

การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

นลินรัตน์ ฤทธิศิริพัฒน์

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2555

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ:

การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

นางนลินรัตน์ ภูมิศิริพัฒน์

นักศึกษา

ผู้ศึกษา

รองศาสตราจารย์อঞ্জราพร สี่หิรัญวงศ์,

พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไตร,

พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์,
Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไตร,
พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

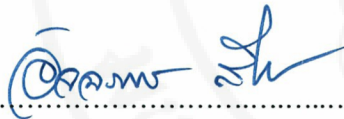
เรื่อง

การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
วันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2555



นางนลินรัตน์ กุริศิริพัฒน์
ผู้ศึกษา



รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สิริบุญวงศ์,
พย.ด.
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์อุษาวดี อัครวิเศษ,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



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



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไตร,
พย.ด.
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์,
Ph.D.
รักษาการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์พองคำ ติลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือจากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รองศาสตราจารย์อรรถพร สี่หิรัญวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไทร อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาชี้แนะ และตรวจสอบ ปรับแก้ข้อบกพร่องต่างๆเติมเต็มความสมบูรณ์ของสารนิพนธ์ให้ครบถ้วน ถูกต้อง ด้วยความเอาใจใส่และติดตามให้กำลังใจตลอดระยะเวลาของการทำสารนิพนธ์ ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งใจจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์อู๋ชาติ อัครวิเศษ ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และนายแพทย์ประยุทธ์ เสรีเสถียร กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้และประสบการณ์อันมีคุณค่าให้แก่ผู้ศึกษา รวมทั้งเจ้าหน้าที่ห้องสมุด และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือมาโดยตลอด

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต ที่สนับสนุนทุนการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรคนบุรี ที่อนุญาตให้ศึกษาต่อ ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช ที่ได้สนับสนุนด้านเวลาในการศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ช่วยรับภาระงานแทนในช่วงเวลาของการศึกษา ขอขอบคุณสมาชิกครอบครัว บิดามารดา บุตรที่สนับสนุนและเป็นกำลังใจในการศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกคน ที่ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้กันด้วยดีตลอดมา

คุณค่าและคุณประโยชน์ที่เกิดจากสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอขอบคุณบิดา มารดา ผู้ให้กำเนิด และคณาจารย์ทุกท่านที่ให้ความรู้ ที่ทำให้ผู้ศึกษาได้ประสบความสำเร็จในครั้งนี้

นลินรัตน์ ภูริศิริพัฒน์

การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY FOR REDUCING DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE: EVIDENCE-BASED NURSING

นลินรัตน์ ฐิริพิพัฒน์ 5036774 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

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

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหาจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์นํานงานวิจัยที่ได้มาประเมินคุณภาพประกอบด้วยการประเมินความตรงของผลงานวิจัย สรุปผลการวิจัย และความเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในการปฏิบัติ และการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้แบบประเมินตามเกณฑ์ของเกรซ (Grace, 2009) ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 6 เรื่อง เป็น Randomized Controlled Trial 5 เรื่อง เป็น Systematic review 1 เรื่อง จากนั้นนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์ และสรุปเป็นข้อเสนอแนะดังนี้ การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (CBT) เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มี 2 รูปแบบ คือ 1) การบำบัดตามโปรแกรม ENRICHD เป็นการบำบัดรายบุคคลร่วมกับรายกลุ่ม ใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute myocardial infarction :AMI) และมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง หรือเรื้อรังร่วมด้วย ทำการบำบัดภายใน 28 วันหลังมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจตาย สามารถทำการบำบัดร่วมกับการให้ยาต้านเศร้าร่วมด้วยในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการทำ CBT ในช่วง 5 สัปดาห์แรก 2) การบำบัด CBT แบบสั้น เป็นการบำบัดรายบุคคล 4 ครั้ง (sessions) ก่อน และหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการซึมเศร้าทางคลินิก การเลือกรูปแบบการบำบัดใดไปใช้ต้องพิจารณาตามความเหมาะสมกับลักษณะอาการของผู้ป่วยและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงาน หน่วยงานควรมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรและคู่มือการบำบัดก่อนนำรูปแบบการบำบัดไปทดลองใช้

คำสำคัญ: การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม / อาการซึมเศร้า / ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ /

การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY FOR REDUCING DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE: EVIDENCE-BASED NURSING

NALINRAT PHURISIRIPHAT 5036774 NSMH/M

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

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

ABSTRACT

This study aimed to investigate the model of Cognitive Behavior Therapy (CBT) from evidence-based studies and practice for reducing depressive symptoms in patients with coronary artery disease (CAD). The search for evidence-based practice studies pertinent to the problem of study was conducted from electronic databases. The retrieved studies were appraised for the quality of research, in that each research study was evaluated for its research validity, summary, and clinical feasibility. The strength of evidence was also assessed by using Grace's criteria for evidence hierarchy classification (2009). The research appraisal and evaluation yielded 6 research studies: 5 randomized controlled trials and 1 systematic review. All 6 studies were analyzed, synthesized, and summarized for a recommendation in using CBT for reducing depressive symptoms in CAD patients. There are 2 models of CBT for reducing depressive symptoms in CAD patients. 1) The ENRICH program is an individual and group therapy for CAD patients, who have acute myocardial infarction (AMI) and whose depression is mild to severe and/or chronic. The therapy is conducted within 28 days after the patients have had myocardial infarction. For the patients having no response to the CBT in the first 5 weeks, the therapy can be given with antidepressants. 2) Brief- CBT is a four-session individual therapy given to clinically depressive patients before and after having Coronary Artery Bypass Graft (CABG). For a clinical application, an organization should consider the appropriateness of each CBT for the patients' symptoms and the application possibility within the organization. The organization should have developed personnel preparedness and a therapy manual or guideline before conducting a pilot therapy with its patients.

KEY WORDS: COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY / DEPRESSIVE SYMPTOMS / PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE / EVIDENCE - BASED NURSING

150 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา	15
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	15
1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	15
บทที่ 2 วิธีการดำเนินการ	
2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	17
2.2 วิธีการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	18
บทที่ 3 ผลการดำเนินการ	
3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น	23
3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์	27
3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	28
3.4 ข้อเสนอแนะ (Recommendation)	62
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปการศึกษา	69
ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน	70
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	71
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	83
รายการอ้างอิง	96
ภาคผนวก	102
ประวัติผู้ศึกษา	150

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่สนใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย (degenerative disease) ที่มีขนาดของปัญหาเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศกำลังพัฒนา (วิโรจน์ เจริญศรี, 2548) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เป็นสาเหตุอันดับต้นที่ทำให้เกิดความพิการ หรือ เสียชีวิตของผู้ป่วยก่อนถึงวัยอันควร (disability-adjusted life year, DALY) (สายัณห์ จิพอุดมวิทย์, 2547) องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานสถานการณ์ความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ว่าในปี พ.ศ. 2547 ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 17.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 29 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 23.6 ล้านคน (ศกลวรรณ แก้วกลิ่น และ นิตยา พันธุเวชย์, 2554) และยังมีประชากรอีกอย่างน้อย 20 ล้านคนที่ รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ต้องการการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานาน และมีค่าใช้จ่ายสูง (รวม พร นาคะพงศ์ และ ศิริกัลยาณี มีฤทธิ์, 2549)

ประเทศไทย อัตราตายจากกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดจะติดอันดับ 1 ใน 3 มาโดยตลอด ในปี 2545 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นจำนวน 32,903 คน และในปี 2546 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นเป็น 40,092 คน นอกจากนี้ยัง พบว่า จำนวนผู้ป่วยจากโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มสูงขึ้นมากกว่า 3 เท่า ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยในเพิ่มสูงขึ้น มากกว่า 7-17 เท่า (รวมพร นาคะพงศ์ และ ศิริกัลยาณี มีฤทธิ์, 2549) ในปี 2551 มีอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 749.54 คน ซึ่งเพิ่มมากขึ้นจากปี 2550 คิดเป็นอัตราร้อยละ 9.0 (687.71 ต่อแสนประชากร) (กรมควบคุมโรค, 2554) อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในภาพรวมของประเทศเพิ่มขึ้นจาก 98.03 คน ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 359.34 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2552 หรือเพิ่มประมาณ 3.7 เท่า (กรมควบคุมโรค, 2554) จากการประมาณการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรายใหม่เกิดขึ้น 21,700 รายต่อปี ทุกชั่วโมงคนไทยตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 2.3 คน หรือวันละ 54 คน (วรุฒิ เจริญศิริ, 2551) หากพิจารณาแนวโน้มของอุบัติการณ์การเกิดโรคพบว่าเป็นสัดส่วนกับภาระการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ

เช่น กระทรวงสาธารณสุขมีการคำนวณหาภาระโรคที่เกิดจากสาเหตุต่างๆและลำดับความสำคัญของแต่ละโรค พบว่า โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 6 ในเพศชาย และอันดับที่ 4 ในเพศหญิง เมื่อดูภาระโรคแล้วพบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นภาระอันดับที่ 8 ในเพศชาย และเป็นอันดับที่ 2 ในเพศหญิง (สายัณห์ ชิพอุดมวิทย์, 2547) จากการสอบถามสถิติการใช้ยากลุ่มโรคหัวใจ ในคณะแพทยศาสตร์แห่งหนึ่ง พบว่ายาในกลุ่มของโรคหัวใจมีการเบิกจ่ายมากเป็นอันดับต้นๆและเมื่อนำมาประเมินถึงค่าใช้จ่ายของยากลุ่มนี้พบว่ามีมูลค่ามาก เฉลี่ยเดือนละ 10.3 ล้านบาท หรือเฉลี่ยปีละ 123.6 ล้านบาท ทั้งนี้ยังไม่รวมถึงการทำการหัตถการและการผ่าตัดหัวใจเพื่อการรักษาอื่นๆที่เกี่ยวข้องซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ (สำนักงานวิจัย สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2549)

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease : CAD) หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เกิดการตีบแคบ หรืออุดตัน ทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวกไม่สามารถไปเลี้ยงเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอ เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามมา (Luchi & Salazar, 2007) การตีบแคบ หรืออุดตัน ส่วนใหญ่เกิดจากการสะสมของไขมันภายในผนังด้านในของหลอดเลือดโคโรนารี ทำให้เยื่อผนังด้านในของหลอดเลือดโคโรนารี ในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น สูญเสียความยืดหยุ่น และเสี่ยงต่อการปริแตก (สำนักงานพัฒนาคุณภาพบริการ, 2551)

อาการสำคัญที่พบ คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอกตรงกลาง อาการเป็นมากขึ้นเวลาออกกำลังกาย นั่งพักจะดีขึ้น (ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, 2553) ลักษณะอาการเจ็บแน่นอก เป็นแบบถูกบีบรัดหรือเหมือนมีของหนัก ๆ ทับ (นภาพร วาณิชชกุล, 2553) บอกตำแหน่งได้ไม่ชัดเจน มีอาการอื่นๆร่วมด้วย เช่น กระสับกระส่าย ใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น ซีด เป็นลม หหมดสติ (สถาบันพัฒนาคุณภาพบริการ, 2551) มักพบที่มีการปวดร้าวไปที่ไหล่ และแขนทั้งสองข้าง (ส่วนใหญ่ด้านซ้าย) หลัง คอ และขากรรไกรล่าง (นภาพร วาณิชชกุล, 2553)

วิธีการรักษาในปัจจุบัน มี 3 วิธี คือ

1. การรักษาทางยา
2. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft : CABG)
3. การทำบอลลูนและใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Transluminal Coronary Angiography : PTCA) and Coronary Stent)

จากพยาธิสรีรภาพ ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารี เริ่มจากการมีไขมันมาเกาะที่ผนังหลอดเลือดแดงจนเกิดภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง (Coronary Atherosclerosis) ซึ่งกระบวนการดังกล่าว จะค่อยๆเริ่มเกิดทีละน้อย และเริ่มก่อตัวขึ้น และลุกลามเป็นมากขึ้น เกิดเป็น

แผ่นคราบที่เรียกว่า plaque (กรมการแพทย์, 2547) เมื่อ plaque เกิดปริแตก/ร้าว (plaque rupture) กระตุ้นการแข็งตัวของเลือด (coagulation system) (ภาวิทย์ เพียรวิจิตร และ ครรชิต ลิขิตชนสมบัติ, 2547) จนเกิดเป็นลิ่มเลือด (Thrombus) ทำให้เกิดการอุดตันการไหลเวียนเลือดบริเวณนั้น การดำเนินโรคจะสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะลิ่มเลือดที่ไปอุดตัน หากลิ่มเลือดอุดตันบางส่วน (Partial occlusion) ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบางส่วน เกิดอาการเจ็บหน้าอกแบบ Unstable angina โดยยังไม่มีการกล้ามเนื้อหัวใจตาย ถ้าลิ่มเลือดเกิดอุดตันโดยสมบูรณ์ (Complete occlusion) จะมีผลทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction, AMI) (กรมการแพทย์, 2547) อาจนำไปสู่การเสียชีวิตกะทันหันจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจวาย ภาวะช็อกได้ (เสาวนีย์ เนาวพานิช, 2552) ลักษณะของ Plaque ที่เสี่ยงต่อการปริแตก (vulnerable plaque) จะมี fibrous cap ที่บาง (ภาวิทย์ เพียรวิจิตร และ ครรชิต ลิขิตชนสมบัติ, 2547) และมี lipid core macrophage และมี T-lymphocyte ปริมาณมาก (กรมการแพทย์, 2547) เข้าไปแทรกตัวอยู่ใน subendothelium เกิดเป็น inflammatory process โดย Inflammatory cells จะสร้าง enzymes เร่งการสลาย collagen ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ fibrous cap บางลงและฉีกขาดในที่สุด (ภาวิทย์ เพียรวิจิตร และ ครรชิต ลิขิตชนสมบัติ, 2547) ปัจจัยที่มีส่วนกระตุ้นการปริแตกของ Plaques ได้แก่ ลักษณะของ Plaque ขนาด ความสม่ำเสมอของการเกาะของแกนไขมัน และความหนาของ fibrous cap ที่คลุมอยู่ สภาพภายในหลอดเลือด เช่น ภาวะของ Coagulation status หรือระดับการหดตัวของหลอดเลือดแดง การอักเสบจากการติดเชื้อทำให้เกิดการอักเสบในชั้น subendothelium ทำให้ fibrous cap ที่หุ้ม foam cell ถูกย่อยสลาย (เสาวนีย์ เนาวพานิช, 2552) ผลจากการกระทำของผู้ป่วยเองหรือจากสิ่งแวดล้อมที่กระทบผู้ป่วย เช่น การสูบบุหรี่ การระคายเคืองจากสารเคมีในบุหรี่ การอาบน้ำเย็นจัด (เสาวนีย์ เนาวพานิช, 2552) การอยู่ในอากาศหนาว หรือเวลาต่างๆ ระหว่างวัน (นภาพร วาณิชชกุล, 2553) การมีอารมณ์ที่รุนแรง เช่น อารมณ์โกรธ จะเพิ่มการทำงานของระบบประสาท sympathetic ทำให้มีการเพิ่มแรงกดดันต่อระบบไหลเวียนเลือด เกิดการหดตัวของหลอดเลือดแดงอย่างรวดเร็ว และรุนแรง (เสาวนีย์ เนาวพานิช, 2552) และเป็นการเพิ่มความตึงเครียดของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น แรงดึงต่อ plaques โดยตรงจากการเพิ่มแรงในการไหลเวียนของเลือด เช่น ความดันโลหิตที่สูงขึ้นอย่างเฉียบพลัน การเคลื่อนไหวออกแรงระดับรุนแรง (นภาพร วาณิชชกุล, 2553) เช่น การออกกำลังกาย การไอ และการเบ่งถ่าย

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดหัวใจ

1. ด้านร่างกาย ส่วนใหญ่มีสาเหตุเนื่องจากพยาธิสภาพที่รุนแรงของโรค ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะอาการเจ็บหน้าอกซึ่งเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายร่วมกับอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย จากการที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือด

ไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้อย่างเพียงพอ (Luchi & Salazar, 2007) อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนและแน่นท้องจากภาวะหัวใจล้มเหลวมีเลือดคั่งตามอวัยวะต่างๆในช่องท้อง และอาการหัวใจเต้นผิดปกติ ภาวะอาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ไอเป็นเลือด บวม รวมทั้งอาการที่เกิดจากภาวะช็อกจากหัวใจ คือ ผิวหนังเย็นชื้น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ปัสสาวะออกน้อย ความดันโลหิตต่ำ เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นทำให้เกิดภาวะช็อก (cardiogenic shock) (สันต์ ใจยอดศิลป์ และปริญา คุณาวุฒิ, 2552)

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ จากภาวะของโรคมีความรุนแรงสะสมมากขึ้นเรื่อยๆหรืออาจสงบนิ่ง หรือมีความพิการ ไม่สามารถฟื้นคืนสู่สภาพเดิมได้ เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องได้รับการรักษา และได้รับการดูแลควบคุมอาการอย่างต่อเนื่องยาวนาน (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2552) ต้องเผชิญกับประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดต่างๆ มากมาย รวมถึงอาการที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิด ต้องเข้ารับการตรวจ รักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย (สุชาดา บุญนาฮีน, 2552) รวมทั้งการวินิจฉัยและรักษาที่คุกคามชีวิต (invasive diagnosis and treatment) (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2552) ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง หวาดกลัว โกรธ ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีการเปลี่ยนภาพลักษณ์ และ ความสวยงามทางสรีระ การรับรู้คุณค่าของตนเองลดลง สิ้นหวัง (สุชาดา บุญนาฮีน, 2552) ซึมเศร้า (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2552) มีความคิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตาย (มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

3. ด้านสังคม บทบาททางสังคมถูกจำกัด (สุชาดา บุญนาฮีน, 2552) สัมพันธภาพระหว่างบุคคลอาจเปลี่ยนไป ไม่กล้าแสดงอารมณ์ กลัวการไม่ยอมรับ ขาดการติดต่อปฏิสัมพันธ์จากการเจ็บป่วยและข้อจำกัดต่างๆต้องใช้เวลาในการดูแลตนเองมากขึ้น รู้สึกแปลกแยกในสังคม รู้สึกแตกต่างจากคนอื่น เช่น ต้องได้รับออกซิเจนตลอดเวลา (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2552)

4. ด้านเศรษฐกิจและครอบครัว จากที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลบ่อยครั้งทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เป็นภาระกับครอบครัวและผู้ดูแล (สุชาดา บุญนาฮีน, 2552) อาจต้องออกจากงาน สูญเสียรายได้ มีการเปลี่ยนแปลงบทบาท เปลี่ยนจากผู้นำมาเป็นผู้ตาม เปลี่ยนจากผู้ดูแลผู้อื่น ผู้หาเลี้ยง เป็นพึ่งพาผู้อื่น (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2552) ปฏิกริยาของบุคคลในครอบครัว ผู้ป่วยอาจถูกมองเป็นคนผิดที่เจ็บป่วย เป็นสาเหตุของปัญหาภายในบ้าน (สุชาดา บุญนาฮีน, 2552)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและตลอดชีวิต (สุชาดา บุญนาฮีน, 2552) เพื่อควบคุมอาการ ลดความรุนแรงของอาการ ยับยั้งความก้าวหน้าของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนกับอาการกำเริบของโรค แม้จะปฏิบัติตัวดีก็ตาม แต่ก็อาจเกิดอาการกำเริบได้ บ่อยครั้งที่มีการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจลำบาก และเมื่อเกิดอาการขึ้นแล้ว

ผู้ป่วยหลายรายไม่สามารถจัดการกับอาการได้ แม้จะมียา หรือมีอุปกรณ์ช่วยชีวิตอื่นๆ (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2552) ผู้ป่วยตกใจกลัว จะกลัวตาย วิดกกังวล ซึมเศร้า และโกรธ เป็นปฏิกิริยาสนองตอบต่อความเครียดที่พบได้บ่อย (Whitehead, Strike, Perkins-Porras. & Steptoe, 2005) ผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่แน่นอน รู้สึกไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ รู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ รู้สึกเหมือนอยู่ในภาวะใกล้ตาย รู้สึกตื่นกลัว รู้สึกว่าชีวิตถูกคุกคาม และรู้สึกทุกข์ทรมาน และขณะที่มีอาการรุนแรงผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องเผชิญกับประสบการณ์ที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิด ทั้งการวินิจฉัยและการรักษาที่คุกคามชีวิต (invasive diagnosis and treatment) (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2552) และในภาวะที่อาการของโรคสงบลง ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการแต่ต้องระมัดระวังการทำหน้าที่ และการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดการเปลี่ยนแปลงความเป็นปกติสุขของการดำเนินชีวิต เปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน (สุชาดา บุญนาฮีน, 2552) บริโภคนิสัย ต้องละเว้นกิจกรรมบางอย่างที่เคยทำเป็นประจำ เช่น การออกกำลังกาย หรือทำงานหนัก การประกอบอาชีพ การติดต่อกับคนในสังคม ไม่สามารถดำรงบทบาทต่างๆได้ตามปกติ มีการปรับเปลี่ยนบทบาท ปรับเปลี่ยนหน้าที่การงานเปลี่ยนจากผู้ดูแลผู้อื่น ผู้หาเลี้ยงมาเป็นผู้พึ่งพาผู้อื่น(ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2552) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความภาคภูมิใจในตนเองลดลง และเพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย และป้องกันไม่ให้โรคมีความรุนแรงสะสมมากขึ้น ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด (สุชาดา บุญนาฮีน, 2552) ต้องรับการรักษาทางยา และดูแลควบคุมอาการอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะมีความคิดในทางลบกับสถานะหัวใจของตัวเอง แม้บางครั้งผลการตรวจต่างๆ จะเป็นปกติและได้รับการยืนยันจากแพทย์ว่าปกติ ในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าอาการยังคงอยู่ ผู้ป่วยจะไม่วางใจแพทย์(ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2552) และยังคงมีความวิตกกังวล คิดวนเวียนอยู่กับความเจ็บป่วยนั้น และใช้บริการทางการแพทย์บ่อยกว่าปกติ(สุชาดา บุญนาฮีน, 2552) ก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม และต้องเผชิญปัญหาต่างๆ เช่น การถูกตีตรา (stigma) การถูกมองว่าเป็นคนป่วย สัมพันธภาพระหว่างบุคคลอาจเปลี่ยนไป สิ้นหวังจากความก้าวหน้าของโรค และความไม่แน่นอนของโรคทำให้เกิดปัญหาทางจิตสังคมตามมา (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2552)

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าปัจจัยทางจิตสังคม เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ดิลก ภิกขุทัต, 2547) จากการศึกษาโดยละเอียดพบว่า การมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ความโดดเดี่ยว (Social isolation) หรือการขาดการสนับสนุนทางสังคม (lack of social support) ความเครียดจากงาน และครอบครัว และอารมณ์เชิงลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และภาวะไม่เป็นมิตร (Hostility) หรืออารมณ์โกรธ ขุนเขี้ยว มีอิทธิพลต่อการเกิดอาการครั้งแรก และการดำเนินและพยากรณ์โรคที่ไม่ดีของผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดหัวใจ (De et al., 2003) และอาจเป็นอุปสรรคต่อการปรับแบบแผนชีวิต และการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยอีกด้วย (Bunker et al., 2003) มีข้อมูลมากขึ้นเรื่อยๆว่ามาตรการป้องกันรักษาที่มี การจัดการลดปัจจัยเสี่ยงด้านจิตสังคมร่วมกับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรม และแบบแผนชีวิตที่ เหมาะสม มีผลในการจะช่วยชะลอการดำเนินของโรคหลอดเลือดหัวใจ (วิโรจน์ เจริญจรัสรังสี และ ประศักดิ์ สันติภาพ, 2547) และลดความเสี่ยงในการเกิด Cardiac events ได้ (ดิลก กิโยทัย, 2547) รวมทั้งมีผลบวกต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ น้ำหนักตัว ระดับ ไขมันในเลือด และความดันโลหิต (วิโรจน์ เจริญจรัสรังสี และประศักดิ์ สันติภาพ, 2547) แต่ยังไม่ มีหลักฐานที่หนักแน่นเพียงพออันจะนำไปสู่แนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานได้

อาการซึมเศร้าจัดว่าเป็นปัญหาทางจิตสังคมอย่างหนึ่งที่พบอัตราเพิ่มสูงขึ้นซึ่งมี อิทธิพลต่อโอกาสการเกิดโรคและการพยากรณ์โรคของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีผลกระทบต่ออาการ ของโรคหัวใจ พฤติกรรมที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และคุณภาพชีวิต มีผลการรักษาไม่ค่อยดี และ เป็นอุปสรรคขัดขวางกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

อาการของโรคซึมเศร้า (Depressive disorders) เป็นสภาวะทางคลินิกที่แสดงถึงความ เบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ และความเบี่ยงเบนด้าน ร่างกายและพฤติกรรม (Beck, 1967) ที่มีอาการแสดงหลายอย่าง จากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิต เวชของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ามีการ วินิจฉัยโรคตามอาการและพฤติกรรมดังนี้

1. มีอารมณ์ซึมเศร้า
2. เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข และหมดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ
3. น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นมาก (น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน)
มีอาการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารมาก
4. นอนไม่หลับหรือหลับมากกว่าปกติ
5. มีความคิดและการเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดเชื่องช้าลง (retardation) หรือรู้สึก พลุ่พ่วนกระวนกระวายใจ (Psychomotor agitation)
6. อ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง
7. รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิด ต่ำหนีดตนเองมากผิดปกติ
8. สมาธิเสีย ใจลอย มีความลำบากในการตัดสินใจ
9. ย้ำคิดในเรื่องความตาย คิดอยากตาย หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย

ซึ่งมีระดับความรุนแรงของอาการแสดงมากน้อยต่างกันไป อาการอาจเริ่มต้นตั้งแต่ ระดับเล็กน้อย ปานกลางและรุนแรง จนกระทั่งถึงขั้นมีอาการ โรคจิต (Psychosis) เช่น อาการหลงผิด

และประสาทหลอนร่วมด้วย องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามคู่มือวินิจฉัยแยกโรค (International statistical classification of Disease and Related Health Problem [ICD-10]) (World Health Organization, 1993) วินิจฉัยตามอาการที่ผู้ป่วยแสดง (Symptoms) ดังนี้

- โรคซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depressive episode) มีอาการแสดง 4 อาการ
- โรคซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depressive episode) มีอาการแสดง 5-6 อาการ
- โรคซึมเศร้ารุนแรง (Severe depressive episode) มีอาการ 7 อาการหรือมากกว่า และ

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้ให้การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder fourth edition [DSM-IV]) (American Psychiatric Association, 2005) ดังนี้

- โรคซึมเศร้าแบบรุนแรง (Major Depression) จากอาการดังที่ได้กล่าวไว้แล้วนั้น จะต้องมีอาการอย่างน้อย 5 อาการ ร่วมกันในช่วง 2 สัปดาห์ โดยต้องมีอาการในข้อ 1 หรือข้อ 2 อย่างน้อย 1 ข้อ และต้องมีอาการเหล่านี้เป็นส่วนใหญ่ของวัน อยู่เกือบทุกวัน รวมถึงต้องมีการบกพร่องในหน้าที่การงานหรือสังคมด้วย

- โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) มีอาการคล้ายกับ Major depressive disorder แต่ความรุนแรงน้อยกว่า ซึ่งมีอาการส่วนใหญ่เป็นด้านอารมณ์ และความคิด มีอาการต่อเนื่องเรื้อรังเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี แตกต่างจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรง ตรงที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรังยังทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามปกติ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรังสามารถเปลี่ยนเป็นโรคซึมเศร้าแบบรุนแรงได้

อุบัติการณ์ของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบอุบัติการณ์ของอาการซึมเศร้าได้สูงขึ้นถึง 3 เท่าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (CAD) เมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติ (Bunker et al., 2003) โดยพบอาการซึมเศร้า (depressive symptoms) ได้ร้อยละ 40-60 พบโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ได้ร้อยละ 20 และพบโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับเล็กน้อย (Minor depressive) ได้ร้อยละ 27 ในผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) (Berkman et al., 2003) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ก่อนผ่าตัดมีอาการซึมเศร้าอยู่แล้วหลังผ่าตัดก็จะคงมีอาการอยู่ (สุรัชย์ เกื้อศิริกุล และพีรพล ภัทรนุชาพร, 2547) โดยพบผู้ป่วย 1 ใน 5 คน มีอาการตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้า ในระหว่างการพักฟื้นหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) (Freedland et al., 2009) และอาการซึมเศร่ายังพบได้ถึง 40 % ภายใน 6 เดือนหลังผ่าตัด (สุรัชย์ เกื้อศิริกุล และพีรพล ภัทรนุชาพร, 2547)

กลไกทางสรีรวิทยาที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้ากับโรคหลอดเลือดหัวใจ มีดังนี้

1. อาการซึมเศร้าส่งผลต่อการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติโดยตรง ทั้ง hypothalamic- adrenocortical และ sympathoadrenal hyperactivity โดยพบว่าผู้มีอาการซึมเศร้ามีระดับ cortisol ในเลือดสูงขึ้น และผลของ corticosteroids ก็ส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ระดับของ cholesterol และ free fatty acids สูงขึ้นตามมาเป็นผลให้เกิด atherosclerosis มากขึ้นตามลำดับ (Carney, Freedland, & Veith, 2005)
2. Heart rate variability ลดลงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากกว่าคนปกติ (Carney, Freedland, & Veith, 2005) heart rate variability คือปริมาณการขึ้นลงจากค่ากลางการเต้นของหัวใจ มีความสำคัญทางคลินิก (สุรัชย์ เกื้อศิริกุล และ พิรพล ภัทรนุชาพร, 2547) กล่าวคือ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มี heart rate variability ลดลง มีหลักฐานว่าจะมีโอกาสเสี่ยงสูงขึ้นต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือแม้แต่การเสียชีวิต (ดิลก ภิกขุทัย, 2547) มีการศึกษาเปรียบเทียบ cardiac autonomic modulation ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่สุขภาพกายดี กับ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจที่สุขภาพจิตดี กับ กลุ่มที่สุขภาพกายดี และสุขภาพจิตดี พบว่า 2 กลุ่มแรกมีค่า heart rate variability ต่ำกว่ากลุ่มหลังอย่างมีนัยสำคัญ (Nahshonia et al., 2004)
3. ความผิดปกติในการทำงานของเกล็ดเลือด ในผู้ป่วยซึมเศร้ามีความผิดปกติในการรวมกลุ่มของเกล็ดเลือด (Platelet aggregation) นำไปสู่การเกิดการสร้าง thrombus ซึ่งเป็นตัวที่มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การศึกษาของ Musselman และคณะ (ค.ศ. 1996) พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้ามีการรวมกลุ่มเกล็ดเลือดมากกว่ากลุ่มคนทั่วไป มี reactivity ของเกล็ดเลือดมากกว่า และมีการกระตุ้นเกล็ดเลือดที่มากกว่า และยังพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีค่าของจำนวนเม็ดเลือดขาว ไฟบริโนเจน และ factor VIIc มากกว่าคนทั่วไป นอกจากนี้ยังมีความเข้มข้นของเกล็ดเลือด factor IV และ beta thromboglobulin สูงกว่าคนทั่วไปเช่นกัน (Musselman et al., 1996 ; Shimbo et al., 2002)
4. ความผิดปกติในระบบภูมิคุ้มกัน ผู้มีอาการซึมเศร้าจะมีระดับของ pro-inflammatory cytokines ในเลือดสูงขึ้นด้วย ได้แก่ C -Reactive Protein : CRP, Interleukin 6: IL-6, Tumor necrosis factor alpha : TNF - α และ interleukin-1 receptor antagonist: IL-1Ra ซึ่งเป็น Marker ของการอักเสบ ซึ่งใน inflammatory process ก็พบว่ามีส่วนในกระบวนการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันด้วย การศึกษาแบบ meta-analysis ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมด้วย พบลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เข้าได้ในส่วนของการกระตุ้นภูมิคุ้มกันคือ ระดับ circulating levels ของ IL-6 และ soluble IL-2 receptor สูงขึ้นและมี lymphocytes expressing activation markers (e.g., IL-2 receptor) จำนวนมาก นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มขึ้นของ acute-phase proteins และ soluble adhesion molecules (Miller, Stetler, Carney, Freedland & Banks, 2002)

สาเหตุของการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีปัญญานิยมของเบ็ค (Beck, 1967) ที่เชื่อว่า การมีอาการซึมเศร้า เกิดจากความคิดมากกว่าอารมณ์ โดย Beck ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าว่า เกิดจากสาเหตุ 2 ประการ คือ บุคคลมีความเครียดจากสถานการณ์วิกฤติในชีวิต และบุคคลนั้นมีความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นเองโดยไม่ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล เป็นผลมาจากโครงสร้างทางความคิดที่รับรู้ และการแปลความหมายของสถานการณ์ไปในทางลบ จึงกล่าวได้ว่าอาการซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบต่อไปนี้ คือ 1.ความคิดหลัก 3 ประการ (cognitive triad) ซึ่งเป็นรูปแบบความคิดในทางลบ 3 ลักษณะ คือ ความคิดทางลบต่อตนเอง ความคิดทางลบต่อสิ่งแวดล้อมหรือประสบการณ์ และความคิดทางลบต่ออนาคต 2.โครงสร้างทางความคิด (schema) และ 3.ความคิดที่บิดเบือน (cognitive error) (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) อธิบาย ได้ว่าเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติในชีวิตบุคคลจะเกิดการประมวลเรื่องราวและโครงสร้างทางความคิดเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตจากการได้รับประสบการณ์ต่างๆในอดีตที่เข้ามาในชีวิต ซึ่งการสร้างโครงสร้างทางความคิดนี้จะมีผลต่อการรับรู้ แปลความ และการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ผู้ที่มีอาการซึมเศร้ามักมีประสบการณ์ชีวิตไม่ดี และแปลความหมายของเหตุการณ์ด้วยลักษณะการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ หรือบิดเบือนไปจากความเป็นจริง เนื่องจากมีโครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ในอดีตของบุคคล ทำให้บุคคลมีลักษณะการคิดที่บิดเบือนซึ่งเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ และทำให้เกิดความคิดทางลบต่อตนเอง ต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ และต่ออนาคต ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา (Beck, 1967) โดยปกติอาการซึมเศร้าจะแสดงอาการของการขาดประสิทธิภาพของการรู้คิด ความผิดปกติของการรู้คิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มักแสดงออกมาในลักษณะของ การหลงลืมง่าย ความคิดอ่านช้าลง คิดซ้ำๆ (ฉัตรพร พิทยรัตน์เสถียร, 2552) ลังเล ตัดสินใจไม่แน่นอน ไม่มั่นใจในตนเอง ผู้ป่วยจะมองโลกภายนอก มองอนาคตรวมถึงมองชีวิตตัวเองในแง่ลบ คิดว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมายต่อใคร ผู้ป่วยบางคนมีความรู้สึกผิดหรือกล่าวโทษ ต่ำหนีดตนเองต่อสิ่งที่ตนเองได้กระทำลงไป แม้เป็นการกระทำที่ผู้อื่นเห็นเป็นเรื่องเล็กน้อย (มานิช หล่อตระกูล, 2548)

ผลกระทบของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมค่อนข้างมาก การเปลี่ยนแปลงหลักๆ จะเป็นด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมร่วมกับอาการทางร่างกายต่างๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวบุคคลและส่งผลกระทบต่อโรคหลอดเลือดหัวใจดังนี้

ผลกระทบต่อตัวบุคคล

1. สภาพร่างกายทรุดโทรม จากการนอนไม่หลับและไม่ร่วมมือไม่สนใจดูแลตัวเอง (Back, 1967)
2. สูญเสียการสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยจะแยกตัวเองมองเห็นสิ่งต่างๆ ในด้านลบ จึงเป็นผลให้ไม่ยอมรับการช่วยเหลือในการแก้ปัญหาจากบุคคลอื่น (Back, 1967)
3. ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ขาดความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิในการทำกิจกรรมต่างๆ (Back, 1967)
4. การเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากความสนใจต่อสิ่งรอบข้างลดน้อยลง ขาดแรงจูงใจในการเฝ้าระวังอุบัติเหตุ หรือสิ่งที่จะเกิดขึ้นอย่างฉุกเฉิน (Back, 1967)
5. ขาดน้ำเกลือแร่และสารอาหาร เนื่องจากไม่มีความอยากอาหาร หรือปฏิเสธการรับประทานอาหาร (Back, 1967)
6. ความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาต่างลดลง ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีพฤติกรรมในการแก้ปัญหาในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ (Trockel, Burg, Jaffe, Barbour & Taylor, 2008)
7. ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลงในช่วงที่เกิดภาวะซึมเศร้า จะมีผลโดยตรงทำให้ระบบภูมิคุ้มกันต่ำลง มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของเซลล์ที่ทำหน้าที่ฆ่าเชื้อโรคต่างๆ ตามธรรมชาติ เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้ง่าย (Miller et al., 2002)
8. ความเจ็บป่วยรุนแรงยิ่งขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ (Miller et al., 2002) สุดท้ายทำให้การมีชีวิตอยู่สั้นลง เนื่องจากความสนใจในเรื่องต่างๆ ลดลง เช่น ไม่สนใจออกกำลังกาย ไม่ทำตามคำแนะนำในการดูแลตัวเอง ไม่สนใจติดตามผลการรักษา อีกทั้งมีการปฏิเสธยาและการรักษา (สุรัชย์ เกื้อศิริกุล และ พีรพล ภัทรนุชาพร, 2547)
9. มีความคิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตาย (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) หรือพยายามฆ่าตัวตายโดยทางอ้อม คือปฏิเสธการรักษาทั้งหมด เพื่อจะได้จากไปเร็วๆ

ผลกระทบต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

1. ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้านักจะมีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง (angina pectoris) กว่าผู้ไม่มีอาการซึมเศร้า (ENRICH Investigators, 2001) จะไปเพิ่มความรุนแรงและความถี่ของอาการเจ็บหน้าอก ลดความทนทานต่ออาการ และมีความทุกข์ใจมากขึ้น (emotional distress) สัมพันธ์กับการลดลงของการสร้าง beta endorphin ทำให้ threshold ต่ออาการเจ็บหน้าอกแบบ angina ที่สัมพันธ์กับการขาดเลือด (ischemia) ลดลงเช่นกัน (สุรัชย์ เกื้อศิริกุล และ พีรพล ภัทรนุชาพร, 2547)

2. มีการพยากรณ์โรคที่แย่กว่าผู้ไม่มีอาการซึมเศร้า ทั้งในแง่อัตราการเสียชีวิต การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำ การต้องเข้ารับการรักษด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจหรือการผ่าตัด (ดิลก ภิกขุทัต, 2547) รวมถึงภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) (สันต์ ใจยอดศิลป์ และปริญญา คุณาวุฒิ, 2552) ในการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจพิสูจน์จากการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Coronary angiogram) พบว่าผู้ที่มีอาการซึมเศร้ามีการเกิด Cardiac events ได้แก่ การเสียชีวิต การเข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) การได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยการถ่างขยายด้วยบอลลูน (percutaneous coronary intervention: PCI) การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงกว่าผู้ไม่มีอาการซึมเศร้า (Carney, et al., อ้างใน ดิลก ภิกขุทัต, 2547) การวิจัยในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยให้ผู้ป่วยวาดขนาดของหัวใจที่ถูกทำลายตามการรับรู้ของตนเอง พบว่าขนาดของหัวใจที่ถูกทำลาย มีความสัมพันธ์กับการกลับไปทำงานและการรับรู้กับภาวะของตนเอง โดยผู้ที่วาดบริเวณของหัวใจถูกทำลายเป็นบริเวณกว้าง จะมีการฟื้นตัวช้า กลับไปทำงานได้ช้ากว่าปกติ มีความคิดในทางลบกับสภาวะหัวใจของตัวเอง (Frostholm, Fink, Christensen, Toft, Oernboel, Olesen. et al. 2005)

3. ใช้บริการทางการแพทย์บ่อยกว่าปกติ (สุदारตัน บัญณยีน, 2552) และสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้นหลังจากทำ angioplasty หรือ coronary artery bypass graft

การบำบัดรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

1. การรักษาด้วยยาแก้เศร้า (Pharmacologic Interventions) (Lespe' rance et al., 2002 ; Glassman et al.,2002)

2. การรักษาด้วยการบำบัดทางจิต (Psychotherapeutic Interventions)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า Psychological treatment ที่มีประสิทธิผลลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ได้แก่ Cognitive Behavior Therapy (CBT) (Berkman et al., 2003) physical activity เช่น aerobic exercise (Brosse, Sheets, Lett, & Blumenthal, 2002) และ cardiac rehabilitation (Milani, & Lavie, 2007) Problem- solving therapy (PST) Interpersonal therapy (IPT) Self-management therapy การฝึกการผ่อนคลาย การจัดการกับความเครียด ฯลฯ (Wang, Hoffman, & Blumenthal, 2011)

การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม Cognitive Behavioral Therapy (CBT) เป็นจิตบำบัดรูปแบบหนึ่ง เป็นการบำบัดอย่างมีโครงสร้างมีเป้าหมายและทิศทางชัดเจน มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการซึมเศร้าและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (maladaptive Behavior) โดยการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด (Cognitive process) ของผู้ป่วย (ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร, 2552) มีรากฐานมาจากแนวคิดเรื่องพฤติกรรมนิยม (Behavirism) และแนวคิดเรื่องจิตวิทยาการรู้คิด

(Cognitive Psychology) มีความเชื่อหลักอยู่ 3 ประการคือ ความคิด (Cognition) มีผลต่ออารมณ์ (Emotion) และ พฤติกรรม (Behavior) ความคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและเปลี่ยนแปลงได้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมทำได้โดยการเปลี่ยนความคิด (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิดหรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตในทางที่ก่อให้เกิดความทุกข์ เมื่อผู้ป่วยทราบว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ อาจมี ความคิด ในทางลบต่อตนเอง ว่าตนเองเป็นคนไม่มีคุณค่า ช่วยตัวเองไม่ได้ เป็นภาระต่อผู้อื่น มี พฤติกรรม แยกตัว ไม่พบปะผู้คน และอาจมีความแปรปรวนทาง ร่างกาย เช่น เบื่ออาหารหรือนอนไม่หลับ หลับๆตื่นๆ อ่อนเพลียไม่มีแรง เมื่ออาการซึมเศร้ามากขึ้นจะส่งผลย้อนกลับทำให้มี ลักษณะการคิดที่บิดเบือนมากขึ้นและการคิดอย่างมีเหตุมีผลลดลง ยิ่งทำให้อาการซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีความคิดในแง่ลบมากๆ การให้จิตบำบัดแบบการรู้คิดจะช่วยให้ผู้ป่วยสำรวจมุมมองความคิด ความเชื่อที่เบี่ยงเบนหรือผิดไปจากความเป็นจริงที่ทำให้เกิดปัญหาทำให้สามารถเข้าใจตนเองและมองเห็นความเป็นจริงเกี่ยวกับตนเองและผู้อื่น ลดความขัดแย้งหรือความคับข้องใจ และสามารถจัดการกับปัญหาที่มีอยู่ได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น (ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร, 2552) การทำ Cognitive behavior therapy เป็นการบำบัดที่ใช้การผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม โดยใช้รูปแบบการคิด (cognitive model) มาใช้กับผู้ป่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคหรือปัญหาของตนเอง เพื่อดูว่าเขามีรูปแบบการคิด หรือมีวิธีการคิดอย่างไร ทั้งนี้ในคนแต่ละคนจะใช้รูปแบบการคิดที่ต่างกัน และเมื่อประสบกับเหตุการณ์ก็จะมีวิธีการคิดและตีความแตกต่างกันด้วย เช่น ในผู้ป่วย depression จะมีลักษณะของความคิดที่บิดเบี้ยว มองโลกในทางลบ มองตัวเองแย่ ลึกลับหวัง (ตัวเองแย่ โลกแย่ อนาคตแย่) การนำ รูปแบบการคิดมาใช้ก็เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินว่าเขาเป็นเช่นนั้นจริงหรือไม่

CBT มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ และมีข้อดีหลายๆอย่างที่ควรพิจารณาในการบำบัดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ CBT เป็นการรักษาแบบไม่ใช้ยา การรักษาแบบไม่ใช้ยา มีข้อดีกว่าการรักษาด้วยยา เช่น ไม่มีการเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา (drug-drug interactions) (Dekker, 2008) และการเลือกใช้ยาต้องเลือกใช้ด้วยความระมัดระวังเนื่องจากยาแก้ซึมเศร้า จะมีการข้างเคียงที่มีผลต่อหัวใจไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม CBT มีความเกี่ยวข้องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมากกว่า ซึ่งเป้าหมายสุดท้าย ผู้ป่วยจะสามารถบำบัดตนเองได้ และจะเป็นการป้องกันไม่ให้โรคกลับมาเป็นซ้ำได้อีก CBT มีวิธีจัดการกับปัญหาและแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถใช้ในการบำบัดได้ทั้งแบบรายบุคคล และแบบรายกลุ่ม CBT เป็นการบำบัดที่พยาบาลสามารถฝึกฝนอบรมแล้วนำมาดำเนินการได้ด้วยตนเอง (Dekker, 2008) เป็นเอกลักษณ์ของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้

สืบเนื่องมาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้นำหลักการของการบริหารจัดการเฉพาะโรค (Disease management) มาใช้ในกลุ่มโรคเรื้อรัง เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการะโรคเหล่านี้ในระยะยาว ซึ่งโรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 1 ใน 6 โรคเรื้อรังที่ได้รับการพิจารณาว่าเป็นโรคที่เป็นภาระมาก (high burden) ทั้งการเจ็บป่วย และการตาย ต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาสูง (high cost) และมีโอกาสเสี่ยงต่อการร้องเรียนด้านคุณภาพบริการมาก (high risk or concern) และยังเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพซึ่งใช้ในการประเมินคุณภาพโรงพยาบาล และเฝ้าระวังคุณภาพบริการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช, 2551) นอกจากนั้นทางคณะกรรมการทรวงสาธารณสุข ได้มอบนโยบายให้กรมสุขภาพจิตจัดระบบการตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ป่วย 6 โรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาของประเทศไทย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคถุงลมปอดโป่งพอง โรคเมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงการเกิดปัญหาสุขภาพจิต (สปสช, 2553) ซึ่งถ้าผู้ให้บริการสุขภาพสามารถวางแผนแก้ไขและป้องกันผลกระทบทางสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม อาการก็จะไม่ทรุดลงง่าย ทำให้การรักษาของแพทย์ได้ผลดีขึ้น

โรงพยาบาลเดิมบางนางบวชเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ได้ตอบสนองนโยบายของ สปสช. และกรมสุขภาพจิต รวมทั้งต้องการพัฒนาคุณภาพการบริการได้บรรจุกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 1 ในนโยบายการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค ของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย และได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ จึงมีการคิดค้นหาแนวทางพัฒนางานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและคุ้มค่ามากที่สุดภายใต้บริบทของตนเอง แนวคิดที่ได้จากการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือการทำให้หลอดเลือดที่อุดตันกลับมามีเลือดไหลได้ตามปกติให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ยิ่งให้การรักษาเร็วเท่าใด ก็จะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากเท่านั้น การดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาถึง จึงมีความสำคัญมาก ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัย และเริ่มการรักษาให้เร็วที่สุด เราเรียกการดูแลผู้ป่วยในระบายนี้อาการทางร่างกายที่ปรากฏ เช่น ผู้ป่วยบางรายมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดต่างๆ อาทิ ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดข้อ ปวดหลัง รวมถึงอาการปวดเรื้อรังตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เจ็บหน้าอก คลื่นไส้อาเจียน (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) เหนื่อยง่าย ใจสั่น เป็นเหตุให้ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าถูกปล่อยปละละเลยจนกลายเป็นโรคซึมเศร้า หรือทำให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงอื่นๆ ตามมาได้ (อจรรพร สี่หิรัญวงศ์, 2549)

ในปีงบประมาณ 2553 แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช ได้ดำเนินการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามแนวทางการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าด้วยข้อคำถามที่ใช้ในการคัดกรองอาการซึมเศร้าของไทย 2 คำถาม จำนวน 299 คน พบผู้ที่อาการเข้าเกณฑ์อาการซึมเศร้าและส่งต่อมาที่หน่วยงานสุขภาพจิตเพื่อคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยคำถามที่ใช้ประเมินโรคซึมเศร้าแบบ 9 คำถาม จำนวน 118 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มีปัญหาซึมเศร้า 67 คน โดยผู้ที่มีอาการซึมเศร้าสามารถแยกระดับของอาการซึมเศร้าได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ซึมเศร้าเล็กน้อยจำนวน 31 คน ซึมเศร้าปานกลาง 23 คน และซึมเศร้ารุนแรง 13 คน โดยผู้ที่มีอาการซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง 36 คน ได้ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจยืนยันและให้การรักษา ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อพบแพทย์ก็จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและได้รับการรักษาด้วยยาแก้เศร้า

แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี ได้มีการเก็บรวบรวมสถิติผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2552 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2553 พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในและแพทย์วินิจฉัยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome, ACS) จำนวน 33 คน และเสียชีวิตจากอาการของโรคหัวใจระหว่างให้การรักษา จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 15.15 (ตารางสถิติตัวชี้วัดโรคผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตึกผู้ป่วยในอายุรกรรม) การปฏิบัติการพยาบาลที่ทำอยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่เน้นการดูแลด้านร่างกาย เพื่อลดการเสียหายของกล้ามเนื้อหัวใจและป้องกันโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการเสียชีวิต และป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ นอกจากนี้การซักประวัติถ้าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค เช่น คีโมเหล้า-สูบบุหรี่ เมื่ออาการดีขึ้นจะส่งต่อไปที่หน่วยสุขภาพจิตเพื่อให้คำปรึกษาเพื่อเลิกดื่มเหล้า และเลิกสูบบุหรี่ จากสถานการณ์ในคลินิกที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลายคน มีอาการกำเริบของโรคหัวใจ ต้องเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในบ่อยครั้ง มีความรู้สึกท้อแท้เสียกำลังใจ เมื่อเวลาผ่านไปยิ่งรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ลึกลับ หวัง เครียดวิตกกังวล หดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา มองชีวิตตัวเองในแง่ลบ คิดว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมายต่อใคร ผู้ป่วยบางรายมีภาวะอารมณ์เศร้าแฝงอยู่ ยังไม่มีการเข้าไปดูแลและขาดการคัดกรองผู้ป่วยที่อาจมีอาการซึมเศร้า

รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีในโรงพยาบาลเดิมบางนางบวช ในปัจจุบัน ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ การให้การปรึกษารายบุคคล การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว มีการติดตามอย่างต่อเนื่องในชุมชนและประสานเครือข่ายในชุมชนเพื่อให้การช่วยเหลือในรายที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน แต่ยังไม่มีรูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีปัญหาสุขภาพจิต ด้วยเหตุนี้ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาที่สำคัญที่ผู้เกี่ยวข้องต้องนำไปศึกษาหาแนวทางในการดูแลช่วยเหลือต่อไป

1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคและการดำเนินของโรคหลายอย่าง ทั้งปัจจัยทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมของบุคคล และยังมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต และเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ มีประสบการณ์ที่ต้องมาพบแพทย์ด้วยอาการที่เฉียบพลัน เช่น อาการหอบเหนื่อย หรือเจ็บหน้าอก ยังไม่มีวิธีการใดที่จะป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคอย่างได้ผลดี แต่ส่วนใหญ่แล้วต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องยาวนาน อาการของโรคและการปฏิบัติตามแผนการรักษาอาจรบกวนการดำรงชีวิตตามปกติของผู้ป่วย และครอบครัวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำรงบทบาทและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาทางจิตสังคมตามมา ที่พบได้บ่อย คือ ความวิตกกังวล และ อาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยจัดว่าเป็นโรคที่มีทั้งภาวะกายและจิตอยู่ร่วมกัน น่าจะเป็นสิ่งที่ดีถ้าหากมีการใช้กลวิธีอย่างหลากหลายทั้งที่ใช่และไม่ใช่ และให้การรักษาทั้งโรคและปัจจัยเสี่ยงต่อโรค ย่อมเป็นการเพิ่มคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม ที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่ได้จากผลงานวิจัย ที่ผ่านกระบวนการสืบสวนมาเป็นอย่างดีตามหลักของวิทยาศาสตร์(ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549) จากนั้นนำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะ โดยพิจารณารูปแบบของการบำบัดปรับให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และบริบทของผู้รับบริการ และทำให้ผู้ศึกษามีความรู้ในเรื่องดังกล่าวดีขึ้น และลึกซึ้งกว้างขวางมากขึ้น อันจะนำไปสู่การดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้มาตรฐานมากขึ้น

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ รูปแบบการบำบัด การรู้คิด และพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ได้หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการใช้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. พยาบาลมีแนวทางในการทำจิตบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
4. สามารถนำผลการศึกษานี้ พัฒนาเป็นแนวทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งจะช่วยให้การปฏิบัติงานทางการพยาบาลมีประสิทธิภาพ และเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการด้านสุขภาพจิตของหน่วยงานต่อไป

บทที่ 2

วิธีการดำเนินการ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบ บำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการศึกษาดังนี้ 1) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 2) การประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 3) สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้เป็นข้อเสนอแนะในการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1.1 การกำหนดกรอบการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษา ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิดของ “PICO” (PICO Framework) (Melnik & Fineout-overholt, 2005) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

P (Population): ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการซึมเศร้า

I (Intervention): การบำบัดการรู้คิด และพฤติกรรม

C (Comparison Intervention) : ไม่มีการบำบัดที่ใช้ในการเปรียบเทียบ (none)

O (Outcome) : อาการซึมเศร้า

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้

Population คือ “Cardiovascular Disease” “Coronary artery disease” “Coronary heart disease” “Ischemic heart disease” “Myocardial Infarction” “Acute coronary Syndrome”

Intervention คือ “Cognitive Behavior Therapy” “Cognitive Therapy” “Psychotherapy”

Comparison ไม่มี

Outcome คือ “Depressive Symptoms” “Depressive disorders” “Depression”

2.1.2 กำหนดขอบเขตของการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผลการวิจัยสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจึงกำหนดขอบเขตในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

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

2) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 ถึง ปัจจุบันทั้งงานที่เป็นภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

3) เลือกเฉพาะงานวิจัยฉบับสมบูรณ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ได้

4) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการซึมเศร้า

2.2.3 กำหนดแหล่งสืบค้นสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ จากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และแหล่งสืบค้นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic data based)

1.1 ฐานข้อมูลที่รวบรวมการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) ได้แก่ Cochrane Library (www.Cochrane.org)

1.2 ฐานข้อมูลอื่นๆ ที่รวบรวมงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ CINAHL, PubMed, ProQuest, Blackwell Synergy, OVID & Medline

2) การสืบค้นด้วยมือ (Hand search)

2.1 Journal ที่มีการพิมพ์ผลงานวิจัย ที่สอดคล้อง กับเรื่องที่ศึกษา และคัดเลือกงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด

2.2 การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรม (reference list) ของบทความหรืองานวิจัยที่สืบค้นได้อ้างอิงถึง แล้วไปทำการสืบค้นต่อในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

2.2 วิธีการที่ใช้ประเมินคุณภาพและระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2.1 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสกัดเนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงในตารางการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

ที่ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มตัวอย่าง สถานที่เก็บข้อมูล ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของหลักฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา รูปแบบการบำบัด วิธีการดำเนินการวิจัย และผลการศึกษาวิจัย สำหรับผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 ด้าน ได้แก่ (1) ความตรงของงานวิจัย (2) สรุปผลการวิจัย (3) ความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ ซึ่งการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 3 ด้าน มีรายละเอียดของการประเมินดังนี้ (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005)

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

ก. ผลการวิจัยมีความตรงหรือไม่

1. คำถามการวิจัยชัดเจนหรือไม่ โดยพิจารณาว่ามีการกำหนดประชากรที่ศึกษาการทดลอง (Intervention) และตัวแปรตามที่ชัดเจนหรือไม่
2. งานวิจัยนี้เป็น Randomized controlled trial (RCT) จริงหรือไม่ และมีความเหมาะสมในการใช้วิธีการวิจัยแบบ RCT เพื่อตอบคำถามการวิจัยหรือไม่
3. กลุ่มตัวอย่างถูกจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างเหมาะสมหรือไม่
 - มีการสุ่มจริงหรือไม่ กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนถูกสุ่มเข้ากลุ่มอย่างไร มีการอธิบายอย่างชัดเจนหรือไม่
 - กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติเหมือนกันเมื่อตอนเริ่มต้นหรือไม่ มีการรายงานลักษณะที่แตกต่างกันไว้หรือไม่ และความแตกต่างดังกล่าวมีผลกระทบต่อผลการวิจัยหรือไม่
4. การสุ่มตัวอย่างมีการปกปิดหรือไม่
 - กลุ่มตัวอย่างทราบว่าอยู่กลุ่มไหนหรือไม่
 - ผู้วิจัย/ผู้ให้ Intervention ทราบหรือไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มใด
 - ผู้ประเมิน/ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลทราบหรือไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มใด
 - ผู้วิจัยมีความพยายามในการปกปิดการสุ่มหรือไม่ หากในกรณีที่ไม่สามารถปกปิดได้สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อการวิจัยมากน้อยเพียงใด
5. การวิเคราะห์ผลการวิจัยเป็นไปตามกลุ่มที่อยู่จริงหรือไม่
 - หากมีการศึกษาติดตาม (Follow up) มีกลุ่มตัวอย่างที่ขาดการติดตามหรือไม่

- ผู้วิจัยได้นำกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาวิเคราะห์ข้อมูลหรือไม่ (Intention to treat analysis)

- มีการรายงานถึงการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ไม่สามารถคงอยู่ในการวิจัย (Drop out) หรือไม่

6. นอกจาก Intervention ที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างได้รับการปฏิบัติเหมือนกันหรือไม่ และกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มได้รับการติดตามและวัดตัวแปรตามเหมือนกันหรือไม่

7. จำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียงพอหรือไม่

- มีการคำนวณ Power เพื่อกำหนดกลุ่มตัวอย่างหรือไม่

ข. ผลการวิจัยเป็นอย่างไร

1) ผลการวิจัยสรุปได้ว่าอย่างไร Intervention มีประสิทธิภาพหรือไม่ อย่างไร

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

- กรณี Continuous outcomes: ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย เป็นอย่างไร

2) ความสำคัญทางสถิติ และความสำคัญทางคลินิก เป็นอย่างไร

3) ความถูกต้องของการประมาณค่า Intervention effect เป็นอย่างไร

- ค่า Confidence interval or p-values เป็นอย่างไร

- ค่า Confidence intervals มีค่าที่แสดงว่ามีความสำคัญทางคลินิกอยู่ในช่วงคะแนนหรือไม่

ค. ผลการวิจัยเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการปฏิบัติหรือไม่

1) กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกับผู้ป่วยที่สนใจหรือไม่

- ผู้ป่วยในคลินิกตรงกับเกณฑ์ในการกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) หรือไม่ ถ้าไม่ตรง มีข้อจำกัดหรือเหตุผลที่ทำให้ Intervention นี้ไม่สามารถนำไปใช้ กับผู้ป่วยได้หรือไม่

2) ลักษณะหน่วยงานเหมือนกับงานวิจัยหรือไม่ สามารถใช้ Intervention นี้ในหน่วยงานได้หรือไม่

4) เปรียบเทียบระหว่างต้นทุน (Cost) ความเสี่ยง (harm) และประโยชน์ที่จะได้รับ (benefit)

5) ควรมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายหรือการปฏิบัติจากผลการวิจัยนี้หรือไม่

2.2.2 การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence) ใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน (strength of evidence) ตามระบบการจำแนกของเกรซ (Grace, 2009) ตามแบบ Therapy evidence pyramid ซึ่งดัดแปลงมาจากการจัดระดับความน่าเชื่อถือในงานวิจัยของ Guyette & Rennie ในปี ค.ศ. 2006 ซึ่งนำไปใช้ในการสอนการปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งมีการแบ่งระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน (Level of evidence) มาเป็น 7 ระดับ ดังนี้

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

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

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

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

Level 5: Single of observational studies – patient important outcome เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานแบบพรรณนา / บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพที่แสดงผลลัพธ์สำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

Level 6: Physiologic study เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากรายงานการศึกษาทางคลินิกของผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ

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

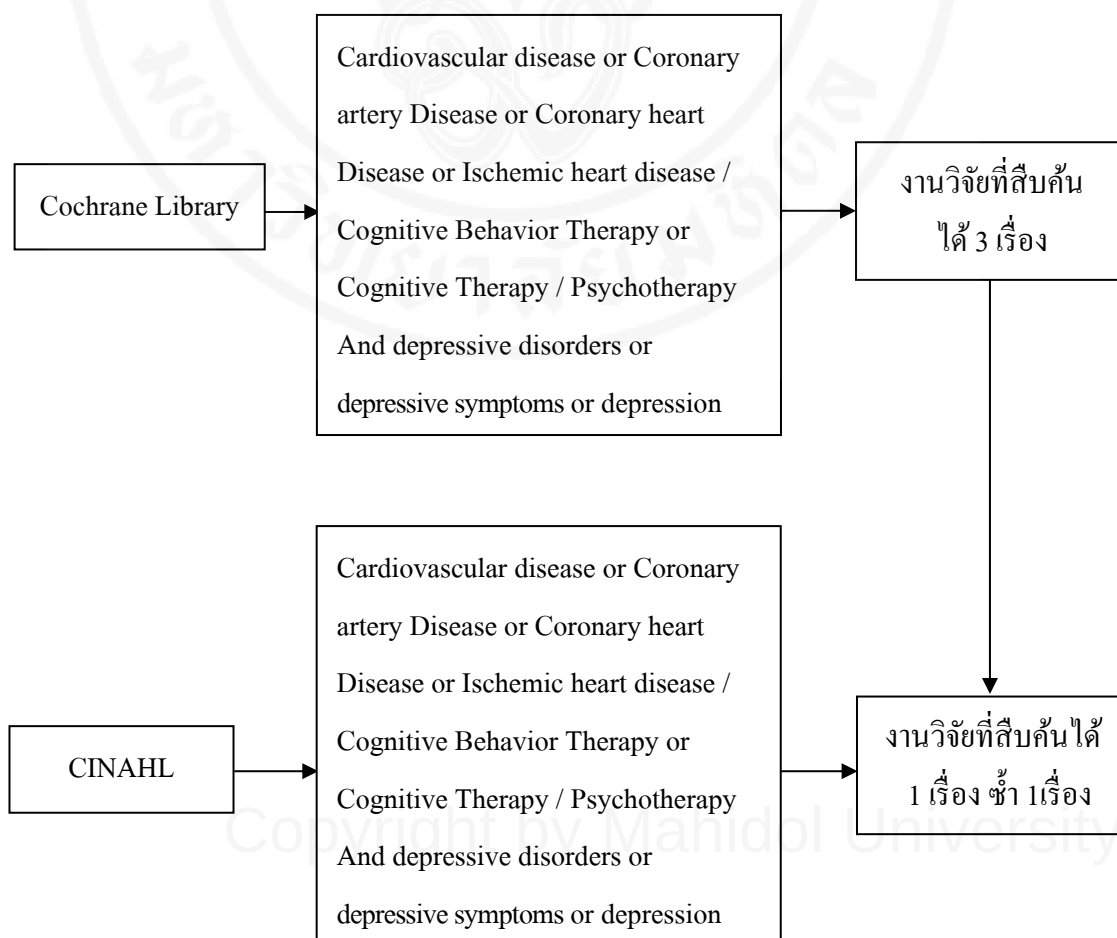
สรุป วิธีดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษากำหนดกรอบการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้หลักการของ PICO Framework โดยกำหนดประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการซึมเศร้า การบำบัด คือ การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (CBT) โดยไม่มีการเปรียบเทียบการบำบัด ผลของการศึกษา คือ ลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังจากสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว นำงานวิจัยที่ได้มาประเมินคุณภาพงานวิจัย ประกอบด้วย การประเมิน ความตรงของผลงานวิจัย สรุปผลการวิจัย และความเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในการปฏิบัติ และการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (strength of evidence) โดยใช้แบบประเมินตามเกณฑ์ของเกรซ (Grace, 2009) ตาม Therapy evidence pyramid และนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาสกัดเนื้อหาที่สำคัญ แล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เป็นข้อแนะนำ ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผลการดำเนินการจะนำเสนอในบทต่อไป

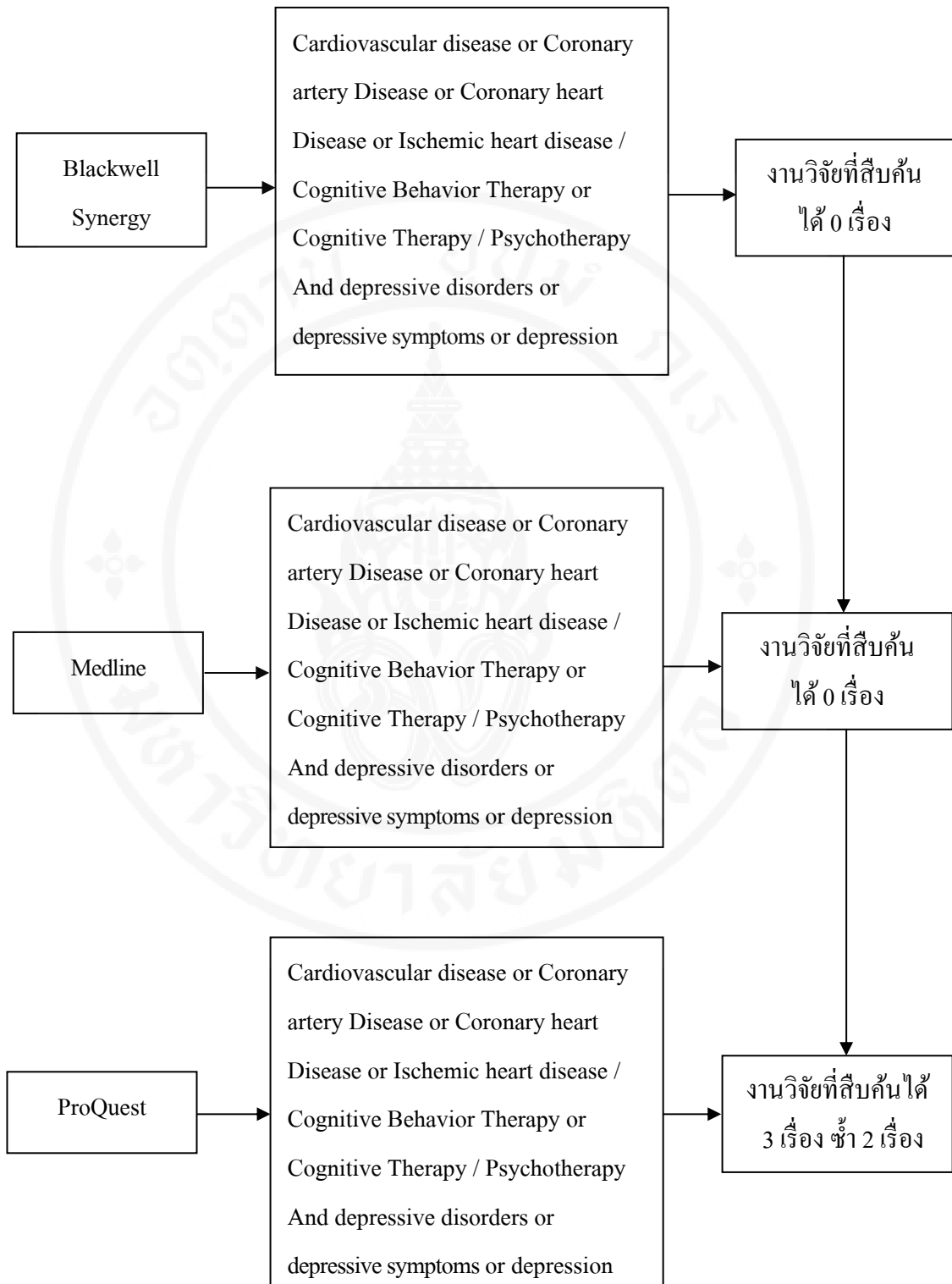
บทที่ 3

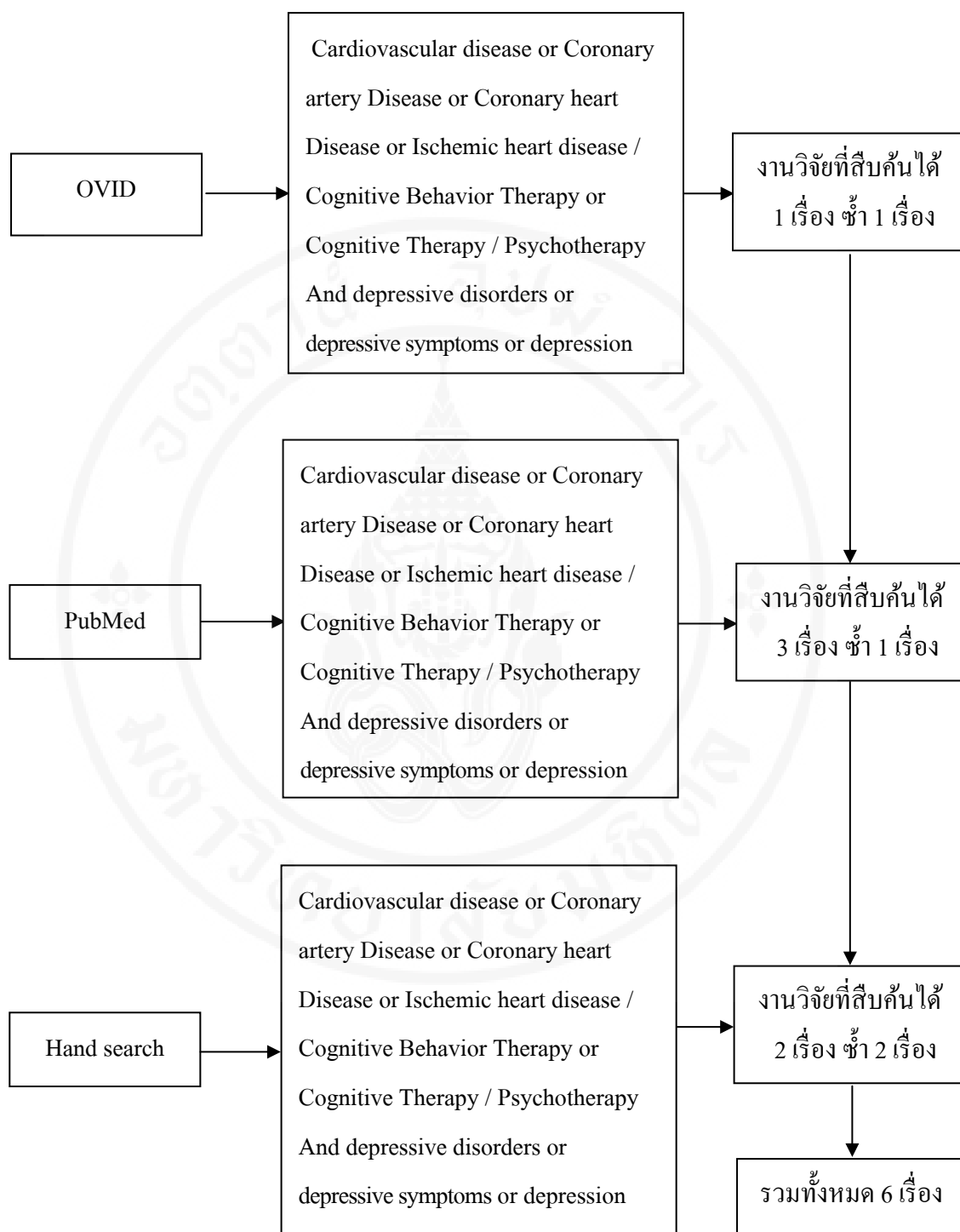
ผลการดำเนินการ

หลังจากมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้แนวคิด PICO Framework ในการกำหนดคำสืบค้นแล้ว กำหนดเกณฑ์คัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ และทำการสืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ พบงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ที่สืบค้นจนได้หลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานต่างๆ สรุปได้ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น







สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้มีจำนวนทั้งหมด 6 เรื่อง บางเรื่องค้นพบมากกว่า 1 ฐาน ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ซ้ำกันจำนวน 3 เรื่อง จึงมีหลักฐานเชิงประจักษ์เพียง 6 เรื่อง ดังที่แสดงไว้ในตาราง

ตารางที่ 3.1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นและสามารถนำมาวิเคราะห์ได้

ลำดับที่	ชื่อผู้วิจัย/ ชื่อเรื่อง /แหล่งตีพิมพ์	รูปแบบงานวิจัย	ระดับ
1.	Berkman, L. F., Blumenthal, J., Burg, M., Carney, R. M., Catellier, D., Cowan, M. J., et al. (2003). Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial. <i>American Medical Association. JAMA</i> , 289(23), 3106-3116.	-Randomized controlled trial -multicenter	Level I
2.	Cowan, M. J., Freedland, K. E., Burg, M. M., Saab, P. G., Youngblood, M. E., Cornell, C. E., et al. (2008). Predictors of Treatment Response for Depression and Inadequate Social Support - The ENRICHD Randomized Clinical Trial. <i>Psychotherapy and Psychosomatics</i> , 77(1), 27-37.	- One group Pre - post design, multicenter -Secondary analysis	Level V
3.	Trockel, M., Burg, M., Jaffe, A., Barbour, K. & Taylor, C. B. (2008). Smoking Behavior Postmyocardial Infarction Among ENRICHD Trial Participants: Cognitive Behavior Therapy Intervention for Depression and Low Perceived Social Support Compared With Care as Usual. <i>Psychosomatic Medicine</i> , 70(8), 875–882.	-Randomized controlled trial -multicenter -Secondary analysis	Level I
4.	Welton, N. J., Caldwell, D. M., Adamopoulos, E. & Vedhara, K. (2009). Mixed Treatment Comparison Meta-Analysis of Complex Interventions: Psychological Interventions in Coronary Heart Disease. <i>American Journal of Epidemiology</i> , 169(9), 1158–1165.	Systematic review	Level II

ตารางที่ 3.1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นและสามารถนำมาวิเคราะห์ได้ (ต่อ)

ลำดับที่	ชื่อผู้วิจัย/ ชื่อเรื่อง /แหล่งตีพิมพ์	รูปแบบงานวิจัย	ระดับ
5.	Freedland, K. E., Skala, J. A., Carney, R. M., Rubin, E. H., Lustman, P. J., Davila-Roma, V.G., et al. (2009). Treatment of Depression After Coronary Artery Bypass Surgery A Randomized Controlled Trial. <i>Archives of General Psychiatry</i> , 66(4), 387-396.	Randomized controlled trial	Level III
6.	Tam, K. D., Nagy, A. Y., Mary, A., Emily, W., Katina, N. P. & Raja, G. (2011). Randomized controlled trial of brief cognitive behavioral intervention for depression and anxiety symptoms preoperatively in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. <i>The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery</i> , 142(3), 109-115.	Randomized controlled trial	Level III

สรุปการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัย ทั้งหมดจำนวน 6 เรื่อง เป็น Randomized Controlled Trial 4 เรื่อง และ Systematic review จำนวน 1 เรื่อง เป็น one group Pre - post design 1 เรื่อง หลังจากการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วพบว่า เนื้อหาตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือ การลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และจำนวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพียงพอ จึงนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียดเพื่อสกัดข้อมูลมาใช้ในการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว นำงานวิจัยที่ได้มาประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence) โดยใช้แบบประเมินตามเกณฑ์ของ เกรซ (Grace, 2009) ตาม Therapy evidence pyramid และประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์มีเกณฑ์การประเมิน

คุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ 3 ด้าน ประกอบด้วย การประเมินความตรงของผลงานวิจัย สรุปผลการวิจัย และความเหมาะสมสำหรับการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005) รายละเอียดตามตารางแสดงในภาคผนวก

3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษานำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการประเมินความเข้มแข็งและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์นำมาสังเคราะห์เนื้อหาที่สำคัญ โดยการสรุปประเด็นความรู้ที่ได้จากงานวิจัยแต่ละเรื่องในภาพรวม แล้วประมวลประเด็นสำคัญที่ได้จากงานวิจัยเป็นหมวดหมู่ และนำเสนอข้อสรุปประเด็นจากงานวิจัยเป็นความเรียง เป็นข้อแนะนำ (Recommendation) ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการบำบัดการรู้คิด และพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื้อหาประเด็นที่ได้จากการสังเคราะห์มีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3.2 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินคุณภาพและระดับความเข้มแข็งแล้ว นำมารวบรวมเป็นตาราง(Collective table) ได้ดังต่อไปนี้

เรื่องที่ 1 Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial

ผู้วิจัย/ที่พิมพ์ Berkman, L. F., Blumenthal, J., Burg, M., Carney, R. M., Catellier, D., Cowan, M. J., et al. (2003)

วัตถุประสงค์	สถานที่ที่ให้การศึกษ /ผู้เข้าร่วมการบำบัด/ ผู้บำบัด	เครื่องมือวัด ผลลัพธ์/ ระยะเวลา ติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา	การนำไป ประยุกต์ใช้ ในคลินิก
ทดสอบผล การบำบัด การรู้คิดและ พฤติกรรม (CBT) และมี การให้ยา antidepressan ในกลุ่ม selective serotonin	สถานที่ ศูนย์การแพทย์ เกณฑ์คัดเข้า 1.ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันตามเกณฑ์ AMI ของ ENRICHD 2.ได้รับการวินิจฉัย Minor depressive disorder หรือ Major Depressive	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ 1.DISH 2.ESSI 3. BDI 4. PSSS 5. HRSD ระยะเวลาติดตามผล 6 เดือน 12 เดือน	กลุ่มบำบัดมี 3 กลุ่ม 1 กลุ่มอาการซึมเศร้า (Depressed) 2 กลุ่ม LPSS 3กลุ่ม LPSS ที่มีอาการซึมเศร้า กลุ่มควบคุม กลุ่มดูแลตามมาตรฐาน ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (usual medical care) -การบำบัดรายบุคคล จำนวน 11 sessions สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 6 เดือน	-ผลลัพธ์หลัก จากการ วิเคราะห์ด้วยสถิติ survival curves ใน ระยะเวลา 4 ปี พบว่า อัตราการเสียชีวิตและ การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจ ตายซ้ำ ไม่มีควา แตกต่างกัน ในระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่ม	CBT สามารถ นำไปประยุกต์ใช้ กับผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจที่ เกิดกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลันได้ โดยเริ่มให้การ บำบัดเร็วที่สุดเท่าที่

วัตถุประสงค์	สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา /ผู้เข้าร่วมการบำบัด/ ผู้บำบัด	เครื่องมือวัด ผลลัพธ์/ ระยะเวลา ติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา	การนำไป ประยุกต์ใช้ ในคลินิก
reuptake inhibitor (SSRI) ร่วมด้วยยาลือบ่งชี้ในผู้ป่วยหลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่เกิดอาการภายใน 28 วัน และมีอาการภายใน 14 วันขึ้นไป	Disorder หรือ Dysthymia - รับประทาน antidepressant นานกว่า 14 วัน แต่ยังคงมีอาการซึมเศร้า -มีอาการซึมเศร้า ไม่น้อยกว่า 7 วันและต้องมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ และเสียชีวิต จะอยู่ในช่วง 6 เดือน	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ระยะเวลาติดตามผล	-กลุ่มบำบัดใช้เวลา 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 12 สัปดาห์สำหรับผู้เข้าร่วมกลุ่ม 5-8 คน/กลุ่ม -หลักสูตรเต็มรูปแบบของการบำบัดนาน 9 เดือน -เวลาที่เหมาะสมที่สุด ภายใน 28 วัน หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน -การบำบัด CBT ตามแนวทางการบำบัดของ Beck et al (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979) และ Beck (Beck, 1995) ที่ปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยโรคหัวใจ	ควบคุม (log-rank P = .94) -ผลลัพธ์รอง พบว่าคะแนน BDI หรือคะแนน ESSSI ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ 6 เดือน ผู้ป่วยในกลุ่มการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม มีคะแนน BDI ลดลง 49 % เปรียบเทียบในกลุ่มการดูแลตามมาตรฐาน	จะทำให้ได้และทำอย่างระมัดระวังรอบคอบ เนื่องจากระยะเวลาของความเครียดสูงสุดในการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ และเสียชีวิต จะอยู่ในช่วง 6 เดือน หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3. ผู้ป่วยที่รับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำประเมินโดยใช้

วัตถุประสงค์	สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา /ผู้เข้ารับการบำบัด/ ผู้บำบัด	เครื่องมือวัด ผลลัพธ์/ ระยะเวลา ติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา	การนำไป ประยุกต์ใช้ ในคลินิก
ทางสังคมใน ระดับต่ำ ว่า สามารถลด อัตราการตาย และการเกิด กล้ามเนื้อ หัวใจขาด เลือดซ้ำ	แบบวัด ESSI -เกณฑ์ที่ 1 คะแนน ≤ 3 คะแนน ใน 2 ข้อคำถาม หรือมากกว่า 2 ข้อคำถาม ขึ้นไปและมีคะแนนรวม ≤ 18 คะแนน -เกณฑ์ที่ 2 มีคะแนน 2 คะแนนใน 2 ข้อคำถาม เกณฑ์คัดออก 1.ผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตาย เกือบพลันหลังจากได้รับ การรักษา ด้วยการล้าง ขยายด้วยบอลลูน (PCI) หรือ รับประทานยาละลาย ลิ่มเลือดหัวใจ (CABG)		ที่กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้า b) วิเคราะห์ความคิด ความรู้สึก และความเชื่อเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ เป็นปัญหา c) เรียนรู้และนำทักษะใหม่ไปใช้ ตรวจสอบและปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ บิดเบือนและปรับเปลี่ยนความคิด อัตโนมัติที่สัมพันธ์กับความคิดที่ บิดเบือน ชุดขององค์ประกอบการบำบัด CBT สำหรับ LPSS คือ a) ทักษะทางสังคมและ พฤติกรรมที่มีความบกพร่อง b) ปัจจัยด้านความคิดที่ส่งเสริม ต่อการรับรู้ หรือการดำรงไว้ ของ	มีคะแนน BDI ลดลง 33 % ซึ่งมีความ แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญที่ระดับ.001	

วัตถุประสงค์	สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา /ผู้เข้ารับการบำบัด/ ผู้บำบัด	เครื่องมือวัด ผลลัพธ์/ ระยะเวลา ติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา	การนำไป ประยุกต์ใช้ ในคลินิก
	2. ได้รับจิตสังคมบำบัด เพื่อรักษาอาการซึมเศร้า 3. มีแนวโน้มจะเป็น อันตรายถึงชีวิตภายใน 1 ปี 4. มีโรคร่วมทางจิตเวช - schizophrenia - bipolar disorder - severe dementia 5. ใช้สารเสพติด 6. มีความเสี่ยงในการฆ่า ตัวตาย 7. ปฏิเสธการเข้าร่วม 8. แพทย์ผู้ดูแลไม่อนุญาต ให้เข้าร่วม 9. ไม่สามารถเข้าร่วมได้		ระดับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ทำ ให้พึงพอใจ C) การพัฒนาเครือข่ายทางสังคม และการเข้าถึงสังคม กลุ่มบำบัด โครงสร้างหลักสูตรกลุ่มบำบัด ครั้งที่ 1. บทบาทของพฤติกรรม อารมณ์ และความคิดในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจ ครั้งที่ 2. อารมณ์ : การระบุและการ ประเมินอารมณ์ ครั้งที่ 3. การรู้คิด ครั้งที่ 4. ความรู้สึกที่เชื่อมโยง สัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ครั้งที่ 5. การสื่อสารอย่างมี		

วัตถุประสงค์	สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา /ผู้เข้ารับการบำบัด/ ผู้บำบัด	เครื่องมือวัด ผลลัพธ์/ ระยะเวลา ติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา	การนำไป ประยุกต์ใช้ ในคลินิก
ภายใน 28 วันนับจากวันที่ เกิด AMI 10.ติดตามไม่ได้ ผู้บำบัด 1. ผู้ให้คำปรึกษาของ ENRICHD 2.พยาบาลจิตเวช (MS หรือสูงกว่า) -มีประสบการณ์ทางคลินิก เกี่ยวกับการบำบัด CBT -ได้รับการฝึกอบรมอย่าง เข้มข้น อย่างน้อย 2 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์และได้รับการ รับรอง จากสถาบัน			ประสิทธิภาพ ครั้งที่ 6. การฝึกฝนการป้องกันการ กลับเป็นซ้ำของโรค ครั้งที่ 7. การจัดการกับความโกรธ ครั้งที่ 8. ความกล้าแสดงออกอย่าง สร้างสรรค์ในการสื่อสาร ครั้งที่ 9. การจัดการกับปัญหา การ ป้องกันอาการกำเริบและการวางแผน ในการใช้ชีวิต ครั้งที่ 10. การให้คุณค่าในตนเองและ เป้าหมาย ครั้งที่ 11. แผนการในอนาคต ครั้งที่ 12. การคงไว้ซึ่งความก้าวหน้า ของการรักษาและการอยู่อย่างผู้มี สุขภาพที่ดีแข็งแรงสมบูรณ์		

วัตถุประสงค์	สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา /ผู้เข้าร่วมการบำบัด/ ผู้บำบัด	เครื่องมือวัด ผลลัพธ์/ ระยะเวลา ติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา	การนำไป ประยุกต์ใช้ ในคลินิก
			-เข้าร่วมกลุ่มบำบัดได้ตลอดเวลา หลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดรายบุคคล แล้ว 3 session แต่ไม่เกิน 6 เดือน หลังจากเข้าร่วม -ผู้ป่วยทุกคนได้รับแจกคู่มือเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงต่างๆจาก The American Heart Association Active Partnership Program -มีการประเมิน BDI ทุก session ของ การบำบัด -อาการซึมเศร้ารุนแรงหรือไม่ ตอบสนองต่อการบำบัด ใช้เกณฑ์คือ คะแนนใน HRSD มากกว่า 24 คะแนน หรือคะแนนใน BDI ลดลง น้อยกว่า 50% หลังให้การบำบัดไป		

วัตถุประสงค์	สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา /ผู้เข้ารับการบำบัด/ ผู้บำบัด	เครื่องมือวัด ผลลัพธ์/ ระยะเวลา ติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา	การนำไป ประยุกต์ใช้ ในคลินิก
			แล้ว 5 สัปดาห์ พิจารณาให้ยาในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) ได้แก่ sertraline hydrochloride ร่วมด้วย ขนาดของยาเริ่มได้ 50 มก / วัน และปรับ ได้สูงสุดไม่เกิน 200 มก / วัน หรือให้ยา SSRI ตัวอื่นตาม ความเหมาะสม สามารถให้การรักษา ทางยาวร่วม ไปพร้อมกันจนถึง 12 เดือน		

หมายเหตุ

1. HAM-D; Hamilton Rating Scale for Depression เป็นการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ประกอบด้วย 17 ข้อคำถาม ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM IV
คะแนนที่เป็นไปได้ จาก 0-52 คะแนน คะแนนที่สูง หมายถึงมีอาการซึมเศร้ามาก
2. BDI; Beck Depression Inventory ซึ่งเป็นแบบ วัดอาการซึมเศร้าของบุคคล คะแนนที่สูง หมายถึง อาการซึมเศร้ามาก ค่าคะแนนที่ 0-63 คะแนน
3. The Perceived Social Support Scale (PSSS)

4. The ENRICHD Social Support Instrument (ESSI) พัฒนาเพื่อใช้กับ The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) intervention ประกอบด้วย 5 คำถามซึ่งมีความตรงกับแบบวัด Social Support อื่นๆ ซึ่งพบจากงานวิจัยอื่นว่าสามารถทำนายการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจได้
5. The Depression Interview and Structured Hamilton (DISH) เป็นแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัย พัฒนาเพื่อใช้กับ The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) intervention ใช้สำหรับวินิจฉัยโรคซึมเศร้าที่มีอาการเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยในคู่มือ Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) ที่ใช้เป็นเกณฑ์และการคัดกรองโรคทางจิตเวชอื่น ๆ และยังใช้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าใน 17 – item Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) อีกด้วย

เรื่องที่ 2 Predictors of Treatment Response for Depression and Inadequate Social Support - The ENRICHD Randomized Clinical Trial
ผู้วิจัย/ปีพิมพ์ Cowan, M. J., Freedland, K. E., Burg, M. M., Saab, P. G., Youngblood, M. E., Cornell, C. E., et al. (2008).

วัตถุประสงค์	สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา / ผู้เข้ารับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา	การนำไปประยุกต์ใช้ ในคลินิก
เพื่อศึกษาปัจจัย ทำนายการตอบ สนองต่อการ บำบัดอาการ ซึมเศร้าและการ สนับสนุน ทางสังคมภายใน 6 เดือนในกลุ่มที่ ได้รับการบำบัด ในการทดลอง ENRICHD	สถานที่ ศูนย์การแพทย์ ลักษณะผู้เข้ารับการบำบัด คัดเลือกผู้กลุ่มตัวอย่างจาก งานวิจัยของ ENRICHD ที่ อยู่ในกลุ่มทดลองที่มี คุณสมบัติดังนี้ - เข้าเกณฑ์วินิจฉัย กลั่นแอมื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน - มีอาการซึมเศร้า (depressive disorder) จำนวน 641 คน และ/หรือการรับรู้การ สนับสนุนทางสังคมใน	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ - ESSI - BDI - PSSS - HRSD หรือ HAM-D ระยะเวลาติดตามผล 6 เดือน 12 เดือน	-การบำบัด CBT ตาม แนวทางการบำบัด ของ Beck et al (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979) และ Beck (Beck, 1995) ที่ปรับ ให้เหมาะสมกับความ ต้องการของผู้ป่วย โรคหัวใจ เหมือนเรื่องที่ 1 CBT ใน ENRICHD Program	ปัจจัยในการทำนาย ผลลัพธ์ของการ ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจได้ เมื่อคำนวณคะแนนจาก แบบวัด BDI ได้แก่ -จำนวนครั้งของการ บำบัดด้วยองค์ประกอบ ของ Depress (p < 0.01) -ทำการบำบัด (p < 0.02) และปัจจัยทำนายเมื่อ คำนวณคะแนนจาก แบบวัด HAM-D พบว่า ปัจจัยทำนายได้แก่ จำนวนเวลาที่ได้รับการ	CBT เพื่อลดอาการ ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจได้ อย่างมีประสิทธิภาพมาก ยิ่งขึ้นต้องมีจำนวน ชั่วโมงของการบำบัดตัว ต่อตัว จำนวนชั่วโมง ของการบำบัดทาง โทรศัพท์ ที่มากขึ้น และ มีองค์ประกอบที่ให้ใน การบำบัด CBT ที่เฉพาะ มากขึ้น เช่น องค์ประกอบของการ ซึมเศร้า (depression component)

วัตถุประสงค์	สถานที่ที่จะให้การบำบัด / ผู้รับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ / ระยะเวลาติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา	การนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิก
	ระดับต่ำ (LPSS) จำนวน 523 คน			บำบัด การสื่อสารทางสังคม การกล้าแสดงออกและการทำ การบ้านที่มากกว่า	องค์ประกอบด้านการสื่อสารทางสังคม (Social communication component) องค์ประกอบของกลุ่มการบำบัด (group therapy component) รวมทั้งการยึดมั่นปฏิบัติ ตามแนวทางการบำบัด เช่น การทำกรบ้านครบ จำนวนครั้งของการเข้าร่วมบำบัด

เรื่องที่ 3 Smoking Behavior Post myocardial Infarction Among ENRICHD Trial Participants: Cognitive Behavior Therapy Intervention for Depression and Low Perceived Social Support Compared With Care as Usual.

ผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ Trockel, M., Burg, M., Jaffe, A., Barbour, K. & Taylor, C. B. (2008).

วัตถุประสงค์	สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา / ผู้เข้าร่วมการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา	การนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิก
วัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาผลของ CBT สำหรับผู้ที่มีการซึมเศร้า และการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้าร่วมในกลุ่ม	ลักษณะผู้เข้าร่วมการบำบัด - กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,233 คน ที่มีประวัติการสูบบุหรี่ในโปรแกรมของ ENRICHD ซึ่งตอบไว้ในข้อมูลพื้นฐาน(baseline) ว่ามีการสูบบุหรี่ 7 วัน / สัปดาห์และมีการติดตามประเมินอีก 2 – 3 ครั้ง	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ 1. ESSI 2. BDI 3 .เครื่องมือติดตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ประกอบด้วย คำตอบแบบ 2 ตัวเลือก ระยะเวลาติดตามผล 6, 18, 30, 32, 42 และ 54 เดือนหลังการสุ่ม	-การบำบัด CBT ตามแนวทางบำบัดของ Beck et al (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979) และ Beck (Beck, 1995) ที่ปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยโรคหัวใจ เหมือนเรื่องที่ 1 CBT ใน ENRICHD Program	CBT ไม่ได้ช่วยลดการสูบบุหรี่หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วยที่มีประวัติสูบบุหรี่ที่เข้ารับการบำบัด ทุกคนอย่างมีนัยสำคัญ แต่ CBT ลดการสูบบุหรี่หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วยกลุ่มย่อย ที่มีอาการซึมเศร้า และรับรู้การสนับสนุนจากสังคมอย่างเพียงพอ (OR, 0.68; 95% CI, 0.18-2.58)	CBT สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการลดการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีอาการซึมเศร้าโดยเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ

วัตถุประสงค์	สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา / ผู้เข้ารับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ / ระยะเวลาติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา	การนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิก
ทดลองของ ENRICHD วัตถุประสงค์ของเพื่อศึกษาผลของการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมต่อความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ศูนย์				CI, 0.47-0.98)	

เรื่องที่ 4 Mixed Treatment Comparison Meta-Analysis of Complex Interventions: Psychological Interventions in Coronary Heart Disease.
ผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ Welton, N. J., Caldwell, D. M., Adamopoulos, E. & Vedhara, K. (2009)

วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีดำเนินการ	ผลการศึกษา	การนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิก
เพื่อตอบคำถามงานวิจัยว่า “การบำบัดทางจิตมีประสิทธิภพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือไม่มี”	-งานวิจัยแบบ RCT -มีกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เกี่ยวกับการบำบัดทางจิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ -ตีพิมพ์ในฐานข้อมูล Medline ตั้งแต่ ค.ศ. 2002 ถึง ค.ศ. 2006 เกณฑ์การคัดเข้า 1.เปรียบเทียบในประเด็นเดียวกัน 2. มีการติดตามผลอย่างน้อย 6 เดือน 3. มีรายงานผลลัพธ์ ในประเด็นที่เกี่ยวกับสาเหตุการเสียชีวิต	วิธีดำเนินการ 1. การสืบค้นวรรณกรรม และการจัดหมวดหมู่การบำบัด 2. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยแบบจำลองทางสถิติเพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพการบำบัด 3. นำเสนอผลจากแบบจำลองทางสถิติ 4. การอภิปราย	การบำบัดทางจิตสามารถลดคะแนนเฉลี่ยมาตรฐานของการซึมเศร้า ด้วย Standardized Mean Difference (SMD) ที่ -0.23 (95% ช่วงความเชื่อมั่นที่ -0.35, -0.11) และความวิตกกังวล SMD ที่ -0.15 (95% ช่วงความเชื่อมั่นที่ -0.29, -0.04) และมีหลักฐานบางอย่างแสดงว่าการบำบัดแบบที่มีองค์ประกอบด้านความรู้คิด และ/หรือ องค์ประกอบด้านพฤติกรรมจะสัมพันธ์กับการลดลงของคะแนนเฉลี่ยมาตรฐานของการซึมเศร้าด้วย posterior mean SMD ที่ -0.26 (95% ช่วงความเชื่อมั่นที่ -0.55, -0.02) สำหรับองค์ประกอบด้านพฤติกรรม และ posterior mean SMD	ผลงานวิจัยนี้มีประโยชน์ในการวางแผนเลือกใช้ องค์ประกอบของการบำบัดทางจิต ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ในการลดอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ องค์ประกอบของการบำบัดทางจิต ที่เราควรจะพิจารณานำไปใช้ได้แก่ การบำบัดที่มีองค์ประกอบของพฤติกรรม และ/หรือ การบำบัดแบบที่มีองค์ประกอบของการรู้คิด

วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีดำเนินการ	ผลการศึกษา	การนำไปประยุกต์ใช้ ในคลินิก
	ทุกสาเหตุ การเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ โอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย ระดับโคเลสเตอรอล ระดับความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure) อาการซึมเศร้า และความวิตกกังวล		ที่ -0.24 สำหรับคะแนนความวิตกกังวล (95% ช่วงความเชื่อมั่นที่ -0.42, -0.06) สำหรับองค์ประกอบด้านการรู้คิดตามลำดับ การให้การบำบัดที่มีองค์ประกอบด้านพฤติกรรมร่วมด้วย ให้ผลมากที่สุดต่อการซึมเศร้า (ค่าความน่าจะเป็นที่ได้ที่ 0.52) ในขณะที่การให้การบำบัดที่มีองค์ประกอบด้านการให้ความรู้ร่วมด้วย ให้ผลมากที่สุดต่อความวิตกกังวล (ความน่าจะเป็นที่ได้ 0.48)	

เรื่องที่ 5 Treatment of Depression After Coronary Artery Bypass Surgery A Randomized Controlled Trial.
 ผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ Freedland, K. E., Skala, J. A., Carney, R. M., Rubin, E. H., Lustman, P. J., Davila-Roma, V.G., et al. (2009).

วัตถุประสงค์	สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา / ผู้เข้าร่วมการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา	การนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิก
เพื่อทดสอบประสิทธิภาพการบำบัดแบบไม่ใช้ยา 2 แบบ คือ การบำบัด การรู้คิดและพฤติกรรม (CBT) และการสนับสนุนการจัดการความเครียด เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรค	สถานที่ ผู้ป่วยนอกคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวอชิงตัน ลักษณะผู้เข้าร่วมการบำบัด 1.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไปที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา 2.ได้รับการวินิจฉัย Major Depression หรือ	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ 1. HAM-D 2. BDI 3. DISH ระยะเวลาติดตามผล - 3 เดือน - 6 เดือน - 9 เดือน	กลุ่มที่ 1 บำบัดแบบ CBT รายบุคคล -ปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหัวใจทำการสัปดาห์ sessions ละ 50 – 60 นาที ระยะเวลา 12 สัปดาห์ -การติดต่อทางโทรศัพท์ สัปดาห์ ละ 1-2 sessions ของการบำบัดหากจำเป็น -มีการปรึกษาแพทย์ถ้ามีคำถามเกี่ยวกับความปลอดภัยทางการแพทย์ -ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง หรือมีภาวะ	การบำบัดแบบ CBT และ supportive stress management มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าแก่ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้ สามารถประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้	CBT มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้ สามารถประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้

วัตถุประสงค์	สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา / ผู้เข้าร่วมการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ / ระยะเวลาติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา	การนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิก
หลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัด ทำทางเบี่ยง หลอดเลือดหัวใจตีบ อาการซึมเศร้า	Mimor Depression ตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM-IV ผู้บำบัด - นักจิตวิทยาคลินิก - นักสังคมสงเคราะห์		วิกฤติ อาจทำได้ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ นาน 4 สัปดาห์ - การบำบัดแต่ละ session จะไม่กำหนดตายตัว แต่จะปรับตามความเหมาะสม - ช่วงแรกเน้นการระบุปัญหา การแก้ไขปัญห และการกระตุ้นพฤติกรรม - ใน session หลังๆ เน้นเทคนิคการรู้คิด ได้แก่ การท้าทายความคิดแบบอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความทุกข์ และการเปลี่ยนทัศนคติที่บิดเบือน - การบำบัด 2 session สุดท้ายเน้นทักษะการ	เดือน คิดเป็นร้อยละ 71 และกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนการจัดการความเครียดมีอาการซึมเศร้าลดลง คิดเป็นร้อยละ 57 และเปรียบเทียบกลุ่มการรักษาแบบปกติ คิดเป็นร้อยละ 33 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.002 ($X^2 = 12.22, P=0.002$)	

วัตถุประสงค์	สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา / ผู้เข้ารับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ / ระยะเวลาติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา	การนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิก
			บำบัดด้วยตนเองและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ กลุ่มที่ 2 บำบัดแบบการสนับสนุนการจัดการ ความเครียด ทำทุกสัปดาห์ เป็นรายบุคคล ใช้เวลาครั้ง ละ 50 – 60 ระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มที่ 3 การดูแลปกติ หมายเหตุ: การให้ยาด้าน เสร้าที่ผู้ป่วยบางคนอาจ ได้รับถือเป็นส่วนหนึ่ง ของการดูแลตามปกติ		

เรื่องที่ 6 Randomized controlled trial of brief cognitive behavioral intervention for depression and anxiety symptoms preoperatively in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery.

ผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ Tam, K. D., Nagy, A. Y., Mary, A., Emily, W., Katina, N. P. & Raja, G. (2011).

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา / ผู้เข้ารับการรักษา / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา	การนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิก
เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของการยอมรับ และประสิทธิภาพของการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม โดยระยะสั้น โดยการให้ความรู้ และทักษะ (MADES)	สถานที่ โรงเรียนแพทย์ Veterans Affairs ลักษณะผู้เข้ารับการบำบัด - เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ - มีกำหนดการที่จะได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ CABG เป็นครั้งแรกในอีก 4 ถึง 10 วัน	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ 1. BDI – II 2. STAI- Trait 3. MINI 4. SF-12 ระยะเวลาติดตามผล เมื่อเสร็จสิ้นการบำบัดและเมื่อมา follow-up หลังผ่าตัดในสัปดาห์ที่ 3 และ 4	การบำบัด CBT ที่เรียกว่าการจัดการความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยให้การให้ความรู้และทักษะ (Managing Anxiety and Depression using Education and Skills : MADES) - พัฒนาโดยทีมงานผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ในอาการซึมเศร้า วิตกกังวล - มีคู่มือประกอบการบำบัด (manualized) - การบำบัดรายบุคคล จำนวน 4 ครั้ง	-การบำบัดเป็นมีความเป็นไปได้ และ ผู้ป่วยมีความประทับใจเชิงบวกต่อ การบำบัด (MADES) -กลุ่มการดูแลแบบปกติอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้นในเวลาที่ออกจากโรงพยาบาล ในขณะที่กลุ่มบำบัด MADES มีอาการซึมเศร้าลดลงในเวลาที่จำหน่ายออกจาก	CBT แบบ MADES มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีอาการของภาวะซึมเศร้า หรือความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ก่อนที่จะได้รับการผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) ทำให้คุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา / ผู้รับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัด / ผลลัพธ์ / ระยะเวลา / ติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา	การนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิก
วัตถุประสงค์ สำหรับการศึกษา สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าหรือสับสน หรือความวิตกกังวล ก่อนผ่าตัด ทำทางเยี่ยง หลอดเลือด หัวใจ (CABG)	-มีอาการซึมเศร้า คะแนน BDI – II มากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน -มีคะแนนความวิตกกังวล STAI มากกว่า หรือเท่ากับ 40 คะแนน ผู้บำบัด - นักจิตวิทยาทางคลินิก		ครั้งที่ 1 ให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การผ่าตัดอาการซึมเศร้า / ความวิตกกังวล ฯลฯ ภาพรวมของการบำบัด CBT ครั้งที่ 2 กำหนดและทบทวนเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการค้นหาและระบุรายการปัญหาที่เกิดขึ้น ครั้งที่ 3 ทบทวนกลยุทธการปรับเปลี่ยนการรู้คิด ทบทวนความคิดที่บิดเบือนไป ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจ ครั้งที่ 4 ทบทวนตามคู่มือ การ	โรงพยาบาล -ผู้ป่วยในกลุ่มการดูแลแบบปกติ มีระยะเวลาการเข้าพักรักษาที่โรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยในกลุ่มบำบัด MADES (7.9 วัน $\pm$ 2.6 วัน เปรียบเทียบกับ 9.2 วัน $\pm$ 3.5; $p = 0.049$) -คุณภาพชีวิตและการวิตกกังวลสูงขึ้นในทั้งสองกลุ่ม ที่ 3 – 4 สัปดาห์ จากการศึกษาตามผล อย่างไรก็ตาม กลุ่ม	ดีขึ้น ยังช่วยลดระยะเวลาการเข้าพักรักษาที่โรงพยาบาลด้วย

วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา / ผู้เข้ารับการศึกษา ผู้บังคับ	เครื่องมือวัด ผลลัพธ์/ ระยะเวลา ติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา	การนำไป ประยุกต์ใช้ ในคลินิก
			วางแผนการเปลี่ยนแปลงอย่าง ต่อเนื่อง ให้การสนับสนุนและ ให้กำลังใจต่อไป	บำบัด MADES มีการ พัฒนามากขึ้นกว่า กลุ่ม การดูแลแบบปกติ	

ตารางที่ 3.3 สรุปการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

หัวเรื่อง/ผู้วิจัย	ENRICH Program			เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6
	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	Freedland et al., (2009)	Tam & Raja, (2011)
ประเภทผู้ป่วย	Berkman et al., (2003)	Cowan et al., (2008)	Trockel & Taylor, (2008)		
ประเภทผู้ป่วย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายใน 28 วัน			ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการผ่าตัด CABG ภายใน 1 ปี	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนผ่าตัด CABG ครั้งแรก 4 ถึง 10 วันและหลังผ่าตัด 5 วัน
ลักษณะอาการซึมเศร้า	วินิจฉัย Major depressive disorder หรือ Minor Depressive Disorder หรือ Dysthymia			วินิจฉัย Major Depression หรือ Minor Depression	อาการทางคลินิกของอาการซึมเศร้า (คะแนน BDI – II $\geq$ 14 คะแนน)
จำนวนครั้งและระยะเวลา	การบำบัดรายบุคคล จำนวน 11 sessions สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมงเป็นเวลา 6 เดือน กลุ่มบำบัดใช้เวลา 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ -หลักสูตรเต็มรูปแบบของการบำบัดนานได้ถึง 9 เดือน			สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 50 – 60 นาทีเป็นเวลา 12 สัปดาห์	จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที
รูปแบบการบำบัด	Individual and Group CBT ตามแนวทางการบำบัดของ Beck et al (Beck, Rush, Shaw ,			Individual CBT ตามคู่มือมาตรฐาน	Individual CBT ตามคู่มือที่พัฒนาโดยทีมงาน

หัวข้อผู้วิจัย	ENRICH Program			เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6
	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	Freedland et al., (2009)	Tam & Raja, (2011)
	Berkman et al., (2003)	Cowan et al., (2008)	Trockel & Taylor, (2008)		
	Emery, 1979) และ Beck (Beck, 1995)				ผู้เชี่ยวชาญ ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการบำบัดแบบ CBT
ผู้บำบัด	1. ผู้ให้คำปรึกษาของ ENRICH 2. พยาบาลจิตเวช (MS หรือสูงกว่า)			-นักจิตวิทยาคลินิก -นักสังคมสงเคราะห์	-นักจิตวิทยาคลินิก
องค์ประกอบของ CBT					
การให้ความรู้					✓
-การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ				✓	✓
-การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า					

หัวข้อ/ผู้วิจัย	ENRICHD Program			เรื่องที่ 5 Freedland et al., (2009)	เรื่องที่ 6 Tam & Raja, (2011)
	เรื่องที่ 1 Berkman et al., (2003)	เรื่องที่ 2 Cowan et al., (2008)	เรื่องที่ 3 Trockel & Taylor, (2008)		
การรู้คิด -ระบุสถานการณ์และความคิด ที่กระตุ้นให้เกิดความรู้สึ ชื่นเศร้า -การเชื่อมโยงความคิดและ อารมณ์ชื่นเศร้า -การแปลความหมาย ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ เป็นปัญหาและการปรับเปลี่ยน -ฝึกทักษะการจับความคิด อัตโนมโนติและการปรับเปลี่ยน -ฝึกทักษะการเปลี่ยนทัศนคติ	✓	✓	✓	✓	✓

หัวข้อ/ผู้วิจัย	ENRICHD Program			เรื่องที่ 5 Freedland et al., (2009)	เรื่องที่ 6 Tam & Raja, (2011)
	เรื่องที่ 1 Berkman et al., (2003)	เรื่องที่ 2 Cowan et al., (2008)	เรื่องที่ 3 Trockel & Taylor, (2008)		
พฤติกรรม -problem solving -กระตุ้นพฤติกรรม		✓ ✓		✓ ✓	✓
การผ่อนคลาย -ฝึกหายใจ -การเงินตนาการเพื่อการผ่อนคลาย -ฝึกการจัดการกับความโกรธ/ ความเครียด -สนับสนุนและให้กำลังใจ				✓ ✓ ✓	✓
การสนับสนุนทางสังคม -การสื่อสารอย่างมี ประสิทธิภาพ		✓			

หัวข้อ/ผู้วิจัย	ENRICHD Program			เรื่องที่ 5 Freedland et al., (2009)	เรื่องที่ 6 Tam & Raja, (2011)
	เรื่องที่ 1 Berkman et al., (2003)	เรื่องที่ 2 Cowan et al., (2008)	เรื่องที่ 3 Trockel & Taylor, (2008)		
ฝึกปฏิบัติและมอบหมาย การบ้าน		✓		✓	
เครื่องมือวัดผลลัพธ์ - BDI - HRSD		✓ ✓		✓ ✓	✓
ระยะการติดตามประเมินผล	- 6 เดือน -12 เดือน	- 6 เดือน -12 เดือน	- 6 เดือน - 18 เดือน - 30 เดือน - 32 เดือน - 42 เดือน -54 เดือน	- 3 เดือน - 6 เดือน - 9 เดือน	เมื่อเสร็จสิ้นการบำบัดและ เมื่อมา follow-up ใน สัปดาห์ที่ 3 และ 4

สรุปประเด็นจากหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (CBT) เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 6 เรื่อง เป็นโครงการวิจัยของ ENRICHD 1 เรื่อง ซึ่งตีพิมพ์เป็น 3 เรื่อง ที่มีวัตถุประสงค์การศึกษาต่างกัน คือ ทดสอบผลการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่เกิดอาการภายใน 28 วัน ที่มีอาการซึมเศร้า และ/หรือการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ศึกษาปัจจัยทำนายการตอบสนองต่อการบำบัด และศึกษาผลของการบำบัดต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายที่สูบบุหรี่ ส่วนงานอีก 3 เรื่อง เป็นงาน Systematic review จำนวน 1 เรื่อง และเป็นงาน Randomized controlled trial จำนวน 2 เรื่อง มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่อยู่ระหว่างรอการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายในปีที่ผ่านมา โดยนางงานวิจัยทั้งหมดมาสังกัดเนื้อหาสำคัญและนำมาสังเคราะห์ซึ่งได้ข้อสรุปดังนี้

CBT สามารถนำไปใช้ได้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าตั้งแต่ระดับมากจนถึงเล็กน้อยและเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Major Depressive Disorder (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008 : Level V ; Trockel & Taylor, 2008: Level I ; Freedland et al., 2009: Level III) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Minor Depressive Disorder (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008 : Level V ; Trockel & Taylor, 2008: Level I ; Freedland et al., 2009: Level III) และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Dysthymia (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008 : Level V ; Trockel & Taylor, 2008 : Level I) รวมถึงผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกที่ยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย (Tam & Raja, 2011: Level III) รูปแบบของ CBT เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่สังเคราะห์ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ มี 2 รูปแบบ คือ

1. การบำบัดแบบ ENRICHD ที่มีประสิทธิผลในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการซึมเศร้าเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) โรคซึมเศร้าที่มีอาการเล็กน้อย (Minor Depressive Disorder) และ โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia)
2. การบำบัดแบบสั้นกระชับ (Brief - Cognitive Behavior Therapy) เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการซึมเศร้าทางคลินิก

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 6 เรื่องล้วนเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการซึมเศร้าแต่มีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าแตกต่างกัน ซึ่งโดยรวมคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมการบำบัด ผู้บำบัดและการประเมินผลลัพธ์ไม่แตกต่างกัน คือ

1. ผู้เข้าร่วมการบำบัด

คุณสมบัติของผู้ป่วยในโปรแกรม ENRICHD เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งผู้ชายและผู้หญิง มีอาการซึมเศร้า และ/หรือการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (LPSS) มีประวัติการสูบบุหรี่ แม้ว่าจะหยุดสูบบุหรี่ไปก่อนหน้านี้และที่ยังคงสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ซึ่งการวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infraction) เป็นไปตามเกณฑ์ของ ENRICHD คือ มีลักษณะการเพิ่มขึ้นของเอนไซม์ creatine kinase MB สูงกว่าค่าที่อ้างอิงหรือ มี biomarkers ตัวอื่น ๆ เพิ่มขึ้นมากกว่า สองเท่าของค่าปกติ เมื่อค่าของ creatine kinase MB ต่ำกว่าค่าอ้างอิงสองเท่า ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มี ST-T changes หรือ new Q wave และได้รับการลงความเห็นโดยแพทย์โรคหัวใจว่ามีกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดที่มีอาการซึมเศร้า ได้รับการวินิจฉัยโรค Major depressive disorder หรือ Minor Depressive Disorder หรือ Dysthymia ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) มีอาการซึมเศร้าเป็นเวลาอย่างน้อย 14 วัน และได้รับยา antidepressant นานกว่า 14 วัน แต่ยังคงมีอาการซึมเศร้า รวมทั้งผู้ป่วยที่มีประวัติเป็น major depressive episode อย่างน้อย 1 episode ก่อนหน้านี้ คนที่ไม่เคยป่วยมาก่อน มีอาการครั้งแรกต้องมีอาการซึมเศร้าอย่างน้อย 14 วันขึ้นไป

กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดที่การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ มีคะแนนใน The ENRICHD Social Support Instrument (ESSI) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน ใน 2 รายการ หรือมากกว่า 2 รายการขึ้นไป และมีคะแนนรวม น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 คะแนน โดยผู้เข้าร่วมการบำบัดจะต้องไม่มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ ได้แก่ schizophrenia, bipolar disorders, severe dementia, ไม่ติดยาและสารเสพติดในระยะอาการกำเริบ (active substance abuse) ไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย และไม่อยู่ระหว่างได้รับจิตสังคมบำบัดเพื่อรักษาอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยต้องไม่มีแนวโน้มจะเป็นอันตรายถึงชีวิตภายใน 1 ปี แพทย์ผู้ดูแลอนุญาตให้เข้าร่วมได้ และผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมได้ภายใน 28 วันนับจากวันที่เกิด AMI ทั้งนี้ยกเว้นผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายด้วยบอลลูน (PCI) หรือ รับการผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจ (CABG) รวมถึงผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเข้าร่วมและติดตามไม่ได้ (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008 : Level V ; Trockel & Taylor, 2008 : Level I)

คุณสมบัติของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการบำบัดอีก 2 การศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Freedland et al., 2009 : Level III ; Tam & Raja, 2011: Level III) วัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 21 ปีขึ้นไป (Freedland et al., 2009: Level III) มีกำหนดการที่จะได้รับการผ่าตัด CABG เป็นครั้งแรกในอีก 4 ถึง 10 วันโดยไม่มีการผ่าตัดลิ้นหัวใจควบคู่กัน (Tam & Raja, 2011: Level III) และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา (Freedland et al., 2009: Level III) โดยมีงานวิจัย 1 เรื่องที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย Major Depression หรือ Minor Depression ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSM-IV (Freedland et al., 2009: Level I) และงานวิจัยอีก 1 เรื่องที่กลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าทางคลินิก ประเมินโดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory – II ที่มีคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน และมีอาการทางคลินิกของความวิตกกังวล ประเมินโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Trait) ที่มีคะแนนความวิตกกังวล มากกว่าหรือเท่ากับ 40 คะแนน (Tam & Raja, 2011: Level III) โดยที่ผู้เข้าร่วมการบำบัดต้องไม่มีความบกพร่องด้านความคิดอย่างรุนแรง (severe cognitive impairment) ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช ได้แก่ Schizophrenia, Bipolar disorders, ไม่ติดยาและสารเสพติด, ไม่ใช่แอลกอฮอล์ (Freedland et al., 2009 : Level III ; Tam & Raja, 2011: Level III) อาการทางจิตคงที่แล้ว ไม่มีภาวะฆ่าตัวตาย ภายใน 1 ปีที่ผ่านมาต้องไม่เคยได้รับการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (Tam & Raja, 2011: Level III) หรือกำลังได้รับการรักษาด้วยวิธีจิตบำบัด (Freedland et al., 2009 : Level III ; Tam & Raja, 2011: Level III) ผู้ป่วยที่มีการใช้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เช่น ยาแก้เศร้า ถ้าผู้ป่วยได้รับยามีระยะเวลาไม่น้อยกว่า 4 สัปดาห์ สามารถเข้าร่วมการบำบัดได้ (Tam & Raja, 2011: Level III) ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการป่วยหนัก /มีอาการป่วยมากเกินกว่าที่จะเข้าร่วมการทดลองได้ หรือมีการพยากรณ์โรคไม่ดี มีแนวโน้มจะทำให้เสียชีวิตภายใน 1 ปีและไม่ป่วยเป็นโรคทางอายุรศาสตร์อื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับหัวใจ (Freedland et al., 2009 : Level III ; Tam & Raja, 2011: Level III) มีความสามารถสื่อสารเป็นภาษาอังกฤษและอาศัยอยู่ไม่ไกลเกินกว่าจะเข้าร่วมได้ (Freedland et al., 2009: Level III)

2. ผู้บำบัด

ผู้บำบัดเป็นบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ พยาบาลจิตเวช (Berkman et al., 2003: Level I) นักจิตวิทยาคลินิก (Freedland et al., 2009: Level I ; Tam & Raja, 2011: Level III ; Welton & Vedhara, 2009: Level I) นักสังคมสงเคราะห์ (Freedland et al., 2009: Level I) จิตแพทย์ (Welton & Vedhara, 2009: Level II) ผู้ให้คำปรึกษาของ ENRICHD (Berkman et al., 2003: Level I) นักจิตบำบัด (Welton & Vedhara, 2009: Level II) ซึ่งผู้บำบัดจะต้องมีวุฒิทางการศึกษาในระดับปริญญาโททางการให้คำปรึกษาหรือสูงกว่าระดับปริญญาโท (Berkman et al., 2003: Level I)

ทั้งนี้จะต้องได้รับการฝึกอบรมขั้นสูงทางคลินิก /จิตวิทยาการให้คำปรึกษา (PhD หรือ PsyD) งานคลินิกสังคมสงเคราะห์ (LCSW) จิตเวชคลินิก (MD) อย่างน้อย 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์และได้รับการรับรองจากสถาบัน (Berkman et al., 2003 : Level I) โดยจะต้องเรียนรู้ทั้งทางทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ และมีประสบการณ์ในการให้การบำบัด CBT (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008 : Level V ; Trockel & Taylor, 2008: Level I ; Freedland et al., 2009: Level III)

3. การประเมินผลลัพธ์

ในส่วนของการประเมินผลลัพธ์ส่วนใหญ่ พบว่าผลลัพธ์หลัก คือ อาการซึมเศร้า (Cowan et al., 2008: Level V ; Trockel & Taylor, 2008 : Level I ; Welton & Vedhara, 2009 : Level II ; Freedland et al., 2009 : Level III ; Tam & Raja, 2011: Level III) มีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ผลลัพธ์หลัก คือ การเสียชีวิตและการเกิดกลั่นแกล้งหัวใจตายซ้ำ พบว่า การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม ไม่เพิ่มอัตราการรอดชีวิต ส่วนผลลัพธ์รอง คือ อาการซึมเศร้า (Berkman et al., 2003: Level I) และ ระยะเวลาการเข้าพักรักษาที่โรงพยาบาล (Tam & Raja, 2011: Level III) เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการซึมเศร้า ได้แก่

แบบประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory (BDI) (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008: Level V; Trockel & Taylor, 2008 : Level I ; Freedland et al., 2009: Level III ; Tam & Raja, 2011: Level III) มี 21 ข้อ แต่ละข้อมีการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ คือ ตั้งแต่ 0 คะแนน ถึง 3 คะแนน คะแนนที่สูง หมายถึง อาการซึมเศร้ามาก ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ของแบบประเมินคือ 0-63 คะแนน แบ่งระดับอาการซึมเศร้าออกได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนนรวม 0-9 เป็นผู้ที่ไม่มีอาการซึมเศร้า

คะแนนรวม 10-16 เป็นผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

คะแนนรวม 17-29 เป็นผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง

คะแนนรวม 30 คะแนนขึ้นไป เป็นผู้ที่มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง

แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D หรือ HRS-D) (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008: Level V; Trockel & Taylor, 2008 : Level I ; Freedland et al., 2009: Level III) มี 17 ข้อ ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และติดตามผลการรักษา คะแนนที่สูง หมายถึง มีอาการซึมเศร้ามาก แบ่งคะแนนของความรุนแรงของอาการในแต่ละคำถามตั้งแต่ 0-2 คะแนน หรือ 0-4 คะแนน ไม่มีอาการให้คะแนน 0 คะแนน ไม่แน่ใจหรือสงสัยให้ 1 คะแนน มีอาการชัดเจนให้ 2 คะแนน

คะแนนรวม ≤ 7 หมายความว่า หายจากอาการซึมเศร้า

คะแนนรวม = 8-12 คะแนน หมายความว่า ยังมีอาการซึมเศร้าหลงเหลือบางส่วน

คะแนนรวม ≥ 13 คะแนนขึ้นไป หมายความว่า ยังมีอาการซึมเศร้า

คะแนนรวม ≥ 30 คะแนน หมายความว่า มีอาการซึมเศร้ารุนแรงมาก

รูปแบบของ CBT เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่สังเคราะห์ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ มี 2 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 การบำบัดแบบ ENRICHD ที่มีประสิทธิผลในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการซึมเศร้าเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) โรคซึมเศร้าที่มีอาการเล็กน้อย (Minor Depressive Disorder) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia)

จำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัด

การบำบัดตามโปรแกรมของ ENRICHD เป็นการบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะ Acute MI หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายภายใน 28 วัน ดำเนินการร่วมกันระหว่างการบำบัดรายบุคคลและการบำบัดแบบกลุ่ม การบำบัดรายบุคคลให้การบำบัดจำนวน 11 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ทำสัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 6 เดือน และกลุ่มบำบัดใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง ทำสัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์หรือ 3 เดือน หลักสูตรเต็มรูปแบบของการบำบัดนานได้ถึง 9 เดือน (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008 : Level V ; Trockel & Taylor, 2008: Level I)

รูปแบบการบำบัด

รูปแบบการบำบัดตามโปรแกรมของ ENRICHD เป็นการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม ปฏิบัติตามแนวทางการบำบัดของ Beck et al (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979) และ Beck (Beck, 1995) ที่ปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

องค์ประกอบของ CBT สำหรับอาการซึมเศร้า คือ

- ระบุสถานการณ์และความคิดที่กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้า
- วิเคราะห์ความคิด ความรู้สึกและความเชื่อเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา
- เรียนรู้และนำทักษะใหม่ไปใช้ตรวจสอบและปรับเปลี่ยนความเชื่อที่บิดเบือนและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่สัมพันธ์กับความคิดที่บิดเบือน

องค์ประกอบของ CBT สำหรับ LPSS คือ

- ทักษะทางสังคมและ พฤติกรรมที่มีความบกพร่อง
- ปัจจัยด้านความคิดที่ส่งเสริมต่อการรับรู้ หรือการดำรงไว้ ของระดับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ทำให้พึงพอใจ

C) การพัฒนาเครือข่ายทางสังคม และการเข้าถึงสังคม

การบำบัดรายบุคคล จัดให้อยู่ในสำนักงานของผู้ให้คำปรึกษา และ/ หรือที่บ้านของผู้ป่วย การบำบัดใช้แบบสั้นและบ่อยมากขึ้น เมื่อมีความจำเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง เวลาที่เหมาะสมที่สุด ภายใน 28 วันหลังเกิดกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีการประเมิน BDI ทุก session ของการบำบัด ผู้ป่วยที่มีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าภายใน 6 เดือนหลังการบำบัด การบำบัดจะเริ่มต้นใหม่อีกครั้ง อาการซึมเศร้ารุนแรงหรือไม่ตอบสนองต่อการบำบัด ใช้เกณฑ์ในการพิจารณา คือ คะแนนใน HRS-D มากกว่า 24 คะแนน หรือคะแนนใน BDI ลดลงน้อยกว่า 50% หลังให้การบำบัดไปแล้ว 5 สัปดาห์ จะให้ยาช่วยอื่นเริ่มด้วยยา sertraline hydrochloride ในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) ขนาดของยาเริ่มได้ที่ 50 มก / วัน และปรับ ได้สูงสุดไม่เกิน 200 มก / วัน หรือให้ยา SSRI ตัวอื่นๆตามความเหมาะสม สามารถให้การรักษาทายาวร่วมไปพร้อมกันจนถึง 12 เดือน

การบำบัดแบบกลุ่ม ผู้เข้าร่วมจะสามารถเข้าร่วมกลุ่มบำบัดได้ตลอดเวลาหลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดรายบุคคลแล้ว 3 session แต่ไม่เกิน 6 เดือนหลังจากเข้าร่วม ซึ่งผู้ป่วยสามารถรับการบำบัดรายบุคคลและกลุ่มบำบัดอย่างใดอย่างหนึ่งตามลำดับหรือพร้อมกันได้ สมาชิกของกลุ่มบำบัดมีผู้เข้าร่วมประมาณ 5-8 คน ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ และการผ่อนคลาย 15 นาที
2. การอภิปรายประสบการณ์ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาและความวิตกกังวลในปัจจุบัน
3. กำหนดหัวข้อการบำบัด
4. ทบทวนการบ้านจากสัปดาห์ที่ผ่านมา (35-40 นาที)
5. บำบัดตามหัวข้อที่กำหนด (1 ชั่วโมง) มุ่งเน้นที่ 1 ใน 12 หัวข้อสำคัญ ตามหลักสูตรกลุ่มบำบัด เสริมการฝึกฝนความกล้าแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ เป้าหมายในชีวิต การวางแผน และเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆในชีวิต
6. การอภิปรายและเสนอแนะในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ session ที่บำบัด
7. มอบหมายงานให้ไปทำต่อที่บ้าน
8. ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมและตัวอย่าง session ถัดไป

เนื้อหาของการบำบัดแบบกลุ่ม ประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้

- | Session ที่ | เนื้อหา |
|-------------|---|
| 1. | บทบาทของพฤติกรรม อารมณ์ และความคิดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
(Role of behavior, emotion and thoughts in CHD) |
| 2. | อารมณ์ : การระบุและการประเมินอารมณ์
(Emotions: Identifying and evaluating them) |

Session ที่	เนื้อหา
3	การรู้คิด (Cognitions)
4	ความรู้สึกที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ (Feeling connected with others)
5	การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Communicating effectively)
6	การฝึกฝนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค (Relapse prevention training)
7	การจัดการกับความโกรธ (Anger management)
8	ความกล้าแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ในการสื่อสาร (Assertiveness in communication)
9	การจัดการกับปัญหา การป้องกันอาการกำเริบและการวางแผนในการใช้ชีวิต (Problem solving, relapse prevention, and life project)
10	การให้คุณค่าในตนเองและเป้าหมาย (Personal values and goals)
11	แผนการในอนาคต (Future plans)
12	การคงไว้ซึ่งความก้าวหน้าของการรักษาและการอยู่อย่างมีความสุขที่ดี แข็งแรงสมบูรณ์ (Holding on to progress and staying well)

ผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับการบำบัด ได้รับแจกคู่มือเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆจาก The American Heart Association Active Partnership Program ด้วย (Berkman et al., 2003: Level I ; Cowan et al., 2008: Level V ; Trockel & Taylor, 2008: Level I)

รูปแบบที่ 2 การบำบัด แบบสั้นกระชับ (Brief - Cognitive Behavior Therapy) เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการซึมเศร้าทางคลินิก

จำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัด

จำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัด เป็นการบำบัดรายบุคคล มี 1 งานที่ให้การบำบัดสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 50 – 60 นาที เป็นเวลา 12 สัปดาห์ (Freedland et al., 2009: Level III) และอีก 1 งานให้การบำบัดจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดย ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ให้การบำบัดก่อนผ่าตัด CABG ครั้งที่ 3 ให้การบำบัดหลังผ่าตัด 3 วัน และครั้งที่ 4 ให้การบำบัดหลังผ่าตัด 5 วัน (Tam & Raja, 2011: Level III)

รูปแบบการบำบัด

เป็นการบำบัด CBT แบบสั้นๆ เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา (Freedland et al., 2009: Level III) และลดอาการซึมเศร้า

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีกำหนดการที่จะได้รับการผ่าตัด CABG เป็นครั้งแรกในอีก 4 ถึง 10 วัน CBT มีคู่มือประกอบการบำบัด (Tam & Raja, 2011: Level III) เทคนิคการบำบัดดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหัวใจ มีการติดต่อทางโทรศัพท์สั้น ๆ ระหว่าง sessions ของการบำบัดหากมีความจำเป็น และ มีการปรึกษาแพทย์ถ้ามีคำถามเกี่ยวกับความปลอดภัยทางการแพทย์ ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง หรือมีภาวะวิกฤติ การบำบัดอาจทำได้สัปดาห์ละ 2 ครั้ง นาน 4 สัปดาห์ การบำบัดแต่ละ session จะไม่กำหนดตายตัว แต่จะปรับตามความเหมาะสมของผู้ป่วย การบำบัดในช่วงแรกเน้นการระบุปัญหา (Freedland et al., 2009: Level III ;Tam & Raja, 2011: Level III) การแก้ปัญหา และการกระตุ้นพฤติกรรม (Freedland et al., 2009: Level III ;Tam & Raja, 2011: Level III; Welton & Vedhara, 2009: Level II) ใน session หลังๆ จะเน้นเทคนิคการรู้คิด (Freedland et al., 2009: Level III ;Tam & Raja, 2011: Level III; Welton & Vedhara, 2009: Level II) รวมถึงการกระตุ้นความคิดอัตโนมัติที่ทำให้เกิดทุกข์และการเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน (Freedland et al., 2009: Level III ;Tam & Raja, 2011: Level III; Welton & Vedhara, 2009: Level II) 2 session สุดท้ายเน้นทักษะการบำบัดด้วยตนเอง และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ยาต้านเศร้าที่ผู้ป่วยบางคนอาจได้รับถือเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตามปกติ (Freedland et al., 2009: Level III)

กระบวนการบำบัดประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้

- ครั้งที่ 1 ให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดหัวใจ การผ่าตัด อาการซึมเศร้า / ความวิตกกังวล ฯลฯ ภาพรวมของการบำบัด CBT ระบุเรื่องที่ห่วงใยโดยการค้นหาและระบุรายการปัญหาที่เกิดขึ้น
- ครั้งที่ 2 กำหนดและทบทวนเป้าหมายการบำบัด แนะนำกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนการรู้คิด
- ครั้งที่ 3 ทบทวนกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนการรู้คิด ทบทวนความคิดที่บิดเบือนไป ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจ
- ครั้งที่ 4 ทบทวนตามคู่มือ การวางแผนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจต่อไป

เมื่อพิจารณาแล้วพบว่ารูปแบบการบำบัด CBT แบบ ENRICHD ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการซึมเศร้า และรูปแบบการบำบัด CBT แบบสั้นกระชับ (Brief - Cognitive Behavior Therapy) สามารถลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ทั้งนี้ผลการวิจัยพบว่าการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต้องมีจำนวนชั่วโมงของการบำบัดต่อตัวและต้องมีจำนวนชั่วโมงของการบำบัดทางโทรศัพท์ที่มากขึ้น และองค์ประกอบที่ใช้ในการบำบัด เช่นองค์ประกอบของอาการซึมเศร้า (depression component) องค์ประกอบด้านการสื่อสารทางสังคม (Social communication component) องค์ประกอบของกลุ่มบำบัด (group

therapy component) รวมทั้งการยึดมั่นปฏิบัติตามแนวทางการบำบัด เช่น การทำการบ้านครบจำนวนครั้งของการเข้าร่วมบำบัด มีสัดส่วนที่มากขึ้นล้วนมีส่วนช่วยให้อาการซึมเศร้าดีขึ้น (Cowan et al., 2008: Level V) การได้รับการสนับสนุนจากสังคมอย่างเพียงพอมีผลต่อการลดลงของอาการซึมเศร้า และช่วยลดการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Trockel & Taylor, 2008: Level I) มีหลักฐานบางอย่างแสดงว่าการบำบัดแบบที่มีองค์ประกอบด้านการรู้คิดและ/หรือองค์ประกอบด้านพฤติกรรมสัมพันธ์กับการลดลงของคะแนนเฉลี่ยมาตรฐานของอาการซึมเศร้า การให้การบำบัดที่มีองค์ประกอบด้านพฤติกรรมร่วมด้วยให้ผลมากที่สุดต่ออาการซึมเศร้า ในขณะที่การให้การบำบัดที่มีองค์ประกอบด้านการให้ความรู้ร่วมด้วย ให้ผลมากที่สุดต่อความวิตกกังวล (Welton & Vedhara, 2009: Level II) ผลลัพธ์อื่นๆของการบำบัด CBT คือ ผู้ป่วยมีความประทับใจเชิงบวกต่อการบำบัด CBT แบบสั้น ซึ่งเป็นการบำบัดเพื่อจัดการกับอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าโดยใช้การให้ความรู้และฝึกทักษะ (MADES) ลดระยะเวลาการเข้าพักรักษาที่โรงพยาบาล คุณภาพชีวิต และอาการวิตกกังวลดีขึ้น (Tam & Raja, 2011: Level III)

3.4 ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 6 เรื่อง พบว่าอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถพบได้ตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจ จนกระทั่งการเจ็บป่วยได้พัฒนาถึงขั้นรุนแรง ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาด้วยการทำหัตถการต่างๆ เช่น การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหรือการถ่างขยายหลอดเลือด สิ่งต่างๆเหล่านี้ล้วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีอาการซึมเศร้ามากขึ้น ซึ่งระดับความรุนแรงของอาการแสดงมากน้อยต่างกันไป อาการอาจเริ่มต้นตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง จนกระทั่งเข้าเกณฑ์วินิจฉัย CBTสามารถนำไปใช้ลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ในหลายช่วงของการดำเนินโรคและในหลายระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ซึ่งรูปแบบของ CBT เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่สังเคราะห์ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ มี 2 รูปแบบ คือ

1. การบำบัดแบบ ENRICHD เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการซึมเศร้าเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) โรคซึมเศร้าที่มีอาการเล็กน้อย (Minor Depressive Disorder) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia)
2. การบำบัดแบบสั้นกระชับ (Brief - Cognitive Behavior Therapy) เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการทางคลินิกของอาการซึมเศร้า

ซึ่งคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมการบำบัด ผู้บำบัดและการประเมินผลลัพธ์โดยรวมจะเหมือนกันดังนี้ คือ

1. คุณสมบัติของผู้รับการบำบัด (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008 : Level V ; Trockel & Taylor, 2008: Level I ; Freedland et al., 2009: Level III ; Tam & Raja, 2011: Level III)

1.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ชายและผู้หญิง อายุ 21 ปีขึ้นไปยินยอมเข้าร่วมการบำบัด

1.2 มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงรุนแรงจนเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า หรือมีอาการของโรคซึมเศร้าแบบเรื้อรัง โดยใช้เกณฑ์ DSM IV-TR ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันหรือ ICD 10 ของ WHO วินิจฉัยจำแนกโรค และใช้แบบวัด Beck Depression Inventory ประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

1.3 ไม่มีอาการทางจิตร่วมด้วย ไม่ติดยา ไม่ใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ ไม่มีภาวะฆ่าตัวตาย

1.4 ไม่มีอาการป่วยหนัก หรือมีอาการป่วยมากกว่าที่จะเข้าร่วมการบำบัดได้ หรือมีการพยากรณ์โรคไม่ดี มีแนวโน้มจะทำให้เสียชีวิตภายใน 1 ปี

2. คุณสมบัติผู้บำบัด (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008 : Level V ; Trockel & Taylor, 2008: Level I ; Freedland et al., 2009: Level III ; Tam & Raja, 2011: Level III)

2.1 เป็นบุคลากรทางสุขภาพ เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาคลินิก

2.2 มีประสบการณ์ในการให้การบำบัด CBT

2.3 ได้รับการฝึกอบรมกับผู้เชี่ยวชาญ (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008 : Level V ; Trockel & Taylor, 2008: Level I ; Freedland et al., 2009: Level III) โดยจะต้องเรียนรู้ทั้งทางทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ

3. การประเมินผลลัพธ์

อาการซึมเศร้าเป็นผลลัพธ์หลักของการบำบัด ซึ่งสามารถประเมินด้วยเครื่องมือมาตรฐาน และระยะเวลาการประเมินดังนี้

4.1 แบบประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory (BDI) (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008: Level V ; Freedland et al., 2009: Level III ; Tam & Raja, 2011: Level III) มี 21 ข้อ แต่ละข้อมีการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ คือ ตั้งแต่ 0 คะแนน

ถึง 3 คะแนน คะแนนที่สูง หมายถึง อาการซึมเศร้ามาก ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ของแบบประเมินคือ 0-63 คะแนน

4.2 แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D หรือ HRS-D) (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008: Level V ; Freedland et al., 2009: Level III ; Tam & Raja, 2011: Level III) มี 17 ข้อ ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และติดตามผลการรักษา คะแนนที่สูง หมายถึง มีอาการซึมเศร้ามาก แบ่งคะแนนของความรุนแรงของอาการในแต่ละคำถามตั้งแต่ 0-2 คะแนน หรือ 0-4 คะแนน ไม่มีอาการให้คะแนน 0 คะแนน ไม่แน่ใจหรือสงสัยให้ 1 คะแนน มีอาการชัดเจนให้ 2 คะแนน

4. รูปแบบของการบำบัด การรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

รูปแบบที่ 1 การบำบัด แบบ ENRICHD โปรแกรม

การบำบัดตามโปรแกรมของ ENRICHD เป็นการบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะ Acute MI หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายภายใน 28 วัน เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการซึมเศร้าเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) โรคซึมเศร้าที่มีอาการเล็กน้อย (Minor Depressive Disorder) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) ดำเนินการร่วมกันระหว่างการบำบัดรายบุคคลและการบำบัดแบบกลุ่ม การบำบัดรายบุคคล ให้การบำบัดจำนวน 11 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ทำสัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 6 เดือน และกลุ่มบำบัดใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง ทำสัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์หรือ 3 เดือน หลักสูตรเต็มรูปแบบของการบำบัดนานได้ถึง 9 เดือน (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008 : Level V ; Trockel & Taylor, 2008: Level I) หรือในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ สามารถทำการบำบัด CBT รายบุคคลติดต่อกันทุกสัปดาห์เป็นเวลา 12 สัปดาห์ (Freedland et al., 2009: Level III)

รูปแบบการบำบัด

รูปแบบการบำบัด CBT ตามโปรแกรมของ ENRICHD บำบัดตามแนวทางของ Beck et al (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979) และ Beck (Beck, 1995) ที่ปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

องค์ประกอบของ CBT สำหรับอาการซึมเศร้า คือ

- ระบุสถานการณ์และความคิดที่กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้า
- วิเคราะห์ความคิด ความรู้สึกและความเชื่อเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา

c) เรียนรู้และนำทักษะใหม่ไปใช้ตรวจสอบและปรับเปลี่ยนความเชื่อที่บิดเบือนและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่สัมพันธ์กับความคิดที่บิดเบือน

องค์ประกอบของ CBT สำหรับ LPSS คือ

- a) ทักษะทางสังคมและ พฤติกรรมที่มีความบกพร่อง
- b) ปัจจัยด้านความคิดที่ส่งเสริมต่อการรับรู้ หรือการดำรงไว้ ของระดับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ทำให้พึงพอใจ

c) การพัฒนาเครือข่ายทางสังคม และการเข้าถึงสังคม

การบำบัดรายบุคคล จัดให้อยู่ในสำนักงานของผู้ให้คำปรึกษา และ/ หรือที่บ้านของผู้ป่วย การบำบัดใช้แบบสั้นและบ่อยมากขึ้น เมื่อมีความจำเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง เวลาที่เหมาะสมที่สุด ภายใน 28 วันหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีการประเมิน BDI ทุก session ของการบำบัด เมื่อผู้ป่วยที่มีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าภายใน 6 เดือนหลังการบำบัดจะเริ่มต้นทำการบำบัดใหม่อีกครั้ง หรือเมื่ออาการซึมเศร้ารุนแรงหรือไม่ตอบสนองต่อการบำบัด จะให้การรักษาด้วยยาร่วมด้วย โดยเริ่มด้วยยา sertraline hydrochloride ในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) ขนาดของยาเริ่มได้ที่ 50 มก / วัน ให้ได้สูงสุดไม่เกิน 200 มก / วัน หรือให้ยา SSRI ตัวอื่นๆตามความเหมาะสม จนถึง 12 เดือน ใช้เกณฑ์ในการพิจารณา คือ คะแนนจากแบบวัด HRSD มากกว่า 24 คะแนน หรือคะแนนใน BDI ลดลงน้อยกว่า 50% หลังให้การบำบัดไปแล้ว 5 สัปดาห์

การบำบัดแบบกลุ่ม ผู้เข้าร่วมจะสามารถเข้าร่วมกลุ่มบำบัดได้ตลอดเวลาหลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดรายบุคคลแล้ว 3 session แต่ไม่เกิน 6 เดือนหลังจากเข้าร่วม ซึ่งผู้ป่วยสามารถรับการบำบัดรายบุคคลและกลุ่มบำบัดอย่างใดอย่างหนึ่งตามลำดับหรือพร้อมกันได้ สมาชิกของกลุ่มบำบัดมีผู้เข้าร่วมประมาณ 5-8 คน ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ และการผ่อนคลาย 15 นาที
2. การอภิปรายประสบการณ์ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาและความวิตกกังวลในปัจจุบัน
3. กำหนดหัวข้อการบำบัด
4. ทบทวนการบ้านจากสัปดาห์ที่ผ่านมา (35-40 นาที)
5. บำบัดตามหัวข้อที่กำหนด (1 ชั่วโมง) มุ่งเน้นที่ 1 ใน 12 หัวข้อสำคัญ ตามหลักสูตรกลุ่มบำบัด เสริมการฝึกฝนความกล้าแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ เป้าหมายในชีวิต การวางแผน และเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆในชีวิต
6. การอภิปรายและเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดใน session นั้นๆ
7. มอบหมายงานให้ไปทำต่อที่บ้าน
8. ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมและตัวอย่าง session ถัดไป

เนื้อหาของการบำบัดแบบกลุ่ม ประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้

Session ที่	เนื้อหา
1.	บทบาทของพฤติกรรม อารมณ์ และความคิดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Role of behavior, emotion and thoughts in CHD)
2	อารมณ์: การระบุและการประเมินอารมณ์ (Emotions: Identifying and evaluating them)
3	การรู้คิด (Cognitions)
4	ความรู้สึกที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กับคนอื่นๆ (Feeling connected with others)
5	การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Communicating effectively)
6	การฝึกฝนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค (Relapse prevention training)
7	การจัดการกับความโกรธ (Anger management)
8	ความกล้าแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ในการสื่อสาร (Assertiveness in communication)
9	การจัดการกับปัญหา การป้องกันอาการกำเริบและการวางแผนในการใช้ชีวิต (Problem solving, relapse prevention, and life project)
10	การให้คุณค่าในตนเองและเป้าหมาย (Personal values and goals)
11	แผนการในอนาคต (Future plans)
12	การคงไว้ซึ่งความก้าวหน้าของการรักษาและการอยู่อย่างมีความสุขที่ดี แข็งแรงสมบูรณ์ (Holding on to progress and staying well)

ผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับการบำบัดได้รับแจกคู่มือเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆจาก The American Heart Association Active Partnership Program ด้วย (Berkman et al., 2003: Level I ; Cowan et al., 2008: Level V ; Trockel & Taylor, 2008: Level I)

ระยะเวลาและการติดตามประเมินผลลัพธ์

ประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม มีการติดตามผลใน 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน 12 เดือน (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008: Level V ; Freedland et al., 2009 : Level III ; Welton & Vedhara, 2009: Level II)

รูปแบบที่ 2 การบำบัด แบบสั้นกระชับ (Brief - Cognitive Behavior Therapy)

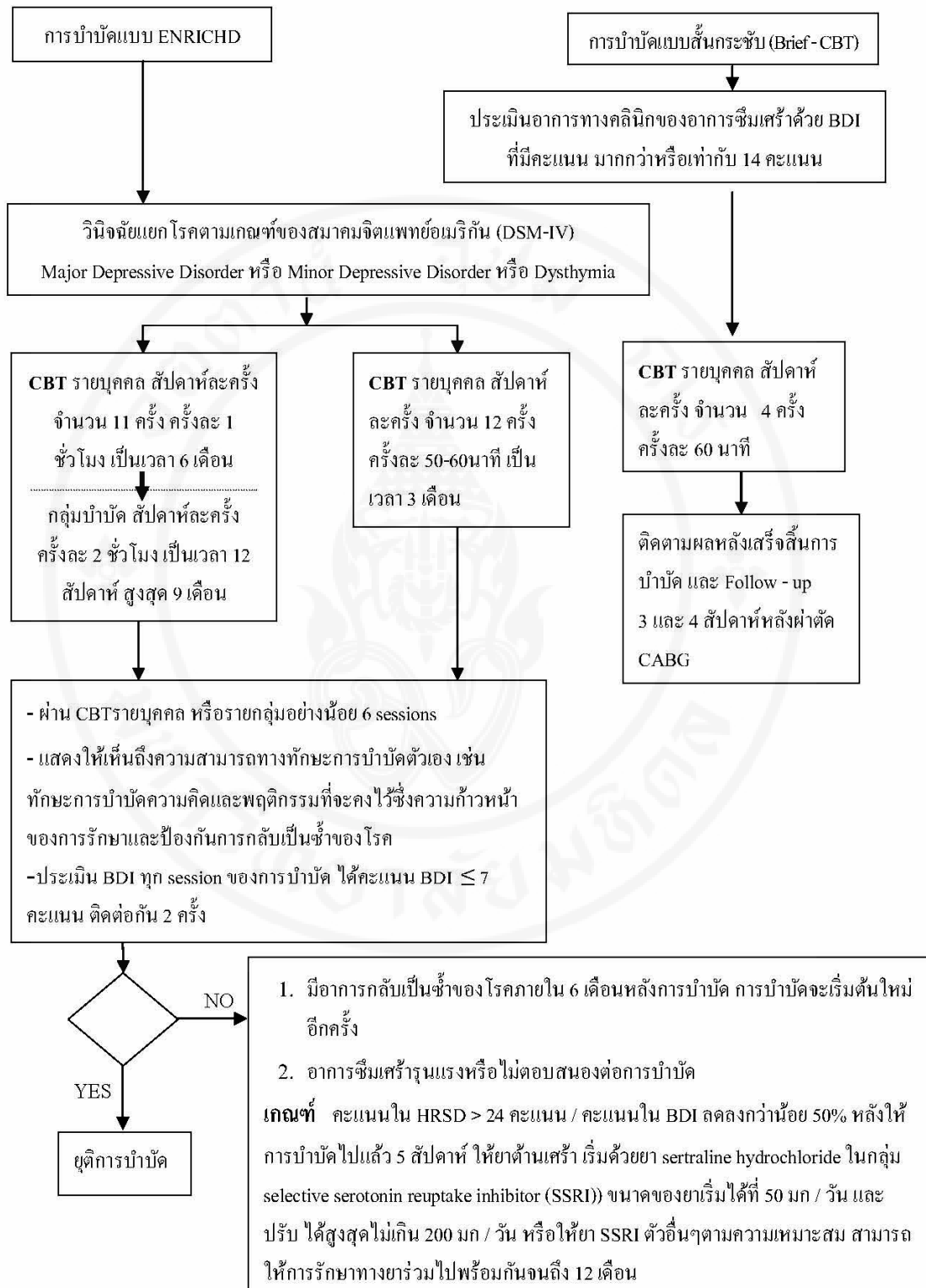
เป็นการบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีอาการซึมเศร้าทางคลินิก ก่อนทำการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด coronary artery bypass graft surgery (CABG) ให้การบำบัดจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที มีคู่มือประกอบการบำบัด (Tam & Raja, 2011: Level III) เทคนิคการบำบัดดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหัวใจ

กระบวนการบำบัดประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้

- ครั้งที่ 1 ให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดหัวใจ การผ่าตัด อาการซึมเศร้า / ความวิตกกังวล ฯลฯ ภาพรวมของการบำบัด CBT ระบุเรื่องที่ห่วงใย โดยการค้นหาและระบุรายการปัญหาที่
- ครั้งที่ 2 กำหนดและทบทวนเป้าหมายการบำบัด แนะนำกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนการรู้คิด
- ครั้งที่ 3 ทบทวนกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนการรู้คิด ทบทวนความคิดที่บิดเบือนไป ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจ
- ครั้งที่ 4 ทบทวนตามคู่มือ การวางแผนเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจต่อไป

ระยะเวลาและการติดตามประเมินผลลัพธ์

การประเมินผลอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม การประเมินผลอาการซึมเศร้าทันที ครั้งที่ 1 เมื่อเสร็จสิ้นการบำบัด และครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยกลับมา follow-up ตามนัดในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 หลังการผ่าตัด CABG (Tam & Raja, 2011: Level III)



Copyright by Mahidol University

แผนผังแสดงแนวทางการบำบัด CBT เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการใช้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้ กรอบ PICO (PICO Framework) (Melnik & Fineout-overholt, 2005) เป็นแนวทางในการสืบค้น (Searching Strategy) เพื่อให้ได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด ใช้คำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ Cardiovascular Disease and Depressive Symptoms and Cognitive Behavior Therapy และ Coronary artery disease and Cognitive Therapy and Depressive disorders และ Ischemic heart disease and Psychotherapy and Depression สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากระบบฐานข้อมูลต่างๆ พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพ จำนวนทั้งหมด 6 เรื่อง เป็น Randomized Controlled Trial 5 เรื่อง และ Systematic review จำนวน 1 เรื่อง เป็น one group Pre - post design 1 เรื่อง และนำหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดที่ได้มาประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยของ DiCenso, Guyatt & Ciliska (2005) 3 ด้าน ได้แก่ ความตรงของงานวิจัย สรุปผลการวิจัย และความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ และการประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ เกรซ (2009) ในมิติของการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการบำบัด

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 6 เรื่อง พบว่าการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความเป็นไปได้ ที่จะนำไปใช้ในโรงพยาบาลที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ ซึ่งผู้ศึกษาได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียดใส่ตาราง เพื่อเสนอเป็นข้อแนะนำ (Recommendations) ในการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยพบว่ารูปแบบการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมที่มีประสิทธิผลในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มี 2 รูปแบบ คือ 1) การบำบัดตามโปรแกรม ENRICHD เป็นการบำบัดรายบุคคลร่วมกับรายการกลุ่ม ใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน(AMI) และมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง หรือเรื้อรังร่วมด้วย ทำการบำบัดภายใน 28 วันหลังมีอาการ

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (AMI) สามารถทำการบำบัดร่วมกับการให้ยาต้านเศร้าร่วมด้วย ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการทำ CBT ในช่วง 5 สัปดาห์แรก 2) การบำบัด CBT แบบสั้น เป็นการบำบัดรายบุคคล 4 ครั้ง (sessions) ก่อนและหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการซึมเศร้าทางคลินิก การเลือกรูปแบบการบำบัดใดไปใช้ต้องพิจารณาตามความเหมาะสมกับลักษณะอาการของผู้ป่วยและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงาน หน่วยงานควรมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรและคู่มือการบำบัด ก่อนนำรูปแบบการบำบัดไปทดลองใช้

ข้อเสนอแนะ(Suggestion) ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน

1. พยาบาลควรคัดกรองอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในทุกระยะของการดำเนินโรค เพื่อให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจในผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าในอนาคต
2. ก่อนการนำรูปแบบการบำบัดไปใช้หน่วยงานควรพัฒนาเป็นคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติที่มีขั้นตอนที่ชัดเจน เพื่อให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุขในหน่วยงานหรือเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ได้เป็นแนวทางเดียวกัน
3. ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้สามารถปฏิบัติได้จริง ก่อนที่จะนำรูปแบบการบำบัดไปใช้
4. การนำรูปแบบการบำบัดไปใช้ในหน่วยงานนั้น การเลือกรูปแบบการบำบัดต้องดูตามความเหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ซึ่งถ้าพบว่ามีอาการซึมเศร้าพยาบาลสามารถให้การบำบัดได้ตามบทบาท อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงจะต้องส่งพบแพทย์เพื่อให้การรักษาด้วยยาให้อาการดีขึ้นก่อนแล้วจึงให้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมต่อไป
5. ควรมีโครงการนำร่องเพื่อตรวจสอบประสิทธิผล ปัญหาอุปสรรค ความคุ้มค่า คำนึงถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาปรับปรุงต่อไป
6. ควรมีการเผยแพร่ผลของการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยวิธีการต่างๆ เช่น การประชุมวิชาการ การตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารและสิ่งพิมพ์อื่นๆ เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และพัฒนางานด้านการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป

การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY FOR REDUCING DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PATIENTS
WITH CORONARY ARTERY DISEASE: EVIDENCE-BASED NURSING

นลินรัตน์ ภูริศิริพัฒน์ 5036774 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

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

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อัตราการตายจากกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดจะติดอันดับ 1 ใน 3 ของประเทศไทยมาโดยตลอด ในปี 2545 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นจำนวน 32,903 คน และในปี 2546 จำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นเป็น 40,092 คน และยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยจากโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มสูงขึ้นมากกว่า 3 เท่า ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยในเพิ่มสูงขึ้น มากกว่า 7-17 เท่า (รวมพร นาคะพงศ์ และ ศิริกัลยาณี มีฤทธิ์, 2549) ในปี พ.ศ.2551 มีอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 749.54 คน ซึ่งเพิ่มมากขึ้นจากปี พ.ศ. 2550 คิดเป็นอัตราร้อยละ 9.0 (687.71 คน) (กรมควบคุมโรค, 2554) อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในภาพรวมของประเทศเพิ่มขึ้นจาก 98.03 คน ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ.2543 เป็น 359.34 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ.2552 หรือเพิ่มประมาณ 3.7 เท่า (กรมควบคุมโรค, 2554) ประเมินการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรายใหม่เกิดขึ้น 21,700 รายต่อปี ทุกชั่วโมงคนไทยตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 2.3 คน หรือวันละ 54 คน (วรุฒิ เจริญศิริ, 2551) แนวโน้มของอุบัติการณ์การเกิดโรคพบว่าเป็นสัดส่วนกับภาระการรักษายาในโรงพยาบาลที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ เช่น สถิติการใช้ยากลุ่มโรคหัวใจมีการเบิกจ่ายมากเป็นอันดับต้นๆ เมื่อนำมาประเมินค่าใช้จ่ายของยากลุ่มนี้พบว่ามียา

มาก เฉลี่ยเดือนละ 10.3 ล้านบาท หรือเฉลี่ยปีละ 123.6 ล้านบาท ทั้งนี้ยังไม่รวมถึงการทำหัตถการและการผ่าตัดหัวใจเพื่อการรักษาอื่นๆที่เกี่ยวข้องซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ (สำนักงานวิจัย สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2549)

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease) เป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของผนังหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี มีการตีบแคบ หรืออุดตันจากการสะสมของไขมัน การเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงโคโรนารีทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง ส่งผลทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างปริมาณออกซิเจนที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการใช้ (Oxygen demand) กับปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (Oxygen supply) (ครินรัตน์ ศรีประสงค์, 2553) เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Luchi & Salazar, 2007) ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจที่ถูกทำลายเป็นบริเวณกว้างและจำนวนมาก จะทำให้หน้าที่ของหัวใจในการสูบฉีดเลือดล้มเหลว กระตุ้นให้หัวใจเกิดการเต้นผิดจังหวะ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (เสาวนีย์ เนาวพานิช, 2552)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและตลอดชีวิต เพื่อควบคุมอาการ ลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดง ยับยั้งความก้าวหน้าของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนกับอาการกำเริบของโรค ต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการเจ็บป่วย ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ดำเนินชีวิตอย่างมีข้อจำกัด ทั้งชีวิตส่วนตัวหรือหน้าที่การงาน ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจากผู้นำมาเป็นผู้ตามหยุดงาน ขาดรายได้ ต้องปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด ขาดการติดต่อปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เนื่องจากการเจ็บป่วยและข้อจำกัดต่างๆ ก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม และต้องเผชิญปัญหาต่างๆ เช่น การถูกตีตรา (stigma) การถูกมองว่าเป็นคนป่วย สัมพันธภาพระหว่างบุคคลอาจเปลี่ยนไป สิ้นหวังจากความก้าวหน้าของโรค สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาทางจิตสังคมตามมา ที่พบได้บ่อย คือ ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า

อาการซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตสังคมที่พบอัตราเพิ่มสูงขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียความสามารถ อีกทั้งยังทำให้เกิดการฆ่าตัวตายอีกด้วย อาการซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อโอกาสการเกิดโรคและการพยากรณ์โรคของโรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการซึมเศร้ามีผลกระทบต่ออาการของโรค พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต มีผลการรักษามักไม่ค่อยดี และเป็นอุปสรรคขัดขวางกระบวนการการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

สาเหตุของการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีปัญญานิยมของเบ็ค (Beck, 1967) ที่เชื่อว่า การมีอาการซึมเศร้า เกิดจากความคิดมากกว่า

อาร์มน์ Beck และคณะ (1979) ได้เสนอแนวคิดว่า อาการซึมเศร้าเกิดจากสาเหตุ 2 ประการ คือ บุคคลมีความเครียดจากสถานการณ์วิกฤติในชีวิต และบุคคลนั้นมีความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นเองโดยไม่ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล เป็นผลมาจากโครงสร้างทางความคิดที่รับรู้ และการแปลความหมายของสถานการณ์ไปในทางลบ อธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติในชีวิตบุคคลจะเกิดการประมวลเรื่องราวและโครงสร้างทางความคิดเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตจากการได้รับประสบการณ์ต่างๆในอดีตที่เข้ามาในชีวิต ซึ่งการสร้างโครงสร้างทางความคิดนี้จะมีผลต่อการรับรู้ แปลความ และการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ผู้ที่มีอาการซึมเศร้ามักมีประสบการณ์ชีวิตไม่ดี และแปลความหมายของเหตุการณ์ด้วยลักษณะการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ หรือบิดเบือนไปจากความเป็นจริง เนื่องจากมีโครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ในอดีตของบุคคล ทำให้บุคคลมีลักษณะการคิดที่บิดเบือนซึ่งเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ และทำให้เกิดความคิดทางลบต่อตนเอง ต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ และต่ออนาคต ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา (Beck, 1967)

อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิดหรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง เมื่อผู้ป่วยทราบว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ อาจมี *ความคิด* ในทางลบต่อตนเอง ว่าตนเองเป็นคนไม่มีคุณค่า ช่วยตัวเองไม่ได้ เป็นภาระต่อผู้อื่น มี *พฤติกรรม* แยกตัว ไม่พบปะผู้คน และอาจมีความแปรปรวนทาง *ร่างกาย* เช่น เบื่ออาหารหรือนอนไม่หลับ หลับๆตื่นๆ อ่อนเพลียไม่มีแรง เมื่ออาการซึมเศร้ามากขึ้นจะส่งผลย้อนกลับทำให้มีลักษณะการคิดที่บิดเบือนมากขึ้นและการคิดอย่างมีเหตุผลมีผลลดลง ยิ่งทำให้อาการซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีความคิดในแง่ลบมาก ๆ การให้จิตบำบัดแบบการรู้คิดจะช่วยให้ผู้ป่วยสำรวจมุมมองความคิด ความเชื่อที่เบี่ยงเบนหรือผิดไปจากความเป็นจริงที่ทำให้เกิดปัญหา ทำให้สามารถเข้าใจตนเองและมองเห็นความเป็นจริงเกี่ยวกับตนเองและผู้อื่น ลดความขัดแย้งหรือความคับข้องใจ และสามารถจัดการกับปัญหาที่มีอยู่ได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น (ฉัตรพร พิทยรัตน์เสถียร, 2552)

ดังนั้น การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม Cognitive Behavioral Therapy (CBT) เป็นจิตบำบัดที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการซึมเศร้า เนื่องจากการบำบัดที่มีเป้าหมายเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยการใช้กระบวนการคิดและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้อง ช่วยเปลี่ยนให้เป็นความคิดที่ถูกต้องเหมาะสม เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้นส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลง

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม ที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่ได้จากผลงานวิจัย ที่ผ่านกระบวนการสืบสวนมาเป็นอย่างดีตามหลักของวิทยาศาสตร์(ฟองคำ ดิลกสกุลชม, 2549) จากนั้นนำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะ โดยพิจารณารูปแบบของการบำบัดปรับให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และบริบทของผู้รับบริการ และทำให้ผู้ศึกษามีความรู้ในเรื่องดังกล่าวดีขึ้น และลึกซึ้งกว้างขวางมากขึ้น อันจะนำไปสู่การดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้มาตรฐานมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ รูปแบบการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จากหลักฐานเชิงประจักษ์

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ได้หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการใช้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. พยาบาลมีแนวทางในการทำจิตบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
4. สามารถนำผลการศึกษานี้ พัฒนาเป็นแนวทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งจะช่วยให้การปฏิบัติงานทางการพยาบาลมีประสิทธิภาพ และเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการด้านสุขภาพจิตของหน่วยงานต่อไป

วิธีการดำเนินงาน

การศึกษารูปแบบการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (CBT) เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

1.1 กรอบการสืบค้น ผู้ศึกษาค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ต้องการศึกษาโดยใช้ PICO Framework ของ Melnyk & Fineout-overholt (2005) เป็นแนวทางในการสืบค้นเพื่อให้ได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด

Population : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการซึมเศร้า

Intervention : การบำบัดการรู้คิด และพฤติกรรม

Comparison Intervention : ไม่มี (none)

Outcome : อาการซึมเศร้า

1.2 คำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่

Population คือ “Cardiovascular Disease” “Coronary artery disease” “Coronary heart disease” “Ischemic heart disease” “Myocardial Infarction” “Acute coronary Syndrome”

Intervention คือ “Cognitive Behavior Therapy” “Cognitive Therapy” “Psychotherapy”

Comparison ไม่มี

Outcome คือ “Depressive Symptoms” “Depressive disorders” “Depression”

1.3 เกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เป็นงานวิจัยที่ตรงกับประเด็นปัญหาและกลุ่มประชากรเป้าหมาย ได้แก่ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในช่วงระยะเวลา 10 ปี คือตั้งแต่ ค.ศ.2000 ถึง ปัจจุบันทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับ 1 ถึงระดับ 7 ตามเกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็ง ของหลักฐาน (strength of evidence) ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ เกรซ (Grace, 2009) และเป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

1.4 กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล การศึกษาครั้งนี้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) และงานการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) ได้แก่ Cochrane Library (www.Cochrane.org) ฐานข้อมูลวิจัยเดี่ยว ได้แก่ CINAHL, PubMed, ProQuest, Blackwell Synergy, OVID & Medline

จากผลการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่างๆ จำนวน 6 เรื่อง เป็น Randomized Controlled Trial จำนวน 5 เรื่อง และ Meta-analysis จำนวน 1 เรื่อง

2. วิธีการประเมินคุณภาพและระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1 วิเคราะห์และประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้โดยใช้เกณฑ์ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ของ DiCenso, Guyatt & Ciliska (2005) 3 ด้าน ได้แก่ ความตรงของงานวิจัย สรุปผลการวิจัยและความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ

2.2 ประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์การประเมินความระดับเข้มแข็งของหลักฐาน (strength of evidence) ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ เกรซ (2009) ในมิติของการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการบำบัด โดยแบ่งระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ไว้ 7 ระดับ

ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบงานวิจัยทั้งหมด 6 เรื่อง มีคุณภาพดี และมีระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 1 จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 2 จำนวน 1 เรื่อง ระดับ 3 จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 5 จำนวน 1 เรื่อง

3. วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ แต่ละเรื่องลงตารางสกิดงาน และสรุปประเด็นหลักของงานทั้งหมดลงในตารางรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table)

4. สรุปเนื้อหาของหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) เพื่อนำมาเปรียบเทียบลักษณะของประชากร กระบวนการและวิธีการบำบัดและผลลัพธ์ที่ได้ในแต่ละการศึกษา

5. สรุปข้อแนะนำ (Recommendation) ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้คือ

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 6 เรื่อง พบว่าอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถพบได้ตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจ จนกระทั่งการเจ็บป่วยได้พัฒนาถึงขั้นรุนแรง ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาด้วยการทำหัตถการต่างๆ เช่น การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหรือการถ่างขยายหลอดเลือด สิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีอาการซึมเศร้ามากขึ้น ซึ่งระดับความรุนแรงของอาการแสดงมากน้อยต่างกันไป อาการอาจเริ่มต้นตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ปานกลางและรุนแรง จนกระทั่งเข้าเกณฑ์วินิจฉัย CBT สามารถนำไปใช้ลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ในหลายช่วงของการดำเนินโรคและในหลายระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ซึ่งรูปแบบของ CBT เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่สังเคราะห์ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ มี 2 รูปแบบ คือ

1. การบำบัดแบบ ENRICHD เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการซึมเศร้าเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) โรคซึมเศร้าที่มีอาการเล็กน้อย (Minor Depressive Disorder) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia)

2. การบำบัด แบบสั้นกระชับ (Brief- Cognitive Behavior Therapy) เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการทางคลินิกของอาการซึมเศร้า

ซึ่งคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมการบำบัด ผู้บำบัดและการประเมินผลลัพธ์โดยรวมจะเหมือนกัน ดังนี้ คือ

1. คุณสมบัติของผู้รับการบำบัด (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008: Level V ; Trockel & Taylor, 2008: Level I ; Freedland et al., 2009: Level III ; Tam & Raja, 2011: Level III)

1.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ชายและผู้หญิง อายุ 21 ปีขึ้นไปยินยอมเข้าร่วมการบำบัด

1.2 มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงรุนแรงจนเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าหรือ มีอาการของโรคซึมเศร้าแบบเรื้อรัง โดยใช้เกณฑ์ DSM IV-TR ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน หรือ ICD 10 ของ WHO วินิจฉัยจำแนกโรค และใช้แบบวัด Beck Depression Inventory ประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

1.3 ไม่มีอาการทางจิตร่วมด้วย ไม่ติดยา ไม่ใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ ไม่มีภาวะฆ่าตัวตาย

1.4 ไม่มีอาการป่วยหนัก หรือมีอาการป่วยมากกว่าที่จะเข้าร่วมการบำบัดได้ หรือมีการพยากรณ์โรคไม่ดี มีแนวโน้มจะทำให้เสียชีวิตภายใน 1 ปี

2. คุณสมบัติผู้บำบัด (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008 : Level V ; Trockel & Taylor, 2008: Level I ; Freedland et al., 2009: Level III ; Tam & Raja, 2011: Level III)

2.1 เป็นบุคลากรทางสุขภาพ เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาคลินิก

2.2 มีประสบการณ์ในการให้การบำบัด CBT

2.3 ได้รับการฝึกอบรมกับผู้เชี่ยวชาญ (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008 : Level V ; Trockel & Taylor, 2008: Level I ; Freedland et al., 2009: Level III) โดยจะต้องเรียนรู้ทั้งทางทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ

3. การประเมินผลลัพธ์

อาการซึมเศร้าเป็นผลลัพธ์หลักของการบำบัด ซึ่งสามารถประเมินด้วยเครื่องมือมาตรฐาน และระยะเวลาการประเมินดังนี้

4.1 แบบประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory (BDI) (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008: Level V ; Freedland et al., 2009: Level III ; Tam & Raja, 2011: Level III) มี 21 ข้อ แต่ละข้อมีการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ คือ ตั้งแต่ 0 คะแนน ถึง 3 คะแนน คะแนนที่สูง หมายถึง อาการซึมเศร้ามาก ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ของแบบประเมินคือ 0-63 คะแนน

4.2 แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D หรือ HRSD) (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008: Level V ; Freedland et al., 2009: Level III ; Tam & Raja, 2011: Level III) มี 17 ข้อ ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และติดตามผลการรักษา คะแนนที่สูง หมายถึง มีอาการซึมเศร้ามาก แบ่งคะแนนของความรุนแรงของอาการในแต่ละคำถามตั้งแต่ 0-2 คะแนน หรือ 0-4 คะแนน ไม่มีอาการให้คะแนน 0 คะแนน ไม่แน่ใจหรือสงสัยให้ 1 คะแนน มีอาการชัดเจนให้ 2 คะแนน

4. รูปแบบของการบำบัด การรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

รูปแบบที่ 1 การบำบัด แบบ ENRICHD โปรแกรม

การบำบัดตามโปรแกรมของ ENRICHD เป็นการบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในระยะ Acute MI หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายภายใน 28 วัน เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการซึมเศร้าเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) โรคซึมเศร้าที่มีอาการเล็กน้อย (Minor Depressive Disorder) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) ดำเนินการร่วมกันระหว่างการบำบัดรายบุคคลและการบำบัดแบบกลุ่ม การบำบัดรายบุคคล ให้การบำบัดจำนวน 11 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ทำสัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 6 เดือน และกลุ่มบำบัดใช้เวลา ครั้งละ 2 ชั่วโมง ทำสัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์หรือ 3 เดือน หลักสูตรเต็มรูปแบบของการบำบัดนานได้ถึง 9 เดือน (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008 : Level V ; Trockel & Taylor, 2008: Level I) หรือในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ สามารถทำการบำบัด CBT รายบุคคลติดต่อกันทุกสัปดาห์เป็นเวลา 12 สัปดาห์ (Freedland et al., 2009: Level III)

รูปแบบการบำบัด

รูปแบบการบำบัด CBT ตามโปรแกรมของ ENRICHD บำบัดตามแนวทางของ Beck et al (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979) และ Beck (Beck, 1995) ที่ปรับให้เหมาะสมกับความ ต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

องค์ประกอบของ CBT สำหรับอาการซึมเศร้า คือ

- a) ระบุสถานการณ์และความคิดที่กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้า
- b) วิเคราะห์ความคิด ความรู้สึกและความเชื่อเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา
- c) เรียนรู้และนำทักษะใหม่ไปใช้ตรวจสอบและปรับเปลี่ยนความเชื่อที่บิดเบือนและ

ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่สัมพันธ์กับความคิดที่บิดเบือน

องค์ประกอบของ CBT สำหรับ LPSS คือ

- a) ทักษะทางสังคมและ พฤติกรรมที่มีความบกพร่อง
- b) ปัจจัยด้านความคิดที่ส่งเสริมต่อการรับรู้ หรือการดำรงไว้ ของระดับการสนับสนุน

ทางสังคมที่ไม่ทำให้พึงพอใจ

C) การพัฒนาเครือข่ายทางสังคม และการเข้าถึงสังคม

การบำบัดรายบุคคล จัดให้อยู่ในสำนักงานของผู้ให้คำปรึกษา และ/หรือที่บ้านของผู้ป่วย การบำบัดใช้แบบสั้นและบ่อยมากขึ้น เมื่อมีความจำเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง เวลาที่เหมาะสมที่สุด ภายใน 28 วัน หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีการประเมิน BDI ทุก session ของการบำบัด เมื่อผู้ป่วย ที่มีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าภายใน 6 เดือนหลังการบำบัดจะเริ่มต้นทำการบำบัดใหม่อีกครั้ง หรือเมื่ออาการซึมเศร้ารุนแรงหรือไม่ตอบสนองต่อการบำบัด จะให้การรักษาร่วมด้วย โดยเริ่ม ด้วยยาในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) ได้แก่ sertraline hydrochloride ขนาดของ ยาเริ่มได้ที่ 50 มก / วัน ให้ได้สูงสุดไม่เกิน 200 มก / วัน หรือให้ยา SSRI ตัวอื่นๆตามความเหมาะสม จนถึง 12 เดือน ใช้เกณฑ์ในการพิจารณา คือ คะแนนจากแบบวัด HRSD มากกว่า 24 คะแนน หรือ คะแนนใน BDI ลดลงน้อยกว่า 50% หลังให้การบำบัดไปแล้ว 5 สัปดาห์

การบำบัดแบบกลุ่ม ผู้เข้าร่วมจะสามารถเข้าร่วมกลุ่มบำบัดได้ตลอดเวลาหลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดรายบุคคลแล้ว 3 session แต่ไม่เกิน 6 เดือนหลังจากเข้าร่วม ซึ่งผู้ป่วยสามารถรับการ บำบัดรายบุคคลและกลุ่มบำบัดอย่างใดอย่างหนึ่งตามลำดับหรือพร้อมกันได้ สมาชิกของกลุ่มบำบัด มีผู้เข้าร่วมประมาณ 5-8 คน ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ และการผ่อนคลาย 15 นาที
2. การอภิปรายประสบการณ์ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาและความวิตกกังวลในปัจจุบัน
3. กำหนดหัวข้อการบำบัด

4. ทบทวนการบ้านจากสัปดาห์ที่ผ่านมา (35-40 นาที)
5. บัดตามหัวข้อที่กำหนด (1 ชั่วโมง) มุ่งเน้นที่ 1 ใน 12 หัวข้อสำคัญ ตามหลักสูตรกลุ่มบำบัด เสริมการฝึกฝนความกล้าแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ เป้าหมายในชีวิต การวางแผน และเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิต

6. การอภิปรายและเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดใน session นั้นๆ

7. มอบหมายงานให้ไปทำต่อที่บ้าน

8. ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมและตัวอย่าง session ถัดไป

เนื้อหาของการบำบัดแบบกลุ่ม ประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้

Session ที่	เนื้อหา
1.	บทบาทของพฤติกรรม อารมณ์ และความคิดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Role of behavior, emotion and thoughts in CHD)
2.	อารมณ์ : การระบุและการประเมินอารมณ์ (Emotions: Identifying and evaluating them)
3.	การรู้คิด (Cognitions)
4.	ความรู้สึกที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ (Feeling connected with others)
5.	การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Communicating effectively)
6.	การฝึกฝนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค (Relapse prevention training)
7.	การจัดการกับความโกรธ (Anger management)
8.	ความกล้าแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ในการสื่อสาร (Assertiveness in communication)
9.	การจัดการกับปัญหา การป้องกันอาการกำเริบและการวางแผนในการใช้ชีวิต (Problem solving, relapse prevention, and life project)
10.	การให้คุณค่าในตนเองและเป้าหมาย (Personal values and goals)
11.	แผนการในอนาคต (Future plans)
12.	การคงไว้ซึ่งความก้าวหน้าของการรักษาและการอยู่อย่างผู้มีสุขภาพที่ดีแข็งแรงสมบูรณ์ (Holding on to progress and staying well)

ผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับการบำบัดได้รับแจกคู่มือเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆจาก The American Heart Association Active Partnership Program ด้วย (Berkman et al., 2003: Level I ; Cowan et al., 2008: Level V ; Trockel & Taylor, 2008: Level I)

ระยะเวลาและการติดตามประเมินผลลัพธ์

ประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม มีการติดตามผลใน 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน 12 เดือน (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008: Level V ; Freedland et al., 2009 : Level III ; Welton & Vedhara, 2009: Level II)

รูปแบบที่ 2 การบำบัด แบบสั้นกระชับ (Brief- Cognitive Behavior Therapy)

เป็นการบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีอาการซึมเศร้าทางคลินิก ก่อนทำการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด coronary artery bypass graft surgery (CABG) ให้การบำบัดจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที มีคู่มือประกอบการบำบัด (Tam & Raja, 2011: Level III) เทคนิคการบำบัดดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหัวใจ

กระบวนการบำบัดประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้

- ครั้งที่ 1 ให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดหัวใจ การผ่าตัด อาการซึมเศร้า / ความวิตกกังวล ฯลฯ ภาพรวมของการบำบัด CBT ระบุเรื่องที่ห่วงใยโดยการค้นหาและระบุรายการปัญหาที่เกิดขึ้น
- ครั้งที่ 2 กำหนดและทบทวนเป้าหมายการบำบัด แนะนำกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนการรู้คิด
- ครั้งที่ 3 ทบทวนกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนการรู้คิด ทบทวนความคิดที่บิดเบือนไป ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจ
- ครั้งที่ 4 ทบทวนตามคู่มือ การวางแผนเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจต่อไป

ระยะเวลาและการติดตามประเมินผลลัพธ์

การประเมินผลอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังสิ้นสุดโปรแกรม การประเมินผลอาการซึมเศร้าทันที ครั้งที่ 1 เมื่อเสร็จสิ้นการบำบัด และครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยกลับมา follow-up ตามนัดในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 หลังการผ่าตัด CABG (Tam & Raja, 2011: Level I)

ข้อเสนอแนะ (Suggestion) ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน

1. พยาบาลควรคัดกรองอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในทุกระยะของการดำเนินโรค เพื่อให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจในผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าในอนาคต
2. ก่อนการนำรูปแบบการบำบัดไปใช้หน่วยงานควรพัฒนาเป็นคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติที่มีขั้นตอนที่ชัดเจน เพื่อให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุขในหน่วยงานหรือเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ได้เป็นแนวทางเดียวกัน
3. ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้สามารถปฏิบัติได้จริงก่อนที่จะนำรูปแบบการบำบัดไปใช้
4. การนำรูปแบบการบำบัดไปใช้ในหน่วยงานนั้น การเลือกรูปแบบการบำบัดต้องดูตามความเหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ซึ่งถ้าพบว่ามีอาการซึมเศร้าพยาบาลสามารถให้การบำบัดได้ตามบทบาท อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงจะต้องส่งพบแพทย์เพื่อให้การรักษาด้วยยาให้อาการดีขึ้นก่อนแล้วจึงให้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมต่อไป
5. ควรมีโครงการนำร่องเพื่อตรวจสอบประสิทธิผล ปัญหาอุปสรรค ความคุ้มค่า คุ้มทุน รวมถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาปรับปรุงต่อไป
6. ควรมีการเผยแพร่ผลของการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยวิธีการต่างๆ เช่น การประชุมวิชาการ การตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารและสิ่งพิมพ์อื่นๆ เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และพัฒนางานด้านการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป

COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY FOR REDUCING DEPRESSIVE
SYMPTOMS IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE:
EVIDENCE-BASED NURSING

NALINRAT PHURISIRIPHAT 5036774 NSMH/M

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

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

EXTENDED SUMMARY

Introduction and backgrounds

In Thailand the mortality rate of cardiovascular diseases (CVD) has been one among the first three ranks. In 2002 and 2003 there were 32,903 and 40,092 patients died because of these diseases, respectively. It was also found that the number of CVD patients receiving medical services at out-patient departments had increased more than 3 times where as the number of these patients receiving medical services in in-patient department had increased more than 7-17 times (Nakapongsa & Merith, 2006). In 2008 morbidity rate in 100,000 populations was 749.54. This number had been increasing from the number in 2007, in that 9.0 percent or 687.71 per 100,000 populations had these diseases in 2007. Nationwide, hospitalization rate as a result of being sick from coronary artery disease (CAD) had increased from 98.03 patients in 2001 to 359.34 per 100,000 populations in 2009. On the other hand had the rate approximately increased 3.7 times as many as that in 2001 (Department of Disease Control, 2011). Roughly, in Thailand there were 21,700 new patients having the coronary artery disease every year. That is, every hour 2.3 Thai people died from this disease or 54 people died daily (Chareonsiri, 2008). The proportion of disease incidence rate and hospital care burden had been increasing. For example, statistically,

administering cardiovascular drugs to the patients had been increased as high as they were in the forefront among other drugs. Economically estimated, it was found that this drug group was costly; that is, approximately it was 10.3 million baths spending on this drug monthly or 123.6 million baths yearly. Nevertheless, this spending excluded treatment operations and heart surgery in order to treat other related conditions that tended to continuously increase (Research Office, The Heart Association of Thailand Under the Royal Patronage of H.M the King, 2006).

Coronary artery disease (CAD) is a disease resulting from a deterioration of the walls of coronary arteries that are narrowed and thicken or are blocked from an accumulation of fats. The pathological change of coronary arteries leads to reducing of blood supply to the heart causing an imbalance between oxygen demand and oxygen supply of cardiac muscles (Sriprasong, 2010). As a result, ischemic heart disease or acute myocardial infarction presents (Luchi & Salazar, 2007). The severity of the disease will increase if the thickening of artery wall increases and cardiac muscles are broadly and vastly destroyed. Therefore, the blood circulation functioning of the heart fails. This failure stimulates irregular heart beats, causing sudden deaths (Naowapanich, 2008).

CAD is a chronic disease; therefore, patients need consistent care through their life in order to control, diminish the severity of signs and symptoms, curb the disease progression, and decrease disease complications. CAD patients face with the uncertainty of disease recurrence and the suffering from sickness. They tend to be dependent on other people and have a limited life style, not only of their private life, but also of their career. They need to change their role, as a leader to follower. Many patients cannot work so that their income is lost. The CAD patients need to strictly comply with doctor's orders. Many patients lose social interactions because of being sick and some limitations. As a result, patients have socio-economical problems and need to face with all kinds of problems; for example, patients live with a stigma of being a sick person, their interpersonal relationship has changed, and they feel hopeless from the disease progression. These problems lead to have psychosocial problems, such as anxiety and depression, which frequently occur.

Depression is a psychosocial problem and more and more CAD patients have this problem. Depression is a major cause of disability and suicide. Depression

has an influence on the incidence and prognosis of CAD. The depression makes the CAD symptoms of patients worse, affects patients' self care and their quality of life, can give the patients no good response from the treatment, and interferes with the rehabilitation process.

The causes of depression in CAD patients can be explained by Beck's cognitive theory of depression (Beck, 1967) in that depression comes from thoughts more than from moods. Beck and others (1979) presented their concept of depression coming from two causes. One is that a person has stresses from his/her critical life events. The other one is that a person has automatically negative thoughts and these thoughts have not been through the process of reasoning thinking. These thoughts happen as a result of cognitive thinking and negatively giving the meaning of situations. This depression concept can be explained that when a person experiences a critical life event, he/she will assemble and map the event and conceptual structure toward him/herself, environment, and future from experiencing his/her life events in the past. This cognitive structure affects perception, meaning interpretation, and behavior of a person. A depressive person somewhat has unpleasant life experiences and distortedly and negatively interprets the meaning of events or distortedly interprets it differently from reality. This interpretative distortion comes from maladaptive cognitive structure as a result from personal experiences in the past that cause the person to have a cognitive distortion. The deviant interpretation happens automatically and it leads to negative thoughts toward him/herself, situations the person is facing, and his/her future. Consequently, the cognitive distortion affects his/her moods and behaviors causing depression later on (Beck, 1967).

Depression in CAD patients is a result of distorted thoughts or giving the meaning of life events differently from what they truly are. When the patients know that they have CAD, they may have a negative *thought* toward themselves in that they consider themselves being worthless, self helpless, and a burden to other people. They have an isolated *behavior*, avoid seeing other people, and have deviate *physical* symptoms such as no appetite, sleeplessness, half asleep and half awakening, and fatigue. When they are more depressed, they have more dysfunctional thoughts and less reasoning. The more dysfunctional thoughts they have, the severer depression they get. For the patients having a high number of negative thoughts, a cognitive

psychotherapy can help the patients to explore their point of views and dysfunctional beliefs or the beliefs distorting from the reality that cause their problems. The therapy helps the patients to understand themselves, see their real selves and other people as who they are, reduce conflicts and frustrations, and be able to better eliminate their existing problems appropriately (Pitayaratanstien, 2008).

Therefore, Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is a psychotherapy suitable for CAD patients having depression. The CBT has a goal to adjust the distorted thoughts and inappropriate or problematic behaviors. The CBT employ a cognitive process and learning techniques to adjust incorrect beliefs of persons and change these beliefs to be truthful and right ones so that the persons can understand real situations, learn to suitably manage their problems, and better adapt themselves toward situations so that their depression reduces.

The investigator is interested in studying the practice patterns of cognitive behavioral therapy for effectively reducing the depression in CAD patients by analyzing and synthesizing evidence-based practices, which are the knowledge from scientific research-investigation process (Tiloksakulchai, 2006). The synthesized evidence will be summarized for the practice of CBT appropriate for depressive CAD patients within the contexts of mental health care organizations, patients' background. By studying this topic the investigator has a better, deeper, and broader knowledge regarding the CBT for depressive CAD patients. Consequently, a standard health care service for these patients is achieved.

Study Objective

This study is aimed to analyze and synthesize the evidence-based practices of CBT for reducing depression in CAD patients.

Expected Outcomes

1. An evidence-based practice regarding CBT for reducing the depression in CAD patients is achieved.

2. Nurses have a knowledge and understanding in applying CBT for reducing the depression in CAD patients.

3. Nurses have a practice guideline in CBT for reducing the depression in CAD patients.

4. The result of this study can be used for the development of a standard nursing practice guideline that helps nurses to delivery effective nursing care and improves the quality of mental health services of the organizations.

Method

In studying the evidence-based CBT for reducing the depression in CAD patients, the investigator had conducted the following process.

1. Searching for evidence-based practice

1.1 Framework for search establishment. The investigator had sought for the evidence-based practice by using PICO framework (Melnik & Fineout-overholt, 2005) as a search guideline in order to obtain the research studies and evidence-based practices that are in the indicated including criteria. The PICO framework of this study is described as follows.

Population : CAD patients with depression

Intervention : CBT

Comparison Intervention : none

Outcome : depression

1.2 Search keywords. The following keywords were indicated to establish search.

Population included “Cardiovascular Disease”, “Coronary artery disease”, “Coronary heart disease”, “Ischemic heart disease”, “Myocardial Infarction”, and “Acute coronary Syndrome”.

Intervention was composed of “Cognitive Behavior Therapy”, “Cognitive Therapy”, and “Psychotherapy”.

Comparison was none

Outcome included “Depressive Symptoms”, “Depressive disorders”, and “Depression”.

1.3 Criteria for selecting evidence-based practice. The investigator selected the research studies that are pertinent to the problem of study and target population. Those studies conducted to study the CBT for reducing depression in CAD patients were selected. In addition, the selected studies need to be complete and published in either Thai or English within the previous 10 years, from 2000 until now. Furthermore, they need to have a confidence level of strength evidence from level 1 to 7, base on the evaluation criteria for strength of evidence, as suggested by Grace (2009).

1.4 Specifying the search databases. This study obtained the evidence-based practice and studies from research databases that collect systematic review studies and meta-analysis studies. Example databases included the Cochrane Library (www.cochrane.org), and single databases such as the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PubMed, ProQuest, Blackwell Synergy, OVID, and Medline.

According to the search for evidence-based practices and studies, the search yielded 6 studies: 5 Randomized Controlled Trials and 1 meta-analysis study.

2. Evaluation for the quality and strength of evidence

2.1 The evidence-based practice studies were analyzed and assessed for the quality of evidence by using the criteria as guided by DiCenso, Guyatt, and Ciliska (2005). In evaluating the quality of evidence DiCenso et al. suggested using 3 aspects: the validity of research (are the results valid?), the conclusion of research (are they meaningful and reliable?), and the application appropriateness of research results (are the findings clinically relevant to my patients?).

2.2 The strength of evidence was evaluated for the evidence-hierarchy classification by using Grace’s criteria appropriate for clinical application (2009). This classification categorizes the confidence of evidence into 7 levels.

The results from the search for evidence-based practice studies regarding CBT for reducing depression in CAD patients yielded 6 reliable studies: four 1st level studies, one 2nd level studies, and one 3rd level study.

3. Each evidence was appraised, synthesized, and documented into an evidence-extracted table. All key points of evidence were summarized into a collective table for evidence-based practice.

4. The contents from collective table were summarized in order to compare the population characteristics, methods and therapy intervention, and outcomes of each study with those in other studies.

5. The recommendation, based on evidence-based practice, was described as follows.

According to the literature review of 6 evidence-based practice studies, it was found that the depression in CAD patients can occur though out the period of patients' illness, from the beginning of being diagnosed as having CAD until severely progressive stage of the disease. Many patients need to receive some surgeries such as Coronary Artery Bypass Graft surgery (CABG) and angioplasty. These surgical treatments make the CAD patients have more depression. The severity level of depressive symptoms may vary from person to person. The symptoms may start from mild, moderate, and severe and it is enough to make a patient be diagnosed as having depression. CBT can be applied in reducing the depression in CAD patients having differently depressive stage and severity. From the analysis of evidence-based practice, there are two models of CBT for reducing the depression in CAD patients.

1. Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD). The ENRICHD is aimed to reduce the depression in CAD patients having depression, diagnosed within the criteria of Major Depressive Disorder, Minor Depressive Disorder, and Dysthymia.

2. Brief- Cognitive Behavior Therapy (B-CBT). The B-CBT is used to reduce the depression in CAD patients having clinically depressive symptoms.

In general, the characteristics of patients and therapists in both ENRICHD and B-CBT are similar.

1. Characteristics of therapy participants (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008 : Level I ; Trockel & Taylor, 2008: Level I ; Freedland et al., 2009: Level III ; Tam & Raja, 2011: Level III).

1.1 Both male and female CAD patients are 21 years old and up and they agree to participate in the treatment therapy.

1.2 The participants have mild to severe depression, diagnosed within the criteria of depression, or have chronic depression, as it is based on American Psychological Association's DSM IV-TR or WHO's ICD 10. Moreover, the Beck Depression Inventory is used to assess the depression severity of participants.

1.3 The participants have no co-morbidity of psychological problems, are not drug addicts, substance abusers, or alcoholic, and are not in suicidal status.

1.4 The participants are not severely ill or too sick to participate in the therapy, or have poor prognosis, and do not have a tendency to die within 1 year.

2. Characteristics of the therapists (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008 : Level I ; Trockel & Taylor, 2008: Level I ; Freedland et al., 2009: Level III ; Tam & Raja, 2011: Level III)

2.1 The therapists are health personnel such as psychiatrists, psychiatric nurses, social workers, and psychologists.

2.2 The therapists have experiences in CBT.

2.3 The therapists have been trained in CBT with CBT specialists (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008 : Level I ; Trockel & Taylor, 2008: Level I ; Freedland et al., 2009: Level III). In addition, the therapists need to have CBT knowledge in both theory and practice.

3. Treatment evaluation

Depression is an outcome evaluation of the CBT. The patients' depression can be evaluated by using the following standard tools.

3.1 Beck Depression Inventory (BDI) (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008: Level I ; Freedland et al., 2009: Level III ; Tam & Raja, 2011: Level III). This tool is used to assess if a patient has depression or not.

The tool is composed of 21 items; each item is scored into 4 levels, in which 0 is the lowest and 3 is the highest score of depression. The possible score is ranged from 0-63.

3.2 Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D or HRSD) (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008: Level I ; Freedland et al., 2009: Level III ; Tam & Raja, 2011: Level III). This tool is used to assess the severity level of depression. The tool has 17 items assessing how severe the patients' depression is and how treatment-responsive the patients are. In each item the severity of depression assessment is scored 0- 2 or 0-4; no depression symptom is scored 0 whereas not sure or ambiguous is scored 1 and obvious symptom is given 2.

4. The models of CBT for reducing depression in CAD patients

Model 1 ENRICHD Program

ENRICHD program therapy is given to CAD patients, who have acute myocardial infarction (acute MI) within 28 days in order to reduce their depression, which is in the diagnosis criteria of Major Depressive Disorder, Minor Depressive Disorder, and Dysthymia. This program therapy contains both individual and group therapy. In the individual therapy, the patients receive 11 one-hour therapy sessions; that is, one session per week and the therapy lasts for 6 months. In the group therapy, the patients get 12 two-hour sessions, in which each session is delivered weekly and the therapy runs for 12 weeks or 3 months. The complete therapy can be done in 9 months (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008 : Level I ; Trockel & Taylor, 2008: Level I) For the patient after CABG surgery, the individual CBT can be given to the patients weekly for 12 weeks long (Freedland et al., 2009: Level III)

The program of therapy

ENRICHD CBT program is based on the therapy program of Beck et al. (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979) and Beck (Beck, 1995). The program is adjusted appropriately for the needs of CAD patients.

The components of CBT in reducing depression

- a) Patients' situations and thoughts stimulating depression are specified.
- b) Thoughts, emotions, and beliefs regarding problematic situations are analysed.

c) The patients learn and bring new skills in examining and adjusting their distorted beliefs and change their automatic thoughts associated with dysfunctional thoughts.

The components of CBT for LPSS

- a) Social skills and problematic behaviours are emphasized.
- b) The therapy explores cognitive factors enhancing cognitive perceptions or stabilizing social support.
- c) Social networks and social accessibility are developed.

Individual therapy. The therapy can take place at the therapist's clinic and/or at patient's house. The therapy is short and more frequent when necessary. The best time for giving the therapy to the patient is within 28 days after he/she has acute MI. In every therapy session, the therapist use BDI to assess the depression of patient. If a patient has a relapse depression within 6 months after the therapy, the patient needs to restart the therapy. If a patient has severe depression, the CBT and antidepressants will be given to the patient concurrently. The patient starts taking selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) such as sertraline hydrochloride. The starting dosage is 50 mg/day and maximum dosage is 200 mg/day. He/she can take other affective antidepressants for 12 months. The depressive severity of patient needs to be treated with antidepressants when his/her score of HRSD is more than 24 or when BDI score reduces less than 50 % after the therapy has been given to the patient for 5 weeks.

Group therapy. After the patients complete their third session, but no more than 6 months, of individual therapy, they can participate in the group therapy anytime. They can receive the individual or group therapy consecutively or receive both therapies at the same time. There are 5-8 participants in the group therapy. The therapy is composed of following activities.

1. The therapist builds a group relationship and makes the participants relax for 15 minutes.
2. The group discusses about the experiences in the past week and current anxiety.
3. The group specifies the topic of therapy.

4. The therapist reviews the homework from last week (35-40 minutes).
5. The therapist provides the therapy as it is planned (1 hour). This therapy emphasizes one among 12 main topics, based on the guideline for group-therapy. The therapy trains the participants to improve their creatively behavioral expression, set a life goal, make a plan, and effectively manage their life situations.
6. The group discusses and gives some suggestions regarding the therapy in that session.
7. The therapist assigns the homework to the participants to continuously practice at home.
8. The therapist allows the participants sharing the ideas and suggesting the topic of the next therapy session.

The contents of group therapy

Session	Contents
1	Role of behavior, emotion, and thoughts in CHD
2	Emotions: identifying and evaluating them
3	Cognitions
4	Feeling connected with others
5	Communicating effectively
6	Relapse prevention training
7	Anger management
8	Assertiveness in communication
9	Problem solving, relapse prevention, and life project
10	Personal values and goals
11	Future plans
12	Holding on to progress and staying well

Every participant receives a workbook for CAD patients. This workbook is produced by the American Heart Association Active Partnership Program (Berkman et al., 2003: Level I ; Cowan et al., 2008: Level I ; Trockel & Taylor, 2008: Level I). The workbook gives the patient information about risk factor management, understanding CAD, communication skills, taking medication, diet, physical activity, weight loss, stress management, smoking cessation, and dealing with depression.

Time to follow up and evaluation

In the following-up, the depression assessment tools are used to assess patients' depression. The patients are assessed before and after participating therapy program. They are also re-evaluated at 3rd, 6th, 9th, and 12th month (Berkman et al., 2003 : Level I ; Cowan et al., 2008: Level I ; Freedland et al., 2009 : Level III ; Welton & Vedhara, 2009: Level II).

Model 2 Brief- Cognitive Behavior Therapy (B-CBT)

The B-CBT is a therapy for clinically depressive CAD patients. The therapy can be conducted at before or after patients receiving CABG. Patients receive 4 therapy sessions: 60 minutes a session. Each patient gets a therapy manual (Tam & Raja, 2011: Level III). The techniques of therapy are adjusted suitably for CAD patients.

The therapy program contains following sessions.

- Session 1: The therapist provides a mental health education to the patients. The education includes CAD, surgery, depression/ anxiety, general information of CBT, etc. The therapist and patients specify and explore the topics of concern and identify the patients' problematic events.
- Session 2: The therapist sets and reiterates the objectives of therapy to the patients as well as suggests the strategies to change the patients' cognitions.
- Session 3: The therapist goes over the strategies to change the cognitions and reviews the distorted thoughts. The therapist encourages and gives a mental support to the patients to continue working on their dysfunctional thoughts and depression.
- Session 4: The therapist repeats what the patients should do as it is informed by the handbook. The therapist helps the patients to have a constant plan, encourage, and give the patients mental supports to deal with their CAD problems and depression.

Time to follow up and evaluation

The depression assessment tools are utilized at before and after participating in the program. The first evaluation for depression is conducted promptly after

completing the therapy. The second evaluation is done when the patients come back to the clinic for follow-up in the 3rd and 4th week after their CABG (Tam & Raja, 2011: Level I).

Suggestions for clinical application

1. Psychiatric nurses should screen the depression of CAD patients in every stage of their disease progression in order to mentally help and support the patients, who have mild depression, and to prevent their future depression.

2. Before applying the CBT for reducing depression in CAD patients into clinical practice, the organization should develop a clear practice manual or practice guideline so that the health or related personnel in the organization can provide the therapy to the patients equivalently.

3. The organization should provide a workshop on CBT for reducing depression in CAD patients to related personnel so that they can have a real practice before applying the therapy into their clinical practice.

4. When applying the CBT into organization, the appliers should consider its feasibility. Patients need to be assessed for their depression severity. When a patient has depression, a nurse can provide the CBT correspondently with her role specification. However, a severely depressive patient needs to be referred to a psychiatrist so that the patient can be treated with antidepressants. When the patient is better, the CBT can be given to him/her.

5. The organization should conduct a pilot project in order to evaluate for effectiveness, problems and barriers, cost efficiency, and the satisfaction of patients and relatives so that the results of evaluation can be used to improve the CBT program.

6. The CBT for reducing depression in CAD patients should be distributed inside and outside organization by using several methods such as conference, journal publications, and other publication sources. Consequently, the knowledge of this matter is exchanged and nursing care and practice is incessantly improved.

รายการอ้างอิง

- กรมการแพทย์, สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยและรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมควบคุมโรค, สำนักโรคไม่ติดต่อ, กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *รายงานประจำปี 2553*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร. (2552). Cognitive Behavioral Therapy With Children and Adolescents. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 40(2), 44-48.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2552). ปัญหาทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจและปอดและการพยาบาล. *Journal of Nursing Science*, 27(2), 22-31.
- ดิลก ภิกขุทัต. (2547). รายงานผลการศึกษานับสมบูรณ์ โครงการทบทวนสถานการณ์และองค์ความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- นภาพร วาณิชชกุล. (2553). การจัดการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาหลอดเลือดหัวใจ. ใน ผ่องศรี ศรีมรกต (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 4*. (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า169-205). กรุงเทพฯ : โอ กรุ๊ป เพรส.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). *การพัฒนาการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: พีริ-วัน.
- ภาวิทย์ เพ็ชรวิจิตร และครรชิต ลิขิตชนสมบัติ. (2547). *Acute Coronary Syndrome*. Retrieved June 15, 2011, from http://www.vichaiyut.co.th/jul/29_03-2547/29_03-2547_P106-118.pdf.
- มานิช หล่อตระกูล. (2548). โรคอารมณ์แปรปรวน. ใน มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). บริษัท บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด. กรุงเทพ.
- รวมพร นาคะพงศ์ และ ศิริกัลยาณี มีฤทธิ์. (2549). สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด ปี 2549. *วารสารโรคไม่ติดต่อ*, 1-4.

- วรวิทย์ เจริญศิริ. (2551). ความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ. Retrieved July 15, 2011. From <http://www.bangkokhealth.com/index.php/Heart/1326-2009-01-22-06-41-37.html>.
- วิโรจน์ เจริญศรีสร้างสี. (2548). รายงานผลการศึกษาระดับสมรรถนะโครงการการทบทวนองค์ความรู้ด้าน *Mind-Body Medicine* ในการป้องกันและรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดโรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ(มสช).
- วิโรจน์ เจริญศรีสร้างสี และประศักดิ์ สันติภาพ. (2547). รายงานผลการศึกษาระดับสมรรถนะโครงการการทบทวนองค์ความรู้มาตรการดำเนินการควบคุมและป้องกันและรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด (เล่ม 2). สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ(มสช).
- ศกลวรรณ แก้วกลิ่น และ นิตยา พันธุเวชย์, (2554). ประเด็นรณรงค์วันหัวใจโลก ปี พ.ศ. 2554. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. Retrieved July 20, 2011. from: <http://www.dpck5.com/SRRtcenter/54-heart.pdf>
- ศรินรัตน์ ศรีประสงค์. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. ใน ปรานี ทัพไพเราะ และคณะ (บรรณาธิการ), *กาพยาบาลอายุรศาสตร์ 1* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 35-59). กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชาดา บุญยอิน (2552). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดจากการสวนหัวใจโดยการฉีดสีหลอดเลือดโคโรนารีในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ หน่วยตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สายันท์ ชีพอุดมวิทย์. (2547). รายงานผลการศึกษาระดับสมรรถนะ โครงการทบทวนสถานการณ์และองค์ความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- สันต์ ใจยอดศิลป์ และปริญญา คุณาวุฒิ. (2552). การช่วยชีวิตในผู้ใหญ่ *ACLS 2005: คำแนะนำและหลักฐานวิทยาศาสตร์ Guidelines and Scientific Evidence*. กรุงเทพฯ : พิมพ์สวย.
- สุรัชย์ เกื้อศิริกุล และพีรพล ภัทรนุชาพร. (2547). *Depression and Coronary artery disease*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. Retrieved July 15, 2011. From <http://www.ramamental.com/topics/int487.pdf>

- สำนักงานพัฒนาคุณภาพบริการ, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2551). *แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ปี 2551*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- สำนักงานวิจัย สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2549). *โครงการทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศไทย: Thai Acute Coronary Syndrome Registry*. Retrieved July 11, 2009, from <http://www.thaiheart.org/phpBB2/viewtopic.php?t=30>.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2551). *คู่มือตัวชี้วัดเพื่อเฝ้าระวังคุณภาพบริการ (Quality Surveillance Indicator)*. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *แนวทางการดำเนินงานและแนวทางการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพบริการ ประจำปีงบประมาณ 2553 (P4P: Pay for Performance)*. เอกสารประกอบการประชุมแนวทางการดำเนินงานและแนวทางการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพบริการ ประจำปีงบประมาณ 2553.
- เสวนีย์ เนาวพาณิชย์. (2552). *คู่มือปฏิบัติการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ*. งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- อัญราพร สีหิรัญวงศ์. (2549). การประเมินการอาการซึมเศร้า: ข้อคิดในการเลือกใช้เครื่องมือ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 21(2), 17-29.
- American Psychiatric Association. (2005). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*(4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A. L. (1967). *Depression : Clinical experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Berkman, L. F., Blumenthal, J., Burg, M., Carney, R. M., Catellier, D., Cowan, M. J., et al. (2003). Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHED) Randomized Trial. *American Medical Association, JAMA*, 289(23), 3106-3116.

- Brosse, A. L., Sheets, E. S., Lett, H. S., & Blumenthal, J. A. (2002). Exercise and the treatment of clinical depression in adults: recent findings and future directions. *Sports Med*, 32(12), 741-760.
- Bunker, S. J., Colquhoun, D. M., Esler, M. D., Hickie, I. B., Hunt, D., Jelinek, V. M., et al. (2003). "Stress" and coronary heart disease: psychosocial risk factors-National Heart Foundation of Australia position statement update. *The Medical Journal of Australia*, 178(6), 272-276.
- Carney, R. M., Freedland, K. E., & Veith, R. C. (2005). Depression, the Autonomic Nervous System, and Coronary Heart Disease. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 29-33.
- Cowan, M. J., Freedland, K. E., Burg, M. M., Saab, P. G., Youngblood, M. E., Cornell, C. E., et al. (2008). Predictors of Treatment Response for Depression and Inadequate Social Support - The ENRICHD Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 77(1), 27-37.
- De, B. G., Ambrosioni, E., Borch-Johnsen, K., Brotons, C., Cifkova, R., & Dallongeville, J. (2003). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). *European Journal Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 10(1), 1-78.
- Dekker, R. L. (2008). Cognitive therapy for depression in patients with heart failure: a critical review. *Nursing Clinics America*, 43(1), 155-170.
- DiCenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. K. (2005). *Evidence-based nursing: A guide to clinical practice*. St. Louis: Elsevier.
- ENRICHD Investigators. (2001). Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICHD) study intervention: rationale and design. *Psychosom Med*, 63, 747-755.
- Freedland, K. E., Skala, J. A., Carney, R. M., Rubin, E. H., Lustman, P. J., Davila-Roma, V.G., et al. (2009). Treatment of Depression After Coronary Artery Bypass Surgery A Randomized Controlled Trial. *Archives of General Psychiatry*, 66(4), 387-396.

- Frostholt, L., Fink, P., Christensen, K. S., Toft, T., Oernboel, E., Olesen, F., et al. (2005). The patients' illness perceptions and the use of primary healthcare. *Psychosomatic Medicine*, 67(6), 997-1005.
- Glassman, A. H., O'Connor, C. M., Califf, R. M., Swedberg, K., Schwartz, P., Bigger J. T. Jr., et al. (2002). Sertraline Antidepressant Heart Attack Randomized Trial (SADHEART) Group. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina. *JAMA*, 288(6), 701-709.
- Grace, J. (2009). Essential Skills of Evidence-based Practice: Strength of Evidence, *Journal of Nursing Science*, 27(2), 8-13.
- Lespe'rance, F., Frasure-Smith, N., Koszycki, D., Laliberte'. M. ., van Zyl, L. T., Baker, B., et al. (2007). Effects of citalopram and interpersonal Psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease: the Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE) trial, *JAMA*, 297(4), 367-379.
- Luchi, R. J., & Salazar, C. A. (2007). Coronary artery disease. In R. J. Ham, P. D. Sloane, G. A. Warshaw, M. A. Bernard, & E. Flaherth (Eds.), *Primary care geriatrics: A case based approach* (pp. 452-460). Philadelphia: Mosby.
- Melnyk, B. M., & Fineout-overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing and healthcare a guild to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Milani, R.V., & Lavie, C. J. (2007). Impact of cardiac rehabilitation on depression and its associated mortality. *The American Journal Medicine*, 120(9), 799-806.
- Miller, G. E., Stetler, C. A., Carney, R. M., Freedland, K. E., & Banks, W. A. (2002). Clinical depression and inflammatory risk markers for coronary heart disease. *American Journal Cardiology*, 90(12), 1279-1283.
- Musselman, D. L., Tomer, A., Manatunga, A. K., Knight, B.T., Porter, M. R., Kasey, S., et al. (1996). Exaggerated platelet reactivity in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 153(10), 1313-1317.
- Nahshonia, E., Aizenberga, D., Siglera, M., Strasbergb, B., Zalsmana, G., Imbarb, S., et al. (2004). Heart rate variability increases in elderly depressed patients who respond to electroconvulsive therapy. *Journal of Psychosomatic Research*, 56 (2) 89-94.

- Shimbo, D., Child, J., Davidson, K., Geer, E., Osende, J. I., Reddy, S. et al. (2002). Exaggerated serotonin-mediated platelet reactivity as a possible link in depression and acute coronary syndromes. *American Journal of Cardiology*, 89(3), 331-333.
- Tam, K. D., Nagy, A. Y., Mary, A., Emily, W., Katina, N. P., & Raja, G. (2011). Randomized controlled trial of brief cognitive behavioral intervention for depression and anxiety symptoms preoperatively in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 142(3), 109-115.
- Trockel, M., Burg, M., Jaffe, A., Barbour, K., & Taylor, C. B. (2008). Smoking Behavior Postmyocardial Infarction Among ENRICHD Trial Participants: Cognitive Behavior Therapy Intervention for Depression and Low Perceived Social Support Compared With Care as Usual. *Psychosomatic Medicine*, 70(8), 875-882.
- Wang, J. T., Hoffman, B., & Blumenthal, J. A. (2011). Management of depression in patients with coronary heart disease: association, mechanisms, and treatment implications for depressed cardiac patients. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 12(1), 85-98.
- Whitehead, D. L., Strike, P., Perkins-Porras, L., & Steptoe, A. (2005). Frequency of distress and fear of dying during acute coronary syndromes and consequences for adaptation. *American Journal of Cardiology*, 96(11), 1512-1516.
- Welton, N. J., Caldwell, D. M., Adamopoulos, E., & Vedhara, K. (2009). Mixed Treatment Comparison Meta-Analysis of Complex Interventions: Psychological Interventions in Coronary Heart Disease. *American Journal of Epidemiology*, 169(9), 1158-1165.
- World Health Organization. (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical description and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.



ตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องที่ 1

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	Berkman, L. F., Blumenthal, J., Burg, M., Carney, R. M., Catellier, D., Cowan, M. J., et al. ปี ค.ศ. 2003
เรื่อง/แหล่ง ที่ตีพิมพ์	Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial American Medical Association. <i>JAMA</i> , 289(23):3106-3116.
วัตถุประสงค์ การศึกษา	โดยการทดสอบผลการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (CBT) และมีการให้ยา antidepressant ในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) ร่วมด้วยถ้าผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภายใน 28 วัน ที่มีการซึมเศร้าและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และได้รับการวินิจฉัยเป็น Major depression หรือ Minor depression และ/หรือผู้มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ จำนวน 2,481 คน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1.ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกณฑ์การพิจารณา คือ มีลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกตัวสูงขึ้น หรือ มีระดับของ biomarkers ที่บ่งบอกว่ามีการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้นจากค่าปกติ สองครั้ง ยกเว้น creatine kinase – MB 2.ผู้ป่วยที่ได้รับยา antidepressant นานกว่า 14 วัน แต่ยังคงมีอาการซึมเศร้า 3.ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าไม่น้อยกว่า 7 วัน และต้องมี depression มาแล้วอย่างน้อย 1 episode คนที่ไม่เคยป่วยมาก่อน มีอาการครั้งแรกต้องมีอาการซึมเศร้าอย่างน้อย 14 วันขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1.ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หลังจากได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยการถ่างขยายด้วยบอลลูน percutaneous coronary intervention (PCI) หรือ การรับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ coronary artery bypass graft CABG) surgery 2.ผู้ที่ได้รับจิตสังคมบำบัด เพื่อรักษาอาการซึมเศร้า

กลุ่ม ตัวอย่าง (ต่อ)	3.ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะความผิดปกติของหัวใจที่มีแนวโน้มจะเป็นอันตรายถึงชีวิตภายใน 1 ปี 4.ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ เช่น schizophrenia, bipolar disorders, severe dementia 5.มีการใช้สารเสพติด (active substance abuse) 6.มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย 7.ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเข้าร่วม 8.แพทย์ผู้ดูแลไม่อนุญาตให้เข้าร่วม หรือไม่สามารถเข้าร่วมการบำบัดได้ภายใน 28 วันนับจากวันที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือไม่สามารถมาเข้าร่วมการบำบัดได้ หรือติดตามไม่ได้
สถานที่เก็บ ข้อมูล	ศูนย์การแพทย์ 8 แห่ง ได้แก่ : Duke University, Durham, NC. : Stanford University, Palo Alto, Calif. : University of Alabama at Birmingham. : University of Miami, Coral Gables, FLA. : University of Washington, Seattle. : Washington University, St Louis, Mo. : Yale University, New Haven, Conn. : Harvard University, Boston, Mass.
ระเบียบวิธี วิจัย/ระดับ ของงานวิจัย	เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบมีการสุ่ม และมีกลุ่มควบคุม(Randomized controlled Trial, RCT) ความเข้มแข็งของงานวิจัยระดับ 1 (Level I)
เครื่องมือ ที่ใช้ในการ ศึกษา	1.The Depression Interview and Structured Hamilton (DISH) เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อการวินิจฉัย พัฒนาเพื่อใช้กับโปรแกรม The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICH) ใช้สำหรับวินิจฉัยโรคซึมเศร้าที่มีอาการเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยในคู่มือ Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) ที่ใช้เป็นเกณฑ์และการคัดกรองโรคทางจิตเวชอื่น ๆ และยังใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าใน 17 -item Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) อีกด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (ต่อ)	2.The ENRICHD Social Support Instrument (ESSI) พัฒนาเพื่อใช้กับ โปรแกรม The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICHD) ประกอบด้วย 5 คำถามซึ่งมีความตรงกับแบบวัด Social Support อื่นๆดี ซึ่งพบจากงานวิจัยอื่นว่า สามารถทำนายการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจได้ ถ้ามีคะแนนน้อยกว่า 3 คะแนน ใน 2 หรือมากกว่า 2 ข้อคำถาม และมีคะแนนรวมน้อยกว่า 18 คะแนน หรือมี คะแนน 2 คะแนนใน 2 ข้อคำถาม โดยไม่คำนึงถึงคะแนนรวมจะถูกจัดเข้าเป็น ผู้ป่วยมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (LPSS) 3.Beck Depression Inventory (BDI) มี 21 ข้อคำถาม เป็นแบบรายงานอาการ ซึมเศร้าด้วยตนเอง มีคะแนนตั้งแต่ 0 คะแนน ถึง 64 คะแนน คะแนนมากกว่าหรือ เท่ากับ 10 คะแนนขึ้นไปเป็น ถือว่ามีอาการซึมเศร้า 4.The Perceived Social Support Scale (PSSS) มี 12 ข้อคำถาม 5. Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)
วิธีดำเนินการวิจัย	ผู้ป่วยที่สมัครเข้าร่วมการทดลอง และได้รับการวินิจฉัยเป็น Major depression หรือ Minor depression และ/หรือการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (LPSS) ถูกสุ่มเข้าสู่กลุ่มการดูแลตามมาตรฐานของผู้ป่วยกลุ้มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (usual medical care) และกลุ่มบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (CBT) การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เริ่มที่คำมัธยฐานของ 17 วันหลังจาก เกิดกลุ้มเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดรายบุคคล จำนวน 11 sessions เป็น เวลา 6 เดือน และเพิ่มกลุ่มบำบัด เมื่อเหมาะสม มีการให้ยา antidepressant ในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRIs) สำหรับผู้ป่วยที่ได้คะแนนของ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) สูงมากกว่า 24 คะแนน หรือมี คะแนนของ Beck Depression Inventory scores (BDI) ลดลงน้อยกว่า 50 % หลังจากให้การบำบัด 5 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ หรือเซ็นชื่อให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรแล้วจะถูกประเมินประเมินอาการซึมเศร้าด้วยแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) และประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (LPSS) ด้วยแบบวัด The ENRICHD Social Support Instrument (ESSI) ผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มตามลักษณะอาการซึมเศร้า จะได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วย The ENRICHD-modified DSM-IV ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค Major depression หรือ Minor depression หรือ Dysthymia

วิธีดำเนิน การวิจัย (ต่อ)	การสุ่มแบ่งชั้นตามศูนย์แพทย์ และสุ่มตามขนาดของ Block ที่ 2, 4 และ 6 หลังจากกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมการศึกษา ผู้ประสานงานการวิจัย จะจัดสรรวิธีการบำบัดรักษาโดยใช้การสุ่มแบบอัตโนมัติของระบบโทรศัพท์ ที่ The ENRICHD Coordinating Center แม้ว่าผู้เข้าร่วมการทดลอง และผู้ให้การบำบัดรักษา รับผิดชอบต่อการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ แต่คณะผู้ทำงานทั้งหมด ที่เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ผู้จำแนกประเภทของข้อมูลสุดท้าย หรือผู้ติดตามประเมินผล จะถูกปิดบังไม่ให้ทราบการบำบัดรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ งานวิจัยนี้ ได้รับการตรวจสอบ selection bias โดยการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างความน่าจะเป็นที่ถูกคาดการณ์ กับคุณลักษณะพื้นฐานที่ถูกเลือกและการรอดชีวิตในแต่ละกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างการมีความคลาดเคลื่อนจากการเลือกมา หมายความว่าไม่มีความคลาดเคลื่อนจากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลพื้นฐาน มีการตรวจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ และข้อมูลส่วนตัว ประวัติทางการแพทย์ ยาที่ใช้ปัจจุบัน (รวมทั้งยา antidepressants) และบันทึกข้อมูลการตรวจร่างกาย เก็บข้อมูลตามแบบประเมินต่างๆ ได้แก่ The Depression Interview and Structured Hamilton (DISH) และ The ENRICHD Social Support Instrument (ESSI), Beck Depression Inventory (BDI) และ The Perceived Social Support Scale (PSSS) การบำบัดรักษา กลุ่มการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม และกลุ่มการดูแลตามมาตรฐานของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามปัจจัยเสี่ยงด้านจิตสังคม (psychosocial risk) แบ่ง กลุ่มทดลองออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มที่มีอาการซึมเศร้า (Depressed) 2. กลุ่มการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (Low Social Support) 3. กลุ่มการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ที่มีอาการซึมเศร้า (Low Social Support and Depressed) ผู้ป่วยในกลุ่มการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม หรือกลุ่มการดูแลตามมาตรฐานของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะได้รับคู่มือเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ จาก The American Heart Association Active Partnership Program.
---	--

วิธีดำเนิน การวิจัย (ต่อ)	ผู้ป่วยในกลุ่มการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม การบำบัดรักษาเริ่มต้นภายใน 28 วันภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจากช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูงสุดในการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ และเสียชีวิต อยู่ระหว่าง 6 เดือนแรก หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาจะได้รับการปฏิบัติตามกระบวนการโดยเร็วที่สุดหลังจากมีข้อบ่งชี้ว่าเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยในกลุ่มการดูแลตามมาตรฐานของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเท่านั้นที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์ที่จัดเตรียมไว้ให้ ทั้งกลุ่มการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม หรือกลุ่มการดูแลตามมาตรฐานของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่ว่าจะมีอาการซึมเศร้า หรือการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ(LPSS) หรือ มีทั้งอาการซึมเศร้าและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (LPSS) แพทย์จะแจ้งเป็นหนังสือให้ทราบทันทีหากพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย หรือมีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม ใช้เป็นกิจกรรมบำบัดหลัก การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม ที่นำมาใช้ในการบำบัดครั้งนี้ ใช้รูปแบบ ตามแนวทางการบำบัดที่ Beck et al (Beck, Rush, Shaw, Emery,1979) และ Beck (Beck J.1995) รายงานไว้ เนื่องจาก มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเกี่ยวกับหัวใจ และสามารถใช้แก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรม และปัญหาความทุกข์ใจ นอกจากนั้นในกลุ่มที่การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (LPSS) ใช้เทคนิคการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม จัดการปัญหา เกี่ยวกับการอารมณ์ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ผสมผสานเทคนิคที่ได้จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ปรับจากการทดลองทำจิตบำบัดแบบประคับประคองมาใช้ มีการประเมินประเด็นเหล่านี้อย่างละเอียด ความต้องการทางสังคมที่จำเป็นของผู้ป่วย สัมพันธภาพทางสังคม และความบกพร่องทางสังคม ซึ่งดำเนินการในช่วงแรกของการบำบัดรวมถึงการประเมินเรื่องการวางแผนทางสังคมของผู้ป่วย การสื่อสาร ทักษะการแก้ปัญหาทางสังคม (problem-solving skills) และประเมินความรู้สึกกลัว และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเข้าสังคมของผู้ป่วย การให้คำปรึกษาจะถูกปรับให้เหมาะสมกับความต้องการที่เฉพาะของผู้ป่วย ผ่านแผนการเรียนการสอนสำเร็จรูป ที่ประกอบด้วย (1) ทักษะทางสังคมและพฤติกรรมที่บกพร่องไป
---	---

วิธีดำเนิน การวิจัย (ต่อ)	(2) ปัจจัยทางความคิดที่ส่งเสริมการรับรู้หรือการดำรงไว้ซึ่งระดับ สนับสนุนทางสังคมที่ไม่พึงพอใจ (3) การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมและการเข้าถึงสังคม ผู้ป่วยที่มีทั้งอาการซึมเศร้าและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมใน ระดับต่ำ (LPSS) จะได้รับการบำบัดรักษาในสองส่วน ซึ่งจะผสมผสานใน sessions ของการบำบัดรักษา ผู้ป่วยกลุ่มการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม ที่มีคะแนนใน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) สูงกว่า 24 คะแนน หรือผู้ป่วยที่พบว่า คะแนนใน Beck Depression Inventory BDI ลดลงน้อยกว่า 50% หลังจากผ่านการ บำบัดใน 5 สัปดาห์ จะถูกส่งตัวไปพบจิตแพทย์ เพื่อพิจารณาให้การรักษาทางยา ยากลุ่มที่มีข้อห้ามใช้ sertraline hydrochloride การรักษาทำโดยจิตแพทย์ ขนาดของยาเริ่มได้ที่ 50 มก / วัน และปรับ ได้สูงสุดไม่เกิน 200 มก / วัน ถ้าเห็นว่า มีความจำเป็น ยาทางเลือก (ยาตัวอื่นๆ SSRI หรือ nortriptyline hydrochloride) มี การพิจารณาให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ของ sertraline หรือไม่ตอบสนองต่อ การรักษา ระยะเวลาสูงสุดของการบำบัดคือ 6 เดือน การรักษาด้วยกลุ่มบำบัด สามารถขยายเวลาเพิ่มได้อีก 12 สัปดาห์ และเพิ่มการรักษาทางยาได้นานถึง 12 เดือน ซึ่งเมื่อถึงเวลาผู้ป่วยจะได้รับการประเมินซ้ำ โดยจิตแพทย์ของ ENRICHD ถ้าคิดว่าผู้ป่วยยังคงมีความจำเป็นต้องใช้ antidepressants ผู้ป่วยจะถูกส่งไปพบ แพทย์ การบำบัดจะเริ่มขึ้นโดยเร็วที่สุดหลังจากการสุ่ม หากมีข้อบ่งชี้ ผู้บำบัด (therapists) สามารถกำหนดระยะเวลาการบำบัดได้มากกว่าสัปดาห์ละครั้ง เพื่อ เอาชนะปัญหาอุปสรรคของการบำบัดรักษา ให้การบำบัดเป็นไปตามเวลาที่กำหนด การเยี่ยมบ้านจะดำเนินได้พร้อมกันอย่างรวดเร็วหลังจำหน่าย ถ้าเป็นไปได้กลุ่ม บำบัดจะเริ่มทันทีหลังจากที่ผู้ป่วยเสร็จสิ้นการให้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม รายบุคคล ไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง ในขณะที่ให้กลุ่มบำบัด ผู้ป่วยบางคนอาจถูกยุติการให้ การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม รายบุคคล การให้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม รายบุคคล ดำเนินอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างใดอย่าง หนึ่งตามเกณฑ์ของ The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICHD) ที่ให้ผลการรักษาที่ดีที่สุดหรือ 6 เดือนผ่านไป เกณฑ์ที่ยุติการบำบัด
---	--

วิธีดำเนิน การวิจัย (ต่อ)	ตามโปรแกรม ENRICHD ซึ่งถือว่าเป็นผลลัพธ์สูงสุดของการบำบัด มีดังนี้ (1) ผ่านการให้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม รายบุคคล หรือรายกลุ่มอย่างน้อย 6 sessions (2) แสดงให้เห็นถึงความสามารถทางทักษะการบำบัดตัวเอง เช่น ทักษะการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่จะคงไว้ซึ่งความก้าวหน้าของการรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค (3) มีการรายงานอย่างน้อย 1 รายงานที่สนับสนุนให้ความสัมพันธ์ยั่งยืน นอกจากการรักษา (สำหรับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (LPSS)) (4) คะแนน Beck Depression Inventory มี 7 คะแนน หรือน้อยกว่า 7 คะแนน ติดต่อกัน 2 ครั้ง (สำหรับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์อาการซึมเศร้า) หรือ คะแนน The short-form PSSS มีคะแนน มากกว่า หรือ เท่ากับ 4 คะแนน ขึ้นไป อย่างน้อย 2 รายการติดต่อกัน 2 ครั้ง (สำหรับ ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ใน LPSS) ผู้ให้การบำบัด ผู้บำบัดจะได้รับการฝึกอบรมโดยนักจิตวิทยา และครูฝึก จากสถาบัน Beck มีการตรวจสอบคุณภาพ และยึดถือการบำบัดรักษาตาม protocol โดย ประเมินผลจากการสุ่มเลือก audiotapes ที่บันทึกการบำบัดรักษาใน session ของ การให้การบำบัดรักษา ติดตามการประเมินผล การติดตามผลการบำบัดจะทำใน 6 เดือนหลังจากการสุ่ม และหลังจากนั้นจะติดตามทุก 1 ปี ซึ่งจะมีการประเมินเช่นเดียวกับการประเมินข้อมูลพื้นฐาน ทั้งหมดยกเว้น The Depression Interview and Structured Hamilton (DISH) การติดตามทำโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ที่ 6 เดือนหลังเข้าร่วมการทดลอง และที่ 12 เดือน เพื่อประเมินการกลับเป็นซ้ำของโรค และมีการบันทึกตรวจสอบ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ขณะพักที่ไว้ เพื่อจะได้ตรวจสอบพบว่ามีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดขึ้นอีกหรือไม่ ผลลัพธ์หลัก ผลสรุปสุดท้ายได้จาก ผู้ป่วย ระเบียบของโรงพยาบาลหรือแพทย์ประจำตัวผู้ป่วย บันทึกผลการตรวจรักษาในทุกโรงพยาบาลที่ระบุไว้จะได้รับการ
---	--

วิธีดำเนิน การวิจัย (ต่อ)	ทบทวน แล้วย่นำมาจัดหมวดหมู่ของผลสรุปหลัก (การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ หรือการเสียชีวิตจากสาเหตุใดๆ) ได้ผู้บันทึกใช้เกณฑ์มาตรฐานและไม่ทราบว่ามีใคร อยู่กลุ่มการทดลอง หรือกลุ่มควบคุม ในกรณีที่ข้อมูลไม่ชัดเจนจะใช้การตรวจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นหลัก เกณฑ์ของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ใช้เกณฑ์ ในการเข้าร่วมการทดลอง ยกเว้น periprocedural MI จะวินิจฉัยจาก biomarkers จากการบาดเจ็บของหัวใจเพิ่มขึ้น 3 เท่า จาก baseline หลังจากได้รับการรักษาโรค หลอดเลือดหัวใจตีบตัน ด้วยการถ่างขยายด้วยบอลลูน percutaneous coronary intervention (PCI) หรือ new Q waves ปรากฏขึ้น 2 leads หรือมากกว่า 2 leads หลังจากรับการผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจ coronary artery bypass graft (CABG) surgery ผลลัพธ์รอง คือ การรักษาด้วยวิธีการ revascularization และจำนวนการพักรักษา ในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ถูกเก็บรวบรวมไว้ การวิเคราะห์สถิติ 1. Cox regression model ใช้ในการวิเคราะห์เหตุการณ์เมื่อเวลาผ่าน 2. log-rank statistics ใช้เพื่อเปรียบเทียบเส้นโค้งการรอดชีวิตในกลุ่มการบำบัด และกลุ่มการดูแลตามมาตรฐานของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ผลการศึกษา	ผลลัพธ์หลัก จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ survival curves ในระยะเวลา 4 ปี พบว่าอัตราการเสียชีวิต และการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ไม่มีความแตกต่างกัน ในระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม(log-rank P = .94) ผลลัพธ์รอง พบว่า คะแนน Beck Depression Inventory (BDI) หรือ คะแนน The ENRICH Social Support Instrument (ESSI) ในกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ 6 เดือน ผู้ป่วยในกลุ่มการบำบัด การรู้คิดและพฤติกรรม มีคะแนน BDI ลดลง 49 % เปรียบเทียบกับกลุ่มการดูแล ตามมาตรฐานของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีคะแนน BDI ลดลง 33 % ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.001 ในผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทาง สังคมในระดับต่ำ คะแนน ESSI แสดงให้เห็นว่ามีการเพิ่มขึ้นของการรับรู้การ สนับสนุนทางสังคมในกลุ่มการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม 27 % เปรียบเทียบ กับกลุ่มการดูแลตามมาตรฐานของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 18 % ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.001 ความแตกต่างระหว่างกลุ่มของ คะแนน BDI และ ESSI จะมีการลดลงตามช่วงเวลา แต่เมื่อ Follow up ที่ 30 เดือน ไม่พบความแตกต่างของ BDI และที่ 42 เดือน ไม่พบความแตกต่างของคะแนน ESSI

ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์	1. ความตรงของผลการวิจัย ผลการวิจัยมีความตรงเนื่องจากการวิจัยมีวัตถุประสงค์ชัดเจน มีการกำหนดประชากรที่ศึกษาชัดเจน และเป็นการศึกษาที่ตรงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา มีการบอกรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดที่ชัดเจนแต่อธิบายไว้แบบย่อในงานวิจัยนี้ การศึกษามีการวัดผลที่เป็นตัวแปรตามชัดเจน งานวิจัยนี้เป็นการทดลองแบบสุ่ม (RCT) มีกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง การวิจัยแบบ RCT มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ ไม่มีความแตกต่างของประชากรที่ศึกษา ดังนั้นจึงไม่มีผลกระทบต่องานวิจัย เพื่อตอบคำถามงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างเหมาะสม เริ่มตั้งแต่การสุ่มแบ่งชั้นจากศูนย์แพทย์ 8 แห่ง การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ Permuted block หลังจากกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมการศึกษา ผู้ประสานงานการวิจัย จะจัดสรรวิธีการบำบัดโดยใช้การสุ่มแบบอัตโนมัติของระบบโทรศัพท์ ที่ The ENRICHD Coordinating Center ซึ่งมีการอธิบายขั้นตอนการสุ่มอย่างชัดเจน มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกที่ชัดเจน งานวิจัยนี้ ได้รับการตรวจสอบ selection bias โดยการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างความน่าจะเป็นที่จะถูกคัดการณ กับคุณลักษณะพื้นฐานที่ถูกเลือกและการรอดชีวิตในแต่ละกลุ่ม พบว่าไม่มีความคลาดเคลื่อนจากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง คุณลักษณะทางประชากรศาสตร์ ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน และ คุณลักษณะ อื่นๆมีรายละเอียดที่แสดงให้เห็นคุณลักษณะพื้นฐานที่สำคัญ และปัจจัยพยากรณ์โรคไม่แตกต่างกัน ยกเว้นในหัวข้อการใช้ angiotensin-converting enzyme (ACE) ที่มีความแตกต่างกัน แต่ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา งานวิจัยนี้ถึงแม้ว่าผู้เข้าร่วมการทดลอง และผู้ให้การรักษา จะรับทราบถึงการบำบัดรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ แต่คณะผู้ทำงานทั้งหมด ที่เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ผู้จำแนกประเภทของข้อมูลสุดท้าย หรือผู้ติดตามประเมินผล จะถูกปิดบังไม่ให้ทราบการบำบัดรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ดังนั้นจึงไม่มีผลกระทบต่องานวิจัย ในงานวิจัยมีการศึกษาติดตามผู้ป่วย 6, 12 เดือนและหลังจากนั้นจะติดตามทุก ปี ซึ่งผู้ป่วยทุกรายจะถูกติดตามเป็นเวลาอย่างน้อย 18 เดือน (เฉลี่ย 29 เดือน) มีการรายงานถึงผู้ป่วยที่ drop out และรายงานถึงเหตุผลชัดเจน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติบนพื้นฐานของลักษณะประชากรในผู้ป่วยที่ drop out ผู้วิจัยได้นำกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Intention to treat มีการ
---	--

ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ)	รายงานถึงการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ไม่สามารถคงอยู่ในการวิจัย (Drop out) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะได้รับการปฏิบัติเหมือนกัน คือได้รับคู่มือ ยกเว้น ผู้ป่วยในกลุ่มการรักษาตามมาตรฐานของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (usual medical care) เท่านั้นที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์ที่จัดเตรียมไว้ให้ การคำนวณ power ในงานวิจัยนี้คือ 88 % แต่ขนาดของกลุ่มตัวอย่างน้อยลงกว่าเป้าหมายเดิมที่ตั้งไว้ทำให้ ทำให้ power ลดลงเหลือ 78% ซึ่งเพียงพอสำหรับงานวิจัยนี้ 2.ผลการศึกษาเป็นอย่างไร ผลลัพธ์หลัก เส้นโค้งของการรอดชีวิตใน 4 ปี พบว่าอัตราการเสียชีวิต และการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (log-rank $P = .94$) ผลลัพธ์รอง การบำบัดให้ผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แตกต่างกันเล็กน้อยในผลของอาการซึมเศร้าและผลของการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ สำหรับผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อาการซึมเศร้าในกลุ่มบำบัดแบบ CBT ที่ 6 เดือนหลังจากการสุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยของแบบวัด BDI เท่ากับ 9.1 คะแนน เทียบกับ กลุ่มการดูแลตามปกติ เท่ากับ 12.2 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 ($P < .001$) เปรียบเทียบความแตกต่าง คะแนนเฉลี่ยของแบบวัด BDI ลดลง ร้อยละ 49 เทียบกับ กลุ่มการดูแลตามปกติ ลดลง ร้อยละ 33 การประเมินผลการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างของอาการซึมเศร้ารุนแรง HRSD ในกลุ่มบำบัดแบบ CBT เท่ากับ 7.6 คะแนน เทียบกับกลุ่มการดูแลปกติ เท่ากับ 9.4 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 ($P < .001$) สำหรับผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ LPSS ที่ 6 เดือน ค่าคะแนนเฉลี่ยในแบบวัด ESSI เพิ่มขึ้นจากพื้นฐาน ในกลุ่มบำบัดแบบ CBT สูงขึ้นมากกว่าในกลุ่มการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (24.4% เทียบกับ 22.6 % และ 27 % เทียบกับ 18% ตามลำดับ) ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม คะแนนในแบบวัด ESSI และ คะแนนในแบบวัด BDI จะมีการลดลงไปตามเวลา เมื่อ F/U ที่ 30 เดือน ไม่พบความแตกต่างของคะแนนในแบบวัด BDI และที่ 42 เดือน ไม่พบความแตกต่างของคะแนนในแบบวัด ESSI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $P = 0.61$ และ $p = 0.10$ ตามลำดับ
---	--

ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ)	สรุปผล การบำบัดการรู้คิด-การปรับพฤติกรรม (CBT) ไม่เพิ่มอัตราการรอดชีวิต แต่ ช่วยลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำดีขึ้น 3. สามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ได้หรือไม่ กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยในคลินิกที่สนใจ ผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้ามีลักษณะที่ตรงกับผู้ป่วยในหน่วยงานของผู้ศึกษา จึงสามารถที่จะนำรูปแบบการบำบัดไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน ลักษณะของหน่วยงานมีความเหมือนกับหน่วยงานในงานวิจัย คือ มีแผนกที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคถุงลมปอดโป่งพอง, โรคมะเร็ง, โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ปัญหาตามขอบเขต การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นบทบาทอิสระ พยาบาลสามารถนำการบำบัด การรู้คิด และพฤติกรรมไปใช้ได้จริง ซึ่งแบบประเมินผลลัพธ์ ส่วนใหญ่ได้มีผู้พัฒนาเป็นภาษาไทย และทดลองใช้จนเป็นเครื่องมือที่มีความเป็นมาตรฐาน การบำบัดมีความคุ้มค่าเนื่องจากสามารถบำบัดผู้ป่วยได้ครั้งละหลายๆ คน ใช้บุคลากรจำนวนน้อย ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และรูปแบบจิตบำบัดยังเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยโดยหากนำไปใช้ จะสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ผู้บำบัดที่จะนำไปโปรแกรมไปใช้ควรมีความรู้และความชำนาญในการใช้โปรแกรมการบำบัดจึงจะทำให้การบำบัดมีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วย มีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลที่จะตอบสนองนโยบายของ สปสช. และกรมสุขภาพจิต รวมทั้งต้องการพัฒนาคุณภาพการบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย และได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ ทำให้เห็นแนวโน้มในการนำไปปฏิบัติจริงว่ามีโอกาสประสบความสำเร็จ การบำบัดสามารถทำได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ปรับให้เหมาะสมกับผู้รับบริการ
---	--

ตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ เรื่องที่ 2

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	Cowan, M. J., Freedland, K. E., Burg, M. M., Saab, P. G., Youngblood, M. E., Cornell, C. E., et al. ปี ค.ศ. 2008
เรื่อง/แหล่ง ที่ตีพิมพ์	Predictors of Treatment Response for Depression and Inadequate Social Support - The ENRICHD Randomized Clinical Trial <i>Psychotherapy and Psychosomatics</i> , 77(1), 27-37.
วัตถุประสงค์ การศึกษา	เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการตอบสนองต่อการบำบัดอาการซึมเศร้าและการ สนับสนุนทางสังคมภายใน 6 เดือนในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดในการทดลองของ ENRICHD
กลุ่มตัวอย่าง	คัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยของENRICHD ที่อยู่ในกลุ่มทดลองที่เข้า รับการบำบัดตามโปรแกรม ENRICHD จาก Paper ที่ 1 สามารถติดตามได้ใน 6 เดือนมี 983 คน ในจำนวนนี้มี 844 คน (90%) ที่ทำแบบประเมินจิตสังคมครบใน การติดตาม 6 เดือน จึงนำมาวิเคราะห์ในการศึกษานี้ ในจำนวนนี้ จำแนกเป็น กลุ่มย่อย คือ กลุ่มที่ได้วัดผลลัพธ์ depression อย่างเดียว จำนวน 361 คน กลุ่มที่ได้ วัดผลลัพธ์ depression และ LPSS จำนวน 280 คน
สถานที่เก็บ ข้อมูล	ศูนย์การแพทย์ 8 แห่ง เหมือนเรื่องที่ 1
ระเบียบวิธี วิจัย/ระดับ ของงานวิจัย	วิเคราะห์ข้อมูลทุกข้อมูมิของงานวิจัยเชิงทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลองใน กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม ENRICHD Program ความเข้มแข็งของงานวิจัยระดับ 5 (Level V) - One group, Pre - post design, multicenter -Secondary analysis ของกลุ่มบำบัดในการทดลองของ ENRICHD Program
เครื่องมือที่ใช้ ในการศึกษา	1.The ENRICHD Social Support Instrument (ESSI) 2.Beck Depression Inventory (BDI) 3.The Perceived Social Support Scale (PSSS) 4. Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)
วิธีดำเนิน การวิจัย	สมมติฐานการวิจัย ผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ขึ้น ภายใน 6 เดือน จากการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (CBT) สามารถทำนาย ได้จาก “จำนวนครั้งของการให้การบำบัด” ที่มากขึ้น เช่น จำนวนชั่วโมงของการ

วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	บำบัดรายบุคคล จำนวนชั่วโมงของการบำบัดทางโทรศัพท์ องค์ประกอบที่ใช้ในการบำบัด CBT เช่น องค์ประกอบของอาการซึมเศร้า (depression components) องค์ประกอบด้านการสื่อสารทางสังคม (Social communication components) องค์ประกอบของการบำบัดแบบกลุ่ม (group therapy components) และอื่นๆ รวมทั้งการยึดมั่นปฏิบัติตามแนวทางการบำบัด (adherence to treatment) เช่น ความสำเร็จของงานที่มอบหมายให้เป็นบ้าน จำนวนครั้งของการเข้าร่วมการบำบัด และการใช้ยาต้านเศร้า (เฉพาะกลุ่ม depression) ตัวแปรต้น (อิสระ) ได้แก่ 1. จำนวนชั่วโมงในการบำบัดตัวต่อตัว 2. จำนวนชั่วโมงในการบำบัดทางโทรศัพท์ 3. องค์ประกอบที่ใช้ในการบำบัด CBT -องค์ประกอบของอาการซึมเศร้า (depression components) -องค์ประกอบด้านการสื่อสารทางสังคม (Social communication components) -องค์ประกอบของการบำบัดแบบกลุ่ม (group therapy components) 4. การยึดมั่นปฏิบัติตามแนวทางการบำบัด (adherence to treatment) -ความสำเร็จของงานที่มอบหมายให้เป็นบ้าน -จำนวนครั้งของการเข้าร่วมการบำบัด ตัวแปรตาม ได้แก่ 1. อาการซึมเศร้า เครื่องมือวัด คือ BDI และ HAM-D 2. การสนับสนุนทางสังคม เครื่องมือวัด คือ ESSI และ PSSS ข้อคำถามแต่ละข้อของตัววัด BDI มีการจัดอันดับการให้คะแนน 0 ถึง 3 คะแนน โดยจัดอันดับคะแนนรวมจาก 0 ถึง 63 คะแนน ตัววัด DSM-IV DISH ได้รับการพัฒนาเพื่อใช้กับการทดลองของ ENRICHD ตัววัด DISH ใช้ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV เป็นเครื่องบ่งบอกระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ที่วัด โดยตัววัด HAM-D ในกลุ่มย่อยของผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า ตัววัด BDI และ HAM-D มีค่าสหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.51 ($p < 0.0001$) ที่พื้นฐาน ตัววัด ESSI เป็นตัววัดแบบ Likert มีข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ และ ระดับคะแนน 5 ระดับ ที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการทดลองของ ENRICHD ข้อคำถาม
--	---

วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	จำนวน 7 ข้อ เลือกมาจากการศึกษาครั้งก่อน ซึ่งเป็นตัวทำนายการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ ข้อคำถามส่วนใหญ่ของตัววัด ESSI จะวัดการรับรู้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ที่ระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน จากข้อคำถาม 2 ข้อ หรือมากกว่า โดยไม่รวมข้อคำถามที่เกี่ยวกับงานประจำ และสถานะภาพการสมรส และคะแนนรวมที่ 18 คะแนนหรือน้อยกว่า จากข้อคำถามที่เหลือ จะเป็นเกณฑ์ของการคัดเลือกให้ลงทะเบียนบนส่วนประกอบหลักของการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (LPSS) ตัววัด PSSS มี 12 ข้อคำถาม ระดับคะแนนของคำถาม 12 ข้อ ที่ใช้ประเมินการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญอื่นๆ ตัววัด PSSS ได้ถูกนำมาใช้ก่อนที่จะมีการทดลองของ ENRICHD ในการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหัวใจ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ลงทะเบียนบนส่วนประกอบหลักของการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (LPSS) ตัววัด ESSI และ PSSS มีค่าสหสัมพันธ์ที่ $0.53 (p < 0.0001)$ การวัดกระบวนการบำบัด ตัวชี้วัดของการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม วัดทั้งเชิงปริมาณ (quantitative) และเชิงคุณภาพ (qualitative) ตัวชี้วัด เชิงปริมาณ คือ จำนวนชั่วโมงในการบำบัดตัวต่อตัว (นับเฉพาะการบำบัดที่ใช้เวลาอย่างน้อย 20 นาทีเท่านั้น) จำนวนชั่วโมงของการติดต่อทางโทรศัพท์ และอัตราส่วนการบำบัดที่เข้าร่วมจริงต่อการบำบัดที่มีการกำหนดไว้ การบำบัดทางโทรศัพท์จะใช้ต่อเมื่อการบำบัดตัวต่อตัวไม่สามารถทำได้ (เช่น เพราะผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมาร่วมได้ หรือป่วยหนักในเวลาที่ต้องเดินทางมาบำบัดตามที่กำหนดไว้) รายการตรวจสอบการให้การบำบัด (The Delivery of Intervention Checklist) ได้รับการพัฒนาโดยผู้ตรวจสอบการทดลองของ ENRICHD เป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณของการให้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม รายการตรวจสอบเป็นตัววัดว่า ผู้ป่วยได้รับการบำบัดเรื่องอะไรบ้างตลอดช่วงเวลาของการบำบัดของผู้ป่วยแต่ละคน การบำบัดมีความยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน องค์ประกอบเฉพาะของการบำบัด จะให้กับผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้น รายการตรวจสอบองค์ประกอบของการให้การบำบัด มี 5 ข้อคำถาม ซึ่งเป็นองค์ประกอบของการบำบัด (The 5-item Delivery of Intervention Checklist depression components) ซึ่งประกอบด้วย การกระตุ้นพฤติกรรม การแก้ปัญหาที่
--	---

วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	มีอยู่ ความคิดอัตโนมัติ การบำบัดด้วยตนเอง และการป้องกันอาการกำเริบ รายการองค์ประกอบของการบำบัดการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ทักษะการสื่อสารทางสังคม และความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม (8 ข้อคำถาม) การเข้าสังคมที่เราเข้าไม่ถึง และการพัฒนาเครือข่ายทางสังคม (8 ข้อคำถาม) และความคิด (cognitive aspects) เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม เช่น ความคิดบิดเบือนเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (3 ข้อคำถาม) รายการองค์ประกอบกลุ่มบำบัด มี 10 ข้อคำถาม (The 10-item group therapy component) ประกอบด้วย การฝึกการผ่อนคลาย ฝึกทักษะการสื่อสาร ฝึกพฤติกรรมการแสดงออกอย่างเหมาะสม การฝึกทักษะการแก้ปัญหา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การนำความคิด อารมณ์และพฤติกรรมมาใช้เป็นประโยชน์ต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด การประเมินความคิด การตระหนักรู้อารมณ์ การจัดการความโกรธ และการจัดลำดับความสำคัญของชีวิต และการวางแผนในอนาคต แต่ละ session ของกลุ่มบำบัด เน้นเพียงองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งที่ระบุไว้ในหลักสูตรกลุ่มบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม ส่วนใหญ่ องค์ประกอบของกลุ่มบำบัด ที่ให้การบำบัดสอดคล้องกับที่มีในหลักสูตรของการบำบัด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มบำบัดในบาง sessions ก็จะทำให้การบำบัดรายบุคคลมีความจำเป็น ตัวชี้วัดความต่อเนื่องและสม่ำเสมอของการเข้าร่วมการบำบัด มี 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1. อัตราส่วน sessions ของการเข้าร่วมการบำบัด (ไปด้วยตนเอง และ/หรือ ทางโทรศัพท์) ต่อจำนวน sessions การบำบัดทั้งหมด 2. อัตราส่วนของการบ้านที่เสร็จสิ้นต่อจำนวนการบ้านทั้งหมด ใช้ประเมินความต่อเนื่องและสม่ำเสมอต่อการทำงานที่มอบให้เป็นการบ้าน เป้าหมายของการรักษาด้วยยาเพื่อให้แน่ใจว่า ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงและผู้ป่วยที่ไม่ดีขึ้นจากการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม แบบรายบุคคล และ กลุ่มบำบัด ใช้เป็นทางเลือกของการบำบัดอาการซึมเศร้า การวิเคราะห์นี้ จะใช้ตัวชี้วัดการใช้ยาด้านเศร้าชนิด dichotomous (มีค่าได้ 2 ค่า ใช่/ไม่ใช่) กับผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้เศร้าในช่วงใดช่วงหนึ่งและการประเมินผลที่ 6 เดือน การวิเคราะห์แต่ละครั้งจะประกอบด้วยชุดของตัวแปรด้านประชากรศาสตร์ (เช่น เพศ สถานะความเป็นชนกลุ่มน้อย และอายุ) ตัวแปรที่มี 2 ค่า (dichotomous variable) ทำให้รู้ว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมเข้าเกณฑ์การศึกษาที่มีปัจจัย
--	---

วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	ความทางจิตสังคมทั้ง 2 ส่วน (การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำและอาการซึมเศร้า) และคะแนนความเสี่ยงทางการแพทย์ (medical risk score) ซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้ายของการทดลองของ ENRICHD ผลกระทบของอายุ เพศ และสถานะชนกลุ่มน้อย อยู่ในความสนใจเพราะมีผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางจิตสังคม การมีปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมทั้งสองส่วนนี้ คาดว่าจะเป็นปัจจัยทำนายผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคมที่แย่ลง เนื่องจากพิษของปัญหาที่มีอยู่ระหว่างการบำบัด คะแนนความเสี่ยงทางการแพทย์ (Medical risk score) ของการทดลองของ ENRICHD เป็นดัชนีที่ให้ค่าน้ำหนักของปัจจัยที่ประกอบด้วยขนาดของดัชนีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (MI) ความรุนแรงของการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายผิดปกติ และประวัติการเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ภาวะไขมันในเลือดสูง (hypercholesterolemia) โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular diseases) โรคไต (renal insufficiency) มีประวัติเป็นโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ก่อน มีประวัติการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีประวัติการทำบอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ (Angioplasty) มีภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial Fibrillation) ภาวะหัวใจหยุด (cardiac arrest) โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vascular) ค่าน้ำหนักที่ให้ได้มาจากแบบ Cox Proportional Hazards Model ของผลลัพธ์สุดท้ายทางการแพทย์ เวลาที่ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ หรือการเสียชีวิต คะแนนที่สูงกว่าคะแนนของดัชนีจะมีความสอดคล้องกับการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น ตัวชี้วัดนี้จะถูกรวมอยู่ในรูปแบบการทดลองเพราะความเจ็บป่วยทางการแพทย์ที่รุนแรงมีแนวโน้มจะรบกวนความสามารถของผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมการในการทำจิตบำบัด ของการบำบัด การรู้คิดและพฤติกรรม ดังนั้นจึงคาดว่าจะกระทบต่อผลลัพธ์ของการบำบัดทางจิตสังคม ในรูปแบบจำลองของการวัดผลลัพธ์ในแต่ละครั้ง ตัวชี้วัดพื้นฐานที่เหมือนกันจะรวมเป็นตัวแปรร่วม เพื่อที่จะปรับความแตกต่างของความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและ/หรือการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ในครั้งแรก ตัวอย่างเช่น คะแนนพื้นฐาน BDI จะถูกรวมเข้าเป็นตัวทำนายแนวโน้มของคะแนน BDI ที่ 6 เดือน การวิเคราะห์ การวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple regression) ที่ใช้ในการค้นหาตัว
--	---

วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	ทำนายอิสระของคะแนน BDI HAM-D ESSI และ PSSS ในเวลา 6 เดือน (การวัดอาการซึมเศร้าในหนึ่งสัปดาห์ และการวัดการสนับสนุนทางสังคมอีกหนึ่งสัปดาห์) การปรับค่า R^2 จะได้รับการคำนวณเพื่อกำหนดสัดส่วนความแปรปรวนในการวัดผลลัพธ์ ที่อธิบายได้ด้วยรูปแบบหลักในภาพรวมใช้ Software SAS เวอร์ชัน 9 ในการวิเคราะห์ทั้งหมด และจะใช้ SAS Proc REG ในการวิเคราะห์สมการการถดถอยพหุคูณหลักและรอง
ผลการศึกษา	ปัจจัยที่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่อาการซึมเศร้าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญใน Model สุดท้ายของการวิเคราะห์ อธิบายความแปรปรวนของคะแนน BDI ในเวลา 6 เดือนหลังบำบัด 27% ($P = .0001$) ปัจจัยทำนายที่มีนัยสำคัญ ได้แก่ การมีคะแนนความเสี่ยงทางการแพทย์ต่ำ การมีอาการซึมเศร้าเพียงอย่างเดียวโดยไม่มี การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำรวมด้วย มีคะแนน BDI ต่ำตั้งแต่จากการประเมินข้อมูลพื้นฐาน จำนวนครั้งของการบำบัดด้วยองค์ประกอบของ Depression มีสัดส่วนการเข้าร่วมการบำบัดสูงจากช่วงเวลาที่กำหนดไว้ การทำงานที่มอบให้ทำที่บ้านเสร็จสิ้นในสัดส่วนที่สูง ปัจจัยที่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่อาการซึมเศร้าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญใน Model สุดท้ายของการวิเคราะห์ อธิบายความแปรปรวนของคะแนน HAM-D ในเวลา 6 เดือนหลังบำบัด 19% ($P = .0001$) ปัจจัยทำนายที่มีนัยสำคัญ ได้แก่ การมีคะแนนความเสี่ยงทางการแพทย์ต่ำ มีคะแนน HAM-D ต่ำตั้งแต่จากการประเมินข้อมูลพื้นฐาน จำนวนชั่วโมงในการบำบัดตัวต่อตัว จำนวนเวลาที่ได้รับการบำบัดด้วยองค์ประกอบของการสื่อสารทางสังคมและการทำที่บ้านที่มากกว่า
ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์	1.ผลการศึกษามีความตรงหรือไม่ งานวิจัยนี้ศึกษาปัจจัยทำนาย ซึ่งมีตัวแปรอิสระในการทำนาย ได้แก่ จำนวน ชั่วโมงในการบำบัดตัวต่อตัว จำนวนชั่วโมงในการบำบัดทางโทรศัพท์ องค์ประกอบที่ใช้ในการบำบัด CBT ได้แก่ องค์ประกอบของ Depression องค์ประกอบด้านการสื่อสารทางสังคม องค์ประกอบของการบำบัดแบบกลุ่ม (group therapy components) การยึดมั่นปฏิบัติตามแนวทางการบำบัด (adherence to treatment) ได้แก่ ความสำเร็จของงานที่มอบหมายให้เป็นบ้าน จำนวนครั้งของการเข้าร่วมการบำบัด และการใช้ยาต้านเศร้า ตัวแปรตาม ได้แก่ อาการซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม ใช้กลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยเรื่อง Effects of treating depression and

ผลการ ประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ (ต่อ)	low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial จำนวน 1,238 คนที่ได้มาจากการสุ่ม และมีจำนวนมากพอที่จะเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร(ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ) ที่ได้รับการทดลองแบบ ENRICHD เครื่องมือประเมินอาการซึมเศร้าใช้ Beck Depression Inventory (BDI) และ Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) ประเมินการสนับสนุนทางสังคมใช้ The ENRICHD Social Support Instrument (ESSI) และ Perceived Social Support Scale (PSSS) ซึ่งมีความเหมาะสมและมีคุณภาพซึ่ง BDI และ HAM-D มีค่าสหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.51 ($p < 0.0001$) การวิเคราะห์ใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple regression) เหมาะสมกับระดับของข้อมูลที่น่ามาใช้ 2.ผลการศึกษาเป็นอย่างไร คะแนนจากตัววัด BDI ที่ 6 เดือน Model ที่สมบูรณ์อธิบายความแปรปรวน คะแนน BDI ที่ 6 เดือน ได้ร้อยละ 27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < 0.0001$) ตัวทำนายผลลัพธ์ที่สำคัญของอาการซึมเศร้าที่ดีขึ้น ได้แก่ การมีคะแนนความเสี่ยงทางการแพทย์ต่ำ การมีอาการซึมเศร้าเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำรวมด้วย มีคะแนน BDI ต่ำตั้งแต่จากการประเมินข้อมูลพื้นฐาน จำนวนครั้งของการบำบัดด้วยองค์ประกอบของ Depression ที่มากขึ้น การมีส่วนร่วมของการเข้าร่วมการบำบัดสูงจากช่วงเวลาที่กำหนดไว้ การทำงานที่มอบให้ที่บ้านเสร็จสิ้นในสัดส่วนที่สูง คะแนนจากตัววัด HAM-D ที่ 6 เดือน Model ที่สมบูรณ์อธิบายความแปรปรวน คะแนน HAM-D ที่ 6 เดือน ได้ร้อยละ 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.0001$) ตัวทำนายผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้าที่ดีขึ้น ได้แก่ การมีคะแนนความเสี่ยงทางการแพทย์ต่ำ มีคะแนน HAM-D ที่เป็นคะแนนพื้นฐานต่ำ มีจำนวนชั่วโมงของการบำบัดแบบตัวต่อตัวสูง การบำบัดด้วยองค์ประกอบของการสื่อสารทางสังคมและการกล้าแสดงออกที่มากขึ้นและการทำงานที่มอบให้ที่บ้านเสร็จสิ้นในสัดส่วนที่สูง 3.สามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ได้หรือไม่ สามารถนำ CBT ไปประยุกต์ใช้ เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นโดยการเพิ่มจำนวนชั่วโมงของการบำบัด
--	--

ผลการ ประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ (ต่อ)	ตัวต่อตัว จำนวนชั่วโมงของการบำบัดทางโทรศัพท์ให้มากขึ้น และให้การบำบัดด้วยองค์ประกอบของอาการซึมเศร้า (depression component) องค์ประกอบด้านการสื่อสารทางสังคม (Social communication component) องค์ประกอบของกลุ่มการบำบัด (group therapy component) รวมทั้งการยึดมั่นปฏิบัติตามแนวทางการบำบัด โดยเน้นที่การทำการบ้านให้ครบและจำนวนครั้งของการเข้าร่วมบำบัดที่เป็นสัดส่วนมากขึ้น
---	---

ตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องที่ 3

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	Trockel, M., Burg, M., Jaffe, A., Barbour, K. & Taylor, C. B. ปี ค.ศ. 2008
เรื่อง/แหล่ง ที่ตีพิมพ์	Smoking Behavior Post myocardial Infarction Among ENRICHD Trial Participants: Cognitive Behavior Therapy Intervention for Depression and Low Perceived Social Support Compared With Care as Usual. <i>Psychosomatic Medicine</i> , 70(8), 875–882.
วัตถุประสงค์ การศึกษา	วัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาผลของการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (CBT) สำหรับอาการซึมเศร้า และ/หรือ การรับรู้การสนับสนุนจากสังคมในระดับต่ำ ต่อพฤติกรรมการ สูบบุหรี่ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เข้าร่วมในการทดลองของENRICHD วัตถุประสงค์รอง เพื่อศึกษาผลของการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมต่อความรุนแรงของอาการ ซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่สูบบุหรี่
กลุ่มตัวอย่าง	คัดเลือกผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีอาการซึมเศร้าและ/หรือการรับรู้การ สนับสนุนจากสังคมในระดับต่ำ จากงานวิจัยเรื่อง ENRICHD เฉพาะที่มีประวัติ การสูบบุหรี่ ซึ่งตอบไว้ในข้อมูลพื้นฐาน(baseline) ว่ามีการสูบบุหรี่ 7 วัน/สัปดาห์ และมีการติดตามประเมินอีก 2-3 ครั้ง จำนวน 1,233 คน
สถานที่เก็บ ข้อมูล	ศูนย์การแพทย์ 8 แห่ง เหมือนเรื่องที่ 1
ระเบียบวิธี วิจัย/ระดับ ของงานวิจัย	เป็น Secondary data analysis ของการทดลองโดยการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ENRICHD Program ความเข้มแข็งของงานวิจัยระดับ 1 (Level I)
เครื่องมือ ที่ใช้ใน การศึกษา	1.The ENRICHD Social Support Instrument (ESSI) 2.Beck Depression Inventory (BDI) มี 21 ข้อ แต่ละข้อมีการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ คือ ตั้งแต่ 0 คะแนนถึง 3 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนน 5-7 คะแนน เป็นผู้ที่ มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ผู้ที่ได้คะแนน 8-15 คะแนน เป็นผู้ที่มีอาการซึมเศร้า ระดับปานกลางผู้ที่ได้คะแนน 16 คะแนนขึ้นไป เป็นผู้ที่มีอาการซึมเศร้าในระดับ รุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ ในการศึกษา (ต่อ)	3.เครื่องมือการติดตามพฤติกรรม การสูบบุหรี่ประกอบด้วยคำตอบแบบ 2 ตัวเลือก
วิธีดำเนินการ วิจัย	วิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎี ประกอบด้วยผู้ป่วยจากแต่ละประเภทของการ ทดลอง ENRICH Program เริ่มต้นด้วยการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาด เลือด เพื่อเข้าร่วมการทดลองแบบสุ่มของ ENRICH จากผู้ป่วยจำนวน 2,481 คน ได้ผู้ป่วยจำนวน 2,445 คน ที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะการสูบบุหรี่ไว้เป็นข้อมูล พื้นฐาน ประวัติการสูบบุหรี่อื่นๆ ที่ได้รับการประเมินเป็นส่วนหนึ่งของการ สัมภาษณ์ผู้ป่วยในครั้งแรก และระบุไว้ว่ามีการสูบบุหรี่ในอดีต แต่ไม่ได้สูบ ในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนหน้านี้ ในการวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้รวมผู้เข้าร่วมทั้งหมดที่มีประวัติของการสูบ บุหรี่ไว้ในการวิเคราะห์ด้วย ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยทั้งที่รายงานว่ามีการสูบบุหรี่และ ผู้ป่วยที่รายงานว่าไม่ได้สูบบุหรี่ในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนการลงทะเบียนเข้าร่วม การศึกษา การวิเคราะห์ทำแบบนี้เพราะว่า ผู้เข้าร่วมจำนวนมากที่ไม่ได้รายงานว่า มีการสูบบุหรี่ในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนหน้านี้ ที่พื้นฐาน แต่การประเมินภายหลังมี การรายงานที่มีการสูบบุหรี่ในช่วงการประเมินผลติดตามในครั้งที่หนึ่งหรือ มากกว่า นอกจากนี้ วิธีการวิเคราะห์นี้มีความสอดคล้องกับการกลับมาสูบบุหรี่ และลักษณะการสูบบุหรี่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยจำนวน 1,599 คนที่มีประวัติสูบบุหรี่ที่ให้ ข้อมูลการสูบบุหรี่ที่พื้นฐาน ผู้ป่วยจำนวน 1,233 คน ที่ตอบคำถามพฤติกรรมสูบ บุหรี่ ในช่วง 7 วัน ของการหาค่าความชุกของการสูบบุหรี่ ของการประเมินผล ติดตามครั้งที่สองหรือมากกว่า และผู้ป่วยเหล่านี้จะถูกรวมไว้ในในการวิเคราะห์ด้วย จำนวนผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่การประเมินผลติดตามแต่ละ ครั้งแตกต่างกัน คือ ครั้งที่ 2 จำนวน 553 คน ครั้งที่ 3 จำนวน 526 คน และครั้งที่ 4 จำนวน 154 คน ไม่มีผู้เข้าร่วมตอบคำถามพฤติกรรมสูบบุหรี่ ในช่วง 7 วัน ของการหาค่าความชุกของการสูบบุหรี่ ที่การประเมินผลติดตามครั้งที่ 5 การบำบัดรักษา เหมือนเรื่องที่ 1 ติดตามการประเมินผล เครื่องมือติดตามวัดพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ประกอบด้วยคำตอบแบบ 2 ตัวเลือก (single binary) โดยให้ผู้สัมภาษณ์บันทึกว่า “ใช่” ถ้าผู้ป่วยรายงานว่ามีการสูบ

วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	บุหรืในช่วงสัปดาห์ก่อนหน้า และบันทึกว่า “ไม่” ถ้าไม่มีการสูบบุหรืในช่วงสัปดาห์ก่อนหน้า กำหนดเวลาการติดตามประเมินผลที่ 6, 18, 30, 32, 42 และ 54 หลังการสู่ม การวิเคราะห์ข้อมูล 1. ใช้ Mixed effected Model เพื่อวิเคราะห์ความชุกของการสูบบุหรืในช่วง 7 วันในการติดตามประเมินผล 2. ใช้ Mixed effected Model เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบของการบำบัดต่อความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรื 3. ใช้แบบจำลองหลายระดับ (multilevel models) ช่วยให้การอธิบายคะแนนอาการซึมที่ได้จากแบบประเมิน BDI ที่ประเมินผลติดตาม ที่ซ้อนกัน ภายในกลุ่มของผู้ป่วยเข้าร่วมแต่ละคน
ผลการศึกษา	ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า และการรับรู้การได้รับการสนับสนุนจากสังคมอย่างเพียงพอที่ได้รับการบำบัด มีคะแนน BDI ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า และการรับรู้การได้รับการสนับสนุนจากสังคมอย่างเพียงพอที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (-1.98, SE = 0.55; T = -3.58, p = .001) CBT ไม่ได้ช่วยลดการสูบบุหรืหลังเกิดกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วยที่มีประวัติสูบบุหรืที่เข้ารับการบำบัดทุกคนอย่างมีนัยสำคัญ แต่ CBT ลดการสูบบุหรืหลังเกิดภาวะกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วยกลุ่มย่อย ที่มีอาการซึมเศร้า และรับรู้การสนับสนุนจากสังคมอย่างเพียงพอ (OR, 0.68; 95% CI, 0.47-0.98)
ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์	1.ผลการศึกษามีความตรงหรือไม่ ผลการวิจัยมีความตรงเนื่องจากการวิจัยมีวัตถุประสงค์ชัดเจน มีการกำหนดประชากรที่ศึกษาชัดเจน และเป็นการศึกษาที่ตรงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา มีการบอกรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดที่ชัดเจนแต่อธิบายไว้แบบย่อในงานวิจัยนี้ การศึกษามีการวัดผลที่เป็นตัวแปรตามชัดเจน งานวิจัยนี้เป็นการทดลองแบบสุ่ม (RCT) ในกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม แยกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง มีความเหมาะสมในการใช้วิธีการวิจัยแบบ RCT ไม่มีความแตกต่างของประชากรที่ศึกษา ดังนั้นจึงไม่มีผลกระทบต่องานวิจัย เพื่อตอบคำถามงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างเหมาะสม เริ่มตั้งแต่การสุ่มแบ่งชั้นจากศูนย์แพทย์ 8 แห่ง การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ

ผลการ ประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ (ต่อ)	Permuted block หลังจากกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมการศึกษา ผู้ประสานงานการวิจัย จะจัดสรรวิธีการบำบัดโดยใช้การสุ่มแบบอัตโนมัติของระบบโทรศัพท์ ที่ The ENRICHD Coordinating Center ซึ่งมีการอธิบายขั้นตอนการสุ่มอย่างชัดเจน มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกที่ชัดเจน งานวิจัยนี้ ได้รับการตรวจสอบ selection bias โดยการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างความน่าจะเป็นที่ถูกคาดการณ์ กับคุณลักษณะพื้นฐานที่ถูกเลือกและการรอดชีวิตในแต่ละกลุ่ม พบว่าไม่มีความคลาดเคลื่อนจากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง คุณลักษณะทางประชากรศาสตร์ ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน และ คุณลักษณะ อื่นๆมีรายละเอียดที่แสดงให้เห็นคุณลักษณะพื้นฐานที่สำคัญ และปัจจัยพยากรณ์โรคไม่แตกต่างกัน ยกเว้นในหัวข้อการใช้ angiotensin-converting enzyme (ACE) ที่มีความแตกต่างกัน แต่ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา งานวิจัยนี้ถึงแม้ว่าผู้เข้าร่วมการทดลอง และผู้ให้การรักษา จะรับทราบถึงการบำบัดรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ แต่คณะผู้ทำงานทั้งหมด ที่เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ผู้จำแนกประเภทของข้อมูลสุดท้าย หรือผู้ติดตามประเมินผล จะถูกปิดบังไม่ให้ทราบการบำบัดรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ดังนั้นจึงไม่มีผลกระทบต่องานวิจัย ในงานวิจัยมีการศึกษาติดตามผู้ป่วย 6, 12 เดือนและหลังจากนั้นจะติดตามทุก 1 ปี ซึ่งผู้ป่วยทุกรายจะถูกติดตามเป็นเวลาอย่างน้อย 18 เดือน (เฉลี่ย 29 เดือน) มีการรายงานถึงผู้ป่วยที่ droup out และรายงานถึงเหตุผลชัดเจน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติบนพื้นฐานของลักษณะประชากรในผู้ป่วยที่ droup out ผู้วิจัยได้นำกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่เข้าร่วมการวิจัย ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Intention to treat มีการรายงานถึงการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ไม่สามารถคงอยู่ในการวิจัย (Drop out) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะได้รับการปฏิบัติเหมือนกัน คือได้รับคู่มือ ยกเว้น ผู้ป่วยในกลุ่มการรักษาตามมาตรฐานของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (usual medical care) เท่านั้นที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์ที่จัดเตรียมไว้ให้ การคำนวณ power ในงานวิจัยนี้คือ 88 % แต่ขนาดของกลุ่มตัวอย่างน้อยลงกว่าเป้าหมายเดิมที่ตั้งไว้ทำให้ ทำให้ power ลดลงเหลือ 78% ซึ่งเพียงพอสำหรับงานวิจัยนี้
--	--

ผลการ ประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ (ต่อ)	2.ผลการศึกษาเป็นอย่างไร การบำบัด การรู้คิดและพฤติกรรม ไม่ได้ช่วยลดการสูบบุหรี่หลังเกิด กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วยที่มีประวัติสูบบุหรี่ที่เข้ารับการบำบัดทุกคน อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมลดการสูบบุหรี่ หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วยกลุ่มย่อย ที่มีอาการซึมเศร้า และ รับรู้การสนับสนุนจากสังคมอย่างเพียงพอ (OR, 0.68; 95% CI, 0.47-0.98) 3.สามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ได้หรือไม่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่เลิกสูบบุหรี่ได้จะทำให้ความเสี่ยงของการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตลดลง ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีอาการซึมเศร้าอาจทำให้การ เลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องยากขึ้น การสนับสนุนจากสังคมที่ไม่ดีอาจทำให้การเลิกสูบ บุหรี่ยากสำหรับผู้ป่วยบางคน การศึกษา การวิจัยฉบับนี้ สามารถนำ CBT ไปประยุกต์ใช้ลดการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มีอาการ ซึมเศร้าโดยเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ
---	---

ตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องที่ 4

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	Welton, N. J., Caldwell, D. M., Adamopoulos, E., & Vedhara, K. ปี ค.ศ. 2009.
เรื่อง/แหล่งที่ ตีพิมพ์	Mixed Treatment Comparison Meta-Analysis of Complex Interventions: Psychological Interventions in Coronary Heart Disease. <i>American Journal of Epidemiology</i> , 169(9), 1158–1165.
วัตถุประสงค์ การศึกษา	เพื่อตอบคำถามการวิจัยว่า “การบำบัดทางจิตมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือไม่”
กลุ่มตัวอย่าง	งานวิจัยเชิงทดลอง โดยการสุ่มแบบไม่เจาะจง (Randomized controlled Trial) ที่มีกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดทางจิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ตีพิมพ์ใน Medline ตั้งแต่ มกราคม ค.ศ. 2002 ถึง ธันวาคม ค.ศ. 2006 ได้งานวิจัยทั้งหมด 51 เรื่อง มีงานวิจัย 7 เรื่อง ที่ทำการเปรียบเทียบ 3 กลุ่ม เกณฑ์การคัดเข้า(Inclusion Criteria) 1. เป็นงานวิจัยในกลุ่มที่มีการเปรียบเทียบในประเด็นเดียวกัน 2. มีการติดตามผลอย่างน้อย 6 เดือน 3. มีการรายงานผลลัพธ์อย่างน้อย 1 เรื่อง ในประเด็นที่เกี่ยวกับสาเหตุการเสียชีวิตทุกสาเหตุ การเสียชีวิตที่เกี่ยวกับโรคหัวใจ โอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย ระดับโคเลสเตอรอล ระดับความดันโลหิตตัวบน(systolic blood pressure) ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure) อาการซึมเศร้า และความวิตกกังวล
สถานที่เก็บ ข้อมูล	ฐานข้อมูล Medline สืบค้นตั้งแต่ มกราคม 2002 ถึง ธันวาคม 2006
ระเบียบวิธีวิจัย /ระดับของ งานวิจัย	Meta-analysis โดยนำงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง นำมาทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ ความเข้มแข็งของงานวิจัยระดับ 1 (Level II)
เครื่องมือที่ใช้ ในการศึกษา	ไม่มี

วิธีดำเนินการวิจัย	วิธีดำเนินการ 1. การสืบค้นวรรณกรรมและการจัดหมวดหมู่การบำบัด 2. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยแบบจำลองทางสถิติเพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพการบำบัด 3. นำเสนอผลจากแบบจำลองทางสถิติ 4. การอภิปราย การสืบค้นวรรณกรรมใหม่อย่างเป็นระบบ จากการสืบค้นได้งานวิจัย 22 เรื่อง สามารถที่จะสกัดข้อมูลที่มีประโยชน์จากงานวิจัยได้เพียง 19 เรื่อง และเพิ่มงานวิจัยอีก 34 เรื่อง ที่มีการทบทวนก่อนหน้าในส่วนที่เพิ่มเข้ามามีงานวิจัย 1 เรื่อง ถูกตัดออก เพราะไม่มีการสุ่ม และตัดออกอีก 1 เรื่อง เพราะไม่ได้รายงานผลลัพธ์ของเรื่องที่สนใจศึกษา ทำให้เหลืองานวิจัยรวมทั้งหมด 51 เรื่อง และ มีอยู่ 7 เรื่อง ที่มีการทดลองเปรียบเทียบ 3 กลุ่ม การจำแนกประเภทของการบำบัด การบำบัดทางจิตที่นอกเหนือจากการดูแลตามปกติ สามารถจำแนกได้เป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การบำบัดด้านการให้ความรู้ (Educational: EDU) พฤติกรรม (Behavioral: BEH) การรู้คิด (Cognitive: COG) การผ่อนคลาย (Relaxation: REL) และการสนับสนุนด้านจิตสังคม(Psychosocial support: SUP) องค์ประกอบของการให้ความรู้ หมายถึง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างชัดเจนเกี่ยวกับความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ ความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด และกายวิภาคศาสตร์ขั้นพื้นฐานของระบบหัวใจและหลอดเลือด องค์ประกอบของพฤติกรรม เน้นความสำเร็จการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจ (เช่น หลักสูตรการช่วยเหลือผู้ป่วยในงดบุหรี่ (smoking cessation courses) การฝึกการออกกำลังกายด้วยการเคลื่อนไหวร่างกาย (physical exercise training) การเรียนการเตรียมอาหาร (food preparation classes) และการให้คำปรึกษาทางด้านโภชนาการ (nutritional counseling sessions) องค์ประกอบของการรู้คิด มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อเปลี่ยนความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความเครียดและปรับให้เข้ากับสภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง โดยปกติแล้วการบำบัดด้านการรู้คิด ดำเนินการโดยนักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษขั้นสูง
----------------------------------	--

วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	(highly specialized clinical psychologists) นักจิตบำบัด(psychotherapists) หรือจิตแพทย์ (psychiatrists) องค์ประกอบของการผ่อนคลาย เน้นการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายที่ต่างไปจากที่เคยใช้อยู่ให้แก่ผู้ป่วย เช่น โยคะและการฝึกหายใจ องค์ประกอบของการสนับสนุนทางจิตสังคม ได้แก่การบำบัดที่พยายามนำผู้ป่วยมาทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อกระตุ้นให้เกิดความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้จริงและ / หรือสนับสนุนทางอารมณ์ การวิเคราะห์ข้อมูล ผลลัพธ์ของงานวิจัยที่วัดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลมีมาตรวัดที่แตกต่างกันในแต่ละงานวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลจึงนำมาสรุปรวมเป็นการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพื้นฐานก่อนเข้าร่วมการทดลองและทำให้เป็นค่ามาตรฐานโดยใช้คะแนน pooled standard deviation เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในแต่ละงานวิจัยและวิเคราะห์โดยใช้ linear regression model วิธีการทางสถิติ 1. ใช้ Binary outcome data 2. ใช้ Three binary outcome measures 3. ใช้ logistic regression model 4. ใช้ random effects model 5. ใช้ mean log-odds ratio 6. ใช้ The linear regression model 7. The Monte Carlo Markov chain simulation framework ของ WinBUGS
ผลการศึกษา	การบำบัดทางจิตสามารถลดคะแนนเฉลี่ยมาตรฐานของอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวล ด้วย Standardized Mean Difference (SMD) ที่ -0.23 (95% ช่วงความเชื่อมั่นที่ -0.35, -0.11) สำหรับคะแนนอาการซึมเศร้าและ SMD ที่ -0.15 (95% ช่วงความเชื่อมั่นที่ -0.29, -0.04) สำหรับคะแนนความวิตกกังวล และมีหลักฐานบางอย่างแสดงว่าการบำบัดแบบที่มีองค์ประกอบด้านการรู้คิด และ/หรือ องค์ประกอบด้านพฤติกรรมจะสัมพันธ์กับการลดลงของคะแนนเฉลี่ยมาตรฐานของอาการซึมเศร้าด้วย posterior mean SMD ที่ -0.26 (95% ช่วงความเชื่อมั่นที่ -0.55, -0.02) สำหรับองค์ประกอบด้านพฤติกรรม และ posterior mean SMD ที่ -0.24 สำหรับคะแนนความวิตกกังวล (95% ช่วงความเชื่อมั่นที่ -0.42, -

ผลการศึกษา (ต่อ)	0.06) สำหรับองค์ประกอบด้านการรู้คิดตามลำดับ การให้การบำบัดที่มีองค์ประกอบด้านพฤติกรรมร่วมด้วยให้ผลมากที่สุดต่ออาการซึมเศร้า (ค่าความเป็นไปได้ที่ 0.52) ในขณะที่การให้การบำบัดที่มีองค์ประกอบด้านการให้ความรู้ร่วมด้วย ให้ผลมากที่สุดต่อความวิตกกังวล (ความเป็นไปได้ 0.48)
ผลการ ประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์	1.ผลการศึกษามีความตรงหรือไม่ คำถามการวิจัยมีความชัดเจน คือ เพื่อตอบคำถามการวิจัยว่า “การบำบัดทางจิตมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือไม่” งานวิจัยมีการระบุเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยอย่างชัดเจน คือ การค้นหางานวิจัยเชิงทดลอง ที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเฉพาะงานวิจัยที่เกี่ยวกับการศึกษา รูปแบบการบำบัดทางจิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ งานวิจัยระบุรายละเอียดของงานวิจัยที่คัดเข้ามาในแต่ละเรื่อง เพียงสั้นๆ อาจเนื่องจากมีงานวิจัยในจำนวนมาก จึงสรุปงานวิจัยในแต่ละเรื่องลงในตาราง บอกผู้ศึกษาวิจัย ปี จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง การบำบัดที่ใช้การปกปิดในการสุ่มเข้ากลุ่มและระยะเวลาในการติดตามผล มีการรวบรวมผลการวิจัยอย่างเหมาะสม ผลงานวิจัยในแต่ละเรื่องที่มีการเปรียบเทียบในประเด็นเดียวกันที่เกี่ยวกับสาเหตุการเสียชีวิตทุกสาเหตุ การเสียชีวิตที่เกี่ยวกับโรคหัวใจ โอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย ระดับโคเลสเตอรอล ระดับความดันโลหิตตัวบน(systolic blood pressure) ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure) อาการซึมเศร้า และความวิตกกังวลมีการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ 1. ใช้ Binary outcome data 2. ใช้ Three binary outcome measures 3. ใช้ logistic regression model 4. ใช้ random effects model 5. ใช้ mean log-odds ratio 6. ใช้ The linear regression model 7. The Monte Carlo Markov chain simulation framework ของ WinBUGS เลือกสถิติตามกลุ่ม ระดับการวัดของตัวแปรตามซึ่งมีความเหมาะสม และข้อเสนอแนะว่าการบำบัดทางจิตมีความสัมพันธ์กับการลดคะแนนเฉลี่ยมาตรฐานของอาการซึมเศร้า และการบำบัดที่มีองค์ประกอบทั้งทางด้านพฤติกรรม หรือ องค์ประกอบของการรู้คิด มีประสิทธิภาพมากกว่าการบำบัดไม่มีองค์ประกอบเหล่านี้

ผลการ ประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ (ต่อ)	2.ผลการศึกษาเป็นอย่างไร การบำบัดที่มีองค์ประกอบของพฤติกรรม และ/หรือ การบำบัดแบบที่มีองค์ประกอบของการรู้คิด สัมพันธ์กับการลดลงของคะแนนเฉลี่ยมาตรฐานของอาการซึมเศร้า 3.สามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ได้หรือไม่ ผลงานวิจัยนี้มีประโยชน์ในการวางแผนเลือกใช้องค์ประกอบของการบำบัดทางจิต ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ในการลดอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ องค์ประกอบของการบำบัดทางจิต ที่เราควรพิจารณาไปใช้ ได้แก่ การบำบัดที่มีองค์ประกอบของพฤติกรรม และ/หรือ การบำบัดแบบที่มีองค์ประกอบของการรู้คิด
---	---

ตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องที่ 5

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	Freedland, K. E., Skala, J. A., Carney, R. M., Rubin, E. H., Lustman, P. J., Davila-Roma, V.G., et al. ปี ค.ศ. 2009
เรื่อง/แหล่งที่ ตีพิมพ์	Treatment of Depression After Coronary Artery Bypass Surgery A Randomized Controlled Trial. <i>Archives of General Psychiatry</i> , 66(4), 387-396.
วัตถุประสงค์ การศึกษา	เพื่อทดสอบประสิทธิภาพการบำบัดแบบไม่ใช้ยา 2 แบบ คือ การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behaviour Theory : CBT) และการสนับสนุนการจัดการความเครียด (supportive stress management) เปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระหว่าง 1 ปี แรกภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการซึมเศร้า
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการวินิจฉัย Major Depression หรือ Minor Depression ตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM-IV ภายในระยะเวลา 1 ปี หลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1,023 คน เกณฑ์การคัดเข้า(Inclusion Criteria) 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไปที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายใน 1ปีที่ผ่านมา 2. มีคะแนนอาการซึมเศร้าเมื่อวัดด้วยแบบวัด BDI มากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนนขึ้นไปและเข้าเกณฑ์การวินิจฉัย Major Depression หรือ Minor Depression ของ DSM-IV โดยใช้แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression : HAM-D) เกณฑ์การคัดออก(Exclusion Criteria) 1. มีโรคร่วมทางจิตรุนแรง ได้แก่ Schizophrenia หรือ bipolar หรือ disorders 2. ดื่มสุรา (active alcoholism) หรือใช้สารเสพติด (substance abuse) 3. มีความบกพร่องทางการรู้คิดอย่างรุนแรง (severe cognitive impairment) 4. เป็นโรคที่ไม่เกี่ยวกับโรคหัวใจ (non cardiac illnesses) ที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดีใน 1 ปี 5. มีอาการป่วยมากเกินกว่าที่จะเข้าร่วมการทดลองได้ 6. ที่อยู่อาศัยไกลเกินกว่าจะมาเข้าร่วมได้

กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	7. ไม่สามารถสื่อสารเป็นภาษาอังกฤษได้ 8. อยู่ระหว่างการบำบัดทางจิตอย่างต่อเนื่อง 9. ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าไม่คัดออก ถ้าผู้ป่วยทานยาเพื่อการรักษามาแล้วอย่างน้อย 6 สัปดาห์ ถ้าน้อยกว่านี้คัดออกจากการวิจัย
สถานที่เก็บ ข้อมูล	ผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวอชิงตัน
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับของ งานวิจัย	การทดลองทางคลินิกแบบสุ่ม (Randomized controlled Trial) ปกปิดด้านเดียว (Single-Blind) มีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ด้วยการประเมินผลลัพธ์ที่ 3 เดือน 6 เดือน และ 9 เดือน ความเข้มแข็งของงานวิจัยระดับ 3 (Level III)
เครื่องมือที่ใช้ ในการศึกษา	แบบวัดผลลัพธ์หลัก 1. Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) แบบวัดผลลัพธ์รอง 2. Beck Depression Inventory (BDI) 3. Depression Interview and Structured Hamilton (DISH) 4. Beck Anxiety Inventory 5. Beck Hopelessness Scale 6. Perceived Stress Scale เครื่องมือที่ใช้ประเมินการทดลอง 7. Medical Outcomes Study Short-Form 36-item Health Survey (SF-36) 8. Heart Surgery Questionnaire :HSQ 9. Digit Symbol test 10. Part B ของแบบวัด Trailmaking Test 11. แบบทดสอบ paragraph recall 12. Short Blessed Test (orientation, memory, and concentration)
วิธีดำเนินการวิจัย	การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากสำนักงานคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ ของศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวอชิงตัน เมืองเซนต์หลุยส์ รัฐมิสซูรี การลงทะเบียน เริ่มในเดือนธันวาคม 2001 และสิ้นสุดในเดือนสิงหาคม 2005 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างประมาณ 43 คนต่อกลุ่ม ด้วยอำนาจการทดสอบ ร้อยละ 80

วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	ผู้ป่วยอายุ 21 ปีขึ้นไปที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายในปีที่ผ่านมา ทั้งหมดจำนวน 1,023 คน ที่ลงทะเบียนเข้าร่วมการศึกษา ได้รับการคัดกรองเพื่อตรวจสอบการมีคุณสมบัติในการเข้าร่วมการศึกษา ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์เช่น ใบบินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร จะได้รับการคัดกรองอาการซึมเศร้า ด้วยแบบวัด Beck Depression Inventory (BDI) และแบบ Depression Interview and Structured Hamilton (DISH) เพื่อตรวจสอบผู้ป่วยว่ามีอาการเข้าได้ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV ของ Major Depressive หรือ Minor Depressive และได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม CBT แบบรายบุคคล จำนวน 41 คน ซึ่งมีกำหนดเวลา 12 สัปดาห์ หรือกลุ่มสนับสนุนการจัดการความเครียด(supportive stress management) แบบรายบุคคล จำนวน 42 คน หรือกลุ่มการดูแลตามปกติ จำนวน 40 คน ค่ากลางของเวลา (มัธยฐาน) จากการรับการผ่าตัดจนถึงเวลาที่ลงทะเบียนเข้าร่วม คือ 92 วัน ร้อยละ 50 ลงทะเบียนภายใน 3 เดือนหลังการผ่าตัด ร้อยละ 20 ลงทะเบียนระหว่าง 3 เดือนและ 6 เดือนหลังการผ่าตัด ร้อยละ 21 ลงทะเบียนระหว่าง 6 เดือนและ 9 เดือนหลังการผ่าตัด ร้อยละ 10 ลงทะเบียนระหว่าง 9 เดือนและ 12 เดือนหลังการผ่าตัด ผู้เข้าร่วมจำนวน 42 คน (ร้อยละ 34) มีอาการเข้าได้ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV ของ Minor Depressive ณ ขณะลงทะเบียนเข้าร่วม และจำนวน 81 คน (ร้อยละ 66) มีอาการเข้าได้ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV ของ Major Depressive ผู้ป่วย ที่เริ่มปรากฏอาการซึมเศร้า เกิดขึ้นก่อนการผ่าตัด จำนวน 35 คน (ร้อยละ 28) และผู้ป่วย ที่เริ่มปรากฏอาการซึมเศร้า เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด จำนวน 88 คน (ร้อยละ 72) นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมที่เคยมีประวัติ major depressive episode มาก่อนอย่างน้อยหนึ่งครั้ง จำนวน 83 คน (ร้อยละ 68) การสุ่ม ใช้โปรแกรม SAS (SAS Institute, Cary, North Carolina) เพื่อสร้างลำดับการจัดแบ่งกลุ่มแบบสุ่มด้วยบล็อก 3 และ 6 และเก็บผลการการจัดแบ่งกลุ่มไว้ในซองปิดผนึก และเปิดเผยแก่ผู้ประสานงานการศึกษาในทันที หลังจากผู้เข้าร่วมการวิจัยทำการประเมินผลพื้นฐานเสร็จสิ้นแล้ว การบำบัดรักษา จิตบำบัดแบบ CBT นี้ใช้ตามคู่มือมาตรฐาน แต่มีการปรับเทคนิคบ้างเพื่อให้เหมาะกับผู้ป่วยโรคหัวใจ เช่น การกระตุ้นพฤติกรรมของผู้ป่วยมีการปรับให้
--	--

วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	ปลอดภัยกับสภาวะการเจ็บป่วยของโรคหัวใจ และ จะมีการปรึกษาแพทย์ถ้ามีคำถามเกี่ยวกับความปลอดภัยทางการแพทย์ การบำบัดนี้ทำเป็นรายบุคคลทุกสัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 50 – 60 นาที ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง หรือมีภาวะวิกฤติ อาจทำได้ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ นาน 4 สัปดาห์ แต่ในการปฏิบัติไม่ค่อยมีความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มจำนวนครั้งของการบำบัดและมีการติดต่อทางโทรศัพท์แบบสั้น ๆ ระหว่าง session ของการบำบัด การบำบัดแต่ละ session จะไม่กำหนดตายตัว แต่จะปรับตามความเหมาะสมของผู้ป่วยเหมือนกับโปรแกรม ENRICHD การรักษาในช่วงแรกเน้นการระบุปัญหา การแก้ไขปัญห และการกระตุ้นพฤติกรรม ใน session หลังๆ เน้นเทคนิคการรู้คิด ได้แก่ การท้าทายความคิดแบบอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความทุกข์ และการเปลี่ยนทัศนคติที่บิดเบือน การบำบัด 2 session สุดท้ายเน้นทักษะการบำบัดด้วยตนเองและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำซึ่งทำมาตลอดระยะเวลาบำบัด การสนับสนุนการจัดการความเครียด การสนับสนุนการจัดการความเครียดมีการทำทุกสัปดาห์เป็นรายบุคคล ใช้เวลาครั้งละ 50 – 60 นาทีเช่นเดียวกับ CBT มีการติดต่อทางโทรศัพท์แบบสั้น ๆ ระหว่างsession ถ้าจำเป็น และการบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้งสามารถทำได้หากจำเป็นเช่นกัน แต่โดยส่วนใหญ่จะเป็นการสัปดาห์ละครั้ง การบำบัดจะมีการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและความเครียดในชีวิตประจำวัน การรักษาครั้งแรกๆ ผู้บำบัดอธิบายความเชื่อมโยงของความเครียดกับความซึมเศร้าและโรคหัวใจ ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเครียดขึ้นอยู่กับทักษะที่สามารถฝึกฝนพัฒนาได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ที่จะทำให้ผ่านพ้นอาการซึมเศร้าไปได้ ผู้บำบัดจะให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ความเครียดที่เพิ่งประสบ และจะอภิปรายถึงผลกระทบที่มีต่ออาการซึมเศร้า ระหว่างการบำบัด ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกทักษะการผ่อนคลายแบบ progressive relaxation training, เทคนิคการควบคุมการหายใจ และจินตนาการเพื่อการผ่อนคลาย เทคนิคเหล่านี้จะมีการปรับเปลี่ยนตามความจำเป็นเพื่อตอบสนองต่อการเจ็บป่วยทางกาย ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Orthostatic hypotension)
--	---

วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	ให้ผู้ป่วยฝึกทุกวันและลงบันทึกการฝึก เมื่อผู้ป่วยมีความชำนาญจะให้นำไปใช้กับสถานการณ์ที่เครียดหรือหวั่นไหวในแต่ละวัน ในการบำบัดแต่ละครั้งจะอภิปรายประสบการณ์ต่างๆ เหล่านี้ ผู้บำบัดในกลุ่มบำบัดทั้งสองแบบจะต้องตรวจสอบความเรียบร้อยหลังการบำบัดทุกครั้งด้วยวิธีการประเมินที่พัฒนามาสำหรับการศึกษาี้ เพื่อประเมินการปฏิบัติตามแบบแผนการบำบัดที่เกี่ยวข้องกับตน การประเมินการบำบัด มี 11 ข้อ ให้คะแนนตามระดับ 0 ถึง 6 คะแนน (ช่วงคะแนนรวม 0 ถึง 66 คะแนน) แต่ละข้อจะระบุถึงลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยจาก มุมมองของผู้บำบัด ต่อคุณภาพของความสัมพันธ์ในการบำบัดของผู้ป่วย การประกันคุณภาพ และการตรวจสอบความปลอดภัยของผู้ป่วย คณะกรรมการตรวจสอบความปลอดภัยของผู้ป่วย จะประชุมกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อตรวจสอบอาการซึมเศร้า หรือ ความเครียดที่แย่ลง ความคิดฆ่าตัวตาย และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง คณะกรรมการประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คนและนักจิตวิทยาคลินิก 3 คน ซึ่งต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจมาเป็นอย่างดี ผู้ตรวจสอบที่เป็นแพทย์โรคหัวใจจะเป็นผู้ให้คำปรึกษาตามความจำเป็น เพื่อแก้ไขปัญหาด้านความปลอดภัยทางการแพทย์ และไม่มีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงเกิดขึ้น ผู้ให้การบำบัด การบำบัดทั้งหมดดำเนินการโดยนักบำบัดจำนวน 3 คน ประกอบด้วย นักจิตวิทยาคลินิก 2 คน และนักสังคมสงเคราะห์ทางคลินิก อีก 1 คน เป็นผู้ที่เคยฝึกอบรม และมีประสบการณ์ ในการให้การบำบัด CBT และยึดถือการบำบัดรักษาตาม protocol มีการตรวจสอบคุณภาพ โดยประเมินผลจากการสุ่มเลือก audiotapes ที่บันทึกการบำบัดรักษาใน sessionของการให้การบำบัดรักษา เทียบบันทึกเสียงของแต่ละคน การวัดผลหลัก: วัดผลลัพธ์หลัก จาก Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) ได้มาจาก DISH การปราศจากอาการซึมเศร้า (remission) ได้จากคะแนนจากแบบวัด HAM - D น้อยกว่า 7 คะแนน วัดผลลัพธ์รอง จากแบบวัด Beck Depression Inventory (BDI)
--	---

วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	ใช้ประเมินการปราศจากการซึมเศร้า(remission) ดูจากคะแนน BDI ที่น้อยกว่า 7 คะแนน ใช้เป็นเครื่องมือยืนยันจากแบบวัด HAM-D ผลลัพธ์รองอื่นๆ มีเครื่องมือที่ใช้วัด ดังนี้ Beck Anxiety Inventory Beck Hopelessness Scale Perceived Stress Scale Medical Outcomes Study Short-Form 36-item Health Survey (SF-36) Heart Surgery Questionnaire (HSQ) ซึ่งได้รับการพัฒนามาสำหรับการศึกษานี้ ใช้ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบทางจิตของการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ CABG แบบสอบถาม HSQ จะถามระดับความรู้สึกของผู้ป่วยในช่วงเดือนที่ผ่านมาว่ามีความรู้สึกอยู่ในระดับใด เมื่อเทียบกับความรู้สึกของผู้ป่วยที่ระลึกถึงได้ในช่วงเดือนก่อนที่จะผ่าตัดหัวใจว่ามีความรู้สึกอยู่ในระดับใด คำถามแต่ละข้อจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน (น้อยที่สุด) ถึง 5 คะแนน (มากที่สุด) ซึ่งแบบวัดจะมี 4 มิติย่อย ซึ่งแต่ละมิติมี 5 ข้อคำถาม ที่ได้มาผ่านการวิเคราะห์ปัจจัยจากการรวมข้อคำถามไว้ด้วยกัน ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วม หลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ CABG ในการศึกษาก่อนหน้านี้ ได้แก่ ความกระปรี้กระเปร่า (vitality) อารมณ์เศร้า (dysphoric mood) อารมณ์หงุดหงิด (irritability mood) และการรับรู้ ความบกพร่องด้านการรู้คิด มิติย่อยมีความสอดคล้องกันภายใน (Cronbach α = 0.83, 0.71, 0.77, 0.73, ตามลำดับ) การทดสอบทางระบบประสาท (neuropsychological test) ใช้ประเมินความบกพร่องด้านการรู้คิด (cognitive impairment) หลังทำผ่าตัด CABG จะประเมินไว้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ชุดการทดสอบทางระบบประสาทประกอบด้วย - Digit Symbol test - A paragraph recall test - Short Blessed Test (orientation, memory, and concentration) ติดตามประเมินผล การติดตามประเมินผลกำหนดไว้ที่หลังการบำบัดครบ(ใช้เวลา 12 สัปดาห์) และติดตาม 6 เดือน และ 9 เดือน
--	---

วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	The DISH และแบบทดสอบทั้งหมด นำมาใช้ทดสอบ เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนของการบำบัดที่ 12 สัปดาห์ และนำมาทดสอบในการติดตามประเมินผลที่ 6 เดือนและ 9 เดือน The HSQ และ การทดสอบทางระบบประสาท (neuropsychological test) นำมาทดสอบเฉพาะตอนจัดเก็บข้อมูลพื้นฐานและ เมื่อสิ้นสุดการบำบัดที่ 12 สัปดาห์เท่านั้น ผู้ประเมินผลลัพธ์ จะไม่ทราบว่าผู้เข้าร่วมอยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง ผู้คัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา และผู้ประเมินผลลัพธ์ มีการฝึกอบรมมาก่อน และมีประสบการณ์กับการใช้แบบวัด DISH และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในระหว่างการศึกษาก็ได้รับการนิเทศโดยผู้วิจัย 2 คน และได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมในใช้แบบทดสอบทางระบบประสาท (neuropsychological) จากผู้วิจัย 1 คน การวิเคราะห์ข้อมูล 1. ใช้โปรแกรม SAS ในการแทนค่าข้อมูลสูญหายด้วยวิธี Multiple Imputations (MI) 2. ใช้ Markov Chain Monte Carlo 3. ใช้ X^2 Tests กับ 2 df ในการวิเคราะห์ข้อมูลปฐมภูมิ ในการตัดสินใจ อัตราการลดลงของคะแนนในตัววัด HAM – D แตกต่างกันระหว่างกลุ่มในแต่ละครั้งของการติดตาม หรือไม่ 4. ใช้ 1-way analyses 5. ใช้ 2-tailed t tests 6. ใช้ Cox proportional hazards regression เพื่อตัดสินใจมีความแตกต่างระหว่างการบำบัดการรู้คิด และพฤติกรรม และการสนับสนุนการจัดการความเครียด ในเวลาที่อาการซึมเศร้าลดลง โดยการวิเคราะห์คะแนนของ BDI ที่ดำเนินการ กับข้อมูลที่จัดเก็บเป็นข้อมูลพื้นฐาน และการวัดที่ 3 เดือน 7. ใช้ Mixed models (SAS Proc Mixed; พัฒนาโดยบริษัท SAS Institute Inc) ในการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ในคะแนน HAM - D และในผลลัพธ์รองที่ถูกวัดที่ 4 จุด ของความแตกต่างระหว่างบุคคลที่ข้อมูลพื้นฐาน (จุดตัดบนแกนตั้ง) และในเส้นทางการเคลื่อนที่เมื่อเวลาผ่านไป (ความชัน) 8. ใช้ 1-df tests สำหรับการเปรียบเทียบทีละคู่ และในการวิเคราะห์ทุติยภูมิ การลดลงของคะแนน BDI
--	--

วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	9. ใช้ fixed effects ในการตรวจสอบผลของกลุ่ม เวลา กลุ่ม x เวลาเกิด ปฏิสัมพันธ์ และการใช้ยาแก้เศร้า antidepressant กลุ่ม x เวลาเกิดปฏิสัมพันธ์ แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงของเส้นทางเมื่อเวลาผ่านไปในผลลัพธ์ที่แตกต่างกันระหว่าง 3 กลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญ การใช้ยาแก้เศร้า antidepressant เป็นตัวอย่างความแปรปรวนร่วมที่ไม่ขึ้นกับเวลา โดยใส่ค่าเท่ากับ 1 ลงในแต่ละช่วงเวลาระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับยาแก้เศร้า และใส่ค่าเท่ากับ 0 ในช่วงเวลาอื่นๆทั้งหมด
ผลการศึกษา	การบำบัดแบบ CBT และ การสนับสนุนการจัดการความเครียด (supportive stress management) มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการผ่าตัด CABG ที่มีอาการซึมเศร้า มากกว่าการดูแลตามปกติ การบำบัดแบบ CBT มีระยะเวลาการลดอาการซึมเศร้าได้นานกว่า และลดอาการได้มากกว่า การสนับสนุนการจัดการความเครียด(supportive stress management) พบว่ากลุ่มที่ได้รับ CBT เข้าสู่ภาวะ remission มากที่สุดภายใน 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 71 และรองลงมาเป็นกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนการจัดการความเครียดมีภาวะ remission ใน 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 57 และเปรียบเทียบกับกลุ่มการรักษาแบบปกติ คิดเป็นร้อยละ 33 ($X^2_2 = 12.22, P=0.002$) ขนาดอิทธิพล แสดงโดยจำนวนที่จำเป็นต้องรับการบำบัด (number needed to treat) ที่ 2.6 (95% CI 2.4 - 2.8) สำหรับ CBT เปรียบเทียบกับการดูแลปกติ หมายความว่า ทุก 2.6 คนที่ได้รับการบำบัด CBT แทนการดูแลปกติ จะมีคนที่ภาวะ remission 1 คน และ ที่ 4.1 (95% CI 3.9 -4.3)สำหรับการสนับสนุนการจัดการความเครียดเปรียบเทียบกับการดูแลปกติ การคงภาวะปราศจากอาการ หรือ remission ซึ่งวัดโดยคะแนน HAM-D น้อยกว่า 7 คะแนน ในการติดตามผลทั้ง 3 ครั้ง มี 56%, 41% และ 23% ในกลุ่ม CBT การสนับสนุนการจัดการความเครียด และการดูแลปกติตามลำดับ (P .009)
ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์	1.ผลการศึกษามีความตรงหรือไม่ ผลการวิจัยมีความตรงเนื่องจากการวิจัยมีวัตถุประสงค์ชัดเจน มีการกำหนดประชากรที่ศึกษาชัดเจน และเป็นการศึกษาที่ตรงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา มีการบอกรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดอย่างย่อ การศึกษามีการวัดตัวแปรตามเป็นผลลัพธ์หลักและผลลัพธ์รอง งานวิจัยนี้เป็น

ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ)	งาน RCT มีความเหมาะสมในการใช้วิธีการวิจัยแบบ RCT เพื่อตอบคำถามงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างเหมาะสม มีการสุ่มเข้ากลุ่มจริงโดยใช้โปรแกรม SAS (SAS Institute, Cary, North Carolina) เพื่อสร้างลำดับการจัดแบ่งกลุ่มแบบสุ่ม และการจัดแบ่งกลุ่มด้วยบล็อกของ 3 และ 6 ผู้วิจัยมีความพยายามในการปิดกั้นการสุ่มเมื่อการจัดแบ่งกลุ่มเสร็จจะปิดไว้ในซองปิดผนึกและเปิดเผยแก่ผู้ประสานงานการศึกษาในทันทีหลังจากผู้ป่วยที่เข้าร่วมทำการประเมินผลพื้นฐานเสร็จสิ้นผลของการบำบัดรักษาจะไม่เกิดจากความลำเอียงของการสุ่ม มีรายงานเรื่องความแตกต่างของประชากรที่ศึกษา เพียงเรื่องเดียว คือ สัดส่วนของผู้เข้าร่วมชาวอเมริกัน แอฟริกัน ที่ได้รับการสุ่มเข้าสู่กลุ่มการสนับสนุนการจัดการความเครียด จะสูงกว่าที่คาดการณ์ไว้ ($P=0.01$) แต่ไม่มีความแตกต่างอื่น ๆ ในลักษณะของ กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจึงไม่มีผลกระทบต่องานวิจัย ผู้วิจัยได้รับการปิดกั้นข้อมูลพื้นฐานและกลุ่มที่ผู้ป่วยเข้าร่วม ในการวิเคราะห์ผลการวิจัยนี้มีการรายงานไว้ถึงกลุ่มตัวอย่างที่ droup out ผู้วิจัยได้นำกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาวิเคราะห์ข้อมูลแบบ intent to treat ในงานวิจัยได้รายงานเกี่ยวกับการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ไม่สามารถคงที่อยู่ในงานวิจัย(droup out) ไว้ นอกจากกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัด กลุ่มตัวอย่างได้รับการปฏิบัติที่เหมือนกัน และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มวัดตัวแปรตามที่เหมือนกัน กลุ่มตัวอย่างรายงานเกี่ยวกับการคำนวณ power ในงานวิจัยนี้คือ 80% ซึ่งเพียงพอสำหรับงานวิจัยนี้ 2.ผลการศึกษาเป็นอย่างไร พบว่าภาวะ remission ใน 3 เดือนภายหลังการบำบัด ในกลุ่มCBT สูงสุดคิดเป็นสัดส่วน(ร้อยละ71) รองลงมากลุ่มการสนับสนุนการจัดการความเครียด คิดเป็น(ร้อยละ 57) และกลุ่มการดูแลตามปกติ คิดเป็น(ร้อยละ 33) ($X^2_2 = 12.22$) $P=0.002$ ที่ 3 เดือน เมื่อปรับตัวแปรร่วม ในกลุ่มบำบัด มีอาการซึมเศร้า ลดลงมากกว่า กลุ่มการดูแลตามปกติ เมื่อวัดด้วยแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression กล่าวคือ - กลุ่มการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (มีค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้า = 5.5, ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน = 1.0)
---	--

ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ (ต่อ)	- กลุ่มการสนับสนุนการจัดการความเครียด (มีค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้า = 7.8 ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน = 1.0) - กลุ่มการดูแลตามปกติ (มีค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้า = 10.7 ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน = 1.0) ความแตกต่างจะแสดงถึง 6 เดือน แต่อัตราการลดลงของอาการซึมเศร้าจะแตกต่างกันอีกครั้งที่ 9 เดือน (กลุ่มCBTร้อยละ 73, กลุ่มการสนับสนุนการจัดการความเครียด ร้อยละ 57, และกลุ่มการดูแลตามปกติ ร้อยละ 35 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P=0.003$ ($X^2_2 = 12.02$) 3.สามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ได้หรือไม่ กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยในคลินิกที่สนใจ ผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้ามีลักษณะที่ตรงกับผู้ป่วยในหน่วยงานของผู้ศึกษา จึงสามารถที่จะนำรูปแบบการบำบัดไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน ลักษณะของหน่วยงานมีความเหมือนกับหน่วยงานในงานวิจัย คือ มีแผนกที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคถุงลมปอดโป่งพอง โรคเมเร็ง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ปัญหาตามขอบเขต การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นบทบาทอิสระ พยาบาลสามารถนำการบำบัด การรู้คิด และพฤติกรรมไปใช้ได้จริง ซึ่งแบบประเมินผลลัพธ์ ส่วนใหญ่ได้มีผู้พัฒนาเป็นภาษาไทย และทดลองใช้จนเป็นเครื่องมือที่มีความเป็นมาตรฐาน การบำบัดมีความคุ้มค่าเนื่องจากใช้บุคลากรจำนวนน้อย ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และรูปแบบจิตบำบัดยังเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยโดยหากนำไปใช้ จะสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ผู้บำบัดที่จะนำไปโปรแกรมไปใช้ควรมีความรู้และความชำนาญในการใช้โปรแกรมการบำบัดจึงจะทำให้การบำบัดมีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วย มีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลที่จะตอบสนองนโยบายของ สปสช. และกรมสุขภาพจิต รวมทั้งต้องการพัฒนาคุณภาพการบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย และได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ ทำให้เห็นแนวโน้มในการนำไปปฏิบัติจริงว่ามีโอกาสประสบความสำเร็จ การบำบัดสามารถทำได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ปรับให้เหมาะสมกับผู้รับบริการ
---	---

ตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องที่ 6

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	Tam, K. D., Nagy, A. Y., Mary, A., Emily, W., Katina, N. P. & Raja, G. ปี ค.ศ. 2011
เรื่อง/แหล่งที่ ตีพิมพ์	Randomized controlled trial of brief cognitive behavioral intervention for depression and anxiety symptoms preoperatively in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. <i>The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery</i> , 142(3), 109-115.
วัตถุประสงค์ การศึกษา	เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ การยอมรับ และประสิทธิผลของการบำบัด การรู้คิดและพฤติกรรม ระยะสั้น โดยการให้ความรู้ และทักษะ (MADES) สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า หรืออาการวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดทำทาง เบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ(CABG)
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ(CAD)ที่จะได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ CABG เป็นครั้งแรก เกณฑ์การคัดเข้า(Inclusion Criteria) 1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ(CAD) 2. ผู้ป่วยมีกำหนดเวลาที่จะได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ CABG เป็นครั้งแรก ภายใน 4 - 10 วันข้างหน้า โดยไม่มีการผ่าตัดลิ้นหัวใจคราวเดียวกัน 3. ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า โดยมีคะแนน BDI มากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน และ/หรือ มีอาการวิตกกังวล โดยมีคะแนน State-Trait Anxiety Inventory (STAI) มากกว่าหรือเท่ากับ 40 คะแนน เกณฑ์การคัดออก(Exclusion Criteria) 1) เป็นโรคทางอายุรศาสตร์อื่นๆที่ไม่เกี่ยวกับโรคหัวใจอย่างรุนแรง 2) การเจ็บป่วยทางจิตขั้นรุนแรง ได้แก่ bipolar disorder, schizophrenia 3) การสูญเสียความสามารถของกระบวนการคิดอย่างรุนแรง (severe cognitive impairment) 4) อาการทางจิตยังไม่คงที่ เช่น การฆ่าตัวตาย ป่วยเป็นโรคพิษสุราในขณะที่มีอาการกำเริบอยู่ (active alcoholism)หรือใช้สารเสพติด (substance abuse)

กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	5) มีการเจ็บป่วยที่มีแนวโน้มจะทำให้เสียชีวิตภายใน 1 ปี หรือมีอาการป่วยมากกว่าที่จะเข้าร่วมการทดลองได้ 6) เคยได้รับการบำบัด การรู้คิดและพฤติกรรม ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา หรือ กำลังได้รับการรักษาด้วยวิธีจิตบำบัด 7) การใช้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เช่นการใช้ยาแก้ซึมเศร้าเป็นเวลามากกว่า 4 สัปดาห์
สถานที่เก็บ ข้อมูล	โรงพยาบาลในเครือมหาวิทยาลัย: โรงพยาบาลทหารผ่านศึก (Veterans Affairs hospital)
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับของ งานวิจัย	เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่ม (Randomized controlled Trial, RCT) ความเข้มแข็งของงานวิจัยระดับ 3 (Level III)
เครื่องมือที่ใช้ ในการศึกษา	1. Beck Depression Inventory – II 2. State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Trait) 3. Mini International Neuropsychological Interview (MINI) 4. 12-item Short Form Health Survey (SF-12) 5.แบบสอบถามเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือของการบำบัด 6.แบบสอบถามความพึงพอใจจากการรักษา 7. Comorbidity Index of Deyo and Associates
วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย CAD ที่ได้รับการระบุว่าเป็นผู้ได้รับการคัดเลือกให้ได้รับการทำ CABG ซึ่งมีกำหนดการผ่าตัดภายใน 4 – 10 วัน ข้างหน้า จากโรงพยาบาล Veterans Affairs จำนวน 100 คน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ถึงเดือนพฤษภาคม 2552 ได้รับการคัดกรองเพื่อประเมินสภาวะอารมณ์ และประเมินคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกของงานวิจัย ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกของงานวิจัย จะถูกสุ่มเข้ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นการดูแลแบบปกติ (Treatment as Usual :TAU) หรือกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม CBT ระยะสั้น เพื่อจัดการกับอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าโดยใช้การให้ความรู้และทักษะ (Managing Anxiety and Depression using Education and Skill : MADES)

วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)				บำบัด CBT เรื่องที่ห่วงใยโดยการ ค้นหาและระบุนายการปัญหาที่เกิดขึ้น Overview of study Psycho education (education about CAD, surgery, depression/ anxiety, etc) Overview of CBT Identify concerns (generate problem list)
	2	60	ก่อน ผ่าตัด	กำหนดและทบทวนเป้าหมายเชิง พฤติกรรม แนะนำกลยุทธ์การ ปรับเปลี่ยนการรู้คิด Review behavioral goals Introduce cognitive strategies
	3	60	หลัง ผ่าตัด 3 วัน	ทบทวนกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนการรู้คิด ทบทวนความคิดที่บิดเบือนไป ให้การ สนับสนุนและให้กำลังใจ Review cognitive strategies Review cognitive distortions Continue to support and encourage
	4	60	หลัง ผ่าตัด 5 วัน	ทบทวนตามคู่มือ การวางแผนการ เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ให้การ สนับสนุนและให้กำลังใจต่อไป Review materials Generate plan for continued change Continue to support and encourage
	ผู้ให้การบำบัด นักจิตวิทยาทางคลินิก 2 คน มีการตรวจสอบคุณภาพ และยึดถือปฏิบัติตาม protocol ของการ บำบัดรักษาประเมินผลจากการสุ่มเลือก audiotapes ที่บันทึกการบำบัดรักษา ใน session ของการบำบัด			

วิธีดำเนิน การวิจัย (ต่อ)	วิธีการวัดผลลัพธ์ การวัดผลลัพธ์หลัก จากแบบประเมิน BDI-II และ STAI การวัดผลลัพธ์รอง จากแบบประเมิน SF-12 การติดตามประเมินผล เมื่อเสร็จสิ้นการบำบัดและเมื่อมา follow-up หลังผ่าตัดในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ดังนั้น การประเมินผู้ป่วยด้วย BDI-II และ STAI จะใช้ใน session สุดท้ายของการบำบัด ขณะที่ผู้ป่วยยังพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยกลับมา follow- up ในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 จะได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน BDI-II, STAI และ SF-12 นอกจากนี้ผู้ป่วยในกลุ่มการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม CBT แบบ MADES จะตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือของการบำบัด เมื่อเสร็จสิ้น session การบำบัดในครั้งแรกและ เมื่อเสร็จสิ้น session การบำบัดในครั้งที่ 4 พร้อมกับตอบแบบสอบถามความพึงพอใจจากการบำบัดด้วย การวิเคราะห์ข้อมูล 1. ใช้ 1-way analysis of variance เพื่อวิเคราะห์ระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาล 2. ใช้ mixed-model repeated measures เพื่อวิเคราะห์อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล และคุณภาพชีวิต 3. ใช้ X^2 และ unpaired t test ประเมินแนวโน้มของตัวแปรทางการแพทย์และทางประชากรศาสตร์ที่มีผลต่อข้อสรุปของงานวิจัย ระหว่างกลุ่ม TAU และกลุ่ม MADES การประเมินผลลัพธ์ One-way analysis of variance ใช้วิเคราะห์ตัวแปรที่ตัดสินใจว่า กลุ่ม MADES แตกต่างจากกลุ่ม TAU ในด้านระยะเวลาการเข้าพักรักษาที่โรงพยาบาลหลังการผ่าตัด CABG ในอย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ โดยกลุ่ม MADES มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่ม TAU อย่างมีนัยสำคัญที่ $P = 0.049$, $F(1, 95) = 3.97$ Two-way mixed วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ตัวแปรอิสระคือ การบำบัด ตัวแปรตามที่มีการวัดซ้ำตามช่วงเวลา ได้แก่ BDI-II , SF-12, และ STAI-Trait เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ก่อนเริ่มการบำบัดจนถึงคะแนนจากการประเมินสุดท้าย
---	--

วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	คะแนน BDI-II มีการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่มตามช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญที่ $P = 0.002$, $F(2,196) = 6.59$ คะแนน BDI-II มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน $P = 0.004$, $F(1,98) = 8.69$ และผลการบำบัดมีปฏิสัมพันธ์กับช่วงเวลาเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงไป อย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกัน $P = 0.006$, $F(2,196) = 5.31$ แบบประเมิน STAI เป็นผลหลักระหว่างกลุ่ม ของตัวแปรด้านเวลาของคะแนน STAI อย่างมีนัยสำคัญที่ $P < 0.001$ $F(2,196) = 59.6$ ของผลการบำบัดระหว่างกลุ่ม เป็นตัวแสดงว่าค่าเฉลี่ยคะแนน STAI มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม TAU และ MADES อย่างมีนัยสำคัญที่ $P < 0.001$ $F(1,98) = 17.1$ มีผล และช่วงเวลาที่เกิดการตอบสนองระหว่างกลุ่มบำบัดอย่างมีนัยสำคัญที่ $P < 0.001$ $F(2,196) = 11.4$ แบบประเมิน SF-12 มีความแตกต่างในผลหลักภายในกลุ่ม ของตัวแปรด้านเวลา ของคะแนน SF-12 อย่างมีนัยสำคัญที่ $P < 0.001$ $F(1,98) = 68.8$ มีผลของกลุ่มบำบัด ที่แสดงค่าเฉลี่ยคะแนน SF-12 สำหรับกลุ่ม MADES และกลุ่ม TAU ซึ่งมีลักษณะโดยทั่วไปเหมือนกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญที่ $P < 0.076$ $F(1,98) = 3.22$ เช่นเดียวกันมีผล และช่วงเวลาการเกิดการตอบสนอง ระหว่างกลุ่มบำบัด อย่างไม่มีนัยสำคัญที่ $P < 0.379$ $F(1,98) = 0.780$
ผลการศึกษา	ผู้ป่วยในกลุ่มการดูแลแบบปกติมีระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาล นานกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ MADES (7.9 วัน $\pm$ 2.6 วัน เปรียบเทียบกับ 9.2 วัน $\pm$ 3.5; $P = 0.049$) การบำบัดช่วยลดอาการซึมเศร้า (ค่าเฉลี่ย = 7.3, SD = 1.2, ช่วงคะแนน 5-10) การบำบัดช่วยลดอาการวิตกกังวล (ค่าเฉลี่ย = 8.3, SD = 0.9, ช่วงคะแนน 6-10) โดยรวมผู้ป่วยที่มีความประทับใจในเชิงบวกต่อการบำบัด และบอกว่าจะแนะนำการบำบัดรูปแบบนี้ต่อเพื่อน (ค่าเฉลี่ย = 7.1 SD = 0.9 ช่วงคะแนน 7-10)

ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์	1.ผลการศึกษามีความตรงหรือไม่ ผลการวิจัยมีความตรงเนื่องจากการวิจัยมีวัตถุประสงค์ ชัดเจน มีการกำหนดประชากรที่ศึกษาชัดเจน และเป็นการศึกษาที่ตรงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา มีการบอกละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดที่ชัดเจนแต่อธิบายไว้แบบย่อในงานวิจัยนี้ การศึกษามีการวัดผลที่เป็นตัวแปรตามชัดเจน งานวิจัยนี้เป็นการทดลองแบบสุ่ม (RCT) มีกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง การวิจัยแบบ RCTมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ ไม่มีความแตกต่างของประชากรที่ศึกษา เพื่อตอบคำถามงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมอย่างเหมาะสม โดยใช้ ตารางการสุ่มตัวเลข (a random numbers table) แต่ไม่มีการอธิบายขั้นตอนการสุ่มไว้ในการศึกษา มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกที่ชัดเจน พบว่าไม่มีความคลาดเคลื่อนจากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง คุณลักษณะทางประชากรศาสตร์ ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันคือกลุ่มควบคุม ผู้เข้าร่วมในกลุ่มส่วนใหญ่เป็นชาวผิวขาวและมีจำนวนผู้เข้าร่วมมีโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังมากกว่า แต่ไม่มีผลกระทบต่องานวิจัย ส่วน คุณลักษณะ อื่นๆมีรายละเอียดที่แสดงให้เห็นคุณลักษณะพื้นฐานที่สำคัญ ไม่แตกต่างกัน งานวิจัยนี้ถึงแม้ว่าผู้เข้าร่วมการทดลอง และผู้ให้การรักษาและ คณะผู้ทำงานทั้งหมด จะรับทราบถึงการบำบัดรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ แต่ไม่ทำให้เกิดผลกระทบต่องานวิจัย ในงานวิจัยมีการศึกษาติดตามผู้ป่วย 2 ครั้ง หลังเสร็จสิ้นการบำบัดและเมื่อผู้ป่วยกลับมา follow-up ตามนัดในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ซึ่งผู้ป่วยทุกรายจะถูกติดตาม มีการรายงานถึงผู้ป่วยที่ droup out และ รายงานถึงเหตุผลชัดเจน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติบนพื้นฐานของลักษณะประชากรในผู้ป่วยที่ droup out ผู้วิจัยได้นำกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Intention to treat มีการรายงานถึงการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ไม่สามารถคงอยู่ในการวิจัย (Drop out) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม จะได้รับการปฏิบัติเหมือนกัน งานวิจัยนี้ไม่มีการคำนวณ power ในงานวิจัย 2.การศึกษาเป็นอย่างไร โดยรวม การบำบัดเป็นมีความเป็นไปได้ และ ผู้ป่วยมีความประทับใจเชิงบวก ต่อ การบำบัด การรู้คิดและพฤติกรรม CBT ที่เรียกว่าการจัดการความ
---	--

ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ (ต่อ)	วิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าโดยใช้การให้ความรู้และทักษะ (MADES) ผู้ป่วยในกลุ่มการดูแลแบบปกติ (TAU) มีระยะเวลาการเข้าพักรักษาที่โรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยในกลุ่มบำบัด MADES (7.9 วัน $\pm$ 2.6 วัน เปรียบเทียบกับ 9.2 วัน $\pm$ 3.5; $P = 0.049$) ในกลุ่มการดูแลแบบปกติ (TAU) อาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้นในเวลาที่ยออกจากโรงพยาบาล ในขณะที่กลุ่มบำบัด MADES มีอาการซึมเศร้าลดลงในเวลาที่ยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คุณภาพชีวิตและอาการวิตกกังวลดีขึ้นในทั้งสองกลุ่ม ที่ 3 – 4 สัปดาห์ จากการติดตามผล อย่างไรก็ตาม กลุ่มบำบัด MADES มีการพัฒนามากขึ้นกว่ากลุ่มการดูแลแบบปกติ (TAU) 3.สามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ได้หรือไม่ กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกับผู้ป่วยที่สนใจ คือเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล นี่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกของผู้ศึกษา ลักษณะของหน่วยงานมีความแตกต่างกับหน่วยงานในงานวิจัย คือ ไม่มีแพทย์ผ่าตัดโรคหัวใจ แต่ในหน่วยงานมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่จะเข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในความดูแล สามารถนำการบำบัดมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้ มีความคุ้มค่าอย่างมากที่จะนำการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมไปดูแลผู้ป่วย ที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดจำนวนระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับนโยบายส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงานทำให้เห็นแนวโน้มในการนำไปปฏิบัติจริงว่ามีโอกาสประสบความสำเร็จ
---	--

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล

นางนลินรัตน์ ภูริศิริพัฒน์

วัน เดือน ปีเกิด

7 กรกฎาคม 2516

สถานที่เกิด

จังหวัดชัยนาท ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, นครสวรรค์, 2538

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ระดับต้น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, สวรรค์ประชารักษ์, 2544

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

(พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

สถานที่ทำงาน

โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช

ตำบลเขาพระ อำเภอดเดิมบางนางบวช

จังหวัดสุพรรณบุรี 72120

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพพระดับชำนาญการ

โทรศัพท์ 035-578032 (ต่อ 215,216)

Email : janjira38@Hotmail.com