก็บข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างระบุไว้ชัดเจนหรือไม่ การเก็บข้อมูลใช้วิธีใดและให้รายละเอียดเพียงพอหรือไม่ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีใดและมีการควบคุมคุณภาพอย่างไร ผลงานวิจัยเชื่อถือได้หรือไม่ ถ้าใช่ ผลของการวิจัยมีความสำคัญกับการพยาบาลหรือไม่ ข้อสรุปจากงานวิจัยคืออะไร และได้มาจากผลของการวิจัยหรือไม่

ผู้ศึกษาจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์การประเมินความน่าเชื่อถือและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) ซึ่งแบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ไว้ดังนี้

Level I หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Systematic review หรือ meta-analysis ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่มาจากงานวิจัย RCTs หรือ Guidelines ที่ได้มาจาก Systematic review ที่มาจากงานวิจัย RCTs

Level II หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่เป็น RCTs อย่างน้อยหนึ่งเรื่อง

Level III หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Level IV หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case control และ Cohort study ที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดี

Level V หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของงานวิจัยแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VI หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VII หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ได้มาจากความคิดเห็นหรือทัศนะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

2.2.3 ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ หรือดำเนินการในบริบทที่เฉพาะเจาะจงขององค์กรที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงาน โดยใช้เกณฑ์การประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ 3 ประเด็นดังต่อไปนี้ (พองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

1. การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) คือ การประเมินว่าการนำผลงานวิจัยหรือโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในหน่วยงานเป็นสิ่งที่ดีเหมาะสมหรือไม่ โดยใช้คำถามเป็นแนวทาง ได้แก่ โครงการนั้นสอดคล้องกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้หรือไม่ กลุ่มประชากรในผลงานวิจัยมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรในหน่วยงานหรือไม่ ประสิทธิภาพในผลงานวิจัยแตกต่างหรือคล้ายคลึงกับหน่วยงานหรือไม่ จำนวนผู้ป่วยที่จะได้รับประโยชน์จากผลงานวิจัยมากพอหรือไม่ และการนำข้อเสนอที่ได้จากผลงานวิจัยไปใช้จะใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานและการประเมินผลนานหรือไม่

2. ความเป็นไปได้ (Feasibility) คือ การนำผลงานวิจัยหรือโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในหน่วยงาน ต้องคำนึงถึงประเด็นความเป็นไปได้ในการนำลงสู่การปฏิบัติจริงในหน่วยงาน ได้แก่ บุคลากรและสิ่งเอื้ออำนวยภายในหน่วยงาน บรรยากาศและสภาพแวดล้อม และความต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอก และความเป็นไปได้ในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก โดยใช้คำถามเป็นแนวทาง ได้แก่ พยาบาลมีอิสระในการดำเนินโครงการ ยุติโครงการหากพบว่าไม่ได้ผลตามที่ต้องการหรือไม่ การดำเนินโครงการนั้นรบกวนการทำงานตามปกติของบุคลากรหรือไม่ ผู้บริหารและบรรณาธิการในหน่วยงานสนับสนุนหรือต่อต้านการดำเนินโครงการ หรือจะเกิดความขัดแย้งภายในหน่วยงานหรือไม่ พยาบาลมีทักษะในการดำเนินโครงการหรือไม่ หน่วยงานมีดำเนินงานหรือไม่ ถ้าไม่มี จะมีแนวทางให้ได้สิ่งเอื้ออำนวยอย่างไร มีเครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกหรือไม่

3. ความคุ้มค่า (Cost – benefit ratio) คือ การนำผลงานวิจัยหรือโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในหน่วยงาน ควรมีการประเมินอย่างรอบคอบเกี่ยวกับความคุ้มค่าของโครงการ โดยครอบคลุมกลุ่มต่างๆ รวมทั้งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และองค์กรในภาพรวม แต่กลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญที่สุด คือ ผู้ป่วย ถ้าโครงการมีอัตราความเสี่ยงในการดำเนินการสูง ประโยชน์ที่จะได้รับต้องมีมาก และโครงการหรือนวัตกรรมนั้นต้องมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือมากๆ โดยใช้คำถามเป็นแนวทาง ได้แก่ ประโยชน์ที่ได้รับและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีอะไรบ้าง หากยังปฏิบัติตามที่เคยทำอยู่เดิมจะมีความเสี่ยงอย่างไร ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับวัสดุในการดำเนินโครงการและหากไม่ดำเนินโครงการเป็นอย่างไร ประโยชน์ที่จะได้รับจากการนำโครงการไปใช้ต่อหน่วยงาน

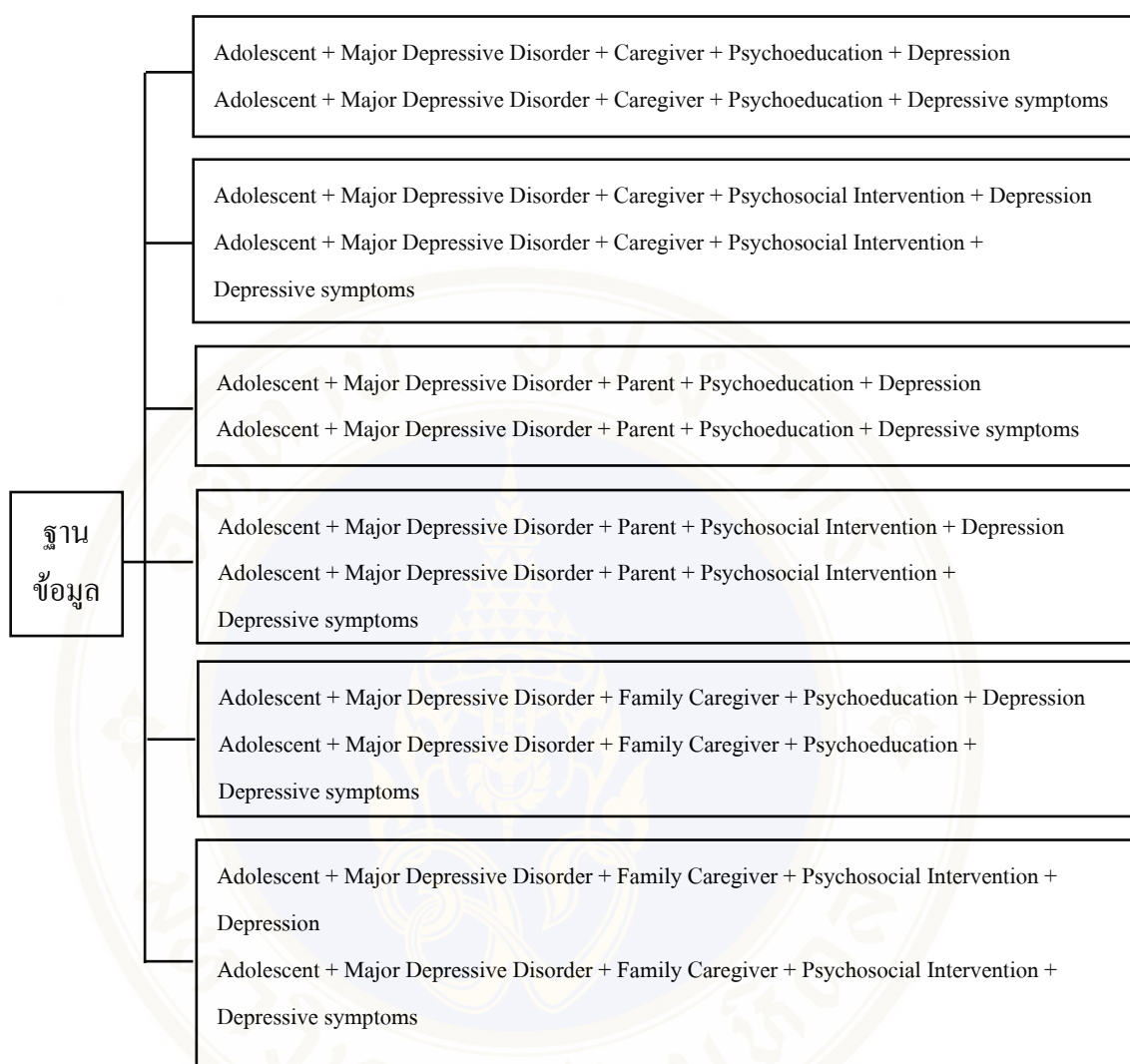
บทที่ 3

ผลการดำเนินการ

การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อพัฒนาแนวทางการเพิ่มความรู้ของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นเกี่ยวกับ การป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและการส่งเสริมพัฒนาการและการเติบโตตามวัยตามวิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ให้ผลการสืบค้นตามลำดับดังนี้

3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบการสืบค้น การใช้คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ดังนี้



จากฐานข้อมูล Electronic ที่กำหนด ให้ผลการสืบค้นดังนี้

1. Blackwell Synergy พบงานวิจัยที่สามารถใช้วิเคราะห์และสังเคราะห์ได้ จำนวน 0 เรื่อง
2. CINAHL พบงานวิจัยที่สามารถใช้วิเคราะห์และสังเคราะห์ได้ จำนวน 0 เรื่อง
3. HighWire Press พบงานวิจัยที่สามารถใช้วิเคราะห์และสังเคราะห์ได้ จำนวน 0 เรื่อง
4. Ovid พบงานวิจัยที่สามารถใช้วิเคราะห์และสังเคราะห์ได้ จำนวน 1 เรื่อง
5. PubMed พบงานวิจัยที่สามารถใช้วิเคราะห์และสังเคราะห์ได้ จำนวน 3 เรื่อง
ซ้ำ จำนวน 2 เรื่อง
6. ProQuest Nursing & Allied Health Source พบงานวิจัยที่สามารถใช้วิเคราะห์และสังเคราะห์ได้ จำนวน 0 เรื่อง
7. ScienceDirect พบงานวิจัยที่สามารถใช้วิเคราะห์และสังเคราะห์ได้ จำนวน 0 เรื่อง
8. Springerlink พบงานวิจัยที่สามารถใช้วิเคราะห์และสังเคราะห์ได้ จำนวน 0 เรื่อง

3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

งานวิจัยทั้งหมดที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลที่กำหนด เมื่อประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ พบงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ทั้งหมดจำนวน 4 ฉบับ

เมื่อนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้มาจัดระดับความน่าเชื่อถือ และความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์จัดระดับความน่าเชื่อถือและความเข้มแข็งของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) ได้ดังนี้

ตาราง 1 ตารางแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์

อันดับ	ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/วารสาร	ระดับงานวิจัย
1	Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., et al. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. <i>Archives of General Psychiatry</i> , 54 (9), 877-885.	Level 2
2	DeMaso, D. R., Marcus, N. E., Kinnamon, C., & Gonzalez-Heydrich, J. (2006). Depression Experience journal: A Computer-Based Intervention for Families Facing Childhood depression. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> , 45 (2), 158-165.	Level 6
3	Diamond, G. S., Reis, B. F., diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). Attachment based family therapy for depressed adolescents : a treatment development study. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> , 41 (10), 1190-1196.	Level 2
4	Sanford, M., Boyle, M., McCleary, L., Miller, J., Steele, M., Duku, E., et al. (2006). A pilot study of adjunctive family psychoeducation in adolescent major depression: feasibility and treatment effect. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> , 45 (4), 386-495.	Level 2

งานวิจัยทั้ง 4 เรื่อง ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ มีรายละเอียดดังนี้

เรื่องที่ 1

ชื่อผู้วิจัย: Brent et al., 1997

ชื่อเรื่อง: A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy

การศึกษานี้ทำในกลุ่มตัวอย่างที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย ที่ต้องการศึกษาคือผู้ดูแล/พ่อแม่ ของวัยรุ่นโรคซึมเศร้า งานวิจัยนี้เป็น Randomized Controlled Trial เป็นการเปรียบเทียบการบำบัด พฤติกรรมบำบัดและการรู้คิด พฤติกรรมบำบัดครอบครัวยังเป็นระบบ และกลุ่มประทับประคอง แบบไม่ชี้นำซึ่งเป็นการสนับสนุนด้านการร่วมรู้สึก การใส่ใจ และการสะท้อนความรู้สึก เป็นการ บำบัดที่โรงพยาบาล มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 107 คน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มการบำบัดได้รับ สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวน (Affective illness) และการรักษา พ่อแม่ของวัยรุ่น ได้รับคู่มือสุขภาพจิตศึกษาและเชิญชวนให้อภิปรายเกี่ยวกับข้อสงสัยและสิ่งที่กังวลใจเกี่ยวกับการ รักษาโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลามากกว่า 1 ชั่วโมงการบำบัด ในการบำบัด 3 ครั้งแรก การบำบัดแบ่ง ออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) การบำบัดเชิงรุก (Active Phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดจำนวน 12-16 ครั้ง ในระยะเวลา 12-16 สัปดาห์ 2) การบำบัดเพื่อกระตุ้น เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัด จำนวน 2-4 ครั้ง ในระยะเวลาหลายเดือน เมื่อสิ้นสุดการบำบัดกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดทางการรู้ คิดและพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดครอบครัวยังเป็นระบบ และกลุ่มตัวอย่างที่ ได้รับการบำบัดประทับประคองแบบไม่ชี้นำมีคะแนนอาการซึมเศร้าลดลง จากก่อนการบำบัดอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.01$) โดยพยาบาลจิตเวชสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงตามขอบเขตแห่ง วิชาชีพ ในการให้การพยาบาลอย่างอิสระในรูปแบบกลุ่มบำบัดซึ่งการบำบัดมากกว่าการบำบัดในรูป แบบเดิม และผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

เรื่องที่ 2

ชื่อผู้วิจัย: DeMaso, Kinnanion, & Gonzalez – Heydrich, 2006

ชื่อเรื่อง: Depression experience journal: a computer based intervention for families facing childhood depression

การศึกษานี้ทำในกลุ่มตัวอย่างที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา คือผู้ดูแลหลัก ของเด็กและวัยรุ่น โดยให้ดู Depressive Experience Journal ซึ่งเป็นการบำบัดแบบจิตศึกษาเพื่อ ส่งเสริมให้เด็กและวัยรุ่น พ่อแม่ในการเผชิญกับการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่นอย่างมี

สุขภาพ เป็นการบำบัดทางเครือข่ายคอมพิวเตอร์โดยให้ เด็กและวัยรุ่น พ่อแม่แลกเปลี่ยนเรื่องราวเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ <http://www.experiencejournal.com/depression/> การสัมภาษณ์พบว่าพ่อแม่ของเด็กวัยรุ่นโรคซึมเศร้าประเมินความพึงพอใจและความปลอดภัยของ Experience Journal ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 5.75 จาก 7 คะแนน) พึงพอใจกับเรื่องราวใน website ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 6.19 จาก 7 คะแนน) ได้รับข้อมูลที่เป็นความจริงระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 5.44 จาก 7 คะแนน) และไม่มีพ่อแม่ของเด็กและวัยรุ่นประเมินว่า Depression Experience Journal มีผลกระทบในทางลบ

เรื่องที่ 3

ชื่อผู้วิจัย: Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Issaacs, 2002

ชื่อเรื่อง: Attachment – based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study

การศึกษานี้ทำในกลุ่มตัวอย่างที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษาคือผู้ดูแล/พ่อแม่ วัยรุ่นโรคซึมเศร้า งานวิจัยนี้เป็น Randomized Controlled Trial เป็นการบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว เป็นการบำบัดรายกลุ่มที่โรงพยาบาล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาทีเป็นระยะเวลา 3-12 ครั้ง (เฉลี่ย 8 ครั้ง) มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คนเข้าร่วมการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับ “การบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว” และกลุ่มควบคุม (รอคอยการบำบัด) ได้รับโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นระยะเวลา 15 นาทีเพื่อติดตามอาการเสื่อมถอยที่อาจเกิดขึ้น (deterioration) “การบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว” เป็นการแก้ไขความผูกพันในครอบครัวที่ล้มเหลว พ่อ-แม่จะเป็นผู้ดูแลที่ดีขึ้น วัยรุ่นจะสามารถสร้างความไว้วางใจใหม่กับพ่อแม่ ซึ่งจะลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ วัยรุ่นและครอบครัวที่ได้รับ “การบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว” มีคะแนนอาการซึมเศร้า (HAM-D) ลักษณะนิสัยวิตกกังวล (trait anxiety) และความขัดแย้งในครอบครัว ภายหลังการบำบัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.005$, $p=0.007$, $p=0.03$) โดยพยาบาลจิตเวชสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงตามขอบเขตแห่งวิชาชีพ ในการให้การพยาบาลอย่างอิสระในรูปแบบกลุ่มบำบัดซึ่งการบำบัดมากกว่าการบำบัดในรูปแบบเดิม และผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

เรื่องที่ 4

ชื่อผู้แต่ง: Sanford et al., 2006

ชื่อเรื่อง: A pilot study of adjunctive family psychoeducation in adolescent major depression: feasibility and treatment effect

การศึกษานี้ทำในกลุ่มตัวอย่างที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษาคือผู้ดูแล/พ่อแม่วัยรุ่นโรคซึมเศร้า งานวิจัยนี้เป็น Randomized Controlled Trial เป็นการบำบัดโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวเพิ่มเติม จากการดูแลปกติที่บ้านของผู้ป่วยแก่สมาชิกครอบครัวทุกคนที่สมัครใจเข้ารับการบำบัด ภายหลังการทดลองพบว่าวัยรุ่นในกลุ่มทดลอง มีคะแนนอาการซึมเศร้าลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.052$) เป็นการบำบัดซึ่งพยาบาลจิตเวชสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงตามขอบเขตแห่งวิชาชีพ ในการให้การพยาบาลอย่างอิสระในรูปแบบกลุ่มบำบัดซึ่งการบำบัดมากกว่าการบำบัดในรูปแบบเดิม และผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาได้นำงานวิจัยทั้ง 4 เรื่อง ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์มาสรุปสาระสำคัญ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 2 ตารางสกัดหลักฐานเชิงประจักษ์

เรื่องที่ 1

ชื่อเรื่องงานวิจัย A Clinical Psychotherapy Trial for Adolescent Depression Comparing Cognitive, Family, and Supportive Therapy

ชื่อผู้แต่ง David A. Brent, MD; Diane Holder, MSW; David Kolko, PhD; Boris Birmaher, MD; Marianne Baugher, MA; Claudia Roth, MSW; Satish Iyengar, PhD; Barbara A. Johnson, MD

แหล่งที่พิมพ์ Archives of General Psychiatry, 54 (9), 877-885

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ การวิจัย	เพื่อศึกษาการบำบัดทางจิตสังคมในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่นที่จากคลินิกโดยเปรียบเทียบการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม พฤติกรรมบำบัดครอบครัวอย่างเป็นระบบ การบำบัดประคับประคองแบบไม่ชี้นำ
ทุน	-
สมมติฐาน งานวิจัย	เมื่อสิ้นสุดการบำบัดผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม พฤติกรรมบำบัดครอบครัวอย่างเป็นระบบ มีอาการซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย และความบกพร่องในการทำหน้าที่ดีขึ้นอย่างรวดเร็วและมีการฟื้นกลับ (remission) ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดประคับประคองแบบไม่ชี้นำ
Setting งานวิจัย	สถาบันและคลินิกจิตเวชใน Pittsburgh ตะวันตก
กลุ่มตัวอย่างที่ ใช้ในการวิจัย	วัยรุ่นที่มีอายุ 13-18 ปี อาศัยอยู่กับพ่อแม่หรือผู้ปกครอง (guardian) ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (MDD) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-III-R มีคะแนน BDI ≥ 13 ไม่ป่วยเป็นโรคจิต โรคอารมณ์แปรปรวน (Bipolar) โรคย้ำคิดย้ำทำ ความผิดปกติด้านการรับประทานอาหาร (Eating Disorder) ใช้สารเสพติด (Substance abuse) ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา ไม่อยู่ในระหว่างถูกทารุณกรรมทางร่างกายหรือทางเพศ ตั้งครรภ์ และมีความเจ็บป่วยทางร่างกายเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างได้มาจาก Child and Adolescent Mood and Anxiety Disorder Clinic ที่สถาบันและคลินิกจิตเวช Western Pittsburgh วัยรุ่นจำนวน 122 คนมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก ในจำนวนนี้วัยรุ่นจำนวน 107 คนยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการลงโฆษณาและกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการส่งต่อมาจากคลินิกมีลักษณะทางประชากรและคลินิกไม่

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	แตกต่างกัน ผู้วิจัยสุ่ม (randomized) กลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่มโดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มมีเพศ จำนวนพ่อแม่ที่อยู่ในบ้านและความคิดที่จะฆ่าตัวตายใกล้เคียงกันทั้ง 3 กลุ่ม ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายออกจากแผนการบำบัด รวมทั้งผู้ป่วยที่มีคะแนนอาการซึมเศร้า (BDI) อยู่ที่ค่ากลาง (Midpoint) ≥ 13 ผู้ดูแล/พ่อแม่ของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าขณะศึกษา มีคะแนน Hamilton Depression Rating Scale ≥ 15 และมีการทำหน้าที่บกพร่องอย่างรุนแรงจะได้รับการรักษาด้วยยาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งมีแม่ของผู้ป่วยจำนวน 10 คน จากจำนวนทั้งหมด 31 คน (จำนวน 3 คน จากจำนวนทั้งหมด 12 คน ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม จำนวน 2 คน จากจำนวนทั้งหมด 5 คน ในกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดครอบครัวอย่างเป็นระบบ จำนวน 5 คน จากจำนวนทั้งหมด 13 คน ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดประคับประคองแบบไม่ชี้นำ) และจำนวน 0 คนจากจำนวนพ่อทั้งหมด 2 คน
การประเมินผลลัพธ์	ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์การบำบัดเมื่อ 1) ก่อนเข้ารับการบำบัด 2) เมื่อสิ้นสุดการบำบัดครั้งที่ 6 3) เมื่อสิ้นสุดการบำบัด (ครั้งที่ 12 ถึง ครั้งที่ 16) ทั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน Beck Depression Inventory ทุกครั้งของการบำบัด ผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 107 คน เข้าร่วมการวิจัย มีผู้ป่วยจำนวน 94 คน (88%) ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์และการประเมินอาการซึมเศร้าเมื่อสิ้นสุดการบำบัดครั้งที่ 6 ผู้ป่วยจำนวน 99 คน (93%) ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์และผู้ป่วยจำนวน 97 คน (91%) ให้ข้อมูลการประเมินอาการซึมเศร้าเมื่อสิ้นสุดการบำบัด การประเมินอาการทางจิต 1) ผู้ประเมินใช้ The School Age Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime Versions (K-SADS-P/E) สัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยโรคในปัจจุบันและในอดีตของผู้ป่วยตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-III-R 2) ประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้ Beck Depression Inventory ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ป่วยรายงานตนเอง 3) ประเมินการฆ่าตัวตายโดยใช้ K-SADS-P/E ประเมินการวางแผนและการพยายามฆ่าตัวตาย

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
การบำบัด	การบำบัดแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) การบำบัดเชิงรุก (Active Phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดจำนวน 12-16 ครั้ง ในระยะเวลา 12-16 สัปดาห์ 2) การบำบัดเพื่อกระตุ้น เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดจำนวน 2-4 ครั้ง ในระยะเวลาหลายเดือน การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม พฤติกรรมบำบัดครอบครัวยังเป็นระบบและการบำบัดประคับประคองแบบไม่ขึ้นนำมีความคล้ายคลึงกัน ทั้งความเข้มข้น (Intensity) ของการบำบัด ระยะเวลาและจำนวนครั้งของการบำบัด คุณลักษณะและประสบการณ์ของผู้บำบัด ผู้บำบัดทุกคนมีการศึกษาระดับปริญญาโทและมีค่ากลางของประสบการณ์ทางคลินิก 10 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มการบำบัด ได้รับสุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวน (affective illness) และการรักษา พ่อแม่ของวัยรุ่นได้รับคู่มือสุขภาพจิตศึกษา และเชิญชวนให้อภิปรายเกี่ยวกับข้อสงสัยและสิ่งที่กังวลใจเกี่ยวกับการรักษาโรคซึมเศร้าโดยใช้ระยะเวลาการบำบัดมากกว่า 1 ชั่วโมง ในการบำบัด 3 ครั้งแรก 1. การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม ผู้วิจัยปรับปรุงการบำบัดจากการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมของ Beck และคณะ (1979) ให้เหมาะสมความต้องการทางด้านพัฒนาการของวัยรุ่นโดยเน้นความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดและวัยรุ่น ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ทางสังคม (Socializing) เกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดทางความคิดของวัยรุ่น การจัดการและปรับเปลี่ยนความคิด อัตโนมัติ สมมติฐานและความเชื่อ การปรับการรู้คิดและพฤติกรรมให้เหมาะกับวัยรุ่น ผู้บำบัดเน้นการยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมในการอธิบาย ให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับธรรมชาติของจิตบำบัด และให้การเรียนรู้ทางสังคมเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัด การสำรวจประเด็นความไว้วางใจและการพึ่งพาตนเองของวัยรุ่น ให้ความสำคัญกับการรู้คิดที่บิดเบือนและการปรับเปลี่ยนอารมณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการบำบัดแต่ละครั้ง ทำให้เกิดการแก้ปัญหา การปรับเปลี่ยนอารมณ์ และทักษะทางสังคม 2. พฤติกรรมบำบัดครอบครัวยังเป็นระบบ เป็นการบำบัดที่ใช้แนวคิดการบำบัด 2 รูปแบบ ที่ให้ผลดีสำหรับครอบครัวของวัยรุ่นที่ทำหน้าที่ผิดปกติ (Dysfunctional families)

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	การบำบัดในระยะแรก ใช้การบำบัดการทำหน้าที่ของครอบครัว (Functional family therapy) ซึ่งผู้บำบัดสำรวจความกังวลใจที่ทำให้ครอบครัวมารับการบำบัด ดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุดในการบำบัด และระบุรูปแบบพฤติกรรมที่แสดงถึงการทำหน้าที่ผิดปกติของครอบครัว การบำบัดในระยะที่สอง เป็นการบำบัดโดยใช้รูปแบบการแก้ปัญหาของ Robin และ Foster (1989) ซึ่งสมาชิกในครอบครัวให้ความสนใจกับทักษะการสื่อสารและทักษะการแก้ปัญหา เปลี่ยนแปลงรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว พฤติกรรมบำบัดครอบครัวอย่างเป็นระบบให้การเรียนรู้ทางสังคมอย่างเข้มข้นเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัด ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ประเด็นการเป็นพ่อแม่และพัฒนาการของวัยรุ่น ให้ความสำคัญกับการสร้างทักษะและการฝึกปฏิบัติระหว่างการบำบัดและที่บ้าน 3. การบำบัดประคับประคองแบบไม่ชี้นำ ผู้วิจัยออกแบบการบำบัดประคับประคองแบบไม่ชี้นำเพื่อเป็นการบำบัดเพื่อควบคุมทั้ง ชื่อ ระยะเวลา จำนวนครั้งที่พบกับผู้บำบัด การสนับสนุนด้านการร่วมรู้สึก การใส่ใจ และทักษะของผู้บำบัด การบำบัดประคับ ประคองแบบไม่ชี้นำมีเป้าหมายเพื่อสร้างและดำรงรักษาสัมพันธภาพ ให้การสนับสนุน ช่วยให้ผู้ป่วยระบุและแสดงอารมณ์ผ่านการสะท้อน (reflective listening) ให้การร่วมรู้สึกอย่างถูกต้องและอภิปรายร่วมกันเพื่อระบุปัญหาของผู้ป่วย ผู้บำบัดไม่สามารถให้คำแนะนำ จำกัดพฤติกรรมหรือสอนทักษะที่เฉพาะเจาะจงแก่ผู้ป่วย
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Control Trial โดยมีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
ระดับของงานวิจัย	Level II (Randomized Control Trial)
ผลการวิจัย	ก่อนการบำบัด ลักษณะทางประชากรและตัวแปรทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดทั้ง 3 แบบแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามก็ตีพบว่าการทำหน้าที่บกพร่องอย่างรุนแรงระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมและการบำบัดประคับประคองแบบไม่ชี้นำมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งผู้วิจัยใช้เป็นตัว Covariate ในการวิเคราะห์ผล

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	เมื่อสิ้นสุดการบำบัด กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมีอาการแสดงของโรคซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดประคับประคองแบบไม่ชี้นำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.02$) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมีอาการซึมเศร้ามลดลงหลังการบำบัดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดครอบครัวยังเป็นระบบและกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดประคับประคองแบบไม่ชี้นำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดครอบครัวยังเป็นระบบ และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดประคับประคองแบบไม่ชี้นำมีคะแนนอาการซึมเศร้ามลดลงจากก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)
การสรุปผล เพื่อนำไปใช้	1 การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนและการรักษา โดยมีคู่มือสุขภาพจิตศึกษาและการอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับข้อสงสัยและสิ่งที่กังวลใจเกี่ยวกับการรักษาโรคซึมเศร้าจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละมากกว่า 1 ชั่วโมง ร่วมกับพฤติกรรมบำบัดครอบครัวยังเป็นระบบแก่วัยรุ่นโรคซึมเศร้าและพ่อแม่ สามารถลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) 2 วัยรุ่นที่เข้าร่วมการบำบัดสุขภาพจิตศึกษาและพฤติกรรมบำบัดครอบครัวยังเป็นระบบเป็นวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 13-18 ปีอาศัยอยู่กับพ่อแม่หรือผู้ปกครอง และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า (DSM-III-R) มีคะแนน $BDI \geq 13$ 3 สุขภาพจิตศึกษาและพฤติกรรมบำบัดครอบครัวยังเป็นระบบ เป็นการบำบัดในชุมชนโดยใช้ระยะเวลาการบำบัด 12-16 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 2-4 ครั้งในอีกหลายเดือนต่อมา
ความสอดคล้อง กับประเด็น ปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้เป็นการเปรียบเทียบประสิทธิภาพการบำบัดระหว่างการบำบัดทางพฤติกรรมและการรู้คิด พฤติกรรมบำบัดครอบครัวยังเป็นระบบ และกลุ่มประคับประคองแบบไม่ชี้นำในการให้การบำบัดผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าและครอบครัวยังเป็นระบบ ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือ การ

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (ต่อ)	บำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า เพื่อลดอาการซึมเศร้าซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีเอกสิทธิ์และมีขอบเขตการปฏิบัติทางวิชาชีพได้โดยอิสระ
การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	งานวิจัยมีการสุ่มผู้ป่วยเข้าทั้ง 3 กลุ่มการบำบัดหลังจากมีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม มีลักษณะทางประชากรและตัวแปรทางคลินิกคล้ายคลึงกันก่อนการบำบัด ผู้วิจัยนำตัวแปรที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มมาเป็นตัว covariate ในการวิเคราะห์ผลลัพธ์ ซึ่งมีความเหมาะสม การประเมินผลลัพธ์การบำบัดใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า BDI ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีมาตรฐานและมีผู้นำไปใช้อย่างกว้างขวาง ผู้วิจัยใช้การบำบัดประคับประคองแบบไม่ชี้นำเป็นการบำบัดเพื่อควบคุม ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม และพฤติกรรมบำบัดครอบครัวยังเป็นระบบทั้ง ชื่อ ระยะเวลา และจำนวนครั้งของการบำบัด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับพฤติกรรมบำบัดครอบครัวยังเป็นระบบ จัดขึ้นที่สถาบันและคลินิกจิตเวชในชุมชนเป็นระยะเวลา 12-16 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมีระยะการติดตามผล 2-4 ครั้งในระยะเวลาหลายเดือน สามารถให้การบำบัดในระยะแรกแก่ผู้ดูแล/พ่อแม่ และผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาในหอผู้ป่วย หลังจากนั้นประสานงานจิตเวชชุมชนเพื่อให้การบำบัดต่อเนื่อง 2. ความเป็นไปได้ในการนำลงสู่การปฏิบัติ (Feasibility of implementation) พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับพฤติกรรมบำบัดครอบครัวยังเป็นระบบได้ สิ่งแวดล้อมและสภาพเอื้ออำนวยเหมาะสมเนื่องจากมีห้องสำหรับทำกลุ่มอยู่แล้ว พยาบาลสามารถนำใช้กับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าได้อย่างอิสระในช่วงเวลาจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดในหอผู้ป่วยซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาลไม่รบกวนการทำงานปกติของบุคลากร 3. ความคุ้มค่า (Cost – benefit ratio)

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
แนวโน้มนที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	จากหลักฐานเชิงประจักษ์การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้าสามารถลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ ไม่สิ้นเปลือง ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ช่วยให้วัยรุ่นสามารถอยู่กับครอบครัวและในชุมชนได้นานขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ซึ่งคุ้มค่ากับการจัดกลุ่มบำบัดแก่ผู้ป่วยซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาลในการปฏิบัติงานประจำ

เรื่องที่ 2

ชื่อเรื่องงานวิจัย	Depression Experience Journal: A Computer – Based Intervention for Families Facing Childhood Depression
ชื่อผู้แต่ง	David Ray DeMaso, M.D., Nicole Eldridge Marcus, Ph.D., Carolyn Kinnamon, B.A., and Joseph Gonzalez-Heydrich, M.D.
แหล่งที่พิมพ์	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45 (2), 158-165.

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	1. เพื่อทดสอบความปลอดภัยในการใช้ Depression Experience Journal (EJ) แก่ผู้ดูแลหลักของเด็กและวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า 2. เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้ดูแลหลักของเด็กและวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า ต่อ Depression Experience Journal (EJ) ว่าช่วยให้เข้าใจอาการซึมเศร้า เพิ่มความหวัง ลดการแยกตัวจากสังคม generating ideas for future และยกระดับการสื่อสารกับเด็กและวัยรุ่นหรือไม่
ทุน	A grant from the Sydney A. Swensrud Foundation
สมมติฐานงานวิจัย	-
Setting งานวิจัย	Psychiatric hospitalized at Children's hospital Boston
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ดูแลหลัก 1 คนที่ให้การดูแลเด็กและวัยรุ่น (อายุระหว่าง 8-19 ปี; อายุเฉลี่ย 15 ปี) ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยเกณฑ์ DSM-IV-TR ว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้วชนิด I และ ชนิด II ที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชเด็กที่เมือง Boston

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของเด็กและวัยรุ่นที่มีทักษะการใช้ภาษาอังกฤษที่สามารถตอบคำถามถึงโครงสร้างและอ่าน Experience Journal ได้ จำนวน 38 คน ในจำนวนนี้เป็นแม่ จำนวน 35 คน เป็น พ่อจำนวน 2 คน และเป็นผู้ดูแลหลักที่ไม่ใช่พ่อแม่จำนวน 1 คน (ให้การดูแลเด็กและวัยรุ่นมาเป็นระยะเวลา 2 ปี) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์ครั้งแรก ในจำนวนนี้ ดู Experience Journal ทันทีหลังการสัมภาษณ์ จำนวน 25 คน (66 %) ดู Experience Journal หลังการสัมภาษณ์ในระหว่างที่เด็กและวัยรุ่นยังรับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 9 คน และดู Experience Journal ที่บ้านจำนวน 4 คน (ระยะเวลาเฉลี่ย หลังการสัมภาษณ์ 6.5 วัน) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน จากจำนวน 38 คน (92 %) ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังจากการดู Experience Journal เป็นระยะเวลา 14-26 วัน (เฉลี่ย 19.8 วัน) ซึ่งในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วจำนวน 30 คน ในจำนวนนี้ได้รับการเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาล จำนวน 3 คน กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์ ครั้งที่ 2 เนื่องจาก ผู้วิจัยไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด 2 สัปดาห์ภายหลังการเข้าชม Website จำนวน 2 คน ไม่มีเวลาตอบแบบสัมภาษณ์จำนวน 1 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นคนผิวขาว จำนวน 31 คน สถานภาพสมรส จำนวน 24 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวนเกือบ ครึ่ง (จำนวน 16 คน) มีการศึกษาระดับวิทยาลัยหรือสูงกว่าผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (จำนวน 26 คน) เป็นผู้ชายจำนวน 12 คน กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (จำนวน 37 คน) มีทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ เด็กและวัยรุ่นได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 18 คน Depressive Disorder not otherwise specified จำนวน 11 คน Mood Disorder not otherwise specified จำนวน 5 คน โรคอารมณ์แปรปรวนจากการเจ็บป่วยทางกาย จำนวน 1 คน ป่วยเป็นโรคร่วม ได้แก่ มีความผิดปกติด้านการกิน จำนวนร้อยละ 26 โรควิตกกังวลจำนวนร้อยละ 18 ความผิดปกติทางพฤติกรรม จำนวนร้อยละ 11 ใช้สารเสพติดจำนวนร้อยละ 11 มีความผิดปกติด้านการเรียนรู้จำนวนร้อยละ 8 โรควิตกกังวลในการแยกจากจำนวน

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	ร้อยละ 3 ไม่สามารถควบคุมอารมณ์จำนวนร้อยละ 3 ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ตั้งแต่ 2 เดือน ถึง 143 เดือน (เฉลี่ย 41 เดือน เวลากลาง 26 เดือน) ในจำนวนนี้เคยเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วย ใน จำนวน ร้อยละ 32 ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวนร้อยละ 89
การบำบัด	การบำบัด Depression Experience Journal เป็นการบำบัดแบบสุขภาพจิต ศึกษาเพื่อส่งเสริมให้เด็กและวัยรุ่น พ่อแม่ เผชิญกับการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ของเด็กและวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการบำบัดทางเครือข่ายคอมพิวเตอร์โดย ให้ เด็กและวัยรุ่น พ่อแม่แลกเปลี่ยนเรื่องราวเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วย ที่ http://www.experiencejournal.com/depression/ การบำบัด Depression Experience Journal ได้รับคำอธิบายจากผู้ป่วย เด็กและวัยรุ่น พ่อแม่ พี่น้องและบุคลากรของโรงพยาบาล เกี่ยวกับ การมีชีวิตร การเผชิญ และการทำงานกับโรคซึมเศร้า (ซึ่งเป็นทั้งการอธิบายประสบการณ์ สั้นๆ จนถึง การอธิบายเป็นโคลงกลอน การเล่าเรื่อง และ ภาพวาด) เรื่องราว ต่างๆได้รับการจัดหมวดหมู่และมีความปลอดภัยในการเข้ามาอ่านทาง website มากกว่าการสนทนาระหว่างกัน ณ ปัจจุบันขณะทางเครือข่ายคอมพิวเตอร์ (chat room) เนื้อหาต่างๆที่นำเสนอทาง website ได้รับการตรวจสอบความ เหมาะสมของเนื้อหา (ไม่มีอันตรายและไม่ทำร้ายจิตใจ) โดยคณะกรรมการ ของโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วย พ่อแม่จำนวน 14 คน ผู้ให้บริการทางสุขภาพ จำนวน 25 คน เนื้อหาการบำบัดประกอบด้วยประสบการณ์ของเด็กและวัยรุ่น ที่มีอายุและเพศที่แตกต่างกัน มีเรื่องราวในเนื้อหาเกี่ยวกับโรคอารมณ์ แปรปรวนแบบชั่วเดียวและสองชั่ว เนื้อหาและข้อมูลใน Depression Experience Journal พัฒนาโดยความร่วมมือกับ hospital's Office of General Counsel เนื้อหาใน website http://www.experiencejournal.com/depression/ ประกอบด้วย 1. การแบ่งปันเรื่องราว (Sharing our stories) 2. คำพูดของเด็กและวัยรุ่น 3. การสนทนาของครอบครัว 4. การสนทนาของผู้เชี่ยวชาญ

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	5. คำแนะนำจาก ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น พ่อแม่ และบุคลากรทางสุขภาพจิต 6. ข้อมูลทางการแพทย์จากผู้เชี่ยวชาญ
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเป็นระยะเวลา 30 นาที ประกอบด้วย ประเมินการรับรู้ของพ่อแม่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่น (รวมทั้งความรุนแรงและระยะเวลาที่มีอาการซึมเศร้า) ประวัติปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่น เหตุผลที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในประวัติการรักษา การประเมินครั้งที่ 2 เป็นการประเมินทั้งจำนวนและคุณภาพ โดยการประเมินบน Likert scale จำนวน 7 ระดับ คะแนน 1 หมายถึง พึงพอใจเล็กน้อย คะแนน 7 หมายถึงพึงพอใจสูงสุด ประกอบด้วย 1) ความพึงพอใจและความปลอดภัย 2) ประโยชน์ของ Depression Experience Journal และสิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุง 3) ผลของ Depression Experience Journal ที่เฉพาะเจาะจง เช่น ความเข้าใจโรคซึมเศร้า ความหวัง ความรู้สึกแยกตัว มุมมองที่ได้รับ ความคิดต่ออนาคต 4) ผลของ Depression Experience Journal ต่อการเผชิญกับโรคซึมเศร้าของ เด็กและวัยรุ่น และพ่อแม่ 5) การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความรู้สึกที่มีต่อโรคซึมเศร้า ประเมินอาการซึมเศร้าของพ่อแม่ โดยให้ประเมินบน Likert scale จำนวน 7 ระดับ ถ้าพ่อแม่มีอาการซึมเศร้าในระดับสูง (คะแนน ≥ 5) ผู้ประเมินคัดกรองความเสี่ยงและส่งต่อไปรับบริการทางสุขภาพจิตต่อไป
ระเบียบวิธีวิจัย	ใช้การวิจัยแบบวัดหลังการบำบัด
ระดับของงานวิจัย	Level VI หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา
ผลการวิจัย	พ่อแม่ประเมินความพึงพอใจและความปลอดภัย ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 5.75 จาก 7 คะแนน) พึงพอใจกับเรื่อง รวบรวมใน website (คะแนนเฉลี่ย 6.19 จาก 7 คะแนน) การได้รับข้อมูลที่เป็นความจริง (คะแนนเฉลี่ย 5.44 จาก 7 คะแนน) ข้อมูลและเรื่องราวใน website ไม่ทำร้ายจิตใจ (คะแนนเฉลี่ย 1.43 จาก 7 คะแนน) ไม่มีอันตรายต่อเด็กและวัยรุ่น (คะแนนเฉลี่ย 1.79 จาก 7 คะแนน) ไม่มีพ่อแม่ของเด็กและวัยรุ่นประเมินว่า Depression Experience Journal มีผลกระทบในทางลบ

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	Depression Experience Journal ให้ผลที่เฉพาะเจาะจง กล่าวคือ 1. ให้ความรู้สึกว่ายังมีผู้อื่นประสบกับการเลี้ยงดูเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเช่นเดียวกัน (คะแนนเฉลี่ย 6.44 จาก 7 คะแนน) 2. ได้รับประโยชน์จากการได้อ่านเกี่ยวกับประสบการณ์และเรื่องราวของครอบครัวอื่น (คะแนนเฉลี่ย 6.06 จาก 7 คะแนน) 3. ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว (คะแนนเฉลี่ย 5.83 จาก 7 คะแนน) 4. ช่วยเพิ่มความหวัง (คะแนนเฉลี่ย 5.44 จาก 7 คะแนน) 5. ช่วยให้เข้าใจประสบการณ์ของตนเองเพิ่มมากขึ้น (คะแนนเฉลี่ย 5.40 จาก 7 คะแนน) 6. ช่วยเพิ่มมุมมองเกี่ยวกับการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่น (คะแนนเฉลี่ย 5.26 จาก 7 คะแนน) จากการวิเคราะห์ผลการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง พบว่า Depression Experience Journal มีผลต่อการเผชิญกับโรคซึมเศร้าในด้าน ช่วยให้เข้าใจอาการซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่นมากขึ้น (จำนวน 29 คน) ช่วยให้รู้สึกรู้สึกว่าอาการซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นเป็นเรื่องธรรมดา (จำนวน 24 คน) ช่วยให้พ่อแม่เข้าใจประสบการณ์และความรู้สึกของเด็กและวัยรุ่น (จำนวน 19 คน) มีข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งความช่วยเหลือแก่เด็กและวัยรุ่นเมื่อต้องการ (จำนวน 14 คน) ช่วยให้เข้าใจประสบการณ์ของครอบครัวของเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (จำนวน 13 คน)

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
การสรุปผลเพื่อนำไปใช้	1. การบำบัด Depression Experience Journal เป็นการบำบัดแบบสุขภาพจิตศึกษา เพื่อส่งเสริมให้เด็กและวัยรุ่น พ่อแม่ เผชิญกับการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่นอย่างมีสุขภาพเป็นการบำบัดทางเครือข่ายคอมพิวเตอร์ EJช่วยให้เข้าใจอาการซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่นเป็นเรื่องธรรมดา ช่วยให้พ่อแม่เข้าใจประสบการณ์ครอบครัว ความรู้สึกของเด็กและวัยรุ่น และมีข้อมูลแหล่งความช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นเมื่อต้องการ 2. วัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดด้วย Depression Experience Journal (EJ) อายุระหว่าง 8-19 ปี (อายุเฉลี่ย 13 ปี) มีผู้ดูแลหลัก และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า (DSM-IV-TR) 3. การบำบัดด้วย Depression Experience Journal (EJ) เป็นการบำบัดที่โรงพยาบาล โดยให้เด็กและวัยรุ่น พ่อแม่ แลกเปลี่ยนเรื่องราวเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ http://www.experiencejournal.com/depression/ เนื้อหาการบำบัด ประกอบด้วย 1) การแบ่งปันเรื่องราว 2) คำพูดของเด็กและวัยรุ่น 3) การสนทนาครอบครัว 4) การสนทนาของผู้เชี่ยวชาญ 5) คำแนะนำจากผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น พ่อแม่ และบุคลากรทางสุขภาพจิต 6) ข้อมูลทางการแพทย์จากผู้เชี่ยวชาญ
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์ในผู้ดูแล/พ่อแม่และวัยรุ่นโรคซึมเศร้า ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า ซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีเอกสิทธิ์และมีขอบเขตการปฏิบัติทางวิชาชีพได้โดยอิสระ

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	งานวิจัยเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 6 มีการวัดหลังการบำบัดกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กและวัยรุ่น ผู้ดูแลหลัก การประเมินผลลัพธ์ ประเมินทั้ง 3 ด้าน คือ 1) ประเมินพ่อแม่ ไม่มีพ่อแม่ของเด็กและวัยรุ่นประเมินว่า Depression Experience Journal (EJ) มีผลกระทบทางลบ 2) ประเมิน Depression Experience Journal (EJ) ให้ผลที่เฉพาะเจาะจงคือ หลังจากอ่านประสบการณ์และเรื่องราวของครอบครัวอื่น รู้สึกว่า ยังมีผู้อื่นประสบกับการเลี้ยงดูเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยโรคซึมเศร้าเช่นเดียวกัน ลดความรู้สึกลดเดี่ยว 3) วิเคราะห์ผลการสัมภาษณ์ ช่วยให้เข้าใจอาการซึมเศร้าและความรู้สึกของเด็กและวัยรุ่นมากขึ้น มีข้อมูลแหล่งช่วยเหลือ
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability) การบำบัดด้วย Depression Experience Journal (EJ) ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข ผู้เข้าร่วมการบำบัดประกอบด้วย ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก ซึ่งสามารถเข้าถึงเนื้อหาการบำบัดทางเครือข่ายได้ตลอดเวลาที่สะดวก 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถจัดทำข้อมูล Depression Experience Journal ขึ้นบน website ได้อย่างอิสระ ซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาล และสามารถเปิดข้อมูล Depression Experience Journal ให้ผู้ดูแล/พ่อแม่ได้ในช่วงเวลาของการจัดกิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในหอผู้ป่วย และผู้ดูแลสามารถเปิดดู website ได้ที่บ้าน 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost – benefit ratio) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ การบำบัดด้วย Depression Experience Journal แก่ผู้ดูแล/พ่อแม่วัยรุ่นโรคซึมเศร้า สามารถลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการจัดทำข้อมูลขึ้นบน website เท่านั้น ซึ่งคุ้มกับผลการดู Depression Experience Journal ที่ช่วยให้วัยรุ่นและผู้ดูแลเข้าใจอาการและประสบการณ์ซึมเศร้าของวัยรุ่น ซึ่งคุ้มค่ากับการจัดทำข้อมูลการบำบัดขึ้นบน website

เรื่องที่ 3

ชื่อเรื่องงานวิจัย

Attachment-Based Family Therapy for Depressed Adolescents: A Treatment Development Study

ชื่อผู้แต่ง

Guy S. Diamond, Ph.D., Brendali F. Reis, Ph.D., Gary M. Diamond, Ph.D., Lynne Siqueland, Ph.D., and Lisa Isaacs, M.S.

แหล่งที่พิมพ์

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41(10), 1190-1196.

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	1. จัดทำคู่มือ “การบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว” 2. พัฒนาเครื่องมือในการวัดการปฏิบัติตามวิธีการของการบำบัด 3. รวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลการทดลองใช้ “การบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว”
ทุน	งานวิจัยได้รับการสนับสนุนจาก The National Alliance of Research on Schizophrenia and Depression, the American Suicide Foundation and NIMH grant R 21NIH52920-01AB.
สมมติฐานงานวิจัย	การจัดการกับปัญหาความผูกพันในครอบครัวจะทำให้พ่อแม่ให้การดูแลวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าได้ดีขึ้น และวัยรุ่นสามารถสร้างความไว้วางใจและการสื่อสารกับพ่อแม่ได้อีกครั้ง ซึ่งจะช่วยให้ลดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรค Major Depressive Disorder และ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
Setting งานวิจัย	แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	- วัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรค Major Depressive (MDD) โดย ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-III-R อายุระหว่าง 13-17 ปี มีผู้ดูแลหลักที่ยินยอมรับ “การบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว” มีคะแนน BDI จากการวัด 2 ครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน ไม่ได้อยู่ระหว่างการรับประทานยาต้านเศร้าหรือยารักษาโรคจิต ไม่มีประวัติของการใช้สารเสพติดมากกว่า 13 วันใน 90 วันที่ผ่านมา - มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คนเข้าร่วมการทดลอง และผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (randomized) ออกเป็นกลุ่มทดลอง ได้รับ “การบำบัดโดย

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	การเพิ่มความผูกพันในครอบครัว” และกลุ่มควบคุม (รอคอยการบำบัด) ได้รับโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นระยะเวลา 15 นาที เพื่อติดตามอาการเสื่อมถอยที่อาจเกิดขึ้น (deterioration)
เครื่องมือในการประเมินผลสัมฤทธิ์	ผู้วิจัยใช้ K-SADS-P (แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง) เพื่อวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในเด็ก โดยผู้ประเมินไม่รู้สถานภาพความเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม การวินิจฉัยว่าวัยรุ่นป่วยเป็นโรคซึมเศร้าต้องมีค่า inter-rater reliability 100% และใช้ Hamilton Depression Rating Scale จำนวน 24 ข้อ ในการประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าก่อนเข้ารับการบำบัด <u>เครื่องมือในการประเมินผลสัมฤทธิ์</u> ประเมินข้อมูลพื้นฐานก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ประเมินสัปดาห์ที่ 6 (ครั้งของการบำบัด) ประเมินสัปดาห์ที่ 12 (สิ้นสุดการบำบัด) และประเมินในระยะติดตามผล (หกเดือนหลังจากสิ้นสุดการบำบัด) โดยใช้เครื่องมือ ดังนี้ 1) ประเมินอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นโดย Beck Depressive Inventory (BDI ; 1988) ที่ผ่านการประเมินค่าความเที่ยงและความตรงแล้ว มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 21 ข้อย่อย ให้วัยรุ่นรายงานอาการซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ผ่านมา 2) ประเมินความขัดแย้งในครอบครัว โดยใช้ Self – Report of family Functioning (SRFF; Bloom,1985) ที่ผ่านการประเมินค่าความเที่ยงและความตรงแล้ว ให้วัยรุ่นเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเกี่ยวกับการแสดงอารมณ์และความขัดแย้งในครอบครัว 3) ประเมินความผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และเพื่อน (Armsden & Greenberg, 1987) ซึ่งผ่านการประเมินค่าความเที่ยงและความตรงแล้ว โดยประเมินสัมพันธภาพด้านความคิดและอารมณ์ทั้งทางบวกและทางลบระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่และเพื่อน มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 25 ข้อย่อย

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	4) ประเมินความรู้สึกลิ้นหวังโดยใช้ Beck Hopelessness Scale (1974) ซึ่งมี ค่าความเที่ยงและความตรงสูง เพื่อประเมินทัศนคติต่ออนาคตในทางลบของวัยรุ่น 5) ประเมินสภาวะวิตกกังวลและลักษณะนิสัยวิตกกังวล โดยใช้ State – Trait Anxiety Inventory for Children : A-Trait (STAIC; Spielberger, 1973) ซึ่งมีค่าความเที่ยงและความตรงตามมาตรฐาน การประเมินลักษณะนิสัยวิตกกังวล (trait anxiety) มีข้อคำถาม จำนวน ทั้งหมด 20 ข้อย่อย 6) ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้ Suicidal Ideation Questionnaire (Reynolds, 1988) ที่ผ่านการประเมินค่าความเที่ยงและความตรงแล้ว มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 15 ข้อย่อย 7) ประเมินสมรรถนะและปัญหาของตัววัยรุ่นเอง โดยใช้ Youth Self – Report (Achenbach, 1996) ที่ผ่านการประเมินค่าความเที่ยงและความตรงแล้ว มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 112 ข้อย่อยให้วัยรุ่นรายงานตนเอง ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนน $T \geq 65$ เป็นช่วงคะแนนทางคลินิก
การบำบัด	“การบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว” มีสมมติฐานว่า ความผูกพันในครอบครัวที่ไม่ดี มีความขัดแย้งในครอบครัวสูง ตีเถียงซึ่งกันและกันอย่างรุนแรง การยอมรับซึ่งกันและกันต่ำ ทำให้เกิดการปฏิเสธ (neglect) การทารุณกรรม (abuse) และการละทิ้ง (abandonment) ทางร่างกายและอารมณ์ ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมทางครอบครัวในทางลบที่ยับยั้งการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดภายในและระหว่างบุคคลของวัยรุ่นที่จำเป็นต่อการจัดการกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในครอบครัว ชุมชน และสังคม ดังนั้น “การบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว” จึงเป็นการแก้ไขความผูกพันในครอบครัวที่ล้มเหลว พ่อ-แม่จะเป็นผู้ดูแลที่ดีขึ้น วัยรุ่นจะสามารถสร้างความไว้วางใจใหม่กับพ่อแม่ซึ่งจะลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ “การบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว” เป็นการบำบัดรายครอบครัว ที่โรงพยาบาล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
การบำบัด(ต่อ)	ครั้งละ 60-90 นาทีเป็นระยะเวลา 3-12 ครั้ง (เฉลี่ย 8 ครั้ง) ประกอบด้วยงาน (task) 5 งาน ดังนี้ 1) Relational Reframe Task มีเป้าหมายในการลดการตำหนิตัวตนเพิ่มความนับถือซึ่งกันและกัน ส่งเสริมความผูกพันในครอบครัวและพึ่งพาตนเอง (autonomy) มีพื้นฐานการบำบัดที่เปลี่ยนจากการซ่อมแซมผู้ป่วยเป็นการส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัว โดยสมาชิกทุกคนในครอบครัวมีส่วนร่วม 2) The Adolescent Alliance – Building Task เป็นการบำบัดแก่ผู้ป่วยรายบุคคล เพื่อสร้างความผูกพันระหว่างผู้บำบัดกับวัยรุ่น สำรวจความขัดแย้งหลักที่ทำลายความไว้วางใจในครอบครัว และเตรียมวัยรุ่นให้สามารถอภิปรายประเด็นความขัดแย้งกับพ่อแม่ 3) The Parent Alliance – Building Task เป็นการสำรวจสถานการณ์ ความเครียดของพ่อแม่ในปัจจุบัน และประวัติความผูกพันในครอบครัวที่ล้มเหลว ช่วยให้พ่อแม่มีความเข้าใจและร่วมรู้สึกกับวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้พ่อแม่ยินดีให้คำแนะนำแก่วัยรุ่นด้านอารมณ์ในการบำบัดครั้งต่อไปในการอภิปรายเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เจ็บปวดและความไม่ยุติธรรมในครอบครัวในอดีต 4) The Attachment Task เป็นการบำบัดที่ช่วยให้วัยรุ่นเปิดเผยความโกรธที่มีต่อความขัดแย้งที่เกิดจากความไม่เชื่อถือ การถูกปฏิเสธหรือการถูกทารุณกรรมในครอบครัว ถ้าพ่อแม่ได้ตอบกับวัยรุ่นด้วยท่าทีที่เข้าใจและร่วมรู้สึก วัยรุ่นจะเกิดความรู้สึกไว้วางใจ ถ้าเปิดเผยความรู้สึกที่เปราะบาง เช่น ความเสียใจ ความผิดหวัง ได้ ความสำนึกผิดอย่างจริงใจของพ่อแม่ต่อการกระทำในอดีตจะส่งเสริมให้วัยรุ่นให้อภัยการที่วัยรุ่นได้รับการยอมรับจะช่วยให้ยอมรับความช่วยเหลือและบทบาทของพ่อแม่มากขึ้น 5) The Competence – Promoting Task เป็นการบำบัดเพื่อเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นและสังคมนอกบ้าน (โรงเรียน, เพื่อน, ที่ทำงาน) ความผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ที่ได้รับการแก้ไขจะช่วยวัยรุ่นรู้สึกปลอดภัยในการสำรวจความสามารถในการพึ่งตนเองได้

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	งานแต่ละงานใช้การบำบัด 1 – 3 ครั้ง ผู้บำบัดสามารถบำบัดงานต่อไปได้แม้มีความสำเร็จเพียงเล็กน้อยในงานที่กำหนด “การบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว” ให้การบำบัดแก่สมาชิกทุกคนในครอบครัว รวมทั้งสมาชิกพิเศษของครอบครัว (เช่น ครู) และผู้บำบัดสามารถยืดหยุ่นในการกำหนดเนื้อหาของบำบัดแต่ละครั้งขึ้นกับแผนการบำบัด ผู้บำบัดมีการศึกษาระดับปริญญาเอก และปริญญาโท มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี
ระเบียบวิธีวิจัย	งานวิจัยนี้ใช้ระเบียบการวิจัย Randomized Control Trial ซึ่งเป็นการวิจัย ที่มีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และมีการสุ่ม
ระดับของการวิจัย	งานวิจัยชิ้นนี้อยู่ในระดับ 2 (Melnik and Fineout-Overholt, 2005)
ผลการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะทางประชากรและระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าก่อนการบำบัดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ วัยรุ่นและครอบครัวที่ได้รับ “การบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว” มีคะแนนอาการซึมเศร้า (HAM-D) ลักษณะนิสัยวิตกกังวล (trait anxiety) และความขัดแย้งในครอบครัว ภายหลังการบำบัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.005$, $p=0.007$, $p=0.03$)
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. การบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว เป็นการบำบัดรายกลุ่มที่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 3-12 ครั้ง (เฉลี่ย 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที) 2. วัยรุ่นและครอบครัวที่ได้รับการบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัวมีคะแนนอาการซึมเศร้า (HAM-D) ลักษณะนิสัยวิตกกังวล (trait anxiety) และความขัดแย้งในครอบครัวภายหลังการบำบัด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.005$, $p=0.007$, $p=0.03$) 3. การบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัวใช้ระยะเวลาการบำบัด 3-12 ครั้ง (เฉลี่ย 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที)

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยชิ้นนี้เป็นการบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือ การบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ดูแล/พ่อแม่ของวัยรุ่นโรคซึมเศร้า ซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีเอกสิทธิ์และมีขอบเขตการปฏิบัติทางวิชาชีพได้โดยอิสระ
การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	การวิจัย “การบำบัดครอบครัวโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว” มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ลักษณะทางประชากรและตัวแปรทางคลินิกมีความคล้ายคลึงกับก่อนการบำบัด การประเมินผลลัพธ์การบำบัดใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า BDI ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีมาตรฐานและมีผู้นำไปใช้อย่างกว้างขวาง
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability) “การบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว” ผู้เข้ากลุ่มบำบัดประกอบด้วย ผู้ป่วยและผู้ดูแล/พ่อแม่ เป็นการบำบัดที่โรงพยาบาล ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข ระยะเวลาการทำกลุ่มบำบัดไม่นานจนเกินไป สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงคือ ใช้เวลา 3-12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์สามารถทำการบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัวแก่ผู้ป่วยวัยรุ่นและครอบครัวอย่างอิสระในช่วงเวลาของการจัดกิจกรรมการให้ความรู้แก่ครอบครัวในทีมผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาล ไม่รบกวนการทำงานปกติของพยาบาล 3 ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ การบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัวแก่ผู้ดูแล/พ่อแม่วัยรุ่นโรคซึมเศร้า สามารถลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ช่วยให้วัยรุ่นสามารถอยู่กับครอบครัว ชุมชนได้นานขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ซึ่งคุ้มค่ากับการจัดการบำบัดให้แก่ผู้ดูแล/พ่อแม่ ซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาลในการปฏิบัติงานประจำ

เรื่องที่ 4

ชื่อเรื่องงานวิจัย

A Pilot Study of Adjunctive Family Psychoeducation in Adolescent Major Depression: Feasibility and Treatment Effect

ชื่อผู้แต่ง

Mark Sanford, M.B.Ch.B., Michael Boyle, Ph.D., Lynn McCleary, Ph.D., Jennifer Miller, B.Sc.N., Margaret Steele, M.D., Eric Duku, M.Sc., and David Offord, M.D.

แหล่งที่พิมพ์

The Psychosocial Functioning and Family Environment of Depressed Adolescents, 45(4), 386-495.

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ การวิจัย	1. ประเมินความเป็นไปได้ของ “การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวเพิ่มเติม” (Adjunctive Family Psychoeducation) แก่ผู้ป่วยวัยรุ่นที่ป่วยโรคซึมเศร้า 2. คำนวน (estimate) ผลการรักษา (treatment effects) ต่ออาการซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคมของวัยรุ่นและครอบครัว
ทุน	-
สมมติฐานงานวิจัย	-
Setting งานวิจัย	จากคลินิกผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ Hamilton, London, Ontario และที่ Canada
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ในการวิจัย	วัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรค major Depressive Disorder (MDD) โดยเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV อาศัยอยู่กับบิดามารดาที่ให้กำเนิด บิดามารดาอายุธรรม ไม่มีประวัติ ปัญญาอ่อน ความผิดปกติทางพัฒนาการ conduct disorder, anorexia nervosa โรคจิตทางอารมณ์(affective psychosis) หรือ Mania ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (unblended, randomized, controlled trial) ออกเป็นกลุ่มทดลอง (การดูแลตามปกติ+FPE) และกลุ่มควบคุม(การดูแลตามปกติ) มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มทดลองจำนวน 16 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 14 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 14 คนให้ข้อมูลครบ 61.% ของครอบครัวเป็น ครอบครัวที่มีทั้งพ่อ-แม่ 87.1% จบการศึกษา ระดับ secondary education

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	ผู้วิจัยประเมินข้อมูลครั้งที่ 1) ข้อมูลก่อนการวิจัย 2) เมื่อสัปดาห์ที่สอง 3) เมื่อเดือนที่สาม (กลางการบำบัด) 4) เมื่อเดือนที่หก (หลังการบำบัด) และ 5) เมื่อเดือนที่เก้า (ติดตามผล) การประเมินครั้งที่สองถึงครั้งที่ห้า ประเมินที่บ้านผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือในการประเมินดังนี้ 1) ประเมินอาการซึมเศร้าของวัยรุ่น โดย Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS ; 1986) มีจำนวนทั้งหมด 31 ข้อย่อย คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 31-124 คะแนน clinical cutoff ที่ 78 คะแนน 2) ประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของวัยรุ่น โดย Structured Social Adjustment Interview (SSAI) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างและมีค่าความเที่ยงจากการวัดซ้ำดี (McCleary and Sanford, 2002) 3) ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวโดย Family Assessment Device (FAD ;1983) มีจำนวนทั้งหมด 12 ข้อย่อย
การบำบัด	“การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวเพิ่มเติม” จากดูแลตามปกติ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ของครอบครัววัยรุ่นเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น เพิ่มความเข้าใจประสบการณ์อาการซึมเศร้าและผลกระทบต่อครอบครัว เพิ่มการสื่อสารในครอบครัว (ลดปฏิสัมพันธ์ที่ไม่เป็นมิตร ตีเถียง พึงพา หรือแยกตัว เพิ่มปฏิสัมพันธ์ที่อบอุ่นและสนับสนุน) เพิ่มการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การแก้ปัญหา การจัดการกับภาวะวิกฤติและการกลับเป็นซ้ำ “การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวเพิ่มเติม” เป็นการบำบัดที่บ้านของผู้ป่วยโดยให้สมาชิกครอบครัวทุกคนที่สมัครใจเข้ารับการบำบัด มีทั้งหมด 5 ระยะ จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ครั้งที่ 1 ประกอบด้วยคำแนะนำรูปแบบการบำบัดการประเมินปัจจัยครอบครัวต่อการบำบัด และตั้งเป้าหมายการบำบัด ครั้งที่ 2-4 ให้ความรู้เกี่ยวกับ อาการทางคลินิก สาเหตุ การรักษา และการดำเนินโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น การบำบัดมีโครงสร้าง ปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารทางตรงระหว่างวัยรุ่นกับสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับประสบการณ์ของอาการซึมเศร้า เพื่อเพิ่มความเข้าใจและความรู้สึกร่วม

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
การบำบัด(ต่อ)	ครั้งที่ 5-7 มุ่งที่การฝึกทักษะการสื่อสาร ระบุและลดรูปแบบปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดี (unproductive) และเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางบวกในครอบครัว ครั้งที่ 8-11 มุ่งที่ฝึกทักษะการแก้ปัญหาของครอบครัว และมอบหมายการบ้านให้ฝึกระหว่างสัปดาห์ ครั้งที่ 12 เป็นการทบทวนความก้าวหน้าและอุปสรรคในการบำบัดทั้ง 11 ครั้งที่ผ่านมา เพื่อสนับสนุนการใช้ทักษะที่ได้เรียนรู้ใหม่ ครั้งสุดท้ายเป็นการบำบัดเพื่อกระตุ้น เมื่อเดือนที่ 2-3 หลังจากจบการบำบัด เพื่อประเมินความก้าวหน้าและการใช้ทักษะที่ได้เรียนรู้ และระบุกลยุทธ์ในการส่งเสริมการใช้ทักษะอย่างต่อเนื่อง คุณสมบัติของผู้บำบัดไม่ได้ระบุไว้ “การดูแลตามปกติ” กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยทุกคน ได้รับการดูแลตามปกติ ที่ประกอบด้วย การปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม การรักษาด้วยยาต้านเศร้า (antidepressant) การจัดการรายกรณี และการบำบัดทางจิตสังคมอื่นที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานเช่นเดียวกับรูปแบบการบำบัดในกลุ่มทดลอง
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Control Trial โดยมีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ผลการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นจำนวนพฤติกรรมซ้ำคิดซ้ำทำในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ครอบครัวของวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองรับการบำบัด “การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวเพิ่มเติม” จำนวน 3 ครั้ง (2 ครอบครัว) จำนวน 5 ครั้ง (1 ครอบครัว) จำนวน 9 ครั้ง (2 ครอบครัว) จำนวน 10 ครั้ง (2 ครอบครัว) จำนวน 11 ครั้ง (1 ครอบครัว) จำนวน 12 ครั้ง (8 ครอบครัว) ดังนั้น ครอบครัวของวัยรุ่นได้รับ “การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวเพิ่มเติม” ครบ (≥ 9 ครั้ง) จำนวน 13 ครอบครัว จาก 16 ครอบครัว ภายหลังการทดลองพบว่าวัยรุ่นในกลุ่มทดลองที่ได้รับ “การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวเพิ่มเติม” มีคะแนนอาการซึมเศร้าลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.052$) รวมทั้งความสัมพันธ์ในทางลบระหว่างวัยรุ่นและแม่ ความสัมพันธ์ในทางบวกและทางลบระหว่างวัยรุ่นและพ่อ และการทำหน้าที่ทางสังคมของวัยรุ่น

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. การบำบัดโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวเพิ่มเติมเป็นการบำบัดรายครอบครัวที่บ้าน 2. วัยรุ่นและครอบครัวที่ได้รับการบำบัดการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวเพิ่มเติมภายหลังการบำบัดพบว่าวัยรุ่นในกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการซึมเศร้า ลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.052$) 3. การบำบัดโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวเพิ่มเติม ใช้ระยะเวลาการบำบัด 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวของวัยรุ่นเพิ่มเติมจากการดูแลตามปกติ ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า สามารถให้การบำบัดในระยะแรกแก่ผู้ป่วยที่มีอาการสงบได้ในหอผู้ป่วย หลังจากนั้นประสานงานจิตเวชชุมชนให้การบำบัดต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีเอกสิทธิ์และมีขอบเขตการปฏิบัติทางวิชาชีพได้โดยอิสระ
การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	งานวิจัยมีการสุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นลักษณะ Unblinded คือ รู้ว่าใครเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีลักษณะทางประชากรและตัวแปรทางคลินิกคล้ายคลึงกับก่อนการบำบัด ในการวิเคราะห์ผลลัพธ์มีความเหมาะสม การประเมินผลลัพธ์การบำบัดใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นโดย Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS: 1986) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีมาตรฐานและมีผู้นำไปใช้อย่างกว้างขวาง
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การถ่ายทอดนำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) การบำบัดโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวเพิ่มเติม ผู้เข้ากลุ่มบำบัดประกอบด้วย ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวทุกคนที่สมัครใจเข้าร่วมการบำบัด ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข สามารถให้การบำบัดในระยะแรกแก่ผู้ป่วยที่มีอาการสงบได้ในหอผู้ป่วย หลังจากนั้นประสานงานจิตเวชชุมชนให้การบำบัดต่อเนื่อง

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
แนวโน้มนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ(ต่อ)	2.ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวเพิ่มเติมไปใช้ได้อย่างอิสระในช่วงเวลาของการจัดกลุ่มกิจกรรม บำบัดในหอผู้ป่วยซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาลไม่รบกวนการทำงานปกติของพยาบาล 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost – benefit ratio) จากหลักฐานเชิงประจักษ์การบำบัดโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวเพิ่มเติม สามารถลดค่าการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ช่วยให้วัยรุ่นสามารถอยู่กับครอบครัว ชุมชนได้นานขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ซึ่งคุ้มค่ากับการจัดการบำบัดให้แก่ผู้ดูแล/พ่อแม่ ซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาลในการปฏิบัติงานประจำ

ตาราง 3 ตารางสรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table)

ชื่อเรื่อง/ ระดับความ น่าเชื่อถือ	Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., et al. (1997). RCT; Level II	DeMaso, D. R., Marcus, N. E., Kinnamon, C., & Gonzalez- Heydrich, J. (2006). วัดหลังการบำบัด; Level VI	Diamond, G. S., Reis, B. F., Diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). RCT; Level II	Sanford, M., Boyle, M., McCleary, L., Miller, J., Steele, M., Duku, E., et al. (2006). RCT; Level III
ผู้รับการ บำบัด	- พ่อแม่หรือผู้ปกครองที่ให้ การดูแลวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี 107 คน -วัยรุ่นได้รับการวินิจฉัยว่า ป่วยเป็น โรคซึมเศร้า (MDD) ตาม เกณฑ์การวินิจฉัย DSM-III-R -วัยรุ่นมีคะแนน BDI มากกว่าหรือเท่ากับ 13 -วัยรุ่นไม่เป็นโรคจิต โรคอารมณ์แปรปรวน (Bipolar) โรคย้ำคิดย้ำทำ ความผิดปกติด้าน การรับประทานอาหาร (Eating Disorder) ใช้สารเสพติด (Substance abuse) ภายใน 6 เดือน ที่ผ่านมา	-ผู้ดูแลหลักจำนวน 38 คน มีทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ และมี การศึกษาระดับวิทยาลัยหรือสูง กว่า ที่ให้การดูแลเด็กและวัยรุ่น อายุระหว่าง 8-19 ปี -วัยรุ่นได้รับการวินิจฉัย ด้วยเกณฑ์ DSM-IV-TR ว่าป่วย ด้วยโรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สอง ขั้วชนิด I และชนิด II	-ผู้ดูแลหลักจำนวน 32 คน ที่ ให้การดูแลวัยรุ่น อายุระหว่าง 13- 17 ปี -วัยรุ่นได้รับการวินิจฉัยว่า ป่วยด้วยโรค Major Depressive Disorder (MDD) โดยใช้เกณฑ์ การวินิจฉัยของ DSM-III-R -มีคะแนน BDI จากการวัด 2 ครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ มากกว่า หรือเท่ากับ 16 -วัยรุ่นไม่ได้อยู่ระหว่างการ รับประทานยาต้านเศร้าหรือยา รักษาโรคจิต ไม่มีประวัติของการ ใช้สารเสพติดมากกว่า 13 วัน ใน 90 วันที่ผ่านมา	-บิดามารดาที่ให้กำเนิด บิดา มารดาบุญธรรม จำนวน 31 คน มี การศึกษาระดับ secondary education ที่ให้การดูแลวัยรุ่นอายุ เฉลี่ย 15.9 ปี -วัยรุ่นได้รับการวินิจฉัยว่า ป่วยด้วยโรค Major Depressive Disorder (MDD) โดยเกณฑ์การ วินิจฉัยของ DSM-IV -วัยรุ่นไม่มีประวัติปัญหา อ่อน ความผิดปกติทางพัฒนาการ conduct disorder, anorexia nervosa โรคจิตทางอารมณ์ (affective psychosis) หรือ Mania

ตาราง 3 ตารางสรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ ระดับความ น่าเชื่อถือ	Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., et al. (1997). RCT; Level II	DeMaso, D. R., Marcus, N. E., Kinnamon, C., & Gonzalez- Heydrich, J. (2006). วัดหลังการบำบัด; Level VI	Diamond, G. S., Reis, B. F., Diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). RCT; Level II	Sanford, M., Boyle, M., McCleary, L., Miller, J., Steele, M., Duku, E., et al. (2006). RCT; Level II
ผู้รับการ บำบัด	- วัยรุ่นไม่อยู่ในระหว่างถูก ทารุณกรรมทางร่างกายหรือทาง เพศ ดังครรภ์ และมีความเจ็บป่วย ทางร่างกายเรื้อรัง			
การบำบัด	สถาบันและคลินิกจิตเวชใน Pittsburgh ตะวันตก 1. สุขภาพจิตศึกษา + การบำบัดทางการรู้คิดและ พฤติกรรม (CBT) 2. สุขภาพจิตศึกษา + พฤติกรรมบำบัดครอบครัวย่าง เป็นระบบ (SBFT)	สุขภาพจิตศึกษา โดยใช้ Depression Experience Journal ผ่านทางเครือข่ายคอมพิวเตอร์ ที่ http://www.experiencejournal.com/depression/	“การบำบัดโดยการเพิ่มความ ผูกพันในครอบครัว” ที่ โรงพยาบาล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาทีเป็นระยะเวลา 3-12 ครั้ง (เฉลี่ย 8 ครั้ง) ผู้นำบ่มการศึกษาระดับ ปริญญาโทและปริญญาเอก และ มีประสบการณ์การบำบัดมากกว่า 5 ปี ได้รับการฝึกหัดการบำบัด และ นิเทศการบำบัดทุกสัปดาห์	“การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ ครอบครัวเพิ่มเติม” จากการดูแล ตามปกติที่บ้านของผู้ป่วยแก่ สมาชิกครอบครัวทุกคนที่ สมัครใจ จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ไม่ได้รับคุณสมบัติของ ผู้นำบ่มได้

ตาราง 3 ตารางสรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ ระดับความ น่าเชื่อถือ	Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Bimaher, B., Baugher, M., Roth, C., et al. (1997). RCT; Level II	DeMaso, D. R., Marcus, N. E., Kinnamon, C., & Gonzalez- Heydrich, J. (2006). วัดหลังการบำบัด; Level VI	Diamond, G. S., Reis, B. F., Diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). RCT; Level II	Sanford, M., Boyle, M., McCleary, L., Miller, J., Steele, M., Duku, E., et al. (2006). RCT; Level II
การบำบัด (ต่อ)	3. สุขภาพจิตศึกษา + การ บำบัดระดับประจักษ์แบบไม่ ชี้แนะ (NST) การบำบัด 1) การบำบัดเชิงรุก (Active Phase) จำนวน 12-16 ครั้ง ใน ระยะเวลา 12-16 สัปดาห์ 2) การบำบัดเพื่อกระตุ้น จำนวน 2-4 ครั้ง ในระยะเวลา หลายเดือน ผู้บำบัดทุกคนมีการศึกษา ระดับปริญญาโทและมีค่ากลาง ของประสิทธิภาพทางคลินิก 10 ปี ได้รับการฝึกหัดการบำบัดอย่าง			

ตาราง 3 ตารางสรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ ระดับความ น่าเชื่อถือ	Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., et al. (1997). RCT; Level II	DeMaso, D. R., Marcus, N. E., Kinnamon, C., & Gonzalez- Heydrich, J. (2006). วัดหลังการบำบัด; Level VI	Diamond, G. S., Reis, B. F., Diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). RCT; Level II	Sanford, M., Boyle, M., McCleary, L., Miller, J., Steele, M., Duku, E., et al. (2006). RCT; Level II
การบำบัด (ต่อ)	เพิ่มขึ้นเป็นระยะเวลา 6 เดือนและ นิเทศการบำบัดทุกสัปดาห์			
การประเมิน ผลลัพธ์/ ผลลัพธ์	ประเมินผลการบำบัด 1) ก่อนรับการบำบัด 2) เมื่อสิ้นสุดการบำบัด ครั้งที่ 6 3) เมื่อสิ้นสุดการบำบัด (ครั้งที่ 12 ถึงครั้งที่ 16) การประเมินผลลัพธ์การ บำบัดในวัยรุ่น 1) ประเมินอาการซึมเศร้าด้วย แบบประเมิน Beck	ประเมินผลการบำบัดโดยการ สัมภาษณ์พ่อแม่วัยรุ่น ครั้งที่ 1 ก่อนเข้าสู่ Depression Experience Journal เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของเด็กและ วัยรุ่น ประวัติปัญหาสุขภาพจิต ของเด็กและวัยรุ่น ประวัติการ รักษา เหตุผลที่เข้ารับการรักษา เป็นผู้ป่วยใน	ประเมินผลการบำบัด 1) ก่อนรับการบำบัด 2) สัปดาห์ที่ 6 (ครั้งของการ บำบัด) 3) สัปดาห์ที่ 12 (สิ้นสุดการ บำบัด) 4) ระยะติดตามผล (หกเดือน หลังจากสิ้นสุดการบำบัด) โดยใช้ เครื่องมือ ดังนี้ การประเมินผลลัพธ์การ บำบัดในวัยรุ่น	ประเมินข้อมูล ครั้งที่ 1) ข้อมูลก่อนการวิจัย ครั้งที่ 2) เมื่อสัปดาห์ที่สอง ครั้งที่ 3) เมื่อเดือนที่สาม (กลาง การบำบัด) ครั้งที่ 4) เมื่อเดือนที่หก (หลังการ บำบัด) และครั้งที่ 5) เมื่อเดือนที่เก้า

ตาราง 3 ตารางสรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ ระดับความ น่าเชื่อถือ	Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., et al. (1997). RCT; Level II	DeMaso, D. R., Marcus, N. E., Kinnamon, C., & Gonzalez- Heydrich, J. (2006). วัดหลังการบำบัด; Level VI	Diamond, G. S., Reis, B. F., Diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). RCT; Level II	Sanford, M., Boyle, M., McCleary, L., Miller, J., Steele, M., Duku, E., et al. (2006). RCT; Level II
การประเมิน ผลลัพธ์/ ผลลัพธ์ (ต่อ)	Depression Inventory ทุกครั้งของการบำบัด 2) ประเมินการฆ่าตัวตายโดยใช้ K-SADS-P/E ประเมินการวางแผนและการพยายามฆ่าตัวตาย	ครั้งที่ 2 (ทางโทรศัพท์) 1) ความพึงพอใจและความปลอดภัย 2) ประโยชน์ของ Depression Experience Journal และสิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุง 3) ผลของ Depression Experience Journal ที่เฉพาะเจาะจง เช่น ความเข้าใจโรคซึมเศร้า ความหวัง ความรู้สึกแยกตัว มุมมองที่ได้รับ ความคิดต่ออนาคต	1) ประเมินความรู้แรงของอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน Hamilton Depression Rating Scale ก่อนรับการบำบัด 2) ประเมินอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นโดยใช้ Beck Depressive Inventory 3) ประเมินความขัดแย้งในครอบครัว โดยใช้ Self – Report of family Functioning 4) ประเมินความผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่และเพื่อน (Armsden & Greenberg, 1987)	ในการติดตามประเมินผลครั้งที่สองถึงครั้งที่ห้า ประเมินที่บ้านผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือในการประเมินดังนี้ 1) ประเมินอาการซึมเศร้าของวัยรุ่น โดยใช้ Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS; 1986) มีจำนวนทั้งหมด 31 ข้อย่อย คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 31-124 คะแนน clinical cutoff ที่ 78 คะแนน

ตาราง 3 ตารางสรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ ระดับความ น่าเชื่อถือ	Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., et al. (1997). RCT; Level II	DeMaso, D. R., Marcus, N. E., Kinnamon, C., & Gonzalez- Heydrich, J. (2006). วัดหลังการบำบัด; Level VI	Diamond, G. S., Reis, B. F., Diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). RCT; Level II	Sanford, M., Boyle, M., McCleary, L., Miller, J., Steele, M., Duku, E., et al. (2006). RCT; Level II
การประเมิน ผลลัพธ์/ ผลลัพธ์ (ต่อ)		4) ผลของ Depression Experience Journal ต่อการเผชิญ กับโรคซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่น และพ่อแม่ 5) การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และความรู้สึกที่มีต่อโรคซึมเศร้า	5) ประเมินความรู้สึกลึกลับ โดยใช้ Beck Hopelessness Scale (1974) 6) ประเมินสภาวะวิตกกังวล และลักษณะนิสัยวิตกกังวล โดย ใช้ State – Trait Anxiety Inventory for Children: A-Trait (STAIC; Spielberger, 1973) 7) ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้ Suicidal Ideation Questionnaire (Reynolds, 1988) 8) ประเมินสมรรถนะและ ปัญหาของวัยรุ่นโดยใช้วัยรุ่น รายงานตนเอง	2) ประเมินการทำหน้าที่ทาง สังคมของวัยรุ่น โดย Structured Social Adjustment Interview (SSAI) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มี โครงสร้างและมีค่าความเที่ยงจาก การวัดซ้ำดี (Mc Cleary and Sanford, 2002) 3) ประเมินการทำหน้าที่ของ ครอบครัว โดย Family Assessment Device (FAD; 1983) มีจำนวนทั้งหมด 12 ข้อย่อย

ตาราง 3 ตารางสรุปการรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ ระดับความ น่าเชื่อถือ	Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., et al. (1997). RCT; Level II	DeMaso, D. R., Marcus, N. E., Kinnamon, C., & Gonzalez- Heydrich, J. (2006). วัดหลังการบำบัด; Level VI	Diamond, G. S., Reis, B. F., Diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). RCT; Level II	Sanford, M., Boyle, M., McCleary, L., Miller, J., Steele, M., Duku, E., et al. (2006). RCT; Level II
ผลการวิจัย	อาการแสดงโรค MDD ใน วัยรุ่น (อาการซึมเศร้า) สุขภาพจิตศึกษา + CBT > สุขภาพจิตศึกษา + NST (p=0.02) ปฏิริยาโต้ตอบต่อการบำบัด ในวัยรุ่น สุขภาพจิตศึกษา + CBT > สุขภาพจิตศึกษา + SBFT สุขภาพจิตศึกษา + CBT > NST(p=0.03) เมื่อสิ้นสุดการบำบัด ก่อนการบำบัด อาการซึมเศร้า (BDI) > หลังการบำบัด	พ่อแม่มีความพึงพอใจและ ความปลอดภัยของ Depression Experience Journal ในระดับมาก ไม่มีพ่อแม่ของเด็กและวัยรุ่น ประเมินว่า Depression Experience Journal มีผลกระทบ ในทางลบ Depression Experience Journal มีผลต่อการเผชิญกับ โรค ซึมเศร้า ในด้าน -ช่วยให้เข้าใจอาการซึมเศร้า ของเด็กและวัยรุ่นมากขึ้น (จำนวน 29 คน)	เมื่อสิ้นสุดการบำบัด อาการซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่ม “การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ ครอบครัวเพิ่มเติม” < กลุ่มควบคุม (p=0.052) ลักษณะนิสัยวิตกกังวล (trait anxiety) ในวัยรุ่นกลุ่ม “การบำบัด โดยการเพิ่มความผูกพันใน ครอบครัว” < กลุ่มควบคุม (p=0.007) ความขัดแย้งในครอบครัวใน วัยรุ่นกลุ่ม “การบำบัดโดยการ เพิ่มความผูกพันในครอบครัว” < กลุ่มควบคุม (p=0.03)	เมื่อสิ้นสุดการบำบัด อาการซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่ม “การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ ครอบครัวเพิ่มเติม” < กลุ่มควบคุม (p=0.05) ความสัมพัทธ์ในทางลบ ระหว่างวัยรุ่นและแม่ในกลุ่ม “การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ ครอบครัวเพิ่มเติม” < กลุ่มควบคุม (p=0.05) ความสัมพัทธ์ในทางบวก ระหว่างวัยรุ่นและพ่อในกลุ่ม “การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ ครอบครัวเพิ่มเติม” > กลุ่ม

ตาราง 3 ตารางสรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ ระดับความ น่าเชื่อถือ	Brent, D. A., Holder, D., Kolk, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., et al. (1997). RCT; Level II	DeMaso, D. R., Marcus, N. E., Kinnamon, C., & Gonzalez- Heydrich, J. (2006). วัดหลังการบำบัด; Level VI	Diamond, G. S., Reis, B. F., Diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). RCT; Level II	Sanford, M., Boyle, M., McCleary, L., Miller, J., Steele, M., Duku, E., et al. (2006). RCT; Level II
ผลการวิจัย (ต่อ)	($p > 0.01$) ทั้ง 3 กลุ่ม สุขภาพจิตศึกษา + CBT สุขภาพจิตศึกษา + SBFT สุขภาพจิตศึกษา + NST	-ช่วยให้รู้สึกว่าการซึมเศร้า ในเด็กและวัยรุ่นเป็นเรื่องธรรมดา (จำนวน 24 คน) -ช่วยให้พ่อแม่เข้าใจ ประสบการณ์และความรู้สึกของ เด็กและวัยรุ่น (จำนวน 19 คน) -มีข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งความ ช่วยเหลือแก่เด็กและวัยรุ่นเมื่อ ต้องการ (จำนวน 14 คน) -ช่วยให้เข้าใจประสบการณ์ ของครอบครัวของเด็กและวัยรุ่น ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (จำนวน 13 คน)		ควบคุม ($p=0.01$) ความสัมพันธ์ในทางลบ ระหว่างวัยรุ่นและพ่อในกลุ่ม “การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ ครอบครัวเพิ่มเติม” < กลุ่มควบคุม ($p=0.01$)

สรุปประเด็นจากหลักฐานเชิงประจักษ์

การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้าสามารถให้การบำบัดเป็นรายกลุ่ม ครอบครัว (Brent et al., 1997)(Level 2) หรือรายครอบครัว (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002; Sanford et al., 2006)(Level 2)(DeMaso, Marcus, Kinnamon, & Gonzalez-Heydrich, 2006)(Level 6) หรือให้การบำบัดผ่านทางเครือข่ายคอมพิวเตอร์แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง (guardian) ทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล (DeMaso, Marcus, Kinnamon, & Gonzalez-Heydrich, 2006)(Level 6) โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับพฤติกรรมบำบัดครอบครัวอย่างเป็นระบบ (Brent et al., 1997)(Level 2) และการบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002)(Level 2) ซึ่งมีจำนวนครั้งของการให้สุขภาพจิตศึกษาตั้งแต่ 3 – 12 ครั้ง (Brent et al., 1997; Sanford et al., 2006)(Level 2) การบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว เป็นจำนวน 3-12 ครั้ง (เฉลี่ย 8 ครั้ง) (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002)(Level 2) และพฤติกรรมบำบัดครอบครัวอย่างเป็นระบบเชิงรุกจำนวน 12-16 ครั้ง ต่อด้วยการบำบัดเพื่อกระตุ้นอีกจำนวน 2-4 ครั้ง (Brent et al., 1997)(Level 2)

ผู้บำบัดมีการศึกษาในระดับปริญญาโทขึ้นไป (Brent et al., 1997; Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002)(Level 2) ได้รับการฝึกหัดการบำบัด (Brent et al., 1997; Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002)(Level 2) และติดตามนิเทศการบำบัด (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002)(Level 2) โดยมีคู่มือการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแล/พ่อแม่ (Brent et al., 1997)(Level 2)

การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้าทุกรูปแบบมีเป้าหมายคล้ายคลึงในการส่งเสริมให้ผู้ดูแล/พ่อแม่ของวัยรุ่น 1) มีความรู้เกี่ยวกับอาการทางคลินิก สาเหตุ การรักษาและการดำเนินโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น 2) เข้าใจและร่วมรู้สึกับประสบการณ์ อาการซึมเศร้าของวัยรุ่น 3) ดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด 4) เปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่และการสื่อสารในครอบครัว เพื่อลดความขัดแย้งและเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ ความผูกพันภายในครอบครัวระหว่างวัยรุ่นและพ่อแม่ 5) ฝึกทักษะการแก้ปัญหาของครอบครัว 6) เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นกับสังคมนอกบ้าน (Brent et al., 1997; Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002; Sanford et al., 2006)(Level 2) (DeMaso, Marcus, Kinnamon, & Gonzalez-Heydrich, 2006)(Level 6)

การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้าด้วยวิธีการต่างๆดังกล่าวข้างต้นสามารถลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Brent et al., 1997; Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002; Sanford et al., 2006)(Level 2) ลดความขัดแย้งและความสัมพันธ์ในทางลบ เพิ่มความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างวัยรุ่นและพ่อแม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002)(Level 2)

3.4 ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้าได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงาน RCTs (Level 2) จำนวน 3 เรื่อง งานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนาวิวัฒนาการหลังการบำบัด (Level 6) จำนวน 1 เรื่อง ผู้ศึกษาได้สกัดเนื้อหา สรุปประเด็น ได้ข้อเสนอแนะในการบำบัด การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า ดังนี้

3.4.1 การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษาที่บ้านของผู้ป่วยหรือผ่านทางเครือข่ายคอมพิวเตอร์ (Sanford et al., 2006)(Level 2) (DeMaso, Marcus, Kinnamon, & Gonzalez-Heydrich, 2006)(Level 6) การให้สุขภาพจิตศึกษาพร้อมกับพฤติกรรมบำบัดครบถ้วนอย่างเป็นระบบ (Brent et al., 1997)(Level 2) และการบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002)(Level 2) ที่โรงพยาบาลและคลินิกจิตเวชในชุมชน

3.4.2 ผู้ให้การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า เป็นผู้ที่มีการประกอบวิชาชีพในคลินิก (Brent et al., 1997)(Level 2) และมีการศึกษาในระดับปริญญาโทขึ้นไปที่ได้รับการฝึกหัดการนิเทศการบำบัด (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002)(Level 2)

3.4.3 การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแล/พ่อแม่ของวัยรุ่นโรคซึมเศร้า 1) มีความรู้เกี่ยวกับอาการทางคลินิก สาเหตุ การรักษา และการดำเนินโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น (Brent et al., 1997; Sanford et al., 2006)(Level 2) 2) เข้าใจและร่วมรู้สึกกับประสบการณ์ อาการซึมเศร้าของวัยรุ่น (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002)(Level 2) 3) ดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด (Brent et al., 1997)(Level 2) 4) เปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่และการสื่อสารในครอบครัวเพื่อลดความขัดแย้ง และเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ ความผูกพันภายในครอบครัวระหว่างวัยรุ่นและพ่อแม่ (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002)(Level 2) 5) ฝึกทักษะการแก้ปัญหาของครอบครัว (Sanford et al., 2006)(Level 2) 6) เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นกับสังคมนอกบ้าน (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002)(Level 2)

3.4.4 ระยะก่อนให้การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า

- ผู้บำบัดควรชี้แจงทำความเข้าใจแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับความสำคัญของผู้ดูแลต่อการดำเนินโรคซึมเศร้าของวัยรุ่น และสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลในการรับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง
- ผู้บำบัดต้องประเมินผู้ดูแลเกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับอาการทางคลินิก สาเหตุ การรักษา การดำเนินโรคซึมเศร้า อาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำและการจัดการกับอาการของผู้ดูแล ทักษะต่อการเจ็บป่วยของวัยรุ่นว่าผู้ดูแลรู้สึกละอายหรือมีตราประทับที่มีลูกป่วยเป็นโรค

ซึมเศร้าหรือไม่ ทักษะคิดและแรงจูงใจต่อการรับการบำบัดทางจิตสังคม สัมพันธภาพ การทำหน้าที่และความขัดแย้งในครอบครัว

ควรให้สุขภาพจิตศึกษาผ่านทางเครือข่ายคอมพิวเตอร์ ในกรณีที่เหมาะสมได้ว่าผู้ดูแลไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการทางคลินิก สาเหตุ การรักษา การดำเนินโรคซึมเศร้า อาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำและการจัดการกับอาการ และรู้สึกอายหรือมีตราบาปที่มีลูกป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เนื่องจากผู้ดูแลสามารถรับสุขภาพจิตศึกษาผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์ในเวลาที่เหมาะสมสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการมีวัยรุ่นโรคซึมเศร้าอยู่ในความดูแลโดยไม่ต้องพบหน้ากันระหว่างผู้ดูแลและผู้บำบัด (DeMaso, Marcus, Kinnamon, & Gonzalez-Heydrich, 2006) (Level 6)

ควรให้การบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว หรือพฤติกรรมบำบัดครอบครัวอย่างเป็นระบบในกรณีที่ผู้บำบัดประเมินได้ว่า มีความขัดแย้งในครอบครัวของวัยรุ่นโรคซึมเศร้าสูง ครอบครัวมีการทำหน้าที่ที่ผิดปกติ เพื่อดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด ลดการดำเนินคดีซึ่งกันและกันในครอบครัว เปลี่ยนแปลงรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว และเพิ่มความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างวัยรุ่นและผู้ดูแล (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002; Brent et al., 1997) (Level 2)

3.4.5 รูปแบบการบำบัด

การให้สุขภาพจิตศึกษา ประกอบด้วย 1) การแนะนำการบำบัด ประเมินปัจจัยครอบครัวต่อการบำบัดและตั้งเป้าหมายการบำบัด 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางคลินิก สาเหตุ การรักษา และการดำเนินโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น โครงสร้าง ปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารทางตรงระหว่างวัยรุ่นกับสมาชิกครอบครัวประสบการณ์ของอาการซึมเศร้า ความรู้สึกร่วม 3) การฝึกทักษะการสื่อสาร ระบุและลดรูปแบบปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดี (unproductive) และเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางบวกในครอบครัว 4) ฝึกทักษะการแก้ปัญหาของครอบครัวและมอบหมายการบ้านให้ฝึกระหว่างสัปดาห์ 5) การทบทวนความก้าวหน้าและอุปสรรคในการบำบัด 6) การบำบัดเพื่อกระตุ้นเป็นระยะๆ (Brent et al., 1997; Sanford et al., 2006) (Level 2)

การบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว ประกอบด้วย 1) Relational Reframe Task มีเป้าหมายในการลดการดำเนินคดี เพิ่มความนับถือซึ่งกันและกัน ส่งเสริมความผูกพันในครอบครัวและพึ่งพาตนเอง (autonomy) มีพื้นฐานการบำบัดที่เปลี่ยนจากการซ่อมแซมผู้ป่วยเป็นการส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัว โดยสมาชิกทุกคนในครอบครัวมีส่วนร่วม 2) The Adolescent Alliance – Building Task เป็นการบำบัดแก่ผู้ป่วยรายบุคคล เพื่อสร้างความผูกพันระหว่างผู้บำบัดกับวัยรุ่น สำรวจความขัดแย้งหลักที่ทำลายความไว้วางใจในครอบครัว และเตรียมวัยรุ่นให้สามารถ

อภิปรายประเด็นความขัดแย้งกับพ่อแม่ 3) The Parent Alliance – Building Task เป็นการสำรวจสถานการณ์ความเครียดของพ่อแม่ในปัจจุบัน และประวัติความผูกพันในครอบครัวที่ล้มเหลว ช่วยให้พ่อแม่มีความเข้าใจและร่วมรู้สึกกับวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้พ่อแม่ยินดีให้คำแนะนำแก่วัยรุ่นด้านอารมณ์ในการบำบัดครั้งต่อไปในการอภิปรายเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เจ็บปวดและความไม่ยุติธรรมในครอบครัวในอดีต 4) The Attachment Task เป็นการบำบัดที่ช่วยให้วัยรุ่นเปิดเผยความโกรธที่มีต่อความขัดแย้งที่เกิดจากความไม่เชื่อถือ การถูกปฏิเสธหรือการถูกทารุณกรรมในครอบครัว ถ้าพ่อแม่ได้ตอบกับวัยรุ่นด้วยท่าทีที่เข้าใจและร่วมรู้สึก วัยรุ่นจะเกิดความรู้สึกไว้วางใจ ถ้าเปิดเผยความรู้สึกที่เปราะบาง เช่น ความเสียใจ ความผิดหวัง ได้ ความสำนึกผิดอย่างจริงใจของพ่อแม่ต่อการกระทำในอดีตจะส่งเสริมให้วัยรุ่นให้อภัย การที่วัยรุ่นได้รับการยอมรับจะช่วยให้ยอมรับความช่วยเหลือและบทบาทของพ่อแม่มากขึ้น 5) The Competence – Promoting Task เป็นการบำบัดเพื่อเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นและสังคมนอกบ้าน (โรงเรียน, เพื่อน, ที่ทำงาน) ความผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ที่ได้รับการแก้ไขจะช่วยให้วัยรุ่นรู้สึกปลอดภัยในการสำรวจความสามารถในการพึ่งตนเองได้ (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002)(Level 2)

พฤติกรรมบำบัดครอบครัวอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย การบำบัดโดยใช้แนวคิดการบำบัด 2 รูปแบบที่ให้ผลดีสำหรับครอบครัวของวัยรุ่นที่ทำหน้าที่ผิดปกติ (Dysfunctional families) การบำบัดในระยะแรกใช้การบำบัดการทำหน้าที่ของครอบครัว (Functional family therapy) ซึ่งผู้บำบัดสำรวจความกังวลใจที่ทำให้ครอบครัวมารับการบำบัด ดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุดในการบำบัด และระบุรูปแบบพฤติกรรมที่แสดงถึงการทำหน้าที่ผิดปกติของครอบครัว การบำบัดในระยะที่สองเป็นการบำบัดโดยใช้รูปแบบการแก้ปัญหาของ Robin และ Foster (1989) ซึ่งสมาชิกในครอบครัวให้ความสนใจกับทักษะการสื่อสารและทักษะการแก้ปัญหา เปลี่ยนแปลงรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว พฤติกรรมบำบัดครอบครัวอย่างเป็นระบบให้การเรียนรู้ทางสังคมอย่างเข้มข้นเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัด ให้การ ศึกษาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ประเด็นการเป็นพ่อแม่และพัฒนาการของวัยรุ่น ให้ความสำคัญกับการสร้างทักษะและการฝึกปฏิบัติระหว่างการบำบัดและที่บ้าน(Brent et al., 1997)(Level 2)

3.4.6 การประเมินอาการซึมเศร้าของวัยรุ่น ที่ผู้ดูแล/พ่อแม่ที่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นโรคซึมเศร้า สามารถใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของ Beck (Beck Depressive Inventory) (Brent et al., 1997; Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002)(Level 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale) (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002)(Level 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Reynolds (Reynolds Adolescent Depression Scale) (Sanford et al., 2006)(Level 2)

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อหาแนวทางการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า เพื่อลดอาการซึมเศร้าของวัยรุ่น โดยมีขั้นตอนในการปฏิบัติ 3 ขั้นตอน ดังนี้

1) กำหนดประเด็นของปัญหาที่ต้องการศึกษา คือ การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวิธีการใดสามารถลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคซึมเศร้าได้ จากการปฏิบัติที่หอผู้ป่วยหญิง 2 โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่ายังไม่มีแนวทางการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า เพื่อลดอาการซึมเศร้าของวัยรุ่น การพยาบาลสำหรับผู้ดูแล/พ่อแม่ของวัยรุ่นโรคซึมเศร้าในปัจจุบันขึ้นอยู่กับประสบการณ์การดูแลของพยาบาลแต่ละคน

2) สืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ จากระบบฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ และการสืบค้นด้วยมือ ได้งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า ทั้งหมด 4 เรื่อง เมื่อประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk&Fineout-Overholt (2005) พบว่างานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ 2 (randomized controlled trials) จำนวน 3 เรื่องงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ 6 จำนวน 1 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนาที่วัดผลหลังการบำบัด

3) นำงานวิจัยทั้ง 4 เรื่องมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ลงในตาราง (collective table) จากนั้นนำมาสรุปเป็นข้อแนะนำ (recommendation) การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถให้การบำบัดในรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา การให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับพฤติกรรมบำบัดครอบครัวอย่างเป็นระบบ หรือบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางคลินิก สาเหตุ การรักษา และการดำเนินโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น การช่วยให้ผู้ดูแล/พ่อแม่มีความเข้าใจประสบการณ์อาการซึมเศร้าของวัยรุ่น การเพิ่มการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ทางบวกในครอบครัว ฝึกทักษะการแก้ปัญหาครอบครัว และเชื่อมความสัมพันธ์ของวัยรุ่นกับสังคมนอกบ้าน

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

1. การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า แต่ละโปรแกรมการบำบัด ควรประเมินผู้รับการบำบัด เพื่อให้การบำบัดที่ได้รับมีความเหมาะสมกับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า ดังนี้

- 1) ครอบครัวขาดความรู้เรื่องโรค ควรให้การบำบัดโดยการให้สุขภาพจิตศึกษา
- 2) ผู้ดูแล/พ่อแม่ที่มีความรู้สึกลำบากที่มีลูกป่วยโรคซึมเศร้าหรือไม่มีเวลามารับการบำบัด ควรแนะนำโปรแกรมการบำบัดโดยผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์
- 3) ครอบครัวของวัยรุ่นที่ทำหน้าที่ผิดปกติ ควรให้การบำบัดโดยพฤติกรรมบำบัดครอบครัวอย่างเป็นระบบ
- 4) ครอบครัวที่มีประวัติความผูกพันในครอบครัวที่ล้มเหลว ควรใช้โปรแกรมการบำบัดการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว

2. การนำโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคม สำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้าไปใช้ในหน่วยงาน ควร

- 1) มีการพัฒนาแผนการประเมินผลการบำบัดโดย ระบุผลลัพธ์ที่ต้องการได้แก่ อาการซึมเศร้าของวัยรุ่น ระบุจำนวนผู้ดูแลที่จะร่วมการทดลองนำร่อง กำหนดระยะเวลาการประเมินผลลัพธ์
- 2) รวบรวมข้อมูลการประเมินผลลัพธ์
- 3) พัฒนาแนวทางการบำบัดทางจิตสังคม สำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย
- 4) ฝึกอบรมพยาบาลที่เกี่ยวข้อง และประชาสัมพันธ์การใช้แนวทางการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า
- 5) ขยายผลการใช้แนวทางการบำบัดทางจิตสังคม สำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้าไปยังหน่วยงานอื่น
- 6) ประเมินผลการทดลองใช้แนวทางการบำบัดทางจิตสังคม สำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า นำร่องทั้งกระบวนการและผลลัพธ์

การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์
PSYCHOSOCIAL INTERVENTION FOR CAREGIVERS OF ADOLESCENTS WITH
MAJOR DEPRESSIVE DISORDER: EVIDENCE-BASED NURSING

บุญขึ้น เชื้อนาคะ 4836940 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร),
อติยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความรุนแรง และทวีจำนวนมากขึ้น มีผลกระทบอย่างมากต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมทั่วโลกพบโรคซึมเศร้าเป็นภาวะโรคอันดับ 4 ในปี ค.ศ. 1990 และประมาณการว่าจะเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ในปี ค.ศ.2020 (WHO, 2001c) ส่วนโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นมีอัตราความชุกตลอดชีพร้อยละ 6 ของวัยรุ่น (Yorbik, Birmaher, Axelson, Williamson, & Ryan, 2004) หรือร้อยละ 4 ในวัยรุ่นอายุ 12-17 ปี และร้อยละ 9 ในวัยรุ่นอายุ 18 ปี (WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 2005) โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 ต่อ 1 (Nelson, Barnard, & Cain, 2006; Sanford et al., 2006; University of Michigan Depression Center, 2007) โรคซึมเศร้ามีผลทำให้พัฒนาการด้านสติปัญญา อารมณ์และสังคมของวัยรุ่นล่าช้า (Miller, 2007) เป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 3 ของเด็กและวัยรุ่น โดยวัยรุ่นชายที่ซึมเศร้าจะมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูงกว่าในวัยรุ่นหญิง (Taylor, Nunn, & Lask, 2003; WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 2005; มาโนช หล่อตระกูล, 2547; วินัดดา ปิยะศิลป์ & พนม เกตุมาน, 2545; สมภพ เรืองตระกูล, 2543)

วัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มีระยะเวลาการป่วยนาน มีอัตราการป่วยซ้ำสูง มีความบกพร่องด้านการเรียน ครอบครัว และสังคม (Birmaher, Bridge, Williamson, Brent, Dahl,

Axelson, et al., 2004; Essau, 2007; Milin, Walker, & Chow, 2003) มีแนวโน้มการใช้สุราหรือสารเสพติด และการตั้งครรภ์(Miller, 2007; American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2008; National Institute of Mental Health, 2001) วัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 90 จะมีโรคร่วม ได้แก่ โรควิตกกังวล (anxiety disorders) ความผิดปกติของพฤติกรรม (behavior disorders) ถึงแม้วัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าแล้วยังคงมีปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ปัญหาทางจิตใจและสังคม (National Institute of Mental Health, 2001) และยิ่งป่วยด้วยโรคซึมเศร้าอายุน้อยเท่าใด จะมีความสัมพันธ์กับการไม่ได้แต่งงาน มีความเสี่ยงด้านสังคม อาชีพ และคุณภาพชีวิต มองชีวิตและตนเองในทางลบ (Zisook et al., 2007) และมีอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า(Major Depressive Disorder)ในวัยผู้ใหญ่สูง (Fombonne, Wostear, Cooper, Harrington, & Rutter, 2001; Lewinsohn, Rohde, Klein, & Seeley, 1999; Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein, & Gotlib, 2000; Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein, & Gotlib, 2003; Miller, 2007; Wilcox & Anthony, 2004; Sanford, Boyle, McCleary, Miller, Steele, Duku, et al., 2006) รวมทั้งโรคอารมณ์แปรปรวน (Bipolar disorder) การใช้สารเสพติด และการฆ่าตัวตายสูงในวัยผู้ใหญ่ (Fombonne, Wostear, Cooper, Harrington, & Rutter, 2001; WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 2005; Zisook et al., 2007)

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์การป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น มีหลายปัจจัย กล่าวคือ

- 1) ปัจจัยเกี่ยวกับตัววัยรุ่น ได้แก่ ปัจจัยทางชีวการแพทย์ เช่น การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นเพศหญิง การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในระยะวัยรุ่น มีพ่อแม่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Klein, Lewinsohn, Rohde, Seeley, & Olin, 2005) การกลายของยีนส์และ การได้รับยาบางตัว ปัจจัยด้านการรู้คิดที่เปราะบางต่อการกำเริบของโรคซึมเศร้า ได้แก่ ผู้ที่มีแนวโน้มในการแปลความหมายเหตุการณ์ที่ประสบว่าเป็น การสูญเสียที่รุนแรง การตำหนิตนเอง และสิ้นหวัง จะทำให้มีอาการซึมเศร้าหุนหัน (Segal, Pearson, & Thase, 2003) และการไม่ได้รับยาต้านเศร้าเพื่อป้องกันการกำเริบอย่างต่อเนื่อง
- 2) ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ การถูกปฏิเสธ(neglect) หรือได้รับการทารุณกรรม(abuse) ความเครียดโดยทั่วไปรวมทั้งความขัดสนทางเศรษฐกิจและสังคม การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก พ่อแม่ หรือความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด
- 3) ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ โรควิตกกังวล โรคสมาธิสั้น เกเร (Conduct disorder) มีความบกพร่องด้านการเรียนรู้ (Learning disorders) การติดยาเสพติด มีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Bhatia & Bhatia, 2007; Lewinsohn, et al., 2000; National Institute of Mental Health, 2001) โดยเฉพาะปัจจัยทางจิตสังคมด้านบรรยากาศในครอบครัว ซึ่งเป็นสถานการณ์ความเครียดที่รุนแรงและหลีกเลี่ยงไม่ได้ของวัยรุ่น ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ที่ไม่สนับสนุนช่วยเหลือหรือเอื้ออำนวยระหว่างกัน (absence of supportive and facilitative) การมีปฏิสัมพันธ์แบบโกรธเคือง ขัดแย้ง และวิพากษ์วิจารณ์

ซึ่งกันและกัน ปัจจัยด้านครอบครัวจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้วัยรุ่นป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Birmaher, et al., 2004; Essau, 2007; Sheeber, Hops, & Davis, 2001)

ในประเทศไทย พบว่า มีเด็กและวัยรุ่น อายุ 10-14 ปี ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในปีพ.ศ. 2547 จำนวน 323 ราย ปีพ.ศ. 2548 จำนวน 342 ราย ปีพ.ศ. 2549 จำนวน 536 ราย และปีพ.ศ. 2550 จำนวน 543 ราย และเป็นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิตปีพ.ศ. 2547 จำนวน 15 ราย ปีพ.ศ.2548 จำนวน 6 ราย ปีพ.ศ.2549 จำนวน 6 ราย และปีพ.ศ.2550 จำนวน 20 ราย และวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ปีพ.ศ.2547 จำนวน 889 ราย พ.ศ.2548 จำนวน 956 ปีพ.ศ.2549 จำนวน 1363 ราย และปีพ.ศ.2550 มีจำนวน 1032 ราย ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ปีพ.ศ.2547 จำนวน 54 ราย พ.ศ.2548 จำนวน 48 ราย ปีพ.ศ.2549 จำนวน 42 ราย และปีพ.ศ.2550 มีจำนวน 45 ราย (รายงานสถิติกรมสุขภาพจิต, 2550)

โรงพยาบาลศรีธัญญาสังกัดกรมสุขภาพจิตเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ ให้บริการรักษาวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่คลินิกซึมเศร้าอาคารผู้ป่วยนอก และรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน จากสถิติการมารับมีผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นอายุ 13-19 ปีที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและมาได้รับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก ในปีพ.ศ.2547 ถึงปีพ.ศ.2551 มีจำนวนเพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ 67 ราย 119 ราย 162 ราย 178 ราย และ 262 ราย และเป็นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 13 รายในปี พ.ศ.2547 และมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามลำดับในปีพ.ศ.2548-2551 ดังนี้ 9 ราย 14 ราย 21 ราย และ 24 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และมาได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำ ในระยะ เวลา 90 วันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น กล่าวคือ ในปีพ.ศ.2547 จำนวน 3 ราย ปีพ.ศ.2548 จำนวน 2 ราย ปีพ.ศ.2549 จำนวน 5 ราย ปีพ.ศ.2550 จำนวน 6 ราย และปีพ.ศ.2551 จำนวน 11 ราย ตามลำดับ (รายงานสถิติโรงพยาบาลศรีธัญญา, 2551)

การทบทวนวรรณกรรมและฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับการประเมิน การบำบัด รักษา และการบริหารจัดการต่อเนื่องในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Boylan, Romero, & Birmaher, 2007; Birmaher et al., 2007; Cheung et al., 2007) และ Calles (2007) ได้ให้ข้อเสนอแนะ ด้านการบำบัดรักษาไว้ ดังนี้ 1) การรักษาในระยะเฉียบพลัน (acute) มีเป้าหมายเพื่อให้วัยรุ่นตอบสนองทางคลินิกและฟื้นกลับ (remission) อย่างเต็มที่ โดยให้ยาต้านเศร้าในกลุ่ม SSRIs ในขนาดน้อยก่อน เพื่อหลีกเลี่ยงอาการไม่พึงประสงค์ร่วมกับจิตบำบัดด้วยวิธีการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม ร่วมกับการสังเกตและจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านเศร้าอย่างใกล้ชิด 2) การรักษาในระยะต่อเนื่อง (continuation) มีเป้าหมายให้วัยรุ่นมีการตอบสนองในระยะเฉียบพลัน ที่แน่นอนและป้องกันการกำเริบ (relapse) โดยให้การรักษาด้วยยาต่อเนื่องต่อไปเป็นระยะเวลา 6-12 เดือน และให้วัยรุ่นโรคซึมเศร้านำพบแพทย์ทุก 2 สัปดาห์หรือทุกเดือนเพื่อประเมินอาการซึมเศร้า

และโรคร่วม การทำหน้าที่ที่บ้านและโรงเรียน ความคิดฆ่าตัวตาย และอาการข้างเคียงของยาต้านเศร้า 3) การรักษาในระยะ maintenance อย่างน้อย 1 ปีหรือมากกว่า เพื่อส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) โดยให้การรักษาด้วยยาต้านเศร้า จิตบำบัดรายบุคคลหรือรายกลุ่มเพื่อส่งเสริมทักษะ พัฒนาการ และอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับผลของการได้รับการรักษาทางจิตเวชเป็นระยะเวลาต่อเนื่องต่ออัตมโนทัศน์ของวัยรุ่น และติดต่อกับผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอ ทุก 1-3 เดือน และเสนอแนะว่าครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการรักษาอย่างใกล้ชิด เนื่องจากแรงจูงใจในการรักษาวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามาจากพ่อแม่ พ่อแม่มีส่วนสำคัญในการสังเกตอาการและการทำหน้าที่ของวัยรุ่นที่วัยรุ่นไม่ตระหนัก หรือไม่ต้องการบอกเพื่อเป็นข้อมูลให้การรักษามีประสิทธิภาพและอยู่บนความเป็นจริง ผู้ดูแล/พ่อแม่เป็นผู้บริหารจัดการการดำเนินโรคของวัยรุ่น รวมทั้งเป็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับวัยรุ่น สมาชิกครอบครัว รวมทั้งผู้ป่วยควรได้รับสุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ ระยะเวลาการป่วย การรักษาต่างๆ และความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการไม่ได้รับการรักษา ความรู้ที่ได้รับจะช่วยทั้งผู้ดูแล/พ่อแม่ และผู้ป่วยเข้าใจและไม่ผิดหวังหากวัยรุ่นโรคซึมเศร้ามีการฟื้นตัวในระยะที่ยาวนาน ให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์พ่อแม่ของวัยรุ่นที่ป่วยโรคซึมเศร้า และมารักษาที่โรงพยาบาล ศิริธัญญา เพศชายจำนวน 1 ราย และเพศหญิงจำนวน 4 ราย พบว่าวัยรุ่นมีอาการหงุดหงิดโมโหง่าย ทำลายของ เก็บตัวอยู่ในห้อง พูดน้อยไม่สนใจกับใคร รับประทานอาหารและนอนหลับน้อยลง มีการนอนมากกว่าปกติจำนวน 1 ราย ร้องไห้บ่อย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ วัยรุ่นส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับพ่อแม่ไม่ดีหรือพ่อแม่แยกทางกัน ทำให้ขาดผู้ดูแลที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ในจำนวนนี้ ประสบการณ์ความเครียดที่รุนแรงในชีวิต โดยถูกพ่อเลี้ยงข่มขืนจำนวน 1 ราย มีเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์ระหว่างเรียนจำนวน 1 ราย พ่อแม่ของวัยรุ่นส่วนใหญ่กลัวลูกจะมีอาการรุนแรงขึ้น ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลลูกเมื่อกลับไปอยู่บ้านจากพยาบาล ซึ่งพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยจะให้คำแนะนำแก่วัยรุ่นและพ่อแม่เกี่ยวกับการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และให้การปรึกษาเฉพาะรายเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและปัญหาพฤติกรรม หรือให้จิตบำบัดแก่วัยรุ่น ทั้งนี้ บริการที่พยาบาลให้แก่วัยรุ่นและพ่อแม่ขึ้นกับเวลาและประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน ไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน จึงไม่มีการประเมินผลก่อนและหลังการบำบัด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดรายครอบครัว ที่มีเป้าหมายให้พ่อแม่ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การรักษา การเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการของวัยรุ่น ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรักษา เข้าใจประสบการณ์ของวัยรุ่นขณะมีอาการซึมเศร้า ระบุรูปแบบพฤติกรรมที่แสดงถึงการทำหน้าที่ไม่เหมาะสมของครอบครัว (dysfunctional behavior patterns) ลดรูปแบบปฏิสัมพันธ์ทางลบระหว่างพ่อแม่และวัยรุ่น พัฒนาทักษะการสื่อสารทางตรง

และร่วมรู้สึกแก่พ่อแม่ พัฒนาทักษะการแก้ปัญหา และความขัดแย้งของครอบครัว ด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษา(psychoeducation) การเพิ่มความผูกพันในครอบครัว (Attachment-based family therapy) การให้พฤติกรรมบำบัดครอบครัวอย่างเป็นระบบ (Systemic behavior family therapy) โดยจัดให้สมาชิกครอบครัวได้รับการบำบัดร่วมกันที่โรงพยาบาล ที่บ้าน หรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน (Experience journal) ผ่านทางเครือข่ายคอมพิวเตอร์ (Brent, Holder, Kolko, Birmaher, Baugher, Roth, et al. ,1997; DeMaso, Marcus, Kinnamon, & Gonzalez-Heydrich, 2006; Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002; Sanford, Boyle, McCleary, Miller, Steele, Duku, et al., 2006) สามารถลดอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นได้

ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลประจำการของหอผู้ป่วยหญิง 2 จึงมีความสนใจในการหาแนวทางส่งเสริมให้พ่อแม่ของวัยรุ่นโรคซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การรักษา เข้าใจประสบการณ์ของวัยรุ่นขณะมีอาการซึมเศร้า ลดรูปแบบการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมในครอบครัว ส่งเสริมการสื่อสารทางตรงและร่วมรู้สึก การแก้ปัญหาและความขัดแย้งในครอบครัวแก่พ่อแม่ เพื่อลดอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นที่ป่วยซ้ำด้วยโรคซึมเศร้าที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.1 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาวิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

1.2 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

พยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจนในการบำบัดทางจิตสังคม สำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคซึมเศร้าได้

2. วิธีการดำเนินการศึกษา

วิธีดำเนินการศึกษานี้ประกอบด้วย การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบการสืบค้น การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ สกัดเนื้อหา สรุปประเด็น และเสนอข้อแนะนำในการบำบัด การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1.1 กรอบการสืบค้น

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้งานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่ศึกษา จึงกำหนดคำถามที่จะนำไปสู่การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบ PICO (Craig & Smyth, 2002; Melnyk & Fineout-Overholt, 2002 อ้างใน ฟองคำ ดิลกสกุล

ชัย, 2549) ในการสืบค้นงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลสารสนเทศ การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแล วิธีการใดสามารถลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าได้ ประกอบด้วย รายละเอียดดังนี้

Population: ผู้ดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Caregiver, Parent, Family, Adolescent with Major Depressive Disorder)

Intervention: การบำบัดทางจิตสังคม การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychosocial Intervention, Psychoeducation)

Comparison intervention: ไม่มีการเปรียบเทียบ

Outcome: อาการซึมเศร้า (Depression, Depressive symptoms)

2.1.2 ผู้ศึกษากำหนดประเภทของหลักฐาน ที่ใช้ในการพัฒนาแนวทางการเพิ่มความรู้อบรมครูในการดูแลวัยรุ่นเกี่ยวกับการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และการส่งเสริมพัฒนาการและการเติบโตตามวัยที่มีความน่าเชื่อถือและความเข้มแข็งทุกระดับ (ระดับ I ถึงระดับ VII) งานวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ตีพิมพ์โดยใช้ภาษาอังกฤษและภาษาไทยตั้งแต่ปีค.ศ.1995 ถึงค.ศ.2009

2.1.3 กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล www.guidelines.gov, Cochrane Database of Systematic Reviews, www.Joannabriggs.edu.au, PubMed, ProQuest, CINAHL, Ovid, Science Direct, Blackwell Synergy, HighWire และการสืบค้นด้วยมือ

ผลการสืบค้น พบหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกจำนวน 4 เรื่อง

2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาประเมินความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical Relevance) โดยใช้เกณฑ์การประเมินความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกของ Polit & Beck (2004) ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้แนวทางการประเมินคุณภาพงานวิจัยที่มีเน้นเกี่ยวกับการควบคุมแหล่งของความคลาดเคลื่อนโดยระบบทั้ง 4 รูปแบบของฟองคำ ดิลกสกุลชัย (2549) ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ หรือดำเนินการในบริบทที่เฉพาะเจาะจงขององค์กรที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานโดยใช้ เกณฑ์การประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของฟองคำ ดิลกสกุลชัย (2549) และจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์การจัดระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) พบงานวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 จำนวน 3 เรื่องและงานวิจัยระดับ 6 วัดหลังการบำบัด 1 เรื่อง

2.3 วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ แต่ละเรื่องลงตารางสกัดงาน และสรุปประเด็นหลักของงานวิจัยแต่ละเรื่องลงในตารางรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table)

2.4 สังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 4 เรื่อง เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสรุปเป็นข้อแนะนำการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า

3. ข้อแนะนำ (Recommendations)

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม สำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้าได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงาน RCTs (Level 2) จำนวน 3 เรื่อง งานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนาวัดหลังการบำบัด (Level 6) จำนวน 1 เรื่อง ผู้ศึกษาได้สกัดเนื้อหา สรุปประเด็น ได้ข้อแนะนำในการบำบัด การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า ดังนี้

3.1 การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษาที่บ้านของผู้ป่วยหรือผ่านทางเครือข่ายคอมพิวเตอร์ (Sanford et al., 2006)(Level 2) (DeMaso, Marcus, Kinnamon, & Gonzalez-Heydrich, 2006)(Level 6) การให้สุขภาพจิตศึกษาพร้อมกับพฤติกรรมบำบัดครบถ้วนอย่างเป็นระบบ (Brent et al., 1997)(Level 2) และการบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002)(Level 2) ที่โรงพยาบาลและคลินิกจิตเวชในชุมชน

3.2 ผู้ให้การบำบัดทางจิตสังคม สำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้าเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในคลินิก(Brent et al., 1997)(Level 2) และมีการศึกษาในระดับปริญญาโทขึ้นไปที่ได้รับการฝึกหัดการนิเทศการบำบัด(Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002)(Level 2)

3.3 การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแล/พ่อแม่ของวัยรุ่นโรคซึมเศร้า 1) มีความรู้เกี่ยวกับอาการทางคลินิก สาเหตุ การรักษา และการดำเนินโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น (Brent et al., 1997; Sanford et al., 2006)(Level 2) 2) เข้าใจและร่วมรู้สึกกับประสบการณ์ อาการซึมเศร้าของวัยรุ่น (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002)(Level 2) 3)ดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด(Brent et al., 1997)(Level 2) 4) เปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่และการสื่อสารในครอบครัว เพื่อลดความขัดแย้ง และเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ ความผูกพันภายในครอบครัวระหว่างวัยรุ่นและพ่อแม่ (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002)(Level 2) 5) ฝึกทักษะการแก้ปัญหาของครอบครัว (Sanford et al., 2006)(Level 2) 6) เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นกับสังคมนอกบ้าน (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002)(Level 2)

3.4 ระยะก่อนให้การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า

- ผู้บำบัดควรชี้แจงทำความเข้าใจแก่ผู้ดูแล เกี่ยวกับความสำคัญของผู้ดูแลต่อการดำเนินโรคซึมเศร้าของวัยรุ่น และสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลในการรับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง

- ผู้บำบัดต้องประเมินผู้ดูแลเกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับอาการทางคลินิก สาเหตุ การรักษา การดำเนินโรคซึมเศร้า อาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำ และการจัดการกับอาการของผู้ดูแล ทักษะคิดต่อการเจ็บป่วยของวัยรุ่นว่าผู้ดูแลรู้สึกอายนหรือมีตราบาปที่มีลูกป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่ ทักษะคิดและแรงจูงใจต่อการรับการบำบัดทางจิตสังคม สัมพันธภาพ การทำหน้าที่และความขัดแย้งในครอบครัว

ควรให้สุขภาพจิตศึกษาผ่านทางเครือข่ายคอมพิวเตอร์ ในกรณีที่ประเมินได้ว่าผู้ดูแลไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการทางคลินิก สาเหตุ การรักษา การดำเนินโรคซึมเศร้า อาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำและการจัดการกับอาการ และรู้สึกอายนหรือมีตราบาปที่มีลูกป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เนื่องจาก ผู้ดูแลสามารถรับสุขภาพจิตศึกษาผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์ในเวลาที่เหมาะสม สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการมีวัยรุ่นโรคซึมเศร้าอยู่ในความดูแล โดยไม่ต้องพบหน้ากันระหว่างผู้ดูแลและผู้บำบัด (DeMaso, Marcus, Kinnamon, & Gonzalez-Heydrich, 2006)(Level 6)

ควรให้การบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว หรือพฤติกรรมบำบัด ครอบครัวอย่างเป็นระบบในกรณีที่ผู้บำบัดประเมินได้ว่า มีความขัดแย้งในครอบครัวของวัยรุ่นโรคซึมเศร้าสูง ครอบครัวมีการทำหน้าที่ที่ผิดปกติ เพื่อดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด ลดการตำหนิตัวซึ่งกันและกันในครอบครัว เปลี่ยนแปลงรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว และเพิ่มความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างวัยรุ่นและผู้ดูแล (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002; Brent et al., 1997) (Level 2)

3.5 รูปแบบการบำบัด

การให้สุขภาพจิตศึกษา ประกอบด้วย 1) การแนะนำการบำบัด ประเมินปัจจัยครอบครัวต่อการบำบัดและตั้งเป้าหมายการบำบัด 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางคลินิก สาเหตุ การรักษา และการดำเนินโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น โครงสร้าง ปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารทางตรงระหว่างวัยรุ่นกับสมาชิกครอบครัวประสบการณ์ของอาการซึมเศร้า ความรู้ที่ร่วมกัน 3) การฝึกทักษะการสื่อสาร ระบุและลดรูปแบบปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดี (unproductive) และเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางบวกในครอบครัว 4) ฝึกทักษะการแก้ปัญหาของครอบครัวและมอบหมายการบ้านให้ฝึกระหว่างสัปดาห์ 5) การทบทวนความก้าวหน้าและอุปสรรคในการบำบัด 6) การบำบัดเพื่อกระตุ้นเป็นระยะๆ (Brent et al., 1997; Sanford et al., 2006) (Level 2)

การบำบัดโดยการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว ประกอบด้วย 1) Relational Reframe Task มีเป้าหมายในการลดการตำหนิตัวซึ่งกันและกัน ส่งเสริมความผูกพันในครอบครัวและพึ่งพาตนเอง (autonomy) มีพื้นฐานการบำบัดที่เปลี่ยนจากการซ่อมแซมผู้ป่วยเป็นการ

ส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัว โดยสมาชิกทุกคนในครอบครัวมีส่วนร่วม 2) The Adolescent Alliance – Building task เป็นการบำบัดแก่ผู้ป่วยรายบุคคล เพื่อสร้างความผูกพันระหว่างผู้บำบัดกับวัยรุ่น สำรวจความขัดแย้งหลักที่ทำให้เกิดความไว้วางใจในครอบครัว และเตรียมวัยรุ่นให้สามารถอภิปรายประเด็นความขัดแย้งกับพ่อแม่ 3) The Parent Alliance – Building Task เป็นการสำรวจสถานการณ์ความเครียดของพ่อแม่ในปัจจุบัน และประวัติความผูกพันในครอบครัวที่ล้มเหลว ช่วยให้พ่อแม่มีความเข้าใจและร่วมรู้สึกกับวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้พ่อแม่ยินดีให้คำแนะนำแก่วัยรุ่นด้านอารมณ์ในการบำบัดครั้งต่อไป ในการอภิปรายเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เจ็บปวดและความไม่ยุติธรรมในครอบครัวในอดีต 4) The Attachment Task เป็นการบำบัดที่ช่วยให้วัยรุ่นเปิดเผยความโกรธที่มีต่อความขัดแย้งที่เกิดจาก ความไม่เชื่อถือ การถูกปฏิเสธหรือการถูกทารุณกรรมในครอบครัว ถ้าพ่อแม่ได้ตอบกับวัยรุ่นด้วยท่าทีที่เข้าใจและร่วมรู้สึก วัยรุ่นจะเกิดความรู้สึกไว้วางใจกล้าเปิดเผยความรู้สึกที่เปราะบาง เช่น ความเสียใจ ความผิดหวัง ได้ ความสำนึกผิดอย่างจริงจังของพ่อแม่ต่อการกระทำในอดีตจะส่งเสริมให้วัยรุ่นให้อภัย การที่วัยรุ่นได้รับการยอมรับจะช่วยให้อยอมรับความช่วยเหลือ และบทบาทของพ่อแม่มากขึ้น 5) The Competence – Promoting Task เป็นการบำบัดเพื่อเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นและสังคมนอกบ้าน (โรงเรียน, เพื่อน, ที่ทำงาน) ความผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ที่ได้รับการแก้ไขจะช่วยให้วัยรุ่นรู้สึกปลอดภัยในการสำรวจความสามารถในการพึ่งตนเองได้(Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002)(Level 2)

พฤติกรรมบำบัดครอบครัวอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย การบำบัดโดยใช้แนวคิดการบำบัด 2 รูปแบบที่ให้ผลดีสำหรับครอบครัวของวัยรุ่นที่ทำหน้าที่ผิดปกติ (Dysfunctional families) การบำบัดในระยะแรกใช้การบำบัดการทำหน้าที่ของครอบครัว (Functional family therapy) ซึ่งผู้บำบัดสำรวจความกังวลใจที่ทำให้ครอบครัวมารับการบำบัด ดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุดในการบำบัด และระบุรูปแบบพฤติกรรมที่แสดงถึงการทำหน้าที่ผิดปกติของครอบครัว การบำบัดในระยะที่สองเป็นการบำบัดโดยใช้รูปแบบการแก้ปัญหาของ Robin และ Foster (1989) ซึ่งสมาชิกในครอบครัวให้ความสนใจกับทักษะการสื่อสาร และทักษะการแก้ปัญหา เปลี่ยนแปลงรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว พฤติกรรมบำบัดครอบครัวอย่างเป็นระบบให้การเรียนรู้ทางสังคมอย่างเข้มข้นเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัด ให้การ ศึกษาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ประเด็นการเป็นพ่อแม่และพัฒนาการของวัยรุ่น ให้ความสำคัญกับการสร้างทักษะและการฝึกปฏิบัติระหว่างการบำบัดและที่บ้าน(Brent et al., 1997)(Level 2)

3.6 การประเมินอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นที่ผู้ดูแล/พ่อแม่ ที่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นโรคซึมเศร้า สามารถใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของ Beck (Beck Depressive Inventory) (Brent et al., 1997; Diamond, Reis, Diamond,

Siqueland, & Isaacs, 2002)(Level 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale) (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002)(Level 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Reynolds (Reynolds Adolescent Depression Scale) (Sanford et al., 2006)(Level 2)

4. ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

4.1 การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า แต่ละโปรแกรมการบำบัด ควรประเมินผู้รับการบำบัด เพื่อให้การบำบัดที่ได้รับมีความเหมาะสมกับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า ดังนี้

- 1) ครอบครัวขาดความรู้เรื่องโรค ควรให้การบำบัดโดยการให้สุขภาพจิตศึกษา
- 2) ผู้ดูแล/พ่อแม่ที่มีความรู้สึกลำบากที่มีลูกป่วยโรคซึมเศร้า หรือไม่มีเวลามารับการบำบัด ควรแนะนำโปรแกรมการบำบัดโดยผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์
- 3) ครอบครัวของวัยรุ่นที่ทำหน้าที่ผิดปกติ ควรให้การบำบัดโดยพฤติกรรมบำบัดครอบครัวอย่างเป็นระบบ
- 4) ครอบครัวที่มีประวัติความผูกพันในครอบครัวที่ล้มเหลว ควรใช้โปรแกรมการบำบัดการเพิ่มความผูกพันในครอบครัว

4.2 การนำโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคม สำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้าไปใช้ในหน่วยงาน ควร

- 1) มีการพัฒนาแผนการประเมินผลการบำบัดโดยระบุผลลัพธ์ที่ต้องการ ได้แก่ อาการซึมเศร้าของวัยรุ่น ระบุจำนวนผู้ดูแลที่จะร่วมการทดลองนำร่อง กำหนดระยะเวลาการประเมินผลลัพธ์
- 2) รวบรวมข้อมูลการประเมินผลลัพธ์
- 3) พัฒนาแนวทางการบำบัดทางจิตสังคม สำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย
- 4) ฝึกอบรมพยาบาลที่เกี่ยวข้อง และประชาสัมพันธ์การใช้แนวทางการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า
- 5) ขยายผลการใช้แนวทางการบำบัดทางจิตสังคม สำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้าไปยังหน่วยงานอื่น
- 6) ประเมินผลการทดลองใช้แนวทางการบำบัดทางจิตสังคม สำหรับผู้ดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้า นำร่องทั้งกระบวนการและผลลัพธ์

PSYCHOSOCIAL INTERVENTION FOR CAREGIVERS OF ADOLESCENTS
WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER: EVIDENCE-BASED NURSING

BOONYEUN CHUANAKHA 4836940 NSMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: ATIRAT WATTANAPAILIN,
Ed.D., ATITTAYA PORNCHAIKATE AU YEONG, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

1. Background and Significance of Problem

Major depressive disorder is a severe health problem and ever increases globally. It greatly impacts to person, family, and social. major depressive disorder prevalence took 4th place in 1990 and expected to take 2nd place after cardiovascular disease in the year 2020 (WHO, 2001c). The life-time prevalence rate of major depressive disorder in adolescence were 6% (Yorbik, Birmaher, Axelson, Williamson, & Ryan, 2004) or 4% in 12-17 years old adolescents and 9% in 18 years old adolescents (WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 2005) and found twice more in female adolescents than in male (Nelson, Barnard, & Cain, 2006; Sanford et al., 2006; University of Michigan Depression Center, 2007). Major depressive disorder affected cognitive, emotional and social development of adolescents (Miller, 2007). It was the 3rd highest mortality cause for children and adolescents. Depressive male adolescents had higher suicidal behavior than female adolescents (Taylor, Nunn, & Lask, 2003; WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 2005; Manoj Lortrakul, 2004; Winadda Piyasilp & Panom Ketuman, 2002, Somphob Ruengtrakul, 2000).

Adolescents with major depressive disorder experience long episode, high rate of relapse and decline in study, family and social functioning. They tend to have

alcoholic or narcotic use as well as pregnancy (Miller, 2007; American Academy of Child & Adolescent Psychiatry; 2008; National Institute of Mental Health, 2001). 90% of adolescents with Major depressive disorder had comorbidity such as anxiety disorder or behavior disorder. Although the adolescents were completely remitted from major depressive disorder, they still had lots of problem in interpersonal relationship and psychosocial problem. The younger age at onset of major depressive disorder, the higher risk of unmarried, social dysfunction, occupational dysfunction, poor quality of life, negative thought and low self esteem (Zisook et al., 2007), chance of relapse (Fombonne, Wostear, Cooper, Harrington, & Rutter, 2001; Lewinsohn, Rohde, Klein, & Seeley, 1999; Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein, & Gotlib, 2000; Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein, & Gotlib, 2003; Miller, 2007; Wilcox & Anthony, 2004; Sanford, M., Boyle, M., McCleary, L., Miller, J., Steele, M., Duku, E., et al., 2006), bipolar disorder onset, narcotic use, and suicide in adulthood (Fombonne, Wostear, Cooper, Harrington, & Rutter, 2001; WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 2005; Zisook et al., 2007).

Risk factors related to major depressive disorder in adolescents were 1) Individual factors, that is, biomedical factors such as chronic illness, female, adolescence hormone change, having parents with major depressive disorder (Klein, Lewinsohn, Rohde, Seeley, & Olino, 2005), genetic mutation, and drug effect; cognitive factors vulnerable to relapse of depressive symptoms, that is, pessimistic explanatory style, self-blaming, and hopelessness which resulted in depressive emotionality (Segal, Pearson, Thase, 2003), and discontinued antidepressant drugs taking 2) Psychosocial factors such as being neglect or abuse, general stress, poverty, loss of beloved or bonding person or parents 3) Other factors such as anxiety disorder, Attention deficit hyperactivity disorders, conduct disorder, learning disorder, cigarette addiction, or having history of depression (Bhatia & Bhatia, 2007; Lewinsohn, et al., 2000; National Institute of Mental Health, 2001). One important psychosocial factor is family environment factor which is sometimes the source of severe and unavoidable stress to adolescents, that is, absence of supportive and facilitative interaction or the interaction with anger, conflict and criticism among family members. Family factor was therefore important risk factors related to Major depressive disorder in adolescents.

In Thailand, there were 323 cases of children and adolescents aged 10-14 years old with major depressive disorder in 2004, 342 cases in 2005, 536 cases in 2006 and 543 cases in 2007. Among these, 15 cases were hospitalized in 2004, 6 cases in 2005, 6 cases in 2006, and 20 cases in 2007. There were 889 cases of adolescents aged 15-19 years old with Major depressive disorder in 2004, 956 cases in 2005, 1,363 cases in 2006, 1063 cases in 2007. Among these, 54 cases were hospitalized in 2004, 05, 1,363 cases in 2006, 1063 cases in 2007. Among these, 54 cases were hospitalized in 2004, 48 cases in 2005, 42 cases in 2006, and 45 cases in 2007.

Investigator worked in Srithanya Hospital which was a tertiary hospital under Department of Mental Health, Ministry of Public Health. There was a Depression clinic in out-patient building provided Major depressive disorder care and also admitted some cases as in-patient. According to the statistics, there were children and adolescents aged 13-19 years visited the Depression clinic for 67, 119, 162, 178, and 262 cases from 2004 to 2008. Among these, 13, 9, 14, 21, and 24 cases were hospitalized during 2004-2008 which increasing every year. Among the adolescents with major depressive disorder, 3 cases visited the clinic due to recurrence within 90 days in 2004, and increasingly 5, 6 and 11 cases during 2005-2008.

According to literature review and expert's opinion concerning assessment, therapy and continuous management on child and adolescent with major depressive disorder (Boylan, Romero, & Birmaher, 2007; Birmaher et al., 2007; Cheung et al., 2007) and Calles (2007) gave the recommendation on major depressive disorder therapy in adolescent as follows 1) Acute phase therapy aims to get clinical response and complete remission in adolescents with major depressive disorder by administering antidepressant drugs in SSRIs group in small dosage to avoid undesired side effect or complication incorporating with psychotherapy by means of cognitive and behavioral therapy as well as closely monitoring the side effect from antidepressant drugs in order to manage it just in time 2) Continuation phase therapy aims to gain exact response to therapy in acute phase and prevent relapse by continuing drug administration for 6-12 months and make appointment with adolescents to visit psychiatrist every 2 weeks or 1 month to assess major depressive disorder and comorbid, school and home functioning, suicide ideation, and side effect of antidepressant drugs 3) Maintenance phase therapy at least 1 year or longer to

promote continuous development and growth and prevent recurrence by antidepressant administration, individual or group psychotherapy intervention to promote skill and development including group discussion in the effect of long-term psychiatric therapy to adolescent self-esteem as well as regular contact with health care provider in 1-3 months interval. It was strongly recommended that family should closely participate in therapy since the main motivation in adolescent with major depressive disorder therapy comes from parent. Caregivers play important role in symptoms and functioning observation which the adolescents may not realize or do not want to report in order to ensure the effective therapy. Caregivers are the depressive course manager for adolescents as well as their safe shelter and surrounding. Family including adolescents with depressive disorders should be psychoeducated concerning cause, symptoms, depressive episode, therapy, and risk from not getting the adequate therapy. The knowledge from education can enhance caregivers understanding and real expectation if adolescents undergo long-time remission, then provide continuous participation in therapy.

The investigator interviewed fathers and mothers of 5 adolescents with recurrent depressive disorders visited depressive clinic in Srithanya hospital. It was found that 3 adolescents did not take antidepressant since nobody took care of drug administration. Their depressive symptoms were relapse and manifest in distress and volatile temper, violence, isolation, speechless, less food consumption and sleep, only 1 cases had over-sleeping, they frequently cried, and lacked of desire to live. Three cases suffer relationship problem with mother, among these, one was raped by her step-father, one had father-mother separation, and one had only father as caregiver. All fathers and mothers worried about worsening course of illness and required knowledge and information in home based care. Normally, ward staff nurse recommended fathers and mothers on antidepressant administration, visit psychiatrist as appointed, provide individual connecting on depressive and behavioral symptoms, or provide psychotherapy to adolescent. Such nursing intervention provided for fathers, mothers and adolescents with depressive disorders depend on time and experience of each nurse. There was no unique intervention guideline, thus no assessment of pre- and post- intervention.

According to literature review, family psychosocial intervention aimed to educate fathers and mothers on depressive disorders, therapy, adolescent raising, and promoting adolescent development, family participation in depressive disorder therapy, identifying family's dysfunction behavior pattern, diminishing negative interpersonal relationship between fathers, mothers and adolescent, developing direct and empathetic communication skill to father and mother, developing problem and family conflict solving skill by means of psychoeducation, attachment-based family therapy, and systemic behavior family therapy. These therapies were arranged either at hospital or at home participated by all family members or exchanging knowledge and experience via computer internet network (Brent, Holder, Kolko, Birmaher, Baugher, Roth, et al., 1997; DeMaso, Marcus, Kinnamon, & Gonzalez-Heydrich, 2006; Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002; Sanford, Boyle, McCleary, Miller, Steele, Duku, et al., 2006) which were found able to recover depressive symptoms in adolescents.

Investigator was staff nurse of Female patient ward 2 was interested in developing a program to educate fathers and mothers of adolescent with depressive disorders on the nature of major depressive disorder, therapy, understanding adolescent's experience during depressive episode, diminishing inappropriate communication, promoting direct and empathetic communication, and promoting family problem and conflict solving skill to reduce depressive symptoms of adolescent with recurrence depressive disorders by means of evidenced-based nursing.

1.1 Objective of study

To analyze and synthesize empirical evidence concerning psychosocial intervention for caregivers of adolescents with major depressive disorder to reduce depressive symptoms.

1.2 Expected outcome

Nurses possess clear and unique psychosocial intervention guideline for caregivers of adolescents with major depressive disorder to reduce depressive symptoms.

2. Methodology

The methodology comprised empirical evidence searching based on searching framework, assessing the quality and strength of the evidences, then extracting the contents of evidences, and summarizing it into recommendation on psychosocial intervention for caregivers of adolescents with major depressive disorder.

2.1 Empirical evidence searching methodology

2.1.1 Searching framework

In order to search research and empirical evidences in accordance with the problem of study, the investigating question leading to evidence based searching in information database was identified by means of PICO framework (Craig & Smyth, 2002; Melnyk & Fineout-Overholt, 2002, cited in Fongkham Tiloksakulchai, 2006). The investigating question was “Which psychosocial intervention for caregivers can reduce depressive symptoms in adolescents with major depressive disorder?”. The PICO framework can be detailed as follows;

Population: caregivers of adolescents with major depressive disorder

Intervention: Psychosocial Intervention, Psychoeducation

Comparison intervention: N/A

Outcome: Depression, Depressive symptoms

Identifying searching keyword: Caregivers, Parents, Family of Adolescents with major depressive disorder, psychoeducation, psychosocial intervention, depression, depressive symptoms.

2.1.2 The investigator identified the criteria of evidences as using all level of evidence from level 1 to level 7 concerning educational developing for family of adolescents with major depressive disorder and promoting adolescent growth and development, the full text research evidence published since 1995 until 2009 both in Thai and English languages.

2.1.3 The investigator identified the searching database as www.guidelines.gov, Cochrane Database of Systematic Review, Joannabriggs PubMed, ProQuest, CINAHL, Ovid, ScienceDirect, Blackwell Synergy, HighWire and manual searching.

Eventually 4 evidences matching the searching criteria were obtained.

2.2 Methodology on evidence assessment

Investigator assessed clinical relevance of obtained evidences adopting clinical relevance assessing criteria of Polit & Beck (2004). The quality of evidence was assessed by means of research quality assessment focus on controlling the source of error by 4 controlling system of Fongchum Tilokskulchai (2006). The feasibility of implementation in actual specific context of setting was assessed using feasibility of implementation assessment of Fongchum Tilokskulchai (2006) then ranking the level of evidence according to Melnyk & Fineout – Overholt (2005) evidence quality assessment. Among the obtained evidences, 3 were level 2 evidences and 1 were level 6 which was post-test research.

2.3 Empirical evidences analysis: extracted the contents of each evidences into extracting table then summarize main content into evidence collective table.

2.4 Evidences' Main issues synthesis: to obtain the basic information for establishing recommendation for psychosocial intervention for caregivers of adolescents with major depressive disorder.

3. Recommendations

According to evidence searching concerning psychosocial intervention for caregivers of adolescents with major depressive disorder, 3 RCTs (Level 2) evidences and 1 single descriptive study (Level 6). The content of these evidences were extracted and summarized into recommendation on psychosocial intervention for caregivers of adolescents with major depressive disorder as follows;

3.1 Psychosocial intervention for caregivers of adolescents with major depressive disorder comprised home-based or internet-based psychoeducation intervention (Sanford et al., 2006) (Level 2) (DeMaso, Marcus, Kinnamon, & Gonzalez-Heydrich, 2006) (Level 6), Psychoeducation incorporating with systemic behavior family therapy (Brent et al., 1997) (Level 2), and attachment-based family therapy (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002) (Level 2) were arranged in hospital (DeMaso, Marcus, Kinnamon, & Gonzalez-Heydrich, 2006)

(Level 6) (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002) (Level 2) or in community, house/ mental health clinic (Brent et al., 1997; Sanford et al., 2006) (Level 2).

3.2 The psychosocial therapist had clinical experience (Brent et al., 1997) (Level 2) and held at least Master's degree and passed therapy supervising training (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002) (Level 2).

3.3 Psychosocial intervention for caregivers of adolescents with major depressive disorder was carried out by means of psychoeducation (Sanford et al., 2006) (Level 2) (DeMaso, Marcus, Kinnamon, & Gonzalez-Heydrich, 2006) (Level 6), psychoeducation concurrent with systemic behavior family therapy (Brent et al., 1997) (Level 2), and Attachment-based family therapy (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002) (Level 2).

3.4 Intervention in Pre-Psychosocial intervention period

- Therapist provided education to caregivers on the importance of caregivers in clinical course of major depressive disorder as well as motivated the caregivers to take care of the adolescents continuously.
- Therapist assessed caregivers' knowledge on clinical symptoms, cause, treatment, and clinical course of major depressive disorder, including warning sign of relapse and symptom management; attitude on adolescents' illness status whether the caregivers were stigmatized by major depressive disorder of patients; motivation to psychosocial, intervention, relationship, functioning, and family conflict therapy.

The internet-based psychoeducation should be provided to caregivers if caregivers did not possess adequate knowledge on clinical symptoms, cause, treatment, and clinical course of major depressive disorder, including warning sign of relapse and symptom management and were shameful or stigmatized by the adolescents' illness. The internet-based psychoeducation intervention could be taken any where any time and also allows creating information exchange network among caregivers as well as between caregiver and therapist (DeMaso, Marcus, Kinnamon, & Gonzalez-Heydrich, 2006) (Level 6).

The attachment-based family therapy or systemic behavior family therapy should be provided if severe family conflict or family dysfunctioning was identified from assessment in order to enable family participation in therapy, reduce criticizing

and blame among family members, positively change family interaction and enhance positive relationship between adolescents and caregivers (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002; Brent et al., 1997) (Level 2).

3.5 Intervention content

Psychoeducation comprised of 1) Introduction, assess family factors affected intervention and set the target outcome of intervention, 2) Educate the family on clinical symptoms, cause, therapy, and clinical course of major depressive disorder, structure, interaction and direct communication between adolescents and family members, depressive experience, and empathy, 3) Communication skill training, identifying and diminishing unproductive interaction then promoting positive interaction among family member, 4) Family problem solving training/workshop then assignment homework within the week, 5) Review progress and barrier, 6) Re-activate intervention (Sanford et al., 2006) (Level 2).

Attachment-based family therapy comprised of 1) Relational Reframe Task was aimed to diminish criticize and complain increase respect to each other, promote family attachment and autonomy, the therapy was based on treating the patient to promoting strength of family attachment which all family members must participate, 2) The Adolescent Alliance-Building Task was individual therapy provided for adolescents aimed at making good relationship between therapist and adolescents, investigate main conflict which destroy trust in the family, and prepare adolescents to discuss the main conflict with fathers and mothers, 3) The Parent Alliance-Building Task was the investigation on stressor of fathers and mothers, family attachment history in a fail family could enable fathers and mothers understanding of adolescents which encourage fathers and mothers to suggest adolescents in emotional aspect in the next session during the discussion on painful experience and injustice experience in family history, 4) In the Attachment Task, the adolescents revealed their anger toward the family conflict arose out of distrust or rejection or abuse in the family, if fathers and mothers responded to adolescents with empathy and understanding, adolescents would start trusting on their parents and even revealed their vulnerable feeling such as sorrow and disappointment. The genuine guilty of fathers and mothers upon the past mistake could enable adolescents to forgive. Being accepted by fathers and mothers would promote the willingness of

adolescents to help their fathers and mothers performing family function, 5) The Competence –Promoting Task was the therapy aimed at reconnecting relationship between adolescent and outside society (peers, school, workplace), the corrected relationship between adolescents and their parents father-mother would enable emotional security in adolescent to investigate their autonomy capability (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002) (Level 2).

Systemic behavior family therapy comprised of 2 types of therapy for dysfunctional families, that is, adopting functional family therapy in the first stage which therapist investigated worrying of family, then promote family participation in therapy as much as possible and identified behavior manifesting family dysfunction. The second stage was the problem solving therapy of Robin and Foster (1989) which family members concentrated on communication skill and problem solving training, changed family interaction pattern, systemic behavior family therapy enabled intensive social learning in depressive symptoms, parenthood, and adolescent development. The therapy focused on skill training and practice in workshop and at home (Brent et al., 1997; Sanford et al., 2006) (Level 2).

3.6 Depressive symptoms assessment for adolescents with major depressive disorder whose caregiver/parent were provided with psychosocial intervention: The Beck Depressive Inventory (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002; Brent et al., 1997) (Level 2), Hamilton Depression Rating Scale (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002) (Level2), and Reynolds Adolescent Depression Scale (Sanford et al., 2006) (Level 2).

4. Suggestions

4.1 Psychosocial intervention for caregivers of adolescents with major depressive disorder should be arranged in appropriate and accordance with the caregivers' pre- psychoeducation assessment result as follows;

1) If family member lack of knowledge on major depressive disorder, psychoeducation intervention should be given.

2) If caregivers are shameful to have the adolescents with major depressive disorder or had no time to participate the program in the setting, internet-based psychoeducation should be arranged.

3) For dysfunctional family, systemic behavior family therapy should be conducted.

4) For family with attachment disorder history, attachment-based family therapy should be conducted.

4.2 Psychosocial intervention for caregivers of adolescents with major depressive disorder implementation in the organization should carry out with the following procedure

1) Therapy outcome assessment planning and development with specified outcome, that is, major depressive disorder of adolescents, the numbers of caregiver participating in pilot study, scheduling outcome assessment.

2) Data collection on outcome assessment.

3) Developing clear and concise nursing guideline on psychosocial intervention for caregivers of adolescents with major depressive disorder.

4) Training relevant nurses and publicizing the nursing guideline on psychosocial intervention for caregivers of adolescents in the organization.

5) Extending the implementation of nursing guideline on psychoeducation intervention for caregivers of adolescents with major depressive disorder to other organizations.

6) Assessing the pilot study on process and outcome of implementing psychosocial intervention for caregivers of adolescents with major depressive disorder.

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *รายงานสถิติประจำปี 2550*. นนทบุรี.
- บัณฑิตศึกษาสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2549). *ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการพยาบาล สารสนเทศและสถิติ*. In สายพิน เกษมกิจวัฒนา (Eds.), *การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล* (pp. 14-2 - 14-69). นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.
- มานิช หล่อตระกูล, & ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (2 ed.). กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- มานิช หล่อตระกูล. (2547). *คู่มือ การใช้ยาทางจิตเวช* (2 ed.). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *รายงานสถิติประจำปี 2551*. นนทบุรี.
- วินัดดา ปิยะศิลป์, & พนม เกตุมาน. (2545). *จิตเวชเด็กและวัยรุ่น* (1 ed.). กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2543). *โรคทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น*. กทม: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2009). *บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับประเทศไทย*. กรุงเทพฯ.
- Alison M, H., & Ryan, C. E. (2002). Depressive Symptoms and Family Functioning in the Caregiver of Recently Hospitalized Patients with Chronic/Recurrent Mood Disorders. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 7, 53-60.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4 ed.). Washington,DC: American psychiatric Association.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Bettes, B. A., & Walker, E. (1986). Symptoms Associated with Suicidal Behavior in Childhood and Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14(4), 591-604.

- Birmaher, B., Arbelaez, C., & Brent, D. (2002). Course and Outcome of Child and Adolescent Major Depressive Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11(3), 619-637.
- Birmaher, B., Brent, D., Bernet, W., Bukstein, O., Walter, H., Benson, R. S., et al. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1503-1526.
- Birmaher, B., Bridge, J. A., Williamson, D. E., Brent, D. A., Dahl, R. E., Axelson, D. A., et al. (2004). Psychosocial functioning in youths at high risk to develop major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(7), 839-846.
- Branje, S., Hale, W., Frijns, T., & Meeus, W. (2010) Longitudinal Associations Between Perceived Parent-Child Relationship Quality and Depressive Symptoms in Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*.
- Boylan, K., Romero, S., & Birmaher, B. (2007). Psychopharmacologic treatment of pediatric major depressive disorder. *Psychopharmacology*, 191(1), 27-38.
- Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., et al. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 54(9), 877-885.
- Calles Jr, J. L. (2007). Depression in Children and Adolescents. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 34(2), 243-258.
- Cheung, A. H., Zuckerbrot, R. A., Jensen, P. S., Ghalib, K., Laraque, D., Stein, R. E. K., et al. (2007). Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): II. Treatment and Ongoing Management. *Pediatrics*, 120(5), e1313-1326.
- Csorba, J., Rozsa, S., Gadoros, J., Vetro, A., Kaczvinszky, E., Sarungi, E., et al. (2003). Suicidal depressed vs. non-suicidal depressed adolescents: differences in recent psychopathology. *Journal of Affective Disorders*, 74(3), 229-236.
- Daniel, N. K., Bruce, A. A., Jennifer, L. B., Frank, D., James, H. K., Andrew, C. L., et al. (2009). Early adversity in chronic depression: clinical correlates and response to pharmacotherapy. *Depression and Anxiety*, 26(8), 701-710.

- Demaso, D. R., Marcus, N. E., Kinnamon, C., & Gonzalez-Heydrich, J. (2006). Depression Experience journal: A Computer-Based Intervention for Families Facing Childhood Depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 158-165.
- Diamond, G., Siqueland, L., & Diamond, G. M. (2003). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: programmatic treatment development. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(2), 107-127.
- Diamond, G. M., Diamond, G. S., & Hogue, A. (2007). Attachment-based family therapy: adherence and differentiation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(2), 177-191.
- Diamond, G. M., Diamond, G. S., & Liddle, H. A. (2000). The therapist-parent alliance in family-based therapy for adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 56(8), 1037-1050.
- Diamond, G. S., Reis, B. F., Diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(10), 1190-1196.
- Domino, M. E., Burns, B. J., Silva, S. G., Kratochvil, C. J., Vitiello, B., Reinecke, M. A., et al. (2008). Cost-effectiveness of treatments for adolescent depression: results from TADS. *The American Journal of Psychiatry*, 165(5), 588-596.
- Donnellan, M. B., Conger, R. D., & Burzette, R. G. (2007). Personality Development From Late Adolescence to Young Adulthood: Differential Stability, Normative Maturity, and Evidence for the Maturity-Stability Hypothesis. *Journal of Personality*, 75(2), 237-264.
- Duckworth, K., & Gruttadaro, D. (2005). *A Family Guide: What Families Should Know about Adolescent Depression and Treatment Options*. Arlington: National Alliance on Mental Illness.
- Dunn, V., & Goodyer, I. M. (2006). Longitudinal investigation into childhood and adolescence-onset depression: psychiatric outcome in early adulthood. *The British Journal of Psychiatry*, 188(3), 216-222.

- Emslie, G. J., Heiligenstein, J. H., Hoog, S. L., Wagner, K. D., Findling, R. L., McCracken, J. T., et al. (2004). Fluoxetine Treatment for Prevention of Relapse of Depression in Children and Adolescents: A Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(11), 1397-1405.
- Essau, C. A. (2007). Course and outcome of major depressive disorder in non-referred adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 99(1-3), 191-201.
- Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R., & Rutter, M. (2001). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 1. Psychiatric outcomes in adulthood. *The British Journal of Psychiatry*, 179(3), 210-217.
- Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R., & Rutter, M. (2001). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 2. Suicidality, criminality and social dysfunction in adulthood. *The British Journal of Psychiatry*, 179(3), 218-223.
- Gollan, J., Raffety, B., Gortner, E., & Dobson, K. (2005). Course profiles of early- and adult-onset depression. *Journal of Affective Disorders*, 86(1), 81-86.
- Gould, M. S., King, R., Greenwald, S., Fisher, P., Schwab-Stone, M., Kramer, R., et al. (1998). Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(9), 915-923.
- Graziano, W. G., & Ward, D. (1992). Probing the Big Five in Adolescence: Personality and Adjustment During a Developmental Transition. *Journal of Personality*, 60(2), 425-439.
- Halloran, E., Ross, G., & Carey, M. (2002). The Relationship of Adolescent Personality and Family Environment to Psychiatric Diagnosis. *Child Psychiatry and Human Development*, 32(3), 201-216.
- Harkness, K. L., Lumley, M. N., & Truss, A. E. (2008). Stress generation in adolescent depression: the moderating role of child abuse and neglect. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(3), 421-432.
- Herring, M., & Kaslow, N. J. (2002). Depression and attachment in families: a child-focused perspective. *Family Process*, 41(3), 494-518.

- Heru, A. M., Ryan, C. E., & Madrid, H. (2005). Psychoeducation for caregivers of patients with chronic mood disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69(4), 331-340.
- Kennard, B. D., Stewart, S. M., Hughes, J. L., Jarrett, R. B., & Emslie, G. J. (2008). Developing Cognitive Behavioral Therapy to Prevent Depressive Relapse in Youth. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(4), 387-399.
- Klein, D. N., Arnow, B. A., Barkin, J. L., Dowling, F., Kocsis, J. H., Leon, A. C., et al. (2009). Early adversity in chronic depression: clinical correlates and response to pharmacotherapy. *Depress Anxiety*, 26(8), 701-710.
- Knox, M., King, C., Hanna, G. L., Logan, D., & Ghaziuddin, N. (2000). Aggressive behavior in clinically depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(5), 611-618.
- Korczak, D. J., & Goldstein, B. I. (2009). Childhood Onset Major Depressive Disorder: Course of Illness and Psychiatric Comorbidity in a Community Sample. *The Journal of Pediatrics*, 155(1), 118-123.
- Lewandowski, A., & Palermo, T. (2009). Parent-Teen Interactions as Predictors of Depressive Symptoms in Adolescents with Headache. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16(4), 331-338.
- Lewinsohn, P. M., Allen, N. B., Seeley, J. R., & Gotlib, I. H. (1999). First onset versus recurrence of depression: differential processes of psychosocial risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(3), 483-489.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Klein, D. N., & Seeley, J. R. (1999). Natural course of adolescent major depressive disorder: I. Continuity into young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(1), 56-63.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1994). Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 297-305.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D. N., & Gotlib, I. H. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. *The American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1584-1591.

- Liu, X., Gentzler, A. L., Tepper, P., Kiss, E., Kothencne, V. O., Tamas, Z., et al. (2006). Clinical features of depressed children and adolescents with various forms of suicidality. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(9), 1442-1450.
- Marmorstein, N. R., & Iacono, W. G. (2004). Major depression and conduct disorder in youth: associations with parental psychopathology and parent-child conflict. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 377-386.
- McCleary, L., & Sanford, M. (2002). Parental expressed emotion in depressed adolescents: prediction of clinical course and relationship to comorbid disorders and social functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(5), 587-595.
- Milin, R., Walker, S., & Chow, J. (2003). Major Depressive Disorder in Adolescence: A Brief Review of the Recent Treatment Literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(9), 600-606.
- Muris, P., Meesters, C., & van den Berg, S. (2003). Internalizing and Externalizing Problems as Correlates of Self-Reported Attachment Style and Perceived Parental Rearing in Normal Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 12(2), 171-183.
- Najman, J. M., Heron, M. A., Hayatbakhsh, M. R., Dingle, K., Jamrozik, K., Bor, W., et al. (2008). Screening in early childhood for risk of later mental health problems: A longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 42(8), 694-700.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2003). In Harm's Way Suicide in America: National Institute of Mental Health.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2008). Research Roundtable: Heterogeneity in Child and Adolescent Depression.
- Nelson, E. L., Barnard, M., & Cain, S. (2006). Feasibility of telemedicine intervention for childhood depression. *Counseling and Psychotherapy Research*, 6(3), 191-195.
- Nrugham, L., Larsson, B., & Sund, A. M. (2008). Specific depressive symptoms and disorders as associates and predictors of suicidal acts across adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 111(1), 83-93.
- Organization, W. H. (2005). *Mental Health Policy and Service Guidance Package : Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. Geneva: World Health Organization.

- Patton, G. C., Coffey, C., Posterino, M., Carlin, J. B., & Wolfe, R. (2000). Adolescent depressive disorder: a population-based study of ICD-10 symptoms. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(5), 741-747.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods* (7 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Puig-Antich, J., Kaufman, J., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Dahl, R. E., Lukens, E., et al. (1993). The psychosocial functioning and family environment of depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(2), 244-253.
- Rice, F. P., & Dolgin, K. G. (2005). *The Adolescent: Development, Relationships, and Culture* (11th ed.). Boston: Pearson.
- Ryan, N. D. (2008). Continuation treatment with antidepressants in child and adolescent major depression. *The American Journal of Psychiatry*, 165(4), 411-412.
- Sanford, M., Boyle, M., McCleary, L., Miller, J., Steele, M., Duku, E., et al. (2006). A Pilot Study of Adjunctive Family Psychoeducation in Adolescent Major Depression: Feasibility and Treatment Effect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 45(4), 386-495.
- Segal, Z. V., Pearson, J. L., & Thase, M. E. (2003). Challenges in preventing relapse in major depression: Report of a National Institute of Mental Health Workshop on state of the science of relapse prevention in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 77(2), 97-108.
- Sheeber, L., Hops, H., & Davis, B. (2001). Family processes in adolescent depression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(1), 19-35.
- Sihvola, E., Keski-Rahkonen, A., Dick, D. M., Pulkkinen, L., Rose, R. J., Marttunen, M., et al. (2007). Minor depression in adolescence: phenomenology and clinical correlates. *Journal of Affective Disorders*, 97(1-3), 211-218.
- Silk, J. S., Ziegler, M. L., Whalen, D. J., Dahl, R. E., Ryan, N. D., Dietz, L. J., et al. (2009). Expressed emotion in mothers of currently depressed, remitted, high-risk, and low-risk youth: links to child depression status and longitudinal course. *Journal of Clinical Child Psychology*, 38(1), 36-47.

- Tan, S., & Rey, J. (2005). Depression in the young, parental depression and parenting stress. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 13(1), 76-79.
- Taylor, S., Nunn, K., & Lask, B. (2003). *Practical Child Psychiatry: The Clinician's Guide*. Australia: Blackwell BMJ Books.
- Tozzi, F., Prokopenko, I., Perry, J. D., Kennedy, J. L., McCarthy, A. D., Holsboer, F., et al. (2008). Family history of depression is associated with younger age of onset in patients with recurrent depression. *Psychological Medicine*, 38(5), 641-649.
- Troedsson, H. (2005, 12–15 January). *Mental Health of Children and Adolescents*. Paper presented at the WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki.
- Vaidya, J. G., Gray, E. K., Haig, J. R., Mroczek, D. K., & Watson, D. (2008). Differential Stability and Individual Growth Trajectories of Big Five and Affective Traits During Young Adulthood. *Journal of Personality*, 76(2), 267-304.
- Williamson, D. E., Birmaher, B., Axelson, D. A., Ryan, N. D., & Dahl, R. E. (2004). First episode of depression in children at low and high familial risk for depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(3), 291-297.
- World Health Organization. (2003). *Caring for Children and Adolescents with Mental Disorders: Setting WHO Directions*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2005). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice : Report of the World Health Organization*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2006). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10 ed. Vol. 1A Tabular list). Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2007). *Fact Sheet No.220 Mental Health: Strengthening Mental Health Promotion*.
- Yorbik, O., Birmaher, B., Axelson, D., Williamson, D. E., & Ryan, N. D. (2004). Clinical characteristics of depressive symptoms in children and adolescents with major depressive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(12), 1654-1659; quiz 1760-1651.
- Zisook, S., Lesser, I., Stewart, J. W., Wisniewski, S. R., Balasubramani, G. K., Fava, M., et al. (2007). Effect of Age at Onset on the Course of Major Depressive Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164(10), 1539-1546.

Zuckerbrot, R. A., Cheung, A. H., Jensen, P. S., Stein, R. E., & Laraque, D. (2007). Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, assessment, and initial management. *Pediatrics*, 120(5), e1299-1312.





ภาคผนวก ก

Blackwell Synergy (ค.ศ. 1995 - 2009)

คำสำคัญ	ผลการสืบค้น/ เรื่อง	ใช้ได้/ เรื่อง
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depression	0	0
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depression	0	0
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depressive symptom	0	0
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depression	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depression	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depressive symptom	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depression	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depressive symptom	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0

CINAHL (ค.ศ. 1995 - 2009)

คำสำคัญ	ผลการสืบค้น/ เรื่อง	ใช้ได้/ เรื่อง
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depression	0	0
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depression	0	0
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depressive symptom	0	0
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depression	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depression	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depressive symptom	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depression	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depressive symptom	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0

HighWire Press (ค.ศ. 1995 - 2009)

คำสำคัญ	ผลการสืบค้น/ เรื่อง	ใช้ได้/ เรื่อง
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depression	0	0
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depression	0	0
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depressive symptom	0	0
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depression	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depression	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depressive symptom	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depression	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depressive symptom	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0

Ovid (ค.ศ. 1995 - 2009)

คำสำคัญ	ผลการสืบค้น/ เรื่อง	ใช้ได้/ เรื่อง
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depression	0	0
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depression	0	0
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depressive symptom	2	1
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depression	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depression	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depressive symptom	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depression	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depressive symptom	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0

PubMed (ค.ศ. 1995 - 2009)

คำสำคัญ	ผลการสืบค้น/ เรื่อง	ใช้ได้/ เรื่อง
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depression	1	0
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depression	2	0
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depressive symptom	1	0
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	1	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depression	7	1
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depression	20	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depressive symptom	5	1 (ซ้ำ)
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	14	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	16	1 (ซ้ำ)
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depression	39	1
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depressive symptom	10	2 (ซ้ำ)
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	32	1 (ซ้ำ)

ProQuest Nursing & Allied Health Source (ค.ศ. 1995 - 2009)

คำสำคัญ	ผลการสืบค้น/ เรื่อง	ใช้ได้/ เรื่อง
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depression	0	0
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depression	0	0
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depressive symptom	0	0
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depression	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depression	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depressive symptom	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depression	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depressive symptom	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0

ScienceDirect (ค.ศ.1995 - 2009)

คำสำคัญ	ผลการสืบค้น/ เรื่อง	ใช้ได้/ เรื่อง
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depression	0	0
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depression	0	0
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depressive symptom	0	0
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depression	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depression	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depressive symptom	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depression	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depressive symptom	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0

Springerlink (ค.ศ. 1995 - 2009)

คำสำคัญ	ผลการสืบค้น/ เรื่อง	ใช้ได้/ เรื่อง
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depression	0	0
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depression	0	0
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depressive symptom	0	0
Caregiver & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depression	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depression	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depressive symptom	0	0
Parent & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depression	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychoeducation & Depressive symptom	0	0
Family & Adolescent with Major Depressive Disorder & Psychosocial Intervention & Depressive symptom	0	0

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ-สกุล	นางบุญยืน เชื้อนาคะ
วัน/เดือน/ปีเกิด	25 ตุลาคม พ.ศ.2500
จังหวัดที่เกิด	จังหวัดฉะเชิงเทรา
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกทม, พ.ศ. 2523 มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2553 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
ทุนการศึกษา	กรมสุขภาพจิต
ที่อยู่ปัจจุบัน	119/90 ซ.สายไหม 8 แขวงสายไหม เขตสายไหม กรุงเทพฯ 10220
ประวัติการทำงาน	ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลศรีธัญญา 47 หมู่ 4 ต. ตลาดขวัญ อ. เมือง จ. นนทบุรี โทร. 02-525-0981-5 ต่อ 2324