

การบำบัดการรู้คิด - ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ
ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

The logo of Mahidol University is a circular emblem. It features a central golden stupa-like structure with multiple tiers and a flame-like base. The emblem is surrounded by a golden border containing Thai text. The text at the top reads 'จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย' (Mahachulalongkornrajavidyalaya Mahavithayalai Mahidol) and the text at the bottom reads 'มหาวิทยาลัยมหิดล' (Mahidol University).

นางเยาว์ วิสุทธิ

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ
ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์



นางนงเยาว์ วิสุทธิ
ผู้ศึกษา



รองศาสตราจารย์อঞ্জราพร สิริรุ่งวงศ์,
พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไตร,
พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. (ออร์โธปิดิกส์)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ยาใจ สัทธิมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

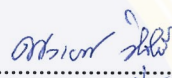
สารนิพนธ์

เรื่อง

การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ
ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2554



นางนงเยาว์ วิสุทธิ

ผู้ศึกษา



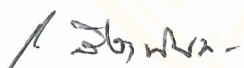
รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์,
พย.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอมพร รตินธร,
Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



นายธีระ ลีตานันทกิจ,
พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไธร,
พย.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พบ., วว. (ออร์โธปิดิกส์)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความรู้และความกรุณาและช่วยเหลือจากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากรองศาสตราจารย์อรรถพร สี่หิรัญวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไธโร อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาตรวจสอบและให้คำปรึกษา ชี้แนะเพื่อปรับแก้ข้อบกพร่องต่างๆ เติมเต็มความสมบูรณ์ของสารนิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ติดตามและให้กำลังใจที่ดีตลอดระยะเวลาของการทำสารนิพนธ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอมพร รตินธร ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และนายแพทย์ธีระ ลีลำนันทกิจ กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตและสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่สนับสนุนทุนการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณสมาชิกครอบครัววิสุทธิและครอบครัวเจริญผลทุกคนที่สนับสนุนและเป็นกำลังใจในการศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นที่ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้กันและกันตลอดมา และขอขอบคุณผู้ร่วมงานทุกท่านที่ช่วยรับภาระงานแทนในช่วงเวลาของการศึกษา คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอบูชาพระคุณบิดา มารดา และคณาจารย์ทุกท่าน ที่ทำให้ผู้ศึกษาได้ประสบความสำเร็จในครั้งนี้

นางเยาว์ วิสุทธิ

การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR RELAPSE AND RECURRENCE PREVENTION AMONG PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER : EVIDENCE – BASED NURSING

นางเยาว์ วิสุทธิ 4936682 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, พย.ค., ประภา ยุทธไตร, พย.ค.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาแนวทางการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดำเนินการด้วยวิธีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติ การพยาบาลของ Polit & Beck (2008) ดังนี้ 1) ระบุปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบแนวคิด PICO 3) ประเมินคุณภาพและระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 4) สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการดำเนินการได้งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) 6 เรื่อง เมื่อนำงานวิจัยดังกล่าวมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ได้ข้อแนะนำดังนี้ การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ เน้นทักษะการแก้ปัญหาและการปรับทัศนคติที่บิดเบือนให้เป็นทางบวก มี 2 แนวทางคือ การบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งทำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เสี่ยงต่อการป่วยซ้ำได้แก่ ผู้ที่เคยมีการป่วยซ้ำอย่างน้อย 2-5 ครั้งขึ้นไปภายใน 2.5-5 ปี หรือมีอาการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่เป็นเวลานาน หรือเป็นผู้ที่มีอาการซึมเศร้าเรื้อรัง การบำบัดสามารถทำในช่วงการรักษาระยะเฉียบพลันและในช่วงการรักษาระยะต่อเนื่อง สามารถใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้า การเลือกใช้แนวทางการบำบัดแต่ละรูปแบบต้องพิจารณาให้เหมาะสม กับลักษณะของผู้ป่วยและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงาน

หน่วยงานที่จะนำไปใช้ควรมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรและคู่มือการบำบัด เพื่อนำรูปแบบการบำบัดไปทดลองใช้และพัฒนาเป็นโปรแกรมมาตรฐาน เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานต่อไป

คำสำคัญ: การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม / โรคซึมเศร้า / อาการกำเริบ / การป่วยซ้ำ / การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR RELAPSE AND RECURRENCE PREVENTION IN PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER: EVIDENCE – BASED NURSING

NONGYOW VISUTTI 4936682 NSMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: ACHARAPORN SEEHERUNWONG, D.N.S., PRAPA YUTTATRI, D.N.S.

ABSTRACT

This study aimed to review the evidence-based practice of cognitive behavioral therapy (CBT) for relapse and recurrence prevention in patients with major depressive disorder (MDD). The study employed the method of applying evidence-based nursing practice, into clinical practice, of Polit and Beck (2008). This method is composed of the following strategies: 1) identifying a clinical problem of interest for study, 2) searching for the evidence by using the PICO framework, 3) evaluating the quality and strength of the evidence, and 4) analyzing and synthesizing the evidence. The method led to the retrieval of 6 randomized controlled trials. These studies were analyzed and synthesized to reach the following recommendation. CBT for relapse and recurrence prevention in patients with MDD emphasizes problem-solving skills and modifying the cognition that is distorted in to being positive. The therapy has two patterns: individual and group. The therapy is conducted on MDD patients, who are at risk of recurrence such as those who have had at least 2-5 recurrences within 2.5-5 years; who have long partial depression; or who have chronic depression. The therapy can be provided to patients in acute phase treatment and in continuations phase treatment. The therapy can be provided in combination with antidepressants. In order to select which pattern of CBT therapy is to be used, the users should consider if the therapy is appropriate for the characteristics of the patients and if possible to apply it to their organizations.

An organization that wants to apply CBT, with its major depressive patients, should prepare health care personnel and a therapy manual as a pilot practice that can be further and suitably developed as a standard practice guideline for use within the organizational context.

KEY WORDS: COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY / MAJOR DEPRESSIVE DISORDER / RELAPSE / RECURRENCE / EVIDENCE-BASED NURSING

125 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่สนใจ	1
1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา	8
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	9
1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	9
บทที่ 2 วิธีการดำเนินการ	
2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	10
2.2 การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	12
บทที่ 3 ผลการดำเนินการ	
3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น	15
3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์	18
3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	18
3.3.1 ตารางสรุปการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	19
3.4 ข้อเสนอแนะ	88
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	94
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	96
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	108
รายการอ้างอิง	121
ประวัติผู้ศึกษา	125

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Significance of the study)

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) เป็นโรคที่มีโอกาสเป็นเรื้อรังและเกิดการป่วยซ้ำสูง (Lifelong illness) โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ไว้ว่า ปีค.ศ.2020 โรคนี้จะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญลำดับ 2 ของโลก แต่ในประเทศไทยนั้นนับเป็นปัญหาสาธารณสุขลำดับ 4 โดยภายใน 1 ปี จะพบประชากรไทยป่วยร้อยละ 9 ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคนี้ถึงร้อยละ 5 หรือมากกว่า 3 ล้านคน ซึ่งยังไม่รวมถึงคนที่ไม่รู้ตัวเองว่าป่วยด้วย โรคนี้พบได้ในคนทุกเพศทุกวัยและทุกสาขาอาชีพ โดยอุบัติการณ์เริ่มต้นการเกิดโรคนี้พบมากในกลุ่มที่มีอายุน้อยลง เช่น กลุ่มเด็กและวัยรุ่น โรคนี้เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life years: DALYs) เมื่อวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไปพบว่าโรคนี้ก่อให้เกิดความสูญเสียเป็นอันดับ 1 ของหญิงไทยและอันดับ 3 ของชายไทย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550) โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมาก อันเนื่องมาจากความทุกข์ของโรค ผลลัพธ์ (outcomes) ของการเจ็บป่วย รวมถึงภาระ (burden) และต้นทุน (cost) ของโรค ผู้ป่วยร้อยละ 29-46 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา มีการเกิดอาการกำเริบ (relapse) สูงมากถึง ร้อยละ 80 (Fava & Davidson, 1996 อ้างใน ธวัชชัย ลิขิตานาจ, 2552) การป่วยซ้ำ (recurrence) ในโรคซึมเศร้าจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อมีการเกิดโรค (episode) ครั้งใหม่ โดยระยะเวลาของการเกิดโรคครั้งต่อไปมีแนวโน้มที่จะสั้นลงเรื่อยๆ (Boland & Keller, 2002) ความรุนแรง (severity) ของโรคจะมากกว่าการเกิดโรคครั้งที่ผ่านมา เป้าหมายสูงสุดในการรักษาโรคซึมเศร้าคือ ทำให้อาการสงบ (remission) และทำให้สงบอย่างต่อเนื่อง (sustained remission) (Rush et al., 2006; Anderson et al., 2008 อ้างใน ธวัชชัย ลิขิตานาจ, 2552) การเกิดอาการกำเริบและการป่วยซ้ำลดลง การเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบในช่วง 6 เดือนแรกของการสงบของโรค (Partial หรือ full remission) พบว่าอัตราการเกิดอาการกำเริบ (relapse rate) หลังจากที่มีอาการสงบของโรคภายใน 2 เดือนแรก เท่ากับร้อยละ 20-24 ใน 4 เดือนแรกเท่ากับร้อยละ 28-44 ใน 6 เดือนแรกเท่ากับร้อยละ 27-50 และในปีแรกเท่ากับร้อยละ 37-54 (Anderson et al., 2008; Belsher & Costello, 1988 อ้างใน ธวัชชัย ลิขิตานาจ, 2552)

โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการของโรคทางอารมณ์ชนิดหนึ่งที่เกิดจากความทุกข์ทรมารทั้งร่างกายและจิตใจซึ่งสามารถรักษาหายได้ แต่ก็มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูงถ้าผู้ป่วยขาดปัจจัยปกป้องหรือมีสิ่งกีดขวางที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต จากการศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าในช่วงชีวิตจะมีการป่วยซ้ำโดยเฉลี่ย 4 ครั้ง (Ludd, 1997 อ้างในธรรณิษฐ์ กองสุข, 2550) และพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดโรคซึมเศร้าซ้ำยิ่งเพิ่มมากขึ้น เมื่อติดตามภายหลังป่วยเป็นเวลานานขึ้น

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการดังนี้ 1) มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวัน 2) ความสนใจสิ่งต่างๆหรือความเพลิดเพลินในสิ่งต่างๆลดลงมาก 3) น้ำหนักลดลงอย่างมาก โดยไม่ได้มาจากการควบคุมอาหาร หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมากจากการเจริญอาหารแทบทุกวัน 4) นอนไม่หลับหรือหลับมากกว่าปกติเกือบทุกวัน 5) การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้าหรือกระวนกระวายอยู่ไม่สุข 6) อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรงเป็นแทบทุกวัน 7) รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินไปจนแทบทุกวัน 8) สมาธิลดลง ลังเลใจ หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้เป็นแทบทุกวัน 9) คิดเรื่องการตายหรือการฆ่าตัวตายอยู่เรื่อยๆโดยไม่ได้วางแผนแน่นอน

โดยจะต้องมีอาการในข้อ 1 หรือข้อ 2 หนึ่งข้อและอาการที่เป็นจะต้องมีอาการเปลี่ยนแปลงจากที่เคยเป็นอยู่และมีอาการเป็นอยู่นานอย่างน้อย 2 สัปดาห์และอาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาร หรือทำให้การทำหน้าที่บกพร่องลงอย่างชัดเจน (DSM-IV, สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน อ้างในมานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

การลงรหัสโรค Major Depressive Disorder ของระบบ DRG ในการคิดค่ารักษาจะใช้รหัส F 32.x หมายถึง Major Depressive Disorder, Single Episode มีการเกิดโรคหนึ่งครั้งไม่เข้ากับ Schizoaffective Disorder และไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกับ Schizophrenia, Schizophreniform Disorder, Delusional Disorder หรือ Psychotic Disorder Not otherwise specified ที่เป็นก่อนอยู่แล้ว ไม่เคยมี Manic Episode, Mixed Episode หรือ Hypomanic Episode

F 33.x หมายถึง Major Depressive Disorder, Recurrence มีการเกิดโรค สองครั้งหรือมากกว่า (ต้องมีช่วงเวลากการเกิดแต่ละ Episode นานอย่างน้อย 2 เดือนติดต่อกัน) (ICD-10 อ้างในมานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2541)

ระยะต่างของการดำเนินโรคซึมเศร้า (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

1. Episode หมายถึงช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการครบตามเกณฑ์
2. Partial remission (การปราศจากอาการบางส่วน) หมายถึง ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการน้อยลง โดยอาการที่ไม่ครบตามเกณฑ์ขั้นต่ำ ในการวินิจฉัยคำว่า response เริ่มตั้งแต่จุดที่มี Partial remission

3. Full remission (การปราศจากอาการ) หมายถึง ช่วงเวลาที่ไม่มีอาการและหายกลับเป็นปกติ จนสามารถดำเนินชีวิตประจำวันหรือทำหน้าที่การทำงานได้ตามปกติเหมือนกับระดับก่อนป่วย

4. Recovery (การฟื้นตัว) หมายถึง ผู้ป่วยมี remission ระยะเวลาหนึ่ง จนค่อนข้างแน่ใจว่า Recovery จาก Episode (ช่วงเวลาที่ไม่มีอาการติดต่อกัน) นานเป็นเวลา 4-6 เดือน

5. Relapse (อาการกำเริบ) หมายถึง หลังจากอาการซึมเศร้าทุเลาหายไปแล้ว ภายในระยะเวลา 6 เดือนมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นอีกครั้งเหมือนในระยะ Partial หรือ full remission (อ้างใน ธรรมนูญ กองสุข, 2550)

6. Recurrence (การป่วยซ้ำ) หมายถึง การเกิด New episode ภายหลังจากอาการซึมเศร้าครั้งก่อนหายไปแล้วนานกว่า 6 เดือน (ธรรมนูญ กองสุข, 2550)

อาการกำเริบและการป่วยซ้ำมีผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ สุขภาพแย่ลง ขาดเป้าหมายในชีวิต รู้สึกชีวิตไร้ค่า (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550) บุคคลที่มีโรคทางกายแทรกซ้อนรุนแรงพบว่า มีอัตราการเสียชีวิตรุนแรงกว่าผู้ที่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าร่วมด้วย (Furlanetto et al., 2000) นอกจากนี้ยังพบว่า มีภาวะบกพร่องทางเพศเรื้อรัง (สรยุทธ วาสิกานนท์, 2551) ประเทศไทยมีต้นทุนค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคิดเป็นเงินจำนวน 25,008,658 บาทต่อปี นับว่าเป็นจำนวนมาก (กิตติวรรณ เทียมแก้ว, บุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์และสุกสิทธิ์ พรหมนารุโณทัย, 2550) ผลกระทบที่นับว่ารุนแรงที่สุดคือ การฆ่าตัวตาย จากรายงานการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีอาการระดับรุนแรงมีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 77.4 ส่วนในระดับปานกลางมีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 12.9 (ธัญชนก พรหมภักดีและพิเชฐ อุดมรัตน์, 2551)

ปัจจัยทำนายอาการกำเริบและการป่วยซ้ำมีปัจจัยทางคลินิกอยู่หลายปัจจัย ที่ทำนายอาการกำเริบ ได้แก่ อาการที่หลงเหลือหลังจากอาการทุเลาแล้ว ที่เรียกว่า partial remission ซึ่งพบประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และจะพบบ่อยมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงมากและมีอาการอื่นร่วมด้วย ได้แก่ อาการวิตกกังวล ความคิดทางลบ ความบกพร่องในการทำหน้าที่ อาการคลั่งใล้อาเจียน และนอนไม่หลับในช่วงก่อนเข้านอน (Paykel et. al., 1995 อ้างใน รณชัย คงสกนธ์ และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, 2550) การที่เคยเกิดอาการหลายครั้ง มีอายุมาก มีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วย และเป็น Double depression คือมี major depression ร่วมกับ Dysthymia และพบว่าช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูงสุดที่จะเกิดอาการกำเริบคือ 3-6 เดือนแรกหลังจากอาการซึมเศร้าทุเลาหายไป (Keller et al. 1983; Lavori et al. 1984; Keller and Boland 1998) ด้านปัจจัยที่ทำนายการป่วยซ้ำ ได้แก่ การมี depressive episode เกิดขึ้นบ่อย หรือมีหลาย episode, Double depression การมีโรคซึมเศร้าเรื้อรัง เกิดขึ้นก่อนหน้านี้ ช่วงระยะเวลาของ episode ที่ยาวนาน ประวัติการมีโรคทางอารมณ์ในครอบครัว การที่ไม่สามารถแก้ไขอาการซึมเศร้า และอาการวิตกกังวลหรือการใช้สารเสพติดที่เกิดร่วมด้วยได้ อย่างสมบูรณ์ (รณชัย คงสกนธ์ และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, 2550)

การอธิบายการเกิดโรคซึมเศร้ามีหลายแนวคิดทฤษฎี ซึ่งในปัจจุบันยังหาข้อสรุปไม่ได้ว่า แนวคิดใดแนวคิดหนึ่งสามารถอธิบายการเกิดโรคนี้ได้ ดังนั้นการป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ จึงควรคำนึงถึงแนวคิดต่างๆ เหล่านั้นร่วมกัน ได้แก่ แนวคิดทางชีวภาพ ปัจจัยด้านชีวภาพได้แก่ พันธุกรรม neurotransmitter system, neuroendocrine system ส่วนปัจจัยอีกด้านคือ ปัจจัยด้าน จิตสังคม Beck และคณะ (1979) อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่า เกิดจากการมีความนึกคิดและมุมมองในแง่ลบ (Cognitive trait) มองตนเองว่าไร้ค่า มองโลกและสังคม ตลอดจนเหตุการณ์ในชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้จิตใจท้อแท้หมดหวัง รู้สึกถูกกดขี่และถูกคาดหวังจากสังคมมาก อนาคตมีแต่ความยากลำบาก รู้สึกสิ้นหวัง หมดหนทางแก้ไข ซึ่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อหนีปัญหา หรือหนีความทุกข์ทรมาร (ดวงใจ กสานสันติ, 2542)

ปัจจุบันมีการรักษาป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำของโรคซึมเศร้าด้วยวิธีการต่างๆ หลายวิธี หากจะจำแนกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ การรักษาทางชีวภาพ และการบำบัดทางจิตสังคม

การรักษาทางชีวภาพนั้น แบ่งเป็น การรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า ยาที่ใช้ในการรักษาจะออกฤทธิ์โดยเพิ่มระดับของสารส่งผ่านประสาทในสมองส่วนกลาง สารส่งผ่านประสาทที่สำคัญมี 2 ชนิด คือ serotonin และ nor epinephrine สารส่งผ่านประสาททั้ง 2 ตัวนี้จะลดต่ำลง และผลการลดลงทำให้ส่วนของสมองที่ทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม การรับประทานอาหาร การนอนหลับและความรู้สึกทางเพศแปรปรวน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) ยาแก้ซึมเศร้าปัจจุบันแบ่งออกตามการออกฤทธิ์เป็น 4 กลุ่มใหญ่ (มานิช หล่อตระกูล, 2549) ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มยา tricyclic antidepressant เช่น ยา imipramine, amitriptyline และ nortriptyline

กลุ่มที่ 2 กลุ่มยา monoamine oxidase inhibitor เช่น moclobemide

กลุ่มที่ 3 กลุ่มยา selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) เช่น fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline และ citalopram

กลุ่มที่ 4 กลุ่มยา New generation ได้แก่ mianserine, trazodone, tianeptine, bupropion และ venlafaxine, mirtazapine (มานิช หล่อตระกูล, 2549)

การรักษาด้วยยานั้นแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ตามการดำเนินโรค (มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550) ดังนี้

1. การรักษาระยะเฉียบพลัน (Acute treatment) เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยมาพบขณะมีอาการจนถึงหายจากอาการ คือ เข้าสู่ระยะ remission ยาหลักที่ใช้ในการรักษาได้แก่ ยาแก้ซึมเศร้า ที่นิยมใช้ในปัจจุบันได้แก่ fluoxetine เนื่องจากมีผลข้างเคียงต่ำ กินกินขนาดไม่เสียชีวิต เริ่มโดยให้ขนาด 20 มก. วันละ 1 มื้อหลังอาหารเช้า ในกรณีที่ผู้ป่วยกระวนกระวาย หรือวิตกกังวลมาก ร่วมด้วยอาจให้ diazepam 2 มก. กิน เช้า-เย็นร่วมด้วยใน 2 สัปดาห์แรก หากมีอาการนอนไม่หลับ

อาจให้ amitriptyline 10 มก. หรือ diazepam 2-5 มก. กินก่อนนอน ในระยะนี้ยาแก้ซึมเศร้าได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70-80 ในผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นไม่มาก ควรเพิ่มขนาดขึ้นถึง 40-60 มก./วัน หากให้นาน 4 สัปดาห์ แล้วยังไม่ตอบสนองอาจเปลี่ยนเป็นยาแก้ซึมเศร้าชนิดอื่น ส่วนในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วมด้วยนั้น การรักษาต้องให้ยารักษาโรคจิตควบคู่กันไป โดยทั่วไปขนาดไม่สูงเท่าที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท เมื่ออาการทางจิตดีขึ้นแล้วให้ค่อยๆลดขนาดลงจนหยุดยา

2. การรักษาระยะต่อเนื่อง (continuation treatment) เป็นการให้การรักษาต่ออีกประมาณ 4-9 เดือนหลังจากผู้ป่วยหายแล้ว ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นตัว (recover) ทั้งนี้พบว่าหากหยุดการรักษาก่อนนี้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการกำเริบ (relapse) สูงมาก เมื่อครบระยะเวลาแล้วให้ค่อยๆลดขนาดทุก 2-3 สัปดาห์จนหยุดการรักษา ขณะลดขนาดหากผู้ป่วยเริ่มกลับมามีอาการอีกให้เพิ่มยาขึ้นและคงยาอยู่อีกหนึ่ง เช่น 2-3 เดือนแล้วลองลดยาใหม่

3. การป้องกันระยะยาว (prophylactic treatment) การให้ยาเพื่อป้องกันจะพิจารณาในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการป่วยซ้ำ (recurrence) สูงคือ

3.1 มีอาการมาแล้ว 3 ครั้ง

3.2 มีอาการมาแล้ว 2 ครั้ง ร่วมกับมีภาวะต่อไปนี้

- มีประวัติ recurrence major depression หรือ bipolar disorder ในญาติใกล้ชิด (first-degree relative)

- มีประวัติ recurrence ภายใน 1 ปี หลังจากหยุดการรักษา

- เริ่มมีอาการครั้งแรกขณะอายุน้อย (ต่ำกว่า 20 ปี)

- มีอาการที่เป็นเร็ว รุนแรง หรืออันตรายต่อผู้ป่วยมา 2 ครั้ง ภายในช่วงเวลา 3 ปี

ระยะเวลาให้ยาป้องกันอย่างน้อยควรนาน 2-3 ปี จากนั้นจึงจะประเมินอีกครั้งหนึ่งว่าสมควรให้ยาป้องกันต่ออีกหรือไม่ ถ้าเป็นมากกว่า 3 ครั้ง ควรให้นานอย่างน้อย 5 ปี

ส่วนการรักษาด้วยไฟฟ้านั้น เป็นทางเลือกสุดท้ายของการรักษา แต่ไม่ได้ช่วยป้องกันการป่วยซ้ำ (Recurrence) จึงควรให้การรักษาด้วยยาต่อหลังจากผู้ป่วยอาการดีขึ้น การรักษาด้วยไฟฟ้ามุ่งเน้นการปรับสมดุลของสารส่งผ่านประสาทในสมองโดยใช้กระแสไฟฟ้าเป็นตัวบำบัด ซึ่งผู้รักษาจะเลือกวิธีนี้ใช้เฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการประกอบด้วย

1. มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงจนมีอันตรายต่อการฆ่าตัวตาย

2. ไม่สามารถรับประทานยาได้

3. ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา คือรับประทานยาแล้วไม่ได้ผลหรือได้ผลน้อย

4. ผู้ที่มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น หวาดระแวง (paranoid) หลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination)

การทำจิตบำบัด นับเป็นกระบวนการที่สำคัญอย่างยิ่ง ในการลดอาการซึมเศร้า รวมถึงวิธีการจัดการความเสี่ยง และป้องกันในระยะยาว โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็น เข้าใจตนเองได้อย่างถูกต้องและชัดเจนตามสภาพความเป็นจริง เข้าใจสาเหตุของปัญหา สามารถแก้ปัญหาผ่านกระบวนการคิด เพิ่มขีดความสามารถในการวิเคราะห์ แยกแยะสถานการณ์ในชีวิตให้เป็นไปในแนวทางที่เหมาะสม ซึ่งการเรียนรู้ใหม่ในลักษณะดังกล่าวนำไปสู่การให้ความหมายและให้คุณค่ากับชีวิตของตนเอง เกิดดุลยภาพทางสุขภาพ เกิดความสุขและความพึงพอใจ การบำบัดทางจิตที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้า ได้แก่

1. จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy) เน้นการแก้ไขปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลสำคัญในชีวิต มุ่งให้มีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ

2. การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) เชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีสาเหตุจากการมีแนวคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง ใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา การบำบัดเน้นการแก้ไขความคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องตามความเป็นจริงมากขึ้น รวมทั้งการปรับพฤติกรรม

การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม บางครั้งก็เรียกว่า การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา หรือการปรับพฤติกรรมทางปัญญา โดยมีจุดมุ่งหมายที่ การเปลี่ยนแปลงทางปัญญา เพื่อพฤติกรรมภายนอกจะได้เกิดการเปลี่ยนแปลง เริ่มมาจากแนวคิดของนักปรับพฤติกรรมและนักจิตวิทยา ต่อมามีการพัฒนาโดยนักจิตวิทยาและจิตแพทย์ นำเอากระบวนการทางปัญญามาใช้อธิบายกระบวนการควบคุมตนเอง และได้มีการพัฒนาเทคนิคดังกล่าวอีกหลายเทคนิคด้วยกัน ซึ่งเทคนิคเหล่านี้มีข้อสรุปเหมือนกัน คือ ตัวแปรทางปัญญามีผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางปัญญาได้ พฤติกรรมของบุคคลย่อมเปลี่ยนแปลงตาม และมีการพัฒนาการบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) ขึ้นโดย Aaron Beck ซึ่งเป็นจิตแพทย์ ที่เป็นผู้เริ่มปฏิรูปวิธีบำบัดทางปัญญาในพฤติกรรมซึมเศร้า เป้าหมายของการบำบัดคือ การทดแทนการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่บิดเบือน ไปสู่การประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่ตรงกับความเป็นจริง เป็นเทคนิคหนึ่งที่มีประสิทธิภาพมากในการบำบัดผู้ที่มีอาการซึมเศร้า (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) จากการทบทวนแนวคิดต่างๆจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง จะพบคำว่า Cognitive behavior therapy และ Cognitive therapy ซึ่งมาจากนักปรับพฤติกรรม นักจิตวิทยา และจิตแพทย์ แต่แนวคิดและรูปแบบการบำบัดสอดคล้องในจุดมุ่งหมายเดียวกัน ในการศึกษาครั้งนี้จึงอาจพบทั้ง คำว่า Cognitive therapy (CT) และ Cognitive behavior therapy (CBT) จากเอกสารที่ได้ทบทวนมาตามกลุ่มวิชาชีพของผู้ทำการวิจัยที่ส่วนใหญ่จะเป็นจิตแพทย์

การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) คือ จิตบำบัดชนิดหนึ่งที่เน้นบทบาทของการรับรู้และการตีความสถานการณ์ต่างๆ การบำบัดเป็นการปรับการรู้คิดที่บิดเบือนไป นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการรู้คิด ที่เที่ยงตรงมากขึ้น (ราชบัณฑิตสถาน, 2548) สามารถนำมาใช้บำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับการรักษาด้วยยา การบำบัดนี้จะมีการพิสูจน์โดยหาแบบแผนความคิด ตระหนักรู้ หรือค้นหาและจับความคิดอัตโนมัติทางลบ (identify) ที่ทำให้เกิดกระบวนการคิด (cognition) ที่บิดเบือนไปในทางลบ แล้วดัดแปลงแก้ไข (Modify) ให้เป็นกระบวนการคิดวิธีใหม่ (สุชาติ พหลภักย์, 2542) รวมทั้งยังสามารถป้องกันโรคซึมเศร้าไม่ให้เกิดการป่วยซ้ำ (Quiring et al., 2002; Fava et al., 2004; Bockting et al., 2005) การลดการป่วยซ้ำตามแนวคิดนี้ เชื่อว่าตัวแปรทางด้านการรู้คิดมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงตัวแปรด้านการรู้คิดได้ พฤติกรรมของบุคคลนั้นย่อมเปลี่ยนแปลงไปด้วย (Mahoney, & Arnkoff, 1978 อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) ในการปรับเปลี่ยนเนื้อหาความคิด Beck กล่าวว่า การบิดเบือนของเนื้อหาความคิดเป็นลักษณะการบิดเบือนอัตโนมัติเมื่อมีสิ่งกระตุ้นโดยไม่ผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์เหตุผลความเป็นไปได้ การบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยค้นหา negative cognition ที่ผู้ป่วยมีอยู่และช่วยทดสอบว่า negative cognition ไม่เป็นจริงเช่นนั้นเสมอไป การบำบัดมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนทั้งความคิด พฤติกรรม อารมณ์ โดยส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดยอมรับอาการป่วยและเห็นความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพิ่มความเชื่อมั่นในการบำบัดและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัจจัยต่างๆ ที่นำมาสู่การป่วยซ้ำ สอนให้ผู้ป่วยรับรู้อาการนำและจัดการกับอาการนำได้ สามารถค้นหารูปแบบความคิดทั้งทางบวกและลบที่ไม่เหมาะสม ปรับกระบวนการคิดใหม่ให้มีความยืดหยุ่นแทนกระบวนการคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสมซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหา จัดการหรือควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่งเสริมให้มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุล ลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การใช้สารเสพติด ซึ่งปัจจัยนี้จะเป็นปัจจัยปกป้องลดการป่วยซ้ำได้ (Perry, Tarrier, Morriss, McCarthy, & Limb, 1999; Lam et al., 2000)

การจะเลือกใช้วิธีบำบัดรูปแบบใดนั้น ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของความรุนแรงของปัญหา อาการและความสำคัญ ความต้องการการช่วยเหลือที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งการบำบัดที่มีประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับผู้ที่มีอาการในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (mild to moderate depression) เหมาะกับการทำจิตบำบัดในรูปแบบต่างๆ ส่วนในผู้ที่มีอาการระดับรุนแรง (severe depression) ในระยะ 2 สัปดาห์แรกการบำบัดหลัก คือ การใช้ยาแก้ซึมเศร้า เพื่อปรับระดับสารส่งผ่านประสาทส่วนกลางให้สมดุลให้มากที่สุด หลังจากผู้ดูแลประเมินร่วมกับการตรวจสภาพจิตและพบว่าผู้ป่วยดังกล่าวมีความสามารถรับรู้และความคิดดีขึ้น ผู้บำบัดจึงสามารถใช้การบำบัดด้วย

การทำจิตบำบัดควบคู่ไปด้วยเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาต่อไป (สายฝน เอกวรานุกร, 2553)

1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา (Clinical Question)

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ เน้นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่สถาบันเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ซ้ำซ้อน เรื้อรังและมีการป่วยซ้ำหลายครั้ง ซึ่งขณะนี้จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีสถิติมากเป็นอันดับ 2 ของสถาบัน แต่ยังไม่มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ ผู้ศึกษาตระหนักเห็นความสำคัญและปัญหาทางคลินิกดังกล่าว จึงได้ศึกษาทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขในครอบครัว และสังคม ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการให้การบำบัดช่วยเหลือต่อประชากรกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

จากข้อมูลฝ่ายแผนงานสถิติและเวชระเบียนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตั้งแต่ พ.ศ. 2550, พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2552 พบว่าผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในมีจำนวนมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคจิตเภท โดยมีจำนวน 8,673 ราย 8,629 รายและ 8,690 ราย ตามลำดับ จากรายงานการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน มีจำนวน 165 ราย, 152 รายและ 173 ราย ตามลำดับ เมื่อพิจารณาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการการรักษาทั้งหมดของสถาบันมีจำนวนน้อย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและกลับเข้ารับการรักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน 2-3 ครั้งต่อปี ก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น ด้านเศรษฐกิจ กล่าวคือ ขาดงานเสียรายได้และเสียค่ารักษา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว

การบำบัดรักษาและดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ที่ยกกลับป่วยซ้ำของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วไปที่ไม่มีอาการรุนแรงมากแพทย์จะให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน และนัดมาติดตามการรักษาเป็นระยะๆ สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรง มีความคิดต้องการทำร้ายตนเองตลอดเวลา ไม่สามารถดูแลหรือควบคุมตนเองได้ แพทย์จะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล การรักษาส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน คือการรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้าและยาอื่นๆ ตามลักษณะอาการของผู้ป่วย รวมทั้งการรักษาด้วยไฟฟ้าในรายที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่วนการบำบัดทางจิตสังคม เพื่อป้องกันอาการกำเริบและการกลับป่วยซ้ำยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน จากการ

ปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าป่วยซ้ำเพิ่มขึ้น จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 12 ราย ในช่วงเวลา 3 เดือน (ระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2553) มีประวัติอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ ในหอผู้ป่วยหญิง (ลดาวัลย์) จำนวน 4 รายและหอผู้ป่วยชาย (พยัคฆมอก) จำนวน 8 ราย ผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อกลับไปบ้านแล้วพบปัญหาการปรับตัวในที่ทำงาน ขาดการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน และมีความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัวทำให้รู้สึกท้อแท้เบื่อหน่าย ผู้ศึกษาได้ให้การดูแลช่วยเหลือด้วยการทำจิตบำบัดเชิงประคับประคองเป็นรายบุคคลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวกับปัญหาต่างดั่งกล่าว แต่ก็ยังไม่มีแนวทางในการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อป้องกันการกำเริบและป่วยซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

จากการทบทวนปัญหาการปฏิบัติงานและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมสามารถป้องกันอาการกำเริบ และการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ศึกษาจึงทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการปฏิบัติงานต่อไป

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Purposes of the study)

เพื่อพัฒนาแนวทางการใช้การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบ และการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในหน่วยงานที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ และพัฒนาไปเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อไปได้
2. นำไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างเป็นมาตรฐานโดยมีความครอบคลุมทั้งกาย-จิต และสังคม

บทที่ 2

วิธีการดำเนินการ

การศึกษารูปแบบการบำบัดการรู้คิด-การปรับพฤติกรรม เพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาดำเนินการ ดังนี้ 1) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO (PICO Framework: Population, Intervention, Comparison intervention, Outcome) (Melnik & Fineout - Overholt, 2005) เป็นแนวทางในการสืบค้นและใช้คำสำคัญในการสืบค้น 2) กำหนดขอบเขตที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์และไม่ตีพิมพ์เผยแพร่ 3) ทำการประเมินคุณภาพ โดยใช้เกณฑ์การประเมินแนวนอนในการนำไปใช้ในการปฏิบัติของ โพลิตและเบค (Polit & Beck, 2006) เพื่อประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 องค์ประกอบคือ 3.1) ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก 3.2) การมีความหมายในเชิงศาสตร์ 3.3) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติและ 4) ประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์การประเมินของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence) ของ (Melnik & Fineout - Overholt, 2005) โดยมีรายละเอียดการแบ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ ออกเป็น 7 ระดับ หลังจากนั้นสังเคราะห์เนื้อหาสำคัญที่ได้ทั้งหมดออกมาเป็นข้อแนะนำ (Recommendations) ในการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ขั้นตอนการดำเนินการมีรายละเอียดดังนี้

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม เพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้กรอบการสืบค้นตาม PICO (PICO Framework) เพื่อเป็นแนวทางในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด มีรายละเอียดดังนี้

(P) Population : Patients with Major Depressive Disorder

(I) Intervention : Cognitive Therapy, Cognitive Behavioral Therapy

(C) Comparison Intervention : none

(O) Outcome : Relapse prevention, recurrent prevention

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้

- Major Depressive Disorder, Depressive Disorder, Depression
- Cognitive Behavioral Therapy, Cognitive Therapy, CT
- Relapse prevention, recurrent prevention

ขอบเขตการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องสำหรับการวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนี้

1. ครอบคลุมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพทุกระดับ
2. สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ย้อนไป 20 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ.1990-2009
3. เลือกงานวิจัยที่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าซึ่งอยู่ในช่วงการ

Remission จนถึง Recurrence

4. เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เขียนด้วยภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

วิธีการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และแหล่งสืบค้นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- ฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ได้แก่

The Cochrane Library

- ฐานข้อมูลอื่นๆที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ CINAHL, PubMed, ProQuest, Blackwell Synergy, Science Direct และ Springer Link

Hand search

เอกสารอ้างอิง (Reference list) จากบทความวิทยานิพนธ์ตามห้องสมุดของสถาบันต่างๆในประเทศไทย

2.2 การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2.1 ประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการวิเคราะห์และประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการสกัดวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงในตาราง มีประเด็นสำคัญประกอบด้วยวัตถุประสงค์ ทู่นสนับสนุน สมมติฐานงานวิจัย สถานที่ในการศึกษาวิจัย กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ การบำบัด ระเบียบวิธีวิจัย ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัยที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในคลินิก และใช้เกณฑ์การประเมินแนวนั้มนำไปใช้ในการปฏิบัติของโพลิตและเบค (Polit & Beck , 2006) เพื่อประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 องค์ประกอบคือ

1) ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก (Clinical Relevance) โดยพิจารณาจากงานวิจัยที่ได้ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก สามารถช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลได้ มีการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก งานวิจัยนั้นพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติ เพื่อการแก้ไขปัญหาดตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลและงานวิจัยมีกระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้จริงในคลินิกได้

2) การมีความเหมาะสมหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์ (Scientific Merit) โดยพิจารณาจากแหล่งตีพิมพ์ ผู้ทำการวิจัย ทู่นสนับสนุน คุณภาพงานวิจัย ได้แก่ ชื่อเรื่อง ปัญหาและเหตุผลที่ทำให้การวิจัย กรอบแนวคิด วัตถุประสงค์การวิจัย การทบทวนวรรณกรรม การระบุประชากรเป้าหมาย วิธีการวิจัย การรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ การประเมินผลลัพธ์เหมาะสม การใช้สถิติหลักในการวิเคราะห์ ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย และมีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย การอ้างอิงถึงประชากรและข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัย

3) แนวนั้มนั้ที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential) ซึ่งการประเมิน มี 3 มิติหลัก คือ

3.1) การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) หมายถึงการเทียบเคียงความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นข้อเสนอแนะสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง เป็นการประเมินถึงข้อเสนอที่ได้ว่ามีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้หรือไม่ กลุ่มประชากรในหลักฐานหรืองานวิจัยต่างๆ มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรในหน่วยงานหรือไม่ ประชญาในการดูแลกลุ่มประชากรของหน่วยงานในหลักฐานหรืองานวิจัยมีความต่างหรือคล้ายคลึงกับกันหรือไม่และการนำข้อเสนอไปใช้จะสามารถประเมินประสิทธิผลได้จริง

3.2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of implementation) หมายถึง ความเป็นไปได้ในเชิงสภาพแวดล้อม ทรัพยากรเกื้อหนุนและบุคลากรภายในหน่วยงาน มีความเป็นไปได้ในการนำเสนอแนะจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นไปปฏิบัติได้จริงในหน่วยงานนั้น จะต้องประเมินถึงความเป็นอิสระของพยาบาลในการที่จะเริ่มหรือเลิกใช้ต้องมีการประเมินว่า ครอบคลุมการทำงานของบุคลากรอื่นหรือไม่ ฝ่ายบริหารสนับสนุนให้มีการนำมาใช้ในหน่วยงานหรือไม่ รวมทั้งประเมินบรรยากาศในองค์กรว่า ส่งเสริมต่อการนำไปใช้อย่างไร จะต้องประเมินความเห็นชอบของบุคลากรอื่นๆ ว่ามีความสนใจและสนับสนุนหรือต่อต้านการนำไปใช้หรือไม่ หากมีการนำไปใช้จะเกิดความขัดแย้งในหน่วยงานหรือไม่ นอกจากนี้ถ้าข้อเสนอแนะจำเป็นต้องฝึกการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติม ตามข้อเสนอแนะ ต้องประเมินว่าสามารถฝึกทักษะบุคลากรในหน่วยงานโดยการฝึกเองหรือต้องเชิญบุคลากรภายนอกมาฝึก มีความยากลำบากหรือความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด หากมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆเพิ่มเติม ต้องประเมินว่าหน่วยงานมีความพร้อมในการจัดหาอุปกรณ์ดังกล่าวหรือไม่และมีเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เหมาะสมหรือไม่

4) ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost – benefit ratio) หมายถึง การนำข้อเสนอแนะไปใช้จะต้องมีการประเมินสัดส่วนระหว่างประโยชน์ที่ได้รับกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น กล่าวคือ จะต้องมีการประเมินความเสี่ยงและผลประโยชน์ที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้น หากนำไปใช้ ต้องประเมินได้ว่าหากปฏิบัติในรูปแบบเดิมจะก่อให้เกิดความเสี่ยงอย่างไรในส่วนของค่าใช้จ่ายจะต้องมีการประเมินค่าใช้จ่ายสำหรับวัสดุอุปกรณ์ หากนำไปใช้ทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว ต้องประเมินได้ว่าหาก ไม่ใช้จะเกิดการสูญเสียอย่างไร

2.2.2 การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence)

จากผลการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (strength of evidence) ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout - Overholt (2005) ตามรายละเอียดการแบ่งระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

ระดับ 1: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta analysis) ที่ได้จากงานวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial, RCTs) หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จากงานวิจัยที่เป็น RCTs

ระดับ 2 : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial, RCTs) ที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี อย่างน้อย 1 เรื่อง

ระดับ 3 : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบรัดกุมมีการออกแบบอย่างดี (well - designed trials) แต่อาจไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (Controlled Trial without randomization)

ระดับ 4 : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น การศึกษาย้อนหลัง (Case control) หรือ การศึกษาติดตามไปข้างหน้า (cohort study) ที่มีการออกแบบวิจัยดีหรือการวิจัยกรณีศึกษาเชิงวิเคราะห์ (case - control analytical studies) ที่เป็นกลุ่มงานวิจัยหรือจากแหล่งศึกษามากกว่า 1 แหล่ง

ระดับ 5 : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของงานวิจัยเชิงพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 6 : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา/บรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

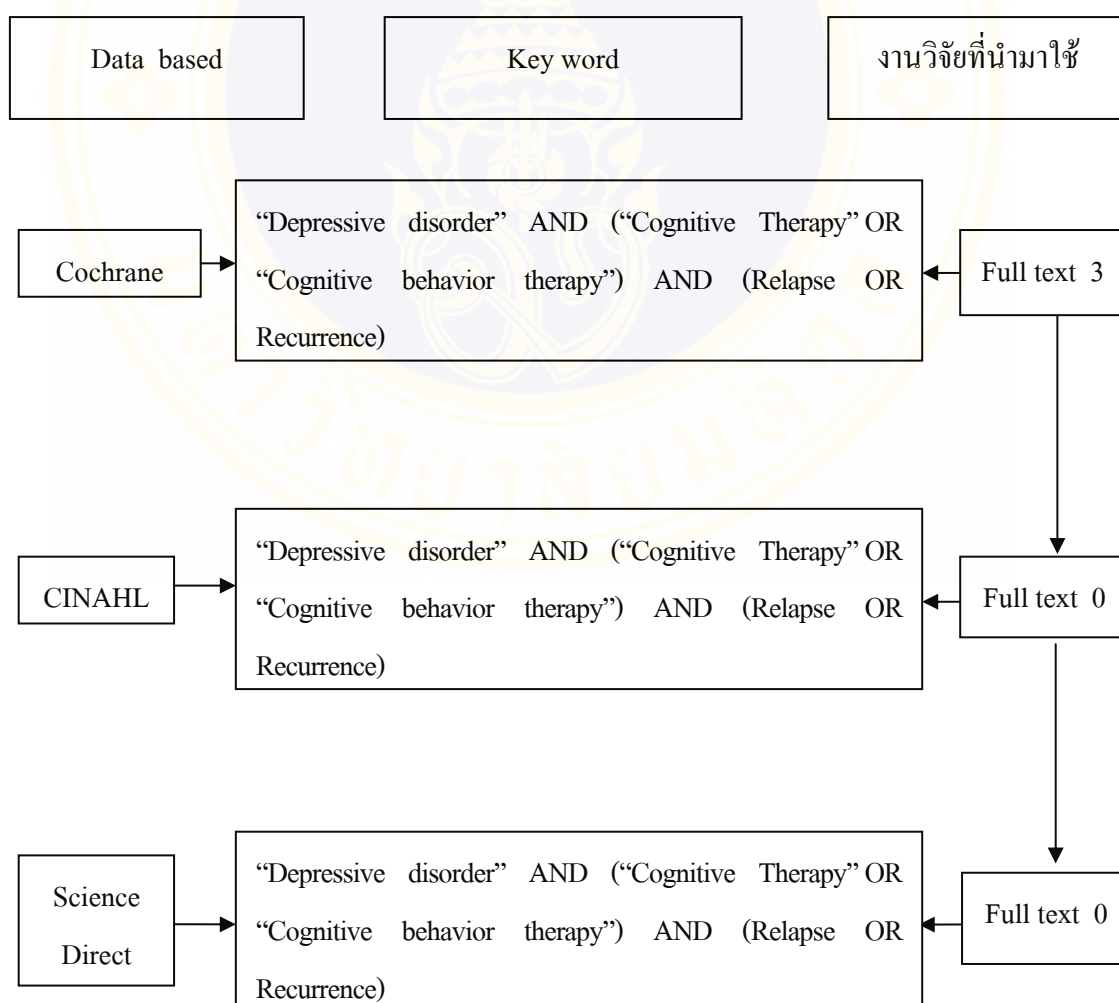
ระดับ 7 : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (opinion from respected authorities) หรือ การรายงานของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (reports of expert committees)

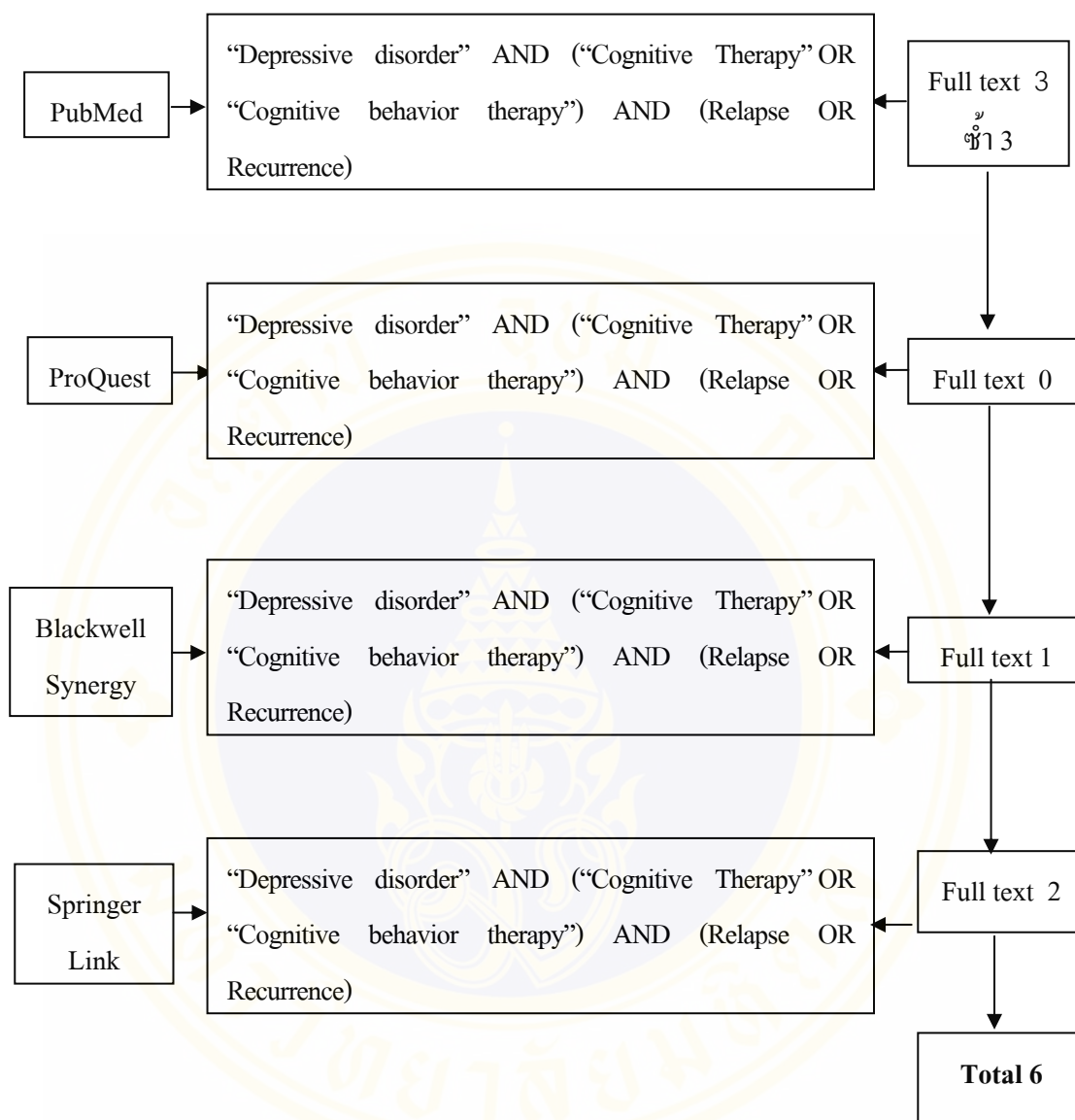
บทที่ 3

ผลการดำเนินการ

3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น

ภายหลังจากมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้แนวคิด PICO Framework ในการกำหนดคำสืบค้น แล้วกำหนดเกณฑ์คัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ และทำการสืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ พบงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆที่สืบค้นจนได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดจำนวน 6 เรื่อง จากฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้





จากการสืบค้นงานวิจัย พบงานวิจัยที่ซ้ำกันระหว่างฐานข้อมูล Cochrane และฐานข้อมูล PubMed จำนวน 3 เรื่อง ที่สามารถเข้าถึงงานวิจัยฉบับสมบูรณ์และผลลัพธ์ตรงกับขอบเขตการสืบค้นจากฐานข้อมูล Blackwell Synergy พบงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ 1 ฉบับ และจากฐานข้อมูล Springer Link พบงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ 2 ฉบับซึ่งเป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์และผลลัพธ์ตรงกับขอบเขตการสืบค้นรวมได้งานวิจัยที่นำไปวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวทางการบำบัดรวม 6 เรื่อง

ตารางที่ 3.1 งานวิจัยที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูล ที่กำหนดความเข้มแข็งและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด 6 เรื่อง

ลำดับ	ชื่อเรื่อง/ผู้วิจัย/วารสาร	ชนิดและระดับความเข้มแข็งของงานวิจัย
1.	Jarrett, R. B., Kraft, D., Doyle, J., Foster, B.M., Eaves, G. G., Silver, P. C. (2001). Preventing Recurrent Depression Using Cognitive Therapy With and Without a Continuation Phase. <i>Archive General Psychiatry</i> , 58, 381-387.	Randomized Controlled Trial ระดับ 2
2.	Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., Grandi, S. (2004). Six years outcome of Cognitive Behavior Therapy for Prevention of Recurrent Depression. <i>American Journal Psychiatry</i> , 161, 1872-1876.	Randomized Controlled Trial ระดับ 2
3.	Paykel, E.S., Scott, J., Teasdale, J. D., Johnson, A. L., Stat,C., Garland, A., et al. (1999). Prevention of Relapse in Residual Depression by Cognitive Therapy. <i>Archive General Psychiatry</i> , 56, 829-835.	Randomized Controlled Trial ระดับ 2
4.	Scott, J., Palmer, St., Paykel, E., Teasdale, J., Hayhurst, H. (2003). Use of cognitive therapy for relapse prevention in chronic depression, Cost-effectiveness study. <i>British Journal of Psychiatry</i> , 182, 221-227.	Randomized Controlled Trial ระดับ 2
5.	Hollon, S.D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R.M., O'Reardon, J.P., et al. (2005). Prevention of Relapse Following Cognitive Therapy vs. Medications in Moderate to Severe Depression. <i>Archive General Psychiatr</i> , 62, 417-422.	Randomized Controlled Trial ระดับ 2
6	Bockting, C. L. H., Schene, A. H., Spinhoven, P., Koeter, M.W. J., Wouters, L.F. Huyser, J., Kamphuis, J. H., (2005). Preventing Relapse/Recurrence in Recurrent Depression With Cognitive Therapy. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 73, 4, 647-657.	Randomized Controlled Trial ระดับ 2

3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาสกัดเนื้อหาสำคัญของหลักฐานเชิงประจักษ์และประเมินความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก การมีความหมายหรือการมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ

3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษานำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการประเมินทั้งคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนทั้งหมด 6 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เกี่ยวกับประเด็นปัญหาทางคลินิก โดยสรุปลงตารางและสรุปประเด็นที่ได้จากการสังเคราะห์ นำเสนอเป็นข้อเสนอแนะ (Recommendation) ได้ดังนี้

3.3.1 ตารางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

เรื่องที่ 1

ชื่อเรื่อง

Preventing Recurrent Depression Using Cognitive Therapy With and Without a Continuation Phase

ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์

Jarrett, R. B., Kraft, D., Doyle, J., Foster, B.M., Eaves, G. G., Silver, P. C. (2001).

แหล่งที่พิมพ์

Archive General Psychiatry, 58, 381-387.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	(1) เปรียบเทียบผลการทำ Cognitive Therapy ระหว่างกลุ่มที่ทำ CT ต่อเนื่องจาก A-CT(C-CT)และกลุ่มที่ไม่ได้ทำCT ต่อเนื่องจาก A-CT ในผู้ป่วย Recurrence MDD และ (2) ประเมินผลการทำ A-CT และ C-CT ในเวลา 2 ปี และระบุปัจจัยทำนายการเกิด Relapse และ Recurrence ในเวลา 2 ปี
ทุน	-
สมมุติฐานงานวิจัย	การทำ C-CT ต่อเนื่องจาก A-CT อีก 8 เดือน สามารถลดอัตราการ relapse ได้อย่างมีนัยสำคัญมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการทำ C-CT
Setting งานวิจัย	แผนกจิตเวชโรงพยาบาลศูนย์มหาวิทยาลัยเท็กซัส ตะวันออกเฉียงใต้ รัฐคัลลิส ประเทศสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย Recurrence MDD อายุระหว่าง 18 - 65 ปี ที่ผ่านการบำบัด Acute phase CT จำนวน 20 session เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้รับการบำบัดแบบ A-CT 1. ได้รับการวินิจฉัย non psychotic unipolar MDD ตามเกณฑ์ DSM-IV 2. มีการกลับเป็นซ้ำด้วยโรคซึมเศร้าโดยมีช่วงของการฟื้นฟูในระหว่าง episode ซัดเจนอย่างน้อย 2 เดือน (เกณฑ์การ recurrence คือ มี MDD 2 episode ที่แยกจากกันโดยมีช่วงปราศจากอาการอย่างน้อย 2 เดือน) 3. มีคะแนนจากแบบประเมิน 17-items Hamilton Scale (HRSD-17) ได้ผล = 16หรือมากกว่าตั้งแต่เริ่มต้นวินิจฉัยโรค และในการติดตามผล

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1. ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยด้วยโรคซึมเศร้า (จำนวน 91 คน) 2. ไม่มีการกลับเป็นซ้ำด้วยโรคซึมเศร้า (จำนวน 166) 3. คะแนนอาการซึมเศร้าวัดด้วยแบบวัด HRSD-17 ได้ผลน้อยกว่า 16 (จำนวน 66 คน) 4. มีข้อห้ามทางการแพทย์หรือการใช้ยา (n = 28) 5. มีโรคร่วมทางจิตเวชดังนี้ MDD + Psychotic Feature (n = 2) Recurrence Alcohol+ Drug abuse (n = 9) โรคจากความผิดปกติจากการนอนกรน/เพสสัมพันธุ์ (n = 9) บุคลิกภาพผิดปกติแบบ Borderline (n = 7) อื่นๆ (n = 1) เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n = 2) 6. ไม่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนด (n = 24) จำนวน 13 คนและไม่สามารถติดตามการรักษาตามนัดหมายหลังจากตกลงกันแล้ว มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 247 คน ที่ผ่านการคัดเลือกจะถูกประเมินตามเกณฑ์การติดตามและคัดออกจนได้ผู้ป่วย 161 คนที่มีคุณสมบัติเหมาะสมต่อการศึกษาแต่มี 5 คน ที่ไม่ยอมลงนาม ดังนั้นจึงเหลือจำนวนผู้เข้าร่วม A-CT จำนวนทั้งสิ้น 156 คน แต่เข้าร่วมไม่ครบการบำบัด 26คน (ถอนตัว 2 คนและหยุดการเข้าร่วม 24 คน) มีผู้เข้าร่วมจนครบระยะเวลา 130 คน เข้ารับการสุ่มประเมินตามเกณฑ์การทดลอง ได้จำนวน 87 คน แต่ลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาเพียง 84 คน ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่ม 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุม จำนวน 43 คน และกลุ่มทดลอง (C-CT)จำนวน 41 คน แต่มีการถอนตัวออกระหว่างการทดลองอีก 8 คน จึงเหลือเพียง 76 คนคือ กลุ่มควบคุมจำนวน 37 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 39 คน ที่ผ่านการบำบัดจนครบพบว่าในกลุ่มควบคุมมีอาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำ 12 คนจึงเหลือจำนวน 25 คนที่ผ่านการติดตามประเมินผลในที่สุด ในขณะที่กลุ่มทดลองพบว่ามีจำนวนการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำ 4 คน ซึ่งในกลุ่มทดลองนี้เมื่อได้รับการประเมินติดตามผลต่อมาออกจากการทดลองด้วยอาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำจำนวน 5 คนดังนั้นกลุ่มนี้จึงเหลือเพียง 30 คน

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	การคัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ารับการบำบัด C-CT โดยคัดผู้ป่วยที่ไม่มีอาการของ MDD ประเมินด้วย HRSD-17 มีคะแนนเท่ากับหรือต่ำกว่า 9 ผ่านการบำบัด A-CT ครบ 20 sessions และยินยอมเข้ารับการสุ่มเพื่อเข้ากลุ่มบำบัด C-CT ซึ่งผู้ป่วยจะถูกสุ่มด้วย PROC PLAN in SAS statistical software, version 6.04 (SAS Institute Inc, Cary, NC) ดังนี้ (1) จำนวนครั้งที่เกิดอาการ (แบ่งเป็นคนที่มีอาการ 2 ครั้งกับคนที่มีอาการ เท่ากับหรือมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป) (2) คะแนนจากแบบวัด HRSD-17 แบ่งเป็นคนที่มีความรุนแรงน้อยกว่า 6 และ คะแนน 6-9 ใช้คะแนนประเมินภายใน 7 วันของ session ที่ 20 และ (3) การเกิด double depression (การเกิดหรือไม่เกิด dysthymia ตามเกณฑ์ DSM-IV ก่อนการเกิดอาการครั้งปัจจุบัน) ทั้งผู้วิจัยและผู้ป่วยจะตกลงกันว่าจะไม่เปิดเผยว่าตนอยู่กลุ่มใดให้ผู้ประเมินทราบ
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	การวัดผลลัพธ์ใช้เครื่องมือดังนี้ 1. แบบวัดระดับซึมเศร้า 17 ข้อของ Hamilton (HRSD - 17 = 17 - item Hamilton Rating Scale for Depression) มี 17 ข้อ โดยระดับคะแนนที่ 16 หรือมากกว่าเป็นการวินิจฉัยเบื้องต้นในการประเมินผลและการติดตาม 2. แบบวินิจฉัยโรคทางจิตเวชสำหรับผู้ป่วยนอก DSM-III-R (SCID Outpatient version = Structured Clinical Interview for DSM-III-R- Outpatient version) และคัดกรองอย่างเข้มงวดร่วมด้วยการประยุกต์ใช้แบบวัด DSM-III-R กับ DSM-IV เพื่อคัดกรองแยกโรคให้ได้กลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์ที่กำหนด ออกจากโรคจิตอื่น 3. แบบประเมินติดตามผลระยะยาว Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (LIFE) การประเมินผลลัพธ์ มีรูปแบบการติดตามโดยผู้ป่วยยินยอมให้ติดตามทางโทรศัพท์หรือจากรายงานการใช้ยา (Psychotropic medication) โดย

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมิน ผลลัพธ์ (ต่อ)	ดำเนินการประเมินผลดังนี้ 1. เมื่อสิ้นสุด Acute-Phase (A-CT) 2. นักบำบัดหรือผู้ประเมินติดตามผู้ป่วยเวลาใดก็ตามที่สงสัยว่าอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำ 3. เมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 4 และเดือนที่ 8 ภายหลังการทดลอง 4. ติดตามผลในเดือนที่ 12 และเดือนที่ 24 การประเมินรายเดือนในช่วงเดือนที่ 13 ถึงเดือนที่ 20 จะไม่ใช่ผู้ประเมินที่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยอยู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมเพราะว่าต้นทุนสูง ถ้าประเมินพบว่าเกิดอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำจะทำการประเมินซ้ำโดยผู้ประเมินที่ไม่ทราบว่าใครอยู่กลุ่มไหน
การบำบัด (intervention)	การรักษาด้วยยาไม่ได้อยู่ในขบวนการศึกษาครั้งนี้ ก่อนทำการรักษาผู้ป่วยตกลงที่จะเลื่อนการรับประทานยาออกไปหรือจะรายงานการรับประทานยาให้ผู้วิจัยทราบ และจะต้องไม่รับการบำบัดทางจิตสังคมอื่นๆ มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม 43 คน กลุ่มทดลอง 41 คน ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการบำบัดด้วย Acute-Phase Cognitive therapy (A-CT) มาก่อน การบำบัด Acute - Phase Cognitive therapy (A-CT) ปฏิบัติตามขั้นตอนของ Beck และคณะ (1979) ทำการบำบัดทั้งหมดจำนวน 20 session ภายในเวลา 12-14 สัปดาห์ โดยการทำบำบัดรายบุคคลสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 50-60 นาทีใน 8 สัปดาห์แรก (16 session) และบำบัดสัปดาห์ละครั้ง ใน 4 สัปดาห์สุดท้าย (4 session) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อลดอาการซึมเศร้าและสามารถรวมถึงการป้องกันอาการกำเริบด้วย กลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดแบบ Continuation -Phase Cognitive therapy (C-CT) เพิ่มอีก 10 session ครั้งละ 60-90 นาทีตามขั้นตอนซึ่งพัฒนาโดย Jarret และปรับปรุงในภายหลังโดย Jarret & Kraft (1997) โดยทำการบำบัด 2 สัปดาห์ต่อหนึ่งครั้งเป็นเวลา 2 เดือน และเดือนละครั้งใน 6 เดือนต่อมา การบำบัดแบบ A-CT

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (intervention) (ต่อ)	เน้นการลดอาการซึมเศร้า และพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา และอื่นๆ C-CT นำทักษะการเรียนรู้จาก A-CT มาพัฒนา กลยุทธ์การจัดการปัญหาที่มีศักยภาพมากขึ้นโดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันอาการกำเริบ และการกลับเป็นซ้ำ ลดอาการหลงเหลือและนำทักษะที่ได้ไปขยายผลต่อไป ทบทวนกลยุทธ์ที่สามารถลดอาการซึมเศร้าได้ผลและคงทักษะซึ่งได้รับการบำบัดแบบ A-CT ไว้พัฒนากลยุทธ์การแก้ปัญหาเพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับสิ่งที่ไม่คาดหวังในอนาคต ผู้ป่วยจะถูกสอนให้ใช้อาการซึมเศร้าหรือความทุกข์ใจไปกระตุ้นให้นำทักษะที่ได้เรียนรู้มาจาก A-CT มาใช้ กลุ่มควบคุม ทำการติดตามประเมินผลเพียงอย่างเดียวเป็นเวลา 8 เดือน ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการติดตามประเมินผลการใช้ Intervention เป็นระยะเวลา 16 เดือน หรือจนกระทั่งถอนตัวออกจาก การเข้าร่วม แพทย์จะรวบรวมแบบสอบถามที่เป็น self - report ประเมินสถานะการวินิจฉัย MDD ตาม DSM-IV จากนั้นก็ทำการให้คะแนน ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับคำแนะนำให้โทรศัพท์หาผู้ประเมิน หากพบว่าเริ่มมีอาการซึมเศร้าระหว่างการศึกษา หากผู้ป่วยคนใดมีอาการทรุดลงหรือป่วยซ้ำ พวกเขาจะถูกส่งต่อเพื่อให้ได้รับการรักษาเพิ่มเติม (เช่นการรักษาด้วยยา) คุณสมบัติผู้บำบัด ผู้บำบัด 5 คน มีประสบการณ์บำบัด CT มาก่อนและแต่ละคน ผ่านการฝึกอบรมจำนวน 1 ปี หรือมากกว่า 1 ปีที่ผ่านการประเมินผล การบำบัดด้วยแบบประเมิน CTS (Cognitive therapy Scale) ที่คะแนน = 40 หรือมากกว่า ก่อนเข้าทำการทดลองในการศึกษานี้ ในการศึกษานี้มีการให้คำปรึกษาในระหว่างการบำบัดและใช้แบบ ประเมิน CTS ในการประเมินสมรรถนะของการบำบัด และให้ ข้อมูลย้อนกลับ และผู้บำบัดได้รับคำแนะนำแบบกลุ่มสัปดาห์ละครั้ง
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized clinical trial
ระดับของงานวิจัย	Level 2

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	การบำบัดโดย A-CT อย่างเดียว สามารถลดอาการกำเริบของโรคซึมเศร้าได้เมื่อผู้ป่วยยังอยู่ในระดับอาการคงที่ (Stable remission) หรือในผู้ป่วยที่ later age of onset การบำบัดโดย A-CT และ C-CT สามารถลดอาการกำเริบและการป่วยซ้ำในผู้ป่วยที่ early age onset และ Unstable remission การทดสอบสมมติฐานแรกที่ว่า C-CT สามารถลดอาการกำเริบได้มากกว่ากลุ่มควบคุม พบว่าในระหว่างการทำ C-CT 8 เดือน สามารถลดอัตราการเกิดอาการกำเริบได้อย่างมีนัยสำคัญมากกว่ากลุ่มควบคุม (relapse estimate: 10.3% vs 30.9%), $X^2_1=5.26$, $P=.02$ สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยทำนายต่อการเกิดอาการกำเริบหรือการป่วยซ้ำ ผลการศึกษาพบว่าอายุที่เริ่มป่วยและอาการทุเลาไม่คงที่มีอิทธิพลต่ออาการกำเริบเมื่อเวลาผ่านไป 8 เดือน และอาการทรุดหรือป่วยซ้ำเมื่อเวลาผ่านไป 24 เดือน อายุที่เริ่มป่วยถูกใช้เป็นตัวแปรร่วม โดยจำแนกอายุที่เริ่มป่วยเท่ากับหรือน้อยกว่า 18 ปี และมากกว่า 18 ปี จากการทำ log-rank test สำหรับระยะทดลอง 8 เดือน พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มป่วยกับสถานะอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเมื่อทำการวิเคราะห์ในระยะ 24 เดือนก็พบแบบแผนความสัมพันธ์เช่นเดียวกัน สำหรับการติดตาม 24 เดือน เมื่อทำ log-rank test ปรากฏว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มป่วยกับสถานะอาการอย่างมีนัยสำคัญ ($P=.02$) ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่เริ่มป่วยตั้งแต่อายุน้อยจะพบว่ามีอาการกำเริบมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุเริ่มป่วยที่มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ($P=.04$) ผู้ป่วยที่เริ่มป่วยตั้งแต่อายุน้อย พบว่าหากได้รับการบำบัดแบบ C-CT แล้วจะมีอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำน้อยกว่าพวกที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญ ($P=.009$) ผลของการบำบัดด้วย C-CT ผู้ป่วยที่เริ่มป่วยอายุน้อยหรือมากต่ออาการกำเริบและป่วยซ้ำไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (16% vs 50%; $P=.10$) เช่นเดียวกับที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องของอาการกำเริบและการป่วยซ้ำในผู้ป่วยที่มีเริ่มมีอาการ MDD ตอนอายุมาก ที่ได้รับและไม่ได้รับ C-CT (50% vs 36%; $P=.47$)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	การทำ C-CT สามารถลดอาการกำเริบและการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการป่วยซ้ำได้และผู้ป่วยที่เริ่มป่วยเมื่ออายุน้อยกว่า 18 ปี หรือผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาแบบไม่คงที่หรือไม่คงที่ (มี Residual symptoms) ควรได้รับการรักษา C-CT เพื่อป้องกันอาการกำเริบและป่วยซ้ำ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การบำบัดด้วย C-CT แบบรายบุคคลนี้สามารถนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ป่วยซ้ำที่เป็นผู้ป่วยนอก (เกณฑ์การ recurrence คือ มี MDD 2 episode ที่แยกจากกันโดยมีช่วงปราศจากอาการอย่างน้อย 2 เดือน) การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบำบัด A-CT ด้วย แบบวัดระดับซึมเศร้า 17 ข้อของ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) ที่ระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 16 รับการบำบัดเป็นรายบุคคลทั้งหมดจำนวน 20 session ภายในเวลา 12-14 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 50-60 นาทีใน 8 สัปดาห์แรก (16 session) และบำบัดสัปดาห์ละครั้ง ใน 4 สัปดาห์สุดท้าย (4 session) ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัด A-CT ครบ 20 sessions และไม่มีอาการของ MDD โดยประเมินด้วยแบบวัด HRSD-17 มีระดับคะแนนเท่ากับหรือต่ำกว่า 9 จะได้รับการบำบัดแบบ C-CT เพิ่ม อีก 10 session แต่ละ session ใช้เวลา 60-90 นาที บำบัด 2 สัปดาห์ต่อหนึ่งครั้งเป็นเวลา 2 เดือน และเดือนละครั้งใน 6 เดือนต่อมา สอนให้ใช้อาการซึมเศร้าหรือความทุกข์ใจไปกระตุ้นให้นำทักษะที่ได้เรียนรู้มาจาก A-CT มาใช้ในการลดอาการซึมเศร้า พัฒนาทักษะการจัดการแก้ปัญหาที่มีศักยภาพมากขึ้น เพื่อป้องกันอาการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำ ลดอาการหลงเหลือและนำทักษะที่ได้ไปขยายผลต่อไปเพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับสิ่งที่ไม่คาดหวังในอนาคต ประเมินติดตามเป็นเวลา 2 ปี ติดตามทางโทรศัพท์ หรือจากรายงานการใช้ยา โดยดำเนินการประเมินผลเมื่อสิ้นสุด A-CT ติดตามเวลาใดก็ตามที่สงสัยว่าอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำ และติดตามเมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 4 เดือนที่ 8 เดือนที่ 12 และเดือนที่ 24

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ใช้ผู้บำบัด 5 คน ที่มีประสบการณ์บำบัด CT มาก่อนและผ่านการฝึกอบรมมา 1 ปี หรือมากกว่า 1 ปี ได้รับการประเมินผลการบำบัดด้วยแบบประเมิน CTS (Cognitive therapy Scale) ที่คะแนน = 40 หรือมากกว่า มีการให้คำปรึกษาในระหว่างการบำบัดและใช้แบบประเมิน CTS ประเมินสมรรถนะของผู้ให้การบำบัด และให้ข้อมูลย้อนกลับ และคำแนะนำแบบกลุ่มสัปดาห์ละครั้ง
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือ เพื่อป้องกันการอาการกำเริบและการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่กษะที่ผู้ป่วยได้รับ สามารถนำไปใช้ได้อย่างต่อเนื่องในอนาคต เมื่อสิ้นสุดการเข้าโปรแกรมการบำบัดในคลินิก งานวิจัยระดับเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย recurrence MDD ที่เหมาะสมต่อการเข้ารับการบำบัด ซึ่งช่วยสนับสนุนในตัดสินใจการนำมาใช้ของพยาบาล พยาบาลมีเอกสิทธิ์เป็นนักบำบัดที่จะทำได้แต่ต้องผ่านการอบรมการทำ A-T และ C-CT ก่อนนำมาปฏิบัติ งานวิจัยนี้มีการทดสอบสมมติฐานที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ในวารสาร Archive General Psychiatry มีความน่าเชื่อถือในแง่แหล่งพิมพ์ที่มีชื่อเสียง 2. ผู้ทำการวิจัยปฏิบัติงานในสถาบันทางจิตเวชที่มีประสบการณ์และให้ความสนใจติดตามงานวิจัยด้านการบำบัดด้วย CBT อย่างต่อเนื่อง 3. งานวิจัยนี้ไม่ได้รับทุน 4. คุณภาพงานวิจัย ผู้ทำการวิจัยให้ความสนใจการเปรียบเทียบการใช้ การบำบัดโดย A-CT และการบำบัดด้วย C-CT ในผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดด้วย A-CT แล้ว โดยเลือกกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการป่วยซ้ำ 4. มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย และสมมติฐานการวิจัยอย่างชัดเจน 5. มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง ทั้งในส่วนที่สนับสนุนวรรณกรรมที่ทบทวนถูกต้อง และทันสมัย 6. มีการระบุกลุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	อย่างชัดเจน มีการสุ่ม กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอ ผู้วิจัยได้ระบุจำนวนผู้ร่วมการบำบัดก่อนการให้การบำบัด เมื่อสิ้นสุดการบำบัด และได้ให้เหตุผลที่ ผู้ร่วมการบำบัดออกจากการบำบัดในแต่ละช่วง การบำบัดว่าเป็นเพราะเหตุใด เมื่อสิ้นสุดการบำบัดผู้วิจัยไม่ได้ทดสอบความพอเพียงของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้สถิติในการวิจัย 7. มีการระบุ ว่างานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัย (design) เป็น Randomized clinical trial ระบุว่าใช้วิธีการในการเพิ่มระยะเวลาการบำบัดเพื่อให้ผู้ได้รับการบำบัดใช้ทักษะอย่างต่อเนื่องระยะยาวจนสามารถคงไว้ได้นานขึ้น ซึ่งทำให้มีทักษะอย่างต่อเนื่องในการจัดการกับอาการและความรู้สึกทุกข์ มีการระบุว่าความสามารถและคุณลักษณะของผู้บำบัดต้องผ่านเกณฑ์การฝึก CT จำนวน 1 ปี หรือ มากกว่า 1 ปี ต้องผ่านการประเมินผลสมรรถนะความสามารถด้วยแบบประเมิน CTS (Cognitive therapy Scale) ที่คะแนนเท่ากับ 40 มีการให้คำปรึกษาในระหว่างการบำบัด และผู้บำบัดได้รับคำแนะนำแบบกลุ่มสัปดาห์ละครั้ง 8. งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ แต่ไม่มีการระบุวิธีการรักษาความลับของผู้ร่วมการวิจัย 9. การใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักมีความเหมาะสม 10. การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ 11. ผลการวิจัย บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัย คือเพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้ การบำบัดโดย A-CT และการบำบัดด้วย C-CT ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ(Transferability of finding) งานวิจัยมีความเหมาะสมกับหน่วยงานจิตเวช และมีความเหมือนในกลุ่มเป้าหมายคือ เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ เป็นผู้ป่วยนอก การบำบัดที่ให้แกผู้ป่วย เป็นรูปแบบที่สามารถปฏิบัติได้และเหมาะสมในผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ ในการปฏิบัติ (ต่อ)	กลางวัน และที่มารับการบำบัดในคลินิก CBT ของผู้ป่วยนอก มีเป้าหมายที่คล้ายกันคือ การปรับกระบวนการคิด ต่อการจัดการที่ดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและคงไว้ซึ่งทักษะในการจัดการการแก้ปัญหาที่เหมาะสมต่อไป เพื่อเป็นการป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลจิตเวชสามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้อย่างอิสระ เนื่องจากมีทักษะการทำกลุ่มผู้ป่วยและมีประสบการณ์ทำงานด้านจิตเวช ถ้าได้ฝึกเพิ่มเติมสามารถปฏิบัติตามโปรแกรม โดยไม่เป็นการละทิ้งหน้าที่อุปกรณ์ไม่ยุ่งยากในการจัดหา แต่เนื่องจากระยะเวลาของการทำและติดตามค่อนข้างนาน กรณีที่ผู้ป่วยรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเมื่ออาการสงบต้องได้รับการจำหน่ายก่อนการสิ้นสุดโปรแกรม ควรต้องมีการส่งต่อให้พยาบาลที่คลินิกผู้ป่วยนอกดำเนินการอย่างต่อเนื่องต่อไปซึ่งทางสถาบันได้เปิดคลินิก CBT อยู่แล้วแต่ยังไม่มีแนวทางการดำเนินการต่อจากในหอผู้ป่วย จึงน่าจะเป็นช่องทางที่จะช่วยให้การแก้ปัญหอาการกำเริบและป่วยซ้ำได้รับการป้องกันที่ดีกว่าเดิม 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) เป็นประโยชน์ช่วยให้ผู้ป่วยปรับกระบวนการคิด เพื่อเพิ่มการจัดการที่ดีส่งผลต่อการลดการ recurrent ได้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและเป็นแนวทางที่ดีต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน คุ้มทุนคุ้มค่าต่อผลการปฏิบัติที่นอกจากจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยในระยะยาวแล้ว ยังช่วยลดต้นทุนการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบและเกิดการป่วยซ้ำ

เรื่องที่ 2

ชื่อเรื่อง

Six years outcome of Cognitive Behavior Therapy for Prevention of Recurrent Depression.

ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์

Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., Grandi S. (2004).

แหล่งที่พิมพ์

America Journal Psychiatry, 161, 1872-1876.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการทำ CBT และบริหารจัดการทางคลินิก (CM=Clinical Management) เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในโรคซึมเศร้าในระยะเวลา 6 ปี
ทุน	ทุนสนับสนุนบางส่วนจากโครงการ Mental health evaluation project
สมมุติฐานงานวิจัย	-
Setting งานวิจัย	มหาวิทยาลัย Bologna
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ป่วยจำนวน 45 คนที่เคยเข้าร่วมโปรแกรม Affective disorders ของมหาวิทยาลัย Bologna และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค MDD โดยไม่มีประวัติการติดสุรา สารเสพติด ไม่ป่วยด้วยโรคทางกายที่ต้องรับยาอยู่และเป็นผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อยาต้านเศร้าเป็นอย่างดี เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1. ผู้ป่วยโรค MDD โดยวินิจฉัยตาม research diagnostic criteria (RDC) 2. เคยมีอาการ depression น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง รวมทั้งครั้งนี้ด้วยโดยระยะเวลาของการป่วยครั้งสุดท้ายที่ผ่านมาจนถึงการป่วยครั้งนี้ไม่เกิน 2.5 ปี 3. มีช่วงของการ remission อย่างน้อย 10 สัปดาห์ ในช่วงที่ผ่านมา ก่อนป่วยครั้งนี้ ตามเกณฑ์ของ RDC (มีอาการไม่เกิน 2 อาการและมีอาการไม่รุนแรงโดยไม่มี functional impairment) 4. อาการ recurrent depression มีคะแนนความรุนแรงโดยรวมอย่างน้อย (minimum global severity score) 7 คะแนน 5. ไม่มีประวัติเป็น manic, hypomanic, or cyclothymic features 6. ไม่มีประวัติการใช้ยาหรือแอลกอฮอล์หรือบุคลิกภาพผิดปกติตาม

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	เกณฑ์ DSM-IV 7. ไม่มีประวัติการป่วยเป็น antecedent dysthymia มาก่อนหน้านี้ 8. ไม่มีโรคทางกายที่กำลังกำเริบ 9. ตอบสนองดีต่อยารักษาอาการซึมเศร้า ซึ่งสั่งโดยจิตแพทย์สองคนตาม protocol มาตรฐาน โดย Protocol เกี่ยวข้องกับการใช้ยาแก้ซึมเศร้าชนิด tricyclic จะค่อยๆเพิ่มขนาดยาขึ้นทีละน้อย ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อ tricyclic antidepressant ได้ก็จะถูกเปลี่ยนไปใช้ยาในกลุ่ม SSRI แทน สรุปแล้วกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาหลังจากได้รับยารักษาซึมเศร้าและผู้ป่วยประเมินว่าตนเองมีอาการดีขึ้น หรือดีขึ้นมากตาม global scale of improvement และมี full remission คือปราศจากกลุ่มของอาการซึมเศร้า และเมื่อวัดด้วยแบบวัด Paykel's clinical Interview for depression ที่ปรับปรุงใหม่ ไม่พบว่ามีอารมณ์เศร้าเลย (depressed mood) และหลังจากนั้นผู้ป่วยทุกคนได้รับการรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้าเต็มขนาดของการรักษา เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือนแต่ไม่เกิน 5 เดือน
เครื่องมือในการประเมิน ผลลัพธ์	1. Paykel's Clinical Interview for depression แบบสัมภาษณ์ ที่ครอบคลุม 19 กลุ่มของอาการซึมเศร้า 2. Research Diagnostic Criteria (RDC) แบบประเมินวินิจฉัยโรค MDD การประเมินโดยจิตแพทย์ ซึ่งผู้ประเมินจะไม่รู้สถานภาพของความเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ประเมินภายหลังการรักษาเริ่ม เดือนที่ 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60, 66 และ 72 โดยผู้ป่วยจะได้รับการแนะนำให้ติดต่อกลับทันที ถ้ามีอาการใหม่เกิดขึ้นและได้รับการรับประกันว่า จะได้รับการรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้า course ใหม่ เฉพาะเมื่อมีการ relapse
การบำบัด (intervention)	1. สุ่มผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งกลุ่มละ 20 คน คือ 1.1. บำบัดด้วยยาและ CBT

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (intervention) (ต่อ)	1.2. บำบัดด้วยยาและบริหารจัดการทางคลินิก(clinical management) โดยทั้ง 2 รูปแบบใช้เวลา 10-30 นาที ต่อ session จำนวน 1 ครั้ง/สัปดาห์ ทุกๆสัปดาห์ 2. การได้รับยาต้านเศร้า amitriptyline (AMT) หรือยาอื่นๆที่เทียบเคียงได้ค่อยๆลดจำนวนครั้งละ 25 mg สัปดาห์เว้นสัปดาห์ จนกระทั่งไม่ต้องรับประทานยา ทุกคนจะได้รับการหยุดยาใน 2 session สุดท้าย ยกเว้น 5 รายซึ่งจะถูกคัดออกจากการวิจัย (3 คนในกลุ่ม cognitive behavior treatment และ 2 คนในกลุ่ม clinical management) ซึ่งได้ถูกคัดออกจากการวิจัย จิตแพทย์คนเดียวกัน จะสั่งการรักษาทั้งในสองกลุ่ม ในการบำบัดแบบ CBT ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก โดย 1. การใช้ CBT บำบัด Residual symptoms ของ MDD 2. การปรับเปลี่ยนวิถีดำเนินชีวิต 3. การบำบัดให้มีความสุข (well-being) ในระหว่างการทดลองผู้ป่วยจะไม่ได้รับยาต้านเศร้าร่วมด้วย หรือการบำบัดทางจิตอื่นๆ นอกจากผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบ หลังได้รับการบำบัด กลุ่มตัวอย่าง 40คนจะถูกประเมินติดตาม ด้วยแบบ Clinical Interview for Depression ในเดือนที่ 3, 6, 9, 12, 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60, 66 และเดือนที่ 72 ในการติดตาม ประเมินผลจะมีการตรวจสอบสถานะทางคลินิกและยาที่ได้รับ ให้ข้อมูลเป็นปัจจุบัน ซึ่งได้แก่การมารับการรักษา ยาที่ได้รับ หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบจะได้รับการแนะนำให้ติดต่อกลับทันทีและได้รับการรับประกันว่า จะได้รับการรักษาด้วยยาแก้มซึมเศร้า courseใหม่ เมื่อมีอาการกำเริบเกิดขึ้นผู้ป่วยจะได้รับยาแก้มซึมเศร้าแบบที่เคยได้รับเมื่อคราวป่วยครั้งก่อน ในรูปแบบและระยะเวลาเดียวกันและเพิ่ม Clonazepam (0.5 mg x b.i.d.) เข้าไปในแผนการรักษาและให้ต่อเนื่อง แม้ว่าจะหยุดให้ยาต้านเศร้าแล้ว หากภายใน 6 ปี เกิดอาการกำเริบครั้งที่สอง ผู้บำบัดจะหยุดให้ยา clonazepam ทันที และผู้ป่วยก็จะได้รับการรักษาด้วยยาแก้มซึมเศร้า ชนิดเดิม ขนาดเดิมจนกว่าอาการจะทุเลาลง

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized clinical trial
ระดับของงานวิจัย	Level 2
ผลการวิจัย	สรุปผลการศึกษาเมื่อติดตามประเมินผล เป็นเวลา 6 ปี จากผู้ป่วย ทั้ง 40 คน (กลุ่มละ 20 คน) พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย CBT มีอาการกำเริบซ้ำ 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ในขณะที่กลุ่ม CM พบว่า มีอาการกำเริบซ้ำ 18 คน คิดเป็นร้อยละ 90 โดยกลุ่มตัวอย่าง มีการกำเริบอย่างน้อย 1 ครั้ง ซึ่งพบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.001$, Fisher's exact test) ค่าเฉลี่ยของ survival time ในผู้ป่วย กลุ่ม CBT = 235.0 สัปดาห์ (SD=111.7) และในกลุ่ม CM 95.5 สัปดาห์ (SD=93.3) ($t=4.29$, $df=38$, $p<0.001$) สำหรับตัวแปร 6 ตัว ที่คัดเลือกเข้า survival analysis พบว่า treatment assignment หรือ กลุ่มที่ถูกเลือกเท่านั้นที่มีระดับนัยสำคัญ ($p<0.001$, log-rank test) และเมื่อใช้ Cox proportional hazards model พบว่า cognitive behavior treatment มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อการทำให้อาการกำเริบทอดเวลาออกไป (delaying recurrence) ($p<0.001$, Fisher's exact test) ตัวแปรที่เหลือได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาที่มีอาการซึมเศร้า จำนวนครั้งที่มีการซึมเศร้าและจำนวนอาการที่เหลืออยู่ ไม่ถูกเลือกเข้าสมการ survival analysis กลุ่ม CBT มีจำนวนการ relapse ทั้งหมด 12 episode ในขณะที่กลุ่ม CM มีการ relapse 34 episode ในช่วงเวลาติดตาม 6 ปี ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 3.73$, $df = 38$, $P<.001$) ผลลัพธ์ดังกล่าวจากการทำ CBT หลังให้ยารักษา พิสูจน์ได้ว่า สามารถป้องกันกลับเป็นซ้ำได้ในระยะยาว โดยต่อไปผู้ป่วยอาจหยุดยาและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างดีอย่างน้อย 6 ปี แต่การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่เห็นได้ชัดคือ เรื่องของการเตรียมการเบื้องต้น ประการแรกคือ จำนวนตัวอย่างที่น้อยเกินไปสำหรับการศึกษาที่จะประเมินผลระยะยาว ประการที่สอง การศึกษานี้มีการออกแบบชนิดกึ่งธรรมชาติ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	ยาต้านเศร้าที่แตกต่างชนิดกันและไม่มีการควบคุมด้วยยาหลอก ในช่วงที่หยุดยา สุดท้ายคือ การทดลองนี้ดำเนินการโดยจิตแพทย์เพียงคนเดียวที่มีประสบการณ์อันยาวนานในเรื่องของ Affective disorders และ cognitive behavior psychotherapy ผลลัพธ์ที่ได้จึงอาจไม่เหมือนกันถ้าใช้ผู้บำบัดจำนวนหลายคนและมีประสบการณ์น้อยกว่านี้ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ทำให้เกิดสิ่งใหม่ๆในเรื่องของความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในเรื่องความสำคัญทางคลินิกเกี่ยวกับการบำบัดรักษาอาการกำเริบใน MDD
การสรุปเพื่อนำไปใช้	งานวิจัยนี้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มเป้าหมายที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ที่มีการป่วยซ้ำอย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป การบำบัดที่สามารถนำไปใช้โดยการทำ CBT ภายหลังที่ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาจนปราศจากอาการซึมเศร้า การทำจิตบำบัดด้วย CBT ไม่ได้มุ่งเน้นเพียงเพื่อลด residual symptom อย่างเดียว แต่จะมีการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินชีวิตซึ่งผู้ป่วยซึมเศร้าที่อยู่ในระยะฟื้นตัวมักจะไม่รู้ตัวในเรื่องของรูปแบบการดำเนินชีวิตที่บกพร่องอันเป็นผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในระยะยาว และการขาดความอยู่ดีมีสุขจะทำให้เกิดสภาวะที่อ่อนแอที่สามารถถูกโจมตีได้ง่าย ดังนั้นวิธีการทำจิตบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ดีมีสุข(Well-being psychotherapy)จึงเป็นส่วนประกอบสำคัญประเด็นหลักที่สามที่เติมลงไปในการบำบัดรักษาการรับรู้และพฤติกรรม (Cognitive behavior treatment) การทำ Cognitive behavior treatment หลังการบำบัดด้วยยาอย่างเข้มข้น ส่งผลต่อผลลัพธ์ระยะยาวของผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างมากในเรื่องของอาการกำเริบ ทำให้เห็นภาพที่ชัดเจนขึ้นว่าให้ผลที่ดีกว่าไม่ว่ากรณีใดๆ หากใช้ระยะเวลาของการบำบัดที่นานพอและหากผู้ป่วยเริ่มปรากฏอาการกำเริบก็สามารถได้รับการบำบัดที่เป็นการกระตุ้นเพิ่มเติมได้

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข คือ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำด้วยโรคซึมเศร้า ช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลในการใช้เกณฑ์การคัดกรองตามแบบประเมินที่เหมาะสม เพื่อให้ได้กลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์ และพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติ เพื่อการแก้ไขปัญหาตามขอบเขตการปฏิบัติพยาบาลที่มีหน้าที่หลักในการทำกลุ่มบำบัดในหอผู้ป่วยที่จะพัฒนางานให้ตรงตามผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ได้อย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ มีความน่าเชื่อถือในแง่แหล่งพิมพ์ที่มีชื่อเสียง 2. คุณภาพงานวิจัย งานวิจัยนี้ผู้ศึกษาให้ความสนใจการเปรียบเทียบการบำบัด 2 กลุ่ม มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย อย่างชัดเจน 3. มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง ทั้งในส่วนที่สนับสนุน วรรณกรรมที่ทบทวนถูกต้อง และทันสมัยหรือ มีการสรุปการทบทวนวรรณกรรม 4. มีการระบุกลุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน มีการสุ่ม กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอ ผู้วิจัยได้ระบุจำนวนผู้ร่วมการบำบัดก่อนการให้การบำบัด เมื่อสิ้นสุดการบำบัด และได้ให้เหตุผลที่ผู้ร่วมการบำบัดออกจากการบำบัดในแต่ละช่วงการบำบัดว่าเป็นเพราะเหตุใด เมื่อสิ้นสุดการบำบัดผู้วิจัยไม่ได้ทดสอบความพอใจเพียงของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้สถิติในการวิจัย 5. มีการระบุ ว่างานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัย(design) เป็น Randomized clinical trial งานวิจัยนี้ระบุการติดตามผลอย่างต่อเนื่องระยะยาวจนสามารถลงไว้ได้นานขึ้น
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ(Transferability of finding) งานวิจัยมีความเหมาะสมกับหน่วยงานจิตเวช และมีความเหมือนในกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการป่วยซ้ำ ในด้านการคัดกรองเพื่อนำผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดด้วย CBT มีเกณฑ์การคัดกรองที่เหมาะสมแต่ในด้านของการเตรียมการขั้นเริ่มต้น

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนำไปใช้ได้ ในการปฏิบัติ (ต่อ)	จะมีเรื่องของการรักษาด้วยยาที่ค่อนข้างยุ่งยากในการเตรียม เนื่องจากต้องผ่านการบำบัดและการกำหนดแนวทางการรักษาจากจิตแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพียงผู้เดียวในงานวิจัยนี้ 2.ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) หากในทีมการรักษาโดยแพทย์ร่วมสนับสนุนในแนวทางการควบคุมคัดเลือกลุ่มตัวอย่างในทางเดียวกันแล้วจะเป็นการสนับสนุนให้การนำไปใช้เกิดประโยชน์ได้สูงสุด แต่ระยะเวลาที่ต้องติดตามยาวนานถึง 6 ปีจะค่อนข้างใช้เวลานานเกินไปที่จะสามารถติดตามได้อย่างต่อเนื่องถึงแม้จะมีการเชื่อมโยงให้ดำเนินการต่อเมื่อผู้ป่วยสิ้นสุดระยะเวลาการรับไว้ในโรงพยาบาลและส่งต่อที่แผนกผู้ป่วยนอกก็ไม่มั่นใจว่าผู้ป่วยจะร่วมมือในการติดตามผลจนครบ 6 ปีหรือไม่ และที่หน่วยงานมีการหมุนเวียนอัตราค่าจ้างทุก 2 – 4 ปี ดังนั้นจะต้องเสียเวลาเพื่อฝึกฝนทักษะและการเตรียมคนในการทำการบำบัดที่เชี่ยวชาญต่อเนื่อง จึงอาจไม่ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหมายได้ตามงานวิจัยซึ่งได้ระบุปัญหานี้เช่นกัน

เรื่องที่ 3

ชื่อเรื่อง

Prevention of Relapse in Residual Depression by Cognitive Therapy

ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์

Paykel, E.S., Scott, J., Teasdale, J. D., Johnson, A. L., Stat,C., Garland, A., et al.
(1999).

แหล่งตีพิมพ์

Archive General Psychiatry, 56, 829-835.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	การวิจัยนี้เพื่อศึกษาผลการป้องกันอาการกำเริบในผู้ป่วย Residual Depression โดยการบำบัดด้วย Cognitive Therapy (CT)
ทุน	-
สมมุติฐานงานวิจัย	-
Setting งานวิจัย	แผนกผู้ป่วยนอกของคลินิกจิตเวชมหาวิทยาลัย Cambridge และ มหาวิทยาลัย Newcastle ประเทศอังกฤษ
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยอายุ 21-65 ปี ที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยด้วย โรคซึมเศร้า ใน 18 เดือนที่ผ่านมา แต่ใน 2 เดือนที่ผ่านมาไม่เข้าเกณฑ์ การวินิจฉัย มีอาการซึมเศร้าหลงเหลือมีคะแนนอย่างน้อยเท่ากับ 8 คะแนน จากแบบวัด HDRS และ 9 คะแนน จากแบบวัด BDI ผู้ป่วยบางรายเคยได้รับยาต้านเศร้าปริมาณเฉลี่ย วันละ 4 มื้อ คือได้รับ amitriptyline ขนาด 185mg / วันหรือ fluoxetine ขนาด 33mg / วัน เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) มีประวัติ Bipolar disorder cyclothymia schizoaffective disorder ติดยาหรือสารเสพติดมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมหรืออยาก ทำร้ายตนเองซ้ำๆ มี dysthymia ตามเกณฑ์ DSM-III-R ที่มีอาการ ก่อนอายุ 20 ปี ผู้ที่มี borderline personality การเรียนรู้บกพร่อง (IQ<70) มีภาวะสมองถูกทำลายหรือได้รับการกระทบกระเทือน หรือมี primary Axis I disorder และผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัด หรือเคยได้รับการทำ CT มากกว่า 5 sessions
เครื่องมือในการประเมิน ผลลัพธ์	1. วินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ DSM IV TR และbaseline 2. ประเมินด้วยแบบวัด HDRS, BDI

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (intervention)	การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ใช้เวลาภายในเวลา 20 สัปดาห์ของการบำบัดและติดตามผลการรักษาอีก 1 ปี มีการลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้ป่วยทุกคนจะถูกทำแบบประเมินคะแนนพื้นฐานเพื่อสุ่มเข้ากลุ่ม การสุ่มจะใช้วิธีการดำเนินการทางสถิติ โดยนักสถิติที่เรียงลำดับตัวเลขอย่างต่อเนื่องเก็บใส่ซองปิดผนึก และแบ่งเป็นกลุ่มๆ ได้แก่ การมีประวัติ major depressive มาก่อน (มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง กับ น้อยกว่า 2 ครั้ง) ระยะเวลาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ทั้งที่เป็นอาการที่ปรากฏชัดของ major depression และอาการที่ยังคงหลงเหลือ (มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี กับ น้อยกว่า 1 ปี) และคะแนนความรุนแรงของ major depression (คะแนนในระดับ mild หรือ moderate depression กับระดับคะแนน severe หรือมีอาการ psychotic) จากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มการดูแลตามปกติทางคลินิก Clinical management (CM) จะได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง จำนวน 78 คน (2) กลุ่มการดูแลตามปกติทางคลินิก(CM)ที่เพิ่มการบำบัดด้วย Cognitive Therapy จำนวน 80 คน การทดลอง แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะแรกเรียกว่า Treatment phase ใช้เวลา 20 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะได้รับยาในขนาดเดียวกัน ร่วมกับการดูแลตามปกติทางคลินิกอย่างต่อเนื่องเหมือนกันตลอดการศึกษา ต่างกันที่กลุ่มทดลองเพิ่มการบำบัดด้วย CT ในช่วง treatment phase นี้ผู้ป่วยจะได้พบกับจิตแพทย์ที่อยู่ในทีมวิจัยทุกๆ 4 สัปดาห์ ระยะที่สองเรียกว่า Follow-up phase ใช้เวลา 48 สัปดาห์ ซึ่งในระหว่างเวลาดังกล่าวนี้ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจะต้องพบกับจิตแพทย์ที่อยู่ในทีมวิจัยทุกๆ 8 สัปดาห์ การบำบัด ในกลุ่มการจัดการทางคลินิกและการให้ยาต่อเนื่อง (CM) ผู้รับการบำบัดพบจิตแพทย์โดยใช้เวลาสัมภาษณ์ ประมาณ 30 นาที

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (intervention) (ต่อ)	(บทสัมภาษณ์ได้รับการดัดแปลงมาจากของ Elkin และคณะ) มีการประเมินอาการและให้คะแนน ขอบเขตการ support ที่ได้รับ และมีการจ่ายยาและ การรักษาด้วยยาต้านเศร้าอย่างต่อเนื่อง สังการรักษาโดยจิตแพทย์ในขณะวิจัย การปรับลดขนาดจะดูตามความเหมาะสมที่จะไม่ทำให้เกิดผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ หากพบว่าอาการแย่ลง ขนาดยาจะถูกปรับเพิ่มขึ้นโดยกำหนดให้เพิ่มได้ 30% ของขนาดที่ได้รับเมื่อตอนคัดเข้าร่วมวิจัย อีกทั้งมีการบันทึกเทปและให้คะแนนทั้ง 2 กลุ่ม ในกลุ่มที่เพิ่มการบำบัดด้วย Cognitive Therapy (CM+CT) ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดเป็นระยะเวลา 20 สัปดาห์ จำนวน 16 sessions หลังจากสิ้นสุด 16 session แล้วจะเพิ่มอีก 2 sessions ในสัปดาห์ที่ 6 และ สัปดาห์ที่ 14 (Cognitive therapy ถูกดัดแปลงมาจากที่ Beck และคณะ ได้ทำไว้) ในทุก Sessions จะได้รับการบันทึกเทปและให้คะแนน โดยแต่ละ Session ของการทำ CT จะมีโครงสร้างที่ตายตัว มีกำหนดการที่แน่ชัด มีการทบทวนการบ้าน มีการสำรวจในประเด็นปัญหาเพื่อที่จะเรียงลำดับความสำคัญก่อน-หลัง และมอบหมายการบ้านให้ เนื้อหาสาระจะเปลี่ยนไปตามระดับความรุนแรงของอาการ Sessions แรกๆจะเน้นเกี่ยวกับปัญหาของแต่ละบุคคล จากนั้นดำเนินการตามขั้นตอนตามวิธีการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เน้นการแก้ปัญหาและการจัดการอาการ Sessions หลังจากนั้นจะเน้นที่การปรับความเชื่อที่ซ่อนอยู่ภายในและเทคนิคการจัดการตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบเนื่องจากอาการซึมเศร้าจะคงอยู่ในระยะเวลานาน จึงจำเป็นต้องมีเทคนิคที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพอใจหรือผูกพันกับการบำบัดด้วย CT และเน้นที่แก่นของความเชื่ออย่างไม่มีเงื่อนไข ส่วน 2 Sessions ที่เป็นการกระตุ้นภายหลังจะเป็นการทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหา การพูดคุยปรึกษากันถึงเรื่องที่ยุ่งยากและการเสริมเทคนิคการจัดการด้วยตนเองให้เข้มแข็งขึ้น

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (intervention) (ต่อ)	ผู้บำบัดจะต้องผ่านการอบรมมีใบประกาศนียบัตรรับรองผล การผ่านและมีประสบการณ์ในการบำบัดอย่างน้อย 4 ปี
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized clinical trial
ระดับของงานวิจัย	Level 2
ผลการวิจัย	สรุปผลการศึกษาพบว่า เมื่อติดตามเป็นเวลา 68 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่ ได้รับการดูแลตามปกติและได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าอย่าง ต่อเนื่องมีอัตราการเกิดอาการกำเริบสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญใน การเกิดอาการกำเริบร้อยละ 47 ในขณะที่กลุ่มที่เพิ่มการบำบัดด้วย Cognitive therapy มีอัตราการกำเริบร้อยละ 29 ซึ่งคิดเป็น 0.54 เท่า ของการดูแลตามปกติ (CI 0.32-0.93) CT สามารถเพิ่ม Full remission ได้ใน 20 สัปดาห์ แต่ไม่พบว่าอาการซึมเศร้าจะดีขึ้น แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า CT มีอิทธิพลต่อการป้องกัน relapse มากกว่าจะมีอิทธิพลต่ออาการที่ เกิดขึ้นในระยะเฉียบพลัน
การสรุปเพื่อนำไปใช้	กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ค่อนข้างป่วย เรื้อรัง (persistent symptoms) มีอาการหลงเหลือโดยวัดด้วยแบบวัด HDRS อย่างน้อย 8 คะแนน และจากแบบวัดด้วย BDI อย่างน้อย 9 คะแนน อีกทั้งยังได้รับยาต้านเศร้า (Antidepressant) วันละ 4 มื้อ คือได้รับ amitriptyline ขนาด 185 mg /วัน หรือ fluoxetine ขนาด 33 mg/วันผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะได้รับการดูแลรักษาตามปกติทาง คลินิกและได้รับยาอย่างต่อเนื่องตลอดการเข้าร่วมการวิจัย ในขณะที่ ที่กลุ่มทดลองจะเพิ่มการบำบัดด้วย CT จำนวน 16 session ภายใน 20 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดแล้ว จะมีการกระตุ้นอีก 2 session ใน สัปดาห์ที่ 6 สัปดาห์ที่ 14 หลังจากนั้น โดยการกระตุ้นดังกล่าวจะ เป็นการทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหา การพูดคุยปรึกษากันถึงเรื่องที่ ยุ่งยากและการเสริมเทคนิคการจัดการด้วยตนเองให้เข้มแข็งขึ้น มุ่ง ผลลัพธ์เพื่อป้องกันอาการกำเริบ ข้อมูลเชิงประจักษ์ของ ประสิทธิผลของ CT ที่เพิ่มเข้ามา พบว่ามีประโยชน์ในแนวทางการ ดูแล ที่นอกเหนือจากยาเพียงอย่างเดียว แต่การทำ CT ก่อนข้างใช้

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ทุนสูงกว่าการใช้ยาต้านเศร้าและต้องการผู้ป่วยที่ยินดีจะเข้าร่วมการบำบัด 15-20 sessions ในการศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนสำหรับการเพิ่ม CT ร่วมกับการใช้ยาต้านเศร้าเพื่อผลการรักษาที่ดีขึ้นโดยสามารถสมดุลกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นด้วย
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข คือ การแก้ปัญหาเพื่อป้องกันอาการกำเริบในผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเข้าของระดับอาการ relapse in residual MDD ช่วยในกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลในการเลือกผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเพิ่มเติมด้วย CT โดยพยาบาลสามารถทำการบำบัดได้แต่ต้องผ่านการอบรมและมีประสบการณ์การบำบัดที่ต้องได้รับใบประกาศนียบัตรผ่านการฝึกอบรมเป็นอย่างดีอย่างน้อยในงานวิจัยเน้นประสบการณ์การบำบัด 4 ปี ซึ่งในสถาบันที่ปฏิบัตินี้มีพยาบาลที่ผ่านทักษะและประสบการณ์มากกว่า 4 ปีเป็นส่วนใหญ่
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ในวารสาร Archive General Psychiatry มีความน่าเชื่อถือในแง่แหล่งพิมพ์ที่มีชื่อเสียงตีพิมพ์ใน 2. ผู้ศึกษาให้ความสนใจการเปรียบเทียบการใช้ การบำบัด 3. มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย อย่างชัดเจน 4. มีการสรุปการทบทวนวรรณกรรม 5. มีการระบุกลุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน มีการอธิบายการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนเพียงพอและระบุคุณสมบัติของผู้บำบัด 6. มีการระบุ ว่างานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัย (design) เป็น Randomized clinical trial 9. การใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักมีความเหมาะสม 10. การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ 11. ผลการวิจัย บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัย คือ เพื่อลดอาการกำเริบโดยการเปรียบเทียบ กลุ่ม CM กลุ่ม CM ที่เพิ่ม CT เข้าไป

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ ในการปฏิบัติ	3. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) งานวิจัยมีความเหมาะสมกับหน่วยงานจิตเวช และมีความเหมือนในกลุ่มเป้าหมายคือ โรคซึมเศร้า Intervention ให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นรูปแบบที่สามารถปฏิบัติได้ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลจิตเวชสามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้อย่างอิสระการปฏิบัติตามงานวิจัยต้องฝึกฝนทักษะเพิ่มเติมแต่ก็เป็นทักษะที่สามารถฝึกได้ ผู้ที่เคยผ่านทักษะการทำกลุ่มผู้ป่วยและมีประสบการณ์ทำงานด้านจิตเวช ถ้าได้ฝึกเพิ่มเติมสามารถทำได้ การปฏิบัติตามโปรแกรม สามารถปฏิบัติได้ตามชั่วโมง ไม่เป็นการละทิ้งหน้าที่อุปกรณ์ไม่ยุ่งยากในการจัดหา 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) เป็นประโยชน์ช่วยเพิ่มการจัดการที่ดีส่งผลต่อการลดอาการกำเริบในแง่ของผลลัพธ์ แต่หากมองในแง่ของการใช้ระยะเวลานั้นค่อนข้างใช้เวลานาน ซึ่งหากจะให้ครบตามโปรแกรมคงต้องใช้ระบบเครือข่ายของทีมงานดูแลเข้ามามีส่วนร่วม เช่น แผนกผู้ป่วยนอก หรือ โรงพยาบาลกลางวัน เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง อาจเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมต่อการบำบัดดังกล่าว แต่เมื่อเปรียบเทียบกับความคุ้มต่อการป้องกันอาการกำเริบจะต้องเข้ารับการรักษาล่วงหน้าในโรงพยาบาลแล้วนับว่าสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรับไว้เป็นผู้ป่วยในซ้ำๆ

เรื่องที่ 4

ชื่อเรื่อง

Use of cognitive therapy for relapse prevention in chronic depression,
Cost - effectiveness study.

ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์

Scott, J., Palmer, St., Paykel, E., Teasdale, J., Hayhurst, H.(2003).

แหล่งที่พิมพ์

British Journal of Psychiatry, 182, 221-227.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาความคุ้มค่าในการป้องกันอาการกำเริบด้วย Cognitive therapy
ทุน	Medical Research Council
สมมุติฐานงานวิจัย	การป้องกันอาการกำเริบด้วยการบำบัดทางจิตนี้มีค่าหรือไม่
Setting งานวิจัย	ประเทศอังกฤษ
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ป่วยนอกจิตเวชจำนวน 160 คน อายุระหว่าง 21-65 ปี ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดย เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) กลุ่มตัวอย่างต้องได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-III-R ด้วยโรคซึมเศร้า มีอาการภายใน 18 เดือนที่ผ่านมาแต่ไม่ใช่ 2 เดือนก่อนหน้าจะเข้าโครงการและต้องมีอาการหลงเหลืออยู่ในช่วง 8 สัปดาห์สุดท้าย โดยวัดด้วยแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 8 คะแนน และวัดด้วยแบบวัดของ Beck Depression Inventory (BDI) ได้คะแนนมากกว่า 9 คะแนนขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) หากพบว่ามีประวัติเป็น Bipolar Disorder หรือในครั้งนีหรือมีโรคร่วม Axis I หรือ Axis II อย่างชัดเจนหรือปัจจัยอื่นที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้และหากพบว่าผู้ป่วยยังคงได้รับการบำบัดแบบมีรูปแบบและเคยได้รับ Cognitive Therapy มาก่อนมากกว่า 5 sessions
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	การวัดผลลัพธ์เบื้องต้นของการอาการกำเริบจะถูกระบุโดยเกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่งต่อไปนี้ 1. เกณฑ์การวินิจฉัยโรคด้วย DSM-III-R โดยเข้าเกณฑ์

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมิน ผลลัพธ์ (ต่อ)	สำหรับ Major depressive disorder มาอย่างน้อย 1 เดือน และมีคะแนน HRSD 17 คะแนนขึ้นไปเมื่อประเมินแบบต่อหน้า 2 ครั้งอย่างต่อเนื่องโดยห่างกันอย่างน้อย 1 สัปดาห์ 2. แบบวัดระดับซึมเศร้า HRSD โดยมีอาการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ในระหว่างที่มีการประเมินอย่างต่อเนื่อง 2 ครั้งห่างกัน 2 เดือน มีคะแนน HRSD อย่างน้อย 13 คะแนน ทั้ง 2 ครั้งร่วมกับมีระดับของความเจ็บปวดวุ่นวายใจหรือการไม่สามารถทำหน้าที่ได้ซึ่งไม่สามารถคงขนาดยาไว้ที่ระดับเดิมได้
การบำบัด (intervention)	กลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 คน จะได้รับยาต้านเศร้า amitriptyline ที่ขนาดต่ำสุดคือเทียบเท่า 125 mg ขึ้นไป (4 ครั้ง/วัน) จากนั้นจะถูกสุ่มให้เข้ากลุ่ม จำนวนกลุ่มละ 80คน 2 กลุ่ม คือ 1.การดูแลทางคลินิกเพียงอย่างเดียว(CM) 2.การดูแลทางคลินิก (CM) ร่วมกับ Cognitive Therapy (CT) กลุ่มที่ได้รับการดูแลทางคลินิกเพียงอย่างเดียวจะได้พบกับจิตแพทย์เป็นเวลา 30 นาทีในทุก 4 สัปดาห์ระหว่าง Treatment phase (20สัปดาห์) และพบทุก 8 สัปดาห์ ในช่วง 48 สัปดาห์ของ Follow-up phase กลุ่มที่ได้รับการดูแลทางคลินิกร่วมกับ Cognitive Therapy จะมีทั้งหมด 16 sessions ตลอด 20 สัปดาห์โดยมี session ย่อยที่เป็นการกระตุ้นอีก 2 sessions มีการบันทึกเสียงและมีการตรวจสอบเพื่อรับประกันความเที่ยงตรงของกระบวนการและสมรรถนะของผู้บำบัด ผู้ป่วยทุกคนยังคงได้รับยาต้านเศร้าอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา ขนาดยาจะมีการเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 30 จากช่วงที่คัดเข้าโครงการ ซึ่งบางรายมีการส่งยาเสริมให้ด้วย
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized clinical trial
ระดับของงานวิจัย	Level 2
ผลการวิจัย	ลักษณะเบื้องต้นทางประชากรของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 43 ปี และ 50% เป็นเพศชาย คะแนนความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าแสดงด้วยค่าเฉลี่ย

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	ของ HRSD เท่ากับ 12 และค่าเฉลี่ยของ BDI เท่ากับ 22 ทั้งที่เกินกว่า 50% อยู่ในกลุ่มอาการรุนแรง ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่เกิดอาการในครั้งปัจจุบันคือประมาณ 14 เดือน มีเพียง 30% ของกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าเป็นครั้งแรก ขนาดยาต้านเศร้าที่ได้รับอยู่ที่ วันละ 186 mg ที่เป็นค่าเทียบเท่าของ amitriptyline เมื่อใช้ TCAs และเทียบเท่า 33mg ของ fluoxetine สำหรับกลุ่มที่ใช้ SSRIs ประมาณ 60% ของกลุ่มตัวอย่างใช้ ยากลุ่ม SSRIs และประมาณ 15% ได้ยา ลิเทียมเพิ่มเข้ามาด้วย จากที่ Paykel และคณะ (1999) ได้รายงานไว้ อัตราการกำเริบจากการคำนวณสถิติสะสมสำหรับกลุ่มที่ได้รับ cognitive therapy และกลุ่มควบคุม เมื่อทำ intention-to-treat analyses พบว่าได้ค่า 10% และ 18% ตามลำดับเมื่อติดตามที่ระยะเวลา 20 สัปดาห์และ 29% กับ 47% ที่ 68 สัปดาห์ (adjusted hazard ratio=0.51; 95% CI 0.32–0.93) จำนวนครั้งที่จำเป็นต่อการบำบัดด้วย cognitive therapy ต่อการหลีกเลี่ยงอาการกำเริบของโรคซึมเศร้าที่อาจเพิ่มขึ้นอยู่ที่ 6 ครั้ง (95% CI 3–11) ต้นทุนรวม ค่าเฉลี่ยต้นทุนทางตรงด้านสุขภาพ (ไม่นับรวมต้นทุนของการทำ Cognitive therapy) พบว่าต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่ได้รับ การบำบัดแบบ cognitive therapy เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม การทำ Cognitive therapy มีผลทำให้ต้นทุนประหยัดได้โดยเฉลี่ย £385 (95% CI £1–£769) การประหยัดต้นทุนที่ว่ามีค่ามากขึ้นเมื่อดู จากค่าใช้จ่ายในการรับการรักษาแบบผู้ป่วยในและจำนวนวันที่ต้อง มารับบริการ และเมื่อต้องนำต้นทุนของการทำ cognitive therapy เข้ามาร่วมพิจารณาวันนอนที่ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มนี้จะมีค่าใช้จ่ายที่แพง กว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบเดิมๆ ซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยที่ได้รับ cognitive therapy จะมีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ £779 (95% CI £387–£1170) อย่างไรก็ตาม การทำ cognitive therapy มีผลอย่างสำคัญต่อค่าชดเชยใน area อื่นๆของการใช้จ่ายเงิน

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	เพื่อการดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นที่ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่ได้รับ cognitive therapy (£779) จึงต่ำกว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในภาพรวม ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบต้นทุนเฉลี่ยกับผลที่ได้รับอย่างชัดเจน จะเห็นว่า Cognitive therapy มีประสิทธิผลมากกว่า แต่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลทางคลินิกปกติกับการใช้ยาต้านเศร้ามากกว่า ผลของ ICER คือค่าใช้จ่ายที่ £4328 ต่อการป้องกันการป่วยซ้ำ (£779/0.18) นั่นก็หมายความว่าเราจะต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ £12.50 ต่อวันที่ป่วยซ้ำแต่ละวันที่เพิ่มขึ้นนั่นเอง ในกลุ่ม cognitive therapy ภาพของ cost effectiveness-acceptability curve แสดงให้เห็นถึงความน่าจะเป็นของการนำ cognitive therapy มาเสริมกับการรักษาอื่นซึ่งจะให้ผลคุ้มค่ามากกว่าการรักษาทางคลินิกและการให้ยาแก้เศร้าเพียงลำพัง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจพิจารณาถึงอัตราผลตอบแทนที่จะจ่ายได้เพื่อป้องกันการกำเริบที่เพิ่มมากขึ้น ยกตัวอย่างเช่น หากผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจมีความยินดีที่จะจ่าย £6000 ความน่าจะเป็นของความคุ้มค่าของ cognitive therapy จะอยู่ที่ 60% ขึ้นไป และถ้าเพิ่มเป็น £8500 ความน่าจะเป็นของความคุ้มค่าของ cognitive therapy จะอยู่ที่ 80% ขึ้นไป เป็นต้น
การสรุปเพื่อนำไปใช้	กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ป่วยเรื้อรัง (Chronic depression) ได้รับยาต้านเศร้า amitriptyline ที่ขนาดต่ำสุดคือเทียบเท่า 125 mg ขึ้นไป (4 ครั้ง/วัน) จะถูกสุ่มให้เข้ากลุ่ม จำนวนกลุ่มละ 80คน 2 กลุ่ม คือ 1.การดูแลทางคลินิกเพียงอย่างเดียว(CM) 2. การดูแลทางคลินิก(CM)ร่วมกับ Cognitive Therapy(CT) กลุ่มที่ได้รับการดูแลทางคลินิกเพียงอย่างเดียวจะได้พบกับจิตแพทย์เป็นเวลา 30 นาทีในทุก 4 สัปดาห์ระหว่าง Treatment phase (20สัปดาห์) และพบทุก 8 สัปดาห์ ในช่วง 48 สัปดาห์ของ Follow-up phase

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลทางคลินิกร่วมกับ Cognitive Therapy จะมีทั้งหมด 16 sessions ตลอด 20 สัปดาห์โดยมี session ย่อยที่เป็นการกระตุ้นอีก 2 sessions มีการบันทึกเสียงและมีการตรวจสอบเพื่อรับประกันความเที่ยงตรงของกระบวนการและสมรรถนะของผู้บำบัด ผู้ป่วยทุกคนยังคงได้รับยาต้านเศร้าอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา ขนาดยามีการเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 30 จากช่วงที่คัดเข้าโครงการ ซึ่งบางรายมีการสั่งยาเสริมให้ด้วย การบำบัดด้วย Cognitive therapy มีความคุ้มค่าต่อการป้องกันอาการกำเริบ งานวิจัยแสดงให้เห็นถึงคุณค่าที่แสดงออกมาเป็นตัวเงิน (ประมาณ £12.50 ต่อวันที่เพิ่มขึ้น ที่ปลอดจากการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า) ต้นทุนเหล่านี้ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (£785–£1024) (Johnsson & Bebbington, 1994; Simon et al, 1995; Donaghue, 1999) การศึกษานี้เน้นกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยา และการจัดการทางคลินิกอื่นๆ การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิผลสามารถให้ผลสัมฤทธิ์ได้หากต้นทุนที่สูงแต่ใช้เวลาสั้นๆพบที่มีความสมดุลและให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าที่จะรักษาด้วยต้นทุนที่ต่ำและใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน (Sturm & Wells, 1995; Wells et al, 1996) ในสถานการณ์เหล่านี้ การบำบัดแบบทางจิตวิทยามีโครงสร้างเช่น cognitive therapy, interpersonal therapy และวิธีการเข้าถึงผู้ป่วยอย่างง่ายพบว่ามีความสำคัญในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ยังมีภาวะซึมเศร้าตกค้างเหล่านี้ ข้อดีของกรอบการทำงานของ cost-effectiveness–acceptability curve คือทำให้ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษามีความเป็นไปได้ที่จะนำเสนอในเรื่องความสัมพันธ์ของคุณค่าที่เป็นไปได้สูงสุดซึ่งสามารถช่วยให้แพทย์สามารถที่จะย่อข้อมูลได้ แพทย์จะสามารถเข้าใจได้อย่างง่ายดายว่าประสิทธิผลมาพร้อมกับราคา: การจ่ายเงินสำหรับการรักษาด้วยวิธีการ y อาจมีความเป็นไปได้ที่จะได้รับ

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ประสิทธิผลการรักษา 50% แต่การจ่ายเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าอาจได้ประโยชน์เพิ่มขึ้นถึง 75%
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยนี้ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขซึ่งกลุ่มเป้าหมายโรคซึมเศร้าที่มีการป่วยเรื้อรัง และมีอาการกำเริบถึงแม้จะได้รับการรักษาและมีการเพิ่มปริมาณและขนาดยามากขึ้น 2. งานวิจัยสามารถช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลในการคัดกรองและทำการบำบัด 3. งานวิจัยนี้พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาดตามขอบเขตการปฏิบัติพยาบาล โดยพยาบาลมีหน้าที่และบทบาทอิสระในการทำกลุ่มบำบัดได้ แต่ก็ต้องได้รับการฝึกทักษะเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ผลสัมฤทธิ์ ตอบสนองต่อการลงทุนที่ค่อนข้างมาก แต่ผลลัพธ์ระยะยาวลดค่าคุ้มทุนในการดูแลผู้ป่วยในได้อย่างดีในอนาคต
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	แหล่งตีพิมพ์มาจากวารสาร British Journal of Psychiatry ที่มีความน่าเชื่อถือในแง่แหล่งพิมพ์ที่มีชื่อเสียง ในแง่คุณภาพงานวิจัยนั้น ผู้ศึกษาให้ความสนใจการเปรียบเทียบการใช้การบำบัด 2 กลุ่มเพื่อตอบวัตถุประสงค์ได้อย่างชัดเจนมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง ทั้งในส่วนที่สนับสนุน วรรณกรรมที่ทบทวนถูกต้อง และทันสมัย การระบุกลุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน การใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักมีความเหมาะสม การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	4. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ(Transferability of finding) งานวิจัยมีความเหมาะสมกับหน่วยงานจิตเวช และมีความเหมือนในกลุ่มเป้าหมายคือ โรคซึมเศร้า การบำบัดที่ให้แกผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นรูปแบบที่สามารถปฏิบัติได้ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลจิตเวชสามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้อย่างอิสระการปฏิบัติ

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนำไปใช้ได้ ในการปฏิบัติ (ต่อ)	ตามงานวิจัยต้องฝึกฝนทักษะเพิ่มเติมแต่ก็เป็นทักษะที่สามารถฝึกได้ ผู้ที่เคยผ่านทักษะการทำกลุ่มผู้ป่วยและมีประสบการณ์ทำงานด้าน จิตเวช ถ้าได้ฝึกเพิ่มเติมสามารถทำได้ การปฏิบัติตามโปรแกรม สามารถปฏิบัติได้ตามชั่วโมง ไม่เป็นการละทิ้งหน้าที่ อุปกรณ์ไม่ ยุ่งยากในการจัดหา 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้(Cost-benefit ratio) เป็นประโยชน์ช่วยเพิ่มการจัดการที่ดีส่งผลต่อการลดอาการ กำเริบในแง่ของผลลัพธ์ แต่หากมองในแง่ของการตัดสินใจในการ รักษาของแพทย์เพื่อป้องกันอาการกำเริบนั้น นับว่าค่อนข้าง ยุ่งยากต่อการใช้เวลาติดตามประเมินที่น้อยกว่าการดำเนินงาน ในรูปแบบปกติ ซึ่งในส่วนการติดตามนี้ พยาบาลสามารถประเมิน ได้โดยต้องมีทักษะและความสามารถในการประเมินอาการร่วมด้วย หากดำเนินการได้เช่นนี้ นับว่าลดค่าลงทุนในการปฏิบัติได้เป็น อย่างดี

เรื่องที่ 5

ชื่อเรื่อง

Prevention of Relapse Following Cognitive Therapy vs Medications in Moderate to Severe Depression.

ผู้วิจัย

Hollon, S.D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R.M., O'Reardon, J.P., et al.(2005).

แหล่งตีพิมพ์

Archive General Psychiatry, 62, 417-422.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการทำ Cognitive therapy (CT) มีประสิทธิผลระยะยาวกว่าการรักษาด้วยยาต้านเศร้า Antidepressant medication (ADM)
ทุน	-
สมมุติฐานงานวิจัย	-
Setting งานวิจัย	แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชจาก 2 แห่งคือ มหาวิทยาลัยแห่งเพนซิลวาเนีย และมหาวิทยาลัยแวนคูเวอร์
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ป่วยนอกจิตเวช อายุระหว่าง 18-70 ปี จำนวน 240 คน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ผ่านการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR เป็น major depressive disorder ในระดับปานกลางจนถึงรุนแรง และวัดด้วยแบบวัด Hamilton Depression Rating Scale (HDRS-17) เป็นเวลา 2 สัปดาห์ต่อเนื่อง ได้คะแนน 20 คะแนนขึ้นไป (เกณฑ์การวัดนี้จากที่ Elkin และคณะใช้เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงใน National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ผู้ป่วยจะถูกคัดออกเมื่อพบว่ามีประวัติโรคจิตหรือ bipolar I disorder และมี Axis I disorder อื่นๆที่แสดงออกอย่างชัดเจน หรือเข้าเกณฑ์ของ borderline antisocial หรือ schizotypal personality disorder รวมทั้งปัญหาด้านการเข้าใจในเชิงคลินิกอย่างชัดเจนซึ่งขัดขวางการได้รับยาต้านเศร้าหรือมีความจำเป็นต้องรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากมีความเสี่ยงว่าจะฆ่าตัวตาย

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	กลุ่มตัวอย่างทั้ง 240 คนจะถูกสุ่มเข้ารับการบำบัด 3 กลุ่ม คือ 1. กลุ่ม Antidepressant medication (ADM) จำนวน 120 คน 2. กลุ่มที่ได้รับยาหลอก (pill placebo: cP-P) จำนวน 60 คน 3. กลุ่ม Cognitive Therapy (CT) จำนวน 60 คน
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	1. แบบประเมินการวินิจฉัยโรค DSM-IV-TR 2. แบบประเมินระดับโรคซึมเศร้า HDRS-17 4. Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (เกณฑ์การประเมินการติดตามระยะยาว) เพื่อประเมินอาการกำเริบ
การบำบัด (intervention)	กลุ่มตัวอย่างทั้ง 240 คนจะถูกสุ่มเข้ารับการบำบัด 3 กลุ่ม คือ 1. กลุ่ม Antidepressant medication (ADM) จำนวน 120 คน 2. กลุ่มที่ได้รับยาหลอก (pill placebo: cP-P) จำนวน 60 คน 3. กลุ่ม Cognitive Therapy (CT) จำนวน 60 คน การบำบัด 1. กลุ่ม ADM การจัดการทางคลินิกและการรักษาด้วยยาต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องโดยจิตแพทย์คนเดิมผู้ป่วยที่ถูกสุ่มเข้ากลุ่มและอยู่ในช่วง acute treatment จะได้รับการรักษาด้วยยา paroxetine หากไม่ตอบสนองต่อยา จะมีการเพิ่ม lithium หรือ desipramine hydrochloride ประมาณ 8 สัปดาห์ ส่วนผู้ป่วยที่ถูกสุ่มเข้ากลุ่มที่ยังได้รับยาต่อในช่วง continuation phase โดยทั่วไปจะได้รับยาเดิมและขนาดเดิมที่ตอบสนองได้ดีอยู่แล้ว อาจมีการลดขนาดยาลงบ้างเวลาที่มีผลกระทบบ้างไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น มีบางรายที่ถูกเปลี่ยนหรือเพิ่มยา เพื่อจัดการกับอาการซึมเศร้าที่กำเริบอีก Sessions ในเดือนแรก ดำเนินการอย่างน้อยทุก 2 สัปดาห์ และหลังจากนั้นเดือนละครั้ง โดยในแต่ละ session ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที เนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องการจัดการทางคลินิก เน้นที่อาการและผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ การให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลภายใต้ข้อกำหนด แต่ให้ความช่วยเหลือได้แต่ห้ามนำเทคนิคและวิธีการของ CT มาใช้กับกลุ่มนี้ (ตามคู่มือที่ใช้ใน the Treatment of Depression Collaborative Research Program ซึ่ง Jan Fawcett, MD

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (intervention) (ต่อ)	ผู้เขียนคู่มือนี้ได้อัดให้มีการฝึกอบรมในเรื่องการจัดการทางคลินิก ก่อนที่การวิจัยจะเริ่ม และมีการให้คำปรึกษาตลอดช่วงที่ทำการวิจัย) 2. กลุ่มได้รับยาหลอก (pill placebo: cP-P) ผู้ป่วยต้องพบจิตแพทย์ของอย่างต่อเนื่องตามตารางเดิม โดยได้รับยา paroxetine ซึ่งจะค่อยๆถูกลดขนาดยาลงสัปดาห์ละ 10 mg หลังจากนั้นในสัปดาห์ที่ 4-6 ต่อมา จะให้ยาหลอกที่มีหน้าตาเหมือนกับยาดังกล่าวการให้ยาหลอกจะเป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยจะปิดข้อมูลผู้ป่วย จิตแพทย์และผู้ประเมินไม่ให้ทราบว่า ได้รับยาจริงหรือยาหลอก การปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่ใช้ยาหลอกจะดำเนินการโดยรูปแบบเดียวกันกับผู้ป่วยที่ได้รับยาจริง จิตแพทย์จะใช้ plasma levels ที่เป็นตัวหลักในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาหลอก lithium ในระหว่าง continuation phase เพื่อรักษาการปิดบัง 3. กลุ่ม Cognitive Therapy (CT) เนื้อหา CT ในแต่ละ session จะอิสระภายใต้กรอบของ CT มีบาง session จะเกี่ยวกับ crisis intervention ในขณะที่บาง session เน้นที่การฝึกปฏิบัติเพิ่มขึ้น เพื่อป้องกันอาการกำเริบ หรือเป็นการทบทวนเหตุการณ์ที่ผ่านมาไม่นาน ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วย CT จะยุติเมื่อสิ้นสุด acute phase แต่ก็ยังได้รับการกระตุ้นเพิ่ม อีก 3 sessions ในระหว่าง 12 เดือนของ ช่วงcontinuation phase ซึ่งจัดขึ้นในเวลาใดก็ได้ โดยมีเงื่อนไขว่าต้องห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน ผู้ป่วยและผู้บำบัดจะตัดสินใจร่วมกันว่าจะมี sessions กระตุ้นเพิ่มหรือไม่และเมื่อใด บางครั้งจะเพิ่ม sessions กระตุ้น เป็นช่วงอย่างสม่ำเสมอเช่น เดือนที่ 1, 3 และ 6 ในขณะที่บางคู่อาจเก็บไว้เวลาจำเป็นเท่านั้น
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized clinical trial
ระดับของงานวิจัย	Level 2
ผลการวิจัย	ในบรรดาผู้ป่วยทั้ง 180 คนที่ได้รับ active treatments พบว่า 104 คน (57.8%) มีการตอบสนองต่อการบำบัดและได้รับการคัดเข้าสู่ continuation phase เป็นเวลาต่อเนื่องอีก 12 เดือน (การตอบสนอง

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	หมายถึง ระดับอาการเต็มๆเมื่อสิ้นสุดการบำบัดรักษาและคงที่อยู่ในระดับนั้น) ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดจนครบ 16 สัปดาห์จะตอบสนองต่อเกณฑ์ดังนี้ คือ ในสัปดาห์ที่ 16 มีคะแนนตามแบบวัดด้วย HDRS-17 ที่ระดับคะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 12 ในสัปดาห์ที่ 14 มีคะแนน HDRS-17 ที่ระดับคะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 14 หรือสัปดาห์ที่ 10 และ 12 มีคะแนน HDRS-17 มีคะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 12 หรือสัปดาห์ที่ 12, 14, และ 18 มีคะแนน HDRS-17 ได้คะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 12 เกณฑ์เหล่านี้ป้องกันอาการซึมเศร้าที่แยลงชั่วคราว ในสัปดาห์ที่ 14 หรือ 16 ผู้ป่วยทั้งหมดในการศึกษานี้มีคะแนน HDRS-17 เริ่มต้นที่คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ดังนั้นหากระดับคะแนนเท่ากับ 12 หมายความว่ามีการลดลงอย่างน้อย ร้อยละ 40 ซึ่งถือว่าลดลงอย่างมากในเรื่องของอาการซึมเศร้า สำหรับในกลุ่ม ADM ผู้ป่วย 69 คน (57.5%) จาก 120 คน เข้าเกณฑ์ response criteria และกลุ่ม CT 35 คน (58.3%) จากผู้ป่วย 60 คน เข้าได้กับเกณฑ์นี้ ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 104 คนนี้เป็นแกนสำคัญของรายงานชิ้นนี้ การศึกษานี้เงื่อนไขของกลุ่มมีผลต่ออาการกำเริบ ผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำ CT ในการรักษาระยะ Continuing มีอาการกำเริบน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับประทานยาในช่วงการรักษา ระยะcontinuing และมีอาการ (30.8% vs 76.2% ; $p = 0.004$) ซึ่งมีอาการกำเริบน้อยกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาต่อเนื่องในช่วง continuing phase (30.8% vs 47.2% ; $p = 0.20$) และชี้ให้เห็นว่าผลของการทำ CT สามารถขยายไปถึงการป้องกันการป่วยซ้ำได้ ผลสรุปที่ได้จากการทำ CT ให้ประสิทธิผลระยะยาวและสามารถลดความเสี่ยงได้ โดยดูจากอัตราการเกิดอาการกำเริบลดลง

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาแล้วหยุดยา เนื่องจากประสิทธิผลของการทำ CT ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการกินยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการป้องกันอาการกำเริบได้ มี 2 วิธี หากประสบความสำเร็จในการรักษาคือ การกินยาอย่างต่อเนื่องหรือการทำ CT ในระหว่างช่วง acute treatment ในการศึกษาครั้งนี้ หยุดยาด้านเศร้าและให้ผู้ป่วยได้รับยาหลอกทั้งหมดเพื่อที่จะพิสูจน์ถึงประสิทธิผลที่ยั่งยืนของ CT เพื่อที่จะประเมินว่า CT มีประสิทธิผลที่ยั่งยืนอย่างแท้จริง ต้นทุนที่ใช้ก็น้อยกว่าการได้รับยาอย่างต่อเนื่อง
การสรุปเพื่อนำไปใช้	ผู้ป่วย major depressive disorder 240 คนที่มีอาการในระดับปานกลางจนถึงรุนแรง วัดด้วยแบบวัด HDRS-17 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ต่อเนื่อง ได้คะแนน 20 คะแนนขึ้นไป ถูกสุ่มเข้ารับการบำบัด 3 กลุ่ม คือ 1. กลุ่ม Antidepressant medication (ADM) จำนวน 120 คน ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการของ Sessions ในเดือนแรก ทำอย่างน้อยทุก 2 สัปดาห์ และหลังจากนั้นเดือนละครั้ง แต่ละ session ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที โดยเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องการจัดการทางคลินิก ที่เน้นที่อาการและผลกระทบไม่พึงประสงค์ การให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลภายใต้ข้อกำหนด แต่ให้ความช่วยเหลือได้ ห้ามนำเทคนิคและวิธีการของ CT มาใช้กับกลุ่มนี้ 2. กลุ่มที่ได้รับยาหลอก (pill placebo: cP-P) จำนวน 60 คน ผู้ป่วยต้องพบจิตแพทย์อย่างต่อเนื่อง ได้รับยา paroxetine ซึ่งจะค่อยๆ ถูกลดขนาดยาลงสัปดาห์ละ 10 mg สัปดาห์ที่ 4-6 ต่อมาจะให้ยาหลอกเป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยจะปิดข้อมูลไม่ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมดทราบว่า ได้รับยาจริงหรือยาหลอก ใช้ plasma levels ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาหลอก lithium ในระหว่าง continuation phase ร่วมด้วยเหมือนการรักษาที่ได้รับปกติ 3. กลุ่ม Cognitive Therapy (CT) จำนวน 60 คน ทำการบำบัดด้วย CT บาง session จะเกี่ยวกับ crisis intervention บาง session เน้นที่การฝึกปฏิบัติเพิ่มขึ้น เพื่อป้องกันอาการกำเริบ โดยการ

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ทบทวนเหตุการณ์ที่ผ่านมาไม่นาน ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วย CT จะยุติเมื่อสิ้นสุด acute phase แต่ก็ยังได้รับการกระตุ้นเพิ่ม อีก 3 sessions ในระหว่าง 12 เดือนของ ช่วงcontinuation phase ซึ่งจัดขึ้นในเวลาใดก็ได้ โดยห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน ผู้ป่วยและผู้บำบัดจะตัดสินใจร่วมกันว่าจะมี sessions กระตุ้นเพิ่มหรือไม่และเมื่อใด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือ เพื่อป้องกันการอาการกำเริบกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทักษะที่ผู้ป่วยได้รับ สามารถนำไปใช้ได้อย่างต่อเนื่องในอนาคต มีขั้นตอนการกระตุ้นเพิ่มเพื่อเป็นการป้องกันในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้สิ้นสุดการเข้าโปรแกรมการบำบัดในคลินิก งานวิจัยระดับเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย MDD ที่เหมาะสมต่อการเข้ารับการบำบัด ซึ่งช่วยสนับสนุนในตัดสินใจการนำมาใช้ของพยาบาล พยาบาลมีเอกลักษณ์เป็นนักบำบัดด้วย CT
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	แหล่งตีพิมพ์ในวารสาร Archive General Psychiatry มีความน่าเชื่อถือในแง่แหล่งพิมพ์ที่มีชื่อเสียง ผู้ทำการวิจัยปฏิบัติงานในสถาบันทางจิตเวชที่มีประสบการณ์และให้ความสนใจติดตามงานวิจัยด้านการบำบัดด้วย CBT อย่างต่อเนื่อง งานวิจัยนี้ไม่ได้รับทุน ด้านคุณภาพงานวิจัยผู้ทำการวิจัยให้ความสนใจการเปรียบเทียบการใช้ การบำบัดโดย CT และการบำบัดทางคลินิกด้วยการให้ยาจริง และยาหลอก โดยเลือกกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย อย่างชัดเจน มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง ทั้งในส่วนที่สนับสนุน วรรณกรรมที่ทบทวนถูกต้อง และทันสมัย มีการระบุกลุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน ผลการวิจัย บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัย คือเพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้ การบำบัดโดย CT และ 2 กลุ่มอย่างชัดเจนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	5. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ(Transferability of finding) งานวิจัยมีความเหมาะสมกับหน่วยงานจิตเวช และมีความเหมือนในกลุ่มเป้าหมายคือ เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการกำเริบ

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ ในการปฏิบัติ (ต่อ)	ที่เป็นผู้ป่วยนอก การบำบัดที่ให้แก่ผู้ป่วย เป็นรูปแบบที่สามารถปฏิบัติได้ มีเป้าหมายที่คล้ายกันคือ การปรับกระบวนการคิด ต่อการจัดการที่ดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและคงไว้ซึ่งทักษะในการจัดการการแก้ปัญหาที่เหมาะสมต่อไป เพื่อเป็นการป้องกันอาการกำเริบโดย มี session กระตุ้นตามข้อตกลงระหว่างผู้รับการบำบัดและผู้บำบัด แต่ระยะเวลาการติดตามอีกทั้งเงื่อนไขอาจต้องมีการทบทวนและดูแลใกล้ชิด เนื่องจากความเสี่ยงในกลุ่มให้ยาหลอก ซึ่งควรเป็นผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังมากกว่า อีก 2 กลุ่มรวมทั้งในแง่จริยธรรมทางการรักษา 6. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลจิตเวชสามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้อย่างอิสระ เนื่องจากมีทักษะการทำกลุ่มผู้ป่วยและมีประสบการณ์ทำงานด้านจิตเวช ถ้าได้ฝึกเพิ่มเติมสามารถปฏิบัติตามโปรแกรม โดยไม่เป็นการละทิ้งหน้าที่ ฉุกเฉินไม่ยุ่งยากในการจัดหา แต่เนื่องจากระยะเวลาของการทำและติดตามค่อนข้างนาน กรณีที่ผู้ป่วยรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเมื่ออาการสงบต้องได้รับการจำหน่ายก่อนการสิ้นสุดโปรแกรม ควรต้องมีการส่งต่อให้พยาบาลที่คลินิกผู้ป่วยนอกดำเนินการอย่างต่อเนื่องต่อไป 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) เป็นประโยชน์ช่วยให้ผู้ป่วยปรับกระบวนการคิด เพื่อเพิ่มการจัดการที่ดีส่งผลต่อการลดการ อาการกำเริบได้ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและเป็นแนวทางที่ดีต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน คุ้มทุน คุ้มค่าต่อผลการปฏิบัติที่นอกจากจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยในระยะยาวแล้ว ยังช่วยลดต้นทุนการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบและผลระยะยาวที่คาดว่าจะได้รับคือป้องกันการเกิดการป่วยซ้ำ

เรื่องที่ 6

ชื่อเรื่อง

Preventing Relapse/Recurrence in Recurrent Depression with Cognitive

ผู้วิจัย

Bockting, C. L. H., Schrne, A. H., Spinhoven, P., Koeter, M. W. J., Wouters, L. F., Huyser, J., Kamphuis, J. H. (2005).

แหล่งตีพิมพ์

Journal of consulting and Clinical Psychology, 4, 647-657.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	ศึกษาผลของการทำ Cognitive group therapy (CT) เพื่อป้องกันอาการกำเริบหรือการป่วยซ้ำในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการป่วยซ้ำด้วย โรคซึมเศร้า
ทุน	-
สมมุติฐานงานวิจัย	สมมุติฐานที่ 1 การบำบัดด้วยยาและเพิ่มการบำบัดด้วย Cognitive group therapy จะสามารถลดหรือเลื่อนระยะเวลาการเกิดอาการกำเริบหรือการป่วยซ้ำได้ สมมุติฐานที่ 2 การบำบัดด้วยยาและเพิ่มการบำบัดด้วย Cognitive group therapy จะสามารถลดความรุนแรงของโรคและจำนวนครั้งของเวลาการเกิดอาการกำเริบหรือการป่วยซ้ำได้ สมมุติฐานที่ 3 วิเคราะห์ความแตกต่างของลักษณะประชากรทางคลินิกและทางจิต ระหว่างผู้ป่วยที่มีจำนวนครั้งของการป่วยน้อยกว่าหรือมากกว่า เพื่อความคุ้มของการทำ Cognitive group therapy
Setting งานวิจัย	ศูนย์ผู้ป่วยจิตเวช ประเทศเนเธอร์แลนด์
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการคัดกรองโดยผ่านการสื่อสารทางโทรศัพท์ ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมทางการวิจัย เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ผู้ป่วยผ่านเกณฑ์วินิจฉัยว่ามีการป่วยซ้ำด้วยโรค MDD อย่างน้อย 2 ครั้ง ภายใน ระยะเวลา 5 ปี มี remission มากกว่า 10 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 2 ปี ปัจจุบันมีระดับคะแนนจากแบบทดสอบด้วย Hamilton

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	Rating Scale for Depression (M. Hamilton, 1960) น้อยกว่า 10 ผ่านเกณฑ์การสัมภาษณ์ SCID ทางโทรศัพท์ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ปัจจุบันมีอาการ Mania หรือ Hypomania มีประวัติป่วยด้วยโรค Bipolar โรคทางจิตเวชมาก่อน รวมทั้งมีปัญหายาเสพติดทางสมอง มีภาวะติดสุราหรือยาเสพติด ภาวะวิตกกังวล หรือผ่านการได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าเมื่อไม่นานมานี้ ยังคงได้รับการบำบัด Cognitive group therapy หรือได้รับการทำจิตบำบัดมากกว่า 2 ครั้งต่อเดือน ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้บล็อกสุ่มและแบ่งกลุ่มตาม location ที่ใช้ศึกษาและชนิดของการดูแลพักฟื้น (แพทย์ประจำครอบครัว แผนกจิตเวช หรือไม่มีการดูแลพักฟื้นใดๆ) เมื่อได้ลำดับที่ต่อเนื่องมาแล้ว นำมาใส่ซองปิดผนึกที่บรรจุบัตรที่คอมพิวเตอร์ทำการคำนวณขึ้นโดยปกปิดเลขรหัส กระบวนการนี้ดำเนินการโดยหน่วยวิจัยร่วมอิสระ กลุ่มตัวอย่าง 187 คนจะถูกสุ่มเข้ากลุ่มใดกลุ่มหนึ่งคือ 1. บำบัดรักษาตามปกติ Treatment as usual (TAU) จำนวน 90 คน 2. บำบัดรักษาตามปกติร่วมกับทำกลุ่ม Cognitive therapy (CT) จำนวน 97 คน
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	1. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Relapse/recurrence (SCID) ประเมินอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำ โดยประเมิน ณ จุดเริ่มต้นและทุก 3 เดือนที่ follow-up (เดือนที่ 3, 12 และ 24) ตรวจสอบการเกิด depressive episodes ทั้งปัจจุบันและอดีต ประเมินโดยจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 2 คน 2. 17-item Hamilton Rating Scale for Depression (17-HRSD) ประเมิน baseline ของระดับอาการภาวะซึมเศร้าใน ผู้ป่วย Severity of depressive residual symptoms ประเมินโดยนักจิตวิทยา/ ผู้ช่วยวิจัย 4 คน

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมิน ผลลัพธ์ (ต่อ)	3. Dutch adaptation of the Dysfunctional Attitude Scale (DAS-A) มี 40 ข้อคำถาม ประเมิน Dysfunctional attitudes ใช้ประเมินความเชื่อที่ไม่ยืดหยุ่น หรือเกินกว่าจะยอมรับได้ เพื่อหาปัจจัยด้อยสำหรับ depression จากการที่ผู้ป่วยจะให้คะแนนเห็นด้วยในแต่ละข้อของความเชื่อ 4. Everyday Problem Checklist (EPCL) 114-ข้อคำถามประเมิน Stress: Daily hassles. ในการวัดเกี่ยวกับการทะเลาะวิวาท แบบวัดแต่ละข้อจะสื่อถึงความเครียดหรือความกดดันที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นของการทำงาน พ่อแม่ ความสัมพันธ์ และกิจกรรมในครอบครัว EPCL นี้จะประเมินทั้งความถี่และระดับของประสบการณ์ของแต่ละบุคคลของการวิวาทรายวัน และเป็นอีกเครื่องมือหนึ่งที่มี psychometric properties ที่ดี (Vingerhoets & van Tilburg, 1994) 5. Negative Life Events Questionnaire 15 ข้อ checklist ใช้วัดระดับ Stress: Life events ปริมาณของการประสบเหตุการณ์เชิงลบในชีวิต ที่ครอบคลุมช่วงวัยต่างๆ ได้แก่ วัยเด็ก (อายุ0–15 years) วัยผู้ใหญ่ (อายุ16 ปีจนถึงวันที่เข้าร่วมโครงการวิจัย) และ 2 ปีก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย การ checklist จะใช้ตามเหตุการณ์ที่ว่าจะต้องสามารถเกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยหรือคนอื่นที่สำคัญกับผู้ป่วย คะแนนรวมของแต่ละช่วงเวลาจะถูกคำนวณโดยการรวมเหตุการณ์เชิงลบที่ประสบมาในชีวิตทั้งหมดในช่วงเวลานั้นๆ ในการศึกษาก่อนหน้านี้ที่เคยทำได้ (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001; Kraaij & de Wilde, 2001) พบว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงตรงในการทำนายที่ดี โดยจำนวนเหตุการณ์เชิงลบที่ประสบมาในชีวิตจะเป็นตัวทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้ 6. The Trimbos/Institute for Medical Technology Assessment (IMTA) Self-Report Questionnaire for Costs Associated With Psychiatric Illness (TICP; Hakkaart-van Roijen, van Straten, Donker, & Tiemens, 2002) ประเมิน ทุก 3 เดือน เกี่ยวกับ ข้อมูลการ

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมิน ผลลัพธ์ (ต่อ)	ใช้ยาต้านเศร้า (ชนิดและขนาดยา) และการบำบัดทางจิตอื่นๆ (จำนวนครั้งการได้รับคำปรึกษาหรือการทำจิตบำบัด) ในช่วงเดือนที่ผ่านมาจะถูกประเมินด้วย หลังจาก 2 ปีผ่านไปผู้สัมภาษณ์จะรวบรวมข้อมูล (เพียงประเด็นเดียว) ในการใช้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ follow-up
การบำบัด (intervention)	1. บำบัดรักษาตามปกติ Treatment as usual (TAU) จำนวน 90 คน การบำบัดรักษาแบบปกติจะรวมถึงการดูแลแบบ “ธรรมชาติ” ซึ่งหมายถึง การรักษาตามมาตรฐานรวมถึง no treatment ด้วย ไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของการบำบัดด้วยยา ตั้งแต่ช่วงที่เข้าโครงการจนถึงระยะ follow-up ผู้ป่วยยินดีที่จะรายงานการใช้ยาและการทำจิตบำบัดหรือการได้รับคำปรึกษาตลอดเวลาที่ follow-up 2. บำบัดรักษาตามปกติร่วมกับทำกลุ่ม Cognitive therapy (CT) จำนวน 97 คน การบำบัด ด้วย Cognitive therapy (CT) ในกลุ่มทดลองนี้ ใช้เวลาทำสัปดาห์ละครั้งๆละ 2 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 8 sessions เป็นกลุ่มปิด มีจำนวนสมาชิกกลุ่มเฉลี่ยที่ 8 คน (7-12คน) ในแต่ละ sessions ของการทำ CT จะมีโครงสร้างที่ชัดเจน ด้วยการกำหนดระเบียบวาระ ทบทวนการบ้าน การชี้แจงเหตุผลของแต่ละ session และการมอบหมายการบ้าน บำบัดโดยนักจิตวิทยาที่ผ่านการอบรมมาเป็นพิเศษจำนวน 9 คน (หนึ่งในนั้นเป็นหัวหน้าคณะวิจัย ซึ่งเป็นผู้นำกลุ่ม) โดยผ่านการฝึกอบรมการบำบัดกระบวนการคิดและพฤติกรรมมาแล้วอย่างสมบูรณ์ (ระยะเวลาในการฝึกอบรมขั้นต่ำ 5 ปี) ก่อนดำเนินการในกลุ่มทดลอง ผู้บำบัดแต่ละคนจะได้รับการฝึกอบรมภาคพิเศษเพิ่มเติมอีก 16 ชั่วโมง คู่มือในการบำบัด (สามารถขอได้จาก Bockting, C. L. H) ถูกนำมาใช้และมีการนิเทศอย่างสม่ำเสมอ ทุก sessions ของกลุ่มที่ทำ Intervention จะถูกบันทึกเสียงเพื่อใช้ประเมินความมั่นคงต่อเครื่องมือโดยประยุกต์เป็นแบบ

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (intervention) (ต่อ)	checklist ใน interventions ที่มีความเฉพาะทั้งหมด ประเด็นความร่วมมือหรือความสามารถที่น่าสนใจจะถูกนำมาหารือกันในกลุ่มผู้บำบัดก่อนที่จะดำเนินการในsession ต่อไป (ซึ่งในความเป็นจริงแล้วจะมีเพียงกรณีเดียวคือ ตรวจสอบการมอบหมายการบ้าน) การทำ CT ส่วนใหญ่เน้นที่การค้นหาและเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ผิดปกติ แตกต่างกับการทำ CT ในผู้ป่วยซึมเศร้าระยะเฉียบพลัน (Beck, 1987; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) Session ที่ 1 มีเป้าหมายหลักที่ไม่ใช่การแก้ไขความคิดเชิงลบ แต่เริ่มด้วยการค้นหาความคิดเชิงลบ และทัศนคติที่ผิดปกติแทนช่วยเหลือโดยการทำแบบสอบถามรายงานตนเอง พร้อมตัวอย่างหลากหลายทางเทคนิคและทัศนคติ เช่น vertical arrow technique Sessions 1–3 เน้นที่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติเหล่านี้โดยใช้ cognitive techniques ที่แตกต่างออกไป เช่น Socratic questioning และการค้นหาทัศนคติเชิงบวก Sessions 3–7 ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนให้ฝึกด้วยทัศนคติอื่นๆอีก Sessions 4–6 ผู้ป่วยจะถูกขอให้เก็บประสบการณ์ดีๆในชีวิตประจำวัน เพื่อไปเพิ่มความทรงจำเฉพาะในเรื่องของประสบการณ์ดีๆในชีวิต แทนการยึดติดอยู่ความทรงจำทั่วไป การบำบัดนี้แตกต่างกับการทำ Acute CT ที่เคยทำอยู่เดิม Sessions 6–8 จะตรงข้ามกับโปรแกรมเชิงป้องกันอื่นๆของ Teasdale และคณะ (2000) ที่มีการเพิ่มการทำสมาธิเข้าไปด้วย โดยการศึกษานี้ใช้เพียง cognitive interventions อย่างเดียวเท่านั้น เน้นที่การเปลี่ยนแปลง มีหลายการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมแล้ว ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรง มีแนวโน้มที่จะมี autobiographical memories ค้นสู่สภาพเดิมเพิ่มขึ้นมากเมื่อให้ทำ cue-word task (มีความทรงจำเกี่ยวกับเรื่องทั่วไปที่ผ่านมาในอดีต มากกว่าความทรงจำเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์พิเศษ ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงเวลา

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (intervention) (ต่อ)	และสถานที่พิเศษ; Goddard, Dritschel & Burton, 1996; Williams & Scott, 1988) การไม่สามารถฟื้นคืนสภาพเดิมเกี่ยวกับความทรงจำพิเศษในอดีตนี้พบว่ามีความสัมพันธ์กับทักษะการแก้ไขปัญหาความอ่อนแอ (i.e., Pollock & Williams, 2001) การป่วยด้วย depressive disorders มาเป็นเวลานาน (Peeters, Wessel, Merkelbach, & Boon-Vermeeren, 2002) จะมีความยากในการฟื้นตัวจาก depression (i.e., Brittlebank, Scott, Williams, & Ferrier, 1993) นอกจากนี้แล้ว กลวิธีการป้องกันอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำยังถูกกำหนดไว้ใน 3 Sessions สุดท้ายด้วย
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	Level 2
ผลการวิจัย	ผู้ป่วย 187 คนถูกคัดออกไป 15 คน โดย 9 คนจากกลุ่ม CT ออกเพราะไม่ได้เข้ากลุ่มเลยแม้แต่ session เดียว และอีก 6 คนจากกลุ่มTAU ออกจากการศึกษาโดยกะทันหัน แต่ลักษณะทั่วไปทางประชากรพบว่าทั้งสองกลุ่มนี้ไม่แตกต่างกัน สำหรับในขั้นตอนการทำ completers–analyses คัดออกไปอีก 7 คนจากกลุ่ม CT เนื่องจากเข้าร่วมการบำบัดน้อยกว่า 5 sessions หากเปรียบเทียบผู้ป่วยกลุ่มนี้กับผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดอย่างน้อย 5 sessions ($n = 81$) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ 2 อย่างคือ คนที่อยู่น้อยกว่า 5 sessions มีอายุน้อยกว่า $t(170) = -2.85, p = .01$ (<5 sessions: อายุเฉลี่ย = 36.9, $SD = 8.7$; ≥ 5 sessions: อายุเฉลี่ย = 46.6, $SD = 8.7$) และมีคะแนน Dysfunctional Attitude Scale ต่ำกว่า ด้วย $t(170) = -2.01, p = .05$ (<5 sessions: คะแนนเฉลี่ย = 97, $SD = 21.2$; ≥ 5 sessions: คะแนนเฉลี่ย = 121.4, $SD = 29.1$) 77 คนจาก 88 คนในกลุ่ม CT มี episodes มากกว่า 2 ครั้งเมื่อเทียบกับ 63 คนจาก 84 คนในกลุ่มรักษาแบบ TAU ประสบการณ์ส่วนบุคคลในการเกิดการวิเวทรายวัน $t(170) = 2.27, p = .03$ (for CT, เฉลี่ย = 3.5, $SD = 1.0$; for treatment as usual, เฉลี่ย = 3.8, $SD = 0.8$)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	การประสบกับเหตุการณ์เชิงลบในชีวิตตอนช่วงก่อนอายุ 16 ปี $\chi^2 (1, N= 172) = 6.74, p = .01$ (84 คนจาก 88 คนในกลุ่ม CT ประสบกับเหตุการณ์เชิงลบในชีวิต เมื่อเทียบกับ 70 คนจาก 84 คนในกลุ่มรักษาแบบTAU) พบความแตกต่างเพียงเล็กน้อยระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบTAU กับกลุ่มที่ได้รับ CT ในผู้ป่วยที่มี episodes ก่อนหน้าต่ำกว่า 5 ครั้ง ($p = .71$) แต่ผู้ป่วยที่มี episodes ก่อนหน้า 5 ครั้งขึ้นไป พบว่ากลุ่ม CT มีการลดลงของอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญ ($p = .01$) การศึกษาตลอด 24 เดือน อัตราสะสมสำหรับการเกิดอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำสำหรับผู้ป่วย 71 คน ที่มีจำนวนครั้งของการเกิด episodes ก่อนหน้า 5 ครั้งขึ้นไปพบว่าเพิ่มขึ้นเป็น 72% ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบTAU (95% CI = 56% to 86%, $n = 34$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับ CT ซึ่งเพิ่มเพียง 46% (95% CI = 30% to 62%, $n = 37$) แปลว่าความเสี่ยงของการเกิดอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำในกลุ่ม CT ลดลงไป 26% ซึ่งอัตราความแตกต่างดังกล่าวเห็นผลใน 3 เดือนแรกและยังคงที่ในระดับนี้อยู่ตลอดช่วงเวลาที่ follow-up period ในผู้ป่วย 101 คนที่มีจำนวน episodes ก่อนหน้าน้อยกว่า 5 ครั้ง ตัวเลขจะออกมาเป็น 59% (95% CI = 45% to 72%, $n = 50$) สำหรับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบ TAU เปรียบเทียบกับ 63% (95% CI = 49% to 75%, $n = 50$) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ CT ในการเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำจากการคำนวณค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการกำเริบทั้งหมด (อาการกำเริบต่ำ ปานกลาง หรือรุนแรง) พฤติกรรมของกลุ่มเงื่อนไขกับจำนวนครั้งของการเกิด episodes พบว่ามีนัยสำคัญ $F (1, 168) = 3.79, MSE= 1.37, p= .05$ สำหรับผู้ป่วยที่มี episodes ก่อนหน้าจำนวน 5 ครั้งขึ้นไป ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการกำเริบ/ การป่วยซ้ำมีแนวโน้มที่จะต่ำกว่าในกลุ่ม CT เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบTAU (≥ 5 previous episodes: for treatment as

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	usual, $M = 1.60$, $SD = 1.10$; for CT, $M = 0.95$, $SD = 1.10$; <5 previous episodes: for treatment as usual, $M = 1.34$, $SD = 1.30$; for CT, $M = 1.39$, $SD = 1.15$) การเปรียบเทียบระยะเวลาที่ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบจากการทำ ANOVAs ปรากฏว่ามีนัยสำคัญของปฏิกิริยา ระหว่างกลุ่มเงื่อนไขกับการเกิด episodes ก่อนหน้า $F(1, 166) = 3.94$, $MSE = 1.04$, $p = .05$ ค่าเฉลี่ยของจำนวนการเกิดอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำในกลุ่ม CT มีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบ TAU ในผู้ป่วยที่มี episodes ก่อนหน้า 5 ครั้งขึ้นไป (≥ 5 previous episodes: for treatment as usual, $M = 1.35$, $SD = 1.10$; for CT, $M = 0.78$, $SD = 0.98$; <5 previous episodes: for treatment as usual, $M = 0.94$, $SD = 1.08$; for CT, $M = 1.00$, $SD = 0.95$) อิทธิพลของกลุ่มเงื่อนไขต่อการทำให้อาการกำเริบ/การป่วยซ้ำทุเลาลงหรือไม่ จากชนิดของ psychological aftercare (รวมถึงการไม่ได้รับการรักษาใดๆด้วย) หรือการให้ยาต้านเศร้าระหว่างช่วงเวลา that follow-up ไม่พบผลกระทบใดๆต่อการเกิดอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำ อิทธิพลของยาต้านเศร้าได้ถูกนำมารวมใน Cox regression model เพื่อตรวจสอบอย่างคือ (a) ความเพียงพอของยาในการประเมิน 2 ครั้ง (6 เดือน) ก่อนเกิดอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำ (<20 mg เทียบเท่า fluoxetine vs. ≥ 20 mg เทียบเท่า fluoxetine) (b) ค่าเฉลี่ยขนาดยาเทียบเท่าที่ใช้ในระหว่างที่ follow-up และปฏิกิริยาของมันกับกลุ่มเงื่อนไข ผลปรากฏว่า ไม่มีผลกระทบใดๆต่อการเกิดอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำสำหรับความเพียงพอของยาก่อนเกิดอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำ หรือสำหรับปฏิกิริยาของมันกับกลุ่มเงื่อนไข สำหรับผู้ป่วยที่มี episodes ก่อนหน้า <5 ครั้ง กล่าวคืออิทธิพลของ CT มีมากกว่าประเภทของ aftercare หรือการให้ยาแก้เศร้า

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	ผู้ป่วยที่มี episodes ก่อนหน้า 5 ครั้งขึ้นไป มักจะมี depressive episode ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า $t(170) = 6.83, p < .01$ (อายุเฉลี่ย = 21.5, $SD = 11.8$ เมื่อเทียบกับ อายุเฉลี่ย = 33.3, $SD = 10.7$; biserial correlation ของอายุที่เริ่มป่วยกับจำนวนของการเกิด episodes ก่อนหน้านั้นคือ การเกิด episodes ก่อนหน้า ≥ 5 ครั้งเทียบกับการเกิด episodes ก่อนหน้า < 5 ครั้ง เท่ากับ .59) การมีจำนวนปีนับจากเกิด depression ครั้งแรก unequal-variances $t(120.70) = -9.68, p = .01$ ($M = 24.6, SD = 11.2$ vs. $M = 10.3, SD = 8.21$) มีผู้ป่วยจำนวนเล็กน้อยมีอาการทุเลานานมากกว่า 6 เดือนนับจากการเกิด episode ครั้งสุดท้าย, $\chi^2(1, N = 172) = 6.13, p = .01$ (42% [ผู้ป่วย 30 คนจาก 71 คน] มีอาการทุเลามากกว่า 6 เดือนเมื่อเทียบกับ 61% (62 คนจาก 101 คน) และมีไม่น้อยที่พวกเขามีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคทางจิตเวช, $\chi^2(1, N = 157 [15 \text{ missing}]) = 6.36, p = .01$ (84% (53 คนจาก 63 คน) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มี episodes ก่อนหน้า ≥ 5 ครั้ง เมื่อเทียบกับ 66% (62 คนจาก 94 คน) ในอีกกลุ่มที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคทางจิตเวช กลุ่ม CT มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการร่วมมือและ/หรือให้การตอบสนองต่อการใช้ยาแก้เศร้าหรือการบำบัดทางจิตอื่นๆ และการเพิ่มการบำบัดทางจิตมีส่วนช่วยป้องกันการเกิดอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำได้ ในทั้งสองกลุ่มพบว่า cognitive treatment สามารถลดอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงซึ่งเคยมี episodes ก่อนหน้า 5 ครั้งขึ้นไป (กล่าวคือ 41% ของกลุ่มตัวอย่าง) ได้อย่างมีนัยสำคัญ ในผู้ป่วยกลุ่มที่มี episodes ก่อนหน้า 5 ครั้งขึ้นไป ตลอดระยะเวลา 2 ปีก่อนหน้า พบว่าการป่วยซ้ำในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบปกติ 72% เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับ CT 46% นี่อาจบอกเป็นนัยได้ว่า ในผู้ป่วย 3.8 คนจะต้องได้รับการทำ CT เพื่อป้องกันผู้ป่วย 1 คนไม่ให้มีอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำ นอกจากนี้ ในกลุ่มสุดท้ายของผู้ป่วย CT ยังลดจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยจะเกิดการอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำและอาการรุนแรงของ depression

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	ลงได้ด้วย แต่ CT ไม่มีอิทธิพลในการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มี episodes ก่อนหน้า 2 ครั้งในรอบ 2 ปี ก่อนเข้าโครงการ อย่างไรก็ตาม ปรากฏการณ์นี้บ่งชี้ว่าจำนวนการเกิด episodes ที่ผู้ป่วยประสบส่งผลต่อประโยชน์ที่ได้รับจากการทำ CT การศึกษานี้สอดคล้องและขยายผลจากการทำงานของ Teasdale และคณะ(2000) และMa ร่วมกับTeasdale (2004) ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวก (positive linear relationship) ระหว่างความเสี่ยงของการเกิดอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำกับจำนวนของการเกิด episodes ก่อนหน้าในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบปกติ แต่ไม่ใช่กับกลุ่ม CT ในการศึกษาพบว่า จำนวนของการเกิด depressive episodes ครั้งก่อนจะส่งผลให้เกิดประโยชน์ที่มากกว่าในผู้ป่วยกลุ่ม CT (กล่าวคือ 5 ครั้งย่อมดีกว่า 3 ครั้ง) Segal, Teasdale, และคณะ (Segal, Williams, Teasdale, & Gemar, 1996; Segal, Williams, & Teasdale, 2002; Teasdale, Segal, & Williams, 1995) มีข้อเสนอ 2 ประการ คือ พวกเขาตั้งสมมุติฐานว่า การคิดเรื่องเศร้าเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ซ้ำๆระหว่างระดับภาวะซึมเศร้ากับรูปแบบการคิดเชิงลบ ความสัมพันธ์ที่มากขึ้นเหล่านี้กับการเกิดขึ้นซ้ำๆจะถูกสันนิษฐานว่า สนับสนุนให้เกิดความเสี่ยงของอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำในแต่ละ episode ที่ตามมาในภายหลัง ความเสี่ยงที่สูงขึ้นของการเกิดอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำสำหรับการเกิด episodes ก่อนหน้า 3 ครั้ง หรือมากกว่าจะถูกสันนิษฐานว่าเป็นกระบวนการเกิดอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำที่เกิดขึ้นเอง อันเกี่ยวข้องกับกระบวนการคิดที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยความกังวลหรือความละเหี่ยใจโดยไม่มีเหตุผล (dysphoria) ด้วยประสบการณ์ซ้ำๆของ major depressive episode สภาพแวดล้อมที่ตึงเครียดแม้จะเพียงเล็กน้อยก็สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำได้ (Post, 1992) อิทธิพลในเชิงป้องกันของ interventions ถูกสร้างเป็นสมมุติฐานให้เกิดขึ้นจากการแบ่งกระบวนการต่างๆในช่วงเวลาที่เป็นไปได้ในการเกิดอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำ โดยการ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	ลดขอบเขตซึ่งรูปแบบของการคิดเรื่องเศร้าได้ถูกกระตุ้นโดยอารมณ์เศร้าซึ่งจะสามารถกระตุ้นปัจจัยที่ตอบสนองต่อการเกิดอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำได้ (Segal et al., 2002; Teasdale et al., 2000) การอธิบายประการที่สองโดย Segal และคณะสำหรับอิทธิพลในเชิงป้องกันที่แตกต่างออกไปของ cognitive intervention คือ อาจมีความแตกต่างของประเภทของ depression เนื่องจาก depression บางประเภทอาจมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในชีวิต นอกจากประวัติการเจ็บป่วยที่ยาวนานและมีระยะทุเลาสั้นใน episode สุดท้าย อายุที่เริ่มป่วยในกลุ่มผู้ป่วยที่มี episodes ก่อนหน้า 5 ครั้งขึ้นไป จะพบว่าต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (11-12 ปี) ความ เป็นจริงคือผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักจะมีญาติหรือสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเวชด้วย ซึ่งอาจจะบ่งชี้ได้ว่าเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นภายใน พันธุกรรม มันอาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มของผู้ป่วยที่มีลักษณะเฉพาะทางประชากรคือมีอายุที่เริ่มป่วยต่ำกว่าและมี episodes ก่อนหน้าที่มากกว่าจะเจ็บป่วยจาก subtype of depression ที่เกี่ยวกับทางชีววิทยา กับมีความเชื่อมโยงที่เปราะบางระหว่างความเครียดและการเกิดอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำ ถึงแม้ว่าเราไม่พบความแตกต่างใดๆระหว่างสองกลุ่มในเรื่องของการวิวาทรายวันและเหตุการณ์ในชีวิต, แต่เราก็ไม่สามารถมองข้ามความแตกต่างในความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำได้ เช่นเดียวกับที่เราไม่มีเวลาที่ชัดเจนของเหตุการณ์ชีวิตที่จะพิสูจน์ได้ว่าความเครียดปรากฏก่อนการเกิดอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำของ depression ยิ่งไปกว่านั้น ไม่พบความแตกต่างใดๆ ระหว่างสองกลุ่มในเรื่องของการรายงานประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก ซึ่งขัดกันกับการค้นพบของ Ma และ Teasdale การทำ CT หลังอาการทุเลา ไม่ว่าจะทำเพียงอย่างเดียวหรือทำ ร่วมกับการใช้ยาต้านเศร้าหรือการบำบัดทางจิตอื่นๆ มีประสิทธิผลในเชิงป้องกันอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่มีความเรื้อรังโดยทั่วไปและโรคที่ทำให้เกิดการไม่สามารถ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	ช่วยเหลือตัวเองได้ (Blackburn & Moore, 1997; Fava et al., 1996, 1998; Jarrett et al., 2001; Paykel et al., 1999; Teasdale et al., 2000) กลุ่มตัวอย่างสะท้อนภาพให้เห็นภาพการปฏิบัติในทางคลินิก อันประกอบด้วยทั้ง primary care และ specialty care การเพิ่มการทำ CT อย่างย่อไปในการดูแลแบบปกติหรือแม้แต่ไม่มี treatment ใดๆ ก็อาจทำให้มีเครื่องมือสำคัญที่จะป้องกันกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจากอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำ ซึ่งค่อนข้างมีต้นทุนต่ำและเวลาในการดำเนินการไม่มากนัก
การสรุปเพื่อนำไปใช้	งานวิจัยนี้ สามารถนำไปใช้ในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการคัดเลือกผู้ป่วยด้วยแบบวัด HRSD ที่ระดับคะแนนน้อยกว่า 10 และผ่านเกณฑ์การสัมภาษณ์ SCID เกณฑ์การป่วยซ้ำคือป่วยซ้ำอย่างน้อย 2 ครั้ง ภายในเวลา 5 ปี มี remission มากกว่า 10 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 2 ปี กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้ากลุ่มใดกลุ่มหนึ่งคือ 1. บำบัดรักษาตามปกติ Treatment as usual (TAU) 2. บำบัดรักษาตามปกติร่วมกับทำกลุ่ม Cognitive therapy (TAU+CT) ซึ่งในด้านการบำบัดรักษาตามปกติจะเหมือนกันทั้ง 2 กลุ่ม แต่กลุ่มที่ได้รับ CT เพิ่มนั้น ใช้เวลาทำสัปดาห์ละครั้งๆละ 2 ชั่วโมง ทั้งหมดจำนวน 8 sessions มีการกำหนดกติกา ทบทวนชี้แจงเหตุผลของ แต่ละ session และการมอบหมายการบ้าน ทุก sessions จะถูกบันทึกเสียง การทำ CT นี้เน้นที่การค้นหาและเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ผิดปกติ แตกต่างกับการทำ CT ในผู้ป่วยซึมเศร้าระยะเฉียบพลัน (Beck, 1987; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) โดยมีเป้าหมายหลักที่ไม่ใช่การแก้ไขความคิดเชิงลบ แต่เป็นการค้นหาความคิดเชิงลบและทัศนคติที่ผิดปกติ โดยการทำแบบสอบถามรายงานตนเอง เน้นที่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติเหล่านี้โดยและการค้นหาทัศนคติเชิงบวก ให้ฝึกด้วยทัศนคติอื่นๆ การเก็บประสบการณ์ดีๆในชีวิตประจำวัน เพื่อเพิ่มความทรงจำเฉพาะเรื่องประสบการณ์ดีๆ

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	แทนการยึดติดความทรงจำทั่วไป ผู้บำบัดต้องผ่านการอบรมมา เป็นเวลาอย่างน้อย 5 ปี และฝึกอบรมเพิ่มเติมอีก 16 ชั่วโมง ก่อนทำการบำบัด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข คือ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงในการป่วยซ้ำ ซึ่งมีเกณฑ์สนับสนุนในการคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการเข้ารับการบำบัด และมีการกำหนดวัตถุประสงค์ของเนื้อหาในการบำบัดที่ชัดเจน อีกทั้งใช้รูปแบบ CT ฉบับย่อ ทำเพียง 8 session ระยะเวลาเพียง 8 สัปดาห์ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวในคลินิก ปัจจุบันผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่รักษาเป็นผู้ป่วยในระยะเวลาสอดคล้องต่อการบำบัดครบ พยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่ได้รับการฝึกฝนอบรมและมีทักษะการบำบัด มากกว่า 5 ปี หากได้รับการทบทวนเพิ่มเติมทักษะตามเงื่อนไขข้อกำหนดของผู้บำบัด เช่นเดียวกับงานวิจัยนี้ คิดว่าไม่ยุ่งยาก และพยาบาลสามารถปฏิบัติและตัดสินใจเพิ่มการบำบัด ตามเนื้อหาการทำ CT ได้อย่างอิสระ
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	แหล่งตีพิมพ์ในวารสาร Journal of consulting and Clinical Psychology มีความน่าเชื่อถือในแง่แหล่งพิมพ์ที่มีชื่อเสียง ผู้ทำการวิจัยปฏิบัติงานในสถาบันทางจิตเวชที่มีประสบการณ์และให้ความสนใจติดตามงานวิจัยด้านการบำบัดด้วย CT อย่างต่อเนื่อง งานวิจัยนี้ไม่ได้รับทุน ด้านคุณภาพงานวิจัย ผู้ทำการวิจัยให้ความสนใจการเปรียบเทียบการใช้ การบำบัดรักษาทางคลินิกร่วมกับการบำบัดด้วย CT เปรียบเทียบกับการบำบัดรักษาทางคลินิกอย่างเดียว โดยเลือกกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัยอย่างชัดเจน มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง ทั้งในส่วนที่สนับสนุน วรรณกรรมที่ทบทวนถูกต้อง และทันสมัย มีการระบุกลุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน ผลการวิจัย บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัย คือการทำการบำบัดด้วย CT เพื่อป้องกันอาการกำเริบหรือการป่วยซ้ำในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการป่วยซ้ำด้วย โรคซึมเศร้า ผลการศึกษาจะให้ผลทางบวกเป็น

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	ส่วนใหญ่ แต่ก็ยังมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น การออกแบบในครั้งนี้ไม่มีการควบคุมสำหรับปัจจัยอื่น เช่น การขยายจำนวนผู้เข้าร่วมกลุ่ม ขนาดตัวอย่างมีการลดลงเรื่อยๆตลอดการศึกษา ถึงแม้ว่าอัตราการสีก่อนจะไม่มากไปกว่าการศึกษานี้ที่คล้ายกัน แต่การค้นพบเหล่านี้ก็ต้องการการทำความเข้าใจ ข้อจำกัดต่อมาคือการใส่ใจในข้อมูลการใช้ยาต้านเศร้า ทุกๆ 3 เดือนระหว่างที่ follow-up รวบรวมข้อมูลการใช้และขนาดยาที่เกิดขึ้นในเดือนก่อนหน้า ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่จะมีการประเมินต่ำกว่าความเป็นจริงหรือมีความแปรปรวนขึ้นๆลงๆในการใช้ อีกประเด็นก็คือ มีความไม่ชัดเจนว่าประโยชน์ที่ได้รับนั้นเป็นผลมาจากทักษะพิเศษใน CT หรือจาก package ทั้งหมดที่ได้รับจากการบำบัดรักษาแบบปกติที่ผสมรวมกับการทำ CT ซึ่งการศึกษาต่อไปในอนาคตจำเป็นต้องควบคุมปัจจัยที่ไม่มีความจำเพาะนี้
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	7. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ(Transferability of finding) งานวิจัยมีความเหมาะสมกับหน่วยงานจิตเวช และมีความเหมือนในกลุ่มเป้าหมายคือ เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการป่วยซ้ำ การบำบัดที่ให้แกผู้ป่วย เป็นรูปแบบที่สามารถปฏิบัติได้ มีเป้าหมายหลักที่คล้ายกันคือ การค้นหาความคิดเชิงลบ และทัศนคติที่ผิดปกติ เพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติเชิงบวก การเก็บประสบการณ์ดีๆในชีวิตประจำวัน เพื่อเพิ่มความทรงจำเฉพาะเรื่องประสบการณ์ดีๆ แทนการยึดติดความทรงจำทั่วไป 8. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลจิตเวชสามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้อย่างอิสระ เนื่องจากมีทักษะการทำกลุ่มผู้ป่วยและมีประสบการณ์ทำงานด้านจิตเวช ถ้าได้ฝึกเพิ่มเติมสามารถปฏิบัติตามโปรแกรม โดยไม่เป็นการละทิ้งหน้าที่ อุปกรณ์ไม่ยุ่งยากในการจัดหา ระยะเวลาสอดคล้องเหมาะสมกับเวลาการรับไว้รักษา 3. ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้(Cost-benefit ratio)

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ ในการปฏิบัติ (ต่อ)	เป็นประโยชน์ช่วยให้ผู้ป่วยปรับกระบวนการคิด เพื่อเพิ่มการจัดการที่ดีส่งผลต่อการป้องกัน การป่วยซ้ำ ได้ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและเป็นแนวทางที่ดีต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน กลุ่มทุน คุ่มค่าต่อผลการปฏิบัติที่สามารถลดหรือเลื่อนระยะเวลาการเกิดอาการกำเริบหรือการป่วยซ้ำได้ และลดความรุนแรงของโรคและจำนวนครั้งของเวลาการเกิดอาการกำเริบหรือการป่วยซ้ำได้ นับว่าคุ้มต่อการนำมาใช้

3.3.2 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 6 เรื่อง ที่ผ่านการประเมินคุณภาพแล้วนำมารวบรวมสรุปดังตารางต่อไปนี้ (Collective table)

เรื่องที่ 1 Preventing Recurrent Depression Using Cognitive Therapy With and Without a Continuation Phase.

ผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ Jarrett, Kraft, Doyle, Foster, Eaves, Silver. (2001)

Objective	Sample/Setting	Instrument	Intervention	outcome
(1)เปรียบเทียบอัตรา การกำเริบและการป่วย ซ้ำในผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าที่เคยป่วยซ้ำ ระหว่างกลุ่มที่ทำ A-CT อย่างเดียวและ กลุ่มที่ได้รับ A-CT และ C-CT	Sample ผู้ป่วย recurrent MDD มีคะแนนจากแบบวัด HRSD ≥ 16 คะแนน ผ่านการบำบัดแบบ A-CT มาแล้ว แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 37 คน กลุ่มทดลอง 39 คน	1. 17 - item Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD – 17) 2. Structured Clinical Interview for DSM- III-R-Outpatient version (SCID) 3. Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (LIFE)	กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จะได้รับการ บำบัดด้วย Acute-Phase Cognitive therapy (A-CT) ตามขั้นตอนของ Beck และคณะ (1979) ทำ 20 session ภายในเวลา 12-14 สัปดาห์ โดยการทำบำบัดรายบุคคล สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 50-60 นาทีใน 8 สัปดาห์แรก (16 session) และบำบัดสัปดาห์ ละครั้งใน 4 สัปดาห์สุดท้าย (4 session) จากนั้นกลุ่มทดลอง จะได้รับการบำบัดแบบ Continuation - Phase Cognitive therapy (C- CT) เพิ่มอีก 10 session ะละ 60-90 นาที โดยบำบัด 2 สัปดาห์ต่อหนึ่งครั้ง เป็นเวลา 2 เดือนและเดือนละครั้งใน 6 เดือนต่อมา	(1) การบำบัดโดย A-CT อย่างเดียว สามารถลดอาการ กำเริบของ โรคซึมเศร้าได้ เมื่อผู้ป่วยยังอยู่ในระดับ อาการคงที่ (Stable remission) หรือในผู้ป่วยที่ Later age of onset (2) การบำบัดโดย A-CT และ C-CT สามารถลด อาการกำเริบและการป่วยซ้ำ ในผู้ป่วยที่ early age onset และ Unstable
(2) ติดตามผลการ บำบัดแบบ A-CT และ C-CT และระบุปัจจัย ทำนายการเกิด Relapse และ Recurrence ใน เวลา 2 ปี	Setting แผนกจิตเวชโรงพยาบาล ศูนย์มหาวิทยาลัยเท็กซัส ตะวันออกเฉียงใต้			

เรื่องที่ 1 Preventing Recurrent Depression Using Cognitive Therapy With and Without a Continuation Phase.(ต่อ)
ผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ Jarrett, Kraft, Doyle, Foster, Eaves, Silver. (2001)

Objective	Sample/Setting	Instrument	Intervention	outcome
	รัฐดีลัส ประเทศสหรัฐอเมริกา			Remission (3) ปีหลังจากมีอาการเกิด อาการกำเริบหรือการป่วย ซ้ำพบว่าผู้ป่วยที่เริ่มป่วย ตั้งแต่อายุน้อยกว่า 18 ปี หรือผู้ป่วยที่มีอาการทุเลา แบบไม่คงที่ (Residual symptoms) เมื่อได้รับการ บำบัดแบบ C-CT จะ ป้องกันอาการกำเริบและ การป่วยซ้ำมากกว่าพวกที่ ไม่ได้รับการบำบัดแบบ C- CT อย่างมีนัยสำคัญ ($P=.009$)

เรื่องที่ 2 Six years outcome of Cognitive Behavior Therapy for Prevention of Recurrent Depression
ผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ Fava, Ruini, Rafanelli, Finos, Conti, Grandi . (2004).

Objective	Sample/Setting	Instrument	Intervention	outcome
เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการทำ CBT และบริหารจัดการทางคลินิก (CM=Clinical Management) เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในโรคซึมเศร้าในระยะเวลา 6 ปี	Sample ผู้ป่วย recurrent MDD มีระดับคะแนนความรุนแรงของอาการ (minimum global severity score) =7 มี remission อย่างน้อย 10 สัปดาห์ แบ่งเป็น กลุ่มบำบัดด้วยยาและ CBT 20 คน กลุ่มบำบัดด้วยยาและ CM 20 คน Setting มหาวิทยาลัย Bologna	1. Paykel's Clinical Interview for depression 2. Research Diagnostic Criteria (RDC)	การบำบัดมี 2 รูปแบบคือ 1. บำบัดด้วยยาและ CBT 2. บำบัดด้วยยา และบริหารจัดการทางคลินิก ผู้ป่วยทั้ง 2 รูปแบบ จะได้รับยา amitriptyline หรือยาอื่นที่แทนกันได้ ขนาด 100mg/ วัน และยาจะถูกลดขนาดลงครั้งละ 25 mg สัปดาห์เว้นสัปดาห์ จนไม่ต้องรับประทานยาใน 2 สัปดาห์สุดท้าย (สัปดาห์ที่ 9 และ 10) จากนั้นรูปแบบที่เพิ่มการบำบัดด้วย CBT 10 session แต่ละ session ใช้เวลา 10-30 นาที จำนวน 1 ครั้ง/สัปดาห์ ทุกๆสัปดาห์ (10สัปดาห์) นอกเหนือจาก CBT ประกอบด้วย 1. ลดอาการที่มี Residual symptoms ของ MDD 2. การปรับเปลี่ยนวิถีดำเนินชีวิต 3. การบำบัดเพื่อความสุข (well-being)	กลุ่ม CBT มีจำนวนการ relapse ทั้งหมด 12 episode ในขณะที่กลุ่ม CM มีการ relapse 34 episode ในช่วงเวลาติดตาม 6 ปี ซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (t = 3.73, df = 38, P<.001) การทำ CBT หลังให้การรักษาสามารถป้องกันกลับเป็นซ้ำได้โดยผู้ป่วยอาจหยุดยาและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างน้อย 6 ปี

เรื่องที่ 3 Prevention of Relapse in Residual Depression by Cognitive Therapy
ผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ Paykel, Scott, Teasdale, Johnson, Stat, Garland. (1999).

Objective	Sample/Setting	Instrument	Intervention	outcome
เพื่อศึกษาผลการป้องกันอาการกำเริบในผู้ป่วย Residual Depression โดยการบำบัดด้วย Cognitive Therapy (CT)	Sample 1. ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัย MDD หรือ MDD and persistent symptoms 2. มีอาการหลงเหลือโดยวัดคะแนนจากแบบวัดของ HDRS ≤ 8 และคะแนนจากแบบวัดของ BDI ≤ 9 3. ได้รับความ Antidepressant คือ amitriptyline ขนาด 185mg/วัน หรือ fluoxetine 33mg/วัน	1. วินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ DSM-IVTR 2. ประเมินอาการด้วยแบบวัด HDRS, BDI	การบำบัดแบ่งเป็น 2 ระยะ 1. ระยะ Treatment กลุ่ม CM และ กลุ่ม CM+CT ใช้เวลา 20 สัปดาห์ ในการบำบัดโดยทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับยาต้านเศร้า Antidepressant คือ amitriptyline ขนาด 185mg/วัน หรือ fluoxetine 33mg/วัน ในขนาดเดียวกันตลอดการศึกษา ร่วมกับการดูแลตามปกติในคลินิกพบกับจิตแพทย์ที่อยู่ในทีมวิจัย ทุกๆ 4 สัปดาห์ กลุ่ม CM+CT นั้น ทำ CT 16 sessions ในระยะเวลา 20 สัปดาห์ และกระตุ้นอีก 2 sessions หลังจากนั้นในสัปดาห์ที่ 26 และสัปดาห์ที่ 34	เมื่อติดตาม 68 สัปดาห์พบว่า มีอัตราการกำเริบสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติทางคลินิก มีอัตราการกำเริบ ร้อยละ 47 ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับ CT มีอัตราการกำเริบ ร้อยละ 29 ซึ่งคิดเป็น 0.54 เท่าของการดูแลตามปกติ (CI 0.32-0.93) CT สามารถเพิ่ม Full remission ได้ใน 20 สัปดาห์ แต่ไม่พบว่า

เรื่องที่ 3 Prevention of Relapse in Residual Depression by Cognitive Therapy (ต่อ)

ผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ Paykel, Scott, Teasdale, Johnson, Stat, Garland. (1999).

Objective	Sample/Setting	Instrument	Intervention	outcome
	แบ่งเป็น กลุ่ม CM(Clinical Management) 78 คน กลุ่ม CM+ CT 80 คน Setting มหาวิทยาลัย Cambridge และNewcastle ประเทศอังกฤษ		2. ระยะFollow-up phase ใช้เวลา 48 สัปดาห์พบกับจิตแพทย์ทุกๆ 8 สัปดาห์	อาการซึมเศร้าจะดีขึ้น แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจ เป็นไปได้ว่า CT มีอิทธิพล ต่อการป้องกัน relapse มากกว่าจะมีอิทธิพลต่อ อาการที่เกิดขึ้นในระยะ เทียบพัน

เรื่องที่ 4 Use of cognitive therapy for relapse prevention in chronic depression, Cost- effectiveness study.
ผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ Scott, Palmer, Paykel, Teasdale, Hayhurst.(2003).

Objective	Sample/Setting	Instrument	Intervention	outcome
เพื่อศึกษาความคุ้มค่าในการป้องกันอาการกำเริบด้วย Cognitive therapy	Sample ผู้ป่วย Residual MDD มีอาการ 18 เดือนที่ผ่านมา และมีคะแนนจากแบบวัดของ HRSD ≥ 8 และ จากแบบวัดของ BD I ≥ 9 แบ่งเป็น กลุ่มการดูแลทางคลินิกเพียงอย่างเดียว (CM) 80 คน กลุ่ม CM และ Cognitive therapy (CT) 80 คน Setting ประเทศอังกฤษ	1.DSM-III-R 2. HRSD-17 3. The Client Service Receipt Inventory	กลุ่มตัวอย่างจะได้รับยา ขนาดยต่ำสุด คือ Amitrypterine 125 mg และส่วมเข้า 1. กลุ่ม CM ในช่วงระยะ Treatment phase (20สัปดาห์) จะพบกับจิตแพทย์ เวลา 30 นาทีในทุก 4 สัปดาห์ และในช่วง 48 สัปดาห์ของระยะ Follow-up phase จะพบจิตแพทย์ทุก 8 สัปดาห์ 2.กลุ่ม CM และ CT ใช้ระยะเวลา 20 สัปดาห์ ทำ CT 16 sessions และกระตุ้นอีก 2 sessions หลังจากนั้นในสัปดาห์ที่ 26 และ 34 (รูปแบบแต่ละ session เหมือนงานวิจัยเรื่องที่ 3)	ค่าเฉลี่ยต้นทุนทางตรงด้านสุขภาพ ไม่นับรวมต้นทุน CT พบว่าต่ำลง มีผลทำให้ต้นทุนประหยัดได้ ถึงแม้ต้นทุนของการทำ CT จะสูง แต่เมื่อนำมาพิจารณาในส่วนค่าใช้จ่ายอื่นจากวันนอนและการรักษาแบบเดิมๆ แล้วพบว่า CT มีผลอย่างสำคัญต่อค่าชดเชยใน area อื่นๆของการใช้จ่ายเงินเพื่อการดูแลสุขภาพ

เรื่องที่ 5 Prevention of Relapse Following Cognitive Therapy vs. Medications in Moderate to Severe Depression.
ผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ Hollon, DeRubeis, Shelton, Amsterdam, Salomon, O'Reardon, Lovett, Young, Haman, Freeman, Gallop (2005).

Objective	Sample/Setting	Instrument	Intervention	Outcome
เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ การทำ Cognitive therapy (CT) มีประสิทธิผลระยะยาว กว่าการรักษาด้วยยา ต้านเศร้า Antidepressant medication (ADM)	Sample ผู้ป่วย Moderate to Severe MDD ปี มีคะแนนจาก แบบวัดของ HRSD ≥ 20 สุ่มเข้า 3 กลุ่ม 1. กลุ่ม ADM 120 คน (การรักษาด้วยยาด้านเศร้า) 2. กลุ่ม Pill placebo:cP-P (ได้รับยาหลอก) 60 คน 3. กลุ่ม CT 60 คน Setting มหาวิทยาลัยเพนซิลวาเนีย มหาวิทยาลัยเวเนเดียน	1. HRSD-17 2. Cochran-Mantel- Haenszel analysis controlling 3. Longitudinal Interval Follow-up Evaluation	1. กลุ่ม ADM ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ ซึมเศร้าต่อเนื่องตามปกติ มีการให้ความรู้ เดือนแรกทุก 2 สัปดาห์ จากนั้นเดือนละ ครั้งจะ 15-30 นาที เน้นการจัดการทาง คลินิก ห้ามใช้ CT 2. กลุ่ม cP-P ได้รับยา paroxetine ลดขนาด ยาลงสัปดาห์ละ 10 mg ถึงสัปดาห์ที่ 4-6 ให้ยาหลอกเหมือนยาที่ได้รับเป็นเวลา 8 สัปดาห์ 3. กลุ่ม CT เน้นการบำบัดบาง session จะเกี่ยวกับ crisis intervention บาง session เน้นที่การฝึกปฏิบัติ มีการกระตุ้นเพิ่มอีก 3 sessions ในช่วง 12 เดือนของ continuation phase การกระตุ้นขึ้นกับ ข้อตกลงกันเองของผู้รับและผู้ให้การบำบัด	กลุ่ม ADM ผู้ป่วย 69 คน (57.5%) จาก 120 คน เข้าเกณฑ์ response criteria และกลุ่ม CT 35 คน (58.3%) จากผู้ป่วย 60 คน เข้าได้กับ เกณฑ์นี้ เกือบ 1 ของกลุ่มมี ผลต่ออาการกำเริบ ผู้ป่วยที่ ไม่ทำตาม CT ในการรักษา ระยะ Continuing มีอาการ กำเริบน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ รับประทานยาในช่วงการ รักษา ระยะcontinuing และ มีอาการ

เรื่องที่ 5 Prevention of Relapse Following Cognitive Therapy vs. Medications in Moderate to Severe Depression. (ต่อ)
ผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ Hollon, DeRubeis, Shelton, Amsterdam, Salomon, O'Reardon, Lovett, Young, Haman, Freeman, Gallop (2005).

Objective	Sample/Setting	Instrument	Intervention	outcome
				(30.8% vs 76.2% ; p = 0.004) ซึ่งมีอาการ กำเริบน้อยกว่าผู้ป่วยที่ รับประทานยาต่อเนื่อง continuing phase (30.8% vs 47.2% ; p = 0.20) ผลของการทำ CT สามารถ ขยายไปถึงการป้องกันการ ป่วยซ้ำได้

**เรื่องที่ 6 Preventing Relapse/Recurrence in Recurrent Depression with Cognitive
ผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์** Bockting, Schme, , Spinhoven, Koeter, Wouters, Huyser, Kamphuis. (2005).

Objective	Sample/Setting	Instrument	Intervention	outcome
ศึกษาผลของการทำ Cognitive group therapy (CT) เพื่อ ป้องกันการกำเริบ หรือการป่วยซ้ำใน ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการป่วยซ้ำด้วย โรคซึมเศร้า	Sample ผู้ป่วย Recurrent MDD (ป่วยซ้ำอย่างน้อย 2 ครั้ง ภายใน 5 ปี remission มากกว่า 10 สัปดาห์ แต่ ไม่เกิน 2 ปี) มีระดับคะแนนจาก แบบวัดของ HRSD น้อยกว่า 10 ผ่านเกณฑ์การสัมภาษณ์ SCID ทางโทรศัพท์	1. DSM-IV 2. SCID 3. 17-HRSD 4. DAS-A-40 ข้อ 5. EPCL- 114 ข้อ 6. Negative Life Events Questionnaire 15 ข้อ 7. IMTA	1.TAU การบำบัดรักษาตามมาตรฐานปกติ รวมถึง no treatment 2. TAU ร่วมกับการทำ CT ใช้เวลาทำCT สัปดาห์ละครั้งๆละ 2 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 8 sessions เป็นกลุ่มปิด มีจำนวนสมาชิก กลุ่มเฉลี่ยที่ 8 คน (7-12คน) เน้นการเปลี่ยนแปลงให้เกิดทัศนคติ เชิงบวก การเก็บประสบการณ์ต่างๆใน ชีวิตประจำวัน เพื่อเพิ่มความทรงจำที่ดี	กลุ่ม CT มีอิทธิพลเชิง บวกต่อการร่วมมือ ในการ ใช้ด้านเศร้าหรือการบำบัด ทางจิตอื่นๆ ช่วยป้องกัน การเกิดอาการกำเริบ/การ ป่วยซ้ำได้ ลดอาการกำเริบ/ การป่วยซ้ำในผู้ป่วยที่มีความ เสี่ยงสูงซึ่งเคยมี episodes มา ก่อนหน้านี้ 5 ครั้งขึ้นไป(41% ของกลุ่มตัวอย่าง)ได้อย่างมี นัยสำคัญตลอดระยะเวลา 2 ปีก่อนหน้านี้

เรื่องที่ 6 Preventing Relapse/Recurrence in Recurrent Depression with Cognitive (ต่อ)
ผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ Bockting, Schme, , Spinhoven, Koeter, Wouters, Huyser, Kamphuis. (2005).

Objective	Sample/Setting	Instrument	Intervention	outcome
	กลุ่มตัวอย่าง 187 คน ถูกสุ่มเข้ากลุ่ม 1. Treatment as usual (TAU) จำนวน 90 คน 2. Treatment as usual (TAU)ร่วมกับการบำบัด Cognitive therapy (CT) จำนวน 97 คน Setting ศูนย์ผู้ป่วยจิตเวช ประเทศเนเธอร์แลนด์			มีการป่วยซ้ำในกลุ่มที่ได้รับ การบำบัดรักษาแบบปกติ 72% เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับ CT 46% CT ยังลดจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยจะเกิดการอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำและการรุนแรงของ depression ลงได้ด้วย แต่ CT ไม่มีอิทธิพลในการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มี episodes ก่อนหน้า 2 ครั้ง ใน 1 ปี

3.3.3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบการบำบัดในแต่ละงานวิจัย

งานวิจัย	วัตถุประสงค์	ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	การบำบัดในช่วงวิจัย	การบำบัดในช่วงต่อเนื่อง
เรื่องที่ 1 Jarrett et al., (2001)	เพื่อป้องกัน Relapse และ Recurrence	ผู้ป่วย recurrent MDD (recurrence 2 episode ที่แยกจากกัน โดยมีช่วงปราศจากการอย่างน้อย 2 เดือน) HRSD ≥ 16 คะแนน	A-CT (ตามขั้นตอน Beck และคณะ, 1979) 20 session ภายในเวลา 12-14 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 50-60 นาที 8 สัปดาห์แรก (16 session) และสัปดาห์ละครั้งใน 4 สัปดาห์สุดท้าย (4 session)	C-CT 10 session ะ ละ 60-90 นาที 2 สัปดาห์ต่อหนึ่งครั้งเป็นเวลา 2 เดือน และเดือนละครั้งใน 6 เดือนต่อมา หมายเหตุ ผู้ที่เข้ารับการบำบัดต้องมีคะแนน HRSD ≤ 9
เรื่องที่ 2 Fava et al., (2004).	เพื่อป้องกัน Recurrence	ผู้ป่วย recurrent MDD depression ≤ 3 ครั้ง ระยะเวลาป่วย ครั้งสุดท้ายจนถึงครั้งนี้ไม่เกิน 2.5 ปี remission อย่างน้อย 10 สัปดาห์ ตาม Research diagnosis criteria อาการไม่เกิน 2 อาการและไม่มีรุนแรง ไม่มี functional impairment minimum global severity score = 7	ได้รับยา Antidepressants ขนาด 100mg/ วัน ลดขนาดยาลงครึ่งละ 25 mg สัปดาห์วันสัปดาห์ จนถึง สัปดาห์ที่ 9 และ 10 จะไม่ได้รับยา	CBT 10 session ะ ละ 10-30 นาที 1 ครั้ง/สัปดาห์จำนวน 10 สัปดาห์ เพื่อลด Residual symptoms ส่งเสริม Lifestyle modification และ well-being therapy

3.3.3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบการบำบัดในแต่ละงานวิจัย (ต่อ)

งานวิจัย	วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกัน Relapse	ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	การบำบัดในช่วงวิจัยพลัน	การบำบัดในช่วงต่อเนื่อง
เรื่องที่ 3 Paykel et al., (1999).		MDD persistent symptoms มีอาการหลงเหลือ มีคะแนน $\text{HDRS} \leq 8$ และ $\text{BDI} \leq 9$	ได้รับยา Antidepressant คือ amitriptyline 185 mg/ วัน หรือ fluoxetine 33 mg/วัน และทำ CT 16 sessions ใน เวลา 20 สัปดาห์	ได้รับยา Antidepressant ต่อเนื่องเป็นเวลา 48 สัปดาห์ ร่วมกับ Booster CT อีก 2 sessions หลังจากนั้นในสัปดาห์ที่ 26 และ สัปดาห์ที่ 34
เรื่องที่ 4 Scott et al., (2003).	เพื่อป้องกัน Relapse	ผู้ป่วย Residual MDD ที่ Chronic depression คะแนน $\text{HRSD} \geq 8$ และ $\text{BDI} \geq 9$	ได้รับยา Antidepressant คือ amitriptyline ขนาด 185mg / วัน หรือ fluoxetine 33mg / วัน และทำ CT 16 sessions ในเวลา 20 สัปดาห์	ได้รับยา Antidepressant เป็นเวลา 48 สัปดาห์ ร่วมกับ Booster CT อีก 2 sessions หลังจากนั้น ในสัปดาห์ที่ 26 และ สัปดาห์ที่ 34

3.3.3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบการบำบัดในแต่ละงานวิจัย (ต่อ)

งานวิจัย	วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกัน Relapse	ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	การบำบัดในช่วงเผชิญหน้า CT 10 session จะเกี่ยวกับ crisis intervention บาง session เน้นที่การฝึกปฏิบัติ เพื่อป้องกันอาการกำเริบ	การบำบัดในช่วงต่อเนื่อง Blooster 3 sessions เดือน ที่ 1, 3 และเดือนที่ 6 หรือ ตามความต้องการของผู้รับ การบำบัด
เรื่องที่ 5 Hollon et al., (2005).		ผู้ป่วย Moderate to Severe MDD คะแนน HRSD ≥ 20		
เรื่องที่ 6 Bockting et al., (2005).	เพื่อป้องกัน Relapse และ Recurrence	ผู้ป่วย Recurrent MDD 2 ครั้ง ภายใน 5 ปี remission > 10 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 2 ปี HRSD < 10 คะแนน	บำบัดทางคลินิกตามปกติ	CT 8 sessions ทำสัปดาห์ ละครั้งละ 2 ชั่วโมง เป็นกลุ่มปิด มีจำนวน สมาชิกกลุ่มเฉลี่ย 8 คน (7-12 คน) หมายเหตุ ขณะเข้ากลุ่มผู้ป่วยต้องไม่มี อาการ

สรุปประเด็นจากหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำจำนวน 6 เรื่อง มีงานวิจัยที่มุ่งเน้นป้องกันการป่วยซ้ำโดยตรง 3 เรื่อง (Jarrett et al., 2001: Level II; Fava et al., 2004: Level II; Bockting et al., 2005: Level II) งานวิจัยที่มุ่งเน้นป้องกันอาการกำเริบโดยตรง 2 เรื่อง (Paykel et al., 1999: Level II; Scott et al., 2003: Level II) และงานวิจัยที่มุ่งป้องกันการกำเริบและการป่วยซ้ำ 1 เรื่อง โดยทำการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมแบบเป็นกลุ่ม (Bockting et al., 2005: Level II) ซึ่งงานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง ได้นำมาวิเคราะห์และสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ ทั้ง 6 เรื่องมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ

1.1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำด้วยโรคซึมเศร้า (Recurrence MDD) ที่มีประวัติการป่วยมาก่อนแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง งานวิจัย 1 เรื่องกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างเคยมี episode ของ depression อย่างมากไม่เกิน 3 ครั้ง (Fava et al., 2004: Level II) มีงานวิจัย 1 เรื่องกำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำเคยมีป่วยซ้ำอย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไปภายใน 5 ปี แต่ไม่กำหนดจำนวนครั้งของการป่วยสูงสุด ซึ่งผลการวิจัยพบว่า CT สามารถลดอาการกำเริบและการป่วยซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญในระดับ .01 ในผู้ที่มีการป่วยมาแล้ว 5 ครั้งหรือมากกว่า 5 ครั้ง (Bockting et al., 2005: Level II) โดยการวินิจฉัยการป่วยซ้ำนั้นต้องมีช่วงของการปราศจากอาการ (remission) ในระหว่าง episode ของการเกิดอาการซึมเศร้าอย่างชัดเจนเป็นเวลาอย่างน้อย 2 เดือน สำหรับอาการป่วยซ้ำด้วยโรคซึมเศร้าพิจารณาจากคะแนนของแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ที่คะแนน เท่ากับหรือมากกว่า 16 (Jarrett et al., 2001: Level II)

1.2 ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระหว่างเข้ารับการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำอยู่ในช่วงไม่มีอาการเลย (Fava et al., 2004: Level II) จนถึงมีอาการ หลงเหลืออยู่บ้างเล็กน้อย (residual symptoms) โดยใช้คะแนนจากแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ โดยได้คะแนนเท่ากับหรือต่ำกว่า 9 คะแนน (Jarrett et al., 2001: Level II)

1.3 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม เพื่อป้องกันอาการกำเริบ มีงานวิจัยทั้งหมด 3 เรื่อง 2 เรื่องทำในผู้ที่มีอาการซึมเศร้าหลงเหลือในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Paykel et al., 1999: Level II; Scott et al., 2003: Level II) 1 เรื่องทำในผู้ป่วยที่มีอาการหลงเหลืออยู่ซึ่งใช้เกณฑ์คะแนนที่วัดด้วยแบบวัด HDRS-17 เท่ากับหรือ

มากกว่า 8 คะแนน และวัดด้วยแบบวัดของ BDI ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 9 คะแนนขึ้นไป โดยทำการประเมินต่อเนื่อง 2 ครั้งห่างกัน 2 เดือน แต่ขณะทำการบำบัดเพื่อป้องกันอาการกำเริบนั้น อาการหลงเหลืออยู่นั้นได้หมดไปแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 2 เดือน และนานมากที่สุดถึง 18 เดือน (Scott et al., 2003: level II) และ 1 เรื่อง ทำในผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Moderate to Severe Depression) ซึ่งใช้เกณฑ์คะแนนที่วัดด้วยแบบวัด HDRS-17 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ต่อเนื่อง ที่คะแนน 20 คะแนนขึ้นไป (Hollon et al., 2005: Level II)

2. ช่วงเวลาของการทำการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำและอาการกำเริบ

2.1 ช่วงเวลาของการทำการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำจะทำการบำบัดภายหลังจากที่ผู้ป่วยฟื้นตัวจากอาการซึมเศร้าแล้ว พบว่างานวิจัย 1 เรื่อง ทำการบำบัดขณะที่อาการซึมเศร้าลดลงภายหลังจากมีการรักษาด้วยยาแก้เศร้าร่วมกับการบำบัดแบบ CT ในการบำบัดระยะเฉียบพลันมาก่อนแล้ว และงานวิจัย 1 เรื่องมีการรักษาด้วยยาแก้เศร้าในระยะเฉียบพลันจนอาการดีขึ้นแล้ว จึงเริ่มทำการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ (Fava et al., 2004: Level II)

2.2 ช่วงเวลาของการทำการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบ งานวิจัย 1 เรื่องทำการบำบัดในขณะที่อาการซึมเศร้าหลงเหลือของผู้ป่วยได้หมดไปแล้วเป็นเวลา 2-18 เดือน (Paykel et al., 1999: Level II) และงานวิจัยอีก 1 เรื่อง ทำในขณะที่ผู้ป่วยยังมีอาการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ ทำการบำบัดพร้อมกับการรักษาด้วยยาแก้เศร้าและการดูแลทางคลินิก (Scott et al., 2003: Level II)

3. คุณสมบัติผู้บำบัด

งานวิจัยทุกเรื่องใช้ผู้บำบัดที่ผ่านการอบรมการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมอย่างน้อย 1 ปีและมีใบประกาศนียบัตรรับรอง (Fava et al., 2004: Level II; Scott et al., 2003: Level II; Hollon et al., 2005: Level II) บางเรื่องต้องมีการประเมินการบำบัดแบบ CT เป็นเวลาอย่างน้อย 4-5 ปีขึ้นไป (Paykel et al., 1999: Level II; Bockting et al., 2005: Level II) บางงานวิจัยมีการประเมินหรือตรวจสอบสมรรถนะของผู้บำบัดด้วยแบบวัด Cognitive therapy Scale (CTS) โดยผ่านการประเมินที่คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 40 (Jarrett et al., 2001: Level II) นอกจากนั้นในระหว่างดำเนินการบำบัดหรือการทดลองผู้บำบัดจะได้รับการนิเทศแบบกลุ่มสัปดาห์ละครั้ง (Jarrett et al., 2001: Level II หรือ ฝึกปฏิบัติก่อนเข้าร่วมการวิจัยอีก 16 ชั่วโมง (Bockting et al., 2005: Level II)

4. การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการบำบัดร่วมกับการดูแลตามปกติในคลินิก และการบำบัดร่วมกับการใช้ยา

แก้เศร้าตามมาตรฐานการรักษา (Fava et al., 2004: Level II; Paykel et al., 1999: Level II; Scott et al., 2003: Level II; Hollon et al., 2005: Level II)

5. รูปแบบการบำบัด จะมีหลายแบบได้แก่

5.1 การบำบัดเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำทำเพิ่มเติมจากการบำบัดแบบ CT ในช่วงการบำบัดระยะเฉียบพลัน

งานวิจัย 1 เรื่อง (Jarrett et al., 2001: Level II) ทำการบำบัด CT ในช่วงการบำบัดระยะต่อเนื่องเพิ่มเติมจากการบำบัดแบบ CT ในช่วงการบำบัดระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดด้วย Acute-Phase Cognitive therapy (A-CT) โดยปฏิบัติตามขั้นตอนของ Beck และคณะ (1979) จำนวน 20 session ภายในเวลา 12-14 สัปดาห์ๆละ 2 ครั้งๆละ 50-60 นาทีใน 8 สัปดาห์แรก (16 session) และบำบัดสัปดาห์ละครั้ง ใน 4 สัปดาห์สุดท้าย (4 session) มีเป้าหมายเพื่อลดอาการซึมเศร้าและพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา และอื่นๆ ซึ่งสามารถนำมาใช้ป้องกันอาการกำเริบได้ด้วย

หลังจากผ่านการทำการบำบัดด้วย A-CT มาแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดแบบ Continuation Phase Cognitive therapy (C-CT) เพิ่มอีก 10 session ครั้งๆละ 60-90 นาที ตามขั้นตอนซึ่งพัฒนาโดย Jarret และปรับปรุงในภายหลังโดย Jarret & Kraft (1997) ทำการบำบัด 2 สัปดาห์ต่อหนึ่งครั้งเป็นเวลา 2 เดือนและเดือนละครั้งใน 6 เดือนต่อมา C-CT มีเป้าหมายเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจะถูกสอนให้ใช้อาการซึมเศร้าหรือความทุกข์ใจไปกระตุ้นให้นำทักษะที่ได้เรียนรู้มาจาก A-CT มาใช้ ในการแก้ปัญหาเพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับสิ่งที่ไม่คาดหวังในอนาคตเพื่อเป็นการกระตุ้นและคงทักษะไว้

5.2 การบำบัดเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำเพิ่มเติมภายหลังได้รับยาแก้เศร้าจนอาการซึมเศร้าลดลง

งานวิจัย 1 เรื่อง (Fava et al., 2004: Level II) ทำในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยยาแก้เศร้า ทำการบำบัดหลังจากได้รับยารักษาซึมเศร้าและผู้ป่วยประเมินว่าตนเองมีอาการดีขึ้น หรือดีขึ้นมากตาม global scale of improvement และมี full remission คือ ปราศจากกลุ่มของอาการซึมเศร้า และเมื่อวัดด้วยแบบวัด Paykel's clinical Interview for depression ที่ปรับปรุงใหม่ ไม่พบว่ามีอารมณ์เศร้าเลย (depressed mood) และหลังจากนั้นผู้ป่วยทุกคนได้รับการรักษาด้วยยารักษาซึมเศร้าเต็มขนาดของการรักษาเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือนแต่ไม่เกิน 5 เดือน โดยได้รับยาแก้เศร้า amitriptyline (AMT) 100 mg/วัน หรือยาอื่นๆที่แทนกันได้และขนาดยาจะค่อยลดลงครั้งละ 25 mg สัปดาห์เว้นสัปดาห์ จนกระทั่งไม่ต้องรับประทานยา การบำบัดจะเริ่มภายหลังจากการประเมินแล้วว่าผู้ป่วยไม่มีอาการซึมเศร้าและยังคงได้รับยาแก้เศร้าต่อไป ซึ่งการบำบัดด้วย CBT ใน 2 session สุดท้าย (สัปดาห์ที่ 9-10) ผู้ป่วยจะยุติการรับประทานยาด้านเศร้า

แล้ว การบำบัดแบบใช้เวลาสัปดาห์ละครั้งๆ ละ 10-30 นาทีเป็นจำนวน 10 session ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ 1) เพื่อลดอาการของ Residual symptoms ของ MDD 2) การปรับเปลี่ยนวิถีดำเนินชีวิต 3) การบำบัดให้มีความสุข (well-being)

5.3 การบำบัดเพื่อป้องกันอาการกำเริบ

งานวิจัย 1 เรื่อง (Paykel et al., 1999: Level II) ทำการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมในกลุ่มตัวอย่างที่เคยมี partial remission และเคยมีอาการหลงเหลืออยู่เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะมีอาการกำเริบได้สูง แต่ในขณะที่ทำการบำบัดอาการหลงเหลือได้หมดไปแล้วอย่างน้อย 2 เดือน ถึง 18 เดือน กลุ่มนี้คงได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องในระยะ continuing and maintainance phase โดยได้รับยาต้านเศร้า amitriptyline (AMT) 185 mg/วัน หรือ fluoxetine 33mg/วัน และงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (Scott et al., 2003: Level II) ทำการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมในกรณีที่ผู้ป่วยมี partial remission หรือยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ในระดับซึ่งวัดด้วยแบบวัด HDRS-17 เท่ากับหรือมากกว่า 8 คะแนน และวัดด้วยแบบวัดของ BDI ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 9 คะแนนขึ้นไป การบำบัดด้วย CT ในงานวิจัย 2 เรื่องนี้ ใช้ระยะเวลาบำบัด 20 สัปดาห์ จำนวน 16 sessions หลังจากสิ้นสุด 16 session แล้วจะเพิ่มอีก 2 sessions ในสัปดาห์ที่ 6 และ สัปดาห์ที่ 14 (Cognitive therapy ดัดแปลงมาจาก Beck และคณะ, 1979) แต่ละ Session ของการทำ CT จะมีโครงสร้างที่ตายตัว มีกำหนดการที่แน่ชัด มีการทบทวนการบ้าน มีการสำรวจในประเด็นปัญหาเพื่อที่จะเรียงลำดับความสำคัญก่อน-หลัง และมอบหมายการบ้านให้ เนื้อหาสาระจะเปลี่ยนไปตามระดับความรุนแรงของอาการ

5.4 การบำบัดแบบกลุ่ม

งานวิจัย 1 เรื่อง (Bockting et al., 2005: Level II) ทำการบำบัด CT แบบกลุ่มทำในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์วินิจฉัยว่ามีการป่วยซ้ำด้วยโรค MDD อย่างน้อย 2 ครั้ง ภายในระยะเวลา 5 ปี มีอาการทุเลาลง (remission) มากกว่า 10 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 2 ปี ปัจจุบันมีระดับคะแนนจากแบบทดสอบด้วย Hamilton Rating Scale for Depression (M. Hamilton, 1960) น้อยกว่า 10 คะแนน ทำการบำบัด CT แบบกลุ่มร่วมกับการรักษาด้วยยาแก้อาการซึมเศร้าหรือไม่ก็ได้ หรืออาจใช้ร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบอื่นๆ ตามมาตรฐานที่มีอยู่ การบำบัดจะมุ่งเน้นที่การค้นหาและเปลี่ยนทัศนคติที่บิดเบือน (dysfunctional attitudes) การบำบัด CT ใช้เวลาทำสัปดาห์ละครั้งๆละ 2 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 8 sessions รูปแบบของกลุ่มเป็นกลุ่มปิด สมาชิกที่เข้าร่วมไม่มีพยาธิสภาพทางจิต มีสมาชิกกลุ่มจำนวน 7-12คน ในแต่ละ sessions ของการทำ CT จะมีโครงสร้างที่ชัดเจน มีการกำหนดระเบียบวาระการทำกลุ่มไว้ล่วงหน้า ทบทวนการบ้าน การชี้แจงเหตุผลของแต่ละ session และการมอบหมายการบ้าน

การทำ CT ส่วนใหญ่เน้นที่การค้นหาและเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ผิดปกติ แตกต่างกับการทำ CT ในผู้ป่วยซึมเศร้าระยะเฉียบพลัน (Beck, 1987; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979)

6. การประเมินผลลัพธ์

Relapse หมายถึง อาการซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นใน episode ของการเกิดอาการซึมเศร้าในครั้งปัจจุบันนี้ ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ช่วงการฟื้นตัวจากอาการซึมเศร้า (recovery) อาการมีมากจนเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยด้วย DSM-IV for MDD (ตัวอย่าง เช่น ประเมินด้วย LIFE PSR score มีคะแนนเท่ากับ 5 หรือ 6 ในเวลา 2 สัปดาห์) (Jarrett et al., 2001: Level II) การประเมินอาการกำเริบทางคลินิกเบื้องต้นใช้เกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่งดังนี้ (Scott et al., 2003: Level II)

1. มีอาการเข้าเกณฑ์การวินิจฉัย Major depressive disorder ตามระบบ DSM-IV TR เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน และมีคะแนนจากแบบวัด HRSD เท่ากับหรือมากกว่า 17 คะแนนขึ้นไปเมื่อประเมินแบบต่อหน้า 2 ครั้งห่างกันอย่างน้อย 1 สัปดาห์ หรือ

2. มีอาการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ในระหว่างที่มีการประเมินอย่างต่อเนื่อง 2 ครั้งห่างกัน 2 เดือน มีคะแนน HRSD อย่างน้อย 13 คะแนนทั้ง 2 ครั้งร่วมกับมีระดับของความเจ็บปวดทรมานใจหรือการไม่สามารถทำหน้าที่ได้ซึ่งไม่สามารถคงขนาดยาไว้ที่ระดับเดิมได้

Recurrence หมายถึง การเกิดขึ้นของ depressive episode ใหม่จนเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยด้วย DSM-IV for MDD ภายหลังจากที่เข้าสู่ระยะ recovery มาแล้ว ซึ่งสามารถประเมินเบื้องต้นโดยคะแนนจากแบบวัด HRSD-17 (Hamilton Rating Scale for Depression 17 items) มากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน ซึ่งใช้เป็นเกณฑ์เบื้องต้นในการประเมินผลและการติดตามผล (Jarrett et al., 2001: Level II) และเคยมีอาการสงบมาก่อนหน้านี้อย่างน้อย 8-10 สัปดาห์ (Fava et al., 2004: Level II)

3.4 ข้อเสนอแนะ (Recommendation)

การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมนอกจากใช้เพื่อลดอาการซึมเศร้าแล้ว ยังสามารถนำมาใช้ในการป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ ซึ่งจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพและเป็นวิจัยเชิงทดลองและมีกลุ่มควบคุม 6 เรื่อง ซึ่งตีพิมพ์เผยแพร่ในระหว่างปี ค.ศ. 1999-2005 มีข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ดังนี้

การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และทำทักษะในการจัดการอาการและการแก้ปัญหาไปใช้ในการป้องกันอาการกำเริบ นอกจากนั้นยังมีการปรับแก้ไขทัศนคติที่บิดเบือนไปให้เป็นทัศนคติทางบวกเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

I ผู้เข้าร่วมการบำบัด

1. ผู้ที่ควรได้รับการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ ซึ่งมีคุณลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้

1.1 เคยได้รับการวินิจฉัย Recurrence Major Depressive disorder มาก่อนหน้านี้ อาจป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 2-5 ครั้งขึ้นไปภายใน 2.5-5 ปี ก่อนการป่วยครั้งปัจจุบัน มีอาการสงบอย่างน้อย 8-10 สัปดาห์ (Jarrett et al., 2001: Level II; Fava et al., 2004: Level II)

1.2 ผู้ที่เคยมีระยะ partial remission อยู่เป็นเวลานาน หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งคือผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ อาการซึมเศร้าทุเลาลงเพียงบางส่วนเมื่อได้รับการรักษาด้วยยาแล้ว มีอาการซึมเศร้าหลงเหลือเป็นเวลานานอย่างน้อย 8 สัปดาห์ ซึ่งถ้าวัดด้วยแบบวัด HRSD-17 มีคะแนนเท่ากับ 8 หรือมากกว่า หรือมีคะแนนจากแบบวัด Beck Depression Inventory เท่ากับหรือมากกว่า 9 คะแนน (Scott et al., 2003)

1.3 มีอาการซึมเศร้าเรื้อรัง (Chronic depression) ได้รับการรักษาด้วยยาแก้เศร้าแล้วไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรโดยมี partial remission อาการไม่ทุเลาไปทั้งหมด (Scott et al., 2003)

1.4 ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง วินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR เป็น major depressive disorder และมีคะแนนจากแบบวัด Hamilton Depression Rating Scale (HDRS-17) 20 คะแนนขึ้นไป เป็นเวลา 2 สัปดาห์ต่อเนื่อง (เกณฑ์นี้อ้างอิงจากที่ Elkin และคณะใช้ค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงใน National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program) (Hollon et al., 2005)

1.5 ผู้ป่วยที่เริ่มเป็นโรคซึมเศร้าเมื่ออายุน้อย และคุณภาพของการ remission ไม่ดี (Jarrett et al., 2001: Level II)

2. อายุของผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 18-65 ปี (Jarrett et al., 2001: Level II; Fava et al., 2004: Level II; Hollon et al., 2005; Bockting et al., 2005: Level II)

3. ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช เช่น Psychotic, schizoaffective disorder, Bipolar disorders, Alcohol dependence, Drug abuse, Borderline personality disorder, มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมหรืออยากทำร้ายตนเองการเรียนรู้บกพร่อง (IQ<70) มีภาวะสมองถูกทำลายหรือได้รับการกระทบ กระเทือน (Jarrett et al., 2001: Level II; Paykel et al., 1999: Level II)

4. ไม่มีโรคทางกายที่กำลังกำเริบ (Fava et al., 2004: Level II; Paykel et al., 1999: Level II)

II การดูแลรักษาอื่น ๆ ร่วมกับการบำบัดการรู้คิด-ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การบำบัดการรู้คิด-ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำไปในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในคลินิกตามมาตรฐานปกติ ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง การรักษาด้วยยาในระยะ acute phase พบจิตแพทย์อย่างน้อยทุก 2 สัปดาห์ต่อเนื่องใน 1 เดือนแรก และหลังจากนั้นอย่างน้อยเดือนละครั้ง (Hollon et al., 2005) ในผู้ป่วยซึมเศร้าเรื้อรัง ช่วงของการบำบัดรักษา พบจิตแพทย์ครั้งละ 30 นาที ทุก 4 สัปดาห์ เป็นเวลา 20 สัปดาห์ และ ในช่วงของการ follow-up พบจิตแพทย์ทุก 8 สัปดาห์เป็นเวลานาน 48 สัปดาห์ เพื่อประเมินอาการและปรับยาแก้ซึมเศร้าให้เหมาะสมกับอาการและตามแผนการรักษาของผู้ป่วย (Scott et al., 2003) ในผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดในระยะ acute-phase treatment ด้วยยา และมีการตอบสนองต่อยาดี ก็สามารถรับการบำบัดด้วยยาต่อไปในระยะ continuation-phase treatment และ maintenance-phase treatment ได้

III รูปแบบการบำบัด (type of CBT) มีรูปแบบการบำบัด 2 รูปแบบคือ

รูปแบบการบำบัดจะกล่าวถึงชนิดของการบำบัด ซึ่งจำแนกเป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม ช่วงเวลา (Phase) ของการทำการบำบัด และจำนวนครั้งหรือระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด

3.1 การบำบัดรายบุคคล

3.1.1 การบำบัดในช่วงการบำบัดระยะ continuation-phase treatment ซึ่งจะเป็นการบำบัดแบบ Continuous Cognitive therapy (C-CT) ต่อจากการบำบัด Cognitive therapy ในระยะเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยที่ได้รับ A-CT ในช่วงการรักษาต่อเนื่อง โดยสามารถใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้า (Jarrett et al., 2001: Level II; Hollon et al., 2005: Level II)

การบำบัด Acute-Phase Cognitive therapy (A-CT) ปฏิบัติตามขั้นตอนของ Beck และคณะ (1979) ทำการบำบัดทั้งหมดจำนวน 20 session ภายในเวลา 12-14 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 50-60 นาทีใน 8 สัปดาห์แรก (16 session) และบำบัดสัปดาห์ละครั้ง ใน 4 สัปดาห์สุดท้าย (4 session) มีเป้าหมายเพื่อลดอาการซึมเศร้าและพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาและอื่นๆ สามารถรวมถึงการป้องกันอาการกำเริบด้วย สำหรับการบำบัดระยะ Acute Phase อาจใช้รูปแบบของ Robert et al., 2005 ซึ่งใช้เวลา ทำ CT 16 สัปดาห์ โดยกำหนดแนวทางดังนี้

4 สัปดาห์แรก ทำสัปดาห์ละ 2 session แต่ละ session ใช้เวลา 50 นาที

8 สัปดาห์ต่อมา ทำสัปดาห์ละ 1-2 session

4 สัปดาห์สุดท้าย ทำสัปดาห์ละ 1 session

เนื้อหาในบาง session จะเกี่ยวกับ crisis intervention ในขณะที่บาง session เน้นที่การฝึกปฏิบัติเพิ่มขึ้น เพื่อป้องกันอาการกำเริบ หรือเป็นการทบทวนเหตุการณ์ที่ผ่านมาไม่นาน ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วย CT จะยุติเมื่อสิ้นสุด acute phase

ผู้ที่ผ่านการบำบัดด้วย A-CT มาแล้ว จะได้รับการบำบัด แบบ Continuation-Phase Cognitive therapy (C-CT) เพิ่มอีก 10 ครั้ง (session) ๆ ละ 60-90 นาที ตามขั้นตอนซึ่งพัฒนาโดย Jarret และปรับปรุงในภายหลังโดย Jarret & Kraft (1997) ทำการบำบัด 2 สัปดาห์ต่อหนึ่งครั้งเป็นเวลา 2 เดือน และเดือนละครั้งใน 6 เดือนต่อมา C-CT มีเป้าหมายเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจะได้รับการสอนให้ใช้การซึมเศร้าหรือความทุกข์ใจไปกระตุ้นให้นำทักษะที่ได้เรียนรู้มาจาก A-CT มาใช้ ในการแก้ปัญหาเพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับสิ่งที่ไม่คาดหวังในอนาคตเพื่อเป็นการกระตุ้นและคงทักษะไว้ ใช้เวลาในการบำบัด C-CT 8 เดือน สำหรับการบำบัดในระยะต่อเนื่องของ Hollon et al., 2005: Level II จะเป็นการบำบัดกระตุ้นเพิ่มอีก 3 sessions ในระหว่าง 12 เดือนของช่วง continuation phase ซึ่งจัดขึ้นในเวลาใดก็ได้ โดยมีเงื่อนไขว่าต้องห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน ผู้ป่วยและผู้บำบัดจะตัดสินใจร่วมกันว่าจะมี sessions กระตุ้นเพิ่มหรือไม่และเมื่อใด บางคนจะเพิ่ม sessions กระตุ้นเป็นช่วงอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดือนที่ 1, 3 และ 6 ในขณะที่บางคนอาจเก็บไว้เวลาจำเป็นเท่านั้น

3.1.2 การบำบัดในช่วงการบำบัดระยะต่อเนื่อง ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาแก้เศร้า และมีการตอบสนองด้วยยาแก้เศร้าเป็นอย่างดี และให้การบำบัด CT เพิ่มเติมในช่วง continuation-phase treatment เพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ (Fava et al., 2004: Level II; Paykel et al., 1999: Level II; Scott et al., 2003: Level II) ผู้ป่วยจะได้รับยาแก้เศร้า amitriptyline (AMT) 100 mg/วัน หรือยาอื่นที่แทนกันได้ ยาจะค่อยๆ ถูกลดขนาดลงจำนวนครั้งละ 25 mg สัปดาห์เว้นสัปดาห์ จนกระทั่งไม่ต้องรับประทานยาใน 2 session สุดท้ายของการบำบัดด้วย CT (สัปดาห์ที่ 9-10) การบำบัดแบบ CT ใช้เวลาสัปดาห์ละครั้งๆ ละ 10-30 นาที เป็นจำนวน 10 session ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก (Fava et al., 2004: Level II) ดังนี้ 1) ใช้ CBT เพื่อลดอาการของ Residual symptoms ของ MDD 2) การปรับเปลี่ยนวิถีดำเนินชีวิต และ 3) การบำบัดให้มีความผาสุก (well-being)

นอกจากนั้นการทำ CT ในช่วง acute-phase treatment ร่วมกับการรักษาด้วยยาแก้เศร้า ยังสามารถป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำได้ (Paykel et al., 1999: Level II; Scott et al., 2003: Level II) ผู้ป่วยจะได้รับยาแก้เศร้า amitriptyline (AMT) 185 mg/วัน หรือ fluoxetine 33mg/วัน และการบำบัดด้วย CT เป็นระยะเวลา 20 สัปดาห์ จำนวน 16 sessions หลังจากสิ้นสุด 16 session แล้วจะเพิ่มอีก 2 sessions ในสัปดาห์ที่ 6 และ สัปดาห์ที่ 14 (Cognitive therapy ดัดแปลงจากที่ Beck และคณะ ได้ทำไว้) โดย CT แต่ละ Session จะมีการกำหนดโครงสร้างที่ชัดเจนตายตัว มีการทบทวน การบ้าน มีการสำรวจประเด็นปัญหาเพื่อที่จะเรียงลำดับความสำคัญก่อน-หลัง และมอบหมาย การบ้าน เนื้อหาสาระแต่ละ session จะเปลี่ยนไปตามระดับความรุนแรงของอาการ

Sessions แรกๆ จะเน้นเกี่ยวกับปัญหาของแต่ละบุคคล จากนั้นดำเนินการตามขั้นตอนการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เน้นการแก้ปัญหาและการจัดการอาการ

Sessions หลังจากนั้นจะเน้นที่การปรับความเชื่อที่ซ่อนอยู่ภายในและเทคนิคการจัดการตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบ เนื่องจากอาการซึมเศร้าจะคงอยู่ในระยะเวลานาน จึงจำเป็นต้องมีเทคนิคที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพอใจหรือผูกพันกับการบำบัดด้วย CT และเน้นที่แก่นของความเชื่อ

ส่วน 2 Sessions ที่เป็นการกระตุ้นภายหลังจะเป็นการทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหา การพูดคุยปรึกษากันถึงเรื่องที่ยุ่งยากและการเสริมเทคนิคการจัดการด้วยตนเองให้เข้มแข็งขึ้น

3.2 การบำบัดแบบกลุ่ม (Bockting et al., 2005: Level II)

การบำบัด CT แบบกลุ่มทำร่วมกับการรักษาด้วยยาแก้อาการซึมเศร้าหรือไม่ก็ได้ หรืออาจใช้ร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบอื่นๆ ตามมาตรฐานที่มีอยู่ การบำบัดจะมุ่งเน้นที่การค้นหาและเปลี่ยนทัศนคติที่บิดเบือน (dysfunctional attitudes) การบำบัด CT ใช้เวลาทำสัปดาห์ละครั้งๆละ 2 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 8 sessions รูปแบบของกลุ่มเป็นกลุ่มปิด สมาชิกที่เข้าร่วมไม่มีพยาธิสภาพทางจิต มีสมาชิกกลุ่ม จำนวน 7-12คน ในแต่ละ sessions ของการทำ CT จะมีโครงสร้างที่ชัดเจน มีการกำหนดระเบียบวาระการทำกลุ่มไว้ล่วงหน้า ทบทวนการบ้าน การชี้แจงเหตุผลของแต่ละ session และการมอบหมายการบ้าน

การทำ CT ส่วนใหญ่เน้นที่การค้นหาและเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ผิดปกติ แตกต่างกับการทำ CT ในผู้ป่วยซึมเศร้าระยะเฉียบพลัน (Beck, 1987; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979)

Session 1-3 เริ่มต้นด้วยการค้นหาความคิดเชิงลบและทัศนคติที่บิดเบือนโดยใช้แบบสอบถามชนิดรายงานตนเองช่วยในการระบุมุมมองและทัศนคติที่บิดเบือน ด้วยการยกตัวอย่างตัวอย่างทัศนคติและเทคนิค เช่น vertical arrow technique

Sessions 3-7 เน้นการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่บิดเบือนไปเหล่านี้ต่อไปโดยใช้ cognitive techniques ที่แตกต่างออกไป เช่น Socratic questioning และค้นหาและระบุทัศนคติเชิงบวก ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนให้ฝึกด้วยทัศนคติอื่นๆอีก

Sessions 6-8 กระตุ้นโน้มน้าวให้ผู้ป่วยปฏิบัติด้วยทัศนคติเชิงบวก โปรแกรมป้องกันอาการกำเริบของ Teasdale และคณะ (2000) เพิ่มการทำสมาธิในช่วงนี้ แต่ในโปรแกรมนี้ (Bockting et al., 2005: Level II) ใช้เฉพาะการบำบัดความคิด (cognitive interventions) เพื่อเปลี่ยนเนื้อหาของความคิด

มีหลายการศึกษาพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าในระยะเฉียบพลันมักมีความทรงจำเกี่ยวกับตนเอง (autobiographical memories) แบบเหมารวมไปหมด(overgeneral) เมื่อเผชิญสัญญาณที่

เกี่ยวกับการระงับที่ เช่น เมื่อกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งผิดพลาดเกิดขึ้น ก็จะเหมารวมว่าตนเองทำทุกเรื่องไม่ได้ดี ตัวอย่างเช่น ความทรงจำในอดีตจะเป็นเรื่องทั่วไปมากกว่าความทรงจำที่เฉพาะกับเหตุการณ์ซึ่งเกิดในช่วงเวลาและสถานที่ใดสถานที่หนึ่ง การไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่มีความเฉพาะเป็นเรื่องราวไปในอดีตได้จะสัมพันธ์กับความบกพร่องของทักษะการแก้ไขปัญหา และการดำเนินโรค depressive disorders ที่ยาวนาน และความยากในการฟื้นตัวจาก depression CT ป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำไม่เหมือนกับ CT ในระยะ acute ที่ปฏิบัติกันแต่เดิม โปรแกรมนี้จะให้ผู้ป่วยจดบันทึกประจำวันเกี่ยวกับประสบการณ์เชิงบวก เพื่อเพิ่มพูนความทรงจำที่เฉพาะเจาะจงกับประสบการณ์ เชิงบวกแทนการเก็บจำความทรงจำที่เป็นการเหมารวมเหตุการณ์ต่าง (session 4-6) นอกจากนี้ กลยุทธ์การป้องกันอาการกำเริบ/การป่วยซ้ำยังถูกกำหนดไว้ใน 3 Sessions สุดท้ายด้วย

IV ผู้ทำการบำบัดควรมีคุณสมบัติดังนี้

บุคลากรทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ผ่านการอบรมการบำบัดการรู้คิด-ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างน้อย 1 ปีและมีใบประกาศนียบัตรรับรอง (Fava et al., 2004: Level II; Paykel et al., 1999: Level II; Scott et al., 2003: Level II; Hollon et al., 2005: Level II)

V การประเมินผลลัพธ์

ผลลัพธ์ในการบำบัดการรู้คิด-ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบ (Relapse) และการป่วยซ้ำ (Recurrent) คือ การปราศจากอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ ซึ่งสามารถประเมินด้วยเครื่องมือมาตรฐานดังนี้

อาการกำเริบและการป่วยซ้ำ ใช้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM IV ซึ่งสามารถใช้แบบวัด SCID (Fava et al., 2004: Level II) ซึ่งมีการจำแนกระดับความรุนแรงของอาการดังนี้ อาการกำเริบที่มีความรุนแรงในระดับต่ำ มีอาการในกลุ่มอาการซึมเศร้าไม่น้อยกว่า 6 อาการ ความรุนแรงระดับปานกลางมีอาการ 6-7 อาการ ระดับรุนแรงมากมีอาการ 8-9 อาการ (Bockting et al., 2005: Level II)

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปการศึกษา

การศึกษารูปแบบการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม เพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO Framework ของ Melnyk & Fineout – Overholt, (2005) เป็นแนวทางในการสืบค้น และใช้คำสำคัญในการสืบค้นได้แก่ Major Depressive Disorder, Depressive Disorder, Depression, Cognitive Behavioral Therapy, Cognitive Therapy, CT, relapse prevention, recurrent prevention โดยสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากระบบฐานข้อมูลต่างๆ และนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพงานวิจัยของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2006) 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก 2) การมีความหมายในเชิงศาสตร์ 3) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ และการประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence) ตามระบบการจำแนกหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk & Fineout – Overholt, (2005)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้ง 6 เรื่อง พบว่า มีงานวิจัยที่มุ่งเน้นป้องกันการป่วยซ้ำโดยตรง 2 เรื่อง (Jarrett et al., 2001: Level II; Fava et al., 2004: Level II) งานวิจัยที่มุ่งเน้นป้องกันการกำเริบโดยตรง 3 เรื่อง (Paykel et al., 1999: Level II; Scott et al., 2003: Level II; Hollon et al., 2005: Level II) และงานวิจัยที่มุ่งป้องกันการกำเริบและการป่วยซ้ำ 1 เรื่อง โดยทำการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมแบบเป็นกลุ่ม (Bockting et al., 2005: Level II) จึงนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เสนอเป็นข้อแนะนำ (Recommendation) และข้อเสนอแนะ (Suggestions) เพื่อนำไปใช้ปฏิบัติการพยาบาล ในการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกำเริบและการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

จากการสังเคราะห์แนวทางการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรพิจารณานำแนวทางใด แนวทางหนึ่งจากผลการสังเคราะห์มาทดลองปฏิบัติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เสี่ยงต่อการป่วยซ้ำที่พบมากที่สุดในสถาบันจิตเวชศาสตร์หรือหน่วยงาน เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดในบริบทสังคมไทย และนำผลการทดลองมาพัฒนาเป็นรูปแบบการบำบัดการรู้คิด-การปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย
2. ควรมีการจัดอบรมและฝึกทักษะผู้บำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบ และการป่วยซ้ำ ให้เกิดคุณลักษณะที่เหมาะสมตามเกณฑ์การผ่านการอบรม เพื่อการเป็นนักบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม และควรมีการนิเทศติดตามผู้ให้การบำบัด
3. ผู้บริหารควรสนับสนุนให้เกิดคลินิกเพื่อการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมที่ชัดเจน และนำร่องการปฏิบัติ เพื่อสามารถนำผลที่ได้มาพัฒนาเข้าสู่การบริการที่มีคุณภาพในอนาคตต่อไป
4. อาจต้องพิจารณาค่าใช้จ่ายและความคุ้มค่าทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ในการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ ซึ่งอาจมีค่าใช้จ่ายสูงในระยะสั้น แต่ในระยะยาวแล้ว สามารถลดภาระการดูแลจากการป่วยซ้ำ ค่าใช้จ่ายในการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและจำนวนวันที่สามารถมีชีวิตรอยู่อย่างมีความสุข สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ซึ่งจะมีความคุ้มค่าและคุ้มค่าต่อการบำบัดการรู้คิด - ปรับพฤติกรรม เพื่อป้องกันอาการกำเริบ
5. หากกรณีที่มีจำนวนผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ควรพิจารณาจัดการบำบัดเป็นรายกลุ่มเพื่อประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย
6. กรณีที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับการรักษาและพักค้าง อาจเริ่มให้การบำบัดตั้งแต่เป็นผู้ป่วยในและประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนกผู้ป่วยนอกหรือโรงพยาบาลกลางวัน เพื่อทำการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบ และการป่วยซ้ำอย่างต่อเนื่องต่อไป

การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR RELAPSE AND RECURRENCE
PREVENTION IN PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER: EVIDENCE –
BASED NURSING

นางเยาว์ วิสุทธี 4936682 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, พย.ค., ประภา ยุทธไตร, พย.ค.

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่สนใจ

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) เป็นโรคที่มีโอกาสเป็นเรื้อรังและกลับเป็นซ้ำสูง (Lifelong illness) โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ไว้ว่า ปีค.ศ.2020 โรคนี้จะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญลำดับ 2 ของโลก แต่ในประเทศไทยนั้นนับเป็นปัญหาสาธารณสุขลำดับ 4 โดยภายใน 1 ปี จะพบประชากรไทยป่วยร้อยละ 9 ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคนี้ถึงร้อยละ 5 หรือมากกว่า 3 ล้านคน ซึ่งยังไม่รวมถึงคนที่ไม่รู้ตัวเองว่าป่วยด้วย โรคนี้พบได้ในคนทุกเพศทุกวัยและทุกสาขาอาชีพ โดยอุบัติการณ์เริ่มต้นการเกิดโรคนี้พบมากในกลุ่มที่มีอายุน้อยลงเช่น กลุ่มเด็กและวัยรุ่น โรคนี้เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life years: DALYs) เมื่อวัดจากงานวิจัยที่สูญเสียไปพบว่าโรคนี้ก่อให้เกิดความสูญเสียเป็นอันดับ 1 ของหญิงไทยและอันดับ 3 ของชายไทย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ต่างประเทศให้ความสนใจทบทวนข้อมูลด้านการกำเริบ (relapse) และป่วยซ้ำ (Recurrence) อย่างต่อเนื่อง โดยจากข้อมูลการติดตามผู้ป่วย Major Depressive disorder ที่อาการทุเลาหายแล้ว (full remission) ของ Keller (1983) พบว่าอัตราอาการกำเริบมีร้อยละ 25 ใกล้เคียงกับ Naturalistic follow-up study ของ Keller & Shapiro (1981) ซึ่งพบ

อัตราอาการกำเริบร้อยละ 19 และพบว่าช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงที่สูงที่สุดที่จะมีอาการกำเริบคือ 3-6 เดือนแรก หลังจากมีอาการซึมเศร้าทุเลาหายไป (Keller et al. 1983; Lavori et al. 1984; Keller & Boland 1998) นอกจากนี้ยังมีการทบทวนอัตราการป่วยซ้ำ (Recurrence) ของโรคซึมเศร้าตามระยะเวลาที่ติดตามดังนี้ 6 เดือนพบอัตราการกลับป่วยซ้ำ ร้อยละ 19 (Shapiro and Keller, 1981) 1 ปี พบอัตราการกลับป่วยซ้ำ ร้อยละ 37 (Lin et al., 1998 อ้างใน ธรรมนูญ กองสุข, 2550) 2 ปีพบอัตราการกลับป่วยซ้ำ ร้อยละ 25-40 (Keller & Boland, 1998) 5 ปีพบอัตราการกลับป่วยซ้ำ ร้อยละ 60 (Lavori et al., 1984) 10 ปีพบอัตราการกลับป่วยซ้ำ ร้อยละ 75 (Keller & Boland, 1998) 15 ปีพบอัตราสะสมถึง ร้อยละ 85 (Muller et al., 1999 อ้างใน ธรรมนูญ กองสุข, 2550) และร้อยละ 87 (Keller & Boland, 1998) จากข้อสังเกตในการวิจัยดังกล่าวพบว่ายังมีประวัติการป่วยซ้ำมาก ระยะเวลาระหว่างการเกิดอาการครั้งต่อไปยังสั้นลง (Boland & Keller, 2002) ผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการรักษาจะมีอาการอยู่นานประมาณ 9 เดือน หากได้รับการรักษาจะมีอาการนาน 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกมีโอกาสที่จะเกิดการป่วยซ้ำ ในครั้งต่อไปร้อยละ 50 และผู้ป่วยที่มีอาการครั้งที่ 2 และ 3 มีโอกาสเกิดครั้งต่อไปร้อยละ 70 และ 90 ตามลำดับ ผู้ป่วย Major Depressive Disorder, single episode พบเกิด manic episode ประมาณ ร้อยละ 5-10 ในครั้งต่อไป (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550)

ผลกระทบของอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550) พบว่าส่งผลทางด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยสุขภาพแย่ลง ขาดเป้าหมายในชีวิต รู้สึกชีวิตไร้ค่า บุคคลที่มีโรคทางกายแทรกซ้อนรุนแรงพบว่าอัตราการเสียชีวิตรุนแรงกว่าผู้ที่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าร่วมด้วย (Furlanetto et al., 2000) มีภาวะบกพร่องทางเพศเรื้อรัง (สรยุทธ วาสิกานนท์, 2551) อีกทั้งพบว่าประเทศไทยมีต้นทุนค่ารักษา พยาบาลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคิดเป็น 25,008,658 บาทต่อปี นับว่าเป็นจำนวนมาก (กิตติวรรณ เทียมแก้วและคณะ, 2550) นอกจากนี้ยังพบว่าผลกระทบที่นับว่ารุนแรงที่สุดคือ การฆ่าตัวตายซึ่งจากรายงานการศึกษาพบว่าผู้ที่มีอาการระดับรุนแรงมีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 77.4 ส่วนในระดับปานกลางมีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 12.9 (ธัญชนก พรหมภักดีและพิเชฐ อุดมรัตน์, 2551)

ปัจจัยที่ทำนายอาการกำเริบและการป่วยซ้ำมีปัจจัยทางคลินิกอยู่หลายปัจจัย ปัจจัยที่ทำนายอาการกำเริบได้แก่ อาการที่หลงเหลือหลังจากอาการทุเลาแล้ว ที่เรียกว่า partial remission ซึ่งพบประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และจะพบบ่อยมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงมากและมีอาการอื่นร่วมด้วยได้แก่อาการวิตกกังวล ความคิดทางลบ ความบกพร่องในการทำหน้าที่ อาการคลื่นไส้อาเจียน และนอนไม่หลับในช่วงก่อนเข้านอน (Paykel et al., 1995 อ้างในรณชัย คงสกนธ์และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, 2550) การที่เคยเกิดอาการหลายครั้ง มีอายุมาก มีโรคจิตเวชอื่น

ร่วมด้วย และเป็น Double depression คือมี major depression ร่วมกับ Dysthymia และพบว่าช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูงสุดที่จะเกิดอาการกำเริบคือ 3-6 เดือนแรกหลังจากอาการซึมเศร้าทุเลาหายไป (Keller et al. 1983; Lavori et al. 1984; Keller and Boland 1998) ปัจจัยสำคัญที่ทำนายการป่วยซ้ำ ได้แก่ การมี depressive episode เกิดขึ้นบ่อย หรือมีหลาย episode, Double depression การมีโรคซึมเศร้าเรื้อรังเกิดขึ้นก่อนหน้านี้ ช่วงระยะเวลาของ episode ที่ยาวนาน ประวัติการมีโรคทางอารมณ์ในครอบครัว การที่ไม่สามารถแก้ไขอาการซึมเศร้า และอาการวิตกกังวลหรือการใช้สารเสพติดที่เกิดร่วมด้วยได้อย่างสมบูรณนอน (รณชัย คงสกนธ์ และอัจฉราพร สิริบุญวงศ์, 2550)

การอธิบายการเกิดโรคซึมเศร้ามีหลายแนวคิดทฤษฎี ซึ่งในปัจจุบันยังหาข้อสรุปไม่ได้ว่า แนวคิดใดแนวคิดหนึ่งสามารถอธิบายการเกิดโรคนี้ได้ ดังนั้นการป้องกันการกำเริบและการกลับป่วยซ้ำจึงควรคำนึงถึงแนวคิดต่างๆ เหล่านี้ร่วมกัน ได้แก่ แนวคิดทางชีวภาพ ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม neurotransmitter system, neuroendocrine system ส่วนปัจจัยอีกด้านคือ ปัจจัยด้านจิตสังคม Beck และคณะ (1979) อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่า เกิดจากการมีความนึกคิดและมุมมองในแง่ลบ (Cognitive triad) มองตนเองว่าไร้ค่า มองโลกและสังคม ตลอดจนเหตุการณ์ในชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้จิตใจท้อแท้หมดหวัง รู้สึกถูกกดดันและถูกคาดหวังจากสังคมมาก อนาคตมีแต่ความยากลำบาก รู้สึกสิ้นหวัง หมดหนทางแก้ไข ซึ่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา หรือหนีความทุกข์ทรมาร (ดวงใจ กสานสันติ, 2542)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) คือ จิตบำบัดชนิดหนึ่งที่เน้นบทบาทของการรับรู้ และการตีความสถานการณ์ต่างๆ การบำบัดเป็นการปรับการรู้คิดที่บิดเบือนไป นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการรู้คิดที่เที่ยงตรงมากขึ้น (ราชบัณฑิตสถาน, 2548) สามารถนำมาใช้บำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับการรักษาด้วยยา (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006) การบำบัดนี้จะมีการพิสูจน์โดยหาแบบแผนความคิด ทัศนคติ หรือค่านิยมและจับความคิดอัตโนมัติทางลบ (Identify) ที่ทำให้เกิดกระบวนการคิด (Cognition) ที่บิดเบือนไปในทางลบ แล้วดัดแปลงแก้ไข (Modify) ให้เป็นกระบวนการคิดวิธีใหม่ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) รวมทั้งยังสามารถป้องกันโรคซึมเศร้าไม่ให้เกิดการป่วยซ้ำ (Quiring et al., 2002; Fava et al., 2004; Bockting et al., 2005) การลดการป่วยซ้ำตามแนวคิดนี้เชื่อว่า ตัวแปรทางด้านการรู้คิดมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงตัวแปรด้านการรู้คิดได้ พฤติกรรมของบุคคลนั้นย่อมเปลี่ยนแปลงไปด้วย (Mahoney & Arnkoff, 1978 อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) ในการปรับเปลี่ยนเนื้อหาความคิด Beck กล่าวว่า การบิดเบือนของเนื้อหาความคิดเป็นลักษณะการบิดเบือนอัตโนมัติเมื่อมีสิ่งกระตุ้นโดยไม่ผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์เหตุผลความเป็นไปได้ การบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยค้นหา

negative cognition ที่ผู้ป่วยมีอยู่และช่วยทดสอบว่า negative cognition ไม่เป็นจริงเช่นนั้นเสนอไป การบำบัดมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนทั้งความคิด พฤติกรรม อารมณ์ โดยส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดยอมรับอาการป่วยและเห็นความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพิ่มความเชื่อมั่นในการบำบัด และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัจจัยต่างๆที่นำมาสู่การป่วยซ้ำ สอนให้ผู้ป่วยรับรู้การนำและจัดการกับอาการนำได้ สามารถค้นหารูปแบบความคิดทั้งทางบวก และลบที่ไม่เหมาะสม ปรับกระบวนการคิดใหม่ให้มีความยืดหยุ่นแทนกระบวนการคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสม ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหา จัดการหรือควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่งเสริมให้มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุล ลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่นการใช้สารเสพติด ซึ่งปัจจัยนี้จะเป็นปัจจัยปกป้อง ลดการป่วยซ้ำได้ (Perry, Tarrier, Morriss, McCarthy & Limb, 1999; Lam et al., 2000)

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาเป็นสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ เน้นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่สถาบันเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ซับซ้อน เรื้อรังและมีการป่วยซ้ำหลายครั้ง ซึ่งขณะนี้จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีสถิติมากเป็นอันดับ 2 ของสถาบัน แต่ยังไม่มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ ผู้ศึกษาตระหนักเห็นความสำคัญและปัญหาทางคลินิกดังกล่าว จึงได้ศึกษาทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขในครอบครัวและสังคมซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในการให้การบำบัดช่วยเหลือต่อประชากรกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

การศึกษาจึงทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำและการป่วยซ้ำ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

แนวทางการใช้การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมในการป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวทางการใช้การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากหลักฐานเชิงประจักษ์

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในหน่วยงานที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ และพัฒนาไปเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อไปได้
2. นำไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างเป็นมาตรฐาน โดยมีความครอบคลุมทั้งกายจิตและสังคม

วิธีดำเนินการศึกษา

เพื่อให้ได้แนวทางการปฏิบัติการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ศึกษาดำเนินการสืบค้นและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

1. วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อให้ได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษา ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO Framework ของ Melnyk and Fineout-Overholt, (2005) มีรายละเอียดดังนี้

(P) Population : Patients with Major Depressive Disorder

(I) Intervention : Cognitive Therapy, Cognitive Behavioral Therapy

(C) Comparison Intervention : none

(O) Outcome : Relapse prevention, recurrent prevention

1.1 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้

- Major Depressive Disorder, Depressive Disorders, Depression
- Cognitive Behavioral Therapy, Cognitive Therapy, CT
- Relapse prevention, recurrent prevention

1.2 กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

1.2.1 ประเภทงานวิจัย เลือกเฉพาะงานวิจัยที่เป็น Systematic review, Meta analysis, และ Randomized controlled trials และเป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

1.2.2 ระยะเวลาการตีพิมพ์ ย้อนหลังไป 20 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 - ค.ศ.2009

1.2.3 ภาษาที่ใช้ในการตีพิมพ์ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.3 ขอบเขตการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และแหล่งสืบค้นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ฐานข้อมูลที่เป็นที่ทราบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic Review) ได้แก่ The Cochrane Library
2. ฐานข้อมูลการวิจัยทางด้านสุขภาพ CINAHL, ScienceDirect, PubMed, ProQuest Nursing & Allied Health source, Blackwell Synergy, SpringerLink
3. การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรม (reference list) ของบทความหรืองานวิจัยที่บทความวิจัยที่สืบค้นได้อ้างอิงถึง

2. วิธีการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1 การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้

ผู้ศึกษาศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงในตาราง และใช้เกณฑ์การประเมินแนวนอนในการนำไปใช้ในการปฏิบัติของ Polit และ Beck (Polit & Beck, 2006) เพื่อประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 องค์ประกอบคือ 1) ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก (Clinical Relevance) 2) การมีความเหมาะสมหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์ (Scientific Merit) 3) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential) ซึ่งการประเมิน มี 3 มิติหลัก คือ 1) การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Transferability) 2) ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง (Feasibility) 3) ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost – benefit ratio)

2.2 การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

จากผลการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence) ของ Melnyk & Fineout-Overholt, (2005) โดยแบ่งระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ไว้ 7 ระดับ

ผลการดำเนินการ

ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องและนำมาใช้ในการศึกษานี้ทั้งหมด 6 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่มีการสุ่มและควบคุมอย่างมีระบบ (Randomized controlled trials) ผู้ศึกษาได้อ่านทำความเข้าใจ วิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด ได้เป็นข้อแนะนำดังนี้

ข้อแนะนำ (Recommendation)

การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมนอกจากใช้เพื่อลดอาการซึมเศร้าแล้ว ยังสามารถนำมาใช้ในการป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ ซึ่งจากหลักฐานเชิงประจักษ์มีข้อแนะนำในการนำไปใช้ดังนี้

I. ผู้เข้าร่วมการบำบัด

1. ผู้ที่ควรได้รับการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ ซึ่งมีคุณลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้

1.1 เคยได้รับการวินิจฉัย Recurrence Major Depressive disorder มาก่อนหน้านี้ อาจป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 2-5 ครั้งขึ้นไปภายใน 2.5-5 ปี ก่อนการป่วยครั้งปัจจุบัน มีอาการสงบอย่างน้อย 8-10 สัปดาห์ (Jarrett et al., 2001: Level II; Fava et al., 2004: Level II)

1.2 ผู้ที่เคยมีระยะ partial remission อยู่เป็นเวลานาน หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งคือผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ อาการซึมเศร้าทุเลาลงเพียงบางส่วนเมื่อได้รับการรักษาด้วยยาแล้ว มีอาการซึมเศร้าหลงเหลือเป็นเวลานานอย่างน้อย 8 สัปดาห์ ซึ่งถ้าวัดด้วยแบบวัด HRSD-17 มีคะแนนเท่ากับ 8 หรือมากกว่า หรือมีคะแนนจากแบบวัด Beck Depression Inventory เท่ากับหรือมากกว่า 9 คะแนน (Scott et al., 2003)

1.3 มีอาการซึมเศร้าเรื้อรัง (Chronic depression) ได้รับการรักษาด้วยยาแก้เศร้าแล้วไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรโดยมี partial remission อาการไม่ทุเลาไปทั้งหมด (Scott et al., 2003)

1.4 ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง วินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR และมีคะแนนจากแบบวัด Hamilton Depression Rating Scale (HDRS-17) 20 คะแนนขึ้นไป เป็นเวลา 2 สัปดาห์ (Hollon et al., 2005)

1.5 ผู้ป่วยที่เริ่มเป็นโรคซึมเศร้าเมื่ออายุน้อย และคุณภาพของการ remission ไม่ดี (Jarrett et al., 2001: Level II)

2. อายุของผู้ป่วย อยู่ระหว่าง 18-65 ปี (Jarrett et al., 2001: Level II ; Fava et al., 2004: Level II; Hollon et al., 2005; Bockting et al., 2005: Level II)
3. ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช เช่น Psychotic, schizoaffective disorder, Bipolar disorders, Alcohol dependence, Drug abuse, Borderline personality disorder, มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมหรืออยากทำร้ายตนเอง การเรียนรู้บกพร่อง (IQ<70) มีภาวะสมองถูกทำลายหรือได้รับการกระทบกระเทือน (Jarrett et al., 2001: Level II ; Paykel et al., 1999: Level II)
4. ไม่มีโรคทางกายที่กำลังกำเริบ (Fava et al., 2004: Level II; Paykel et al., 1999: Level II)

II การดูแลรักษาอื่นๆ ร่วมกับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม

การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมทำในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในคลินิกตามมาตรฐานปกติ ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง การรักษาด้วยยาในระยะ acute phase พบจิตแพทย์อย่างน้อยทุก 2 สัปดาห์ต่อเนื่องใน 1 เดือนแรก และหลังจากนั้นอย่างน้อยเดือนละครั้ง (Hollon et al., 2005) ในผู้ป่วยซึมเศร้าเรื้อรัง ช่วงของการบำบัดรักษา พบจิตแพทย์ครั้งละ 30 นาที ทุก 4 สัปดาห์เป็นเวลา 20 สัปดาห์ และ ในช่วงของการ follow-up พบจิตแพทย์ทุก 8 สัปดาห์เป็นเวลานาน 48 สัปดาห์ เพื่อประเมินอาการและปรับยาแก้ซึมเศร้าให้เหมาะสมกับอาการและตามแผนการรักษาของผู้ป่วย (Scott et al., 2003) ในผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดในระยะ acute-phase treatment ด้วยยาและมีการตอบสนองต่อยาดี ก็สามารถรับการบำบัดด้วยยาต่อไปในระยะ continuation-phase treatment และ maintenance-phase treatment ได้

III รูปแบบการบำบัด (type of CBT)

รูปแบบการบำบัดจะกล่าวถึงชนิดของการบำบัด ซึ่งจำแนกเป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม ช่วงเวลา (Phase) ของการทำการบำบัด และจำนวนครั้งหรือระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด

3.1 การบำบัดรายบุคคล

3.1.1 การบำบัดในช่วงการบำบัดระยะ continuation-phase treatment ซึ่งจะเป็นการบำบัดแบบ Continuous Cognitive therapy (C-CT) ต่อจากการบำบัด Cognitive therapy ในระยะเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยที่ได้รับ A-CT อาจไม่ใช้ยาแก้เศร้าร่วมด้วยได้ (Jarrett et al., 2001: Level II; Hollon et al., 2005: Level II)

การบำบัด Acute-Phase Cognitive therapy (A-CT) ปฏิบัติตามขั้นตอนของ Beck และคณะ (1979) ทำการบำบัดทั้งหมดจำนวน 20 session ภายในเวลา 12-14 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 50-60 นาทีใน 8 สัปดาห์แรก (16 session) และบำบัดสัปดาห์ละครั้ง ใน 4

สัปดาห์สุดท้าย (4 session) มีเป้าหมายเพื่อลดอาการซึมเศร้าและพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา และอื่นๆ สามารถรวมถึงการป้องกันอาการกำเริบด้วย สำหรับการบำบัดระยะ Acute Phase อาจใช้รูปแบบของ Robert et al., (2005) ซึ่งใช้เวลา ทำ CT 16 สัปดาห์ โดยกำหนดแนวทางดังนี้

4 สัปดาห์แรก ทำสัปดาห์ละ 2 session แต่ละ session ใช้เวลา 50 นาที

8 สัปดาห์ต่อมา ทำสัปดาห์ละ 1-2 session

4 สัปดาห์สุดท้าย ทำสัปดาห์ละ 1 session

เนื้อหาในบาง session จะเกี่ยวกับ crisis intervention ในขณะที่บาง session เน้นที่การฝึกปฏิบัติเพิ่มขึ้น เพื่อป้องกันอาการกำเริบ หรือเป็นการทบทวนเหตุการณ์ที่ผ่านมาไม่นาน ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วย CT จะยุติเมื่อสิ้นสุด acute phase

ผู้ที่ผ่านการบำบัดด้วย A-CT มาแล้ว จะได้รับการบำบัด แบบ Continuation-Phase Cognitive therapy (C-CT) เพิ่มอีก 10 session ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ตามขั้นตอนซึ่งพัฒนาโดย Jarret และปรับปรุงในภายหลังโดย Jarret & Kraft (1997) ทำการบำบัด 2 สัปดาห์ต่อหนึ่งครั้งเป็นเวลา 2 เดือน และเดือนละครั้งใน 6 เดือนต่อมา C-CT มีเป้าหมายเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจะได้รับการสอนให้ใช้อาการซึมเศร้าหรือความทุกข์ใจไปกระตุ้นให้นำทักษะที่ได้เรียนรู้มาจาก A-CT มาใช้ ในการแก้ปัญหาเพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับสิ่งที่ไม่คาดหวังในอนาคต เพื่อเป็นการกระตุ้นและคงทักษะไว้ ใช้เวลาในการบำบัด C-CT 8 เดือน สำหรับการบำบัดในระยะต่อเนื่องของ Hollon et al., 2005: Level II จะเป็นการบำบัดกระตุ้นเพิ่มอีก 3 sessions ในระหว่าง 12 เดือนของช่วงcontinuation phase ซึ่งจัดขึ้นในเวลาใดก็ได้ โดยมีเงื่อนไขว่าต้องห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน ผู้ป่วยและผู้บำบัดจะตัดสินใจร่วมกันว่าจะมี sessions กระตุ้นเพิ่มหรือไม่และเมื่อใด บางคนจะเพิ่ม sessions กระตุ้นเป็นช่วงอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดือนที่ 1, 3 และ 6 ในขณะที่บางคนอาจเก็บไว้เวลาจำเป็นเท่านั้น

3.1.2 การบำบัดในช่วงการบำบัดระยะต่อเนื่อง ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาแก้เศร้า และมีการตอบสนองด้วยยาแก้เศร้าเป็นอย่างดี และให้การบำบัด CT เพิ่มเติมในช่วง continuation-phase treatment เพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ (Fava et al., 2004: Level II; Paykel et al., 1999: Level II; Scott et al., 2003: Level II) ผู้ป่วยจะได้รับยาแก้เศร้า amitriptyline (AMT) 100 mg / วัน หรือยาอื่นๆ ที่แทนกันได้ ยาจะค่อยๆ ถูกลดขนาดลงจำนวนครั้งละ 25 mg สัปดาห์เว้นสัปดาห์ จนกระทั่งไม่ต้องรับประทานยาใน 2 session สุดท้ายของการบำบัดด้วย CBT (สัปดาห์ที่ 9-10) การบำบัดแบบ CBT ใช้เวลาสัปดาห์ละครั้งๆ ละ 10-30 นาที เป็นจำนวน 10 session ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก (Fava et al., 2004: Level II) ดังนี้ 1) ใช้ CBT เพื่อลดอาการของ Residual symptoms ของ MDD 2) การปรับเปลี่ยนวิถีดำเนินชีวิตและ 3) การบำบัดให้มีความ

ผาสุก (well-being) นอกจากนั้นการทำ CT ในช่วง acute-phase treatment ร่วมกับการรักษาด้วยยา แก่เศร้ายังสามารถป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำได้ (Paykel et al., 1999: Level II; Scott et al., 2003: Level II) ผู้ป่วยจะได้รับยาแก่เศร้า amitriptyline (AMT) 185 mg / วัน หรือ fluoxetine 33 mg / วัน และการบำบัดด้วย CT เป็นระยะเวลา 20 สัปดาห์ จำนวน 16 sessions หลังจากสิ้นสุด 16 session แล้วจะเพิ่มอีก 2 sessions ในสัปดาห์ที่ 6 และ สัปดาห์ที่ 14 (Cognitive therapy ดัดแปลงจากที่ Beck และคณะ ได้ทำไว้) โดย CT แต่ละ Session จะมีการกำหนดโครงสร้างที่ชัดเจนตายตัว มีการทบทวน การบ้าน มีการสำรวจประเด็นปัญหาเพื่อที่จะเรียงลำดับความสำคัญก่อน-หลัง และมอบหมาย การบ้าน เนื้อหาสาระแต่ละ session จะเปลี่ยนไปตามระดับความรุนแรงของอาการ

3.2 การบำบัดแบบกลุ่ม (Bockting et al., 2005: Level II)

การบำบัด CT แบบกลุ่มทำร่วมกับการรักษาด้วยยาแก่อารมณ์เศร้าหรือไม่ก็ได้ หรือ อาจใช้ร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบอื่นๆ ตามมาตรฐานที่มีอยู่ การบำบัดจะมุ่งเน้นที่การค้นหาและ เปลี่ยนทัศนคติที่บิดเบือน (dysfunctional attitudes) การบำบัด CT ใช้เวลาทำสัปดาห์ละครั้งๆละ 2 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 8 sessions รูปแบบของกลุ่มเป็นกลุ่มปิด สมาชิกที่เข้าร่วมไม่มีพยาธิสภาพทาง จิต มีสมาชิกกลุ่ม จำนวน 7-12คน ในแต่ละ sessions ของการทำ CT จะมีโครงสร้างที่ชัดเจน มีการ กำหนดระเบียบวาระการทำกลุ่มไว้ล่วงหน้า ทบทวนการบ้าน การชี้แจงเหตุผลของแต่ละ session และการมอบหมายการบ้าน การทำ CT ส่วนใหญ่เน้นที่การค้นหาและเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ผิดปกติ แตกต่างกับการทำ CT ในผู้ป่วยซึมเศร้าระยะเฉียบพลัน (Beck, 1987; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979)

IV ผู้ทำการบำบัดควรมีคุณสมบัติดังนี้

บุคลากรทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ผ่านการอบรมการบำบัดการรู้คิด-ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างน้อย 1 ปีและมีใบประกาศนียบัตร (Fava et al., 2004: Level II; Paykel et al., 1999: Level II; Scott et al., 2003: Level II; Hollon et al., 2005: Level II)

V การประเมินผลลัพธ์

Relapse หมายถึง อาการซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นใน episode ของการเกิดอาการซึมเศร้าใน ครั้งปัจจุบันนี้ ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ช่วงการฟื้นตัวจากอาการซึมเศร้า (recovery) อาการมีมากจน เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยด้วย DSM-IV for MDD (Jarrett et al., 2001: Level II) การประเมินอาการ กำเริบทางคลินิกเบื้องต้นใช้เกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่งดังนี้ (Scott et al., 2003: Level II)

1. มีอาการเข้าเกณฑ์การวินิจฉัย Major depressive disorder ตามระบบ DSM-IV TR เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน และมีคะแนนจากแบบวัด HRSD เท่ากับหรือมากกว่า 17 คะแนนขึ้นไป เมื่อประเมินแบบต่อหน้า 2 ครั้งห่างกันอย่างน้อย 1 สัปดาห์ หรือ

2. มีอาการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ในระหว่างที่มีการประเมินอย่างต่อเนื่อง 2 ครั้งห่างกัน 2 เดือน มีคะแนน HRSD อย่างน้อย 13 คะแนนทั้ง 2 ครั้งร่วมกับมีระดับของความเจ็บปวดรบกวนจิตใจหรือการไม่สามารถทำหน้าที่ได้ซึ่งไม่สามารถคงขนาดยาไว้ที่ระดับเดิมได้

Recurrence หมายถึง การเกิดขึ้นของ depressive episode ใหม่จนเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยด้วย DSM-IV for MDD ภายหลังจากที่เข้าสู่ระยะ recovery มาแล้ว ซึ่งสามารถประเมินเบื้องต้นโดยคะแนนจากแบบวัด HRSD-17 (Hamilton Rating Scale for Depression 17 items) มากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน ซึ่งใช้เป็นเกณฑ์เบื้องต้นในการประเมินผลและการติดตามผล (Jarrett et al., 2001: Level II) และเคยมีอาการสงบมาก่อนหน้านี้อย่างน้อย 8-10 สัปดาห์ (Fava et al., 2004: Level II)

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

จากการสังเคราะห์แนวทางการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรพิจารณานำแนวทางใด แนวทางหนึ่งจากผลการสังเคราะห์มาทดลองปฏิบัติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เสี่ยงต่อการป่วยซ้ำที่พบมากที่สุดสถาบันจิตเวชศาสตร์หรือหน่วยงาน เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดในบริบทสังคมไทย และนำผลการทดลองมาพัฒนาเป็นรูปแบบการบำบัดการรู้คิด-การปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย

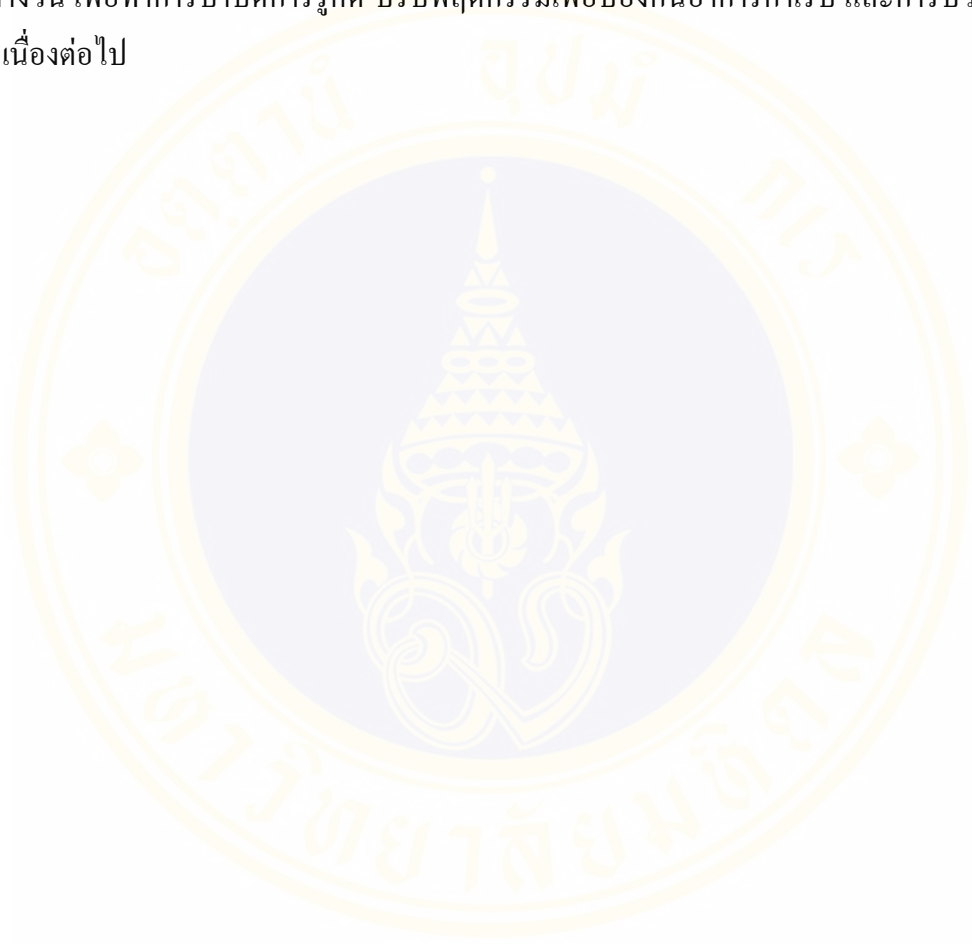
2. ควรมีการจัดอบรมและฝึกทักษะผู้บำบัดการรู้คิด - ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบ และการป่วยซ้ำ ให้เกิดคุณลักษณะที่เหมาะสมตามเกณฑ์การผ่านการอบรมเพื่อการเป็นนักบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม และควรมีการนิเทศติดตามผู้ให้การบำบัด

3. ผู้บริหารควรสนับสนุนให้เกิดคลินิกเพื่อการบำบัดการรู้คิด-การปรับพฤติกรรมที่ชัดเจน และนำร่องการปฏิบัติ เพื่อสามารถนำผลที่ได้มาพัฒนาเข้าสู่การบริการที่มีคุณภาพในอนาคตต่อไป

4. อาจต้องพิจารณาค่าใช้จ่ายและความคุ้มค่าทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ในการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ ซึ่งอาจมีค่าใช้จ่ายสูงในระยะสั้น แต่ในระยะยาวแล้ว สามารถลดภาระการดูแลจากการป่วยซ้ำ ค่าใช้จ่ายในการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและจำนวนวันที่สามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ซึ่งจะมีความคุ้มค่าและคุ้มค่าต่อการบำบัดการรู้คิด - ปรับพฤติกรรม เพื่อป้องกันอาการกำเริบ

5. หากกรณีที่มีจำนวนผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ควรพิจารณาจัดการบำบัดเป็นรายกลุ่มเพื่อประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย

6. กรณีที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับการรักษาระยะพักรักษา อาจเริ่มให้การบำบัดตั้งแต่เป็นผู้ป่วยในและประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนกผู้ป่วยนอกหรือโรงพยาบาลกลางวัน เพื่อทำการบำบัดการรู้คิด-ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบ และการป่วยซ้ำอย่างต่อเนื่องต่อไป



COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR RELAPSE AND RECURRENCE
PREVENTION IN PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER:
EVIDENCE – BASED NURSING

NONGYOW VISUTTI 4936682 NSMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: ACHARAPORN SEEHERUNWONG,
D.N.S., PRAPA YUTTATRI, D.N.S.

EXTENDED SUMMARY

Introduction and clinical backgrounds

Major Depressive Disorder (MDD) is a psychiatric disorder that can have a high possibility to be chronic (a lifelong illness) and to have a high relapse rate. World Health Organization estimated that in 2020 this illness will be the 2nd health problem in the world. In Thailand this illness is the 4th health problem. Each year 9 % of Thai people have this illness. Currently 5% or more than 3 millions of Thai people are depressed patients. This number excludes those people who do not know if they have depression. This illness is found in any genders, age groups, and any occupations. The illness incidence is more and more found in people with younger ages such as children and teenagers. This illness significantly results in a loss of disability adjusted life years (DALYs) of person. This illness is ranked as the first life-year loss of Thai females and the 3rd of Thai males (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2007).

In the past three decades internationals are interested in following up for relapse and recurrence of depressed patients. A follow-up study of Keller (1983) reported that 25 % of MDD patients with full remission had relapses. Similarly, a naturalistic follow-up study of Keller and Shapiro (1981) revealed that 19 % of

patients had relapses and the highest risk of relapses were in 3-6 months after the remission (Keller et al., 1983; Lavori et al., 1984; Keller & Boland, 1998). In addition, some follow-up studies of the relapse/recurrence of depression after remission showed that 19% of patients had relapses after 6 months (Shapiro and Keller, 1981), 37% after 1 year, (Lin et al., 1998, as cited in Khongseuk, 2007), 25-40 % after 2 years (Keller & Boland, 1998), 60% after 5 years (Lavori et al., 1994), and 75% had the relapses after 10 years (Keller & Boland, 1998). Furthermore, the accumulative relapse/recurrence after 15 years was from 85% (Muller et al., 1999, as cited in Khongseuk, 2007) to 87% (Keller & Boland, 1998). Observably, the more relapse/recurrence patients had, the shorter time of next recurrence will be (Boland & Keller, 2002). The relapse/recurrence of untreated-depressed patients stays 9 months long whereas the relapse/recurrence of treated-depressed patients lasts 3 months long. 50% of patients with first time depression have a tendency to get the first relapse. Approximately, 70 and 90% of patients with second and third relapses, respectively, will have a chance to get a next relapse. Additionally, 5-10% of MDD patients with single episode will have manic episode in the next relapse (Manote Lotrakul & Pramote Sukanich, 2007).

The consequences of relapse/recurrences of depression physically, psychosocially, and spiritually affect depressed persons (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2007). Persons with depression have deteriorated health, have a lack of life goal, and feel life worthless. Depressed persons with severe physical illness have a higher death rate than do those persons without depression (Furlanetto et al, 2000). Many depressed persons have chronically sexual deficiency (Wasiganont, 2008). Furthermore, in Thailand the cost of depression treatment for all patients is 25,008,658 bahts (\$825,671) per year (Tiemkaew et al, 2007). In addition, the worst impact is suicide. A study reported that 77.4 % and 12.9% of severely depressed persons and moderately depressed persons had suicidal ideas, respectively (Prompakdi & Udomratana, 2008).

Several factors predict the relapse/recurrence of depression. These factors include partial remission, which is found in 1 of 3 depressed persons and more in severely depressed persons with other symptoms such as anxiety, negative thinking, functional deficiency, nausea and vomiting as well as insomnia before going to bed (Paykel et. al., 1995, as cited in Kongsakon and Seeherunwong, 2007). In addition,

severely depressed persons with many times of recurrence, being older, other psychotic disorders, and double depression (major depression and dysthymia) have more recurrences than do those without these symptoms. The highest risk to have relapse/recurrence is within 3-6 months after full remission (Keller et al. 1983; Lavori et al. 1984; Keller & Boland 1998). Key predictions of the relapse/recurrence include having frequent depressive episode or many episode, double depression, previous severe depression, long depression episode, and having family members with emotional disorders. Moreover, inability to cope with depression, anxiety, and substance abuses of depressed persons can also result in the relapse/recurrence of their depression (Kongsakon and Seeherunwong, 2007).

Several theories and concepts explain the pathology of depression. However, currently there is no final conclusion if a single theory can explain it. Therefore, the prevention of relapse/recurrence should consider all theories and concepts, particularly biological concepts and psychosocial concepts. The biological concepts include biological system and biological factors such as genetics, neurotransmitter system, and neuroendocrine system. For psychosocial concepts Beck et al. (1979) explained that the cause of depression comes from the cognitive trait of negative thinking. For example, the patients see themselves as being worthless as well as see all negative things about societies, the world, and all their life events. As a result, they feel hopeless, pressured, and highly expected from societies. They view that the future is very difficult, hopeless, and has no way to be solved. Their negative thoughts lead to committing suicides to escape from all problems or their sufferings (Kasantikul, 1999).

According to a review for evidence-based studies on this problem, it was found that cognitive behavior therapy (CBT) is a psychotherapy that emphasizes the patients' perception and interpretation of situations. The therapy adjusts distorted thoughts to be suitable thoughts (The Royal Institute, 2005). The therapy can be used to treat depressed patients as effectively as antidepressants drugs. (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006). CBT focuses on proving the cognitive distortion by trying to find a pattern of cognitions and cognitive awareness as well as to identify automatic negative cognitions that lead to negative perception and then modify them so that the patients can have new cognitions (Paholpakaya, 1999). and preventing depression relapse/

recurrence (Quiring et al., 2002; Fava et al., 2004; Bockting et al., 2005). With regards to the role of CBT in preventing depression relapse/recurrence, it is believed that cognitive variables affect behavioral changes in individual. That is, if the cognitive variables can be changed, the behaviors of individual will be changed as well (Mahoney & Arnkoff, 1978 as cited in Iamsupasit, 1998). In cognitive modification, Beck explained that cognitive distortion is an automatic thought to stimuli. This automatic thought is not passed through reasoning cognition. CBT will help the patients to identify their negative cognition that it is not always true to them. The therapy emphasizes modifying cognitions, behaviors, and emotions. The therapists encourage the patients to accept their depression, to see the important of getting continuation therapy, and believe in the therapy and maintenance antidepressants. The therapists also encourage the patients to aware of factors causing their depression relapses/recurrences as well as teach the patients to aware of their prodromal symptoms inducing their recurrences and to manage their prodromal symptoms. Patients can identify their cognitive patterns, both positive and negative, and modify their distorted cognitions to be flexible, rather than inappropriate negative cognitions causing emotional problems. CBT enhances patients' problem-solving skills and suitably emotional and behavioural management. CBT also promotes the patients to have a balance of living pattern and to decrease risk factors of depression such as substance abuse so that patients can have protective factors and their depression relapses/recurrences are reduced (Perry, Tarrier, Morriss, McCarthy, & Limb, 1999; Lam et al., 2000).

Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry is in a third level of health care organizations emphasizing treatment therapy and rehabilitation to psychiatric patients having complicated problems. Particularly, depressed patients receiving the health care services at the institute are those who have severe, complex, and chronic depression with several recurrences. Currently, the number of depressed patients is in 2nd rank of all patients receiving the services at the institute. However, the institute does not have a standard practice to prevent the relapses/recurrence of depressed patients. The researcher is aware of its significantly clinical problems. Therefore, she conducted a review of literature in this regard and found that CBT can prevent the relapse/recurrence and enhance the depressed patients to live happily in their families

and societies. The prevention of depression relapse/recurrence is a policy that Ministry of Public Health has established to help people with high risk of depression and suicide. This study is conducted to review, analyze, and synthesize evidence-based CBT in preventing the relapse/recurrence of depression in order to be used in a further development of a nursing practice guideline for depressed patients.

A clinical problem of study

How should the practice of evidence-based CBT in effectively preventing the relapse/recurrence of depression in depressed patients be?

Study objective

This study was aimed to develop a practice guideline of using evidence-based CBT for preventing the relapse/recurrence of depression in depressed patients.

Outcomes

1. An evidence-based practice guideline can be applied in nursing care for depressed patients in the organization at where the researcher is working and can be further developed to be a nursing practice guideline.
2. This nursing practice guideline can be further developed as a standard nursing practice guideline that covers physical, psychological, and social health care services to depressed patients.

Method

In order to gain a practice guideline of evidence-based CBT in preventing the relapse/recurrence of depressed patients, the researcher applied the following search strategies and evidence evaluation.

1. Search for evidence

The researcher sought for evidence-based research studies/practice related to CBT for preventing relapse/recurrence in patients with depression. In order to have the evidence-based research studies/practice pertinent to the study of interest, the

researcher specified the following evidence search keywords by using PICO Framework (Melnik and Fineout - Overholt, 2005).

- (P) Population : Patients with major depressive disorder
- (I) Intervention : Cognitive therapy, cognitive behavioral therapy
- (C) Comparison of intervention: none
- (O) Outcome : Relapse prevention, recurrence prevention

1.1 Search keywords

- major depressive disorder, depressive disorders, depression
- cognitive behavioral therapy, cognitive therapy, CT
- relapse prevention, recurrent prevention

1.2 Criteria for evidence selection

To be included in the study the evidence needed to have following criteria.

1.2.1 Type of research studies. The studies needed to be systematic review, meta-analysis, and randomized controlled trials. These studies needed to be complete studies.

1.2.2 Time of publication. The studies needed to be published in the past 20 years, from 1990-2009.

1.2.3 Published language. The studies could be published either in Thai or in English.

1.3 Sources of evidence search

The researcher sought for the published evidence-based studies/ practice from following electronic databases and sources.

1. The databases of systematic review studies such as The Cochrane Library
2. Nursing and allied health databases such as the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), ScienceDirect, PubMed, ProQuest, Blackwell Synergy, SpringerLink
3. Hand search from reference lists of the articles of research studies or from the references that the articles had referred to.

2. Quality and level of evidence evaluation

2.1 Evaluation for the quality of evidence

The researcher extracted, analyzed, and synthesized the contents of each research study into an extracted table. Each study was evaluated for the quality of evidence in 3 components: clinical relevance, scientific merit, and implementation potential (Polit & Beck, 2006). In assessing implementation potential, 3 dimensions were evaluated. That is, the evidence can be transferred to clinical practice (transferability); it can be applied into real practice (feasibility); it has reasonable cost and benefit for clinical application (cost-benefit ratio).

2.2 Evaluation for the strength of evidence

Each evidence was evaluated for its strength. The researcher applied the evaluation criteria, as suggested by Melnyk and Fineout-Overholt (2005), to evaluate the strength or level of evidence. Melnyk and Fineout-Overholt classified the hierarchy of evidence rating system (strength of evidence) into 7 levels. That is, the evidence from a systematic review or meta-analysis of all relevant randomized controlled trials (RCTs), or evidence-based clinical practice guidelines based on systematic reviews of RCTs is in level I and the evidence from the opinion of authorities and/or reports of expert committees is in level VII.

Search outcome

The search for evidence pertinent to the problem of this study yielded 6 studies that were included in this study. All 6 studies are randomized controlled trials. The researcher studied all these 6 studies to analyze and synthesize the evidence for the recommendations of using evidence-based cognitive behavioural therapy for relapse and recurrence prevention in patients with major depressive disorder.

Recommendation

The CBT is used to not only reduce the depression but also prevent the relapse and recurrence of depressive patients with high risk of relapse and recurrence. What follows is the recommendation of evidence-based CBT.

I. CBT participants

1. The participants who should receive the CBT for preventing relapse and recurrence are those who have depression with high risk to have relapse and recurrence. To meet the inclusion criteria for the therapy the participants should have one of the following characteristics.

1.1 Depressive patients were diagnosed as having recurrence major depressive disorder. They had 2-5 times of relapse and recurrence and got remission for at least 8-10 weeks before current relapse (Jarrett et al., 2001: Level II; Fava et al., 2004: Level II).

1.2 Depressive patients, who used to have long partial remission or whose depression still partially remains and the depression partially alleviates when they receive antidepressants, have partial depression for at least 8 weeks. Their depression score measured by HRSD-17 (Hamilton Rating Scale for Depression) is 8 or higher or measured by Beck Depression Inventory is 9 or higher (Scott et al., 2003).

1.3 Patients with chronic depression, which is not well antidepressant-responsive, have partial remission (Scott et al., 2003).

1.4 Patients with moderate to severe depression, based on the diagnosis criteria of *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, version IV-Text Revision* (DSM-IV-TR). The participants also have a depression score of at least 20 for 2 weeks, as measured by Hamilton Depression Rating Scale (HDRS-17) (Hollon et al., 2005).

1.5 Patients have had depression since they were young and have poor remission (Jarrett et al., 2001: Level II).

2. Age of participants. Patients are in 18-65 years old (Jarrett et al., 2001: Level II ; Fava et al., 2004: Level II; Hollon et al., 2005; Bockting et al., 2005: Level II).

3. Patients have no other psychiatric comorbidity such as psychiatric, schizoaffective disorder, and bipolar disorders, alcohol dependence, drug abuse, borderline personality disorder, antisocial personality disorder, self-harm intention behavior, learning disability (IQ<70), brain damage or injury (Jarrett et al., 2001: Level II ; Paykel et al., 1999: Level II).

4. Patients with no recurrence of physical illness (Fava et al., 2004: Level II; Paykel et al., 1999: Level II).

II. Other treatment therapies in a combination with CBT

The CBT will be provided to the patients while they are receiving normal treatment in the clinic as usual. For severely depressive patients, the patients receive antidepressants in acute phase and continuously meet with psychiatrists at least every 2 weeks in the first month and once a month afterward (Hollon et al., 2005). For chronically depressive patients, the patients meet with psychiatrists every 4 weeks: 30 minutes a time for 20 weeks long. During the follow-up period, they meet with the psychiatrists every 8 weeks for 48 weeks long in order to evaluate their depression and adjust antidepressants properly for their depression status and treatment regimen (Scott et al., 2003). If patients have been passed through acute phase treatment with antidepressants and are well responsive to the antidepressants, they can have continuation-phase treatment and maintenance-phase treatment with antidepressants.

III. Type of CBT

CBT can be provided as individual therapy and as group therapy. Both therapies constitute the phase, number, and duration of the therapies.

3.1 Individual therapy

3.1.1 The CBT during continuation-phase treatment is provided to the patients as a continuous cognitive therapy (C-CT) after providing an acute cognitive therapy (A-CT) in acute phase. Patients receiving A-CT may not take antidepressants (Jarrett et al., 2001: Level II; Hollon et al., 2005: Level II).

As suggested by Beck et al. (1979), the acute-phase cognitive therapy (A-CT) is provided to patients 20 sessions within 12-14 weeks: twice a week for 50-60 minutes a session in the first 8 weeks (for a total of 16 sessions) and then once a week in the last 4 weeks (4 sessions). The A-CT is aimed to decrease the depression and improve problem-solving skills and other skills of the depressive patients as well as to prevent their relapses. In addition, the A-CT of Robert et al. (2005) may be applied to the patients as well. This A-CT has the following pattern.

In the first 4 weeks, A-CT is provided to the patients twice sessions a week and each session lasts for 50 minutes.

In the 8 subsequent weeks, A-CT is provided to the patients 1-2 sessions a week.

In the last 4 weeks, A-CT is weekly conducted.

The contents of some sessions involve crisis intervention whereas some sessions stress on more practice skills in preventing the relapse or the recalls of recently passed events. Patients receiving CT will terminate the therapy at the end of acute phase.

Additionally, patients, who already had A-CT, will receive continuation-phase cognitive therapy (C-CT) for 10 sessions: 60-90 minutes per session. This C-CT is developed by Jaret and further developed by Jaret and Kraft (1997). That is, the C-CT is provided to patients once per 2 weeks for 2 months long and then once a month for the next 6 months. The C-CT is aimed to prevent the relapse and recurrence. Patients are taught in using their depression symptoms or mental suffering to stimulate bringing their learnt skills in A-CT out and apply those skills in this C-CT to solve the problems and prepare themselves for unexpected events in the future. By having these stimulating sessions, their learnt skills are stimulated and still remain. The C-CT takes 8 months. For the C-CT of Hollon et al. (2005: Level II), additional 3 sessions are given during the 12-month continuation phase. These 3 sessions can be provided anytime with a condition that each session is provided to the patients one month apart from each other. Patients and therapists will make a decision together whether the patients have stimulating sessions or not and when. Some patients may have regularly stimulating sessions such as at 1st month, 3rd month, and 6th month whereas others may utilize these sessions as needed.

3.1.2 C-CT is provided after patients get treated with antidepressants and are well responsive to the antidepressants. Therefore, the CT provided to the patients during continuation phase prevents the relapse and recurrence (Fava et al., 2004: Level II; Paykel et al., 1999: Level II; Scott et al., 2003: Level II). Patients will receive antidepressants, which is amitriptyline (AMT) 100 mg/day or other amitriptyline-substitute antidepressants. These antidepressants will be gradually

reduced at 25 mg per week and every other week until patients have no need to take the medicine in the last 2 sessions of the therapy (9th and 10th week).

According to Fava et al (2004: Level II), CBT is provided to the patients once a week: 10-30 minutes per session for a total of 10 sessions. This CBT focuses on 3 main goals: 1) CBT is used to reduce residual symptoms of MDD, 2) CBT is used to modify patients' life styles, and 3) CBT is provided to the patients to enhance their well-being. In addition, it was found that providing the CT to patients in a combination with antidepressants during acute-phase treatment can prevent the relapse and recurrence (Paykel et al., 1999: Level II; Scott et al., 2003: Level II). That is, patients will receive amitriptyline (AMT) 185 mg /day or receive fluoxetine 33mg /day and 16 sessions of CT for 20 weeks long. Besides these 16 sessions and after the last 16th session, patients will have two additional sessions at 6th week and 14th week. (This CT is modified from the CT of Beck et al.). Each CT session is a structured therapy. The therapy has a fix program. The therapist goes over the homework, identifies and prioritizes the patients' problems and assigns the homework to the patients. However, the program content of each session can be adjusted accordingly to the severity of patients' depression.

3.2 Group Therapy (Bockting et al., 2005: Level II)

Group CT can be provide to the patients with or without antidepressants. It can be provided in a combination with other therapies provided to the patients as normal practice. The CT therapy emphasizes exploring and modifying dysfunctional attitudes. The CT therapy is provided to the patients once a week: 2 hours per session for a total of 8 weeks. It is a closed-group therapy. The participants have no psychopathology. It has 7-12 group-participants. Each session of group CT has an obvious structure. Program schedule of the group therapy is set in advance. The therapists repeat the patients' homework, give a reason of each therapy session, and then assign the next homework to the patients. This group CT focuses on exploring and changing the patients' cognitive distortion. The focus of group CT is different from the A-CT (Beck, 1987; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979).

IV Characteristics of therapists

The therapists are those psychiatric health care personnel, who have been trained in CT at least for 1 year and have a certificate in CT (Fava et al., 2004: Level II; Paykel et al., 1999: Level II; Scott et al., 2003: Level II; Hollon et al., 2005: Level II).

V Outcome evaluation

Relapse means a present episode of severe depressive patients before they enter the recovery phase. The relapse episode is worst enough to be in the diagnosis criteria of DSM-IV for MDD (Jarrett et al., 2001: Level II). Basically, the assessment of clinical relapse uses one of the following criteria (Scott et al., 2003: Level II).

1. Patients have symptoms fit in criteria of diagnosing major depressive disorder (MDD) of DSM-IV TR. The symptoms last at least for 1 month. The depression score, as measured by HRSD, is 17 or higher when the face-to-face assessment is conducted for 2 times and at least 1 week apart.

2. Patients have remaining depression during the two continuation assessments at two months apart. Their HRSD score is at least 13 for both assessments. They also have a level of mental pain / mental agitation or cannot perform their normal functions as well as can not maintain their normal dosage of antidepressants.

Recurrence means the occurring of new depressive episode that can be diagnosed by using the criteria of DSM-IV for MDD after entering to recovery phase. The recurrence can be initially assessed by HRSD-17 (Hamilton Rating Scale for Depression 17 items). The score of HRSD-17 is 16 or higher. This score can be used as a base-line score for evaluation and follow-up of the therapy and treatment (Jarrett et al., 2001: Level II). Before having the current recurrence, patients used to be in remission phase for at least 8-10 weeks (Fava et al., 2004: Level II).

Suggestions

According to the review of literature on evidence-based CBT for preventing the relapse and recurrence in depressive patients, the researcher made following suggestions.

1. The therapists or organizations should consider applying one of these CT therapies into the clinical practice with depressive patients who have a high risk of

relapse at psychiatric institute or organization. The application is done as a pilot study to assess the effectiveness of the therapy in Thai contexts. The results of the pilot study can be developed as a clinical practice guideline for evidence-based CBT to prevent the relapse and recurrence of Thai depressive patients.

2. The organizations should provide training and skills in CBT for preventing the relapse and recurrence to involved health care personnel. These personnel can have appropriate quality, based on a criteria of certified CT therapists, to provide the CT to depressive patients. The organizations also should have supervision follows-up with the therapists.

3. The administrators should support this therapy by providing a CBT clinic so that the CBT is obviously provided and pilot-practiced. Consequently, the results of CBT practice can be further developed and applied in clinic for the quality of care.

4. The therapy providers should consider both direct and indirect cost-benefit ratio of the CBT to prevent relapse and recurrence. In a short run, this CBT may consume high cost. However, in a long run this therapy can reduce a burden of care and treatment for recurrence, decrease hospitalization cost, and maximize the number of happy days and workable days. As a result, this therapy gives more cost-benefit ratio than does currently usual practice.

5. If there are enough patients, who are at risk to have depressive relapse and recurrence and who have similar characteristics, the therapists should consider providing a group therapy to them in order to save time and money.

6. If a depressive patient is hospitalized, the therapy may be given to him in a patient unit. The therapist coordinates with involved organizations such as the out-patient department or a day hospital in order for the patient to have a completely continuous CBT program. Therefore, this relapse and recurrence can be effectively prevented.

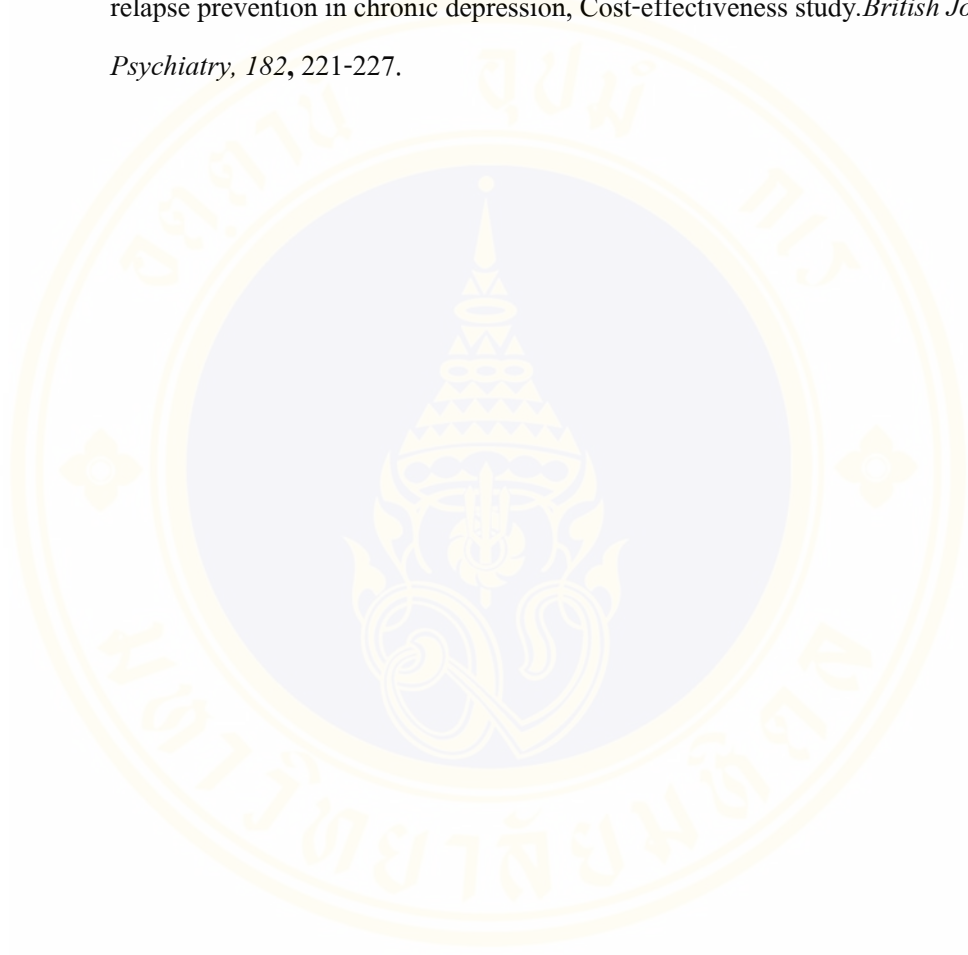
รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). รายงานประจำปี ปีงบประมาณ 2552. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กิตติวรรณ เทียมแก้ว, บุญผดวน พัวพันธ์ประเสริฐ, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย. (2550). ต้นทุนบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานพยาบาลภาครัฐของประเทศ ไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 15 (1), 10-20.
- ดวงใจ กสาดิกุล. (2542). โรคซึมเศร้าสามารถรักษาหายได้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.
- ธรณินทร์ กองสุข. (2550). โรคซึมเศร้า: องค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซต.
- รัชชัย ลีพหามาจ. (2552). โรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษา. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์.
- รัชชนก พรหมภักดีและพิเชษฐ์ อุดมรัตน์. (2551). การดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์: ศึกษาผู้ป่วยที่ทำการติดตามการรักษาไม่น้อยกว่า 10 ปี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53 (1), 81-97.
- มานิช หล่อตระกูล. (2549). คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2541). เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10) (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ชวนพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2550). ตำราจิตเวชศาสตร์รามธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ลีออนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์.
- รณชัย คงสกนธ์ และอัจฉราพร สิริบุญวงศ์. (2550). บทที่ 6 แนวทางการลดภาระโรคหรือความสูญเสียอันเนื่องมาจากโรคซึมเศร้า. ใน: ธรณินทร์ กองสุข. บรรณาธิการ. องค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซต.
- ราชบัณฑิตสถาน. (2548). พจนานุกรมศัพท์จิตวิทยา อักษร A-L ฉบับราชบัณฑิตสถาน. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตสถาน.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์หลักการและวิธีปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2552). สถิติของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง

- สมภพ เรืองตระกูล. (2543). โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมโภช เอี่ยมสุภายิต. (2541). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมโภช เอี่ยมสุภายิต. (2543). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรยุทธ วาสิกานนท์. (2551). โรคซึมเศร้า. ในพิเชฐ อุดมรัตน์., ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวชในประเทศไทย, 127-145. สงขลา: ลิบบราเคอร์การพิมพ์.
- สายฝน เอกวางกูร. (2553). รู้จัก เข้าใจ ดูแลภาวะซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: ศ.เอเชียเพรส.
- สุชาติ พหลภักย์. (2542). ความผิดปกติทางอารมณ์ Mood Disorder. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2550). สถิติโรคซึมเศร้า. นนทบุรี: กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., and Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of Depression*. New York : Guilford.
- Bockting, C. L. H., Schrne, A. H., Spinhoven, P., Koeter, M. W. J., Wouters, L. F., Huyser, J., Kamphuis, J. H. (2005). Preventing Relapse/Recurrence in Recurrent Depression with Cognitive. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 4, 647-657.
- Boland, R.J., Keller, M. B.(2002). Course and outcome of depression. In : Gotlib, I, H., Hammen, C.L., Eds. Handbook of depression 2nd edition. London, *The Guilford press*: pp 43-60.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., and Beck, A. T., (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analysis. *Clinical Psychology review*, 26, 17-31.
- Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., Grandi, S. (2004). Six years outcome of Cognitive Behavior Therapy for Prevention of Recurrent Depression. *American Journal Psychiatry*, 161, 1872-1876.
- Furlanetto, L. M., Cavanuagh, S. A., Bueno, J. R., Creech, S. D., & Powell, L. H. (2000). Association Between Depressive Symptoms and Mortality in Medical Inpatients. *Psychosomati*, 41, 426-432.
- Hollon, S.D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R.M., O'Reardon, J.P., et al.(2005). Prevention of Relapse Following Cognitive Therapy vs.

- Medications in Moderate to Severe Depression. *Archive General Psychiatr*, 62, 417-422.
- Jarrett, R. B., Kraft, D., Doyle, J., Foster, B.M., Eaves, G. G., Silver, P. C. (2001). Preventing Recurrent Depression Using Cognitive Therapy With and Without a Continuation Phase. *Archive General Psychiatry*, 58, 381-387.
- Keller, M. B., Boland, R. J. (1998). Implication of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrence unipolar major depression. *Biological psychiatry*, 44, 348-460.
- Keller, M. B., Lavori, P.W., Levis, C. E., Klerman, G. L. (1983). Predictors of relapse in major depressive disorder. *JAMA*, 250, 3299-3304.
- Keller, M. B., Shapiro, R. W. (1981). Major depressive disorder. Initial results from a one-year prospective naturalistic follow-up study. *Journal Nerve Mental Disorder*. Dec, 169, (12), 761-768.
- Lavori, P. W., Keller, M. B., Klerman, G. L. (1984). Relapse in affective disorders: a reanalysis of literature using life table methods. *Journal of Psychiatry research*, 18, 13-25.
- Lam, D., Bright, J., Jones, S., Hayward, P., Schuck, N., Sham, P.(2000). Cognitive Therapy for bipolar illness: *a pilot study of relapse prevention*. *Cognitive Therapy and Research*, 24(5). 503-520.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins.
- Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., & Limb, K. (1999). Randomized controlled trial of teaching Patient with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain Treatment. *British Medical Journal*, 318, 149-153.
- Paykel, E.S., Ramana R., Cooper, Z. (1995). Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychological Medicine*, 25, 1171-1180.
- Paykel, E.S., Scott, J., Teasdale, J. D., Johnson, A. L., Stat,C., Garland, A., et al. (1999). Prevention of Relapse in Residual Depression by Cognitive Therapy. *Archive General Psychiatry*, 56, 829-835.
- Polic, D.F., & Beck, C. K. (2006). *Nursing Research: Principle and Methods (4 th ed)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins.

- Quiring, J. M., Monroe, S.M., Simon, M.E., and Thase, M.E. (2002). Dose early intervention increase latency to relapse in major depressive disorder? : re-evaluation with cognitive behavior therapy. *Journal of Affective Disorder*, 70, 155-163.
- Scott, J., Palmer, St., Paykel, E., Teasdale, J., Hayhurst, H.(2003). Use of cognitive therapy for relapse prevention in chronic depression, Cost-effectiveness study. *British Journal of Psychiatry*, 182, 221-227.



ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล	นางนงเยาว์ วิสุทธิ
วัน เดือน ปีเกิด	25 มีนาคม 2505
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลศรีสัญญา, 2526 นนทบุรี ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ, พ.ศ. 2536 กรุงเทพฯ ประกาศนียบัตรวิชาพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
สถานที่ทำงาน	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา 112 ถนนสมเด็จพระเจ้าพระยา คลองสาน จังหวัดกรุงเทพฯ 10600 ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 02-4370200-8 (ต่อ 4447-8) E-mail : yow-62-visutti@hotmail.com