

กลุ่มจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์



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

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

กลุ่มจิตบำบัดสัมพันธ์ทางพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

จินดา นุชระอาท

นางสาววิมล นุชระอาท
ผู้ศึกษา

รองศาสตราจารย์อัญญาพร สี่หิรัญวงศ์,
พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก

อิมชา ทิพย์

อาจารย์อติตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง,
Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม

ลพวิภา นิล

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

ปาริชาติ นุชระอาท

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไธโร,
พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

กลุ่มจิตบำบัดสัมพันธ์ทางพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

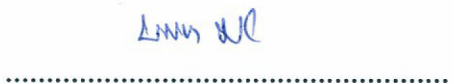
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
วันที่ 28 มีนาคม พ.ศ. 2555



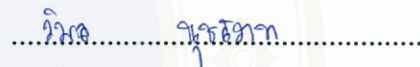
รองศาสตราจารย์อจรรพร สิริธัญวงศ์,
พย.ค.
กรรมการสอบสารนิพนธ์



นายแพทย์ประยูศักดิ์ เสรีเสถียร,
พ.บ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์
กรรมการสอบสารนิพนธ์



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



นางสาววิมล นุชสวาท
ผู้ศึกษา



ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอมพร รตินธร,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



อาจารย์ทิตยา พรชัยเกตุ โอว ของ,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



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

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก และอาจารย์อติทยา พรชัยเกตุ โอว ของ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม ผู้ซึ่งให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบ และแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ให้ถูกต้อง สมบูรณ์ ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งและขอขอบพระคุณอย่างสูงในความกรุณาของท่านไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์อมพร รตินธร ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการทำสารนิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณ นายแพทย์ประยุตต์ เสรีเสถียร ที่กรุณาตรวจสอบและเป็นกรรมการในการสอบสารนิพนธ์

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนทุนการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณท่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศรีธัญญาที่อนุญาตให้ศึกษาต่อ ขอขอบคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยหญิง 2 ที่ได้สนับสนุนเวลาด้านการศึกษา และขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมรุ่นทุกคน รวมถึงครอบครัวนุชสวาทที่เป็นกำลังใจให้เกิดผลสำเร็จ

คุณค่าและคุณประโยชน์ของสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอบูชาคุณบิดา มารดา ผู้ให้กำเนิดและคณาจารย์ทุกท่านที่ให้ความรู้ ทำให้ผู้ศึกษาได้ประสบความสำเร็จในครั้งนี้

วิมล นุชสวาท

กลุ่มจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

GROUP INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY TO REDUCE DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS: EVIDENCE-BASED NURSING

วิมล นุชสาวาท 5236525 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อัจฉราพร สี่หรีญวงศ์, พย.ด., อติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, Ph.D. (NURSING)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการทำกลุ่มจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากหลักฐานเชิงประจักษ์ สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูล โดยใช้คำค้น depressive disorders หรือ depressive symptoms หรือ depression และ Group Interpersonal Psychotherapy ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 ด้าน ได้แก่ (1) ความตรงของงานวิจัย (2) สรุปผลการวิจัย และ (3) ความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005) และประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์ของ Grace (2009) ตามรูปแบบ Therapy evidence pyramid ได้งานวิจัยทั้งหมด 4 เรื่อง เป็นงานวิจัย Randomized Controlled Trial 2 เรื่อง (หลักฐานเชิงประจักษ์ 5 ฉบับ) (ระดับ 3) งานวิจัยแบบ Matched-Control Design ที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 1 เรื่อง (ระดับ 5) และงานวิจัยแบบ One Group pre-post test Design 1 เรื่อง (ระดับ 5) จากผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ มีข้อเสนอแนะแนวทางการทำกลุ่มจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการซึมเศร้า 2 รูปแบบ คือ (1) จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลแบบกลุ่มโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นการบำบัดที่เหมาะสมกับบุคคลที่อยู่ในชุมชนที่มีอาการซึมเศร้าไม่รุนแรงและยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า และ (2) จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลแบบกลุ่มโดยใช้คลินิกเป็นฐาน การบำบัดนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในคลินิกที่มีอาการรุนแรงและได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าร่วมด้วย พบว่าการบำบัดทั้งสองรูปแบบสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ก่อนการนำข้อเสนอแนะไปใช้ ควรมีการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลและเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

คำสำคัญ: โรคซึมเศร้า / อาการของโรคซึมเศร้า / กลุ่มจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล / การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

GROUP INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY TO REDUCE DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS: EVIDENCE - BASED NURSING

VIMON NUTSAWAST 5236525 NSMH/M

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

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

ABSTRACT

The present study aimed at investigating the research-based evidence on implementation of group interpersonal psychotherapy to reduce depressive symptoms in patients with depressive disorders. The keywords used in the search included depressive disorders, depressive symptoms, depression, and group interpersonal psychotherapy. The quality of the selected research was assessed in three aspects: (1) validity of the research, (2) conclusion of the findings, and (3) application of research findings (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005). The strength of the evidence was also determined using the criteria proposed by Grace (2009) based on the concept of Therapy Evidence Pyramid. In the end, four research studies were selected. Of these, two with a total of five papers, were randomized controlled trials (level 3), one was a matched-controlled design with an experimental group and a control group (level 5), and one was a one-group pre-post test design (level 5). Based on the analysis and synthesis of the research evidence the two recommended guidelines for group interpersonal psychotherapy to reduce depressive symptoms are as follows: (1) Community-based interpersonal psychotherapy group (Community-based IPT-G) is appropriate for persons in the community with mild depression who have never been diagnosed with depressive disorders, and (2) Clinical-based interpersonal psychotherapy group (Clinical-based IPT-G) is appropriate for patients with severe depressive disorders who have been treated with antidepressants. Community-based IPT-G and Clinical-based IPT-G should both be effective in reducing depressive symptoms in patients with depressive disorder. It is recommended that clinical nursing practice guidelines should be developed and implemented to suit the context of the workplace.

KEY WORDS: DEPRESSIVE DISORDERS / DEPRESSION / DEPRESSIVE SYMPTOMS / GROUP INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY / EVIDENCE-BASED NURSING

125 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา	12
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	15
1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	15
บทที่ 2 วิธีดำเนินการศึกษา	
2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	17
2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	18
บทที่ 3 ผลการดำเนินการ	
3.1 ผลการศึกษาและสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ	22
3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์	26
3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	27
3.4 สรุปประเด็นจากการสังเคราะห์	38
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	50
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	52
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	64
รายการอ้างอิง	78
ภาคผนวก	84
ประวัติผู้ศึกษา	125

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Significance of Clinical Problem)

โรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ โรคซึมเศร้ารุนแรง (Major Depressive Disorder) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymic Disorder) ซึ่งต่างกันที่ความรุนแรงและระยะเวลาในการดำเนินโรค ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ประมาณการเกิดโรคตลอดชีวิต (lifetime prevalence) ของโรคซึมเศร้ารุนแรงในเพศหญิงร้อยละ 26 เพศชายร้อยละ 12 (Karasu, Gelenberg, Merriam, & Wang, 2002) โรคซึมเศร้ารุนแรงพบมากในวัยผู้ใหญ่ โดยร้อยละ 50 จะเริ่มเป็นเมื่ออายุอยู่ระหว่าง 20-50 ปี อายุที่เริ่มเป็นเฉลี่ยคือ 40 ปี (สุชาติ พหลภักย์, 2542) จากผลการสำรวจทางระบาดวิทยาของโรคจิตเวชในประเทศไทย ซึ่งเป็นการศึกษาระดับชาติในปี พ.ศ. 2546 โดยใช้ Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) ประมาณการว่าประชากรไทยอายุ 15-59 ปีจำนวน 1.2 ล้านคนเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ในจำนวนนี้มีประชากร 871,700 คนป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง และ 321,300 คนป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง โดยความชุกของโรคซึมเศร้ารุนแรงคิดเป็นร้อยละ 3.2 แยกเป็นเพศชายร้อยละ 2.5 เพศหญิงร้อยละ 4 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันชนภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และอัจฉรา จรัสสิงค์, 2547) ต่อมาได้มีการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทยทุกภาครวม 25 จังหวัดซึ่งเป็นการศึกษาระดับชาติในปี พ.ศ. 2551 ได้ประมาณการว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 1,311,797 คนป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง และจำนวน 181,809 คนป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง (ธรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2551) ในช่วงปี พ.ศ. 2552 จึงมีนโยบายป้องกันและแก้ไขโรคซึมเศร้าโดยให้มีการรณรงค์การคัดกรองและวินิจฉัยโรคซึมเศร้ากับผู้มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลชุมชน และสถิติผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2551-2553 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 148,240, 165,785 และ 153,756 คน คิดเป็นอัตรา 233.16, 260.78 และ 241.37 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2553) จะเห็นได้ว่าการสำรวจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาศัยอยู่ในชุมชนในประเทศไทยนั้นพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในอัตราที่สูงขึ้น แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วย

ยังมารับการรักษาจำนวนน้อยกว่าที่สำรวจพบมาก โรคซึมเศร้าหากไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยพบว่าร้อยละ 18 ของผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงฆ่าตัวตายสำเร็จ (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

อาการสำคัญของโรคซึมเศร้าคือ อารมณ์เศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย ในผู้ป่วยไทยอาจไม่บอกว่าเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม โดยอารมณ์เศร้าหรือเบื่อหน่ายจะเป็นเกือบทั้งวันและเป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) นอกจากนี้ยังพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้บุคคลสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years, DALYs) ซึ่งหมายถึงผลรวมของความสูญเสียจาก “การตายก่อนวัยอันควร” (Years of Life Loss-YLL) กับ “การมีชีวิตอยู่ด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ” (Year Lost due to Disability-YLD) และจากการสำรวจภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทยปี 2547 พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับที่ 4 ของผู้หญิงไทยและเป็นอันดับ 10 ในผู้ชายไทย (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) แสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้านอกจากเป็นปัจจัยสำคัญในการเสียชีวิตแล้วคนที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้านั้นมักจะต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการที่เป็นอยู่เป็นระยะเวลานาน (ชรินทร์ กองสุข, 2550) เนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรัง (Nierenberg, Petersen, & Alpert, 2003; สุวดี จันดีระยอม, 2546; Zobel et al., 2011) และมีโอกาสเกิดอาการกำเริบ (Relapse) มากกว่าร้อยละ 90 (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550; Nierenberg et al., 2003; Thase, 2003) ซึ่งอาการกำเริบของโรคซึมเศร้าคือมีอาการกำเริบซ้ำจนเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยเกิดขึ้นภายใน 6 เดือนหลังจากที่อาการซึมเศร่าลดน้อยลง (partial remission) หรือปราศจากอาการของโรคซึมเศร้า (full remission) แต่ถ้าผู้ป่วยปราศจากอาการ (remission) ได้นานประมาณ 4-6 เดือนเรียกว่าการฟื้นหาย (recovery) และถ้ามีอาการของโรคหลังจากการฟื้นหายจนเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเรียกว่าการป่วยซ้ำ (recurrence) (Nierenberg et al., 2003) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีการป่วยเป็นซ้ำภายใน 6 เดือนประมาณร้อยละ 25 ป่วยซ้ำภายใน 2 ปีแรกประมาณร้อยละ 30-50 และป่วยซ้ำภายใน 5 ปีแรกประมาณร้อยละ 50-75 (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

โรคซึมเศร้าหากไม่ได้รับการรักษามีผลกระทบต่อตนเอง สังคมและประเทศชาติ ผลกระทบต่อตนเอง ได้แก่ ปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง และมีผลกระทบที่รุนแรงต่อตนเองคือการฆ่าตัวตายสำเร็จ (องุ่น พยุขรธรรม, นิตยาภรณ์ มงคล, สกาวรัตน์ พวงลัดดา และอนงค์นุช ศาโสกร, 2548; ดวงใจ กสานติกุล, 2542) ซึ่งพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีมากกว่าร้อยละ 70 ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) โดยเมื่อศึกษาถึงปัญหาหรือเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือทำร้ายตนเองของผู้ป่วยที่มาใช้บริการใน

โรงพยาบาลจิตเวชพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากภาวะซึมเศร้าเอง รองลงมาคือปัญหาเศรษฐกิจ ยาจน ขัดสน ตกงาน ปัญหาโรคทางจิตเวช ปัญหาผิดหวังในความรัก/หึงหวง และปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด (สนาม บินชัย, 2546) ผลกระทบทางด้านสังคม โรคซึมเศร้าทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน และบุคคลอื่นๆ ที่ใกล้ชิด ผลกระทบระดับชาติ โรคซึมเศร้าทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมากมายทั้งทางตรงและทางอ้อม จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อปีมีสูงถึง 43 พันล้านดอลลาร์ ส่วนค่าใช้จ่ายทางอ้อมที่เป็นผลจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ คิดเป็นร้อยละ 72 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า (Greenberg et al., 1993 อ้างใน รณชัย คงสกนธ์ และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, 2552)

สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้านั้นยังไม่สามารถระบุได้แน่ชัด แต่มีหลักฐานที่สนับสนุนว่าโรคซึมเศร้าเกิดมาจากหลายปัจจัย ได้แก่

1) ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (biological factors) ได้แก่ 1.1) พันธุกรรม (genetic)

(Kendler, Gardner, Neale, & Prescott, 2001; Williams, Hagerty, Yousha, Hoyle, & Oe, 2002; Hirschfeld & Weissman, 2002; Robert, Hirschfeld, Myrna, Weissman, 2002; Kendler, Gardner, & Prescott, 2006) พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องสูงในโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะในกรณีของ recurrent depression โดยมีความเสี่ยงของญาติสายตรงร้อยละ 7 **1.2) สารสื่อประสาท (neurotransmitter system)** ผู้ป่วยมี norepinephrine และ serotonin (5-HT) ต่ำลง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2550) **1.3) การทำงานของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine)** การทำหน้าที่ของต่อมไทรอยด์ผิดปกติ รวมทั้งหญิงหลังคลอดที่มีอารมณ์ซึมเศร้า (post-partum depression) ซึ่งมีความผิดปกติของระดับฮอร์โมน (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553) และพบมีความผิดปกติในหลายระบบ เช่น cortisol หลังมากเกินไปมีผลทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า ในแง่ความสัมพันธ์กับอาการแสดง คาดว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน่าจะมีความผิดปกติบริเวณ limbic system ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมการหลั่งฮอร์โมน ตลอดจน biological pattern และบริเวณ basal ganglia ซึ่งเกี่ยวข้องกับการ psychomotor activity (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2550)

2) ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factors) 2.1 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ (personality factors)

กล่าวว่าลักษณะบุคลิกภาพที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ บุคลิกภาพแบบพึ่งพาตัวเอง ย้ำคิดย้ำทำ หรือทำอะไรเอาจริงเอาจังและเป็นคนรับพิศชอบสูง (Enns, & Cox, 1997) นอกจากนี้ยังพบว่า บุคคลที่อายุน้อย ไม่มั่นใจในตนเอง ขาดความกล้า ใช้วิธีการเผชิญความไม่สบายใจแบบกล่าวโทษตนเอง เชื้อการควบคุมจากภายนอกมีแนวโน้มจะมีอารมณ์ซึมเศร้าได้มาก (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) **2.2 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theories)** อารมณ์เศร้าเกิดจากการ

สูญเสียสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น การตายจากหรือการถูกปฏิเสธ พรอยด์ มีความเชื่อว่าสาเหตุของความเศร้าโศกเกิดจากความรู้สึกสับสนเรื่องสัมพันธ์ภาพเกี่ยวกับความรัก สัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก และความขัดแย้งใจเกี่ยวกับตนเอง (อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ส่วน John Bowlby ผู้เริ่มทฤษฎี Object loss กล่าวว่า อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการสูญเสียวัตถุ คำว่า “รู้สึกสูญเสียวัตถุ” หมายถึงความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดจากการพลัดพราก แยกจาก การแยกจากมีความหมายต่อผู้ป่วยว่าเป็นการสูญเสียสิ่งที่ตนเองรักมากๆ โดยการยึดติดบุคคลจะเริ่มต้นในวัยเด็กเล็ก โดยเป็นการยึดติดมารดาหรือบุคคลอื่นที่ทำหน้าที่เป็นมารดา การยึดติดนี้เป็นแบบอย่างขั้นต้น (Prototype) ของการยึดติดบุคคลอื่นในวันข้างหน้า ถ้าการยึดติดขั้นต้นมีปัญหา เช่น มีการสูญเสียหรือความสัมพันธ์กับมารดาไม่ดีจะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกเจ็บปวด ความเจ็บปวดนี้จะเป็นปัจจัยการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าในอนาคตถ้าความรู้สึกสูญเสียเกิดขึ้นอีกในวัยผู้ใหญ่จะกระตุ้นความรู้สึกเจ็บปวดที่มีอยู่ก่อนแล้วให้กำเริบมากขึ้นจนเป็นอารมณ์ซึมเศร้า (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2549)

2.3 ปัจจัยด้านการรู้คิด (cognitive factors) เบค กล่าวว่า บุคคลเกิดโรคซึมเศร้าเพราะมีความคิดอัตโนมัติต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคตในทางลบ (Beck, 1976) โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดโทษตนเอง ทำร้ายตนเอง ทำลายพัฒนาการทางความคิด ความรู้สึก และควมมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกต่ำต้อยและเศร้ามาก ภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการรู้คิดนี้มักเกิดจากประสบการณ์ที่ผิดหวัง ล้มเหลว บุคคลจะตีความสามารถผิดไปจากความจริง มีความนึกคิดต่อสิ่งรอบตัว บุคคลรอบตัว และเหตุการณ์ในทางลบ ประเมินตนเองในทางร้าย มองว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความสามารถ ไม่มีควมภาคภูมิใจในตนเอง สิ้นหวัง ทำให้รู้สึกเศร้าหมอง ท้อแท้ มองโลกในแง่ร้าย จิตใจอยู่ในสภาพหมดหวัง มองแต่สิ่งเลวร้ายของตนเอง มองอนาคตตนเองว่ามีแต่ความลำบาก ล้มเหลว หมดทางแก้ไข ในที่สุดจึงหันไปสู่ความตาย (อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

2.4 ปัจจัยด้านเหตุการณ์ในชีวิตและความเครียด (life events and stress factors) กล่าวว่า เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตทำให้เกิดความเครียด เช่น มีปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพ ความเครียดจากการประกอบอาชีพ ความพิการทางกาย ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคล ในครอบครัว (Finnegan, Finnegan, McGee, Srinivasin, & Simpson, 2010) และจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงโรคซึมเศร้าของคนไทยปี 2549 พบว่า การมีโรคประจำตัวรุนแรง ได้รับอุบัติเหตุรุนแรง เลิกคบกับเพื่อนสนิท เลิกคบกับคนรัก/สามี/ภรรยา ตกงาน สอบตก ถูกฉกฉวยทางเพศ เป็นปัจจัยเสี่ยงด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่มีความเป็นไปได้สูงในการเกิดโรคซึมเศร้า (พิเชฐ อุดมรัตน์ และคณะ, 2549) นอกจากนี้ยังพบว่าการสูญเสีย (sense of loss) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เช่น การสูญเสียสัมพันธ์ภาพ สูญเสียภาวะสุขภาพ เงิน อิศรภาพ และสิ่งสำคัญอื่นๆ (Priest, 1983 อ้างในสุวดี จันดิกระยอม, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มารับบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5

แห่ง ปี 2549 ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุ 18-59 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิง ผลจากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นกับตัวเองกับการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ การที่ไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง การได้รับอุบัติเหตุรุนแรง การอับจนหนทาง/สับสนในชีวิต เลิกกับคนรัก/สามี/ภรรยา การเสียชีวิตจากการพนัน ส่วนเหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นกับคนใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยการจากไปของบุคคลอันเป็นที่รัก/ สามี/ภรรยา และการเสียชีวิตจากการพนัน (ชรินทร์ กองสุข และคณะ, 2551)

3) ปัจจัยทางด้านสังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรม (Socioeconomic and cultural factors) จากรายงานการวิจัยสรุปว่าการแสดงออกของโรคซึมเศร้ามีความแตกต่างกันในแต่ละสังคม วัฒนธรรม ปัจจัยการเกิดโรคจึงมีความเกี่ยวข้องกับมิติทางสังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรม เช่น ในแง่ของเพศสภาพพบว่าผู้หญิงมีอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายถึงสองเท่า โดยสังคมไทยมักเลียดูเด็กชายเน้นความสำเร็จ มีความเชื่อมั่นในตนเอง ส่วนเด็กหญิงจะมุ่งเรื่องการเอาอกเอาใจ การดูแลรับผิดชอบเรื่องการเงินอยู่ของผู้อื่นจึงมีความเกี่ยวข้องในเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่น เมื่อใดที่สัมพันธ์ภาพไม่ราบรื่นจะทำให้เกิดความวิตกกังวล เศร้า ค้อยคุณค่าในตนเอง รวมทั้งปัจจุบันนี้สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงจากภาคเกษตรกรรมสู่อุตสาหกรรมทำให้วิถีชีวิตของคนเปลี่ยนแปลงไป เกิดการทิ้งบ้านเกิดไปทำงานในเมืองใหญ่หรือต่างประเทศ เกิดภาวะแข่งขันต่อสู้ทางอาชีพจิตใจคนเริ่มรู้สึกไม่มั่นคง โดดเดี่ยว วิตกกังวล มุ่งแต่จะหาเงิน รวมทั้งมีความผิหว้าง (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2544 อ้างใน สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2549) และจากการศึกษายังพบว่าความยากจนและบุคคลที่มีการศึกษาน้อยมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Patel & Klienman, 2003 อ้างใน สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดแบบสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน (Feijo de Mello, de Jesus Mari, Bacaltchuk, Verdelli & Neugebauer, 2005; Parker, Parker, Brotchie & Stuart, 2006; Sue, Sue, & Sue, 2110) และจากวิถีชีวิตของคนไทยที่อยู่แบบระบบเครือญาติ เน้นเรื่องความสัมพันธ์และความผูกพันระหว่างกัน จึงให้ความสำคัญในเรื่องของสัมพันธ์ภาพ เมื่อมีปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเกิดขึ้นจะทำให้มีความเครียด หรือเมื่อมีความเครียดจะเกิดการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมทำให้รู้สึกสิ้นหวัง ส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าได้ (Choi , 2002; Shen, & Takeuchi, 2001; Yoko, Priya, Virginia, Laura, & Myrna, 2002; Zuess, 2003 อ้างใน สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2549) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าที่มาจากปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพนั้นสามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกช่วงวัยตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ เช่น การเสียชีวิตของบุคคลสำคัญ การขัดแย้งกับบุคคลสำคัญ หรือการไม่สามารถปรับตัวได้กับการ

เปลี่ยนแปลงบทบาทต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่าปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ความเศร้าโศกเสียใจจากการสูญเสียบุคคลสำคัญ 2) การขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม และ 4) การบกพร่องทางด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นมีความเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พิรพนธ์ ลือนบุญวัชชัย, นันทิกา ทวิชาชาติ และสมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์, 2551) ดังนั้นการบำบัดแบบจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจึงเป็นทางเลือกในการบำบัดแบบหนึ่งที่เหมาะสมกับสภาพของคนไทยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นจะพิจารณาเป็น 3 ระยะ คือ (1) ระยะ Acute phase เป็นระยะที่ต้องจัดการกับอาการทางจิต ซึ่งอยู่ในระยะแรกของการเริ่มต้นการบำบัด ซึ่งการเลือกวิธีการบำบัดมีทั้ง การบำบัดด้วยยา จิตบำบัด หรือบำบัดร่วมกันระหว่างยาและจิตบำบัด การบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งการจะเลือกบำบัดวิธีใดขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของอาการและปัจจัยอื่นๆ (2) ระยะ Continuation phase อยู่ในระหว่าง 16-20 สัปดาห์หลัง remission เป็นระยะที่ควรคงไว้ซึ่งการรักษาด้วยยาในระยะแรกเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ มีงานวิจัยสนับสนุนว่าใช้การรักษาด้วยยาร่วมกับการทำจิตบำบัดที่เฉพาะกับการคงไว้ซึ่งการปราศจากอาการสามารถทำได้ในระยะนี้ได้เป็นอย่างดีมีประสิทธิภาพ (3) ระยะ Maintenance phase ส่วนใหญ่การบำบัดรักษาเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การรักษาด้วยยาจะอยู่ในปริมาณต่ำในระยะนี้ และใช้การบำบัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เช่น จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Karasu et al., 2002) ดังนั้นในแต่ละระยะของการดำเนินโรคจึงมีความสำคัญต่อการวางแผนการบำบัดรักษา

การรักษาโรคซึมเศร้านั้นมีหลายวิธี ปัจจุบันการรักษาแบ่งออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ๆ คือ การรักษาทางชีวภาพและการบำบัดทางจิตสังคม เช่น การทำจิตบำบัดต่างๆ และการให้สุขภาพจิตศึกษา สำหรับการรักษาทางชีวภาพนั้นแบ่งเป็นการรักษาด้วยยาและกระแสไฟฟ้า ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามี 4 กลุ่ม คือ 1) TCAs (Tricyclic Antidepressant) 2) SSRI (Selective serotonin reuptake inhibitors) 3) MAOI (Monoamine oxidase inhibitors) 4) Other antidepressant medications (Karasu et al., 2002) ในประเทศไทยยารักษาโรคซึมเศร้าที่สำคัญและเป็นที่ยอมรับมี 2 กลุ่ม คือยาในกลุ่ม **TCAs** (Tricyclic Antidepressant) เป็นกลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางยับยั้งการดูดกลับของสารสื่อประสาท norepinephrine และ serotonin และมีฤทธิ์ competitive antagonist ที่ muscarinic acetylcholine receptors รวมทั้ง histamine H1 และ α -adrenergic receptor ยาที่มีใช้ในปัจจุบันคือ Amitriptyline, Imipramine, Nortriptyline, Doxepin, Clomipramine, Desipramine และยาในกลุ่ม **SSRI** (Selective serotonin reuptake inhibitors) เป็นกลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับสารสื่อประสาทซีโรโทนินของเซลล์ประสาทซึ่งมีผลเพิ่มความเข้มข้นของซีโร

โทนิโนในช่องว่างระหว่างเซลล์ประสาทที่อยู่ในระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งเป็นยากลุ่มใหม่มีประสิทธิภาพสูงและมีผลข้างเคียงน้อย ยาที่มีใช้ในประเทศไทยคือ fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline, Escitaloprum (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554) และกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือมีความคิดฆ่าตัวตายสูงแพทย์อาจจะพิจารณารักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (Karasu et al., 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าจิตบำบัดที่ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) พฤติกรรมบำบัดแบบเชิงรุก (Behavioral Activation Therapy: BA) การบำบัดทางปัญญบนพื้นฐานการเจริญสติ (Mindfulness Based Cognitive Therapy: MBCT) การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skill Training: SST) และจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy) สำหรับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมนั้นเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขความคิดของผู้ป่วยเพราะเชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีสาเหตุมาจากการมีความคิดบิดเบือนไปซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์หรืออารมณ์เศร้า ส่วนพฤติกรรมบำบัดแบบเชิงรุกรุนั้นส่วนสำคัญของการบำบัดจะใช้กิจกรรมที่กำหนดให้และทำการฝึกจนกว่าจะเป็นที่น่าพอใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น (Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen, 2008) การบำบัดทางปัญญบนพื้นฐานการเจริญสติพบว่าช่วยลดภาวะซึมเศร้าและสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ และสามารถบำบัดผู้ป่วยได้ครั้งละหลายๆ คน (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) การบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร่ายังมีการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาคือเป็นการบำบัดที่ผู้ป่วยและผู้รักษาพยายามค้นหาปัญหาที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเจ็บป่วย ทำปัญหาให้กระจ่างเพื่อหาแนวทางแก้ไข นอกจากนี้ยังมีการบำบัดโดยการฝึกทักษะทางสังคมซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดโดยใช้การสอนทักษะที่ผู้ป่วยยังมีความจำกัอยู่จะช่วยทำให้ผู้ป่วยสร้างและรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทางสังคม การสอนทักษะทางสังคมส่วนใหญ่จะสอนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม รู้จักยืนยันทนถึงสิ่งที่ถูกต้องในการแสดงออก แสดงความรู้สึกอย่างตรงไปตรงมา เคารพผู้อื่นและไม่ตำหนิผู้อื่น สำหรับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้นเป็นการบำบัดรักษาที่เน้นปรับปรุงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ (Cuijpers et al., 2008)

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดที่ใช้รักษาโรคอารมณ์ซึมเศร้า โดย Adolf Meyer และ Harry Stack Sullivan ผู้พัฒนาทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นผู้วางพื้นฐานแนวคิดที่ว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางสังคมมีส่วนสำคัญทำให้เกิดโรคทางจิตเวช จากแนวคิดนี้ Gerald Klerman และ Myrna Weissman ได้นำมาพัฒนาเป็นวิธีการบำบัดรักษา

โดยพบว่าปัญหาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคอารมณ์ซึมเศร้า และปัญหาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลยังทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนในการดำเนินของโรคอารมณ์ซึมเศร้า และมีผลต่อการดูแลของโรคอารมณ์ซึมเศร้า (สุชาติ พหลภาค, 2542) เป้าหมายของการรักษาคือลดอาการของโรคซึมเศร้า โดยผู้รักษาจะพยายามเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเห็นความเกี่ยวข้องระหว่างอาการของโรคซึมเศร้ากับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในปัจจุบัน และเมื่อแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นได้ก็จะช่วยให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น วิธีรักษาจะใช้เทคนิคการค้นหาข้อมูล การวิเคราะห์การสื่อสาร การกระตุ้นให้แสดงอารมณ์ที่เกิดขึ้น การแสดงบทบาทสมมติ การแก้ไขปัญหาและการวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจ การมอบหมายงานหรือให้การบ้าน และการใช้ความสัมพันธ์ในการรักษา โดยผู้รักษาจะมีบทบาทในเชิงรุกและคอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย จุดมุ่งหมายของการรักษาคือการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้น ปรับปรุงและเพิ่มทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและทักษะทางสังคม รวมทั้งรูปแบบและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย ลดการแยกตัวจากสังคม และมีแหล่งสนับสนุน ประคับประคองทางสังคมที่ดีขึ้น (พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีรูปแบบการบำบัดที่ชัดเจน มีทั้งการบำบัดแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม โดยเริ่มต้นเป็นการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นรายบุคคล จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้พัฒนาการบำบัดในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชอีกหลายโรค เช่น โรคซึมเศร้าเรื้อรัง โรคซึมเศร้าที่มีการกลับเป็นซ้ำ โรคอารมณ์สองขั้ว โรคการรับประทานผิดปกติ โรคติดสารเสพติด โรคกลัวการเข้าสังคม โรคกลัวผิดปกติ โรควิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย โรคบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (Klerman, 1984; Weissman, 2000 อ้างใน Feijo de Mello et al., 2005) สำหรับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ถูกต้อง สมาชิกกลุ่มจะร่วมกันสนับสนุนสมาชิกในกลุ่มด้วยกันในด้านความคิดและความรู้สึกซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ที่มีความทุกข์ใจโดยความสำคัญอยู่ที่การเรียนรู้เกี่ยวกับสัมพันธภาพ ผู้นำกลุ่มจะเชื่อมโยงสิ่งที่เกิดขึ้นจากการกระทำในอดีตถึงปัจจุบัน และระหว่างพฤติกรรมที่เกิดขึ้นข้างนอกกับพฤติกรรมในกลุ่ม ซึ่งยาโลม (Yalom, 1970) เป็นบุคคลสำคัญในการพัฒนารูปแบบการบำบัดนี้ (Montgomery, 2002) และสำหรับผลลัพธ์ที่สำคัญในการทำกลุ่มเพื่อให้เกิดต่อผู้ป่วยนั้นจะเกิดจากปัจจัยภายในกลุ่มที่สำคัญ เช่น การรู้สึกมีความผูกพันทางใจต่อกัน (group cohesion) การมีความเป็นสากล (universality) เนื่องจากบุคคลมีปัญหาคล้ายคลึงกัน และทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดความหวัง (instillation of hope) ภายในกลุ่มจะเกิดสัมพันธภาพและทำให้เกิดลักษณะของการช่วยเหลือ ประคับประคองทางจิตสังคมภายในกลุ่ม (Brabender et al., 2004) และจากการทบทวน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการทำจิตบำบัดแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นพบว่าปัจจัยภายในที่เกิดขึ้นจากการบำบัดจะมีความสำคัญต่อการเกิดผลลัพธ์ที่ยาวนานในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในขณะที่การบำบัดแบบรายบุคคลจะไม่มีสิ่งเหล่านี้ (McDermut et al., 2001)

นอกจากนี้ยังมีตัวอย่างการศึกษาการใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มที่พบว่ามีประสิทธิภาพในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ เช่น ในผู้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ทำการบำบัดโดยการนัดรวมกับการใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มพบว่าสามารถช่วยลดอาการของโรคซึมเศร้าและลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้ (Field et al., 2009) จากการศึกษายังพบว่าผู้หญิงหลังคลอดที่เป็นโรคซึมเศร้า ทำการบำบัดโดยใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มสามารถลดอาการของโรคซึมเศร้าและยังเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้ป่วยได้ด้วย (Kiler, Muzik, Rosenblum, & Len, 2001; Reay, Fisher, Robertson, Adams & Owen, 2006; Mulcahy, Reay, Wilkinson & Owen, 2010) นอกจากนั้นจากการศึกษายังพบว่าการบำบัดโดยใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าระดับมากถึงรุนแรงจะมีประสิทธิภาพเมื่อผู้ป่วยได้รับยาต้านเศร้าร่วมด้วย (Schramm et al., 2007; Levkovitz et al., 2000; Schramm et al., 2008; Mackenzie et al., 2001)

สำหรับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการของโรคซึมเศร้าประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ความเศร้าโศกเสียใจจากการสูญเสียบุคคลสำคัญ 2) การขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม และ 4) การบกพร่องทางด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grief or complicated bereavement) Grief, Bereavement และ mourning เป็นคำที่มีความหมายเกี่ยวข้องกันกระบวนการและปฏิกิริยาการสูญเสีย Bereavement หมายถึง ภาวะการสูญเสียจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก ส่วน Grief หมายถึง ปฏิกิริยาตอบสนองต่อ bereavement ซึ่งเป็นปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรมต่อการสูญเสียที่สำคัญ โดยเฉพาะการสูญเสียของบุคคลใกล้ชิด เกิดขึ้นหลังจากรับรู้ถึงการสูญเสีย เช่น อารมณ์เศร้าโศก คร่ำครวญ ร้องไห้ ส่วน mourning หมายถึงกระบวนการผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ส่วนใหญ่แล้วปฏิกิริยาของการสูญเสียประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกเรียกว่าระยะมึนชา (numbness) ระยะนี้จะเกิดความรู้สึกตกใจ ไม่เชื่อ และปฏิเสธ ระยะนี้ใช้เวลา 2-3 ชั่วโมงถึง 2-3 สัปดาห์ ระยะที่สองคือระยะซึมเศร้า (depression) ระยะนี้จะมีอารมณ์เศร้าโศก ร้องไห้บ่อยๆ นอนไม่หลับ อยากรอาหารลดลง ใช้เวลา 2-3 สัปดาห์ ส่วนใหญ่อาการมักดีขึ้นเองภายในเวลา 2-4 เดือน บางรายระยะนี้นานเป็นปี โดยส่วนใหญ่แล้วมักไม่เกิน 6 เดือน หลังจากนั้นเข้าสู่ระยะที่สาม เรียกว่าระยะกลับคืนสู่ปกติ (recovery) ผู้สูญเสียจะลดการยึดติดถึงบุคคลที่เสียชีวิต ยอมรับ

กับการสูญเสีย และเริ่มกลับเข้าสู่กิจวัตรประจำวันตามปกติ อารมณ์เศร้าโศกที่เป็นปกติไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช อาการจะดีขึ้นเองโดยไม่ต้องรักษา (ฟิรพอนซ์ ลือบุญธวัชชัย, 2550)

การขัดแย้งกับบุคคลสำคัญ (Interpersonal Disputes) หมายถึง ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลสำคัญในชีวิต เช่น คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เพื่อนสนิท (ฟิรพอนซ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549) เช่น ความขัดแย้งกับคู่ครองที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือวิธีการติดต่อสื่อสารไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ในระหว่างการบำบัด จะเปิดเผยรูปแบบของพฤติกรรมในตัวผู้ป่วยที่มีผลต่อสิ่งอื่นๆ ซึ่งถ้าละเอียดหรือไม่สนใจจะทำให้มีความขัดแย้งเพิ่มมากขึ้น ต่างจากถ้ามีความเข้าใจจะสามารถเชื่อมความสัมพันธ์ทำให้เกิดความพึงพอใจในสัมพันธภาพกันมากขึ้น หรือตัวอย่างบางคนที่ได้รับการบำบัดได้ตัดสินใจยุติสัมพันธภาพแล้วเปลี่ยนตัวเองไปสู่บทบาทใหม่ (Ravitz, 2004)

การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม (Role Transitions) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบทบาทที่มีอยู่เดิมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การเลื่อนตำแหน่งงานหรือการสูญเสียงาน การถูกให้ออกจากงาน การตั้งครุฑ์ การแต่งงาน การหย่าร้าง การย้ายที่อยู่ ถ้าการเปลี่ยนแปลงบทบาททำให้เกิดประสบการณ์การสูญเสีย ไม่น่าพอใจ หรือด้วยวิธีใดก็ตามที่ทำให้ถูกคุกคามบุคคลจะมีความเศร้าหรือประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความคับข้องใจที่มีอยู่แล้วจะทำให้เกิดอาการของภาวะซึมเศร้า จุดมุ่งหมายของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจึงเป็นการบำบัดความเศร้าโศกจากการสูญเสียบทบาทก่อนหน้านี้ ให้แสดงความรู้สึกกระทบกระเทือนจิตใจที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง เป็นการช่วยเหลือ สนับสนุนให้สร้างทักษะของบทบาทใหม่ และช่วยพัฒนาแหล่งสนับสนุนทางสังคมใหม่ และมีความรู้สึกเป็นตัวของตัวเองในบทบาทใหม่ (Caron & Weissman, 2006)

การบกพร่องทางด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Interpersonal Deficit) หมายถึง การบกพร่องทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือทักษะทางสังคม ส่งผลให้เกิดปัญหาการเริ่มต้นในการสร้างความสัมพันธ์หรือรักษาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นไว้ (Lueboonthavatchai, 2006) จุดมุ่งหมายของการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพ และไม่สามารถรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในวัยผู้ใหญ่ หรือมีการแยกตัวอยู่ในสังคม สำหรับเหตุผลที่มากกว่าสิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่มีความขัดแย้ง หรือการเปลี่ยนแปลงบทบาท จุดมุ่งหมายของการรักษาเพื่อลดการแยกตัวในผู้ป่วย ช่วยให้ระลึกถึงสัมพันธภาพในอดีตที่เต็มไปด้วยความหมาย และช่วยเหลือให้เกิดสัมพันธภาพใหม่ ผู้บำบัดจะทบทวนลักษณะสัมพันธภาพทางบวกและทางลบก่อนหน้านี้ ให้สำรวจปัญหาในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และใช้เทคนิคการสื่อสาร ใช้การเล่นบทบาทสมมติเพื่อช่วยให้เกิดความเหมาะสมในการสร้าง

สัมพันธภาพที่บกพร่อง และสนับสนุนให้เกิดความพยายามในการสร้างสัมพันธภาพใหม่ (Caron & Weissman, 2006)

โรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความยุ่งยากซับซ้อนทุกโรค การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นได้ดูแลตามนโยบายของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยมีตัวชี้วัดคือร้อยละของผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาได้รับการดูแลตามมาตรฐาน จากสถิติของโรงพยาบาลศรีธัญญาพบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกมากเป็นอันดับที่สองรองมาจากโรคจิตเภท และมีแนวโน้มมารับบริการเพิ่มขึ้น โดยสถิติในช่วง พ.ศ. 2551, 2552 และ 2553 คือ 8,390, 8,385 และ 9,472 คนตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในมีมากเป็นอันดับ 4 ในช่วง พ.ศ. 2551- 2552 คือ 220 และ 196 คน และเป็นอันดับที่ 5 ในปี พ.ศ. 2553 เท่ากับ 186 คน (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2553) เนื่องจากมีนโยบายให้มีการคัดกรองและรักษาโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลประจำจังหวัด ผู้ป่วยทุกรายที่มาโรงพยาบาลศรีธัญญานั้นจะได้รับการคัดกรองโดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เมื่อคัดกรองแล้วพบว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าจึงส่งต่อให้แพทย์เพื่อประกอบการวินิจฉัยและการรักษา ผู้ป่วยบางรายที่อาการยังไม่รุนแรงแพทย์จะให้กลับไปปรับประคบที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้ารุนแรงและญาติไม่สามารถดูแลอยู่ที่บ้านได้แพทย์จะรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน เมื่อผู้ศึกษาซึ่งเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญาได้สัมภาษณ์และทบทวนประวัติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มาด้วยอาการแสดงคือ เครียด ซึมเศร้า อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับ แยกตัว รู้สึกตนเองไร้ค่า สมาธิลดลง ทำงานไม่ได้ และผู้ป่วยบางรายมีความคิดทำร้ายตนเอง โดยพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดโรคซึมเศร้านั้นมาจาก ความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญ การเสียชีวิตของบุคคลสำคัญ และการเปลี่ยนผ่านบทบาทในชีวิต เช่น การทะเลาะกับบุคคลในครอบครัว การแยกทางกับคู่สมรส การเสียชีวิตของบุคคลสำคัญ หรือปัญหาความยากจน ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าและการให้สุขภาพจิตศึกษา พบว่าอาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น แต่เมื่อกลับไปบ้านยังมีผู้ป่วยหลายรายที่กลับมาปรึกษาซ้ำเนื่องจากมีความเครียดจากปัญหาสัมพันธภาพเดิม หรือคิดว่าตนเองหายแล้วจึงหยุดรับประทานยาเอง

จะเห็นได้ว่าปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีความสำคัญที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า และสอดคล้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในหน่วยงานที่มีปัญหาเกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไม่ด้านใดก็ด้านหนึ่ง ดังนั้นจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มจึงเหมาะที่จะนำมาใช้ในหน่วยงาน เนื่องจากผลของการบำบัดสามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยได้

1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา (Clinical Question)

โรงพยาบาลศรีธัญญานั้นมีนโยบายที่เน้นการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และจากการทบทวนประวัติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากการสัมภาษณ์และจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วพบว่าสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยมาจากปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไม่ด้านใดก็ด้านหนึ่ง เช่น ปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญ การเสียชีวิตของบุคคลสำคัญ และการเปลี่ยนผ่านบทบาทในชีวิต ซึ่งมีเหตุการณ์กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคซึมเศร้าก่อนมาโรงพยาบาล เช่น ปัญหาการทะเลาะกับบุคคลในครอบครัว การแยกทางกับคู่สมรส การเสียชีวิตของบุคคลสำคัญ หรือปัญหาความยากจน โดยการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลนั้นจะร่วมกันดูแลเป็นทีมสหวิชาชีพ

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในปัจจุบันนิยมใช้เกณฑ์การวินิจฉัย 2 ระบบ คือระบบ ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision) และระบบ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders) ซึ่งแต่ละระบบมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็น ICD-10 (Version, 2010) และ DSM-IV-TR ซึ่งโรงพยาบาลศรีธัญญานั้นใช้การวินิจฉัยระบบ ICD-10 แต่งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้การวินิจฉัยระบบ DSM โดยการวินิจฉัยแต่ละแบบมีรายละเอียดดังนี้

โรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 แบ่งออกเป็น Depressive episode และ Dysthymia (WHO, 2010)

ลักษณะของ Depressive episode ในระดับ mild, moderate, หรือ severe depressive episode ประกอบด้วยอาการหลักในข้อ A, B และ C ที่จะต้องมีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ (A) มีอารมณ์ซึมเศร้า (B) พลังกำลังกายลดลง (C) มีการลดจำนวนของการทำกิจกรรมต่างๆ ลง และมีอาการอื่นที่พบบ่อยคือ ความเพลิดเพลิน ความสนใจ และสมาธิลดลง รู้สึกเหนื่อยง่ายหลังจากทำงานเพียงเล็กน้อย การนอนผิดปกติ ความอยากอาหารลดลง ความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นในตนเองลดลง บางคนอาจรู้สึกผิดและไร้ค่า (แม้อารมณ์ซึมเศร้าไม่รุนแรง)

Mild depressive episode จะต้องมีอาการอื่นร่วมกับอาการหลักอีกอย่างน้อย 2-3 อาการ ผู้ป่วยจะมีความทุกข์แต่ยังสามารถออกไปทำงานหรือใช้ชีวิตตามปกติได้

Moderate depressive episode จะต้องมีอาการอื่นร่วมกับอาการหลักอีกอย่างน้อย 4 อาการ หรือมากกว่า ผู้ป่วยจะมีความลำบากอย่างมากในการดำเนินงานให้ต่อเนื่องทั้งในงานสังคมงานประจำและงานบ้าน

Severe depressive episode without Psychotic symptoms ต้องมีอาการหลายๆ อาการที่ชัดเจนและทำให้เกิดความทุกข์ เช่น ความภาคภูมิใจลดลง ความรู้สึกผิดและไร้ค่า มีความคิดและลงมือทำร้ายตนเอง รวมทั้งมีอาการทางกายที่เกิดขึ้นเป็นบางอาการ

Severe depressive episode with Psychotic symptoms ผู้ป่วยมีอาการเหมือน Severe depressive episode ร่วมกับมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน การเคลื่อนไหวช้าลง หรือ stupor ซึ่งไม่สามารถดำเนินงานให้ต่อเนื่องทั้งในงานสังคม งานประจำและงานบ้านได้

Dysthymia หมายถึง การมีอารมณ์ซึมเศร้าอย่างเรื้อรังต่อเนื่องหลายปี อาการมักไม่รุนแรง หรือถ้ารุนแรงก็ไม่นานพอที่จะเข้าเกณฑ์การวินิจฉัย severe, moderate หรือ mild recurrent depressive disorder

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยประกอบด้วยการมีอาการต่อไปนี้ 5 ข้อหรือมากกว่าใน 9 ข้อ โดยมีอาการเดียวกันต่อเนื่องอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และจะต้องมีอาการอย่างน้อย 1 ใน 2 อาการต่อไปนี้ คือ อารมณ์ซึมเศร้าหรือขาดความสนใจหรือยินดีในสิ่งที่เคยสนใจ และ มีการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ อาการใน 9 ข้อที่นำมาพิจารณาได้แก่ 1) อารมณ์ซึมเศร้า เป็นเกือบทั้งวันหรือเกือบทุกวัน 2) ความสนใจหรือความยินดีลดลงอย่างมากในทุกหรือเกือบทุกกิจกรรมโดยเป็นอยู่เกือบทั้งวันหรือเกือบทุกวัน 3) น้ำหนักลดลงโดยมิได้ควบคุมอาหาร หรือน้ำหนักเพิ่ม 4) การนอนผิดปกติ อาจนอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไปเกือบทุกวัน 5) มีการเปลี่ยนแปลงของการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น กระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง หรือเชื่องช้าลงรวมถึงความคิดโดยอาจคิดช้าลงหรือคิดฟุ้งซ่านเกือบทุกวัน 6) อ่อนเพลียหรือหมดเรี่ยวแรงเกือบทุกวัน 7) มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าหรือความรู้สึกผิดมากเกินไปหรือไม่เหมาะสมเกือบทุกวัน 8) ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลงจนไม่สามารถตัดสินใจได้ซึ่งเป็นอยู่เกือบทุกวัน 9) มีความคิดซ้ำๆ เกี่ยวกับการตาย มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายซ้ำๆ โดยไม่มีการวางแผนที่ชัดเจน หรือมีการพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีการวางแผนเพื่อให้ฆ่าตัวตายได้สำเร็จ อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นผลโดยตรงทางสรีรวิทยาของสารอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ยาเสพติด ยารักษาโรค ภาวะความเจ็บป่วยทางกายทั่วไป และอาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากการสูญเสียบุคคลสำคัญ (APA, 2005)

เมื่อพิจารณาข้อมูลเป็นรายบุคคลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 4 ราย ในหอผู้ป่วยหญิง 2 ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ รายแรกเป็นผู้ป่วยหญิงอายุ 55 ปี มาโรงพยาบาลครั้งแรกเนื่องจากมีอาการเครียด ซึมเศร้า แยกตัว นอนร้องไห้ จากประวัติผู้ป่วยมีความขัดแย้งกับสามีและแยกทางกับสามีมาประมาณ 2 ปี หลังจากได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าผู้ป่วยเริ่มอาการดีขึ้น แต่ยังรู้สึกเครียดเนื่องจากสามียังมีการติดต่อผู้ป่วยนานๆ ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยยังตัดความสัมพันธ์ไม่ได้ ผู้ป่วยรายที่สองเป็นผู้ป่วยหญิงอายุ 44 ปี แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า จากประวัติผู้ป่วยแยกทางกับสามีมาประมาณ 1 ปี เนื่องจากสามีติดการพนันทำให้มีปัญหาค่าใช้จ่าย สามเดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยตกงาน อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ รู้สึกตนเองไร้ค่า สมาธิลดลง ปัจจุบันผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยยาต้านเศร้าอาการซึมเศร้ามลดลง แต่ผู้ป่วยยังคงรู้สึกโกรธเมื่อนึกถึงสามี จะเห็น

ได้ว่าผู้ป่วยทั้งสองรายมีปัญหาสัมพันธภาพเนื่องจากมีความขัดแย้งในด้านสัมพันธภาพจากที่ผู้ป่วยแยกทางกับสามี นอกจากนั้นผู้ป่วยรายที่สองยังมีความเปลี่ยนแปลงทางบทบาทคือผู้ป่วยตกงานและฐานะยากจนลงซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดโรคซึมเศร้า ตัวอย่างผู้ป่วยรายที่สามเป็นผู้ป่วยหญิงอายุ 44 ปี ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและมีการกลับเป็นซ้ำภายใน 6 เดือน ผู้ป่วยรายนี้มีอาการซึมเศร้าตั้งแต่หลังคลอดเมื่อหลายปีที่ผ่านมาแต่ไม่ได้รับการรักษาคิดว่าเป็นอาการของคนที่ไม่ดีใจตามปกติเนื่องจากคลอดบุตรแล้วบุตรเสียชีวิตขณะคลอด ช่วงแรกผู้ป่วยเสียใจมากและรู้สึกผิด มีอาการซึมเศร้า เมื่อระยะเวลาผ่านไปอาการซึมเศร้าดีขึ้น แต่เวลานึกถึงบุตรที่เสียชีวิตก็ยังรู้สึกเสียใจ ผู้ป่วยคิดว่าไม่น่าจะเป็นสาเหตุของอาการซึมเศร้า แต่สามีผู้ป่วยบอกว่าอาจมีส่วนเกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเพราะเมื่อพูดถึงลูกผู้ป่วยก็จะยังรู้สึกผิดว่าตนเองเป็นสาเหตุทำให้ลูกเสียชีวิต จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยรายนี้รู้สึกเสียใจและรู้สึกผิดเนื่องจากสูญเสียบุคคลสำคัญแต่ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขทำให้มีอาการซึมเศร้ากำเริบ ผู้ป่วยรายที่สี่อายุ 29 ปี พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาสัมพันธภาพเนื่องจากแยกทางกับสามีและมีความขัดแย้งกับบิดาบ่อยๆ มาโรงพยาบาลเนื่องจากมีความคิดอยากตาย รู้สึกไม่มีสมาธิ ทำงานไม่ได้ บอกว่าตนเองเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่เลิกกับสามีเมื่อหลายปีก่อน และผู้ป่วยเป็นคนเลี้ยงดูบุตร ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกเสียใจและยังรักสามีตนเองอยู่ นอกจากนั้นผู้ป่วยยังมีปัญหาทะเลาะกับบิดาเป็นประจำเนื่องจากบิดาไม่เข้าใจที่ตนเองป่วยเป็นโรคซึมเศร้า หลายครั้งที่ทะเลาะกับบิดาทำให้ผู้ป่วยน้อยใจที่บิดาไม่เข้าใจตนเอง

จะเห็นได้ว่าอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยทั้ง 4 รายล้วนมีปัญหาด้านสัมพันธภาพที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ทั้งปัญหาการสูญเสียบุคคลสำคัญ ปัญหาการเปลี่ยนแปลงบทบาท และปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าเพียงอย่างเดียวแล้วทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้นมาก แต่ปัญหาที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยยังไม่ได้ได้รับการแก้ไข ซึ่งจะทำให้มีโอกาสเกิดอาการกำเริบและเกิดการป่วยซ้ำได้สูง

สำหรับหอผู้ป่วยหญิง 2 ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีธัญญาซึ่งไม่มีรูปแบบการทำจิตบำบัดที่เฉพาะ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ามารับการรักษายังคงได้รับการรักษาเป็นแบบการพยาบาลทั่วไป เช่น การรับประทานยาต้านเศร้าและการให้สุขภาพจิตศึกษา ดังนั้นการบำบัดโดยใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่เหมาะสมในการนำมาใช้บำบัดผู้ป่วยในหน่วยงานเนื่องจากกรณีผู้ป่วยตัวอย่างทั้ง 4 รายเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพเด่นชัด ถ้าได้รับการบำบัดโดยใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะช่วยทำให้ได้รับการช่วยเหลือที่ตรงกับปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และเป็นวิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพในการบำบัดเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลศรีธัญญาที่เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงภาวะสุขภาพดีให้นานเท่าที่สามารถจะเป็นไปได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีรูปแบบของการบำบัดชัดเจน มีทั้งการบำบัดแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม แต่เนื่องจากหน่วยงานของผู้ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยผู้ป่วยที่มารักษานั้นมีปัญหาสัมพันธภาพที่คล้ายคลึงกันหลายๆ คน รวมทั้งจากรายงานสถิติของโรงพยาบาลพบว่าอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกมีอัตราที่สูงขึ้นตามลำดับ การทำจิตบำบัดบำบัดแบบกลุ่มจึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญานั้นแบ่งเป็นหลายหอผู้ป่วย โดยในแต่ละหอผู้ป่วยมักจะมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในช่วงเวลาเดียวกันประมาณ 2- 3 คน และเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลคล้ายๆ กัน และโรงพยาบาลนั้นมีศูนย์กลางการบำบัดแบบเป็นกลุ่ม เช่น การทำจิตบำบัดในผู้ป่วยติดสุรา การทำจิตบำบัดในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาเรื่องการรับประทานยา แต่ยังไม่มีการทำจิตบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในส่วนนี้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการทำจิตบำบัดแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านอกจากจะมีประสิทธิภาพในการลดอาการของโรคซึมเศร้าแล้วยังทำให้เกิดความคุ้มค่าในด้านการประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายเพราะสามารถบำบัดผู้ป่วยได้ครั้งละหลายๆ คน ใช้บุคลากรจำนวนน้อย และเมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดที่เหมาะสมจะทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดการป่วยซ้ำ เกิดการใช้จ่ายรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปริมาณที่ลดลง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาแนวทางการใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าว่าควรมีลักษณะเป็นอย่างไร จึงได้มีการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้ในหน่วยงานต่อไป

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Purposes of Study)

เพื่อศึกษา วิเคราะห์ และสังเคราะห์แนวทางการใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อการได้ข้อสรุปแนวทางการใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มเป็นอย่างไร ลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มเป็นอย่างไร และผู้บำบัดควรมีคุณสมบัติเป็นอย่างไร การใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือไม่

1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected Benefits / Outcomes)

1. พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการใช้กลุ่มจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. พยาบาลมีแนวทางในการใช้กลุ่มจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า
3. หน่วยงานมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



บทที่ 2

วิธีดำเนินการศึกษา

เพื่อให้ได้แนวทางการทำกลุ่มจิตบำบัดสัมพันธ์ทางประหว่งบุคคลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาจึงทบทวนองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะในการใช้กลุ่มจิตบำบัดสัมพันธ์ทางประหว่งบุคคลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Search Strategy)

2.1.1 กรอบการสืบค้น ผู้ศึกษากำหนดกรอบการสืบค้นโดยใช้หลักการของ PICO (PICO Framework) (Craig & Smyth, 2002) ซึ่งต้องมีการกำหนดกลุ่มประชากร หัตถการ/การบำบัด การเปรียบเทียบ และการวัดผลลัพธ์ที่ต้องการ การศึกษาครั้งนี้มีการกำหนด PICO ดังนี้

P (Population) คือ Patients with Depressive Disorders (ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า)

I (Intervention) คือ Group Interpersonal Psychotherapy (กลุ่มจิตบำบัดสัมพันธ์ทางประหว่งบุคคล)

C (Comparison /intervention) = none (ไม่มีการเปรียบเทียบ)

O (Outcome) คือ Depressive Symptoms (อาการของโรคซึมเศร้า)

2.1.2 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่

P (Population) คือ Depressive Disorders

I (Intervention) คือ Group Interpersonal Psychotherapy

C (Comparison /intervention) = none

O (Outcome) คือ Depressive Symptoms, Depression

2.1.3 ขอบเขตการสืบค้น ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากระบบฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้

1. สืบค้นจากฐานข้อมูล Electronic

1.1 ฐานข้อมูลที่รวบรวม Systematic review ได้แก่ Cochrane Library

1.2 จากฐานข้อมูลอื่นๆ ที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ CINAHL, Blackwell Synergy, PubMed, SpringerLink, Wiley Online Library, Science-Direct, HighWire Press

2. Hand search

2.1 Journal ที่มีการพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ วิทยานิพนธ์ตามห้องสมุดของสถาบันต่างๆ ในประเทศไทย

2.2 เอกสารอ้างอิงจากบทความต่างๆ

2.1.4 เกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผลการวิจัยสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงกำหนดขอบเขตในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

1. เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษาวิจัยในเรื่องของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18-65 ปี
2. เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ ค.ศ. 2000 ถึงปัจจุบันทั้งงานที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
3. เลือกเฉพาะงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ทั้งงานที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2.1 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้มาสังกัดเนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงในตารางการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มตัวอย่าง สถานที่เก็บข้อมูล ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของหลักฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษารูปแบบการบำบัด วิธีการดำเนินการวิจัย และผลการศึกษาวิจัย หลังจากนั้นจึงนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปประเมินผลโดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ 3 ด้าน ได้แก่ (1) ความตรงของงานวิจัย (2) สรุปผลการวิจัย และ (3) ความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005) ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 3 ด้าน มีรายละเอียดของการประเมินดังนี้

รูปแบบงานวิจัยเชิงทดลองใช้เกณฑ์การประเมินตามระดับของหลักฐาน Randomized controlled trial การประเมินคุณภาพของหลักฐานมีแนวทางในการประเมิน ดังนี้

1. ความตรงของงานวิจัย พิจารณาที่ความชัดเจนของคำถามการวิจัย การกำหนดประชากรที่ศึกษา การบำบัด และตัวแปรตามตรงกับปัญหาทางคลินิกที่กำหนดหรือไม่ ประเภทของงานวิจัยมีการใช้ระเบียบวิธีวิจัยและการวิเคราะห์ผลการวิจัยที่เหมาะสมในการหาคำตอบการวิจัยหรือไม่ จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีเพียงพอหรือไม่ การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเหมาะสมหรือไม่ มีการสุ่มหรือไม่ การบำบัดที่ได้รับมีการปฏิบัติเหมือนกันในกลุ่มตัวอย่างหรือไม่ มีการติดตามและการประเมินผลเหมือนกันหรือไม่อย่างไร

2. ผลการวิจัยที่ได้ พิจารณาจากผลการวิจัยสรุปได้ว่าอย่างไร ประสิทธิภาพของการบำบัดเป็นอย่างไร ในกรณี Categorical outcomes : ค่า Risk reduction , Relative risk , Absolute risk reduction เป็นอย่างไร และในกรณีผลลัพธ์เป็นตัวแปรต่อเนื่อง: ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นเท่าไร มีความสำคัญทางสถิติ และความสำคัญทางคลินิกหรือไม่ อย่างไร ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและผลลัพธ์ ค่า Risk reduction Odds ratio ระหว่างกลุ่มเป็นอย่างไร ความถูกต้องของการประมาณค่า Treatment effect ค่า Confidence intervals หรือ P- values เป็นอย่างไร ค่า Confidence intervals มีค่าที่แสดงว่าไม่มีความสำคัญทางคลินิกที่อยู่ในช่วงคะแนนหรือไม่

3. ความเหมาะสมของผลงานวิจัยนำไปใช้ในการปฏิบัติ โดยพิจารณาความคล้ายของลักษณะกลุ่มตัวอย่างกับผู้ป่วยที่สนใจศึกษา ผู้ป่วยในคลินิกตรงกับเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยหรือไม่ ถ้าไม่ตรงมีข้อจำกัด หรือเหตุผลที่ไม่สามารถนำวิธีการบำบัดไปใช้ในหน่วยงานหรือไม่ ลักษณะหน่วยงานเหมือนกับงานวิจัยและสามารถใช้วิธีการบำบัดนี้ในหน่วยงานได้หรือไม่ การเปรียบเทียบระหว่างความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) เมื่อมีการนำไปใช้เกิดความเสียหายหรืออันตรายกับผู้ป่วย เกิดประโยชน์ด้านใดกับผู้ป่วย การยอมรับในการนำไปใช้ของผู้ที่เกี่ยวข้อง ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการบำบัด เป็นอย่างไร

2.2.2 การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เกณฑ์การประเมินของ Grace (2009) ตามแบบ Therapy evidence pyramid คัดแปลงมาจากการจัดระดับความน่าเชื่อถือในงานวิจัยของ Guyette และ Rennie ในปี ค.ศ. 2006 ซึ่งมีการแบ่งระดับของหลักฐาน (level of evidence) เป็น 7 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 Number of 1 randomized clinical trial เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการนำรูปแบบการบำบัดไปใช้ในประชากรที่จะนำไปใช้จริงอย่างน้อย 1 งาน โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบ RCT มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองและมีการออกแบบการวิจัยเป็นอย่างดี (well-designed controlled trials) มีการสุ่มประชากรที่จะศึกษาเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Randomization) และได้ผลลัพธ์ของการศึกษาตรงตามผลการศึกษางานวิจัย

ระดับ 2 Systematic reviews of RCTs เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ หรือ การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) จากงานวิจัย RCTs ที่ตรงกับประเด็นปัญหาหรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based clinical practice guideline) โดยการทบทวนงานวิจัย RCTs อย่างเป็นระบบ (Systematic reviews)

ระดับ 3 High quality single randomized trial เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่เป็น RCT ที่มีคุณภาพสูง มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ออกแบบการวิจัยเป็นอย่างดี (well-designed controlled trials) มีการสุ่มการทดลองเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Randomization)

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

ระดับ 5 Single of observational study - patient important outcome เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยแบบพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพที่แสดงผลลัพธ์สำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ระดับ 6 Physiologic study เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากรายงานการศึกษาทางคลินิกของผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ

ระดับ 7 Unsystematic clinical observations เป็นหลักฐานที่ไม่มีทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เช่น ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ หรือผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะในการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งเป็นลักษณะพรรณนา/บรรยาย

2.2.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพของหลักฐาน ผู้ศึกษาจึงนำผลจากการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาที่สำคัญและสรุปใจความสำคัญนำเสนอเป็นตาราง (Collective table) แล้วจึงนำข้อมูลเหล่านั้นมาเปรียบเทียบเสนอเป็นข้อแนะนำ (Recommendation) รูปแบบโปรแกรมจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งผลการดำเนินการสืบค้น การสกัดเนื้อหา การวิเคราะห์และการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จะนำเสนอในบทต่อไป

สรุปวิธีการดำเนินงานในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษากำหนดกรอบการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้หลักการของ PICO Framework โดยกำหนดประชากร คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โปรแกรมการบำบัดคือกลุ่มจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยไม่มีการเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ของการบำบัดคือการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังจากสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาประเมินคุณภาพของหลักฐานโดย

สกัดเนื้อหาลงในตารางที่ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประชากรที่ศึกษา สถานที่เก็บข้อมูล ระเบียบวิธีวิจัย / ระดับของหลักฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา วิธีดำเนินการวิจัย และผลการวิจัย สำหรับการประเมินผลของหลักฐานนั้นใช้เกณฑ์การประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ความตรงของผลงานวิจัย สรุปผลการวิจัย และความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005) ส่วนการประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (strength of evidence) ได้ใช้แบบประเมินตามเกณฑ์ของ Grace (2009) ตาม Therapy evidence pyramid หลังจากนั้นผู้ศึกษาจึงนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สกัดและประเมินคุณภาพแล้วมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อแนะนำในการทำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

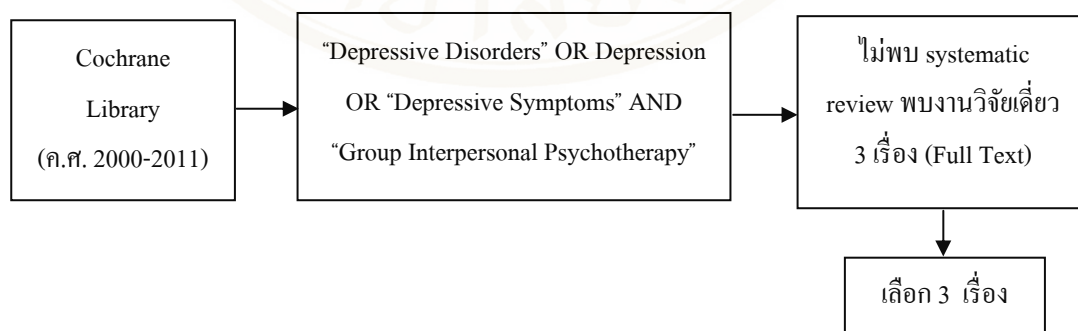
บทที่ 3

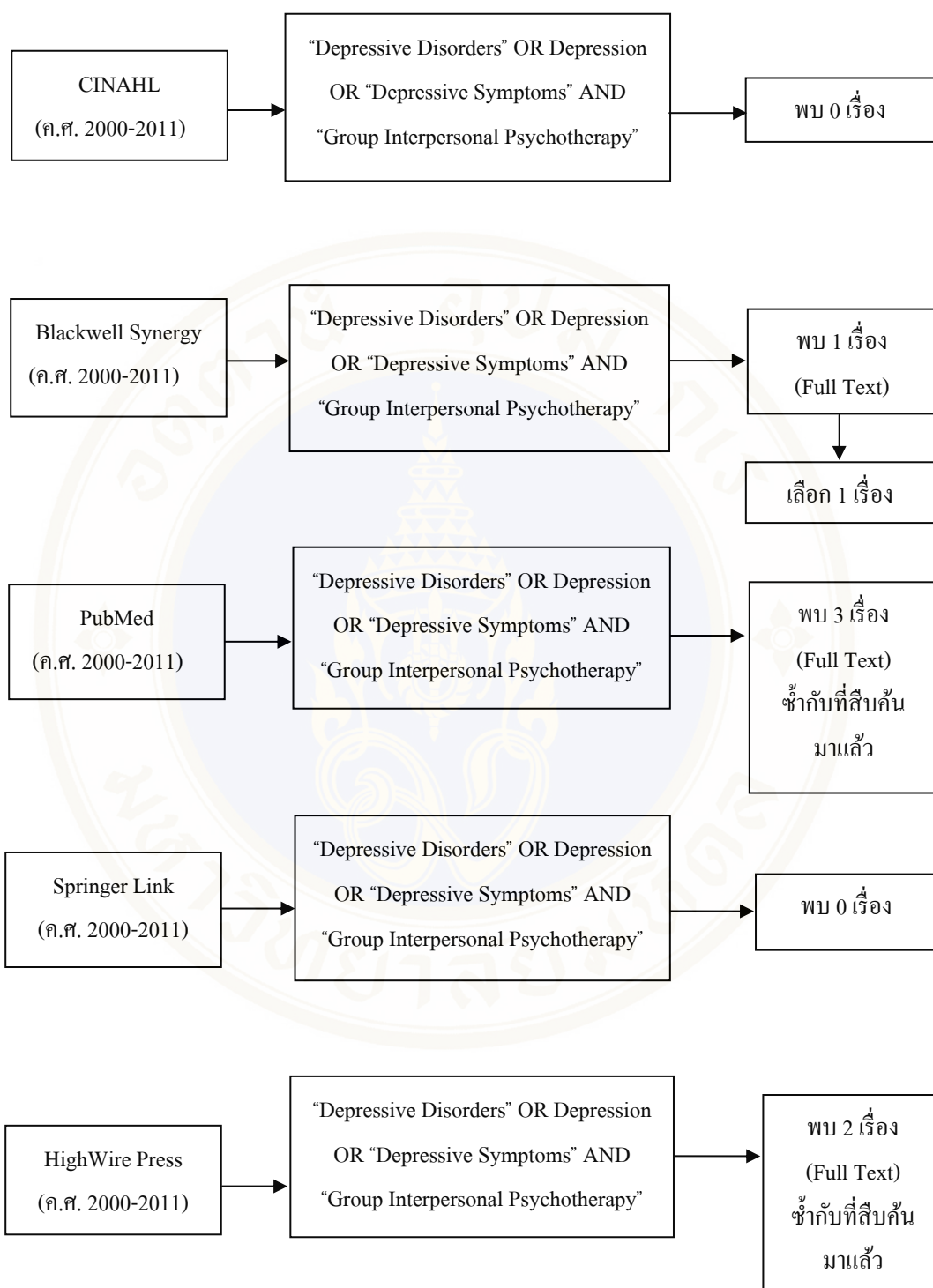
ผลการดำเนินการ

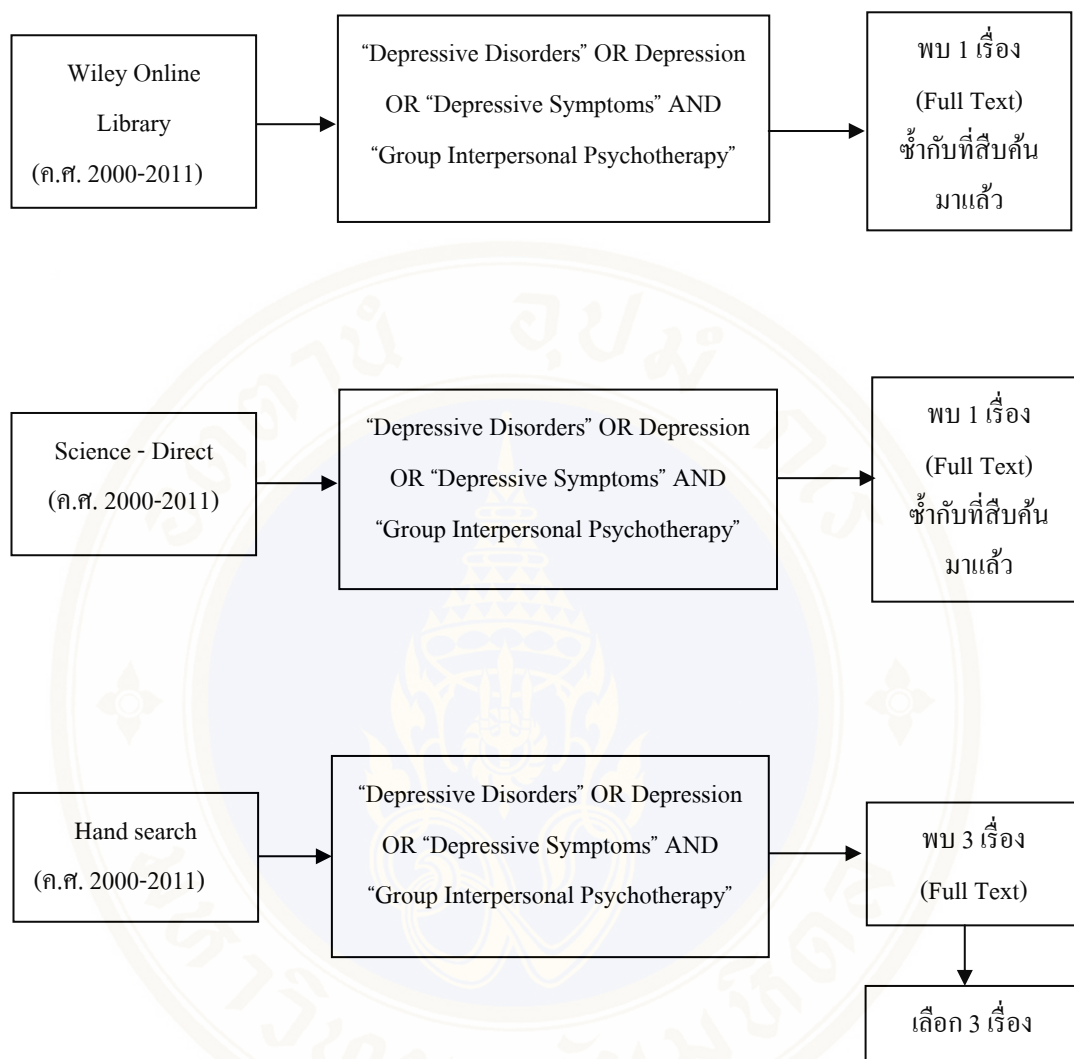
ผลการดำเนินงานการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อหาแนวทางการทำจิตบำบัด สัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้ Cochrane Library, CINAHL, Blackwell Synergy, SpringerLink, HighWire Press, PubMed, Science-Direct, Wiley Online Library โดยใช้คำค้นคือ “Depressive Disorders” OR Depression OR “Depressive Symptoms” AND “Group Interpersonal Psychotherapy” นอกจากนั้น มีการสืบค้นด้วยมือจาก Journal ที่มีการพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ วิทยานิพนธ์ตาม ห้องสมุดของสถาบันต่างๆ ในประเทศไทย เอกสารอ้างอิงจากบทความต่างๆ ผลการสืบค้นมี รายละเอียดดังนี้

3.1 ผลการศึกษาและสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ สรุปได้ดังนี้

จากการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่างๆ สรุปได้ดังนี้







ตารางแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้และผ่านการประเมินคุณภาพแล้ว

ลำดับ	งานวิจัย	รูปแบบงานวิจัย	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์
1	Bolton, P., Bass, J., Neugebauer R., Verdeli H., Clougherty, K. F., Wickramaratne P., et al. (2003). Group Interpersonal Psychotherapy for Depression in Rural Uganda : A Randomized Controlled trial. <i>American Medical association</i> , 289(23), 3117 – 3124.	Randomized Controlled Trial	Level III
2	Bass, J., Neugebauer R., Clougherty, K. F., Verdeli, H., Wickramaratne, P., Ndogoin, L., et al. (2006). Group Interpersonal Psychotherapy for Depression in Rural Uganda : 6 – month outcomes : A Randomized Controlled trial . <i>British Journal of Psychiatry</i> , 188, 567 – 563.	(ลำดับที่ 1,2 เป็นโครงการวิจัยเดียวกัน)	
3	Schramm, E., Calker, D.V., Dykieriek, P., Lieb, K., Kech, S., Zobel, I., et al. (2007). An Intensive Treatment Program of Interpersonal Psychotherapy Plus Pharmacotherapy for Depressed Inpatients : Acute and Long – term Results. <i>American Journal of Psychiatry</i> , 164 (5), 768-777.	Randomized Controlled Trial	Level III
4	Schramm, E., Schneider, D., Zobel, I., Calker, D. V., Dykieriek, P., Kech, S., et al. (2008). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy Plus Pharmacotherapy in chronically depresses inpatients. <i>Journal of Affective Disorder</i> , 109, 65-73.		
5	Zobel, I., Kech, S., van Calker, D., Dykieriek, P., Berger, M., Schneibel, R., et al. (2011). Long-term effect of combined interpersonal psychotherapy and		
		(ลำดับที่ 3,4,5 เป็นโครงการวิจัยเดียวกัน)	

ลำดับ	งานวิจัย	รูปแบบงานวิจัย	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์
	pharmacotherapy in randomized trial of depressed patients. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> , 123, 276-282.		
6	Levkovitz, Y., Shahar, G., Native, G., Hirschfeld, E., Treves I., Krieger, I., et al. (2000). Group Interpersonal Psychotherapy for Patients with major depression disorder – pilot study. <i>Journal of Affective Disorder</i> , 60, 191-195.	Matched - Control Design	Level V
7	Mackenzie, K.R. & Grabovac, A.D., (2001). Interpersonal Psychotherapy Group (IPT-G) for Depression. <i>The Journal of Psychotherapy Practice and Research</i> , 10 (1), 46-51.	One Group pre-post test Design	Level V

สรุปการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดจำนวน 7 เรื่อง ซึ่งมาจากงานวิจัย 4 เรื่อง เป็นโครงการวิจัยแบบ Randomized Controlled trial 2 เรื่อง (ตีพิมพ์เผยแพร่ 5 ฉบับ) งาน Matched - Control Design ที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 1 เรื่อง และงาน One Group pre-post test Design 1 เรื่อง หลังจากประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วพบว่า เนื้อหาตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและจำนวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพียงพอ จึงอ่านและสกัดข้อมูลอย่างละเอียดแล้วนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาเพื่อเป็นข้อเสนอแนะในการนำมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษานำหลักฐานเชิงประจักษ์มาสกัดเนื้อหาอย่างละเอียดและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 ด้าน ได้แก่ ความตรงของงานวิจัย สรุปผลการวิจัย และความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติทั้ง 7 เรื่องลงในตารางเพื่อเตรียมนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ต่อไป

3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table)

ผู้ศึกษานำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการประเมินทั้งคุณภาพและระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เกี่ยวกับประเด็นปัญหาทางคลินิก โดยสรุปลงตาราง Collective table และสรุปประเด็นที่ได้จากการสังเคราะห์เพื่อเสนอเป็นข้อเสนอแนะ (Recommendation) ได้ดังนี้



ตารางการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective Table)
 เรื่องที่ 1 (ฉบับที่ 1) Group Interpersonal Psychotherapy for Depression in Rural Uganda: A Randomized Controlled trial.
 ผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์ Bolton, Bass, Neugebauer, Verdell, Clougherty, Wickramaratne, et al. (2003).

วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้รับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
เพื่อศึกษาผล ของกลุ่ม จิตบำบัด สัมพันธ์กับ ระหว่างบุคคล ต่อการบรรเทา อาการของโรค ซึมเศร้าและการ ทำหน้าที่ใน ผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า และ ประเมินความ เป็นไปได้ใน การนำไปใช้ ในแอฟริกา	สถานที่ศึกษา เมืองมาซกา และเมืองราไก ประเทศอูกันดา ผู้รับการบำบัด กลุ่มทดลอง 116 คน กลุ่มควบคุม 132 คน -มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย จนเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ซึมเศร้าตาม DSM-IV -อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป -ปราศจากการบำบัดด้วยตนเอง -ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง ผู้บำบัด -เป็นผู้ที่ผ่านการอบรมจิตบำบัด สัมพันธ์กับระหว่างบุคคลแบบ เข้มข้นอย่างน้อย 2 สัปดาห์	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล 1. Hopkins Symptom Checklist (HSCL) 2. Individual functional impairment ระยะเวลาวัดติดตามผล - 2 สัปดาห์หลังการ ทดลอง	กลุ่มทดลอง ได้รับจิตบำบัดสัมพันธ์กับ ระหว่างบุคคลแบบกลุ่ม ทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ทั้งหมด 16 ครั้ง ช่วงแรก ของการบำบัดผู้บำบัดจะวินิจฉัยอาการซึมเศร้า และค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหา สัมพันธ์กับระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นใน ปัจจุบัน รวมทั้งระบุปัญหาสัมพันธ์กับ ระหว่างบุคคลที่กระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า และอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจ การ บำบัดแต่ละครั้งผู้บำบัดจะทบทวนและ ประเมินอาการของโรคซึมเศร้าของสมาชิก กลุ่มแต่ละคน และเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่ทำให้ เกิดอารมณ์ซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ผ่านมา หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มจะกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่ม ประทับใจประกอบ และให้คำแนะนำซึ่งกันและ กันเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองและ สมาชิกด้วยกันภายในกลุ่ม	จิตบำบัดสัมพันธ์กับระหว่างบุคคลแบบ กลุ่มมีประสิทธิภาพในการลดอาการ ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยคะแนน อาการซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยลดลง 17.47 คะแนนในกลุ่มทดลอง และ 3.55 คะแนน ในกลุ่มควบคุม ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) คะแนนเฉลี่ย ของการสูญเสียการทำหน้าที่ลดลงเท่ากับ 8.08 และ 3.76 ในกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมตามลำดับ ($P < .001$) หลังจบการ บำบัดพบโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์ 6.5% และ 54.7% ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ ($P < .001$) เปรียบเทียบกับก่อน ให้การบำบัด 86% และ 94% ของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ($P = .04$)

เรื่องที่ 1 (ฉบับที่ 2) Group Interpersonal Psychotherapy for Depression in Rural Uganda : 6 – month outcomes : A Randomized Controlled trial.
ผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์ Bass, Neugebauer, Clougherty, Verdelli, Wickramaratne, Ndogoni, et al. (2006).

วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้เข้ารับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
เพื่อประเมิน ผลของการทำ จิตบำบัด สัมพันธ์กับ ระหว่างบุคคล แบบกลุ่ม หลังการบำบัด นาน 6 เดือน	สถานที่ศึกษา เมืองมาซาคาและเมืองราไก ประเทศคูندا ผู้เข้ารับการบำบัด กลุ่มทดลอง 116 คน กลุ่มควบคุม 132 คน - มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยจน เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตาม DSM-IV - มีการสูญเสียการทำงานที่ - อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ผู้บำบัด - เป็นผู้ผ่านการอบรมจิตบำบัด สัมพันธ์ระหว่างบุคคลแบบ เสริมอย่างน้อย 2 สัปดาห์	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ 1. Hopkins Symptom Checklist (HSCL) 2. Individual functional impairment ระยะเวลาวัดติดตามผล - หลังจบการฝึก 6 เดือน	- กลุ่มทดลองได้รับจิตบำบัดสัมพันธ์กับระหว่างบุคคลแบบกลุ่ม ทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 90 นาที ทั้งหมด 16 ครั้ง - ในการบำบัดแต่ละครั้งผู้นำกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มพิจารณาการเกิดอาการซึมเศร้าในปัจจุบัน สถานการณ์ก่อนเกิดอาการซึมเศร้า เชื่อมโยงสถานการณ์ทางบวกและการทางลบที่เป็นเหตุการณ์ต่ออารมณ์ซึมเศร้าในปัจจุบัน สมาชิกกลุ่มจะสนับสนุน พูดคุย ให้คำแนะนำเพื่อช่วยเหลือสมาชิกอื่นๆ ในกลุ่ม	จิตบำบัดสัมพันธ์กับระหว่างบุคคลแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เมื่อประเมินผลในระยะยาว 6 เดือนหลังจบการบำบัด โดยพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัด มีคะแนนซึมเศร้าเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 13.91 (95% CI, 12.2-15.8; p < 0.0001) และการสูญเสียการทำงานที่น้อยกว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4.97 (95% CI, 3.6-6.4; p < 0.0001)

เรื่องที่ 2 (ฉบับที่ 1) An Intensive Treatment Program of Interpersonal Psychotherapy Plus Pharmacotherapy for Depressed Inpatient: Acute and Long-term Results.
ผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์ Schramm, Calkers, Dykier, Lieb, Kech, Zobel, et al. (2007).

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้เข้ารับบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลสัมฤทธิ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
เพื่อศึกษาผลของการบำบัด สัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล ร่วมกับการรักษา ด้วยยา เปรียบ เทียบกับผลการรักษา	สถานที่ศึกษา แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช ผู้เข้ารับการบำบัด กลุ่มทดลอง 63 คน กลุ่มควบคุม 61 คน - อายุ 18 - 65 ปี - วินิจฉัยแรกเป็นโรคซึมเศร้าตาม DSM-IV - คะแนนซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน เมื่อวัดด้วย HAM-D - ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง - ไม่มีอาการทางจิต	เครื่องมือวัดผลสัมฤทธิ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล เครื่องมือวัดผลสัมฤทธิ์ 1. a 17 items Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) or HAM-D 2. Beck Depression Inventory (BDI) 3. Global Assessment of Functioning Scale (GAF) 4. Social Adjustment Scale Self Report ระยะเวลาวัดติดตามผล - ในสัปดาห์ที่ 5 หลังจากเริ่มทำการ รักษา และ 3, 12 เดือนหลังจบการ บำบัด	- กลุ่มทดลอง ได้รับจิตบำบัด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยบำบัด รายบุคคล 15 ครั้ง ร่วมกับการบำบัด แบบกลุ่ม 8 ครั้ง (Schramm, 2001) - กลุ่มควบคุม ได้รับการจัดการในคลินิก ตามแนวทางการบำบัดระยะสั้น (พัฒนาจาก Reynolds et al., unpublished manuscript, 1988)	ผลลัพธ์หลังจบการบำบัดทันที (สัปดาห์ที่ 5) กลุ่ม IPT มีอาการ ซึมเศร้าลดลงและมีความแตกต่าง กับกลุ่มกลุ่ม CCM อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (ITT: $t=3.74$, $df=122$, $p<0.001$) ผลลัพธ์ระยะติดตามผล 3, 12 เดือน มีการลดลงของอาการ ซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ในผู้ป่วยที่ ได้รับการบำบัดด้วยจิตบำบัด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการ บำบัดด้วยการจัดการอาการทาง คลินิก (3 เดือน $p=0.016$; 12 เดือน $p=0.008$)

เรื่องที่ 2 (ฉบับที่2) Efficacy of Interpersonal Psychotherapy Plus Pharmacotherapy in chronically depresses inpatients.
ผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์ Schramm, Schneider, Zobel, Calker, Dykierck, Kech, et al. (2008).

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้เข้ารับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ / ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
เพื่อศึกษาผลของจิตบำบัดสัมพันธ์กับสุขภาพระหว่างบุคคลร่วมกันการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรัง	แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช ผู้เข้ารับการบำบัด กลุ่มทดลอง 24 คน กลุ่มควบคุม 21 คน - อายุ 18 – 65 ปี - เป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรังตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV - ไม่มีประวัติเป็น Bipolar I หรือมีอาการทางจิต ไม่เป็นโรคจิตที่เกิดจากปัจจัยทาง organic หรือบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่งหรือต่อต้านสังคม ผู้บำบัด - จิตแพทย์ นักจิตบำบัดในคลินิกที่สนใจ จิตบำบัดสัมพันธ์กับสุขภาพระหว่างบุคคล	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ ระยะเวลาวัดติดตามผล เครื่องมือวัดผลลัพธ์ 1. a 17 items Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) or HAM-D 2. Beck Depression Inventory (BDI) 3. Global Assessment of Functioning Scale (GAF) 4. Psychiatric status ratings (PSRs) ระยะเวลาวัดติดตามผล - ในสัปดาห์ที่ 5 หลังจากเริ่มทำการรักษา และ 3,12 เดือนหลังจบการบำบัด	- กลุ่มทดลอง ได้รับจิตบำบัดสัมพันธ์กับสุขภาพระหว่างบุคคล โดยบำบัดรายบุคคล 15 ครั้ง ร่วมกับบำบัดแบบกลุ่ม 8 ครั้ง (Schramm, 2001) - กลุ่มควบคุม ได้รับการจัดการในคลินิกตามแนวทางจากการบำบัดระยะสั้น พัฒนาจาก Reynolds et al., unpublished manuscript, 1988)	ผลลัพธ์หลังจบการบำบัดทันที (สัปดาห์ที่ 5) กลุ่ม IPT สามารถลดอาการซึมเศร้ามากกว่ากลุ่ม CM คะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม IPT ลดลงจาก 25.28 เหลือ 9.95 คะแนน ในกลุ่ม CM จาก 23.48 เหลือ 14.05 คะแนน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ITT: F (1, 42) =4.82, p=.034) ในระยะติดตามผลอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อคำนวณมาประเมินผล 3 เดือน โดยกลุ่ม IPT มีคะแนนเฉลี่ย 5 คะแนน และ 10 คะแนน ในกลุ่ม CM; t(26.90)=2.34, p=.027 และมีแนวโน้มที่จะมีคะแนนต่ำลงอีก ขณะที่ 12 เดือน ในกลุ่ม IPT (t(25.45)=1.93, p=.065) (ค่าคะแนนเฉลี่ย 5.87 คะแนน กับ 11.28 คะแนน ใน CM)

เรื่องที่ 3 (ฉบับที่3) Long-term effect of combined interpersonal psychotherapy and pharmacotherapy in a randomized trial of depressed patients.
ผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์ Zobel, Kech, van Calker, Dykierck, Berger, Schneibel, et al. (2011).

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้รับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
เพื่อประเมินผลระยะยาวของการใช้จิตบำบัดสัมพันธ์กับสุขภาพระหว่างบุคคลร่วมกับการรักษาด้วยยาและความแตกต่างของผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ผ่านเหตุการณ์สะเทือนขวัญตั้งแต่วัยเด็กในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	สถานที่ศึกษา แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช ผู้รับการบำบัด กลุ่มทดลอง 63 คน กลุ่มควบคุม 61 คน - วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตาม DSM-IV คะแนนซึมเศร้าอย่างน้อย 16 คะแนนเมื่อวัดด้วย HRSD - อายุ 18-65 ปี - ไม่มีประวัติเป็น Bipolar I disorder หรือ มีอาการทางจิต ไม่ติดสารเสพติด ไม่เป็นโรคทางจิตจากปัญหาทาง Organic ไม่มีการสูญเสียการรู้คิดอย่างรุนแรง ไม่เป็นโรคบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง หรือโรคที่ต่อต้านสังคม หรือโรคอื่นๆ ที่การวินิจฉัยแรกเป็น axis I disorder ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง ผู้บำบัด จิตแพทย์ นักจิตบำบัดในคลินิกที่สนใจจิตบำบัดสัมพันธ์กับสุขภาพระหว่างบุคคล	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ ระยะเวลาวัดติดตามผล 1. a 17 items Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) or HAMD 2. Beck Depression Inventory (BDI) 3. Global Assessment of Functioning Scale (GAF) 4. Treatment History Inventory (THI) 5. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) ระยะเวลาวัดติดตามผล - 5 ปีหลังจบการบำบัด	รูปแบบการบำบัด -กลุ่มทดลอง ได้รับจิตบำบัดสัมพันธ์กับสุขภาพระหว่างบุคคล โดยบำบัดรายบุคคล 15 ครั้งร่วมกับ การบำบัดแบบกลุ่ม 8 ครั้ง (Schramm, 2001) -กลุ่มควบคุมได้รับการจัดการในคลินิกตามแนวทาง การบำบัดระยะสั้น (พัฒนาจาก Reynolds et al., unpublished manuscript, 1988)	ผลการศึกษา ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทั้งสองกลุ่มมีอาการซึมเศร้าลดลงจากคะแนนพื้นฐานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อติดตามผลห้าปี โดยอาการซึมเศร้าลดลงเร็วระยะแรก และหลังจากนั้นจะเริ่มช้าลง การติดตามผล 5 ปีพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ถึงแม้ว่าร้อยละ 28% (16 คนใน 57 คน) ที่ได้รับจิตบำบัดสัมพันธ์กับสุขภาพระหว่างบุคคลมีความคงอยู่ของการฟื้นฟูสุขภาพเปรียบเทียบกับ 11% (6 คนใน 54 คนของกลุ่มควบคุม) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าจิตบำบัดสัมพันธ์กับสุขภาพระหว่างบุคคลมีประโยชน์ต่อการป้องกันการป่วยซ้ำในระยะยาว สำหรับกลุ่มที่เคผ่านเหตุการณ์สะเทือนขวัญตั้งแต่วัยเด็กผลลัพธ์สามารถลดอาการซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p=0.045

เรื่องที่ 3 Group Interpersonal Psychotherapy for Patient with major depression disorder – pilot study.

ผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์ Levkovitz, Shahar, Native, Hirsfeld, Treves, Krieger, et al. (2000).

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้เข้ารับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
เพื่อศึกษาผลของกลุ่มนักจิตบำบัดสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคคลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระดับอาการรุนแรงปานกลางถึงรุนแรง และมีการตอบสนองต่อยาในระยะ Acute phase - อายุระหว่าง 18-65 ปี - ปราศจากการทางจิต - มีปัญหาสัมพันธ์ทางภาพ 1 ใน 4 อย่างตามหลักเกณฑ์ของจิตบำบัดสัมพันธ์ทางบุคคล	สถานศึกษา / ผู้เข้ารับการบำบัด / ผู้บำบัด แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช ผู้เข้ารับการบำบัด กลุ่มทดลอง 7 คน กลุ่มควบคุม 7 คน - วิจัยด้วยเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรงตาม DSM-IV อาการซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง และมีการตอบสนองต่อยาในระยะ Acute phase - อายุระหว่าง 18-65 ปี - ปราศจากการทางจิต - มีปัญหาสัมพันธ์ทางภาพ 1 ใน 4 อย่างตามหลักเกณฑ์ของจิตบำบัดสัมพันธ์ทางบุคคล	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล 1. a 17 items Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) or HAMD 2. Clinical Global Impression (CGI) ระยะเวลาวัดติดตามผล - วัด 5 ครั้ง คือ ก่อนบำบัด, ช่วงกลางของการบำบัด, 1 สัปดาห์, 3, 6 เดือนหลังจบการบำบัด	-กลุ่มทดลองทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ทั้งหมด 18 ครั้ง ตามรูปแบบของ Fairburn โดยมีพื้นฐานจากแนวทางบำบัดของ Klerman et al., (1984) แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 (ครั้งที่ 1-6) สมาชิกกลุ่มจะพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาและการเผชิญปัญหาของการเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมทั้งค้นหาและระบุว่าปัญหาสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลใดที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า เชื่อมโยงให้เห็นปัญหาสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลกับการเกิดอาการซึมเศร้า และกำหนดเป้าหมายของการบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล ระยะที่ 2 (ครั้งที่ 7-12) เป็นระยะการแก้ไขปัญหา มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลตามที่สามารถกลุ่มระบุไว้ ระยะที่ 3 (ครั้งที่ 13-18) การทำกลุ่มจะเป็นการช่วยเหลือ สนับสนุนสมาชิกในกลุ่ม ให้ระลึกถึงประโยชน์และดำรงผลลัพธ์จากการบำบัด และพัฒนาวิธีที่จะเผชิญกับอาการซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นในอนาคต	จิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการตอบสนองต่อยาในระยะ Acute phase พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P < 0.001 ในระหว่างการบำบัดและช่วงติดตามผล 6 เดือน
เปรียบเทียบกับการรักษาปกติ	ผู้บำบัด เป็นผู้มีประสบการณ์การทำกลุ่มบำบัด		-กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดซึ่งเป็นการรักษาด้วยยาอย่างเดียว	

เรื่องที่ 4 Interpersonal Psychotherapy Group (IPT-G) for Depression.
ผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์ Mackenzie, & Grabovac (2001).

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้เข้ารับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
เพื่อบรรยาย การประยุกต์ใช้จิตบำบัด สัมพันธ์กับ ระหว่างบุคคล กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใน รูปแบบของ การบำบัด กลุ่ม	สถานที่ศึกษา / คลินิกโรคทางอารมณ์ของ โรงพยาบาลจิตเวชภูมิ ผู้เข้ารับการบำบัด กลุ่มทดลอง 8 คน ไม่มีกลุ่มควบคุม - เป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV - ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง - ไม่มีลักษณะของโรค บุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง ผู้บำบัด - จิตแพทย์	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ 1. Beck Depression Inventory (BDI) 2. Inventory of Interpersonal Problem (IIP) ระยะเวลาวัดติดตามผล - วัด 4 ครั้งคือ ก่อนเข้ากลุ่มครั้งแรก หลังจบกลุ่มครั้งที่ 7 (ช่วงกลาง) หลังจบกลุ่มครั้งสุดท้าย และ 4 เดือน นับจากเริ่มทำกลุ่ม	-จิตบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคลแบบ กลุ่ม ทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ทั้งหมด 14 ครั้ง การทำกลุ่มครั้งแรกจะ พูดคุยเกี่ยวกับโครงสร้างของกลุ่ม สมาชิก กลุ่มจะแนะนำตัวในการทำกลุ่มครั้งแรกซึ่ง เป็นการวางเป้าหมาย และพูดคุยรายละเอียด เกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้าตาม DSM-IV การทำกลุ่มครั้งที่สองจะพูดคุยเกี่ยวกับการ ดำเนินชีวิตของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน รายละเอียดที่มากกว่านั้นจะพิจารณาจาก เป้าหมายของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน สมาชิก กลุ่มต้องเห็นภาพชัดเจนจากกลุ่มครั้งที่ 1 ถึง ครั้งที่ 4 ผลที่เกิดขึ้นอยู่ระหว่างการพูดคุย ประสบการณ์ระหว่างเข้ากลุ่ม เป้าหมายหลัก จะพูดซ้ำๆ ในช่วงกลางของการรักษา	จิตบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แบบกลุ่มมีประสิทธิภาพในการลด อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยที่สมาชิก 5 คนเริ่มแสดงถึง ประสิทธิภาพในการบำบัดเมื่อวัดผล ช่วงกลางของการบำบัด หลังจากนั้น ประเมินอีก 4 เดือน ผู้ป่วยมีอาการ ซึมเศร้าลดลงมาก โดยสมาชิก 5 คน มี คะแนนอยู่ในระดับน้อยมากถึงระดับ น้อย (BDI < 16) แต่อีก 3 คนยังอยู่ใน ระดับรุนแรงเนื่องจากพบว่า เป็นโรค บุคลิกภาพผิดปกติร่วมด้วย อาการ ซึมเศร้าจึงไม่ดีขึ้น

คุณลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาสังเคราะห์

หัวข้อเรื่อง	เรื่องที่ 1		เรื่องที่ 2			เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4
	ฉบับที่ 1	ฉบับที่ 2	ฉบับที่ 1	ฉบับที่ 2	ฉบับที่ 3		
ผู้วิจัย	Bolton et al. (2003).	Bass et al. (2006).	Schramm et al. (2007).	Schramm et al. (2008).	Zobel et al. (2011).	Levkovitz et al. (2000).	Mackenzie & Grabovac (2001).
ระเบียบวิธีวิจัย	RCT	RCT	RCT	RCT	RCT	Matched - Control Design	One Group pre-post test Design
รูปแบบการบำบัด	Group IPT ตามคู่มือของ Wilfley et al., (2000)	Group IPT ตามคู่มือของ Wilfley et al., (2000)	Individual and Group IPT รูปแบบของ (Schramm, 2001) มีพื้นฐานจาก Klerman et al., (1984)	Individual and Group IPT รูปแบบของ (Schramm, 2001) มีพื้นฐานจาก Klerman et al., (1984)	Individual and Group IPT รูปแบบของ (Schramm, 2001) มีพื้นฐานจาก Klerman et al., (1984)	Group IPT รูปแบบของ Fairburn โดยมีพื้นฐานจาก Klerman et al., (1984)	Group IPT ตามคู่มือของ Wilfley et al., (2000)
ประเภทผู้ป่วย	บุคคลในชุมชนที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า	บุคคลในชุมชนที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า	ผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้ารุนแรง	ผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเรื้อรัง	ผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้ารุนแรง	ผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้ารุนแรง	ผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้ารุนแรง
ระดับอาการซึมเศร้า	เล็กน้อย-รุนแรง	เล็กน้อย-รุนแรง	ปานกลาง-รุนแรง	ปานกลาง-รุนแรง	ปานกลาง-รุนแรง	ปานกลาง-รุนแรง	ปานกลาง-รุนแรง

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1		เรื่องที่ 2			เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4
	ฉบับที่ 1	ฉบับที่ 2	ฉบับที่ 1	ฉบับที่ 2	ฉบับที่ 3		
ได้รับยาต้านเศร้า	ไม่ได้รับ	-	ได้รับยาต้านเศร้า Sertraline 90.2 mg/day, Amitriptyline 175.43 mg/day	ได้รับยาต้านเศร้า Sertraline 80.2 mg/day, Amitriptyline 160.8 mg/day	ได้รับยาต้านเศร้า Sertraline 90.2 mg/day, Amitriptyline 175.43 mg/day	ได้รับยาต้านเศร้า Tricyclics	รับประทาน -
จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (คน)	248	248	124	45	124	14	8
กลุ่มทดลอง (คน)	116	116	63	24	63	7	8
กลุ่มควบคุม (คน)	132	132	61	21	61	7	ไม่มีกลุ่มควบคุม
drop out (คน)	24	8	24	8	24	0	0
ระยะเวลาในการบำบัดและจำนวนครั้งในการบำบัด	ใช้ระยะเวลา บำบัด 4 เดือน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ทั้งหมด 16 ครั้ง	ใช้ระยะเวลา บำบัด 4 เดือน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ทั้งหมด 16 ครั้ง	บำบัดแบบ รายบุคคลสัปดาห์ละ 3 ครั้งละ 50 นาที เฉลี่ยบำบัด แบบรายบุคคล ระหว่าง 4-15 ครั้ง ตามด้วยการบำบัดแบบกลุ่ม 8 ครั้ง	บำบัดแบบ รายบุคคลสัปดาห์ละ 3 ครั้งละ 50 นาที เฉลี่ยบำบัด แบบรายบุคคล ระหว่าง 4-15 ครั้ง ตามด้วยการบำบัดแบบกลุ่ม 8 ครั้ง	บำบัดแบบ รายบุคคลสัปดาห์ละ 3 ครั้งละ 50 นาที เฉลี่ยบำบัด แบบรายบุคคล ระหว่าง 4-15 ครั้ง ตามด้วยการบำบัดแบบกลุ่ม 8 ครั้ง	ใช้ระยะเวลา บำบัด ประมาณ 4 เดือน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ทั้งหมด 18 ครั้ง	ใช้ระยะเวลา บำบัด ประมาณ 4 เดือน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ทั้งหมด 14 ครั้ง

หัวข้อเรื่อง	เรื่องที่ 1		เรื่องที่ 2			เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4
	ฉบับที่ 1	ฉบับที่ 2	ฉบับที่ 1	ฉบับที่ 2	ฉบับที่ 3		
ระยะเวลาติดตามผลลัพธ์	2 สัปดาห์ หลังจบการ บำบัด	6 เดือน หลังจบการบำบัด	ในสัปดาห์ที่ 5 หลังจากเริ่มทำ การบำบัด และ 3, 12 เดือนหลังจบ การบำบัด	ในสัปดาห์ที่ 5 หลังจากเริ่มทำ บำบัด และ 3, 12 เดือนหลังจบการ บำบัด	5 ปี หลังจบการบำบัด	ช่วงกลางของการ บำบัด, 1 สัปดาห์, 3, 6 เดือนหลังจบ การบำบัด	หลังจบกลุ่มครั้งที่ 7 (ช่วงกลาง) หลัง จบกลุ่มครั้งที่ สุดท้าย และ 4 เดือน นับจาก เริ่มทำกลุ่ม
เครื่องมือวัดผลลัพธ์ 1. Hopkins Symptom Checklist (HSCL)	✓	✓	-	-	-	-	-
2. Individual functional impairment	✓	✓	-	-	-	-	-
3. Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D, HRSD)	-	-	✓	✓	✓	✓	-
4. Beck Depression Inventory (BDI)	-	-	✓	✓	✓	-	✓
5. Global Assessment of Functioning Scale (GAF)	-	-	✓	✓	✓	-	-

สรุปประเด็นจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าที่สืบค้นมาได้ ทั้งหมด 4 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ออกแบบ Randomized Controlled trial 2 เรื่อง (ตีพิมพ์เผยแพร่ 5 ฉบับ) Matched-Control Design ที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 1 เรื่อง และ One Group pre-post test Design 1 เรื่อง พบว่าจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลแบบกลุ่มนั้นเป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีโครงสร้างและกำหนดระยะเวลาการบำบัดที่แน่นอน มีคู่มือที่บอกรายละเอียดในการบำบัดชัดเจน ใช้บำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงและโรคซึมเศร้าเรื้อรัง ที่มีสาเหตุจากปัญหาสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่งหรือมากกว่าใน 4 ด้าน คือ 1) ความเศร้าโศกเสียใจจากการสูญเสียบุคคลสำคัญ 2) การขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม และ 4) การบกพร่องทางด้านสัมพันธ์ทางกับบุคคลอื่น เมื่อปัญหาสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลได้รับการแก้ไขอาการซึมเศร้าจะลดลง อย่างไรก็ตามการทำจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายังมีแนวทางที่แตกต่างกันบ้าง ผู้ศึกษาจึงสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

1. จิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลแบบกลุ่ม (IPT-G) มีการนำไปใช้หลากหลายจากการศึกษาพบว่าการนำ IPT-G ไปใช้บำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน (Community-Based IPT-G) (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III) และนำไปใช้กับผู้ป่วยในคลินิก (Clinical-Based IPT-G) การนำไปใช้ในคลินิกนั้นยังแบ่งรูปแบบการบำบัดที่เป็นแบบ Intensive Interpersonal Psychotherapy (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III; Zobel et al., 2011: Level III) และแบบ Interpersonal Psychotherapy-Group (IPT-G) (Mackenzie & Grabovac, 2001: Level V; Levkovitz et al., 2000: Level V) ซึ่งจะเลือกใช้รูปแบบการบำบัดใดขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้าและระยะของการดำเนินโรค

Community-Based IPT-G เป็นการบำบัดที่เหมาะสมกับบุคคลที่อยู่ในชุมชนที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า และยังไม่เคยรับประทานยาต้านเศร้า มีอาการซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง ผู้รับการบำบัดนั้นมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ปราศจากอาการทางจิตและไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III)

Intensive Interpersonal Psychotherapy การบำบัดนั้นเหมาะกับผู้ป่วยที่อยู่ในคลินิก ใช้บำบัดผู้ป่วยอายุระหว่าง 18-65 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV โดยมีความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน จากการวัดด้วยแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฉียบพลัน (Acute phase) ผู้บำบัดต้องไม่มีประวัติเป็น Bipolar I หรือคิดสารเสพติด ไม่เป็นโรคจิตจากปัญหาทางสมอง ไม่มีอาการทางจิตเวช

หรือมีการสูญเสียการรู้คิดอย่างรุนแรง ไม่มีปัญหาเรื่องการรับประทานยา ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง และไม่เป็นโรคบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่งหรือบุคลิกที่ต่อต้านสังคม (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III; Zobel et al., 2011: Level III)

Interpersonal Psychotherapy-Group (IPT-G) เป็นการบำบัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่อยู่ในคลินิกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV อาการซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงจากการวัดด้วยแบบประเมิน HRSD (Levkovitz et al., 2000: Level V; Mackenzie et al., 2001: Level V) เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฉียบพลัน (Acute phase) (Mackenzie et al., 2001: Level V) หรือผู้ป่วยที่มีการตอบสนองต่อยาต้านเศร้าในระยะเฉียบพลันมาแล้ว โดยผู้ป่วยที่มีการตอบสนองต่อยาต้านเศร้าเมื่อจบการรักษาในระยะเฉียบพลัน พิจารณาจากค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการซึมเศร้าดีขึ้น 40-50% จากการวัดด้วยแบบประเมิน HAM-D (Levkovitz et al., 2000: Level V) อายุระหว่าง 18-65 ปี มีลักษณะปัญหาสัมพันธภาพ 1 ใน 4 อย่างตามหลักเกณฑ์ของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ไม่มีความทุกข์จากการเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรง (Levkovitz et al., 2000: Level V) ปราศจากอาการทางจิต ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง ไม่คิดแอลกอฮอล์/สารเสพติด (Levkovitz et al., 2000: Level V; Mackenzie et al., 2001: Level V) ไม่มีลักษณะของโรคบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (Mackenzie et al., 2001: Level V)

2. จากการศึกษาในชุมชนของประเทศอุกันดาที่เกิดการระบาดของโรคเอดส์/ HIV และส่งผลให้ประชาชนเกิดโรคซึมเศร้าจำนวนมาก ซึ่งสาเหตุเกิดจากการมีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้แก่ การสูญเสียบุคคลสำคัญ การเปลี่ยนแปลงบทบาทในชีวิต และมีความขัดแย้งกันภายในครอบครัว พบว่าการใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มสามารถลดค่าใช้จ่ายในการพบจิตแพทย์ซึ่งมีจำนวนน้อยและขาดแคลน และลดอัตราการใช้จ่ายด้านเศร้าซึ่งมีราคาแพง แต่ต้องมีการฝึกฝนผู้นำการบำบัดแบบเป็นกลุ่มให้มีความเชี่ยวชาญ ซึ่งพบว่าผู้เข้ารับการบำบัดสามารถลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่จำเป็นต้องใช้ยาต้านเศร้า ทั้งนี้งานวิจัยแต่ละเรื่องจะไม่นำผู้ที่กำลังมีความคิดทำร้ายตนเองเข้ารับการบำบัด แต่จะส่งพบจิตแพทย์และอาจนำเข้ารับการบำบัดในภายหลังหากไม่พบว่ามีความคิดทำร้ายตัวเองแล้ว นอกจากนั้นในรายงานวิจัยกล่าวว่าการศึกษาในกลุ่มมีอายุใกล้เคียงกันจะทำให้การบำบัดนั้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III)

3. สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในคลินิก พบว่าการทำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดเมื่อผู้ป่วยได้รับยาต้านเศร้าควบคู่ไปกับการทำจิตบำบัด จากการศึกษาพบว่ายาต้านเศร้าที่นำมาใช้กับผู้ป่วยอันดับแรก คือ sertraline เมื่อผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองต่อยา sertraline จะเลือกใช้ยา amitriptyline หรือ amitriptyline-N-oxide ค่าเฉลี่ยรวม

สุดท้ายที่ใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงของยา sertraline คือ 90.2 mg/day และค่าเฉลี่ยรวมสุดท้ายของยา amitriptyline หรือ amitriptyline-N-oxide คือ 175.43 mg/day (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III; Zobel et al., 2011: Level III) สำหรับโรคซึมเศร้าเรื้อรังค่าเฉลี่ยรวมสุดท้ายของยา sertraline คือ 80.2 mg/day และค่าเฉลี่ยรวมสุดท้ายของยา amitriptyline หรือ amitriptyline-N-oxide คือ 160.8 mg/day และยังใช้ยาช่วยเป็น lorazepam (max.3mg) หรือ oxazepam (max.30mg) ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม benzodiazepine (Schramm et al., 2008: Level III)

4. Community-Based IPT-G การบำบัดนั้นจะทำการบำบัดในชุมชน โดยทำการบำบัดทั้งหมด 16 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สมาชิกกลุ่มละ 5- 8 คน สมาชิกที่ได้รับการบำบัดในแต่ละกลุ่มเป็นเพศเดียวกันทั้งหมด ช่วงแรกของการบำบัดผู้บำบัดจะวินิจฉัยอาการซึมเศร้าและค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นในปัจจุบันของผู้เข้ารับการบำบัดกับการเกิดอาการซึมเศร้าในปัจจุบันรวมทั้งระบุปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่งหรือมากกว่า 1 ด้าน ใน 4 ด้านดังนี้ 1) ปัญหาการสูญเสียบุคคลสำคัญ 2) ปัญหาการเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม 3) ปัญหาการขัดแย้งระหว่างบุคคล 4) ปัญหาการบกพร่องทางด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ที่กระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า และอธิบายให้ผู้เข้ารับการบำบัดเข้าใจ ในการบำบัดแต่ละครั้งผู้บำบัดจะทบทวนและประเมินอาการของโรคซึมเศร้าของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน และเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยเชื่อมโยงสถานการณ์ทางบวกและทางลบต่ออารมณ์ซึมเศร้าในปัจจุบัน หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มจะกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มประคับประคอง และให้คำแนะนำซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองและสมาชิกด้วยกันภายในกลุ่ม ผู้ทำการบำบัดนั้นควรมีการฝึกอบรมจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบเข้มข้นอย่างน้อย 2 สัปดาห์ (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III)

5. Intensive Interpersonal Psychotherapy เป็นการบำบัดจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบเข้มข้น ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดบำบัดรวมกับการรักษาด้วยยาควบคู่กันไป รูปแบบการบำบัดนี้ได้ปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยวิธีการบำบัดนั้นจะทำการบำบัดแบบรายบุคคลรวมกับการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวทางของ Schramm, 2001 ซึ่งพัฒนาจาก Klerman et al. (1984) โดยบำบัดรายบุคคล 15 ครั้ง ครั้งละประมาณ 50 นาที หลังจากนั้นเพิ่มการบำบัดแบบกลุ่มอีก 8 ครั้ง สำหรับโรคซึมเศร้ารุนแรงเฉลี่ยการบำบัดเป็นแบบรายบุคคล 12.8 ครั้ง (SD=2.75; ระหว่าง: 4-15) เพิ่มการบำบัดแบบกลุ่มอีก 8 ครั้ง (Schramm et al., 2007; Level III; Zobel et al., 2011: Level III) และโรคซึมเศร้าเรื้อรังเฉลี่ยบำบัดเป็นแบบรายบุคคล 11.54 ครั้ง (SD, 3.43; range: 4-15) เพิ่มการบำบัดแบบกลุ่มอีก 8 ครั้ง (Schramm et al., 2008: Level III) เหมาะกับผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าทั้งโรคซึมเศร้ารุนแรงและซึมเศร้าเรื้อรังที่มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง และเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฉียบพลัน

6. Interpersonal Psychotherapy-Group (IPT-G) เป็นการทำกลุ่มจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตามรูปแบบของ Fairburn โดยมีพื้นฐานจาก Klerman et al. (1984) โดยทำจิตบำบัดกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที รวมทั้งหมด 14-18 ครั้ง เหมาะที่จะนำมาใช้บำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในโรงพยาบาลที่อยู่ในระยะเฉียบพลันและผู้ป่วยที่มีการตอบสนองต่อยาต้านเศร้าในระยะเฉียบพลันมาแล้ว วิธีการบำบัดนั้นจะแบ่งการทำกลุ่มออกเป็น 3 ระยะ **ระยะที่ 1** (initial session) บำบัดครั้งที่ 1-6 สมาชิกกลุ่มจะพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาและการเผชิญปัญหาของการเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมทั้งค้นหาและระบุว่าปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลใดที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า เชื่อมโยงให้เห็นปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับการเกิดอาการซึมเศร้า และกำหนดเป้าหมายของการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล **ระยะที่ 2** (middle session) บำบัดครั้งที่ 7-12 เป็นระยะการแก้ไขปัญหา มุ่งเน้นการแก้ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ปัญหาที่คล้ายๆ กันในปัญหาแบบเดียวกันจะปรากฏออกมาตามที่สมาชิกกลุ่มระบุไว้ **ระยะที่ 3** (final session) บำบัดครั้งที่ 13-18 เป็นระยะท้าย การทำกลุ่มจะเป็นการช่วยเหลือ สนับสนุนสมาชิกในกลุ่ม ให้ระลึกถึงประโยชน์และดำรงผลลัพธ์จากการบำบัด และพัฒนาวิธีที่จะเผชิญกับอาการซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Mackenzie & Grabovac, 2001: Level V; Levkovitz et al., 2000: Level V)

7. ในส่วนของการประเมินผลพบว่าผลลัพธ์หลักคืออาการซึมเศร้า (depressive symptoms) และผลลัพธ์รองคือการทำหน้าที่ (functioning) โดยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของการบำบัดมีความแตกต่างกันตามแหล่งที่มีการบำบัด

การบำบัดในชุมชน ใช้เครื่องมือ Hopkins Symptom Checklist (HSCL) ประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และ Individual functional impairment เป็นเครื่องมือประเมินความบกพร่องในการทำหน้าที่ของบุคคล (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III)

การบำบัดในคลินิกเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์หลัก ได้แก่ Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) หรือ HRDS จากงานวิจัยพบว่าเป็นแบบประเมินที่เลือกใช้เป็นอันดับแรกในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และ Beck Depression Inventory (BDI) เป็นแบบประเมินที่เลือกใช้เป็นอันดับที่สอง สำหรับแบบประเมินการทำหน้าที่ ใช้ Global Assessment of Functioning Scale (GAF; Endicott et al., 1976) การประเมินผลลัพธ์นั้นเป็นการประเมินความก้าวหน้าของการดำเนินโรค ทำในสัปดาห์ที่ 5 หลังจากเริ่มทำการรักษา (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III) โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

การตอบสนองต่อการบำบัด (Response) พิจารณาจากอาการซึมเศร้าลดลง 50% หรือมากกว่าเมื่อประเมินด้วยแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression

การปราศจากอาการ (remission) พิจารณาจากการใช้เกณฑ์เท่ากับ 7 คะแนนหรือน้อยกว่าจากการประเมินด้วยแบบประเมินเดียวกัน

อาการกำเริบ (relapsed) พิจารณาจากการใช้เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนนจากการประเมินด้วยแบบประเมินเดียวกัน ร่วมกับมีอาการทางจิตมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนนจากการประเมินด้วย Psychiatric Status Ratings (PSRs) อย่างน้อย 2 สัปดาห์ ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้มีการตอบสนองต่อการบำบัดหรือปราศจากอาการซึมเศร้ามาแล้วระยะเวลาหนึ่ง

8. เมื่อพิจารณารูปแบบการบำบัดทั้ง Community-Based IPT- G และแบบ Clinical-Based IPT-G ซึ่งยังแบ่งเป็น Intensive Interpersonal Psychotherapy และแบบ Interpersonal Psychotherapy-Group พบว่าสามารถนำไปใช้ได้กับบุคคลที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III) ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง และเป็นทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงและโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Mackenzie et al., 2001: Level V; Levkovitz et al., 2000: Level V; Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III; Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III; Zobel et al., 2011: Level III) และยังใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติ trauma ตั้งแต่วัยเด็ก (Zobel et al., 2011: Level III) ซึ่งพบว่าทุกรูปแบบนั้นสามารถลดอาการของโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว มีงานวิจัยหนึ่งเรื่องที่ทำการศึกษาติดตามผลเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่ามีความคงอยู่ของการหายจากอาการของโรคซึมเศร้านาน 6 เดือน (Levkovitz et al., 2000: Level V) งานวิจัยอีกหนึ่งเรื่องหนึ่งเมื่อติดตามผลเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่ามีความคงอยู่ของการหายจากอาการของโรคซึมเศร้านาน 3 เดือน และเมื่อติดตามระยะเวลา 12 เดือนยังคงพบว่ามีความคงอยู่ของการหายจากอาการของโรคซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (Schramm et al., 2008: Level III) และงานวิจัยเรื่องหนึ่งที่ทำการศึกษาติดตามผลเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่ามีความคงอยู่ของการหายจากอาการของโรคซึมเศร้านาน 3, 12 เดือน (Schramm et al., 2007: Level III) หลังจากนั้นก็มีงานวิจัยอีกหนึ่งเรื่องที่วัดประสิทธิภาพของการบำบัดในระยะยาวพบว่าการทำจิตบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยยาทำให้การหายจากอาการของโรคซึมเศร้าวคงอยู่ได้นาน 5 ปี ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติ trauma ตั้งแต่วัยเด็กนั้นพบว่าสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ดีเมื่อวัดผลในระยะยาว (Zobel et al., 2011: Level III)

จากการศึกษาจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มนั้นมีการนำไปใช้หลากหลาย ซึ่งจะเลือกใช้รูปแบบการบำบัดแบบใดขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งทุกรูปแบบสามารถลดอาการของโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความคงอยู่ของการหายได้ในระยะยาว สามารถบำบัดผู้ป่วยในครั้งเดียวกันได้หลายคน ทำให้เกิดความคุ้มค่าในการลงทุน ลดค่าใช้จ่ายในการพบแพทย์เฉพาะทางจิตเวช ซึ่งมีจำนวนน้อยมากและลดค่าใช้จ่ายในการใช้ยาต้านเศร้า แต่ต้องมีการฝึกฝนผู้นำกลุ่มให้มีความเชี่ยวชาญ

3.4 ข้อเสนอแนะ (Recommendations) ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้

หลังจากอ่านบททบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 7 เรื่อง พบว่าจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มสามารถใช้ลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีปัญหาเกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จึงมีข้อเสนอแนะ (Recommendations) ในการนำกลุ่มจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1. จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based IPT-G)

เป็นการบำบัดที่เหมาะสมกับบุคคลที่อยู่ในชุมชนที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า และยังไม่เคยรับประทานยาต้านเศร้า (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III)

1.1 คุณสมบัติของผู้เข้ารับการบำบัด

1.1.1 บุคคลที่ผ่านการคัดกรองในชุมชนด้วยแบบประเมิน Hopkins Symptom Checklist (HSCL) ว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าตั้งแต่ซึมเศร้าเล็กน้อย (subsyndromal Depression) จนเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III)

1.1.2 อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III)

1.1.3 ปราศจากอาการทางจิตและไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III)

1.2 คุณสมบัติของผู้บำบัด

บุคคลที่ผ่านการฝึกอบรมจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบเข้มข้นอย่างน้อย 2 สัปดาห์ (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III)

1.3 สถานที่ที่ใช้ในการบำบัด

ศูนย์กลางของชุมชน, โบสถ์, วัดในชุมชน (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III)

1.4 ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการบำบัด

ระยะเวลาการบำบัดทั้งหมด 4 เดือน โดยบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที รวมทั้งหมด 16 ครั้ง (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III)

1.5 วิธีการบำบัด

ทำการบำบัดแบบเป็นกลุ่มๆ ละ 5- 8 คน สมาชิกที่ได้รับการบำบัดในแต่ละกลุ่มเป็นเพศเดียวกันทั้งหมด ช่วงแรกของการบำบัดผู้บำบัดจะวินิจฉัยอาการซึมเศร้าและค้นหา

ความสัมพันธ์ ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นในปัจจุบันของผู้เข้ารับการบำบัดกับการเกิดอาการซึมเศร้าในปัจจุบัน รวมทั้งระบุปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่งหรือมากกว่า 1 ด้านใน 4 ด้านดังนี้ 1) ปัญหาการสูญเสียบุคคลสำคัญ 2) ปัญหาการเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม 3) ปัญหาการจัดแย้งระหว่างบุคคล 4) ปัญหาการบกพร่องทางด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ที่กระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า และอธิบายให้ผู้เข้ารับการบำบัดเข้าใจ ในการบำบัดแต่ละครั้งผู้บำบัดจะทบทวนและประเมินอาการของโรคซึมเศร้าของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน และเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยเชื่อมโยงสถานการณ์ทางบวกและทางลบต่ออารมณ์ซึมเศร้าในปัจจุบัน หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มจะกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มประคับประคอง และให้คำแนะนำซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองและสมาชิกด้วยกันภายในกลุ่ม (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III)

1.6 การประเมินผลลัพธ์

ผลลัพธ์หลักคืออาการซึมเศร้า (depressive symptoms) ใช้แบบประเมิน Hopkins Symptom Checklist (HSCL; Derogatis et al, 1974) และผลลัพธ์รองคือการทำหน้าที่ (functioning) ใช้แบบประเมิน Individual functional impairment โดยมีการติดตามประเมินผลหลังจบการบำบัด 2 สัปดาห์ และอาจติดตามประเมินผลลัพธ์หลังจบการบำบัด 6 เดือน

2. จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มโดยใช้คลินิกเป็นฐาน (Clinical-Based IPT-G)

การบำบัดนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในคลินิกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแล้ว และได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าร่วมด้วย โดยรูปแบบการบำบัดนั้นประยุกต์มาจาก Klerman et al. (1984) ซึ่งพบว่ามีการทำ IPT-G ต่างกันเป็นสองรูปแบบ ดังนี้

2.1 Intensive Interpersonal Psychotherapy

เป็นการทำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบเข้มข้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการทำจิตบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยยาควบคู่กันไป รูปแบบการบำบัดนี้ได้ปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยวิธีการบำบัดนั้นจะทำการบำบัดแบบรายบุคคลร่วมกับการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวทางของ Schramm, 2001 ซึ่งพัฒนาจาก Klerman et al. (1984) เหมาะกับผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า ทั้งโรคซึมเศร้ารุนแรงและซึมเศร้าเรื้อรังที่มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง

2.1.1 คุณสมบัติของผู้เข้ารับการบำบัด

2.1.1.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV โดยมีความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน จากการวัดด้วยแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III; Zobel et al., 2011: Level III)

2.1.1.2 อายุระหว่าง 18-65 ปี (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III; Zobel et al., 2011: Level III)

2.1.1.3 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฉียบพลัน (Acute phase) ที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III)

2.1.1.4 ไม่มีประวัติเป็น Bipolar I หรือคิดสารเสพติด ไม่เป็นโรคจิตจากปัญหาทางสมอง ไม่มีอาการทางจิตเวชหรือมีการสูญเสียการรู้คิดอย่างรุนแรง ไม่มีปัญหาเรื่องการรับประทานยา ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง และไม่เป็โรคบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่งหรือบุคลิกที่ต่อต้านสังคม (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III; Zobel et al., 2011: Level III)

2.1.2 คุณสมบัติของผู้บำบัด

ผู้ทำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นจิตแพทย์ นักจิตบำบัดในคลินิก วิชาชีพทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่ผ่านการฝึกโปรแกรมจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญ (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III)

2.1.3 สถานที่ที่ใช้ในการบำบัด

แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III; Zobel et al., 2011: Level III)

2.1.4 ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการบำบัด

ระยะเวลาการบำบัดแบบรายบุคคลทั้งหมด 5 สัปดาห์ โดยบำบัดสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 50 นาที เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นก็จะหยุดการบำบัดแบบรายบุคคล การบำบัดเป็นแบบรายบุคคล อยู่ระหว่าง 4-15 ครั้ง รวมทั้งหมดแล้วไม่เกิน 15 ครั้ง หลังจากนั้นตามด้วยการบำบัดแบบกลุ่มอีก 8 ครั้ง (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III)

2.1.5 วิธีการบำบัด

วิธีการบำบัดนั้นจะทำการบำบัดแบบรายบุคคลรวมกับการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวทางของ Schramm, 2001 ซึ่งพัฒนาจาก Klerman et al. (1984) การบำบัดนั้นเริ่มในช่วง Acute phase โดยจะเริ่มแบบรายบุคคลก่อนแล้วตามด้วยการบำบัดแบบกลุ่มอีก 8 ครั้ง มีการนำบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมบำบัดด้วยในบาง session เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ผู้เข้ารับการบำบัดทั้งสองกลุ่มจะได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาต้านเศร้า ซึ่งยาด้านเศร้าที่เลือกใช้เป็นอันดับแรกคือ sertraline เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยา sertraline จะเลือกใช้ยา amitriptyline ซึ่งให้ตามแนวทางการบำบัดมาตรฐาน (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III)

2.2 Interpersonal Psychotherapy-Group (IPT-G)

เป็นการทำกลุ่มจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตามรูปแบบของ Fairburn โดยมีพื้นฐานจาก Klerman et al. (1984) เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในโรงพยาบาล เหมาะที่จะนำมาใช้บำบัดผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฉียบพลันและผู้ป่วยที่มีการตอบสนองต่อยาต้านเศร้าในระยะเฉียบพลันมาแล้ว

2.2.1 คุณสมบัติของผู้เข้ารับการบำบัด

2.2.1.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV อาการซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงจากการวัดด้วยแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (Levkovitz et al., 2000: Level V; Mackenzie et al., 2001: Level V)

2.2.1.2 อายุระหว่าง 18-65 ปี (Levkovitz et al., 2000: Level V)

2.2.1.3 มีลักษณะปัญหาสัมพันธภาพ 1 ใน 4 อย่างตามหลักเกณฑ์ของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Levkovitz et al., 2000: Level V)

2.2.1.4 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฉียบพลัน (Acute phase) (Mackenzie et al., 2001: Level V) หรือผู้ป่วยที่มีการตอบสนองต่อยาต้านเศร้าในระยะเฉียบพลันมาแล้ว (Levkovitz et al., 2000: Level V) โดยผู้ป่วยที่มีการตอบสนองต่อยาต้านเศร้าเมื่อจบการรักษาในระยะเฉียบพลันพิจารณาจากค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการซึมเศร้าดีขึ้น 40-50% จากการวัดด้วยแบบประเมิน Hamilton Depression Rating Scale (Levkovitz et al., 2000: Level V)

2.2.1.5 ปราศจากอาการทางจิต ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง ไม่ติดแอลกอฮอล์/สารเสพติด (Levkovitz et al., 2000: Level V; Mackenzie et al., 2001: Level V)

2.2.1.6 ไม่มีลักษณะของโรคบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (Mackenzie et al., 2001: Level V)

2.2.1.7 ไม่มีความทุกข์จากการเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรง (Levkovitz et al., 2000: Level V)

2.2.2 คุณสมบัติของผู้บำบัด

ผู้นำกลุ่มเป็นวิชาชีพทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการทำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม และมีความรู้ประกอบกรบำบัด (Mackenzie et al., 2001: Level V)

2.2.3 สถานที่ที่ใช้ในการบำบัด

แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช (Levkovitz et al., 2000: Level V) หรือ คลินิกโรคทางอารมณ์ของโรงพยาบาลตติยภูมิ (Mackenzie et al., 2001: Level V)

2.2.4 ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการบำบัด

ระยะเวลาการบำบัดทั้งหมดประมาณ 4 เดือน โดยบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที รวมทั้งหมด 14-18 ครั้ง

2.2.5 วิธีการบำบัด

แบ่งการทำกลุ่มออกเป็น 3 ระยะตามรูปแบบของ Fairburn โดยมีพื้นฐานจากแนวทางการบำบัดของ Klerman et al., (1984)

ระยะที่ 1 (initial session) บำบัดครั้งที่ 1-6 สมาชิกกลุ่มจะพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาและการเผชิญปัญหาของการเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมทั้งค้นหาและระบุว่ามีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลใดที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า เชื่อมโยงให้เห็นปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับการเกิดอาการซึมเศร้า และกำหนดเป้าหมายของการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ระยะที่ 2 (middle session) บำบัดครั้งที่ 7-12 เป็นระยะการแก้ไขปัญหามุ่งเน้นการแก้ปัญหามุมสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ปัญหาที่คล้ายๆ กันในปัญหาแบบเดียวกันจะปรากฏออกมาตามที่สมาชิกกลุ่มระบุไว้

ระยะที่ 3 (final session) บำบัดครั้งที่ 13-18 เป็นระยะท้ายการทำกลุ่มจะเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนสมาชิกในกลุ่มให้ระลึกถึงประโยชน์และดำรงผลลัพธ์จากการบำบัด และพัฒนาวิธีที่จะเผชิญกับอาการซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

2.3 การประเมินผลลัพธ์

ผลลัพธ์หลักคืออาการซึมเศร้า (depressive symptoms) ผลลัพธ์รองคือการทำงานที่ (functioning)

การประเมินผลลัพธ์หลักใช้แบบประเมินดังนี้

1. Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) หรือ HRDS

(Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III; Zobel et al., 2011: Level III; Levkovitz et al., 2000: Level V) เป็นแบบวัดมาตรฐานที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และติดตามผลการรักษา เนื่องจากมีความเที่ยงตรงและมีค่าความเชื่อมั่นที่ดี เชื่อถือได้ สามารถจำแนกระหว่างผู้ที่มีอาการและไม่มีอาการได้ดี รวมทั้งมีความไวในการวัดการเปลี่ยนแปลงอาการ มี 17 ข้อคำถาม ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV ข้อคำถามในแต่ละข้อได้แบ่งคะแนนของความรุนแรงของอาการออกเป็นตั้งแต่ 0-2 หรือ 0-4 ระดับในบางอาการอาจมีความลำบากในการได้ข้อมูลจากผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ในกรณีดังกล่าวถ้าปรากฏอาการชัดเจนให้คะแนนเท่ากับ 2 ถ้าไม่มีอาการให้คะแนนเท่ากับ 0 ถ้าไม่แน่ใจหรือสงสัยให้คะแนนเท่ากับ 1

คะแนนสูงสุดของ HAM-D คือ 52 คะแนน ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้ามีคะแนนตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไป ถ้าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 30 ถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงมาก

2. Beck Depression Inventory (BDI) (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III; Zobel et al., 2011: Level III; Mackenzie & Grabovac, 2001: Level V) เป็นแบบประเมินที่เลือกใช้เป็นอันดับที่สอง เป็นแบบวัดอาการซึมเศร้าของเบค มีทั้งหมด 21 ข้อ แบบประเมิน 15 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ในแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็นระดับคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน ตามความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ซึ่งช่วงคะแนนทั้งหมดที่วัดได้มีค่า 0-63 คะแนน แบ่งระดับอาการซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

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

การประเมินผลลัพธ์รองใช้แบบประเมินดังนี้

3. Global Assessment of Functioning Scale (GAF; Endicott et al., 1976) (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III; Zobel et al., 2011: Level III) เป็นเครื่องมือประเมินการทำงานที่โดยรวม โดยถือว่าความเจ็บป่วยทางจิตใจส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทางด้านจิตใจ สังคม และหน้าที่การงาน ทั้งนี้การประเมินจะไม่รวมถึงความบกพร่องซึ่งเกิดจากข้อจำกัดจากสภาพร่างกายหรือสิ่งแวดล้อม ได้แบ่งคะแนนตามระดับอาการ ดังนี้ ถ้าไม่มีข้อมูลเพียงพอ (0 คะแนน) ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นรุนแรงตลอดเวลา (1-10 คะแนน) ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นบ้าง (11-20 คะแนน) มีพฤติกรรมที่ได้รับผลกระทบชัดเจนจากความคิดหลงผิด (21-30 คะแนน) มีความบกพร่องในการรับรู้ความจริง (31-40 คะแนน) อาการรุนแรง มีความคิดฆ่าตัวตาย ย้ำคิดย้ำทำรุนแรง มีความบกพร่องรุนแรงในหน้าที่ทางสังคม (41-50 คะแนน) มีอาการทางจิตใจปานกลาง เช่น ไร้อารมณ์ วิตกกังวลรุนแรงเป็นครั้งคราว (51-60 คะแนน) มีอาการทางจิตใจเล็กน้อย เช่น อารมณ์ซึมเศร้าและนอนไม่หลับเล็กน้อย (61-70 คะแนน) มีอาการทางจิตใจเป็นครั้งคราว เช่น สมาธิไม่ดี หลงพะเลาะกับคนในครอบครัว (71-80 คะแนน) ไม่มีอาการผิดปกติทางจิตใจหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย เช่น วิตกกังวลเล็กน้อยก่อนสอบ (81-90 คะแนน) ทำหน้าที่ได้ดีสูงสุดในกิจกรรมต่างๆ สามารถจัดการกับปัญหาทั่วไปในชีวิตได้ (91-100 คะแนน)

2.4 ระยะการติดตามประเมินผล

เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการบำบัดและความคงอยู่ของการหาย ทำการประเมิน โดยใช้แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression โดยใช้เกณฑ์การประเมิน 7 คะแนนหรือน้อยกว่า โดยประเมินภายในสัปดาห์ที่ 5 หลังการบำบัด, หลังจบการบำบัดทันที และวัดติดตามหลังจบการบำบัด 3, 12 เดือน (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III)



บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการใช้การบำบัดโดยใช้จิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลแบบกลุ่มเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ศึกษาได้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบการสืบค้นตาม PICO (Crainig & Smyth, 2001) เพื่อให้ได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น คือ “Depressive Disorders” OR Depression OR “Depressive Symptoms” AND “Group Interpersonal Psychotherapy” โดยสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่างๆ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์รวมทั้ง 7 เรื่อง ซึ่งมาจากงานวิจัย 4 เรื่อง เป็นโครงการวิจัยแบบ Randomized Controlled trial 2 เรื่อง (ตีพิมพ์เผยแพร่ 5 ฉบับ) เป็นงาน Matched - Control Design ที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 1 เรื่อง และเป็นงาน One Group pre-post test 1 เรื่อง หลังจากนั้นนำหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดมาสกัดเนื้อหาแล้วนำมาประเมินคุณภาพและระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นได้ใช้การประเมินใน 3 ด้าน ได้แก่ (1) ความตรงของงานวิจัย (2) สรุปผลการวิจัย และ (3) ความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005) สำหรับระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (strength of evidence) ใช้เกณฑ์การประเมินของ Grace (2009) ตามแบบ Therapy evidence pyramid

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 7 เรื่อง พบว่าการบำบัดโดยใช้จิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลแบบกลุ่มสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข ผู้ศึกษาจึงได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สกัดได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อสรุปเนื้อหาสำคัญใส่ตาราง (Collective table) เพื่อเสนอเป็นข้อแนะนำ (Recommendation) ในการใช้กลุ่มจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยพบว่ารูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพนั้นแบ่งเป็น 2 รูปแบบคือ 1) Community-Based Interpersonal Psychotherapy-Group เป็นจิตบำบัดที่ใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน 2) Clinical-Based Interpersonal Psychotherapy-Group เป็นจิตบำบัดที่นำมาใช้กับผู้ป่วยในคลินิก ซึ่งยังแบ่งเป็น 2.1) Intensive Interpersonal Psychotherapy ที่เหมาะสำหรับการบำบัดผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฉียบพลัน และ 2.2) Interpersonal Psychotherapy-Group (IPT-G) เหมาะสำหรับการบำบัดผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฉียบพลันและผู้ป่วยที่มีการตอบสนองต่อยาต้านเศร้าในระยะเฉียบพลันมาแล้ว

4.1 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติงาน

- 1) ก่อนนำการบำบัดไปใช้ควรมีการพัฒนาคู่มือเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติให้มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย
- 2) ควรนำข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปทำการวิจัยนำร่อง (Pilot study) เพื่อศึกษาผลของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อยืนยันผลการวิจัย และควรขยายกลุ่มประชากรเป้าหมายไปยังผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีโรคร่วมทางกายหรือโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ ด้วย
- 3) รูปแบบการบำบัด IPT-G โดยใช้ชุมชนเป็นฐานเหมาะที่จะใช้ในชุมชนชนบทของประเทศไทย เนื่องจากสอดคล้องกับนโยบายสุขภาพจิตในปัจจุบันที่ให้มีการคัดกรองโรคซึมเศร้าในชุมชน โดยก่อนการบำบัดจะให้ อสม. ที่ผ่านการอบรม คัดกรองอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q ที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต เมื่อมีอาการของโรคซึมเศร้าแล้วส่งต่อให้พยาบาลที่ผ่านการอบรมประเมิน 9Q เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและส่งให้แพทย์วินิจฉัยในรายที่มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง หลังจากนั้นพยาบาลจิตเวชที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับการฝึกอบรม IPT-G แล้วเป็นผู้ทำการบำบัด
- 4) โรงพยาบาลจิตเวชควรจัดให้มีศูนย์กลางการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบ IPT-G โดยนำผู้ป่วยที่กำลังรักษาด้วยยาหรือตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาแล้วจากหอผู้ป่วยต่างๆ เข้ารับการบำบัดแบบเป็นกลุ่มจนกว่าผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- 5) ควรมีการจัดหลักสูตรอบรม IPT แบบเข้มข้นทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มให้กับพยาบาลจิตเวช
- 6) ควรมีการเผยแพร่ผลของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กรด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การประชุมวิชาการ การลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการ เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และพัฒนางานด้านการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป

กลุ่มจิตบำบัดสัมพันธ์ทางประสาทรหว่างบุคคลเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

GROUP INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY TO REDUCE DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS: EVIDENCE-BASED NURSING

วิมล นุชสวาท 5236525 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อัจฉราพร สิริบุญวงศ์, พย.ด.,
อติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, Ph.D. (NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ จากการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทยทุกภาครวม 25 จังหวัดซึ่งเป็นการศึกษาระดับชาติในปี พ.ศ. 2551 ได้ประมาณการว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 1,311,797 คน ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง และจำนวน 181,809 คน ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง (ชรินทร์ กองสุข และคณะ, 2551) โรคซึมเศร้าหากไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยพบว่าร้อยละ 18 ของผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงฆ่าตัวตายสำเร็จ (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

อาการสำคัญของโรคซึมเศร้าคือ อารมณ์เศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย ในผู้ป่วยไทยอาจไม่บอกว่าเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม โดยอารมณ์เศร้าหรือเบื่อหน่ายจะเป็นเกือบทั้งวันและเป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550) นอกจากนี้ยังพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้บุคคลสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years, DALYs) ซึ่งหมายถึงผลรวมของความสูญเสียจาก “การตายก่อนวัยอันควร” (Years of Life Loss-YLL) กับ “การมีชีวิตร่วมกับความบกพร่องทางสุขภาพ” (Year Lost due to Disability-YLD) จากการสำรวจภาระโรคและปัจจัยเสี่ยง

ของประเทศไทย ปี 2547 พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับที่ 4 ของผู้หญิงไทยและเป็นอันดับ 10 ในผู้ชายไทย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) แสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้านอกจากเป็นปัจจัยสำคัญในการเสียชีวิตแล้วคนที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้านั้นมักจะต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการที่เป็นอยู่เป็นระยะเวลานาน (ชรินทร์ กองสุข, 2550) เนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรัง (Nierenberg, Petersen, & Alpert, 2003; สุวดี จันดีระยอม, 2546; Zobel et al., 2011) และมีโอกาสเกิดอาการกำเริบ (Relapse) มากกว่าร้อยละ 90 (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550; Nierenberg et al., 2003; Thase, 2003)

โรคซึมเศร้าหากไม่ได้รับการรักษาจะมีผลกระทบต่อตนเอง สังคมและประเทศชาติ ผลกระทบต่อตนเอง ได้แก่ ปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง และมีผลกระทบที่รุนแรงต่อตนเองคือการฆ่าตัวตายสำเร็จ (อรุณ พยุงธรรม, นิตยาภรณ์ มงคล, สกาวรัตน์ พวงลัดดา และอนงค์นุช ศาโรกร, 2548; ดวงใจ กสาดิกุล, 2542) ซึ่งพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีมากกว่าร้อยละ 70 ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) โดยเมื่อศึกษาถึงปัญหาหรือเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือทำร้ายตนเองของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากภาวะซึมเศร้าเอง รองลงมาคือปัญหาเศรษฐกิจ ยาจน ขัดสน ตกลงงาน ปัญหาโรคทางจิตเวช ปัญหาผิดหวังในความรัก/หึงหวง และปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด (สนาม บินชัย, 2546) ผลกระทบทางด้านสังคม โรคซึมเศร้าทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน และบุคคลอื่นๆ ที่ใกล้ชิด ผลกระทบระดับชาติ โรคซึมเศร้าทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมากมายทั้งทางตรงและทางอ้อม จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อปีมีสูงถึง 43 พันล้านดอลลาร์ ส่วนค่าใช้จ่ายทางอ้อมที่เป็นผลจากความบกพร่องในการทำหน้าที่คิดเป็นร้อยละ 72 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า (Greenberg et al., 1993 อ้างใน รณชัย คงสกนธ์ และอัจฉราพร สิริวิทยวงศ์, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดแบบสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ และเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน (Feijo de Mello, de Jesus Mari, Bacaltchuk, Verdelli & Neugebauer, 2005; Parker, Parker, Brotchie & Stuart, 2006; Sue, Sue, & Sue, 2110) และจากวิถีชีวิตของคนไทยที่อยู่แบบระบบเครือญาติ เน้นเรื่องความสัมพันธ์และความผูกพันระหว่างกัน จึงให้ความสำคัญในเรื่องของสัมพันธ์ภาพ เมื่อมีปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเกิดขึ้นจะทำให้มีความเครียด หรือเมื่อมีความเครียดจะเกิดการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมทำให้รู้สึกสิ้นหวัง ส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าได้ (Choi, 2002; Shen, & Takeuchi, 2001; Yoko, Priya, Virginia, Laura, & Myrna, 2002; Zuess, 2003 อ้างใน

สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่าปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ความเศร้าโศกเสียใจจากการสูญเสียบุคคลสำคัญ 2) การขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม และ 4) การบกพร่องทางด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นมีความเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, นันทิกา ทวิชาชาติ และสมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์, 2551) ดังนั้นการบำบัดแบบจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจึงเป็นทางเลือกในการบำบัดแบบหนึ่งที่เหมาะสมกับสภาพของคนไทยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดที่ใช้รักษาโรคอารมณ์ซึมเศร้า โดย Adolf Meyer และ Harry Stack Sullivan ผู้พัฒนาทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นผู้วางพื้นฐานแนวคิดที่ว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางสังคมมีส่วนสำคัญทำให้เกิดโรคทางจิตเวช จากแนวคิดนี้ Gerald Klerman และ Myrna Weissman ได้นำมาพัฒนาเป็นวิธีการบำบัดรักษา โดยพบว่าปัญหาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคอารมณ์ซึมเศร้า และปัญหาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลยังทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนในการดำเนินของโรคอารมณ์ซึมเศร้า และมีผลต่อการทุเลาของโรคอารมณ์ซึมเศร้า (สุชาติ พหลภาค, 2542) เป้าหมายของการรักษาคือลดอาการของโรคซึมเศร้า โดยผู้รักษาจะพยายามเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเห็นความเกี่ยวข้องระหว่างอาการของโรคซึมเศร้ากับ ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในปัจจุบัน และเมื่อแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นได้ก็จะช่วยให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น วิธีการจะใช้เทคนิคการค้นหาข้อมูล การวิเคราะห์การสื่อสาร การกระตุ้นให้แสดงอารมณ์ที่เกิดขึ้น การแสดงบทบาทสมมติ การแก้ไขปัญหาและการวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจ การมอบหมายงานหรือให้การบ้าน และการใช้ความสัมพันธ์ในการรักษา โดยผู้รักษาจะมีบทบาทในเชิงรุกและคอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย จุดมุ่งหมายของการรักษาคือการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้น ปรับปรุงและเพิ่มทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและทักษะทางสังคม รวมทั้งรูปแบบและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย ลดการแยกตัวจากสังคม และมีแหล่งสนับสนุน ประคับประคองทางสังคมที่ดีขึ้น (พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีรูปแบบการบำบัดที่ชัดเจน มีทั้งการบำบัดแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม โดยเริ่มต้นบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นรายบุคคล สำหรับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ถูกต้อง สมาชิกกลุ่มจะร่วมกันสนับสนุนสมาชิกในกลุ่มด้วยกันในด้านความคิดและความรู้สึกซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ที่มีความทุกข์ใจ

โดยความสำคัญอยู่ที่การเรียนรู้เกี่ยวกับสัมพันธภาพ ผู้นำกลุ่มจะเชื่อมโยงสิ่งที่เกิดขึ้นจากการกระทำในอดีตถึงปัจจุบัน และระหว่างพฤติกรรมที่เกิดขึ้นข้างนอกกับพฤติกรรมในกลุ่ม ซึ่งยาโลม (Yalom, 1970) เป็นบุคคลสำคัญในการพัฒนารูปแบบการบำบัดนี้ (Montgomery, 2002) และผลลัพธ์สำคัญจากการเข้าร่วมบำบัดแบบกลุ่ม ได้แก่ การรู้สึกมีความผูกพันทางใจต่อกัน (group cohesion) การมีความเป็นสากล (universality) เนื่องจากบุคคลมีปัญหาลักษณะคล้ายคลึงกัน และทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดความหวัง (instillation of hope) ภายในกลุ่มจะเกิดสัมพันธภาพและทำให้เกิดลักษณะของการช่วยเหลือ ประคับประคองทางจิตสังคมภายในกลุ่ม (Brabender et al., 2004) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการทำจิตบำบัดแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นั้นพบว่าปัจจัยภายในที่เกิดขึ้นจากการบำบัดจะมีความสำคัญต่อการเกิดผลลัพธ์ที่ยาวนานในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในขณะที่การบำบัดแบบรายบุคคลจะไม่มีสิ่งเหล่านี้ (McDermut et al., 2001)

เมื่อผู้ศึกษาซึ่งเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีธัญญา ได้สัมผัสและทบทวนประวัติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากเวชระเบียนพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดโรคซึมเศร้านั้นมาจากปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่น ความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญ การเสียชีวิตของบุคคลสำคัญ และการเปลี่ยนผ่านบทบาทในชีวิต ซึ่งมีเหตุการณ์กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคซึมเศร้าก่อนมาโรงพยาบาล เช่น การทะเลาะกับบุคคลในครอบครัว การแยกทางกับคู่สมรส การเสียชีวิตของบุคคลสำคัญ ครอบครัวยากจน ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าและการให้สุขภาพจิตศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้าดีขึ้น แต่เมื่อกลับไปบ้านยังมีผู้ป่วยหลายรายที่กลับมารักษาซ้ำเนื่องจากมีความเครียดจากปัญหาสัมพันธภาพเดิม

จะเห็นได้ว่าปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีความสำคัญที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า และสอดคล้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในหน่วยงานที่อาการของโรคซึมเศร้าถูกกระตุ้นด้วยปัญหาเกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไม่ด้านใดก็ด้านหนึ่ง ดังนั้นจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มจึงเหมาะที่จะนำมาใช้ในหน่วยงาน เนื่องจากผลของการบำบัดสามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยได้

1.1 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

แนวทางการใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าควรมีลักษณะเป็นอย่างไร

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ แนวทางการใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.3 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

- 1) พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการใช้กลุ่มจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 2) พยาบาลมีแนวทางในการใช้กลุ่มจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า
- 3) หน่วยงานมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. วิธีดำเนินการศึกษา

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1.1 กรอบการสืบค้น ผู้ศึกษากำหนดกรอบการสืบค้นโดยใช้หลักการของ PICO (PICO Framework) (Craig & Smyth, 2002) ซึ่งต้องมีการกำหนดกลุ่มประชากร หัตถการ/การบำบัด การเปรียบเทียบ และการวัดผลลัพธ์ที่ต้องการ การศึกษาครั้งนี้มีการกำหนด PICO ดังนี้

- P (Population) คือ Patients with Depressive Disorders (ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า)
- I (Intervention) คือ Group Interpersonal Psychotherapy (กลุ่มจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล)
- C (Comparison /intervention) = none (ไม่มีการเปรียบเทียบ)
- O (Outcome) คือ Depressive Symptoms (อาการของโรคซึมเศร้า)

2.1.2 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูล ได้แก่ “Depressive Disorders” OR Depression OR “Depressive Symptoms” AND “Group Interpersonal Psychotherapy”

2.1.3 ขอบเขตการสืบค้น ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากระบบฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้

1. สืบค้นจากฐานข้อมูล Electronic

- 1.1 ฐานข้อมูลที่รวบรวม Systematic review ได้แก่ Cochrane Library
- 1.2 จากฐานข้อมูลอื่นๆ ที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ CINAHL, Blackwell Synergy, PubMed, SpringerLink, Wiley Online Library, Science-Direct, HighWire Press

2. Hand search

- 2.1 เอกสารอ้างอิงจากบทความต่างๆ วิทยานิพนธ์ตามห้องสมุดของสถาบันต่างๆ ในประเทศไทย

2.1.4 เกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษาวิจัยในเรื่องของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ อายุ 18-65 ปี ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ ค.ศ. 2000 ถึงปัจจุบัน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษและเป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

2.2 วิธีการใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2.1 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้มาสกัดเนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงในตารางประกอบด้วย วัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มตัวอย่าง สถานที่เก็บข้อมูล ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของหลักฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษารูปแบบการบำบัด วิธีการดำเนินการวิจัย และผลการศึกษาวิจัย หลังจากนั้นจึงนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปประเมินผลโดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ 3 ด้าน ได้แก่ (1) ความตรงของงานวิจัย (2) สรุปผลการวิจัย และ (3) ความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005)

2.2.2 การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เกณฑ์การประเมินของ Grace (2009) ตามแบบ Therapy evidence pyramid ซึ่งแบ่งระดับของหลักฐาน (level of evidence) เป็น 7 ระดับ

2.2.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาที่สำคัญ แล้วนำเสนอเป็นข้อแนะนำ (Recommendation) การใช้รูปแบบจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3. ผลการดำเนินการ

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับขอบเขตการสืบค้นทั้งหมดจำนวน 7 เรื่อง ซึ่งมาจากการวิจัย 4 เรื่อง เป็นงานวิจัยแบบ Randomized Controlled trial 2 เรื่อง (ตีพิมพ์เผยแพร่ 5 ฉบับ) (Level III) งาน Matched-Control Design ที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 1 เรื่อง (Level V) และงาน One Group pre-post test Design 1 เรื่อง (Level V)

ข้อแนะนำ (Recommendations)

เมื่อผ่านการประเมินคุณภาพ วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว พบว่ามีการประยุกต์ใช้กลุ่มจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 2 รูปแบบ คือ แบบใช้ชุมชนเป็นฐาน และแบบที่ใช้คลินิกเป็นฐานในการพัฒนาแนวทางการบำบัด ดังนี้

1. จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based group interpersonal psychotherapy)

เป็นการบำบัดที่เหมาะสมกับบุคคลที่อยู่ในชุมชนที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า และยังไม่เคยรับประทานยาต้านเศร้า (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III)

1.1 คุณสมบัติของผู้เข้ารับการบำบัด

1.1.1 บุคคลที่ผ่านการคัดกรองในชุมชนจากการวัดด้วยแบบประเมิน Hopkins Symptom Checklist (HSCL) ว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าตั้งแต่ซึมเศร้าเล็กน้อย (subsyndromal Depression) จนเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III)

1.1.2 อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III)

1.1.3 ปราศจากอาการทางจิตและไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III)

1.2 คุณสมบัติของผู้บำบัด

บุคคลที่ผ่านการฝึกอบรมจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบเข้มข้นอย่างน้อย 2 สัปดาห์ (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III)

1.3 สถานที่ที่ใช้ในการบำบัด

ศูนย์กลางของชุมชน, โบสถ์, วัดในชุมชน (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III)

1.4 ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการบำบัด

ระยะเวลาการบำบัดทั้งหมด 4 เดือน โดยบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที รวมทั้งหมด 16 ครั้ง (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III)

1.5 วิธีการบำบัด

แบ่งสมาชิกเป็นกลุ่มละ 5- 8 คน สมาชิกที่ได้รับการบำบัดในแต่ละกลุ่มเป็นเพศเดียวกันทั้งหมด ช่วงแรกของการบำบัดผู้บำบัดจะวินิจฉัยอาการซึมเศร้าและค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นในปัจจุบันของผู้เข้ารับการบำบัดกับการเกิดอาการซึมเศร้าในปัจจุบันรวมทั้งระบุปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่งหรือมากกว่า 1 ด้าน ใน 4 ด้านดังนี้ 1) ปัญหาการสูญเสียบุคคลสำคัญ 2) ปัญหาการเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม 3) ปัญหาการขัดแย้งระหว่างบุคคล 4) ปัญหาการบกพร่องทางด้านสัมพันธภาพ

กับบุคคลอื่น ที่กระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า และอธิบายให้ผู้เข้ารับการบำบัดเข้าใจ ในการบำบัดแต่ละครั้งผู้บำบัดจะทบทวนและประเมินอาการของโรคซึมเศร้าของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน และเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยเชื่อมโยงสถานการณ์ทางบวกและทางลบต่ออารมณ์ซึมเศร้าในปัจจุบัน หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มจะกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มประคับประคอง และให้คำแนะนำซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองและสมาชิกด้วยกันภายในกลุ่ม (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III)

1.6 การประเมินผลลัพธ์

ผลลัพธ์หลักคืออาการซึมเศร้า (depressive symptoms) ใช้แบบประเมิน Hopkins Symptom Checklist (HSCL; Derogatis et al, 1974) และผลลัพธ์รองคือการทำหน้าที่ (functioning) ใช้แบบประเมิน Individual functional impairment

1.7 การติดตามผลลัพธ์

มีการติดตามประเมินผลหลังจบการบำบัด 2 สัปดาห์ และอาจติดตามประเมินผลลัพธ์หลังจบการบำบัด 6 เดือน

2. จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มโดยใช้คลินิกเป็นฐาน (Clinic-Based group interpersonal psychotherapy)

การบำบัดนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในคลินิกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแล้ว และได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าร่วมด้วย โดยรูปแบบการบำบัดนั้นประยุกต์มาจาก Klerman et al. (1984) ซึ่งพบว่ามีการทำ IPT-G ต่างกันเป็นสองรูปแบบ ดังนี้

2.1 Intensive Interpersonal Psychotherapy

เป็นการทำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบเข้มข้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการทำจิตบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยยาควบคู่กันไป รูปแบบการบำบัดนี้ได้ปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยวิธีการบำบัดนั้นจะทำการบำบัดแบบรายบุคคลร่วมกับการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวทางของ Schramm, 2001 ซึ่งพัฒนาจาก Klerman et al. (1984) เหมาะกับผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า ทั้งโรคซึมเศร้ารุนแรงและซึมเศร้าเรื้อรังที่มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง

2.1.1 คุณสมบัติของผู้เข้ารับการบำบัด

2.1.1.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV โดยมีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าจากการวัดด้วยแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression มากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III; Zobel et al., 2011: Level III)

2.1.1.2 อายุระหว่าง 18-65 ปี (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III; Zobel et al., 2011: Level III)

2.1.1.3 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฉียบพลัน (Acute phase) ที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III)

2.1.1.4 ไม่มีประวัติเป็น Bipolar I หรือติดสารเสพติด ไม่เป็นโรคจิตจากปัญหาทางสมอง ไม่มีอาการทางจิตเวชหรือมีการสูญเสียการรับรู้คิดอย่างรุนแรง ไม่มีปัญหาเรื่องการรับประทานยา ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง และไม่เป็โรคบุคลิกภาพผิดปกติแบบกำกึ่งหรือบุคลิกที่ต่อต้านสังคม (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III; Zobel et al., 2011: Level III)

2.1.2 คุณสมบัติของผู้บำบัด

ผู้ทำจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเป็นจิตแพทย์ นักจิตบำบัดในคลินิก วิชาชีพทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่ผ่านการฝึกโปรแกรมจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญ (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III)

2.1.3 สถานที่ที่ใช้ในการบำบัด

แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III; Zobel et al., 2011: Level III)

2.1.4 ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการบำบัด

ระยะเวลาการบำบัดแบบรายบุคคลทั้งหมด 5 สัปดาห์ โดยบำบัดสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 50 นาที เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นก็จะหยุดการบำบัดแบบรายบุคคล การบำบัดเป็นแบบรายบุคคล อยู่ระหว่าง 4-15 ครั้ง รวมทั้งหมดแล้วไม่เกิน 15 ครั้ง หลังจากนั้นตามด้วยการบำบัดแบบกลุ่มอีก 8 ครั้ง (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III)

2.1.5 วิธีการบำบัด

วิธีการบำบัดนั้นจะทำการบำบัดแบบรายบุคคลร่วมกับการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวทางของ Schramm, 2001 ซึ่งพัฒนาจาก Klerman et al. (1984) การบำบัดนั้นเริ่มในช่วง Acute phase โดยจะเริ่มแบบรายบุคคลก่อนแล้วตามด้วยการบำบัดแบบกลุ่มอีก 8 ครั้ง มีการนำบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมบำบัดด้วยในบาง session เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ผู้เข้ารับการบำบัดทั้งสองกลุ่มจะได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาด้านเศร้า ซึ่งยาด้านเศร้าที่เลือกใช้

เป็นอันดับแรกคือ sertraline เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยา sertraline จะเลือกใช้ยา amitriptyline ซึ่งให้ตามแนวทางการบำบัดมาตรฐาน (Schramm et al., 2007; Level III; Schramm et al., 2008; Level III)

2.2 Interpersonal Psychotherapy-Group (IPT-G)

เป็นการทำกลุ่มจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตามรูปแบบของ Fairburn โดยมีพื้นฐานจาก Klerman et al. (1984) เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในโรงพยาบาล เหมาะที่จะนำมาใช้บำบัดผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฉียบพลันและผู้ป่วยที่มีการตอบสนองต่อยาด้านเศร้าในระยะเฉียบพลันมาแล้ว

2.2.1 คุณสมบัติของผู้เข้ารับการบำบัด

2.2.1.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV (Levkovitz et al., 2000: Level V; Mackenzie et al., 2001: Level V) อาการซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงจากการวัดด้วยแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (Levkovitz et al., 2000: Level V; Mackenzie et al., 2001: Level V)

2.2.1.2 อายุระหว่าง 18-65 ปี (Levkovitz et al., 2000: Level V)

2.2.1.3 มีลักษณะปัญหาสัมพันธภาพ 1 ใน 4 อย่างตามหลักเกณฑ์ของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Levkovitz et al., 2000: Level V)

2.2.1.4 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฉียบพลัน (Acute phase) (Mackenzie et al., 2001: Level V) หรือผู้ป่วยที่มีการตอบสนองต่อยาด้านเศร้าในระยะเฉียบพลันมาแล้ว (Levkovitz et al., 2000: Level V) โดยผู้ป่วยที่มีการตอบสนองต่อยาด้านเศร้าเมื่อจบการรักษาในระยะเฉียบพลันพิจารณาจากค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการซึมเศร้าดีขึ้น 40-50% จากการวัดด้วยแบบประเมิน Hamilton Depression Rating Scale (Levkovitz et al., 2000: Level V)

2.2.1.5 ปราศจากอาการทางจิต ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง ไม่คิดแอลกอฮอล์/สารเสพติด (Levkovitz et al., 2000: Level V; Mackenzie et al., 2001: Level V)

2.2.1.6 ไม่มีลักษณะของโรคบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (Mackenzie et al., 2001: Level V)

2.2.1.7 ไม่มีความทุกข์จากการเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรง (Levkovitz et al., 2000: Level V)

2.2.2 คุณสมบัติของผู้บำบัด

ผู้นำกลุ่มเป็นวิชาชีพทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการทำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม และมีคู่มือประกอบการบำบัด (Mackenzie et al., 2001: Level V)

2.2.3 สถานที่ที่ใช้ในการบำบัด

แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช (Levkovitz et al., 2000: Level V) หรือคลินิกโรคทางอารมณ์ของโรงพยาบาลตติยภูมิ (Mackenzie et al., 2001: Level V)

2.2.4 ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการบำบัด

ระยะเวลาการบำบัดทั้งหมดประมาณ 4 เดือน โดยบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที รวมทั้งหมด 14-18 ครั้ง

2.2.5 วิธีการบำบัด

แบ่งการทำกลุ่มออกเป็น 3 ระยะตามรูปแบบของ Fairburn โดยมีพื้นฐานจากแนวทางการบำบัดของ Klerman et al., (1984)

ระยะที่ 1 (initial session) บำบัดครั้งที่ 1-6 สมาชิกกลุ่มจะพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาและการเผชิญปัญหาของการเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมทั้งค้นหาและระบุว่าปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลใดที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า เชื่อมโยงให้เห็นปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับการเกิดอาการซึมเศร้า และกำหนดเป้าหมายของการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ระยะที่ 2 (middle session) บำบัดครั้งที่ 7-12 เป็นระยะการแก้ไขปัญหามุ่งเน้นการแก้ปัญหามุมสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ปัญหาที่คล้ายๆ กันในปัญหาแบบเดียวกันจะปรากฏออกมาตามที่สมาชิกกลุ่มระบุไว้

ระยะที่ 3 (final session) บำบัดครั้งที่ 13-18 เป็นระยะท้ายการทำกลุ่มจะเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนสมาชิกในกลุ่ม ให้ระลึกถึงประโยชน์และดำรงผลลัพธ์จากการบำบัด และพัฒนาวิธีที่จะเผชิญกับอาการซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

2.3 การประเมินผลลัพธ์

ผลลัพธ์หลักคืออาการซึมเศร้า (depressive symptoms) ใช้แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) หรือ HRDS และแบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI) ผลลัพธ์รองคือการทำหน้าที่ (functioning) ประเมินโดยใช้ Global Assessment of Functioning Scale (GAF; Endicott et al., 1976)

2.4 ระยะการติดตามประเมินผล

เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการบำบัดและความคงอยู่ของการหาย ทำการประเมินโดยใช้แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression โดยใช้เกณฑ์การประเมิน 7 คะแนนหรือน้อยกว่า โดยประเมินภายในสัปดาห์ที่ 5 หลังการบำบัด, หลังจบการบำบัดทันที และวัดติดตามหลังจบการบำบัด 3, 12 เดือน (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III)

ข้อเสนอแนะ (suggestion) ในการนำไปปฏิบัติ

- 1) ก่อนนำการบำบัดไปใช้ควรมีการพัฒนาคู่มือเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติให้มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย
- 2) ควรนำข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปทำการวิจัยนำร่อง (Pilot study) เพื่อศึกษาผลของจิตบำบัดสัมพันธ์สภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อยืนยันผลการวิจัย และควรขยายกลุ่มประชากรเป้าหมายไปยังผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีโรคร่วมทางกายหรือโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ ด้วย
- 3) รูปแบบการบำบัด IPT-G โดยใช้ชุมชนเป็นฐานเหมาะที่จะใช้ในชุมชนชนบทของประเทศไทย เนื่องจากสอดคล้องกับนโยบายสุขภาพจิตในปัจจุบันที่ให้มีการคัดกรองโรคซึมเศร้าในชุมชน โดยก่อนการบำบัดจะให้ อสม. ที่ผ่านการอบรม คัดกรองอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q ที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต เมื่อมีอาการของโรคซึมเศร้าแล้วส่งต่อให้พยาบาลที่ผ่านการอบรมประเมิน 9Q เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและส่งให้แพทย์วินิจฉัยในรายที่มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง หลังจากนั้นพยาบาลจิตเวชที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับการฝึกอบรม IPT-G แล้วเป็นผู้ทำการบำบัด
- 4) โรงพยาบาลจิตเวชควรจัดให้มีศูนย์กลางการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบ IPT-G โดยนำผู้ป่วยที่กำลังรักษาด้วยยาหรือตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาแล้วจากหอผู้ป่วยต่างๆ เข้ารับการบำบัดแบบเป็นกลุ่มจนกว่าผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- 5) ควรมีการจัดหลักสูตรอบรม IPT แบบเข้มข้นทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มให้กับพยาบาลจิตเวช
- 6) ควรมีการเผยแพร่ผลของจิตบำบัดสัมพันธ์สภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กรด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การประชุมวิชาการ การลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการ เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และพัฒนางานด้านการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป

GROUP INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY TO REDUCE DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS: EVIDENCE-BASED NURSING

VIMON NUTSAWAST 5236525 NSMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: ACHARAPORN SEEHERUNWONG, D.N.S., ATITAYA PORNCHAIKATE AU-YEONG, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

1. Background and Significance of the Problem

Depressive disorder is a syndrome characterized by emotional abnormality. According to a national survey on the prevalence of depressive disorder in 25 provinces in all regions in Thailand conducted in 2008, it was estimated that 1,311,797 Thai people aged 15 years and older were stricken with severe depressive disorder and 181,809 had chronic depressive disorder (Thorarin Kongsuk et al, 2551). If depressive disorder is left untreated, the patients will be at risk of suicide. It has been reported that 18% of patients with severe depressive disorder successfully committed suicide (Somphob Ruangtrakul, B.E. 2548).

Major symptoms of depressive disorder include sadness, gloominess, and over-sensitivity. Thai patients may not state that they are sad, but they describe that they are bored with everything and lose joy in life. They can be stricken with sadness or boredom for almost all day everyday for more than two weeks (Manote Lortrakul & Pramote Sukhanich, B.E. 2550). In addition, it has been found that depressive disorder is a major cause of Disability Adjusted Life Years (DALYs), which refers to the sum of Years of Life Loss (YLL) and Year Lost due to Disability (YLD). A survey of disease conditions and risk factors in Thailand in 2004 showed that depressive

disorder was the fourth leading cause of Disability Adjusted Life Years in Thai women and the tenth in Thai men (Policy and Strategy Office, Office of the Permanent Secretary of the Ministry of Public Health, B.E. 2554). This clearly shows that depressive disorder is not only a leading cause of death but also a cause of long-term sufferings in its patients (Thoranin Kongsuk, B.E. 2550). This is because depressive disorder is a chronic condition (Nierenberg, Petersen, & Alpert, 2003; Suwadee Jandeeckrayom, B.E. 2546; Zobel et al., 2011) with a chance of relapses higher than 90% (Manote Lortrakul & Pramote Sukhanich, B.E. 2550; Nierenberg et al., 2003; Thase, 2003).

If depressive disorder is left untreated, it can have grave effects on the patients, society, and the country. As for effects on individual patients, depressive disorder can lead to both physical and mental health problems, reduce functioning, and, most importantly, cause patients to commit suicide (Angoon Payungtham, Nittayaporn Mongkol, Sgaorat Puangladda, & Anongnuch Sasoke, B.E. 2548; Duangjai Kasantikul, B.E. 2542). It has been found that more than 70% of those who successfully committed suicide were stricken with depressive disorder (Somphob Ruangtrakul, B.E. 2548). When examining problems or incidences that lead to depression and self-harm in patients who seek treatment at a psychiatric hospital, it can be seen that most of the patients suffer from depression. This was followed by other causes including economic problems, unemployment, psychiatric problems, disappointment in love or jealousy, and conflicts with close persons (Sanam Binchai, B.E. 2546). As regards social effects, depressive disorder affects patients' interactions with their friends, colleagues, and close persons. Finally, in terms of the effects on the country, depressive disorder both directly and indirectly results in great economic losses. A study conducted in the United States of America has shown that the expense for treatment of depressive disorder is as high as 43 billion dollars per year. Also, the indirect cost due to lost or defective functioning accounts for 72% of the total budget for the treatment of depressive disorder (Greenberg et al., 1993 cited in Ronnachai Kongsakon & Acharaporn Seehiranyawong, B.E. 2552).

A review of literature has revealed that group interpersonal psychotherapy and cognitive behavioral psychotherapy are effective methods that are widely accepted at present (Feijo de Mello, de Jesus Mari, Bacaltchuk, Verdelli, & Neugebauer, 2005;

Parker, Parker, Brotchie, & Stuart, 2006; Sue, Sue, & Sue, 2110). In Thai society, people live in a relative system which emphasizes the significance of relationships and bonding. When there are problems in relationships with others, individuals tend to blame themselves or hide their feelings and emotions. Also, when individuals are under stress, they may not have appropriate coping techniques and develop sense of hopelessness. All of these can eventually lead to depressive disorder (Choi, 2002; Shen & Takeuchi, 2001; Yoko, Priya, Virginia, Laura, & Myrna, 2002; Zuess, 2003 cited I n Suwanna Arunpongpaial, B.E. 2549). Congruently, in a study conducted to explore the relationships between interpersonal relationship problems and depressive disorder in Thai patients aged 18 years and older, it was found that interpersonal relationship problems in four aspects of 1) sadness from loss of significant persons, 2) conflicts with important persons in life, 3) transition of social roles, and 4) lack of relationships with others were associated with depressive disorder with statistical significant (Peerapon Lueboonthawatchai, Nantika Tawichachart, & Somrat Lertmaharit, B.E. 2551). Therefore, group interpersonal psychotherapy is regarded as an appropriate alternative for Thai patients with depressive disorder.

Group interpersonal psychotherapy is used to treat depressive disorder. Adolf Meyer and Harry Stack Sullivan developed the interpersonal theory and laid the conceptual foundation stating that interpersonal relationships and social factors play a major role in the onset of psychiatric illnesses. Later on, this concept was used to develop a psychotherapy method by Gerald Klerman and Myrna Weissman. It has been found that interpersonal relationship problems are major causes of depressive disorder and that they can also lead to complications in the prognosis of depressive disorder and affect its relief (Suchart Phaholpak, B.E. 2542). The goal of group interpersonal psychotherapy is to reduce the symptoms of depressive disorder. In this therapy, the therapists try to make the patients understand the link between depressive disorder symptoms and their current interpersonal relationship problems. If such problems can be solved, the symptoms of depressive disorder will be relieved. The treatment methods include searching for information, analyzing communication, stimulating emotional expressions, doing role-plays, solving problems and making decision, assigning tasks or homework, and using relationships in the treatment. The therapists have proactive roles and constantly provide assistance to the patients with an

aim to enable them to solve interpersonal relationship problems, enhance their interpersonal skills and social skills, select appropriate communication methods, reduce social isolation, and search and secure more sources of social support (Peerapon Lueboonthawatchai, B.E. 2549).

Group interpersonal psychotherapy is a short-term therapy with clear therapy formats. It involves both individual therapy and group therapy, beginning with individual therapy provided to patients with depressive disorder. As for group therapy, its goal is to enable patients to gain correct emotional experiences. Group members will support one another in terms of thinking and feelings to change experiences that have caused them mental sufferings. The emphasis of this therapy is placed on learning about relationships. The group leaders will link what has resulted from the patients' actions from the past up to the present as well as their behaviors outside and within the group. Yalom (1970) is a major developer of group interpersonal psychotherapy (Montgomery, 2002). Major outcomes of participation in group interpersonal psychotherapy include group cohesion, universality (as group members have similar problems), and instillation of hope. Group members are expected to develop relationships that are also characterized with mutual assistance and psychosocial facilitation and support among them (Brabender et al., 2004). A review of related literature on group interpersonal psychotherapy has shown that internal factors that result from the therapy have long-term effects on the treatment of patients with depressive disorder, while individual therapy does not yield such long-term effects on the patients (McDermut et al., 2001).

The researcher, who is a psychiatric nurse working at Srithanya Hospital, has interviewed patients and reviewed their medical records and found that depressive disorder results from interpersonal relationship problems including conflicts with significant persons in life, death of loved ones, and transition in life. There are events which stimulate patients and causes exacerbation before they seek treatment at the hospital such as quarrels with family members, separation from spouses, death of significant persons, and financial problems of the family. Generally, after the patients have received antidepressant drugs and health education, their depressive symptoms improve. However, it has been found that after they have returned home, a number of

patients experience relapses due to interpersonal relationship problems and have to come back to the hospital to seek further help.

Evidently, interpersonal relationship problems are major causes of depressive disorder, as evidenced by the medical records of Srithanya Hospital where patients depressive symptoms are triggered due to some kind of interpersonal relationship problems. Therefore, group interpersonal psychotherapy lends itself as an effective alternative form of therapy to relieve symptoms in patients with depressive disorder.

1.1 Clinical Problem under Study

The clinical problem under study is the implementation of group interpersonal psychotherapy to reduce depressive symptoms in patients with depressive disorder.

1.2 Objective of the Study

The present study aimed at analyzing and synthesizing research-based evidence on implementation of group interpersonal psychotherapy to reduce depressive symptoms in patients with depressive disorder.

1.3 Expected Outcomes

- 1) Nurses have knowledge and understanding in implementing group interpersonal psychotherapy to reduce depressive symptoms in patients with depressive disorder.
- 2) Nurses have a guideline on how to implement group interpersonal psychotherapy to reduce depressive symptoms in patients with depressive disorder.
- 3) The workplace has a practice guideline on how to provide medical care to patients with depressive symptoms.

2. Methodology

2.1 Search for Research-Based Evidence

2.1.1 Framework of the search

The researcher specified the scope of the search based on the PICO framework (Craig & Smyth, 2002) which involves specification of the population, intervention, comparison, and outcome evaluation. The PICO framework used in the present study was as follows:

P (Population)	referring to	patients with depressive disorder
I (Intervention)	referring to	group interpersonal psychotherapy
C (Comparison)	referring to	none (no comparison)
O (Outcome)	referring to	depressive symptoms

2.1.2 Keywords

The keywords used in the search were “depressive disorder,” or depression, or “depressive symptoms,” and “group interpersonal psychotherapy.”

2.1.3 Scope of the search

The researcher searched for research-based evidence from research reports published both in Thai and in English from the following sources:

1. Search of electronic databases

1.1 Database with systematic reviews: Cochrane Library

1.2 Other databases with compilation of research and research-based evidence: CINAHL, Blackwell Synergy, PubMed, SpringerLink, Wiley Online Library, Science-Direct, and HighWire Press

2. Manual search

The manual search was conducted with references from journal articles, theses, and dissertations at the library of various institutions in Thailand.

2.1.4 Criteria for selection of evidence

The research to be selected had to be full research reports on group interpersonal psychotherapy in patients with depressive disorder in their adulthood aged between 18 and 65 years published since 2000 until the present, either in Thai or in English.

2.2 Evaluation and Categorization of Research-Based Evidence

2.2.1 Evaluation of research-based evidence

The selected research studies were extracted, and their contents were recorded in a table in terms of research objectives, samples, research settings, research methodology/levels of evidence, instruments, types of therapy, data collection procedures, and research findings. After that, the research studies were evaluated based on the criteria on evaluation of research evidence consisting of three aspects as follows: (1) validity of the research, (2) conclusion of the findings, and (3) application of research findings (DiCenso, Guyatt, & Ciliska, 2005).

2.2.2 Evaluation of the levels of strength of research evidence

The evaluation of the levels of strength of research evidence was conducted based on the Therapy Evidence Pyramid proposed by Grace (2009) which divides research evidence into seven levels of evidence.

2.2.3 Synthesis of research evidence

The research evidence which had been evaluated based on the selected criteria was analyzed and synthesized. The contents derived from the analysis and synthesis were used to come up with recommendations on group interpersonal psychotherapy to reduce depressive symptoms in patients with depressive disorder.

3. Findings

Based on the search for research-based evidence, four research studies that matched the inclusion criteria were finally selected. Of these seven studies, two were randomized controlled trials (five papers) (Level III), one was a matched-controlled design with an experimental group and a control group (Level IV), and one was a one-group pre-post test design (Level V).

Recommendations

The analysis and synthesis of research evidence have shown that there are two methods of group interpersonal psychotherapy community-based group interpersonal psychotherapy and clinic-based group interpersonal psychotherapy, which can be described as follows:

1. Community-based group interpersonal psychotherapy

This type of group interpersonal psychotherapy is suitable for community members who have never been diagnosed with depressive disorder and have never taken antidepressant drugs. (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III).

1.1 Qualification of clients

1.1.1 They are individuals whose community screening results show that they have depressive symptoms, ranging from subsyndromal depression to depressive disorder, as assessed using the Hopkins Symptom Checklist (HSCL) (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III).

1.1.2 They are 18 years old and older (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III).

1.1.3 They do not have mental symptoms and do not entertain the idea to harm themselves (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III).

1.2 Qualifications of the therapists

The persons who conduct the group interpersonal psychotherapy have to undergo intensive training on group interpersonal psychotherapy (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III).

1.3 Venues

The settings where group interpersonal psychotherapy can be conducted are community centers, and churches or temples in the community (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III).

1.4 Duration and number of sessions

The duration of the group interpersonal psychotherapy is four months. The sessions are conducted once a week, each lasting 90 minutes, totaling 16 weeks (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III).

1.5 Therapy methods

There are five to eight members in one group, and they all have the same gender. During the initial periods, the therapist will diagnose the group members' depressive symptoms and search for the relationship between current interpersonal relationship problems of clients and their depressive symptoms and give them explanations. During each session, the therapist will review and assess the

depressive symptoms of each group member and link the symptoms to the events that have caused depressive symptoms in the past week, both positive and negative events. After that, the group leader will stimulate the group members to facilitate, support, and advise one another, leading to changes in both themselves and their fellow group members (Bolton et al., 2003: Level III; Bass et al., 2006: Level III).

1.6 Evaluation of outcomes

The primary outcomes to be evaluated are depressive symptoms, and the instrument used to evaluate such symptoms is the Hopkins Symptom Checklist (HSCL; Derogatis et al., 1974). The secondary outcomes to be evaluated are functioning, which is evaluated using the Individual Functional Impairment Scale.

1.7 Outcome monitoring

The outcomes were monitored at two weeks after the completion of the group interpersonal psychotherapy. They can also be monitored again at six months after the group interpersonal psychotherapy ended.

2. Clinic-Based group interpersonal psychotherapy

This type of therapy is suitable for inpatients who have already been diagnosed with depressive disorder and have already been treated with antidepressant drugs. The format of the therapy has been adapted from Klerman et al. (1984). The clinicbased group interpersonal psychotherapy can be further divided into two types as follows:

2.1 Intensive Interpersonal Psychotherapy

Generally, intensive interpersonal psychotherapy is conducted simultaneously with pharmacological intervention. It has been adapted to specifically suit patients who have been admitted into the hospital. It involves both individual therapy together with group therapy based on the guideline proposed by Schramm (2001) based on the original format proposed by Klerman et al. (1984). Intensive interpersonal psychotherapy is suitable for patients with severe depressive disorder or chronic depressive disorder with moderate to severe symptoms.

2.1.1 Qualifications of clients

2.1.1.1 They have been diagnosed with depressive disorder based on the DSM-IV criteria and whose severity of depressive symptom scores as assessed using the Hamilton Rating Scale for Depression are equal to or higher than 16 points (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III; Zobel et al., 2011: Level III).

2.1.1.2 They are between 18 and 65 years of age (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III; Zobel et al., 2011: Level III).

2.1.1.3 They are in the acute phase of depressive disorder and are treated with antidepressant drugs (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III; Zobel et al., 2011: Level III).

2.1.1.4 They do not have history of bipolar I disorder or substance abuse, they do not have mental diseases caused by brain abnormality, they do not have psychiatric symptoms or severe cognitive losses, they do not have problems with medication intake, they do not entertain self-harm thoughts, and they do not have antisocial or other abnormal personalities (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III; Zobel et al., 2011: Level III).

2.1.2 Qualifications of therapists

The therapists who implement the group interpersonal psychotherapy are psychiatrists, clinical psychotherapists, or mental health and psychiatric professionals who have undergone training on psychotherapy. (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III; Zobel et al., 2011: Level III).

2.1.3 Venues

The therapy can be conducted at an inpatient ward of a psychiatric hospital (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III; Zobel et al., 2011: Level III).

2.1.4 Duration and number of therapy sessions

The intensive interpersonal psychotherapy lasts five weeks, with three sessions in each week. Each session lasts approximately 50 minutes. After the symptoms of the patients have improved, the individual therapy will be terminated. The individual therapy sessions range from four to 15 sessions at most.

After that, there will be eight more group therapy sessions (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III; Zobel et al., 2011: Level III).

2.1.5 Therapy methods

The therapy methods consist of both individual therapy and group therapy based on the guideline of Schramm (2001) which was developed based on the original format of Klerman et al. (1984). The therapy begins in the acute phase, starting with individual therapy followed by eight sessions of group therapy. Significant persons may be invited to participate in some sessions to disseminate knowledge about depressive disorder. All group members will receive antidepressant drugs as well. The first choice of antidepressant to be given is sertraline. If the patients do not respond to sertraline, amitriptyline will be used, as specified in the therapy standard (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III; Zobel et al., 2011: Level III).

2.2 Interpersonal Psychotherapy-Group (IPT-G)

The group therapy methods based on the guideline of Fairburn which was developed based on the original format of Klerman et al. (1984). Interpersonal psychotherapy group (IPT-G) is suitable for patients in an acute state and patients who have been responded to antidepressants.

2.2.1 Qualifications of clients

2.2.1.1 The patients have been diagnosed with depressive disorder based on the DSM-IV criteria and whose severity of depressive symptoms is either moderate or severe, as assessed using the Hamilton Rating Scale for Depression (Levkovitz et al., 2000: Level V; Mackenzie et al., 2001: Level V).

2.2.1.2 They are 18 to 65 years old (Levkovitz et al., 2000: Level V).

2.2.1.3 They have one out of four relationship problems as specified in the interpersonal psychotherapy (Levkovitz et al., 2000: Level V).

2.2.1.4 They are in the acute phase (Mackenzie et al., 2001: Level V) and have responded to the antidepressant drugs during the acute phase (Levkovitz et al., 2000: Level V). The patients have responded to antidepressant drugs after the treatment in the acute phase has ended, or the mean of the severity of their depressive symptoms improved by 40-50% as assessed using the Hamilton Depression Rating Scale (Levkovitz et al., 2000; Level V).

2.2.1.5 They do not have mental symptoms, do not have an idea to harm themselves, and are not addicted to alcohol or drugs (Levkovitz et al., 2000: Level V; Mackenzie et al., 2001: Level V).

2.2.1.6 They do not have borderline abnormal personality (Mackenzie et al., 2001: Level V).

2.2.1.7 They do not have sufferings from severe physical sickness (Levkovitz et al., 2000: Level V).

2.2.2 Qualifications of therapists

They are psychiatrists who have experience conducting individual and group interpersonal psychotherapy and there is a therapy manual (Mackenzie et al., 2001: Level V).

2.2.3 Venues

2.2.3.1 The therapy can be conducted at an inpatient ward of a psychiatric hospital (Levkovitz et al., 2000: Level V) or a clinic for emotional illnesses at a tertiary hospital (Mackenzie et al., 2001: Level V).

2.2.4 Duration and number of sessions

The group therapy is divided into three phases as suggested by Fairburn based on the guideline of Klerman et al. (1984):

Phase 1: Initial sessions: The first phase consists of six sessions during which the group members talk about their problems being patients with depressive disorder and coping, search for and identify interpersonal problems that caused their depressive symptoms, link interpersonal problems with onset of depressive symptoms, and set the goals of interpersonal psychotherapy.

Phase 2: Middle sessions: The middle sessions consisted of the seventh to the 12th sessions. During these sessions, problems are solved, with the emphasis on solving interpersonal relationship problems. Similar problems among the group members will appear during the sessions.

Phase 3: Final sessions: The 13th and 18th sessions enable the group members to help and support one another and ensure that they will remember benefits of the therapy so that they will be able to more effectively cope with depression if they have it again in the future.

2.2.5 Evaluation of outcomes

The primary outcome is depressive symptoms which are assessed using the Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) or HRDS and the Beck Depression Inventory (BDI). The secondary outcome is functioning which is assessed using the Global Assessment of Functioning Scale (GAF; Endicott et al., 1976).

2.2.6 Follow-up assessment

To assess the sustainable Response and recovery, the Hamilton Rating Scale for Depression is used when the patients come back to the hospital to the doctor's appointment using the scores equal to 7 points or lower as the cut-off point. The outcomes are also evaluated at 5 weeks, three months and 12 months after the therapy ended every year (Schramm et al., 2007: Level III; Schramm et al., 2008: Level III).

Implications of the Finding

1. Before the group interpersonal psychotherapy is implementing, a manual should be constructed as a practice guideline with clear-cut procedures and suitability to the Thai context.
2. The recommendations derived in the present study should be used as baseline data to further conduct a pilot study to determine the effects of group interpersonal psychotherapy to reduce depressive symptoms in patients with depressive disorder to confirm the previous findings. Also, research should be carried out with other groups of patients with depressive disorder in the population such as those with physical co-morbidities or other psychiatric disorders.
3. The community-based group interpersonal psychotherapy is suitable for implementation in the rural communities in Thailand. This is because at present the mental healthcare policy emphasizes the screening of depressive disorder in the community before providing intervention. According to the policy, the village health volunteers should undergo training to screen depressive disorder using the 2Q assessment scale developed by the Department of Mental Health. Once the patients with depressive disorder have been detected and identified, they can be referred to the nurses who have undergone training on the use of the 9Q assessment scale to

determine the severity of their depressive symptoms. If it is found that their depressive symptoms are moderately severe to severe, they can be referred to a psychiatrist for diagnosis. After that, psychiatric nurses working at a community hospital who have undergone training can implement the group interpersonal psychotherapy as an intervention to treat them.

4. Psychiatric hospitals should set up a center to treat patients with depressive disorder by implementing group interpersonal psychotherapy with inpatients who are being treated or who have already been responding to the pharmacological treatment at different wards until they are discharged from the hospital.

5. Intensive training on implementation of both individual and group interpersonal psychotherapy should be conducted with psychiatric nurses.

6. Data regarding the effects of group interpersonal psychotherapy to reduce depressive symptoms in patients with depressive disorder should be disseminated to related agencies both within and outside the organizations through various means such as presentations at academic conferences and publications in academic journals to exchange existing bodies of knowledge and to further develop psychiatric nursing care practices.

รายการอ้างอิง

- ดวงใจ กสถานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้ารักษาหายได้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นาคอักษรการพิมพ์.
- ธรณินทร์ กองสุข, พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, เกษราภรณ์ เกนบุปผา, สุพัตรา สุขาวท, ศิริจันทร์ สุขใจ และ จินตนา ลีจิงเพิ่มพูน. (2551). *ความชุกของโรคซึมเศร้า*. การสำรวจระดับชาติปี 2551.
- ธรณินทร์ กองสุข. (2550). *โรคซึมเศร้า*. อุบลราชธานี: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสิทธิธรรมออฟเซต.
- ธรณินทร์ กองสุข, พิเชฐ อุดมรัตน์, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, มาโนช หล่อตระกูล, ณรงค์ มณีทอง, นันทวัช สัทธีรักษ์, และคณะ. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มารับบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่งปี 2549. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(1), 61-68.
- พิเชฐ อุดมรัตน์, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, มาโนช หล่อตระกูล, ณรงค์ มณีทอง, นันทวัช สัทธีรักษ์, ธรณินทร์ กองสุข, และคณะ. (2549). *การศึกษาปัจจัยเสี่ยงโรคซึมเศร้าของคนไทยปี 2549. ในสุขภาพจิต: ชีวิตชาวเมือง*. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6 ประจำปี 2550. นนทบุรี; โรงแรมปรี๊นท์พาเลซ กรุงเทพฯ.
- พีรพนธ์ ลีอนุวัชชัย. (2549). จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล: ทางเลือกใหม่ของการรักษาโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 51(2), 117-131.
- พีรพนธ์ ลีอนุวัชชัย. (2550). *อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียและจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล: หลักการและแนวทางการดูแล*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 52(1), 29-45.
- พีรพนธ์ ลีอนุวัชชัย, นันทิกา ทวิชาชาติ, และสมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าไทย: การศึกษาโดยมีกลุ่มควบคุมแบบจับคู่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(1), 69-80.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ อัจฉรา จรัสสิงค์. (2547). *ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย การสำรวจระดับชาติปี 2546*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12(3), 177-178.

- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ; บริษัทธรรมสาร จำกัด.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2550). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ; ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- รณชัย คงสกนธ์ และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. (2552). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. ใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (บรรณาธิการ), *แนวทางและเทคโนโลยีในการแก้ไขปัญหาการะโรคทางจิตเวช* (หน้า 78-95). รายงานฉบับร่าง.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2553). *รายงานการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2553*. นนทบุรี : งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *สถิติโรคซึมเศร้า*. นนทบุรี; กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สนาม บินชัย. (2546). *ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเองของผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). *ความผิดปกติทางอารมณ์*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ ออฟเซ็ท.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 9. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด*. (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2549). *สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า*. ใน ธรณินทร์ กองสุข (บรรณาธิการ), *องค์ความรู้โรคซึมเศร้า: ผลการทบทวนหลักฐานเชิงวิชาการ* (หน้า 39-52). สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวดี จันดีกระยอม. (2546). *การหายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). *การสำรวจการะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทยปี 2547*. Retrieved 15 กรกฎาคม 2011, from <http://bps.ops.moph.go.th/>.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัท ธรรมสาร จำกัด.

- อรุณ พงษ์ธรรม, นิตยาภรณ์ มงคล, สกาวรัตน์ พวงลัดดา และอนงค์นุช ศาโศก. (2548). *แนวปฏิบัติ
การพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาล
ศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2549). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2553). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 3. สำนักพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- American Psychiatric Association. (2005). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders,
Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric
Association.
- Bass, J., Neugebauer R., Clougherty, K. F., Verdelli, H., Wickramaratne, P., Ndogoni, L., et al.
(2006). Group Interpersonal Psychotherapy for Depression in Rural Uganda: 6 –
month outcomes: A Randomized Controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 188,
567 - 563.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotion disorder*. New York: International
University Press.
- Bolton, P., Bass, J., Neugebauer, R., Verdelli, H., Clougherty, K. F., Wickramaratne, P., et al.
(2003). Group Interpersonal Psychotherapy for Depression in Rural Uganda:
A Randomized Controlled trial . *American Medical association*, 289(23), 3117 -
3124.
- Brabender, V. A., Fallon, A. E., & Smolar, A. L. (2004). The Interpersonal Approach. In *Essential
of Group Therapy* (pp.21-26). Published by John Wiley & Sons, Inc, Hoboken,
New Jersey.
- Caron, A., & Weissman, M. M. (2006). Interpersonal Psychotherapy in the Treatment of
Depression in Medical Patient. *Primary Psychiatry*, 13(5), 43-50.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for
Depression in Adults: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies. *Journal o
f Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909–922.
- DiCenso, A., Hutchison, B., Grimshaw, J., Edwards, N., & Guyatt, G. (2005). Health Services
Interventions. In A. DiCenso, G. Guyatt & D. Ciliska (Eds.), *Evidence-Based
Nursing A Guide to Clinical Practice*, (pp. 265-297). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

- Enns, M. M, & Cox, B. J. (1997). Personality Dimensions and Depression: Review and Commentary. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 274-284.
- Feijo de Mello, M., de Jesus Mari, J., Bacaltchuk, J., Verdeli, H. & Neugebauer, R. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorder. *Europe American Psychiatry Clinical Neurosci*, 255, 75-82.
- Field, T., Deeds, O., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Gauler, A., Sullivan, S., et al. (2009). Benefit of combining massage therapy with group Interpersonal Psychotherapy in prenatally depressed woman. *Journal of Bodywork Movement Therapies*, 13, 297-103.
- Finnegan, A., Finnegan, S., McGee, P., Srinivasin, M., & Simpson, R. (2010). Predisposing factors leding to depression in the British Army. *British Journal of Nursing*, 19(21), 1355-1362.
- Grace, J. (2009). Essential Skills for Evidence-based Practice: Strength of Evidence. *Journal of Nursing Science*, 27(2), 8 - 13.
- Hirschfeld, R. M. A., & Weissman, M. M. (2002). Risk Factors For Major Depression and Bipolar Disorder. *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress*. Edited by Kenneth L. Davis, Dennis Charney, Joseph T. Coyle, and Charles Nemeroff. *American College of Neuropsychopharmacology*, 1017-1025.
- Karasu, T. B., Gelenberg, A., Merriam, A., & Wang, P. (2002). Practice Guideline for the treatment of Patients with Major Depressive Disorder Secound Edition.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., Neale, M. C., & Prescott, C. A. (2001). Genetic risk factors for major depression in men and woman : similar or different heritabilities and same or partly distinct genes?. *Psychological Medicine*, 31, 605-616.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2006). Toward a Comprehensive Developmental Model for Major Depression in Men. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 115-124.
- Kiler, C.M., Muzik, M., Rosenblum, K.L., & Len, G. (2001). Interpersonal Psychotherapy Adapted for the Group Setting in the Treatment of Postpartum Depression. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(2), 124-131.

- Levkovitz, Y., Shahar, G., Native, G., Hirschfeld, E., Treves I., Krieger, I., et al. (2000). Group Interpersonal Psychotherapy for Patient with major depression disorder – pilot study. *Journal of Affective Disorder*; 60, 191-195.
- Lueboonthavatchai, P. (2006). Interpersonal Psychotherapy of Depression (IPT). *Chulalongkorn Medicine Journal*, 50(3), 181-196.
- Mackenzie, K. R., & Grabovac, A. D. (2001). Interpersonal Psychotherapy Group (IPT-G) for Depression. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(1), 46-51.
- McDermut, W., Miller, I. W., & Brown, R. A. (2001). The Efficacy of Group Psychotherapy for Depression: A Meta-Analysis and Review of the Empirical. *American psychological Association*, 8(1), 98-116.
- Montgomery, C. (2002). Role of dynamic group therapy in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 34 - 41.
- Mulcahy, R., Reay, R. E., Wilkinson, R.B., & Owen, C. (2010). A Randomised control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 13, 125 - 139.
- Nierenberg, A. A., Petersen, T. J., & Alpert, J. E. (2003). Prevention of Relapse and Recurrence in Depression: The Role of Long-Term Pharmacotherapy and Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(15), 13-17.
- Parker, G., Parker, I., Brotchie, H., & Stuart, S. (2006). Review Interpersonal psychotherapy for depression? The need to define its ecological niche. *Journal of Affective Disorders*, 95, 1 - 11.
- Ravitz, P. (2004). Evidence-Based Psychotherapies The Interpersonal Fulcrum-Interpersonal Therapy for Treatment of Depression. *Canadian Psychiatric Association Bulletin*, 36(1), 15 - 19.
- Reay, R., Fisher, Y., Robertson, M., Adams, E., & Owen, C. (2006). Group interpersonal Psychotherapy for postnatal depression: a pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 31-39.
- Robert M., Hirschfeld, Myrna, M., & Weissman. (2002). Chapter: Risk factors for Major Depression and Bipolar Disorder: Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress. www.acnp.org/asset.axd?id Retrieve 15 กรกฎาคม 2554.

- Schramm, E., Calker, D. V., Dykieriek, P., Lieb, K., Kech, S., Zobel, I., et al. (2007). An Intensive Treatment Program of Interpersonal Psychotherapy Plus Pharmacotherapy for Depressed Inpatients: Acute and Long – term Results. *American Journal of Psychiatry*, 164(5), 768-777.
- Schramm, E., Schneider, D., Zobel, I., Calker, D. V., Dykieriek, P., Kech, S., et al. (2008). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy Plus Pharmacotherapy in chronically depresses inpatients. *Journal of Affective Disorder*, 109, 65-73.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression : a new approach to Preventing relapse. New York: Guilford Press.
- Sue, D., Sue., D. W., & Sue, S. (2110). Understanding Abnormal Behavior. (9th ed.). Boston, MA: Wadsworth.
- Thase, M. E. (2003). Achieving Remission and Managing Relapse in Depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(18), 3-7.
- Williams, R. A., Hagerty, B. M., Yousha, S. M. Hoyle, K. S., & Oe, H. (2002). Factors Associated with Depression in Navy Recruits. *Journal of clinical psychology*, 58(4), 323 - 337.
- World Health Organization. (2010). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. www.who.int/classifications/icd10/ Retrieve 1 กุมภาพันธ์ 2555.
- Zobel, I., Kech, S., van Calker, D., Dykieriek, P., Berger, M., Schneibel, R., et al. (2011). Long - term effect of combined interpersonal psychotherapy and pharmacotherapy in randomized trial of depressed patient. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123, 276-282.



ตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องที่ 1 (ฉบับที่ 1)

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์	Bolton, Bass, Neugebauer, Verdelli, Clougherty, Wickramaratne & et al. (2003).
เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	กลุ่มจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับโรคซึมเศร้าในชนบทประเทศอุกันดา Group Interpersonal Psychotherapy for Depression in Rural Uganda: A Randomized Controlled trial. <i>American Medical association</i> , 289 (23), 3117 - 3124.
วัตถุประสงค์การศึกษา	เพื่อศึกษาผลของกลุ่มจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่ออาการของโรคซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในแอฟริกา
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวชนบท ประเทศอุกันดา ซึ่งมีอาการของโรคซึมเศร้า คัดมาจาก 30 หมู่บ้านที่เคยสำรวจมาก่อนหน้านี้ พบว่ามีความชุกของโรคซึมเศร้า 60% สุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 15 หมู่บ้าน และกลุ่มควบคุม 15 หมู่บ้าน รวมทั้งหมด 271 คน จากการสัมภาษณ์และพยายามติดต่อประชากรในการศึกษาเหลือกลุ่มตัวอย่าง 224 คน เป็นกลุ่มทดลอง 107 คน ซึ่งมีผู้ชาย 53 คน และผู้หญิง 54 คน กลุ่มควบคุม 117 คน มีผู้ชาย 55 คน และผู้หญิง 62 คน เกณฑ์การคัดเข้า 1. บุคคลที่มีอาการของโรคซึมเศร้าตั้งแต่ซึมเศร้าเล็กน้อย (subsyndromal Depression) จนเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตาม DSM-IV algorithm 2. ปราศจากอาการทางจิต 3. อายุตั้งแต่ 18 ปี เกณฑ์การคัดออก 1. ผู้ป่วยที่มีความคิดทำร้ายตัวเอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่อง อายุ ระยะเวลาของการมีอาการ การศึกษา คะแนนพื้นฐานของภาวะซึมเศร้าหรือคะแนนการสูญเสียการทำหน้าที่พบว่ามีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกี่ยวกับการเริ่มต้นวินิจฉัยตามเกณฑ์ แต่ไม่เป็นผลกระทบต่อการศึกษาวิจัยนี้
สถานที่เก็บ	เมืองมาซากาและเมืองราไก ประเทศอุกันดา

หัวข้อ	รายละเอียด
ข้อมูล	
ระเบียบวิธี วิจัย/ ระดับ ของหลักฐาน	A Randomized Controlled Trial ระดับความเข้มแข็งที่ระดับ 3
Intervention	กลุ่มทดลอง ได้รับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่ม โดยทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ทั้งหมด 16 ครั้ง แต่ละกลุ่มที่ได้รับการบำบัดเป็นเพศเดียวกัน และผู้บำบัดเป็นเพศเดียวกันกับสมาชิกกลุ่ม ช่วงแรกของการบำบัดผู้บำบัดจะวินิจฉัยอาการซึมเศร้าและค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นในปัจจุบันของผู้เข้ารับการบำบัดกับการเกิดอาการซึมเศร้าในปัจจุบัน รวมทั้งระบุปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่ง หรือมากกว่า 1 ด้าน ใน 4 ด้านดังนี้ 1) ปัญหาการสูญเสียบุคคลสำคัญ 2) ปัญหาการเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม 3) ปัญหาการขัดแย้งระหว่างบุคคล 4) ปัญหาการบกพร่องทางด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ที่กระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า และอธิบายให้ผู้เข้ารับการบำบัดเข้าใจ ในการบำบัดแต่ละครั้งผู้บำบัดจะทบทวนและประเมินอาการของโรคซึมเศร้าของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน และเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ผ่านมา หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มจะกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มประคับประคอง และให้คำแนะนำซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองและสมาชิกด้วยกันภายในกลุ่ม ประชากรทั้งสองกลุ่มมีอิสระที่จะค้นหาการบำบัดตามที่ตนเองต้องการตลอดการศึกษา
เครื่องมือที่ใช้ ในการศึกษา	เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ 1. Hopkins Symptom Checklist (HSCL) เป็นเครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ได้ปรับปรุงให้เข้ากับลักษณะของประชากรชาวอุยกันดา แต่ละคำถามมี 5 ระดับคะแนนให้เลือกตอบ ถ้าไม่มีอาการให้ 0 คะแนน อาการเล็กน้อยให้ 1 คะแนน อาการปานกลางให้ 2 คะแนน ถ้าอาการมากกว่านั้นให้ 3 คะแนน ถ้ามีอาการบ่อยๆ ไม่สามารถทำงานได้ให้ 4 คะแนน 2. Individual functional impairment เป็นเครื่องมือประเมินความบกพร่องของการทำหน้าที่ที่มีความเฉพาะกับเพศใดเพศหนึ่ง มี 9 คำถาม ซึ่งได้รับการปรับปรุงให้มีความเหมาะสมกับชาวอุยกันดา แต่ละคำถามมี 5 ระดับคะแนนให้

หัวข้อ	รายละเอียด
	เลือก ถ้าไม่มีความยากลำบากในการทำหน้าที่เลยให้ 0 คะแนน ยากลำบากเล็กน้อยให้ 1 คะแนน ยากลำบากปานกลางให้ 2 คะแนน ถ้ายากลำบากมากให้ 3 คะแนน ถ้าไม่สามารถทำงานได้บ่อยๆ เมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่นๆ ในเพศเดียวกันให้ 4 คะแนน วัดผลลัพธ์หลังจบการบำบัด 2 สัปดาห์
วิธีดำเนินการวิจัย	งานวิจัยนี้ทำการศึกษาประชากร 30 หมู่บ้าน โดยคัดกรองประชากร 631 คนที่มีอาการเจ็บป่วยคล้ายโรคซึมเศร้าและยินยอมให้สัมภาษณ์ การคัดกรองแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ขั้นที่ 1 คัดกรองคนที่มีอาการคล้ายป่วยเป็นโรคซึมเศร้า โดยถามจากผู้นำชุมชน ผู้บำบัด หรือ ผู้รู้ในชุมชน ด้วยภาษาถิ่นที่มีความหมายเดียวกับอาการซึมเศร้า โดยขอให้ระบุชื่อชายหรือหญิง 20 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ตามที่ผู้สัมภาษณ์เห็นว่าชุมชนนี้ต้องการเพศหญิงหรือชาย ขั้นที่ 2 ทำการคัดกรอง โดยผู้สัมภาษณ์พบผู้หญิงหรือผู้ชายตามรายชื่อที่ระบุในขั้นตอนที่ 1 และขอความยินยอมทำการวิจัยด้วยวาจาเนื่องจากชาวบ้านที่ส่วนใหญ่อ่านหนังสือไม่ได้ หลังจากยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้สัมภาษณ์จะถามให้ตอบว่าเขามีอาการ หุ่นเหี่ยว และ/หรือ หดความสนใจในสิ่งที่เคยสนใจไหม (เบื่อหน่ายไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ) ถ้าปฏิเสธทั้งสองข้อจะยุติการสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยทำแบบนี้เพราะเคยมีผลการศึกษาก่อนหน้านี้ว่าคนในชุมชนมีอาการของโรคซึมเศร้าประมาณ 60% ขั้นที่ 3 สัมภาษณ์เฉพาะบุคคลที่ตอบว่ามีอาการข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อจากขั้นตอนที่ 2 (ข้อที่ 1 Yo'kwekyawa และ ข้อที่ 2 Okwekubazida) โดยใช้เครื่องมือ Hopkins Symptom Checklist (HSCL) ซึ่งเป็นเครื่องมือชนิดรายงานด้วยตนเอง (Self-report) หลังจากทำตามขั้นตอนนี้แล้ว พบว่ายังได้กลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอ จึงพิจารณานำบุคคลที่มีอาการซึมเศร้าในระดับ subsyndromal depression เข้าร่วมด้วย สำหรับคนที่มีความคิดอยากตายจากการสัมภาษณ์ก่อนหน้านี้ ผู้วิจัยจะไปสัมภาษณ์อีกครั้งหนึ่ง ถ้าไม่มีความคิดอยากตายแล้วก็จะนำเขาเป็นกลุ่มตัวอย่าง แต่ถ้ายังคงมีความคิดอยากตายจะส่งต่อนักจิตวิทยาคลินิกเพื่อการดูแลต่อไป สำหรับคนที่มีอายุต่างจากคนอื่นมาก ซึ่งมีอยู่ 1 คนจะถูกคัดออกจากการวิจัย

หัวข้อ	รายละเอียด
	เนื่องจากการบำบัดกลุ่มจะมีประสิทธิภาพดีในกลุ่มคนที่มีอายุใกล้เคียงกัน ในแต่ละหมู่บ้าน ผู้วิจัยจะเลือกคนที่มีคะแนนซึมเศร้าสูงที่สุด 12 คนแรก เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีประชากรที่ได้รับเลือกตามเกณฑ์ 341 คน จึงทำการสุ่มให้ 15 หมู่บ้านเป็นกลุ่มทดลองและ 15 หมู่บ้านเป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองประชากร 8 หมู่บ้านเป็นผู้ชายและอีก 7 หมู่บ้านเป็นผู้หญิง ส่วนกลุ่มควบคุมประชากร 7 หมู่บ้านเป็นผู้ชายและอีก 8 หมู่บ้านเป็นผู้หญิง รวมมีประชากรทั้งหมด 271 คนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตาม DSM-IV algorithm ในการศึกษานี้มีกลุ่มทดลอง 107 คน เป็นผู้ชาย 53 คน ผู้หญิง 54 คน กลุ่มควบคุม 117 คน เป็นผู้ชาย 55 คน ผู้หญิง 62 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคิดจากการทำข้อตกลงมากกว่าการคำนวณ แต่ในตอนท้ายคำนวณโดยใช้สูตรจากกลุ่มบุคคลในแต่ละหมู่บ้าน หลักการสุ่มใช้การระบุเมืองแล้วใช้การสุ่มตัวเลขตามสูตรตาราง เริ่มต้นใครที่พบการวินิจฉัยตามเกณฑ์ จะมีการสัมภาษณ์และให้เซ็นต์ยินยอม และจะให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการศึกษาในกลุ่มทดลองในแต่ละหมู่บ้านมีการถามคำถามเพื่อยืนยันความสมัครใจตลอดในช่วงการศึกษา และสัมภาษณ์ต่อเนื่องจนเหลือผู้ทดลอง 8 คน หรือทำจนจบรายการ กลุ่มเป้าหมายอยู่ระหว่าง 8-10 คนต่อกลุ่ม
ผลการศึกษา	ความชุกของภาวะซึมเศร้า หลังจบการบำบัดด้วยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่ม จำนวนคนที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (ตามเกณฑ์ DSM-IV algorithm) ในกลุ่มควบคุมมีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่ว่าจะทำการวิเคราะห์ในลักษณะใด การเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนซึมเศร้าและการสูญเสียการทำหน้าที่ คะแนนอาการซึมเศร้ามลดลงมากหลังได้รับการบำบัด โดยเฉลี่ยลดลงไป 17.47 คะแนนในกลุ่มทดลอง และ 3.55 คะแนนในกลุ่มควบคุม ในกลุ่มทดลอง คะแนนในผู้ป่วยชายลดลง 14.43 (95% CI, 12.32-16.55) เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยหญิงคะแนนลดลง 20.46 (95% CI, 18.09 -22.84) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระหว่างเพศเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม คะแนนการทำหน้าที่ดีขึ้นในกลุ่มที่ได้รับการบำบัด พบว่าถ้าคะแนนอาการซึมเศร้าดีขึ้น คะแนนการทำหน้าที่ก็ดีขึ้นตามไปด้วย และพบว่ามี ความ

หัวข้อ	รายละเอียด
	แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเช่นเดียวกับคะแนนอาการซึมเศร้า
ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์	1) ความตรงของผลการวิจัย ผลการวิจัยมีความตรงเนื่องจากการวิจัยเชิงทดลองแบบมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมอยู่คนละหมู่บ้านกัน จึงคาดว่าไม่น่ามีโอกาสจะได้ติดต่อสื่อสารข้อมูลการบำบัดซึ่งกันและกัน งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ชัดเจน มีการกำหนดประชากรที่ศึกษาชัดเจนว่าเป็นคนที่มีอาการของโรคซึมเศร้า แม้ว่าในภายหลัง หลังจากมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์น้อย ได้มีการขยายเกณฑ์การคัดเลือกเอากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการในระดับน้อยเข้าร่วมด้วย แต่ก็ยังถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งอาจเป็นเพียง 1 ครั้ง (episode) เท่านั้น ซึ่งเป็นการศึกษาที่ตรงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา มีการบอกรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดอย่างย่อ การศึกษามีการวัดผลที่เป็นตัวแปรตามชัดเจน ซึ่งได้แก่ ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า จำนวนคนที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยที่ยังคงมีอยู่ และ การสูญเสียการทำหน้าที่ งานวิจัยนี้เป็นงาน RCT มีความเหมาะสมในการใช้วิธีการวิจัยแบบ RCT เพื่อตอบคำถามงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างเหมาะสม มีการสุ่มเข้ากลุ่มจริงขณะเลือกหมู่บ้านว่าจะให้กลุ่มตัวอย่างหมู่บ้านใดเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ซึ่งมีการอธิบายขั้นตอนการสุ่มอย่างชัดเจน ไม่มีรายงานเรื่องความแตกต่างของประชากรที่ศึกษา ดังนั้นจึงไม่มีผลกระทบต่องานวิจัย การสุ่มตัวอย่างเมื่อได้ประชากรที่ศึกษาแล้วมีการชี้แจงการทำกลุ่มในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเป็นผู้ทำกลุ่มจึงทราบว่าประชากรอยู่กลุ่มตัวอย่างใด งานวิจัยนี้ไม่ได้บอกรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประเมินหรือผู้ที่เก็บรวบรวมข้อมูล ช่วงการทำกลุ่มได้ให้อิสระกับผู้ป่วยในการที่จะค้นหาการบำบัดตามที่ตนเองต้องการตลอดการศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งอาจทำให้เกิด Bias ได้ แต่ไม่มีการรายงานผลว่าแต่ละกลุ่มได้รับการบำบัดอะไรเพิ่มเติมบ้างในการวิเคราะห์ผลการวิจัยนี้ มีการรายงานไว้ถึงกลุ่มตัวอย่างที่ drop out ผู้วิจัยได้นำกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาวิเคราะห์ข้อมูลแบบ intent to treat ในงานวิจัยไม่ได้รายงานเกี่ยวกับการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ไม่สามารถคงที่อยู่ในงานวิจัย (drop out) นอกจากกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัด

หัวข้อ	รายละเอียด
	ตามที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการปฏิบัติที่เหมือนกัน และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มวัดตัวแปรตามที่เหมือนกัน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในช่วงแรกได้กำหนดตามข้อตกลงของผู้ทำการศึกษา แต่ได้มาคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในภายหลังด้วยการคำนวณ power analysis ซึ่งพบว่ามีจำนวนเพียงพอสำหรับงานวิจัยนี้ 2) ผลการวิจัยสรุปว่า โปรแกรมจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยวัดเมื่อจบการบำบัด 2 สัปดาห์ พบว่า (1) ค่าคะแนนความรุนแรงภาวะซึมเศร้าลดลงในกลุ่มที่ได้รับการบำบัด โดยมีค่าเฉลี่ยลดลง 17.47 คะแนนในกลุ่มทดลอง และ 3.55 คะแนนในกลุ่มควบคุมตามลำดับ ($P < .001$) ค่า Mean difference คือ 13.91 (95% CI, 10.99-16.84) ซึ่งแสดงถึงการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (2) ค่าเฉลี่ยคะแนนของการสูญเสียการทำหน้าที่ลดลงเท่ากับ 8.08 และ 3.76 ตามลำดับ ($P < .001$) ค่า Mean difference คือ 4.32 (95% CI, 2.80-5.84) ซึ่งแสดงถึงการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (3) หลังจบการบำบัด พบโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์ 6.5% และ 54.7% ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ($P < .001$) เปรียบเทียบกับก่อนให้การบำบัด 86% และ 94% ตามลำดับ ($P = .04$) 3) การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในคลินิก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน แต่ลักษณะหน่วยงานของผู้ศึกษาเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งเป็นหน่วยที่ให้การปรึกษากับโรงพยาบาลเครือข่ายในชุมชน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสามารถที่จะนำรูปแบบการบำบัดไปให้คำแนะนำแก่พยาบาลที่ให้การดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้รับบริการในชุมชน นอกจากนั้นยังสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานเพื่อใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับรักษาแบบผู้ป่วยนอก การบำบัดมีความคุ้มค่าเนื่องจากสามารถบำบัดผู้ป่วยได้ครั้งละหลายๆ คน ใช้บุคลากรจำนวนน้อย ไม่สิ้นเปลืองในเรื่องของค่าอุปกรณ์และวัสดุทางการแพทย์ การบำบัดไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และยังเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยเนื่องจากสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่อาจต้องพิจารณาเรื่องของต้นทุนการส่งผู้บำบัดไปรับการฝึกอบรมก่อนที่จะนำรูปแบบการบำบัดมาใช้

ตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องที่ 1 (ฉบับที่ 2)

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์	Bass, Neugebauer, Clougherty, Verdelli, Wickramaratne, Ndogoin & et al. (2006).
เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	กลุ่มจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับโรคซึมเศร้าในชนบทประเทศอุกันดา: วัดผลลัพธ์ 6 เดือน Group Interpersonal Psychotherapy for Depression in Rural Uganda: 6-month outcomes: A Randomized Controlled trial. <i>British Journal of Psychiatry</i> , 188, 567 - 563.
วัตถุประสงค์การศึกษา	เพื่อประเมินผลของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มหลังการบำบัด 6 เดือน
กลุ่มตัวอย่าง	ชาวชนบท ประเทศอุกันดา ที่ทำการศึกษาใน Bolton et al. (2003) สุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 15 หมู่บ้าน และกลุ่มควบคุม 15 หมู่บ้าน รวมทั้งหมด 271 คน จากการสัมภาษณ์และพยายามติดต่อประชากรในการศึกษาเหลือกลุ่มตัวอย่าง 224 คน เป็นกลุ่มทดลอง 107 คน ซึ่งมีผู้ชาย 53 คน และผู้หญิง 54 คน กลุ่มควบคุม 117 คน มีผู้ชาย 55 คน และผู้หญิง 62 คน เมื่อติดตามผลการบำบัดขณะ 6 เดือนมีผู้ป่วย drop out 8 คน เหลือสมาชิกในกลุ่มทดลอง 103 คน สมาชิกกลุ่มควบคุม 113 คน เกณฑ์การคัดเข้า 1. อายุ 18 ปีขึ้นไป 2. พบอาการทั้งหมดหรือ 1 อย่างตาม DSM-IV algorithm ที่เข้าข่ายโรคซึมเศร้า 3. มีระดับของการสูญเสียการทำงานที่ กลุ่มตัวอย่างที่นำมาประเมินผลเป็นการประเมินรายบุคคลขณะ 6 เดือนมีสมาชิก 52% เป็นผู้หญิง อายุเฉลี่ย 46.4 ปี (s.d.=16.0) คะแนนพื้นฐานของอาการซึมเศร้าเฉลี่ยคือ 23.6 (s.d.=6.5) และ 24.5 (s.d.=6.2) การสูญเสียการทำงานที่คะแนนเฉลี่ย 12.2 (s.d.=6.2) และ 12.6 (s.d.=6.6) สำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ จากการวิเคราะห์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องความแตกต่างของลักษณะพื้นฐานในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของอาการซึมเศร้ามีลักษณะคล้ายกันซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หัวข้อ	รายละเอียด
สถานที่เก็บข้อมูล	เมืองมาซาคาและเมืองราไก ประเทศอุกันดา
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับของหลักฐาน	A Randomized Controlled trial ระดับความเข้มแข็งที่ระดับ 3
Intervention	กลุ่มทดลองแบ่งสมาชิกเป็นกลุ่มละ 5- 8 คนหมู่บ้านละ 1 กลุ่ม สมาชิกกลุ่มเป็นเพศเดียวกันทั้งหมด ทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 90 นาที ทั้งหมด 16 ครั้ง ในการบำบัดแต่ละครั้งผู้นำกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มพิจารณาการเกิดอาการซึมเศร้าในปัจจุบัน สถานการณ์ก่อนเกิดอาการ และเชื่อมโยงสถานการณ์ทางบวกและทางลบที่เป็นเหตุการณ์ต่ออารมณ์ซึมเศร้าในปัจจุบัน สมาชิกกลุ่มจะสนับสนุน พุดคุย ให้คำแนะนำเพื่อช่วยเหลือสมาชิกอื่นๆ ในกลุ่มพบว่าสมาชิกกลุ่มมีความตั้งใจสูง 75% ของสมาชิกกลุ่มในปัจจุบัน มีสมาชิกอย่างน้อย 80% เข้ากลุ่มทุกสัปดาห์ (13 ครั้ง) มีเพียง 4% ที่เข้ากลุ่มน้อยกว่า 11 ครั้งเนื่องจากมีเหตุผลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง การเจ็บป่วยหรือการตายของคนในครอบครัว หรือความจำเป็นจากที่ทำงาน ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองสามารถหาการรักษาได้อย่างอิสระ เช่น องค์การที่จัดหาคำปรึกษามาให้เฉพาะ HIV/AIDS, หรือการพุดคุยกับเพื่อน ครอบครัว การเข้าโบสถ์ ผู้นำกลุ่มจะใช้ภาษาพุดเป็นภาษาอังกฤษและภาษาลูกันดา (เป็นภาษาท้องถิ่น) ผ่านการฝึกอบรมจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบเข้มข้นอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และเป็นเพศเดียวกันกับผู้เข้ารับการบำบัด
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	1. Hopkins Symptom Checklist (HSCL; Derogatis et al, 1974) เป็นเครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ประกอบด้วยการใช้ 15 อาการ มี 4 ระดับคะแนนในแต่ละหัวข้อย่อย ถ้าไม่มีอาการรบกวนจนทำให้รำคาญหรือนำเบื่อให้ 0 คะแนน ถ้ามีอาการรบกวนทำให้รำคาญหรือนำเบื่ออย่างรุนแรงในก่อนหน้านี้หนึ่งสัปดาห์ให้ 3 คะแนน 2. Individual functional impairment เป็นเครื่องมือประเมินความบกพร่องของการทำหน้าที่ที่มีความเฉพาะกับเพศใดเพศหนึ่ง มี 9 คำถาม แต่ละคำถามมี 5 ระดับคะแนน ถ้าไม่มีความยากลำบากในการทำหน้าที่เลยให้ 0 คะแนน ถ้าไม่

หัวข้อ	รายละเอียด
	สามารถทำงานได้บ่อยๆเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่นๆในเพศเดียวกันให้ 4 คะแนน 3. เครื่องมือวินิจฉัยโรคซึมเศร้า โดยทั่วไปใช้ algorithm (พัฒนาจาก Mollica et al, 1999) มีพื้นฐานจากเกณฑ์ DSM-IV A (APA, 1994) เครื่องมือและเกณฑ์การวินิจฉัยใช้วัดเหมือนกันขณะเริ่มต้น หลังจบการบำบัด 2 สัปดาห์ และวัดติดตาม 6 เดือน
วิธีดำเนินการวิจัย	การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบมีการสุ่ม กลุ่มทดลองได้รับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่ม กลุ่มควบคุมไม่ได้กำหนดว่าได้รับการบำบัดใด แต่ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองสามารถหาการรักษาได้อย่างอิสระ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเป็นไปได้และประเมินผลของกลุ่มจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการรักษาอาการซึมเศร้าของประชากรในเมืองมาซาคาและเมืองราโกประเทศอุกันดา งานวิจัยนี้เป็นการวัดติดตามผลหลังการบำบัด 6 เดือน ซึ่งมีการทำวิจัยก่อนหน้านี้จาก Bolton et al. (2003)
ผลการศึกษา	มีการวัดผล 2 ครั้งเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและการสูญเสียการทำหน้าที่เปรียบเทียบกับคะแนนพื้นฐาน 1. วัดครั้งแรกหลังจากจบการฝึก 2 สัปดาห์ ผลใน Bolton et al. (2003) 2. ครั้งที่สองวัดหลังจบการฝึก 6 เดือน คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าเมื่อประเมินจาก HSCL กลุ่มที่ได้รับการบำบัด มีคะแนนเฉลี่ยลดลงประมาณ 14 คะแนน ซึ่งมีคะแนนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ขณะ 2 สัปดาห์ และ 6 เดือน หลังจบการบำบัด และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.0001$ ผลของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพอย่างมากในการลดอาการของโรคซึมเศร้าและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มที่เคยได้รับการบำบัดเมื่อวัดผล 6 เดือนหลังจบการบำบัด การสูญเสียการทำหน้าที่ มีคะแนนเฉลี่ยทั้งหมดประมาณ 4 คะแนนซึ่งเป็นคะแนนที่ต่ำในกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการบำบัด 2 สัปดาห์ และคะแนนเฉลี่ยประมาณ 5 คะแนนในกลุ่มทดลอง เมื่อประเมินซ้ำ 6 เดือน ซึ่งคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.0001$ ก่อนทำการศึกษากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัด 86% พบเรื่องการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า และกลุ่มควบคุม 94% พบเข้าข่ายการวินิจฉัย (ความแตกต่าง

หัวข้อ	รายละเอียด
	มีมากกว่าแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) เช่นเดียวกัน ค่าร้อยละจากการประเมิน 2 สัปดาห์หลังการฝึกคือ 7% และ 57% จากการประเมิน 6 เดือนหลังการฝึกคือ 12% และ 55% ตามลำดับ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการประเมินทั้งสองครั้ง $P < 0.0001$
ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์	1) ความตรงของผลการวิจัย ผลการวิจัยมีความตรงเนื่องจากการวิจัยมีวัตถุประสงค์ชัดเจน มีการกำหนดประชากรที่ศึกษาชัดเจน และเป็นการศึกษาที่ตรงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา มีการบอกรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดแบบย่อ การศึกษามีการวัดผลที่เป็นตัวแปรตามชัดเจน งานวิจัยนี้เป็นงาน RCT มีความเหมาะสมในการใช้วิธีการวิจัยแบบ RCT เพื่อตอบคำถามงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างเหมาะสม มีการสุ่มเข้ากลุ่มจริงเริ่มตั้งแต่การสุ่มเลือกหมู่บ้านว่าจะให้กลุ่มตัวอย่างหมู่บ้านใดเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ซึ่งมีการอธิบายขั้นตอนการสุ่มอย่างชัดเจน ไม่มีความแตกต่างของประชากรที่ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเหมือนครั้งแรกของการศึกษาเมื่อนัดมาประเมิน ดังนั้นจึงไม่มีผลกระทบต่องานวิจัย การสุ่มตัวอย่างไม่ได้รายงานไว้ว่ามีการปกปิดหรือไม่ ผู้บำบัดเป็นผู้ร่วมทีมในการทำการศึกษาก็ทราบว่าคุณสมบัติอยู่ในกลุ่มใด ส่วนผู้ประเมินในงานวิจัยรายงานไม่ได้พบผู้บำบัดขณะประเมิน ในงานวิจัยไม่ได้รายงานไว้ถึงผลกระทบอื่นๆ ผู้วิจัยไม่ได้นำกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ผลเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มาครบขณะนัดมาประเมินผลโดยไม่รวมถึงผู้ป่วยที่ drop out นอกจากกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัด กลุ่มตัวอย่างได้รับการปฏิบัติที่เหมือนกัน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มวัดตัวแปรตามเหมือนกัน กลุ่มตัวอย่างได้รายงานเกี่ยวกับการคำนวณ power analysis ไว้ซึ่งพบว่ามีจำนวนเพียงพอสำหรับงานวิจัยนี้ 2) ผลการวิจัยสรุปว่าการบำบัดโปรแกรมจิตบำบัดสัมพันธ์สภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยวัดผลการบำบัดต่อเนื่องจากการทดลองของ Bolton et al. (2003) เป็นการประเมินผลในระยะยาวขึ้น 6 เดือนหลังจบการบำบัด จากผลการบำบัดพบว่ากลุ่มที่ได้รับจิตบำบัดสัมพันธ์สภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มมีคะแนนซึมเศร้าเฉลี่ยลดลง 14 คะแนนเมื่อเปรียบเทียบกับค่าคะแนนพื้นฐาน ซึ่งคะแนนลดลงมากกว่า

หัวข้อ	รายละเอียด
	กลุ่มควบคุม จึงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 13.91 (95%CI, 12.2-15.8 ; $p < 0.0001$) และจากการวิเคราะห์เกี่ยวกับการสูญเสียการทำหน้าที่คะแนนเฉลี่ยลดลง 5 คะแนน 4.97 (95%CI, 3.6-6.4 ; $p < 0.0001$) ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในคลินิก กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลในชุมชน แต่ลักษณะหน่วยงานเป็นโรงพยาบาล สามารถที่จะนำรูปแบบการบำบัดไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยนอกในหน่วยงานได้ นอกจากนั้นยังสามารถที่จะนำรูปแบบการบำบัดไปให้คำแนะนำแก่พยาบาลที่ให้การดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้รับบริการในชุมชน แต่ผู้นำไปใช้ควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับการทำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจากผู้เชี่ยวชาญก่อน หากนำการบำบัดไปใช้จะทำให้เกิดความคุ้มทุน ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ต้องพิจารณาเรื่องของต้นทุนการส่งผู้บำบัดไปรับการฝึกอบรม และจากการศึกษาได้ยืนยันถึงประสิทธิภาพของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มเมื่อวัดติดตามผล 6 เดือน ซึ่งสามารถลดการป่วยซ้ำได้ในระยะยาว ส่งผลให้ประหยัดค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์ การใช้ยาต้านเศร้า และค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล

ตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องที่ 2 (ฉบับที่ 1)

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์	Schramm, Calkers, Dykieriek, Lieb, Kech, Zobel & et al. (2007).
เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	An Intensive Treatment Program of Interpersonal Psychotherapy Plus Pharmacotherapy for Depressed Inpatients: Acute and Long-term Results. <i>American Journal of Psychiatry</i> , 164(5), 768-777.
วัตถุประสงค์การศึกษา	เพื่อศึกษาผลของจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลร่วมกับการรักษาด้วยยาเปรียบเทียบกับ การรักษาด้วยยา ร่วมกับการจัดการอาการทางคลินิกในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยอายุระหว่าง 18-65 ปี ที่ส่งตัวมาจาก primary care จากแพทย์และจิตแพทย์ มาที่แผนกผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของโรงพยาบาลระหว่างเดือนพฤศจิกายน ปี 2000 - เดือนสิงหาคม ปี 2003 และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า คัดกรองผู้ป่วยในระหว่าง 3 วันขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ขึ้นต้นคัดกรองผู้ป่วยประมาณ 300 คน มีผู้ป่วย 130 คน ตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า จึงสุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 65 คน กลุ่มควบคุม 65 คน ในกลุ่มทดลองไม่ได้รับการรักษา 2 คน เนื่องจาก มีโรคร่วมเมื่อวินิจฉัยครั้งแรก 1 คน และมีอาการหลงผิด 1 คน ในกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการรักษา 4 คน เนื่องจากปฏิเสธการรักษาหลังได้รับการสุ่ม 1 คน กลับบ้านก่อน 1 คน มีความคิดทำร้ายตนเองอย่างรุนแรง 1 คน ดังนั้นเหลือผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 63 คน กลุ่มควบคุม 61 คน รวมเป็น 124 คน กลุ่มตัวอย่างบำบัดจนจบโปรแกรมกลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มควบคุม 47 คน drop out 27 คน เกณฑ์การคัดเข้า 1. ผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าตาม DSM-IV (มีอาการครั้งเดียว, การกลับเป็นซ้ำ หรือ Bipolar II) 2. คะแนนซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนนจากการวัดด้วยแบบประเมิน HAM-D เกณฑ์การคัดออก 1. ผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็น Bipolar I disorder, มีการวินิจฉัยแรกเป็นโรคจิตสารเสพติด หรือโรคอื่นๆ ที่มีการวินิจฉัยแรกเป็น axis I disorder, โรคทางจิต

หัวข้อ	รายละเอียด
	จากปัญหาทางสมอง และบุคลิกภาพผิดปกติแบบถาวร หรือบุคลิกที่ต่อต้านสังคม 2. มีอาการทางจิตเวช 3. มีการสูญเสียการรู้คิดอย่างรุนแรง 4. มีปัญหาเรื่องการรับประทานระหว่างการศึกษา 5. ยังคงอยู่ในระยะที่มีความคิดทำร้ายตนเองอยู่ตลอดเวลา ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติบนพื้นฐานของลักษณะประชากรในผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าร่วมโปรแกรมและผู้ป่วยที่ drop out การวิจัยนี้ได้ทำอย่างถูกต้องตามแบบแผนจากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยไพเรเบิร์ก ผู้ป่วยเห็นด้วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนทำการวิจัย
สถานที่เก็บข้อมูล	แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับของหลักฐาน	A Randomized Controlled trial ระดับความเข้มแข็งที่ระดับ 3
Intervention	กลุ่มทดลองได้รับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยบำบัดรายบุคคล 15 ครั้ง ประมาณครั้งละ 50 นาที ใช้เวลา 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มากกว่า 5 สัปดาห์ นำบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมบำบัดด้วยในบาง session เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรค หลังจากนั้นเพิ่มจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่ม 8 ครั้ง (Schramm, 2001) กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการในคลินิก ได้รับการบำบัดสัปดาห์ละ 3 ครั้งตามแนวทางการบำบัดระยะสั้น ได้แก่ การให้จิตศึกษาให้กำลังใจ รับรู้และเข้าใจตัวเองอย่างที่เขาเป็นและให้การบำบัดด้วยความเข้าใจ ระยะเวลา 20-25 นาที (เป็นแนวทางการบำบัดในคลินิกของ C.F. Reynolds, III and J.M. Perel) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดด้วยยาเหมือนกันทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเรื่องการไข้ยา และทั้งสองกลุ่มได้รับการบำบัดปกติที่เหมือนกัน เช่น แพทย์เยี่ยมวันละครั้ง การเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด และการบำบัดทางด้านร่างกาย

หัวข้อ	รายละเอียด
	ยาต้านเศร้าที่นำมาใช้กับผู้ป่วยอันดับแรก คือ sertraline เมื่อผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองต่อยา sertraline จะเลือกใช้ยา amitriptyline หรือ amitriptyline-N-oxide ค่าเฉลี่ยรวมสุดท้ายของยา sertraline คือ 90.2 mg/day และค่าเฉลี่ยรวมสุดท้ายของยา amitriptyline หรือ amitriptyline-N-oxide คือ 175.43 mg/day ผู้ทำการบำบัดจิตบำบัดสัมพันธ์ทางประหว่งบุคคลทั้งหมด (5 คนเป็นจิตแพทย์ประจำ และอีก 5 คนเป็นนักจิตบำบัดในคลินิก) จบการฝึกโปรแกรมการบำบัดทางจิต 3 ปี
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา 1. HAM-D เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์อันดับแรก มี 17 ข้อคำถาม 2. Beck Depression Inventory (BDI) 3. Global Assessment of Functioning Scale (GAF) 4. Social Adjustment Scale Self Report การตอบสนองต่อการบำบัด (Response) พิจารณาจากอาการซึมเศร้าลดลง 50% หรือมากกว่าเมื่อประเมินด้วยแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression การปราศจากอาการ (remission) พิจารณาจากการใช้เกณฑ์เท่ากับ 7 คะแนนหรือน้อยกว่าจากการประเมินด้วยแบบประเมินเดียวกัน อาการกำเริบ (relapsed) จะประเมินหลังจบการบำบัดทันที พิจารณาจากการใช้เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนนจากการประเมินด้วยแบบประเมินเดียวกัน ร่วมกับมีอาการทางจิตมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนนจากการประเมินด้วย Psychiatric Status Ratings (PSRs) อย่างน้อย 2 สัปดาห์ การรักษาจะประเมินในสัปดาห์ที่ 5 หลังจากเริ่มทำการรักษา หลังจากนั้นประเมินเมื่อ 3 และ 12 เดือน หลังจากกลับบ้าน การประเมินจะทำโดยอิสระไม่ให้ผู้ประเมินรู้ตัว (ในคลินิกผู้บำบัด)
วิธีดำเนินการวิจัย	การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบมีการสุ่ม มีการสุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่มโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ตามสถิติที่น่าจะเปลี่ยนแปลงได้ ในเรื่อง อายุ, เพศ, โรคอารมณ์เศร้าด้านเดียวของโรค Bipolar II, โรคร่วมตาม axis I, ระยะเวลาที่มีอาการและจำนวนครั้งที่มีการ กลุ่มทดลองได้รับจิตบำบัดสัมพันธ์ทางประหว่งบุคคล กลุ่มควบคุมได้รับการจัดการในคลินิก ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

หัวข้อ	รายละเอียด
	ได้รับการบำบัดด้วยยาเหมือนกัน
ผลการศึกษา	วิเคราะห์ประชากรที่ศึกษาแบบ intent-to-treat (ITT)(N=124) เมื่อการรักษาสิ้นสุด (N=105) จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลรายบุคคลเฉลี่ย 12.8 ครั้ง (SD=2.75; ระหว่าง: 4-15) มีผู้ป่วย 4 คนกลับบ้านก่อนจบการฝึกเพราะอาการดีขึ้นก่อน และได้รับการบำบัดน้อยกว่า 15 ครั้ง ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ยกเว้น ก่อนการบำบัดในการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดมี การวินิจฉัยโรคร่วม โดยมีผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง 23 คน, ดิสดาร์เซพติด 14 คน (ไม่ใช่วินิจฉัยแรก), โรควิตกกังวล 10 คน, โรคเกี่ยวกับอาการทางกายที่ไม่พบสาเหตุ 5 คน, โรคสมาธิสั้น 5 คน และโรคเกี่ยวกับการรับประทานผิดปกติ 2 คน ผลลัพธ์ในระยะเฉียบพลัน ผลหลังจบการบำบัดทันที: มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าจากการวัดด้วย HAM-D (ITT: $t=3.74$, $df=122$, $p<0.001$; completers $t=-3.47$, $df=103$, $p=0.001$) แสดงถึงประสิทธิภาพของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มจากการวัดด้วยแบบประเมิน HAM-D ในการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ ITT (จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล 8.9 (SD=6.4) เปรียบเทียบกับการจัดการอาการทางคลินิก 11.8 (SD=7.9); $p=0.009$) ขนาดอิทธิพลของกลุ่ม IPT $d=0.62$) อัตราการตอบสนองและอัตราการฟื้นฟู: การวิเคราะห์แบบ ITT และ completer ประเมินจาก HAM-D มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของทั้งสองกลุ่มหลัง 5 สัปดาห์ ประโยชน์ของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (ITT: 70% เปรียบเทียบกับ 51%; $p=0.043$; completer: 77% เปรียบเทียบกับ 58%; $p=0.038$) การตอบสนองต่อการฟื้นฟู a number need to treat คือ 6 (95%CI=3-21) ความแตกต่างของอัตราการฟื้นฟู ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการวิเคราะห์แบบ ITT (จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล: 49% การจัดการอาการทางคลินิก: 34%; $p=0.105$) แต่จากการวิเคราะห์แบบ completer จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลมีอัตราการฟื้นฟูสูงกว่า

หัวข้อ	รายละเอียด
	(จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล: 58%; การจัดการอาการทางคลินิก; 40%; $p=0.079$) การทําหน้าที่ทั้งหมด: กลุ่มทดลองมีการทําหน้าที่ดีขึ้นทั้งหมดจากการวัดด้วย Global Assessment of Functioning Scale ในสัปดาห์ที่ 5 (ITT: $F=193.45$, $df=122$, $p<0.001$; completer $F=232.00$, $df=1,101$, $p<0.001$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ระยะติดตามผล เมื่อรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย 97 คน (92.4%) ที่ได้รับการบำบัดจนครบจากผู้ป่วยทั้งหมด 105 คน มีผู้ป่วย 93 คน (89%) เป็นผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาตามนัด 3 เดือน และใน 12 เดือน มีผู้ป่วย 95 คน (90%) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในลักษณะพื้นฐานของประชากรหรืออาการอื่นที่ไม่คงที่และสมาชิกที่ไม่มาตามนัด มีผู้ป่วย 1 คนที่ได้รับการบำบัดแบบปกติลงมือทำร้ายตนเอง (suicide) หลังกลับจากโรงพยาบาล 10 วัน และ 98% ของการประเมินผู้ป่วยทั้งหมด (ผู้ป่วย 95 คนจาก 97 คน) ที่รับการรักษาต่อเนื่องหลังจากกลับบ้านพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการบำบัดมีผู้ป่วยเพียง 17% (ผู้ป่วย 16 คนจาก 95 คน) ของผู้ป่วยทั้งหมดไม่ได้รับการต่อเนื่องระยะติดตามผล 12 เดือน ประสิทธิภาพของการรักษาทั่วไป: เมื่อวัดติดตามผล 3, 12 เดือน ด้วยแบบประเมิน HAM-D ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีอาการซึมเศร้าลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการอาการทางคลินิกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (3 เดือน $p=0.016$; 12 เดือน $p=0.008$) และเมื่อวัดด้วย BDI ทั้งสองกลุ่มยังคงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.032$) อัตราอาการกำเริบและการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล: ระยะติดตามผล 3 เดือน มีผู้ป่วยเพียง 1 คนจาก 39 คน (2.6%) ของกลุ่มทดลองที่มีอาการกำเริบ เปรียบเทียบกับ ผู้ป่วย 7 คนจาก 28 คน (25%) ของกลุ่มควบคุม (number needed to treat=5, odd ratio =0.08, 95% CI=3-18; $p=0.008$) ระยะติดตามผล 12 เดือน ผู้ป่วย 5 คน (13%) ที่ตอบสนองต่อจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และผู้ป่วย 8 คน (29%) ที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย

หัวข้อ	รายละเอียด
	การรักษาปกติ มีอาการกำเริบ (number needed to treat=7, odd ratio =0.37, 95% CI=3-23; p=0.209) ใน 3 เดือนแรก ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล 13% เปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง 2% (1 คน ในจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เปรียบเทียบกับ 6 คน ที่ได้รับการจัดการอาการทางคลินิก; p=0.054) ความคงอยู่ของการตอบสนองต่อการรักษาและการฟื้นฟู: ระยะติดตามผล 3 เดือน 73% (35 คนจาก 48 คน) กลุ่มทดลองมีความคงอยู่ของการตอบสนองต่อการรักษาเปรียบเทียบกับ 47% (22 คนจาก 47 คน) ของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (P=0.012) ความคงอยู่การฟื้นฟูไม่แสดงความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองกลุ่ม (กลุ่มทดลอง ผู้ป่วย 19 คนจาก 52 คน (36%) กลุ่มควบคุม ผู้ป่วย 12 คนจาก 50 คน (24%)) ระยะติดตามผล 12 เดือน จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่มีการตอบสนองต่อจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลยังคงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงกว่า (p=0.002); (ผู้ป่วย 33 คนจาก 48 คน (69%)) การจัดการอาการทางคลินิก (ผู้ป่วย 17 คนจาก 47 คน (36%)) ความคงอยู่การฟื้นฟูไม่แสดงความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองกลุ่ม (กลุ่มทดลอง ผู้ป่วย 18 คนจาก 52 คน กลุ่มควบคุม ผู้ป่วย 10 คนจาก 50 คน (20%)) การทำหน้าที่ทางสังคม: พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการทำหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นเมื่อวัดจาก GAF (3 เดือน: P=0.034; 12 เดือน: p=0.026) และเมื่อวัดจาก Social Adjustment Scale Self Report the t-test แสดงถึงการเพิ่มขึ้นทุกๆ อย่างของการตัดสินใจทางสังคมขณะ 1 ปี หลังการรักษาในระยะเฉียบพลัน ระหว่าง 2 กลุ่ม ก่อนการรักษา (จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล : 1.87 (SD=0.49); การจัดการอาการทางคลินิก: 2.11 (SD=0.59); t=2.01, df=85, p=0.048)
ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์	1) ความตรงของผลการวิจัย ผลการวิจัยมีความตรงเนื่องจากการวิจัยมีวัตถุประสงค์ชัดเจน มีการกำหนดประชากรที่ศึกษาชัดเจนและเป็นการศึกษาที่ตรงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษาคือเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ถึงแม้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่เข้ากลุ่มจะมีโรคร่วมแต่ได้รายงานไว้ว่าไม่มีผลกระทบต่องานวิจัยนี้ มีโปรแกรมการบำบัดที่ชัดเจนแต่อธิบายไว้แบบย่อในงานวิจัยนี้ การศึกษามี

หัวข้อ	รายละเอียด
	การวัดผลที่เป็นตัวแปรตามชัดเจนคือระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า งานวิจัยนี้เป็นงาน RCT มีความเหมาะสมในการใช้วิธีการวิจัยแบบ RCT เพื่อตอบคำถามงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างเหมาะสมจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีการอธิบายขั้นตอนการสุ่มอย่างชัดเจน มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกที่ชัดเจน จากการวิเคราะห์ก่อนการบำบัดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกี่ยวกับลักษณะของประชากรดังนั้นจึงไม่มีผลกระทบต่องานวิจัย ก่อนการบำบัดผู้ป่วยส่วนใหญ่รักษาปกติแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่ได้ถูกปกปิดเรื่องการทดลองซึ่งอาจทำให้เกิด Bias ได้ งานวิจัยนี้ไม่ได้รายงานไว้ว่าผู้ทำการทดลองทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มตัวอย่างใดหรือไม่ แต่รายงานเกี่ยวกับผู้ประเมินว่าทำการประเมินอย่างอิสระโดยไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นกลุ่มตัวอย่างหรือไม่ ในงานวิจัยมีการวัดผลติดตามผู้ป่วย 3, 12 เดือน มีการรายงานถึงผู้ป่วยที่ drop out และรายงานถึงเหตุผลชัดเจน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของลักษณะประชากรในผู้ป่วยที่ drop out จึงไม่มีผลกระทบต่องานวิจัยนี้ ผลการศึกษาได้นำผู้ป่วยทุกรายมาวิเคราะห์แบบ intent to treat และวิเคราะห์แบบ completers และนำมาเปรียบเทียบกันซึ่งผลลัพธ์ยังพบว่าจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีประสิทธิภาพมากกว่า นอกจากการบำบัดที่ได้รับในกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาปกติด้วยการใช้ยา และผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดแบบการจัดการในคลินิก หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการติดตามและวัดตัวแปรตามที่เหมือนกัน ได้มีการคำนวณ power analysis เพื่อกำหนดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างเพียงพอในงานวิจัยนี้ 2) ผลการวิจัย จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลลัพธ์หลังจบการบำบัดทันที (ขณะสัปดาห์ที่ 5) กลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้ามามากกว่าและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ITT: $t=3.74$, $df=122$, $p<0.001$) ผลลัพธ์ระยะติดตามผล 3, 12 เดือน สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสามารถมีความคงอยู่ของการหายมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการอาการทางคลินิกซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (3 เดือน $p=0.016$; 12 เดือน $p=0.008$)

หัวข้อ	รายละเอียด
	3) การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในคลินิก มีความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในคลินิก กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยในคลินิกที่สนใจ ผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้ามีลักษณะที่ตรงกับผู้ป่วยในคลินิก จึงสามารถที่จะนำรูปแบบการบำบัดไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้ มีความคุ้มค่า การบำบัดสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ และการฟื้นฟูยังคงอยู่เมื่อวัดติดตามผลในระยะยาว 1 ปี ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ไม่เปลี่ยนแปลงในเรื่องของค่าอุปกรณ์และวัสดุทางการแพทย์ แต่อาจต้องพิจารณาเรื่องของต้นทุนการส่งผู้บำบัดไปรับการฝึกอบรมก่อนที่จะนำรูปแบบการบำบัดมาใช้

ตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องที่ 2 (ฉบับที่ 2)

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์	Schramm, Schneider, Zobel, Calkers, Dykieriek, Kech & et al. (2008).
เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	Efficacy of Interpersonal Psychotherapy Plus Pharmacotherapy in chronically depresses inpatients. <i>Journal of Affective Disorder</i> , 109, 65-73.
วัตถุประสงค์การศึกษา	เพื่อศึกษาผลของจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลร่วมกับการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรัง
กลุ่มตัวอย่าง	เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรัง อายุ 18-65 ปี เคยรักษาแบบผู้ป่วยใน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน กลุ่มควบคุม 21 คน บำบัดจนครบโปรแกรมเหลือกลุ่มทดลอง 18 คน กลุ่มควบคุม 19 คน รวมเป็น 37 คน เกณฑ์การคัดเข้า - เป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (MDE นานมากกว่า 2 ปี, dubble depression, MDE with no interepisode remission) ซึ่งมีจำนวน 36% (n=45) ในจำนวน 124 คนในการศึกษาเรื่องที่ผ่านมา (Schramm et al.,2007) เกณฑ์การคัดออก มีประวัติเป็น Bipolar I หรือมีอาการทางจิต ติดสารเสพติด โรคจิตที่เกิดจากปัจจัยทาง organic หรือบุคลิกภาพผิดปกติ หรือ โรคต่อต้านสังคม หรือถ้ามีโรคอื่นจากการวินิจฉัยแรกตาม Axis I disorder, มีปัญหาเรื่องยาระหว่างการศึกษา และยังมีความคิดทำร้ายตนเอง ไม่มีความแตกต่างของลักษณะประชากรทั้งสองกลุ่มกับค่าพื้นฐาน ยกเว้นเรื่องอายุ เมื่อนำมาวิเคราะห์แบบ completer sample (IPT: 39.11 ± 11.90 ปี CM: 46.68 ± 9.46 ปี, p=.039) กลุ่มตัวอย่างได้รับการยินยอมจากคณะกรรมการจริยธรรมที่เมืองไฟรเบิร์ก และผู้ศึกษาเซ็นยินยอมครบถ้วนในงานวิจัยนี้
สถานที่เก็บข้อมูล	แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับของหลักฐาน	A Randomized Controlled trial ระดับความเข้มแข็งที่ระดับ 3

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention	โปรแกรมจิตบำบัดสัมพันธ์ทางประหว่งบุคคล เริ่มต้นมาจาก Klerman et al. (1984) ใช้สำหรับผู้ป่วยใน (Schramm, 2001) เนื้อหาโปรแกรม 3 ครั้ง/ สัปดาห์ เป็นแบบรายบุคคล ทั้งหมดไม่เกิน 15 ครั้ง และเพิ่มจิตบำบัดสัมพันธ์ทางประหว่งบุคคลแบบกลุ่ม 8 ครั้ง ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมรักษาเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรังวิเคราะห์ข้อมูลแบบ ITT เฉลี่ยบำบัดเป็นรายบุคคล 11.54 ครั้ง (SD, 3.43; range: 4-15; completer: M=13.06; SD, 1.66; range: 10-15) ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิกได้รับการบำบัด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จาก brief guideline (พัฒนาจาก Reynolds et al., unpublished manuscript, 1988) การบำบัดประกอบด้วย การให้จิตศึกษา ให้กำลังใจ รับรู้และเข้าใจตัวเองอย่างที่เขาคือ การบำบัดด้วยความเข้าใจ ระยะเวลาครั้งละ 15-20 นาที ทำโดยแพทย์ประจำบ้าน องค์ประกอบหลักในการใช้การจัดการทางคลินิก (CM) ได้แก่ การจัดการกับอาการ และอาการข้างเคียงของยา การให้จิตศึกษากับผู้ป่วยและญาติใกล้ชิด การแก้ปัญหาแบบง่าย การสร้างความหวัง และการมองในแง่ดี ผู้บำบัดเป็นแพทย์ประจำทั้งบ้านหมด (n=26) มีการสอนโดยการพูดคุยสอบถามไปมาในการดูแลทางคลินิกอย่างน้อยครั้งวัน ทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาปกติด้วยการใช้ยา ทั้งกลุ่ม IPT และ กลุ่มการจัดการทางคลินิก ปฏิบัติโดยแพทย์ รักษาโดยการให้ยา sertraline ผู้ป่วยที่ไม่มีการตอบสนองต่อยา sertraline ในประวัติการรักษาจะใช้ยา amitriptyline หรือ amitriptyline - N- oxide (n=19) ค่าเฉลี่ยสุดท้ายของการให้ยา sertraline คือ 80.2 mg/day (SD, 32.9; range: 50-150 mg/day) สำหรับ amitriptyline หรือ amitriptyline - N- oxide ค่าเฉลี่ยสุดท้ายของการให้ยา คือ 160.8 mg/day (SD, 58.2; range: 75-300 mg/day) นอกจากนั้นให้ยาช่วยเป็น lorazepam (max. 3mg) หรือ oxazepam (max. 30mg) โดยใช้ขนาดสูงสุดเมื่อสามสัปดาห์ นอกจากนี้ให้ยา benzodiazepine 13 คน (28.9%) จากผู้ป่วย 45 คน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม IPT และกลุ่มการจัดการในคลินิกในเรื่องขนาดของยา ผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติจากกิจกรรมในแต่ละวันของโรงพยาบาล เช่น การตรวจเยี่ยมอาการประจำวัน กลุ่มบำบัดอาศัย

หัวข้อ	รายละเอียด
	และการบำบัดทางร่างกาย ผู้บำบัดเป็นจิตแพทย์ประจำ 5 คน และนักจิตบำบัดทางคลินิก 5 คน มีความเชี่ยวชาญ ได้รับการฝึกการทำจิตบำบัด 3 ปี
เครื่องมือที่ใช้ในการ ศึกษา	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา 1. HAM-D มี 17 ข้อคำถาม (Hamilton, 1960) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพท์อันดับแรก 2. Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1961) เป็นเครื่องมือวัดผลลัพท์อันดับที่สอง 3. Global Assessment of Functioning Scale (GAF; Endicott et al., 1976) 4. Psychiatric Status Ratings (PSRs) ใช้ประเมินอาการซึมเศร้าบนพื้นฐานของ DSM-IV เมื่อนัดมาประเมินผล โดยบันทึกอาการย้อนหลังจากผู้ป่วย (ประเมินจากการสัมภาษณ์ประวัติที่ยาวนานเมื่อมาตามนัด; Keller et al., 1987) เกณฑ์คะแนนอยู่ระหว่าง 1 คะแนน คือไม่มีอาการ ถึง 6 คะแนน พบเกณฑ์ของโรคซึมเศร้า การตอบสนองต่อการบำบัด (Response) พิจารณาจากอาการซึมเศร้าลดลง 50% หรือมากกว่าเมื่อประเมินด้วยแบบประเมิน HAM-D การปราศจากอาการ (remission) พิจารณาจากการใช้เกณฑ์เท่ากับ 7 คะแนนหรือน้อยกว่าจากการประเมินด้วยแบบประเมินเดียวกัน อาการกำเริบ (relapsed) จะประเมินหลังจบการบำบัดทันที พิจารณาจากการใช้เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนนจากการประเมินด้วยแบบประเมินเดียวกัน ร่วมกับมีอาการทางจิตมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนนจากการประเมินด้วย PSRs อย่างน้อย 2 สัปดาห์ ความคงอยู่ของการปราศจากอาการ (sustained remission) มีค่าเท่ากับ 7 คะแนนหรือน้อยกว่าจากการวัดด้วยแบบประเมิน HAM-D ร่วมกับมีอาการทางจิต 1 หรือ 2 คะแนน จากการวัดด้วย PSR อย่างน้อย 2 สัปดาห์ ดูจากไม่มีอาการกำเริบ และไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระหว่างที่นัดมาประเมินผล ผลของการรักษาประเมินในสัปดาห์ที่ 5 หลังจากเริ่มการบำบัด และ 3, 12 เดือน หลังกลับบ้าน
วิธีดำเนินการ	การวิจัยนี้เป็นวิเคราะห์ข้อมูลครั้งที่สอง จากการศึกษาในครั้งแรก (Schramm et

หัวข้อ	รายละเอียด
วิจัย	al, 2007) เฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (MDE นานมากกว่า 2 ปี, double depression, MDE with no interepisode remission) ซึ่งมีจำนวน 36% (n=45) ของจำนวนตัวอย่างในเรื่องเดิม (Schramm et al, 2007) ในการศึกษาได้ทำการสุ่มทั้งกลุ่มที่ได้รับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการจัดการอาการทางคลินิก โดยสุ่มประชากรจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ กำหนดให้มี อายุ เพศ และ โรคที่เกี่ยวข้องใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม
ผลการศึกษา	ผลลัพธ์ในระยะเฉียบพลัน ผลหลังจบการบำบัดทันที: ในสัปดาห์ที่ 5 หลังการรักษาเมื่อวัดด้วยแบบประเมิน HAM-D คะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม IPT ลดลงจาก 25.28 ถึง 9.95 (BDI: 31.75 ถึง 16.65) และในกลุ่ม CM จาก 23.48 ถึง 14.05 (BDI: 34.24 ถึง 19.74) จากการวิเคราะห์ขณะสัปดาห์ที่ 5 IPT มีประสิทธิภาพมากกว่ากลุ่ม CM เมื่อวัดด้วยแบบประเมิน HAM-D อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ITT: $F(1, 42)=4.82$, $p=.034$) ขนาดอิทธิพลของ IPT ในกลุ่ม ITT : $d=.90$; ในกลุ่ม completer: $F(1, 34)=11.22$, $p=.002$ ขนาดอิทธิพลของ IPT ในกลุ่ม ITT: $d=1.23$) อัตราการตอบสนองและอัตราการฟื้นฟู: การตอบสนองต่อการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม IPT และกลุ่ม CM (อัตราการตอบสนองในกลุ่ม ITT: 70.8% เปรียบเทียบกับ 38.1% ในกลุ่ม CM, $p=.038$; ในกลุ่ม completer: 83.3% เปรียบเทียบกับ 42.1% ในกลุ่ม CM, $p=.017$) การบำบัดแบบ IPT จึงมีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลทางคลินิก อัตราการหายไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อวิเคราะห์แบบ ITT (TPT: 50.0%, CM: 28.6%, $p=.123$) แต่ผู้ที่ได้รับการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างแบบ completer (กลุ่ม IPT 66.7% กับกลุ่ม CM 31.6%, $p=.050$) การทำหน้าที่ทั้งหมด: การรักษาทั้งสองกลุ่มทำให้การทำหน้าที่ทั้งหมด (GAF) เพิ่มขึ้นจากคะแนนพื้นฐานในสัปดาห์ที่ 5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ITT: $F(1, 43)=58.79$, $p=.001$, completer: $F(1, 35)=71.13$, $p=.001$) เมื่อวิเคราะห์ด้วย ANCOVA การ

หัวข้อ	รายละเอียด
	รักษาร่วมกันระหว่าง IPT กับยาจะมีประสิทธิผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ITT: (1, 42)=4.99, p=.031) ระยะติดตามผล 3 และ 12 เดือน หลังกลับจากโรงพยาบาล ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินทั้งหมด 95.6% ของผู้ป่วย มีผู้ป่วยเพียง 2 คน (1 คนในแต่ละกลุ่ม) ที่ไม่มาประเมินตามนัด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในลักษณะของประชากรหรืออาการของผู้ป่วยเหล่านั้น ผู้ป่วยที่เหลือส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาระหว่าง 12 เดือนหลังกลับไปอยู่ที่บ้าน (ในกลุ่ม IPT: ผู้ป่วย 14 คนจาก 17 คนที่ยังคงรักษาด้วยยาคิดเป็น 82.4% และในกลุ่ม CM: ผู้ป่วย 16 คนจาก 18 คนที่ยังคงรักษาด้วยยาคิดเป็น 88.9%) กลุ่มผู้ป่วยที่ยังคงทำจิตบำบัดคิดเป็น 60.5% (กลุ่ม IPT: ผู้ป่วย 11 คนจาก 17 คนคิดเป็น 65% และกลุ่ม CM: ผู้ป่วย 10 คนจาก 18 คนคิดเป็น 56%) มีผู้ป่วยเพียง 9.1% ที่รักษาไม่ต่อเนื่องใน 12 เดือน ผู้ป่วยที่ไม่ได้มาใช้บริการหลังออกจากโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประสิทธิภาพของการรักษา: ระยะติดตามผล 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงในการลดอาการซึมเศร้าเมื่อวัดด้วยแบบประเมิน HAM-D (ในกลุ่ม IPT คะแนนเฉลี่ย 5 คะแนน กับ 10 คะแนน ในกลุ่ม CM; $t(26.90)=2.34$, $p=.027$, ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง IPT : $d=1.05$) และมีแนวโน้มที่จะมีคะแนนต่ำลงอีกในกลุ่ม IPT ($t(25.45)=1.93$, $p=.065$) ขณะ 12 เดือน (ค่าคะแนนเฉลี่ย 5.87 คะแนน กับ 11.28 คะแนน ใน CM) เมื่อวัดด้วย BDI มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงในการลดอาการซึมเศร้า (ค่าคะแนนเฉลี่ย 9.87 คะแนน กับ 20.06 คะแนน ใน CM; $t(24.22)=2.22$, $p=.036$, ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง IPT: $d=.99$) อัตราอาการกำเริบและอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล: หลังกลับจากโรงพยาบาล 12 เดือน กลุ่ม IPT มีผู้ป่วย 1 คนจาก 15 คน (6.7%) ที่ตอบสนองต่อการรักษาหลังสัปดาห์ที่ 5 มีอาการกำเริบ เปรียบเทียบกับผู้ป่วย 2 คนจาก 8 คน (25%) ในกลุ่ม CM ($p=.263$) การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเกิดจากการมีอาการทางจิตแบบเฉียบพลัน โดยเกิดขึ้น 14.2% ของผู้ป่วย (5 จาก 35 คน) ในระหว่างนัดมา

หัวข้อ	รายละเอียด
	ประเมินหลังจบการฝึก ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม (IPT: ผู้ป่วย 2 คนจาก 17 คน; 11.7% และ CM: ผู้ป่วย 3 คนจาก 18 คน; 16.7%) ความคงอยู่ของการตอบสนองต่อการรักษาและการฟื้นฟู: ขณะ 3 เดือน ความคงอยู่ของการตอบสนองต่อการรักษา คือ 81.3% (ผู้ป่วย 13 คนจาก 16 คน) ในกลุ่ม IPT เปรียบเทียบกับเพียง 33.33% (ผู้ป่วย 6 คนจาก 18 คน) ในกลุ่ม CM มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.007$) และสามารถคงอยู่ถึง 12 เดือน (กลุ่ม IPT: 80% ผู้ป่วย 12 คนจาก 15 คน กับ CM: 33.3% ของผู้ป่วย 6 คนจาก 18 คน; $p=.013$) การคงไว้ซึ่งการฟื้นฟูสูงกว่าในกลุ่ม IPT แต่ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติขณะ 3 เดือน (กลุ่ม IPT: 23.5%, ผู้ป่วย 4 คนจาก 17 คน กับกลุ่ม CM: 16.7% ของผู้ป่วย 3 คนจาก 18 คน; $p=.691$) ขณะ 12 เดือน (กลุ่ม IPT: 23.5%, ผู้ป่วย 4 คนจาก 17 คน กับกลุ่ม CM: 16.7%, ผู้ป่วย 3 คนจาก 18 คน; $p=.691$) การทำหน้าที่ทั้งหมด: กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของการทำหน้าที่ทั้งหมดมากกว่ากลุ่มควบคุม จากการวัดด้วย GAF ขณะ 3, 12 เดือน $t(31)=2.49$, $p=.019$, ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง IPT : $d=1.21$ และ $t(24.72)=2.15$, $p=.042$, ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง IPT: $d=1.15$
ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์	1) ความตรงของผลการวิจัย ผลการวิจัยมีความตรงเนื่องจากการวิจัยมีวัตถุประสงค์ชัดเจน มีการกำหนดประชากรที่ศึกษาชัดเจน และเป็นการศึกษาที่ตรงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา งานวิจัยนี้เป็นงาน RCT มีความเหมาะสมในการใช้วิธีการวิจัยแบบ RCT เพื่อตอบคำถามงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างเหมาะสมจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ งานวิจัยมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกที่ชัดเจน ก่อนการบำบัดไม่มีความแตกต่างของลักษณะประชากรทั้งสองกลุ่มยกเว้น เรื่องอายุ กลุ่มทดลอง : 39.11 ± 11.90 ปี กลุ่มควบคุม : 46.68 ± 9.46 ปี แต่ไม่ได้รายงานถึงผลกระทบที่มีผลต่อการวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่ได้ถูกปกปิดเรื่องการทดลอง ซึ่งอาจทำให้เกิด Bias ได้ งานวิจัยไม่ได้รายงานไว้ว่าผู้ทำกลุ่มทราบหรือไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มใด แต่รายงานไว้ว่าผู้ประเมินเป็นจิตแพทย์ที่คลินิกโดยผู้

หัวข้อ	รายละเอียด
	ประเมินไม่รู้ตัว ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล การศึกษาติดตามผู้ป่วยขณะ 3, 12 เดือน มีการรายงานถึงผู้ป่วยที่ drop out และรายงานถึงเหตุผลชัดเจน และนำผู้ป่วยทุกรายมาวิเคราะห์แบบ intent to treat และวิเคราะห์แบบ completers และนำมาเปรียบเทียบกัน นอกจากการบำบัดที่ได้รับในกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาปกติด้วยการใช้ยา และผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดแบบการจัดการในคลินิก หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการติดตามและวัดตัวแปรตามที่เหมือนกัน 2) ผลการวิจัย จัดบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลลัพธ์หลังจบการบำบัดทันที (ขณะสัปดาห์ที่ 5) กลุ่ม IPT สามารถลดอาการซึมเศร้ามากกว่ากลุ่ม CM ในการวิเคราะห์ ITT คะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม IPT ลดลงจาก 25.28 เหลือ 9.95 คะแนน ในกลุ่ม CM จาก 23.48 เหลือ 14.05 คะแนน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ITT: $F(1, 42)=4.82, p=.034$) ในระยะติดตามผล 3 เดือน อาการซึมเศร้าลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่ม IPT คะแนนเฉลี่ย 5 คะแนน กับ 10 คะแนน ใน CM; $t(26.90)=2.34, p=.027$ และมีแนวโน้มที่จะมีคะแนนต่ำลงอีกขณะ 12 เดือน ในกลุ่ม IPT ($t(25.45)=1.93, p=.065$) (ค่าคะแนนเฉลี่ย 5.87 คะแนน กับ 11.28 คะแนน ใน CM) 3) การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในคลินิก มีความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในคลินิก กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้ามีลักษณะที่ตรงกับผู้ป่วยในคลินิก จึงสามารถที่จะนำรูปแบบการบำบัดไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้ มีความคุ้มค่า การบำบัดไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ไม่สิ้นเปลืองในเรื่องของค่าอุปกรณ์และวัสดุทางการแพทย์ แต่อาจต้องพิจารณาเรื่องของต้นทุนการส่งผู้บำบัดไปรับการฝึกอบรมก่อนที่จะนำรูปแบบการบำบัดมาใช้ และยังคงสอดคล้องกับลักษณะของโรงพยาบาลศรีธัญญาที่เน้นการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อลดอาการซึมเศร้าร่วมกับการรักษาด้วยยา

ตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องที่ 2 (ฉบับที่ 3)

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์	Zobel, Kech, van Calker, Dykieriek, Berger, Schneibel, et al. (2011).
เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	Long-term effect of combined interpersonal psychotherapy and pharmacotherapy in randomized trial of depressed patients. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> , 123, 276-282.
วัตถุประสงค์การศึกษา	เพื่อประเมินผลจิตบำบัดสัมพันธ์กับอาการระหว่างบุคคลร่วมกับการรักษาด้วยยาและความแตกต่างของผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ผ่านเหตุการณ์สะเทือนขวัญตั้งแต่วัยเด็กในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะยาว
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 124 คน ที่ถูกสุ่มเข้ากลุ่ม และนัดมาประเมินผล 5 ปี มีผู้ป่วย drop out 3 คนขณะนัดมาประเมินผล 1 ปี (ผู้ป่วยปฏิเสธ 2 คน, ผู้ป่วย 1 คนที่รักษาแบบปกติฆ่าตัวตายหลังจากกลับไปอยู่บ้าน 10 วัน) เหลือผู้ป่วย 121 คน ผู้ป่วย 24 คนไม่สามารถประเมินได้เนื่องจากผู้ป่วย 16 คนย้ายที่อยู่หรือหาไม่พบ (IPT 6 คน, CM 10 คน) และอีก 8 คนปฏิเสธก่อนหน้านี้นี้ (IPT 3 คน, CM 5 คน) เหลือผู้ป่วย 97 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 52 คน (IPT) และกลุ่มควบคุม 45 คน (CM) คิดเป็น 80% จากผู้ป่วย 121 คน เกณฑ์การคัดเข้า 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตาม DSM-IV 2. อายุระหว่าง 18-65 ปี 3. มีคะแนนซึมเศร้าอย่างน้อย 16 คะแนนจากการวัดด้วย HRSD เกณฑ์การคัดออก 1. ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็น Bipolar I disorder หรือ มีอาการทางจิต 2. ติดสารเสพติด 3. โรคทางจิตเวชจากปัญหาทาง Organic มีการสูญเสียการรู้คิดอย่างรุนแรง 4. โรคบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง หรือโรคที่ต่อต้านสังคม 5. โรคอื่นๆ ที่มีวินิจฉัยแรกเป็น axis I disorder 6. มีปัญหาเรื่องการรับประทานยาระหว่างการศึกษา 7. มีความคิดทำร้ายตนเอง

หัวข้อ	รายละเอียด
	ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง เริ่มต้นการบำบัดมีอาการซึมเศร้าเท่ากับ 20 คะแนนหรือมากกว่าจากการวัดด้วยแบบประเมิน HRSD การทำหน้าที่ 49 คะแนนและต่ำกว่าจากการวัดด้วยแบบประเมิน GAF และเป็นโรคซึมเศร้าชนิดเมแลงโคเลีย ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกี่ยวกับลักษณะของประชากร อาการที่ไม่คงที่ สำหรับผู้ป่วยที่มาตามนัดและผู้ป่วยที่ drop out
สถานที่เก็บข้อมูล	แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับของหลักฐาน	A Randomized Controlled trial ระดับความเข้มแข็งที่ระดับ 3
Intervention	กลุ่มทดลองได้รับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยบำบัดรายบุคคล 15 ครั้ง ประมาณครั้งละ 50 นาที ใช้เวลา 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มากกว่า 5 สัปดาห์ นำบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมบำบัดด้วยในบาง session เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรค หลังจากนั้นเพิ่มจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่ม 8 ครั้ง (Schramm et al., 2007) กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการในคลินิก ได้รับการบำบัดสัปดาห์ละ 3 ครั้งตามแนวทางการบำบัดระยะสั้น ได้แก่ การให้จิตศึกษา ให้กำลังใจ รับรู้และเข้าใจตัวเองอย่างที่เขาเป็น และให้การบำบัดด้วยความเข้าใจระยะเวลา 20-25 นาที (เป็นแนวทางการบำบัดในคลินิกของ C.F. Reynolds, III and J.M. Perel) ทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาด้วยยาเหมือนกัน
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา 1. Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) เป็นเครื่องมือประเมินผลลัพธ์อันดับแรก มี 17 ข้อคำถาม 2. Beck Depression Inventory เป็นเครื่องมือวัดระดับอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยจะทำการประเมินด้วยตนเอง มี 21 ข้อคำถาม 3. Global Assessment of Functioning Scale (GAF) เป็นเครื่องมือประเมินการทำหน้าที่

หัวข้อ	รายละเอียด
	4. Treatment History Inventory (THI) เป็นคำถามที่ถามผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องของจิตเวช การบำบัดทางจิตเวช การรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก หรือการใช้จ่าย และเพิ่มเรื่องการพยายามทำร้ายตัวเองด้วย 5. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง ย้อนหลังมี 28 ข้อคำถาม ยกตัวอย่างความรุนแรง 4 อย่างของการถูกทารุณกรรมทางอารมณ์ ทางร่างกาย ทางเพศ และการถูกละเลยทางด้านอารมณ์และด้านร่างกาย ซึ่งเป็นเหตุการณ์สะท้อนขวัญในวัยเด็ก
วิธีดำเนินการวิจัย	เป็นการวิจัยเพื่อประเมินผลระยะยาวของการใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลร่วมกับการรักษาด้วยยาและความแตกต่างของผู้ป่วยที่เคยผ่านเหตุการณ์สะท้อนขวัญตั้งแต่วัยเด็กในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระยะห้าปี โดยนับประเมินผล 3, 12 และ 75 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลแบบ ITT เครื่องมือที่ใช้ประเมินเพื่อวัดระดับอาการซึมเศร้าอันดับแรกคือ HRSD
ผลการศึกษา	ผลลัพธ์ของการศึกษาในระยะแรก (Schramm et al., 2007) ผู้ป่วยที่บำบัดด้วยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีอัตราการตอบสนองต่อการรักษามากกว่ากลุ่มควบคุม 70% เปรียบเทียบกับ 51% ($p=0.043$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการฟื้นหายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (IPT: 49%; CM 34%) เมื่อติดตามผล 12 เดือนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 105 คน อาการซึมเศร้าลดลงจากการรักษาผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันและคงอยู่ 3, 12 เดือนหลังจากกลับบ้าน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์เมื่อนับมาประเมินผล 5 ปี ห้าปีหลังจากกลับจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง 60% (ผู้ป่วย 58 คนจาก 97 คน) ใช้จ่ายด้านเศร้า, และ 19% (ผู้ป่วย 18 คนจาก 97 คน) ได้รับจิตบำบัด ในระยะ 5 ปีที่นับมาประเมินผล 56% ของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางจิตหนึ่งครั้งเป็นอย่างน้อย, และ 80% ใช้จ่ายด้านเศร้า, ทั้งหมด 37% ของผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างน้อยหนึ่งครั้งในระยะเวลาห้าปี ผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่ง (48 คนจาก 97 คน) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าบางครั้งในช่วงระยะเวลาห้าปี การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าพบว่าเป็น 33% 40 (IPT 33%, CM 31%) มีโรคร่วมเป็น axis I โดยมีโรควิตกกังวล 7 คน เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนชนิด I 1 คน เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนชนิด II 2 คน คิด

หัวข้อ	รายละเอียด
	สารเสพติด 2 คน และเป็นโรคจิตเภท 1 คน ทั้งหมดของผู้ป่วย 11% เคยมีอย่างน้อยหนึ่งครั้งที่พยายามทำร้ายตนเองในระยะเวลาที่นับมาประเมินผลนี้ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อพิจารณาทั้งสองกลุ่มทั้งเรื่องการรักษาด้วยยา หรือจิตบำบัด การวินิจฉัย การกลับเข้ามารักษาซ้ำ และการพยายามทำร้ายตนเอง ผลลัพธ์อันดับแรกเกี่ยวกับอาการ ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการลดอาการซึมเศร้าระหว่างคะแนนพื้นฐานและเมื่อนับมาประเมินผลห้าปี โดยการวัดด้วยแบบประเมิน HRSD ($P<0.001$ วัดผลทางตรง) ในการลดลงของอาการซึมเศร้าจะเร็วในการประเมินผลในระยะแรก และหลังจากนั้นจะเริ่มช้าลง ($P<0.001$ วัดจากสมการสองชั้น) ดังนั้นการรักษาทั้งสองแบบมีความแตกต่างกัน ($p=0.043$ ผลทางตรง$\times$การรักษา; $p=0.037$ ผลจากการใช้สมการสองชั้น$\times$การรักษา) ผลของการรักษาเกี่ยวกับระยะเวลามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการเปลี่ยนแปลงและการลดลงของอาการซึมเศร้าจากการวัดด้วยแบบประเมิน HRSD ในทางตรงกันข้ามกลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิกมีการลดลงพอสมควรตลอดการศึกษานี้ ดังนั้นจึงแสดงถึงประสิทธิภาพของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลโดยเฉพาะในเดือนแรกที่นับมาประเมินผล เมื่อเปรียบเทียบห้าปีไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ลำดับที่สอง พบว่าผลระยะยาวในทางตรงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการลดอาการซึมเศร้าจากการประเมินตนเองและทั้งหมดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ ($P<0.001$ วัดด้วยแบบประเมิน BDI และ GAF) วัดผลจากการใช้สมการสองชั้นมีการเพิ่มขึ้น ดังนั้นทั้งสองกรณีมีการเพิ่มขึ้น ($P<0.001$) จากการสังเกตมีความช้าลงของตัวแปรเมื่อนับมาประเมินผลห้าปี และเมื่อเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความคงอยู่ของการปราศจากอาการ (sustained remission) หมายความว่ามีความคงทนเท่ากับ 7 หรือน้อยกว่าจากการวัดด้วยแบบประเมิน HARD ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย ไม่มีความพยายามทำร้ายตนเองและไม่กลับเข้ามารักษาซ้ำ

หัวข้อ	รายละเอียด
	ในระแหวะเวลาดำเนินการประเมินผล ความคงอยู่ของการปราศจากอาการหลังกลับจากโรงพยาบาล 5 ปี ผู้ป่วย 28% (16 คนจาก 57 คน) ของผู้ป่วยที่ได้รับจิตบำบัดสัมพันธ์ทางประหว่งบุคคล แสดงถึงความคงอยู่ของการฟื้นฟูเปรียบเทียบกับ 11% (6 คนจาก 54 คน) ของกลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิก ($P=0.032$) ผลลัพธ์ในระยะยาวของผู้ป่วยที่เคยผ่านเหตุการณ์สะเทือนขวัญตั้งแต่วัยเด็ก: จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย 93 คน มีผู้ป่วย 58% (29 คนจาก 50 คน) ของผู้ป่วยที่ได้รับจิตบำบัดสัมพันธ์ทางประหว่งบุคคล และผู้ป่วย 42% (18 คนจาก 43 คน) ของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิก ที่อย่างน้อยครั้งหนึ่งเคยผ่านเหตุการณ์สะเทือนขวัญระดับปานกลางถึงรุนแรงในวัยเด็ก พบว่าจิตบำบัดสัมพันธ์ทางประหว่งบุคคลรวมกับการรักษาด้วยยามีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P=0.045$
ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์	1) ความตรงของผลการวิจัย ผลการวิจัยมีความตรงเนื่องจากการวิจัยมีวัตถุประสงค์ชัดเจน มีการกำหนดประชากรที่ศึกษาชัดเจน มีการวัดผลที่เป็นตัวแปรตามชัดเจนตรงกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา งานวิจัยนี้ไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดของรูปแบบการบำบัดมากนักเนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ติดตามผลการทดลองในระยะยาว งานวิจัยนี้เป็นงาน RCT มีความเหมาะสมในการใช้วิธีการวิจัยแบบ RCT เพื่อตอบคำถามงานวิจัย งานวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กล่าวรายละเอียดของการสุ่มประชากรที่จะศึกษาไว้ แต่จากการศึกษาครั้งแรก (Schramm et al., 2007) ได้อธิบายกลุ่มตัวอย่างที่ถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างเหมาะสมจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยมีการอธิบายขั้นตอนการสุ่มอย่างชัดเจนมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกที่ชัดเจน จากการวิเคราะห์ก่อนการบำบัดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกี่ยวกับลักษณะของประชากร และเมื่อนำมาประเมินผลได้วิเคราะห์ลักษณะของประชากรที่ drop out พบว่าไม่มีลักษณะที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงไม่มีผลกระทบต่องานวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่ได้ถูกปกปิดเรื่องการทดลอง งานวิจัยนี้ไม่ได้รายงานไว้ว่าผู้ทำการทดลองทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มตัวอย่างใดหรือไม่ เมื่อนำผู้ป่วยมาประเมินผลขณะปีที่ห้ามี ผู้ประเมินซึ่งเป็นแพทย์ในคลินิกไม่

หัวข้อ	รายละเอียด
	ทราบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการบำบัดมาก่อนหน้านี้ และไม่ได้รายงานถึงผลกระทบที่อาจเกิดในงานวิจัยนี้ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง 121 คน จาก 124 คน drop out 3 คน จากงานวิจัยรายงานว่านำผู้ป่วยทุกรายมาวิเคราะห์ข้อมูลทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแบบ intent to treat นอกจากโปรแกรมการบำบัดที่ได้รับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการปฏิบัติที่เหมือนกัน กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มได้รับการติดตามวัดตัวแปรที่เหมือนกัน งานวิจัยได้คำนวณ power analysis จาก (Schramm et al., 2007) ซึ่งพบว่ามีความเพียงพอสำหรับงานวิจัยนี้ 2) ผลการวิจัย ผู้ป่วยที่ได้รับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลร่วมกับการรักษาด้วยยามีอาการซึมเศร้าลดลงเมื่อวัดติดตามผล 5 ปี ในช่วงแรกที่นัดมาประเมินผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น แต่เมื่อประเมินขณะ 5 ปีพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ถึงอย่างไรก็ตามผู้ป่วย 28% (16 คนจาก 57 คน) ของผู้ป่วยที่ได้รับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแสดงถึงความคงอยู่ของการฟื้นฟูเปรียบเทียบกับ 11% (6 คนจาก 54 คน) แสดงให้เห็นว่าจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีประโยชน์ในการบำบัดระยะยาว และพบว่าจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลร่วมกับการรักษาด้วยยามีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เคยผ่านเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ตั้งแต่วัยเด็กมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P=0.045$ 3) การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในคลินิก มีความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในคลินิก กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยในคลินิกที่สนใจ ผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้ามีลักษณะที่ตรงกับผู้ป่วยในคลินิก จึงสามารถที่จะนำรูปแบบการบำบัดไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้ มีความคุ้มค่าไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเนื่องจากใช้บุคลากรจำนวนน้อย บำบัดผู้ป่วยได้ครั้งละหลายๆ คน ไม่สิ้นเปลืองในเรื่องของค่าอุปกรณ์และวัสดุทางการแพทย์ มีประสิทธิภาพของการบำบัดเมื่อติดตามผลระยะยาว 5 ปี ทำให้ลดจำนวนผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลได้ ลดค่าใช้จ่าย มีความสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาล แต่ต้องมีการพิจารณาเรื่องต้นทุนการส่งบุคลากรไปอบรมก่อนนำการบำบัดมาใช้

ตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องที่ 3

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์	Levkovitz, Shahrar, Native, Hirsfeld, Treves, Krieger & et al. (2000).
เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	การศึกษานำร่องกลุ่มจิตบำบัดสัมพันธ์ทางประหว่งบุคคลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรง: Group Interpersonal Psychotherapy for Patients with major depression disorder-pilot study. <i>Journal of Affective Disorder</i> , 60, 191-195.
วัตถุประสงค์การศึกษา	เพื่อศึกษาผลของกลุ่มจิตบำบัดสัมพันธ์ทางประหว่งบุคคลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงที่ได้รับยาร่วมด้วยเปรียบเทียบกับการรักษาปกติ
กลุ่มตัวอย่าง	ระยะแรกคัดเลือกผู้ป่วย 25 คนที่เป็นโรคซึมเศร้ารุนแรงที่อยู่ในระยะเฉียบพลันจากผู้ป่วยที่ส่งตัวมาที่แผนกผู้ป่วยนอกในคลินิกผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV ระยะที่สองคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มแบบจับคู่โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าแล้ว 7-9 สัปดาห์และมีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านเศร้าเมื่อจบการรักษาระยะเฉียบพลัน โดยพิจารณาจากอาการของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มดีขึ้น 40-50% จากการวัดด้วยแบบประเมิน HDRS ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวน 14 คน จากผู้ป่วย 25 คน (64%) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 7 คน กลุ่มควบคุม 7 คน เกณฑ์การคัดเข้า 1. ผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรงตาม DSM-IV อาการซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง ปราศจากอาการทางจิต 2. มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้าก่อนหน้านี้อย่างน้อย 1 ครั้ง 3. มีระดับอาการซึมเศร้าเท่ากับหรือมากกว่า 20 คะแนน จากการวัดด้วยแบบประเมิน Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) 4. อายุระหว่าง 18-65 ปี 5. มีลักษณะปัญหาสัมพันธภาพ 1 ใน 4 อย่างตามหลักเกณฑ์ของจิตบำบัดสัมพันธ์ทางประหว่งบุคคล เกณฑ์การคัดออก 1. อายุต่ำกว่า 18 ปี หรือมากกว่า 65 ปี 2. ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านเศร้าในการป่วยครั้งนี้ 3. มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

หัวข้อ	รายละเอียด
	4. การเจ็บป่วยครั้งนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าใช่แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดในทางที่ผิดร่วมด้วย 5. มีความทุกข์จากการเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรง ผู้ป่วยเหล่านี้มีอายุระหว่าง 28-65 ปี (ค่าเฉลี่ยอายุ 52 ± 14 ปี) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเรื่อง อายุ การศึกษา สถานะทางสังคม เศรษฐกิจ จำนวนครั้งที่เคยรักษาในโรงพยาบาลก่อนหน้านี้ และระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเมื่อเริ่มต้นทั้งสองกลุ่ม งานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุว่าได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมทางการวิจัย ไม่ได้รายงานถึงการเซ็นชื่อให้ความยินยอมก่อนเข้ากลุ่ม
สถานที่เก็บข้อมูล	แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับของหลักฐาน	เป็นงานวิจัยแบบจับคู่ (Matched - Control Design) ระดับความเข้มแข็งของหลักฐานที่ระดับ 5
Intervention	กลุ่มทดลอง ทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละอย่างน้อย 90 นาที ทั้งหมด 18 ครั้ง แบ่งการทำกลุ่มออกเป็น 3 ระยะตามรูปแบบของ Fairburn โดยมีพื้นฐานจากแนวทางการบำบัดของ Klerman et al., (1984) ระยะที่ 1 (initial session) บำบัดครั้งที่ 1-6 สมาชิกกลุ่มจะพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาและการเผชิญปัญหาของการเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมทั้งค้นหาและระบุว่าปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลใดที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า เชื่อมโยงให้เห็นปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับการเกิดอาการซึมเศร้า และกำหนดเป้าหมายของการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ระยะที่ 2 (middle session) บำบัดครั้งที่ 7-12 เป็นระยะการแก้ไขปัญหามุ่งเน้นการแก้ปัญหามุมสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ปัญหาที่คล้ายๆ กันในปัญหาแบบเดียวกันจะปรากฏออกมาตามที่สมาชิกกลุ่มระบุไว้ ระยะที่ 3 (final session) บำบัดครั้งที่ 13-18 เป็นระยะท้าย การทำกลุ่มจะเป็นการช่วยเหลือ สนับสนุนสมาชิกในกลุ่ม ให้ระลึกถึงประโยชน์และดำรงผลลัพธ์จากการบำบัด และพัฒนาวิธีที่จะเผชิญกับอาการซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

หัวข้อ	รายละเอียด
	กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการรักษาปกติซึ่งเป็นการรักษาด้วยยาอย่างเดียว
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1. Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) (Hamilton, 1967) 2. Clinical Global Impression (CGI, 1976) มีการติดตามประเมินผลการทำกลุ่ม 5 ครั้ง ครั้งแรกประเมินก่อนเริ่มต้นทำกลุ่ม ครั้งที่สองประเมิน 10 สัปดาห์ต่อมา (ช่วงกลางของการบำบัด) ครั้งที่สามประเมิน 1 สัปดาห์หลังจบการบำบัด ครั้งที่สี่ประเมินเมื่อจบการบำบัด 3 เดือน และครั้งที่ห้าประเมินเมื่อจบการบำบัด 6 เดือน
วิธีดำเนินการวิจัย	เป็นงานวิจัยแบบจับคู่โดยการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยผู้บำบัดและกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ผู้ประเมินก็ไม่ทราบว่าผู้ถูกประเมินอยู่ในกลุ่มใด
ผลการศึกษา	จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ ANOVA ทำนายสถิติ 3 ทางที่สัมพันธ์กัน คือ รูปแบบการบำบัด x ระยะเวลาการประเมินผล x ผลลัพธ์ของการบำบัด พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(4,48)=15.45, P < 0.001$ โดยผู้ป่วยที่ได้รับจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลแบบกลุ่มมีอาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว ซึ่งมีความแตกต่างกันตลอดเวลาที่ประเมินผล เมื่อประเมินการฟื้นหาย (recovery) ทั้ง 5 ครั้ง พบว่าผู้ป่วย 6 คน จาก 7 คน ในกลุ่ม IPT-G มีการฟื้นหาย 86% และผู้ป่วย 2 คน ใน 7 คน จากการจับคู่มีการฟื้นหาย 29% ผลการทดสอบจึงมีสองส่วนซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.01$
ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์	1) ความตรงของผลการวิจัย ผลการวิจัยมีความตรงเนื่องจากงานวิจัยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษาชัดเจน มีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาและศึกษาตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด มีการรายงานเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดแบบกลุ่มที่ชัดเจน งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบกัน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกเข้ากลุ่มแบบจับคู่และอธิบายไว้ชัดเจน มีความเหมาะสมในการใช้รูปแบบการบำบัดเพื่อตอบคำถามงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกไว้อย่างชัดเจน

หัวข้อ	รายละเอียด
	ก่อนการศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติที่ไม่แตกต่างกันและไม่ได้รายงานถึงผลกระทบที่มีต่อการวิจัยในครั้งนี้ ยกเว้นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษายังมีจำนวนน้อยและยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบกับกำบัดอื่นๆ ขณะกำบัดผู้บำบัดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติในการวิจัยครั้งนี้ และผู้ป่วยไม่ทราบเกี่ยวกับวิธีการในการประเมินครั้งนี้ ผู้ทำการประเมินว่าไม่ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ในการประเมินผลทั้งห้าครั้ง นอกจากกลุ่มทดลองที่ได้รับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มและผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาด้วยยาเหมือนกัน งานวิจัยไม่ได้คำนวณ power analysis เพื่อกำหนดกลุ่มตัวอย่าง แต่รายงานว่างานวิจัยมีข้อจำกัดเรื่องมีกลุ่มตัวอย่างน้อย ขาดความแตกต่างของชนิดการควบคุมในกลุ่มควบคุม 2) ผลการวิจัย จากผลการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดโปรแกรมจิตบำบัดสัมพันธภาพบุคคลแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้า พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.001$ ในระหว่างการบำบัดและช่วงการวัดติดตามผลหลังจบการบำบัด 6 เดือน 3) การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในคลินิก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีลักษณะคล้ายกับกลุ่มประชากรที่สนใจและมีอยู่จริงตามประชากรในคลินิก ซึ่งตรงกับเกณฑ์การคัดเข้าในงานวิจัย สามารถนำการบำบัดไปใช้ในหน่วยงานได้ เนื่องจากหน่วยงานของผู้ศึกษาเป็นโรงพยาบาลจิตเวช มีนโยบายเน้นการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การบำบัดมีลักษณะคุ้มทุน มีประโยชน์ในการลดอาการซึมเศร้า และมีความคงอยู่ของการหายเมื่อวัดติดตามผลหลังการบำบัด 6 เดือน การบำบัดไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ไม่สิ้นเปลืองเรื่องค่าอุปกรณ์และวัสดุทางการแพทย์ แต่อาจต้องพิจารณาเรื่องของต้นทุนการส่งผู้บำบัดไปรับการฝึกอบรมก่อนที่จะนำรูปแบบการบำบัดมาใช้

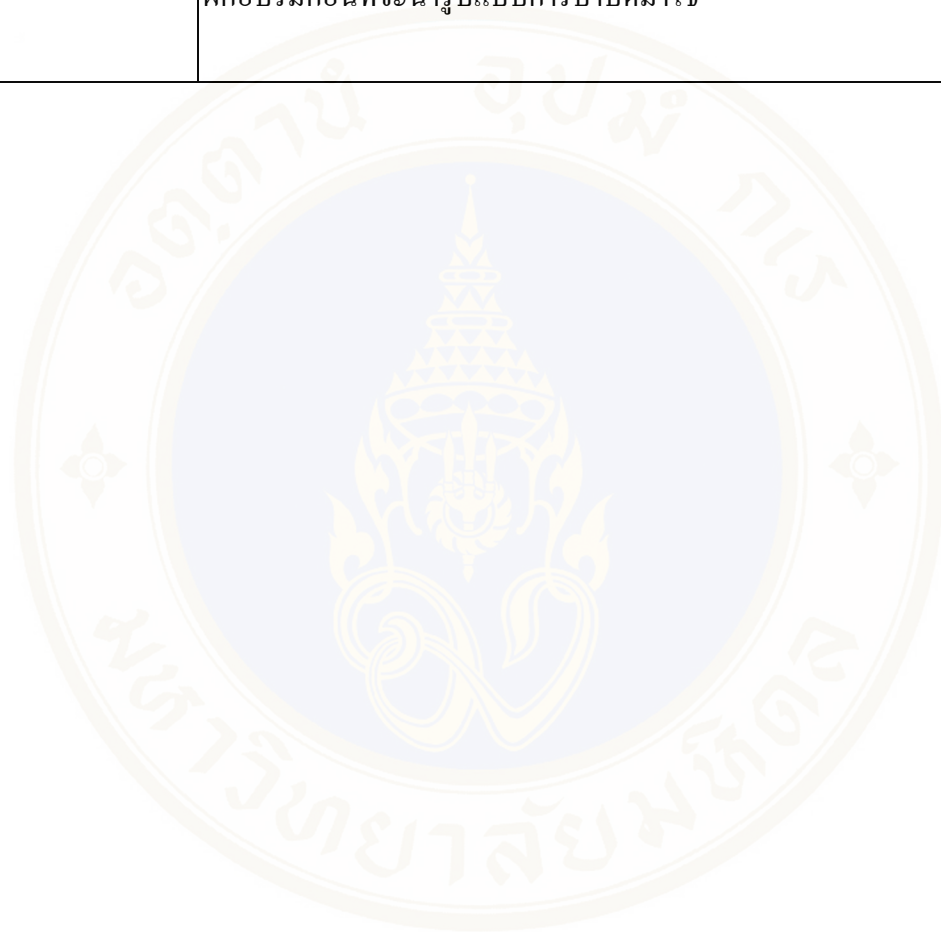
ตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องที่ 4

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์	Mackenzie & Grabovac. (2001).
เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	กลุ่มจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลสำหรับโรคซึมเศร้า: Interpersonal Psychotherapy Group (IPT-G) for Depression. <i>The Journal of Psychotherapy Practice and Research</i> , 10(1), 46-51.
วัตถุประสงค์การศึกษา	เพื่อบรรยายการประยุกต์ใช้จิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในรูปแบบของการบำบัดกลุ่ม
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวเข้าคลินิกโรคทางอารมณ์ของโรงพยาบาลตติยภูมิ 8 คน ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV ทั้งหมดเคยมีประวัติซึมเศร้าและเคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้ามาหลายขนานจนมากพอแล้ว ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการครั้งแรกพร้อมกับมีอาการซึมเศร้าเรื้อรังขึ้นๆ ลงๆ ผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มต้องไม่มีความคิดทำร้ายตัวเองและไม่เป็นโรคบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง งานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุว่าได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมทางการวิจัย และไม่ได้รายงานถึงการเห็นชื่อให้ความยินยอมก่อนเข้ากลุ่ม
สถานที่เก็บข้อมูล	คลินิกโรคทางอารมณ์ของโรงพยาบาลตติยภูมิ
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของหลักฐาน	One Group pre-post test Design ระดับความเข้มแข็งที่ระดับ 5
Intervention	ก่อนเข้ากลุ่มจะมีการเตรียมผู้ป่วยซึ่งเป็นการพูดคุยตามประสบการณ์เกี่ยวกับประโยชน์ของการทำกลุ่มที่ส่วนใหญ่ได้จากประสบการณ์ของกลุ่มสิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น พูดเรื่องการรักษาความลับ และเรื่องการใช้สารเสพติด จุดมุ่งหมายของการเตรียมเนื่องจากจะต้องทำงานร่วมกัน ลดการ drop out ในช่วงแรก และมีพันธสัญญาร่วมกัน รวมทั้งเป็นแรงจูงใจในการทำกลุ่มในช่วงแรก ทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ทั้งหมด 14 ครั้ง การทำกลุ่มครั้งแรกจะพูดคุยเกี่ยวกับโครงสร้างของกลุ่ม สมาชิกกลุ่มจะแนะนำตัวใน

หัวข้อ	รายละเอียด
	การทำกลุ่มครั้งแรกซึ่งเป็นการวางเป้าหมาย และพูดคุยรายละเอียดเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้าตาม DSM-IV การทำกลุ่มครั้งที่สองจะพูดคุยเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน รายละเอียดที่มากกว่านั้นจะพิจารณาจากเป้าหมายของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน สมาชิกกลุ่มต้องเห็นภาพชัดเจนจากกลุ่มครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 4 ผลที่เกิดขึ้นอยู่ที่การพูดคุยประสบการณ์ระหว่างเข้ากลุ่ม เป้าหมายหลักจะพูดซ้ำๆ ในช่วงกลางของการรักษา ผู้นำกลุ่มเป็นจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการทำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้งรายบุคคลและแบบกลุ่ม
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	เครื่องมือที่ใช้คือ 1. Beck Depression Inventory (BDI) มี 21 รายการคำถาม เป็นเครื่องมือตั้งแต่เริ่มต้นจนจบ ประเมินทั้งหมด 4 ครั้งคือ ก่อนเข้ากลุ่มครั้งแรก หลังจบกลุ่มครั้งที่ 7 (ช่วงกลาง) หลังจบกลุ่มครั้งสุดท้าย และเมื่อวัดติดตามผล 4 เดือน 2. Inventory of Interpersonal Problem (IIP) ฉบับย่อมี 32 ข้อ ประกอบด้วยสองมิติ ความผูกพัน (Affiliation) และลักษณะเด่นที่สำคัญ (Dominance) เป็นเครื่องมือประเมินสัมพันธภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน ข้อมูลจากการประเมินจะนำมาเป็นแนวทางการบำบัดในกลุ่ม
วิธีดำเนินการวิจัย	เป็นงานวิจัยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ มีการวัดติดตามผล 4 เดือนหลังจบการบำบัด งานวิจัยไม่ได้รายงานชัดเจนเกี่ยวกับการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แต่รายงานไว้ถึงเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างชัดเจน
ผลการศึกษา	เริ่มต้นทำจิตบำบัดสมาชิกกลุ่ม 6 คนที่มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง (BDI>30) และสมาชิก 2 คนมีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (BDI 17 และ 29 คะแนน) เมื่อวัดติดตามผลขณะ 4 เดือน สมาชิก 5 คน มีอาการซึมเศร้าระดับน้อยมากถึงระดับน้อย (BDI < 16) เริ่มแสดงประสิทธิภาพเมื่อวัดช่วงกลางของการบำบัด (ระหว่างครั้งที่ 7) ส่วนสมาชิก 3 คนมีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงเนื่องจากพบว่าเป็นโรคบุคลิกภาพผิดปกติ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์	1) ความตรงของผลการวิจัย ผลการวิจัยมีความตรงเนื่องจากมีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัยชัดเจน มีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างชัดเจน และมีการศึกษาตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด งานวิจัยได้รายงานไว้ถึงลักษณะโปรแกรมการบำบัดแบบย่อ มีการวัดตัวแปรตามชัดเจนตรงกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ งานวิจัยนี้ไม่ได้บอกรายละเอียดเกี่ยวกับการคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจน แต่มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าขณะทำกลุ่มว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องมีปัญหาสัมพันธภาพ 1 ใน 4 ด้าน ไม่มีความคิดทำร้ายตนเองและรักษาด้วยยาไม่ได้ผล งานวิจัยนี้เป็นงานที่วัดผลก่อนหลังการทดลองโดยไม่มีกลุ่มควบคุม ลักษณะการเลือกตัวอย่างไม่ได้มีการสุ่ม เริ่มต้นการบำบัดได้รายงานว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง หลังการทดลองได้รายงานว่าผู้ป่วย 3 คนมีบุคลิกภาพผิดปกติทำให้คะแนนซึมเศร้าไม่ดีขึ้น การวิจัยไม่ได้รายงานไว้ถึงการปกปิดกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการทดลอง และไม่ได้รายงานถึงการปกปิดผู้ทำการวิจัยหรือผู้ประเมินผล แต่รายงานว่าผู้นำกลุ่มเป็นจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการทำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทั้งรายบุคคลและแบบกลุ่ม งานวิจัยนี้มีการวัดติดตามผลระยะยาว 4 เดือน รายงานผลเป็นคะแนนเพื่อดูระดับอาการซึมเศร้า ไม่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ และไม่มีผู้ป่วยที่ drop out ในการวิจัยไม่ได้มีการคำนวณ power analysis เพื่อกำหนดกลุ่มตัวอย่างไว้ 2) ผลการวิจัย พบว่าจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยที่สมาชิก 5 คนเริ่มแสดงถึงประสิทธิภาพในการบำบัดเมื่อวัดช่วงกลางของการบำบัด หลังจากวัดติดตามผล 4 เดือน ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าลดลงมาก สมาชิก 5 คน มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยมากถึงระดับน้อย (BDI < 16) แต่อีก 3 คนยังอยู่ในระดับรุนแรงเนื่องจากพบว่าเป็นโรคบุคลิกภาพผิดปกติ 3) การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในคลินิก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีลักษณะคล้ายกับกลุ่มประชากรที่สนใจและมีอยู่จริงตามประชากรในคลินิกซึ่งตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกในงานวิจัย สามารถนำการบำบัดไปใช้ในหน่วยงานได้ เนื่องจากโรงพยาบาลศรีธัญญามีนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และต้องการให้มีการทำจิตบำบัดโรคซึมเศร้าแบบกลุ่มที่ส่วนกลางของ

หัวข้อ	รายละเอียด
	โรงพยาบาล การบำบัดมีลักษณะคุ้มทุน มีประโยชน์ในการลดอาการซึมเศร้า และไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ไม่สิ้นเปลืองในเรื่องของค่าอุปกรณ์และวัสดุทางการแพทย์ แต่อาจต้องพิจารณาเรื่องต้นทุนการส่งผู้บำบัดไปรับการฝึกอบรมก่อนที่จะนำรูปแบบการบำบัดมาใช้



ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล นางสาววิมล นุชสวาท
วัน เดือน ปีเกิด 15 มีนาคม 2523 อายุ 32 ปี
สถานที่เกิด จังหวัดสระแก้ว ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี, 2548
ที่อยู่ปัจจุบัน คณะพยาบาลศาสตร์, จังหวัดนนทบุรี
141/36 หมู่ 5 ตำบล ปากเกร็ด อำเภอ ปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพพระคัมภีร์ชำนาญการ
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา
47 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ ตำบล ตลาดขวัญ
อำเภอ เมือง จังหวัด นนทบุรี 11000
E-mail address: Vimom_2@hotmail.com