

การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้า
ในหญิงหลังคลอด : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ศิริกานดา คีรีรัตน์

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2557

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้า

ในหญิงหลังคลอด : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

นางศิริกานดา คีรีตัน

ผู้ศึกษา

อาจารย์ อทิตยา พรชัยเกตุ โอว ชอง,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ อัจฉราพร สิริรุ่งวงศ์,

พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไตร, พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้า

ในหญิงหลังคลอด : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

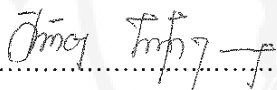
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2557



นางศิริกานดา ศิริรัตน์

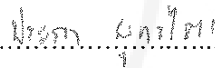
ผู้ศึกษา



อาจารย์ อทิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง,

Ph.D. (Nursing)

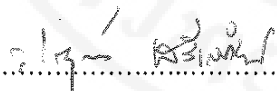
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไธร,

พย.ด.

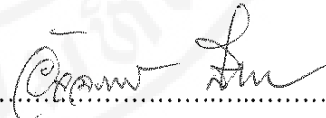
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



นายประยูคต์ เสรีเสถียร,

พ.บ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์

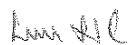
กรรมการสอบสารนิพนธ์



รองศาสตราจารย์ อังนราพร สิริหิรวงศ์,

พย.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

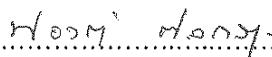


ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาจารย์ ดร. อติดา พรชัยเกตุ โอบ ของ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม ซึ่งได้เสียสละเวลาในการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของการเขียนสารนิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ และให้กำลังใจเป็นอย่างดี ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งในความกรุณาของท่าน และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ.ที่นี้

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภา ยุทธไทร ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และนายแพทย์ประยูรศักดิ์ เสรีเสถียร กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขสารนิพนธ์เพื่อความสมบูรณ์และเหมาะสมของสารนิพนธ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต ที่ให้การสนับสนุนทุนการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผนก. (ภาคพิเศษ) ขอขอบคุณนายแพทย์ทรงพล ชวาลตันพิพัทธ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานี ที่ให้การสนับสนุนอนุมัติให้ศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ขอขอบคุณคุณสมจิตร พิริยะประภากุล หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล คุณวันทนา ทักษณา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ คุณจันทนา พึ่งตน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ 4/4 และเพื่อนร่วมงานของโรงพยาบาลปทุมธานีที่ให้โอกาสและกำลังใจ ตลอดจนผู้ป่วยทุกท่านที่เป็นแรงบันดาลใจในการศึกษาครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ผู้ศึกษาขอกราบรำลึกถึงพระคุณของบิดา มารดา และสามีที่คอยเป็นกำลังใจ ให้ความเสียสละแบ่งเบาภาระส่วนตัวของผู้ศึกษา รวมทั้งเป็นแรงใจและกำลังใจสำคัญจนกระทั่งสามารถบรรลุดุติประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากการทำสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาจะนำไปพัฒนาวิชาชีพ พัฒนาองค์กรเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อไป

การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด :

การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY TO REDUCE DEPRESSIVE SYMPTOMS IN WOMEN WITH
POSTPARTUM DEPRESSION : EVIDENCE-BASED NURSING

ศิริกานดา คีรีรัตน์ 5236529 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อติยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, Ph.D. (NURSING)

อจณราพร สี่หิรัญวงศ์, พย.ค.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาได้ทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามขั้นตอน ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพและตรงตามเกณฑ์ จำนวน 6 เรื่อง เป็นงานวิจัย systematic review 1 เรื่อง randomized controlled trial 4 เรื่อง และ One group pre – post test 1 เรื่อง เมื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ได้ข้อแนะนำดังนี้ รูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมคือ การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมที่ให้การบำบัดกับหญิงหลังคลอดโดยตรงทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม ผู้เข้ารับการบำบัดมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นภายใน 12 เดือนหลังคลอด โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSM-IV ว่าเป็น Minor หรือ Major Depressive Disorders และใช้เครื่องมือ Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) โดยใช้เกณฑ์คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป เป็นจุดตัดสำหรับการระบุว่ามีความเสี่ยงของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด รูปแบบการบำบัดแบบรายบุคคลมีการบำบัด 5 - 8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยมีองค์ประกอบหลักของการบำบัด คือ 1. การให้ความรู้ 2. การให้การสนับสนุนช่วยเหลือ 3. การปรับการรู้คิดและพฤติกรรม สำหรับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมแบบกลุ่ม ทำการบำบัด 9 - 12 ครั้ง ครั้งละ 90 - 120 นาที จำนวนสมาชิกกลุ่มละ 5 – 10 คน โดยมีองค์ประกอบหลักของการบำบัด คือ 1. การทำความเข้าใจอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด 2. กลวิธีการของการปรับการรู้คิดและพฤติกรรม การบำบัดทั้ง 2 รูปแบบสามารถทำได้ทั้งในโรงพยาบาล และในศูนย์สุขภาพในชุมชน ทั้งนี้ควรมีการนำข้อแนะนำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงลักษณะของกลุ่มเป้าหมายและบริบทของหน่วยงาน และมีการนำไปทดลองใช้ก่อนนำไปปฏิบัติจริงในหน่วยงาน

คำสำคัญ: หญิงหลังคลอด/ โรคซึมเศร้า/ การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม/

การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY TO REDUCE DEPRESSIVE SYMPTOMS IN
WOMEN WITH POSTPARTUM DEPRESSION: EVIDENCE-BASED NURSING

SIRIKANDA KEEREERAT 5236529 NSMH/M

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

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

ABSTRACT

The present study investigated cognitive behavior therapy to reduce depressive symptoms in women with postpartum depression based on evidence. A total of six qualified research studies were selected. Of these, one was a systematic review, four were randomized controlled trials, and one was one-group pre-post test design. The analysis and synthesis of the studies revealed that the appropriate types of therapy for women with postpartum depression were both individual and group cognitive behavior therapy. The patients were postpartum women aged 18 years old and above who developed depression within 12 months after giving birth. They were diagnosed as having either minor or major depressive disorders based on the DSM-IV criteria and had a score of twelve or more on the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Regarding individual cognitive behavior therapy, the total number of sessions ranged from five to eight sessions, each lasting 60 minutes. The main contents of the program consisted of three components: provision of knowledge, provision of support, and cognitive behavioral modification. For the group cognitive behavior therapy, each group had about 5-10 members. The total number of sessions was 9-12 sessions, each lasting for 90-120 minutes. The main contents of the program consisted of provision of knowledge about postpartum depression and cognitive behavior modification. It is recommended that clinical nursing practice guidelines should be developed by taking into account the characteristics of the target population and the context of the workplace, and the guidelines should be tried out before its actual implementation in the healthcare setting.

KEY WORDS: POSTPARTUM WOMEN/ DEPRESSION/ COGNITIVE
BEHAVIOR THERAPY/ EVIDENCE-BASED NURSING

สารบัญ

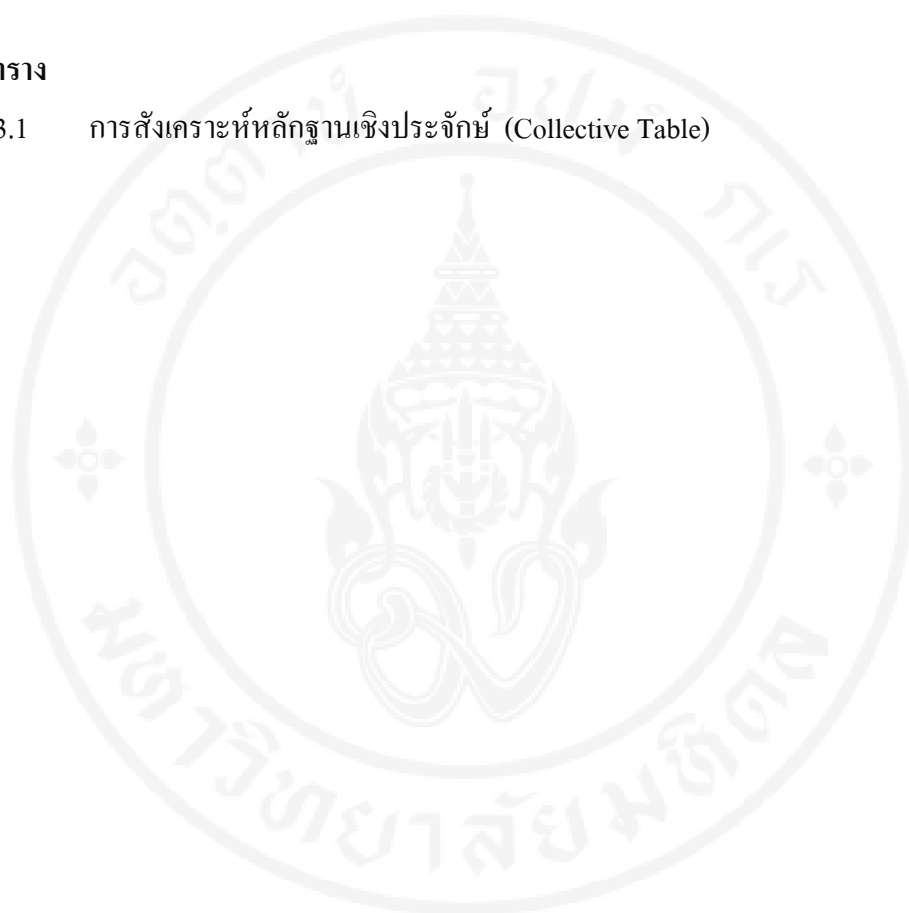
	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่สนใจ	1
1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา	7
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	8
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 วิธีดำเนินการ	9
2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	9
2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	10
บทที่ 3 ผลการดำเนินงาน	14
3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น	14
3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์	16
3.3 วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	17

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	32
4.1 สรุปผลการศึกษา	32
4.2 ข้อเสนอแนะ ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล	34
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	36
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	54
รายการอ้างอิง	72
ภาคผนวก	77
ประวัติผู้ศึกษา	163

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
3.1 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective Table)	16



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่สนใจ (Background and significance of clinical problem)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postnatal depression) เป็นภาวะที่หญิงหลังคลอดมีอาการซึมเศร้าภายในเวลา 6 สัปดาห์หลังคลอด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) หรือบางการศึกษาอาจให้คำจำกัดความถึง 1 ปีหลังคลอด (Stewart et al., 2003) ผู้ป่วยหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะมีอาการในช่วงเดือนแรกหลังคลอด โดยอาการจะเหมือนกับโรคซึมเศร้าทั่วไปคือ มีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดเหี่ยวแรง บางคนรู้สึกตัวตนเองทำผิด และอาจมีความคิดอยากทำร้ายตนเอง ซึ่งลักษณะดังกล่าวจะแตกต่างจากภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Postpartum blues) คือ อาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดจะมีอาการรุนแรงมากกว่า และรบกวนความเป็นอยู่ของมารดาและการเลี้ยงดูทารก โดยอาการจะเป็นอยู่นานเกินกว่า 2 สัปดาห์ ส่วนอารมณ์เศร้าหลังคลอดนั้น จะมีอาการรู้สึกซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดเหี่ยว ท้อแท้ โดยหาสาเหตุไม่ได้ โดยส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์หลังคลอด (จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ และกมลรัตน์ วัชรภรณ์, 2548) บางการศึกษาได้กล่าวถึงหญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอดว่ามีอารมณ์ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ร้องไห้บ่อย ขาดความอยากอาหาร เบื่อหน่าย มีอาการทางร่างกายหลายอย่าง ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ มีความรู้สึกด้อยค่าในตนเอง และมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Cho, Kwon, & Lee, 2008) สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ตามระบบการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (DSM-IV-TR) นั้นไม่มีการแยกการวินิจฉัยที่เฉพาะเจาะจง แต่จัดเป็นภาวะที่บุคคลมีอาการที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) และเข้าเกณฑ์ของภาวะหลังคลอด กล่าวคือบุคคลจะมีอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่ อารมณ์หดหู่ ความสนใจในกิจกรรมลดลง เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง นอนไม่หลับ สมาธิลดลง อ่อนเพลียเมื่อยล้า รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และอยากฆ่าตัวตาย โดยอาการของโรคเกิดขึ้นภายใน 4 สัปดาห์หลังคลอด (American Psychiatric Association : APA, 2000) สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามองค์การอนามัยโลก ตามบัญชีการจำแนกโรกระหว่างประเทศฉบับแก้ไข ครั้งที่ 10 (ICD - 10) ได้อธิบายอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด (F53.0) ว่าเป็นความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมในระยะหลังคลอด โดยบุคคลจะมีอาการแสดงที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย

ปานกลาง หรือรุนแรง คือในด้านอารมณ์พบว่าผู้ป่วยมีอารมณ์เศร้า มีความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง รู้สึกเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า ไม่มีความพยายามในการทำกิจกรรม การนอนหลับมักจะถูกรบกวน ความอยากอาหารลดลง ความภาคภูมิใจในตนเองและความมั่นใจในตนเองลดลงเกือบตลอดเวลา แม้จะมีอาการไม่รุนแรง และมักมีความรู้สึกผิดหรือความรู้สึกไร้ค่า ในส่วนของร่างกายพบว่ามีอาการสูญเสียความสนใจและความพึงพอใจ มักตื่นในตอนเช้าเป็นเวลาหลายชั่วโมง ก่อนเวลาปกติ ความอยากอาหารลดลง น้ำหนักลด และความต้องการทางเพศลดลง โดยมีอาการเกิดขึ้นภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด (World Health Organization : WHO, 2013)

จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2008) ในรายงานการประชุมสุขภาพจิตมารดา และทารกแรกเกิด ที่กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ในปี 2008 พบว่ามีอัตราหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดทั่วโลกที่มีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น โดยมีอัตราสูงถึง 14% เมื่อพิจารณาสถิติของอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดในประเทศต่างๆ พบความชุกของอาการซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดในประเทศสหรัฐอเมริกา 8 - 12% (Cox et al., 1987 อ้างใน กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และจารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, 2546) และสถิติจากเมืองวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย พบความชุกของอาการซึมเศร้า 10-25% ของหญิงหลังคลอด (Horan-Smith & Gullone, 1998; O'Hara & Swain, 1996 cited in Craig, Judd & Hodgins, 2005) สำหรับการศึกษาความชุกของการเกิดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดของประเทศในภูมิภาคเอเชีย พบการศึกษาจากประเทศเกาหลีใต้ที่ได้ทำการวิเคราะห์แบบ meta-analysis จากการศึกษา 59 งาน พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าตามการวินิจฉัยด้วยการสัมภาษณ์คิดเป็น 14% ซึ่งใกล้เคียงกับความชุก 12% ที่ได้จากการวัดด้วยแบบสอบถามแบบรายงานตนเอง (O'Hara & Swain, 1996 cited in Cho, Kwon & Lee, 2008) ในประเทศสิงคโปร์พบความชุกของอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด 11.6% และในประเทศมาเลเซียพบความชุกของอาการ 3.9% จะพบว่าในภูมิภาคเอเชียมีความชุกน้อยกว่าประเทศทางตะวันตก ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลอาจไม่ตระหนักถึงภาวะดังกล่าว หรือความลังเลใจในการขอความช่วยเหลือของหญิงหลังคลอดเพราะรู้สึกอับอายกับการเจ็บป่วย (Kit, Janet & Jegasothy, 1997 อ้างใน กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และจารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, 2546) สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาความชุกของอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2544 ถึงเมษายน พ.ศ. 2545 ในผู้หญิงที่มารับการตรวจในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 253 ราย (ไม่รวมผู้ที่ป่วยเป็นโรครุนแรงทางกายและทางจิตที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้) ผลการศึกษาพบผู้หญิงหลังคลอดจำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.5 มีคะแนนจากแบบประเมินอาการซึมเศร้า Edinburgh Postnatal Depression Scale

(EPDS) ฉบับภาษาไทย ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 13 คะแนน ซึ่งถือว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอด (จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์และกมลรัตน์ วัชรภรณ์, 2548) นอกจากนั้นอีกหนึ่งการศึกษาในประเทศไทยพบความชุกของอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด 16.8% จากกลุ่มตัวอย่าง 610 คน (โดยมีคะแนนจากแบบวัดอาการซึมเศร้า EPDS ตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป) (Limlomwongse & Liabsuetrakul, 2005 cited in WHO, 2008)

แม้ว่าผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอดส่วนใหญ่จะมีอาการดีขึ้นได้ด้วยตนเอง โดยไม่ได้รับการรักษา (Cooper, Murray, Wilson & Romaniuk, 2003 cited in Cho, Kwon, & Lee, 2008) แต่มากกว่าครึ่งของหญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอดก็จะมีช่วงเวลาที่มียาอาการซึมเศร้าต่อเนื่องในช่วงปีแรกหลังคลอด หญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอดยาวนานมักจะรู้สึกไม่ค่อยผูกพันกับทารก และอาจมีความรู้สึกในด้านลบกับทารกของตนเอง (Cornish, McMahon, Ungerer, Barnett, Kowalenko & Tennant, 2005 cited in Cho, Kwon & Lee, 2008) การวิจัยด้วยการสังเกต (Observational research) พบว่าเด็กที่มารดามีอาการของโรคซึมเศร้าจะอ่อนแอกว่า มีคะแนนด้านความฉลาดและพัฒนาการช้ากว่า ควบคุมอารมณ์ได้น้อยกว่า และรู้สึกผูกพันกับมารดาน้อยกว่า เมื่อเทียบกับเด็กที่มารดาไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า และเด็กที่มารดามีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอด ยังมีการตอบสนองในเชิงลบต่อความเครียด มีพัฒนาการในการควบคุมตนเอง ศักยภาพด้านการศึกษา ความสามารถด้านสังคม และระดับความเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ และมีปัญหาเชิงพฤติกรรมในระดับสูง (Goodman & Gotlib, 1999 cited in Cho, Kwon & Lee, 2008) ด้วยเหตุนี้อัตราความชุกของความผิดปกติทางจิตในกลุ่มบุตรที่มารดามีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอด จึงได้รับการคาดการณ์ว่าสูงกว่าเด็กทั่วไป 2 – 5 เท่า (Beardslee et al., 1993; Beardslee, Versage & Gladston, 1998 cited in Cho, Kwon & Lee, 2008) นอกจากนั้น อาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอดก็ยังมีผลให้อัตราการเกิดโรคซึมเศร้าในคู่สมรสเพิ่มสูงขึ้น (Cutrona, 1984 cited in Cho, Kwon & Lee, 2008) และ 50 - 70% ของหญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอดรายงานว่าประสบปัญหาและความขัดแย้งในชีวิตสมรส (Phillipps & O'Hara, 1991 cited in Cho, Kwon & Lee, 2008)

ในส่วน of โรงพยาบาลปทุมธานีสถิติจากการสืบค้นจากเวชระเบียนในหญิงหลังคลอดที่พักรักษาในแผนกหลังคลอด 3 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ.2554 – 2556) พบหญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้า จำนวน 15, 12 และ 18 ราย ตามลำดับ (เวชระเบียนผู้ป่วยใน: โรงพยาบาลปทุมธานี, 2556) ในกลุ่มนี้พบว่ามารดามีปัญหาภาวะแทรกซ้อนทางกาย เช่น แผลผ่าตัดติดเชื่อที่ต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น การสูญเสียทารกหลังคลอด ทารกอยู่ ICU เนื่องจากปัญหาแรกคลอด การ

คลอดก่อนกำหนดและไม่พร้อมเลี้ยงดูทารก การมีปัญหากับสามี (การนอกใจและทำร้ายร่างกาย) และความกังวลในการเลี้ยงบุตรว่าจะเลี้ยงได้ไม่ดี บุตรจะไม่แข็งแรง เป็นต้น

สำหรับสาเหตุของอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดอธิบายตามแนวคิดทฤษฎีหลักๆ 3 แนวคิด คือแนวคิดทฤษฎีทางชีวภาพ แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาและแนวคิดทฤษฎีทางจิตสังคม (Beck, 1967) แนวคิดทฤษฎีทางชีวภาพ ได้อธิบายอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดว่ามีความสัมพันธ์กับพันธุกรรม สารสื่อประสาทในสมองโดยเฉพาะสารซีโรโตนิน นอร์อิพิเนฟริน ทริปโตเฟน โดปามีน และฮอร์โมน ซึ่งภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเกิดจากการลดระดับฮอร์โมนในร่างกาย เช่น ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน เอสโตรเจน โปรแลคติน ไทรอยด์ และคอร์ติซอล เป็นต้น ในการศึกษาปัจจุบันพบว่าหญิงหลังคลอดที่ให้นมบุตรต่อเนื่องมีโอกาสเกิดอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่าหญิงที่ไม่ให้นมบุตร ซึ่งอาจเป็นผลมาจากฮอร์โมนโปรแลคตินที่สูงขึ้น ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนและเอสโตรเจนลดลง (Ahokas, Kaukoranta, & Aito, 1999 อ้างในกมลรัตน์ วัชรภรณ์ และจารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, 2546) ในส่วนของแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาสามารถอธิบายการเกิดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด โดยใช้กรอบแนวคิดทางปัญญาของเบ็ค (Beck, 1967) ซึ่งจากแนวคิดนี้อธิบายได้ว่าอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดเกิดจากภาวะวิกฤตตามพัฒนาการจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และการปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา รวมทั้งระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิดและการรับรู้ ทำให้มารดาหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดได้ (Beck, 1967) และสำหรับแนวคิดทฤษฎีทางจิตสังคม ประกอบด้วยลักษณะทั่วไปทางประชากร อายุ สถานภาพสมรส สถานการณ์การทำงาน รายได้ อายุของมารดา การศึกษาพบว่าอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดมักเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน โดยที่อาการที่หญิงแต่ละคนประสบก็อาจแตกต่างกันไป (Warner, Appleby & Whitton, 1996; Webster, Thomson, Mitchell & Werry, 1994; Schaper, Rooney & Kay, 1994 อ้างในกมลรัตน์ วัชรภรณ์ และจารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, 2546) และปัจจัยที่อาจส่งผลเพิ่มโอกาสที่หญิงจะเกิดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด ได้แก่หญิงหลังคลอดที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี (Warner, Appleby & Whitton, 1996 อ้างในกมลรัตน์ วัชรภรณ์ และจารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, 2546) และผู้หญิงที่มีบุตรคนแรกตอนอายุน่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าสูงกว่าหญิงที่มีบุตรตอนอายุน้อย ส่วนในด้านสถานภาพสมรสที่หย่าร้างพบว่าการเกิดโรคซึมเศร้าได้สูงกว่าหญิงที่มีสถานภาพสมรสคู่ การมีประวัติการมีโรคซึมเศร้าในอดีต เหตุการณ์ที่ทำให้เครียดที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์หรือการคลอดบุตร การมีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับสามี การตั้งความหวังในการเป็นแม่ที่ไม่สามารถเป็นจริงได้ และปัจจัยส่วนบุคคลต่างๆ (Milgrom et al., 1999; Johnstone et al., 2001 cited in

Craig, Judd & Hodgins, 2005) อาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดนั้น ส่งผลกระทบต่อหญิงหลังคลอดจำนวน 10-20% หญิงส่วนใหญ่จะฟื้นตัวได้ใน 6 เดือน แต่อีกส่วนหนึ่งก็จะยังคงปรากฏอาการซึมเศร้าอีกต่อไปได้ถึง 2 ปี ผลกระทบที่ตามมาก็มีทั้ง ความขัดแย้งในชีวิตสมรส การรบกวนต่อความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูก และปัญหาเรื่องพัฒนาการของลูกในภายหลัง (Milgrom et al., 2005) ผลกระทบในด้านต่างๆที่เกิดขึ้นของอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด ได้แก่ด้านบุคคล คือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ มีความวิตกกังวล มีความเครียดต่อสิ่งต่างๆตลอดเวลา มีความรู้สึกด้านลบ ปรับตัวได้ไม่ดี ไม่มีความสุข อาจมีอาการหลงผิด อาการทางจิตประสาทถึงขั้นทำร้ายตนเองได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ ในส่วนของผลกระทบต่อครอบครัว คือ มีปัญหาสัมพันธภาพกับบุตร สามี บุคคลอื่น และสังคมโดยรวม (Pillitteri, 2003)

การรักษาอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด มีหลายวิธี แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ คือ การรักษาทางชีวภาพและการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งการรักษาทางชีวภาพได้แก่การรักษาด้วยยา สำหรับการรักษาอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดด้วยยา บางการศึกษาก็ได้บ่งชี้ถึงประสิทธิผลของยาด้านอาการซึมเศร้าในการป้องกันและรักษาอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด (Wisner & Wheeler, 1994; Nonacs & Cohen, 1998 cited in Chabroi et.al., 2002) อย่างไรก็ตามแม้จะมีข้อมูลรับรองมากขึ้นเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้ยาด้านเศร้าระหว่างช่วงการให้นมบุตร แต่ก็ยังไม่เป็นที่รู้กันถึงผลกระทบของยาด้านเศร้าที่อาจส่งผ่านการให้นมบุตรและอาจมีผลต่อพัฒนาการทางสมองของทารกในระยะยาว และการสั่งยาประเภทนี้ให้กับหญิงที่ให้นมบุตรก็ต้องมีการประเมินถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้ในแต่ละกรณีเฉพาะรายไปมารดาส่วนใหญ่โดยเฉพาะผู้ที่ให้นมบุตรมักหลีกเลี่ยงการใช้ยา จึงอาจส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของมารดา (Chabroi et.al, 2002)

ในส่วนการบำบัดทางจิตสังคมที่ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy) เป็นการรักษาที่เน้นปรับปรุงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ สำหรับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy : CBT) เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขความคิดของผู้ป่วยเพราะเชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีสาเหตุจากการมีความคิดบิดเบือนไปซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์หรืออารมณ์เศร้า นอกจากนั้นยังมีจิตบำบัดระยะสั้น (Short-term psychotherapy) โดยช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของตนให้เกิดความคิดที่ตรงเหมาะสมและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆได้ดีขึ้น (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) จากประสบการณ์ของผู้ศึกษาที่ปฏิบัติงานในแผนกหลัง

คลอดพบว่าหญิงหลังคลอดส่วนใหญ่ประสบปัญหาในเรื่องการเลี้ยงบุตร โดยมีความคิดในด้านลบ เช่น กังวลว่าจะเลี้ยงบุตรได้ไม่ดี บุตรไม่แข็งแรง ไม่มีใครช่วยดูแลบุตร หรือสามีอาจไม่รักใคร่หรือห่วงใยเหมือนเดิม เป็นต้น ทำให้ผู้ศึกษาคิดว่าการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมนั้นมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยในแผนกที่ปฏิบัติงานอยู่

สำหรับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดที่มีอาการซึมเศร้าได้ผลดีกว่าการดูแลตามปกติ (Dennis, Hodnett & Bloombreg, 2007) นอกจากนั้นการศึกษาดูตามผลกับผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดในรูปแบบนี้พบว่ามีประสิทธิภาพดีกว่าการบำบัดโดยใช้ยาเพียงอย่างเดียว เมื่อมองในเรื่องของการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ (Blackburn, Eunson & Bishop, 1986; Evans, Hollon & DeRubeis, 1992; Kovacs, Rush, Beck & Hollon, 1981; Shea, Elkin & Imber, 1992; Simons, Murphy, Levine & Wetzel, 1986 cited in Craig, Judd & Hodgins, 2005) หรือในบางการศึกษาที่มีการใช้การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมร่วมกับการใช้ยาด้านเศร้า paroxetine ในบางการศึกษาให้การบำบัดเฉพาะการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว เนื่องจากการบำบัดโดยใช้ยาถือเป็นรูปแบบการรักษาโรคซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลหลังคลอดที่ใช้กันทั่วไป แต่พบว่าความมีประสิทธิภาพของการบำบัดด้วยวิธีนี้ขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยได้ทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดเพียงใด ปัจจัยที่ส่งผลต่อความยินยอมที่จะทานยาของผู้ป่วยนั้นมีหลายปัจจัย เช่น ทักษะคิดต่ออาการเจ็บป่วย ประเภทของยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยา การจะทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะทานยาตามแผนการรักษา ถือเป็นสิ่งที่ซับซ้อนและยากยิ่ง ดังนั้นการบำบัดทางจิตสังคมจึงน่าจะมีบทบาทเพิ่มขึ้น และจากผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการรักษา 2 แบบคือ การให้ยารักษาโรคซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว กับ การให้ยาร่วมกับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม ล้วนแต่มีประสิทธิภาพในการลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดหรือลดอาการของโรคซึมเศร้าร่วมกับโรควิตกกังวล อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพของการใช้การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว (โดยไม่ใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าร่วมด้วย) ในการใช้รักษานักคลอดที่มีโรคซึมเศร้าหลังคลอดระดับปานกลางจนถึงรุนแรงร่วมกับโรควิตกกังวลยังต้องมีการศึกษาต่อไป (Misri, Reebye, Corral & Milis, 2004)

ในส่วนของรูปแบบการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมนั้นมีข้อดีที่การบำบัดแบบนี้เน้นการปรับความคิดด้านลบและปรับแก้การขาดความสนใจในการทำกิจกรรมประจำวัน ซึ่งมักจะเป็นลักษณะอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด (Craig, Judd & Hodgins, 2005) สำหรับบางการศึกษาในเรื่องการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม พบว่าเป็นการบำบัดที่ถูกใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติทั้งจากโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลโดยมีเป้าหมายที่จะลดอาการต่างๆ

โดยเน้นการปรับรูปแบบเชิงลบในความคิดและพฤติกรรม (Austina et.al., 2002) และจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการนำการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมมาใช้ในการบำบัดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด พบว่ามีองค์ประกอบหลักที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดคือการเพิ่มความหวังในชีวิต และการเพิ่มความสามารถในการปรับตัวและจัดการกับปัญหาได้ โดยการส่งเสริมการตระหนักถึงความคิดด้านลบของตน การท้าทายความคิดและพฤติกรรม การแก้ปัญหา การกำหนดตารางกิจกรรม การผ่อนคลาย การดูแลตัวเอง และการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดอาการซึมเศร้า โปรแกรมการบำบัดนั้นมีการบ้านให้ไปทำระหว่างสัปดาห์ ซึ่งทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ ในแต่ละครั้งของการบำบัดด้วย (Craig, Judd & Hodgins, 2005) และในส่วนของการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการนำการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมมาใช้ในการบำบัดหญิงหลังคลอดอีกการศึกษาพบว่า มีองค์ประกอบหลัก ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและธรรมชาติของทารก การให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และการปรับการรู้คิดและปรับพฤติกรรม เป็นต้น การบำบัดโดยการประยุกต์การใช้แนวคิดการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม มาใช้ ในการส่งเสริมความสามารถของหญิงหลังคลอด ในการปรับตัวกับปัญหาต่างๆ ที่พบบ่อยในช่วงหลังคลอด เช่น พฤติกรรมที่มีปัญหาของทารก ข้อขัดแย้งกับคู่สมรสและครอบครัว ขยาย รวมถึงปัญหาด้านการเปลี่ยนบทบาทต่างๆ อีกทั้งยังเน้นย้ำถึงความสำเร็จและพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับหญิงหลังคลอดและทารก เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นกับหญิงหลังคลอด (Chabroi, Teissedre, Saint-Jean, Teisseyre, Roge & Mullet, 2002) จะเห็นว่าการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมนั้นมีประสิทธิภาพในการลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดได้

1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา (Clinical Question)

โรงพยาบาลปทุมธานีเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ ตติยภูมิ จำนวน 375 เตียง รับผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทุกประเภท รวมถึงผู้ป่วยทางสูติกรรมโดยแผนกสูติกรรมหลังคลอดนั้นมีหญิงหลังคลอดเป็นจำนวนถึง 250-300 รายในแต่ละเดือน อีกทั้งยังให้บริการการบำบัดรักษาหญิงหลังคลอดที่มีอาการซึมเศร้าทั้งที่ได้รับการวินิจฉัยและยังไม่ได้การวินิจฉัยจากจิตแพทย์ในคลินิกจิตเวช โดยจากประสบการณ์ของผู้ศึกษาในการปฏิบัติงานด้านหญิงหลังคลอดที่ประสบภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จะมีการให้คำปรึกษาโดยเบื้องต้น และให้ทำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q หากพบว่ามีอาการซึมเศร้าก็จะส่งแผนกจิตเวชเพื่อให้คำปรึกษาทางด้านจิตเวช และจากการที่พบหญิงหลังคลอดในหน่วยงาน การให้คำปรึกษาเป็นเรื่องที่ต้องปฏิบัติเป็นเบื้องต้นเพื่อแก้ไขปัญหามาบัดทางด้านจิตใจก่อนส่งผู้ป่วยไปคลินิกจิตเวชต่อไปเมื่อพบปัญหาที่ซับซ้อน แต่ก็พบว่าหน่วยงาน

ของผู้ศึกษายังไม่มีรูปแบบการบำบัดที่ชัดเจน โดยมากเมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดก็จะส่งปรึกษาแผนกจิตเวช ซึ่งผู้ป่วยบางรายก็มีอาการดีขึ้น แต่บางรายก็ยังคงมีอาการซึมเศร้าอยู่ ผู้ศึกษาจึงได้ทบทวนวรรณกรรมและพบว่าโปรแกรมสำหรับการบำบัดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้า ได้แก่การบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สามารถช่วยลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษา วิเคราะห์ และสังเคราะห์รูปแบบการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบหรือแนวทางในการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด
2. หน่วยงานสามารถนำแนวทางการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้

บทที่ 2

วิธีดำเนินการ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด ซึ่งผู้ศึกษาได้ดำเนินการค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยและบทความที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ จากนั้นนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อแนะนำเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด ซึ่งมีวิธีดำเนินการดังนี้

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1.1 กรอบการสืบค้น ผู้ศึกษาได้กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO (PICO framework) (Craig & Smyth, 2002) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้นดังนี้

Population : ประชากรที่ศึกษาคือ หญิงหลังคลอดที่มีอาการซึมเศร้า โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นคือ Postnatal Women/ Postpartum Women

Intervention : การบำบัดคือ การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม โดยคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น “Cognitive behavior therapy”, CBT

Comparison intervention : กลุ่มที่ใช้เปรียบเทียบ ไม่มี

Outcome : ผลลัพธ์ที่ศึกษาคือ การลดลงของอาการซึมเศร้าหลังคลอด (Reduction of Depressive Symptoms) โดยคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นคือ Depressive symptoms

2.1.2 ขอบเขตการสืบค้น ฐานข้อมูล/แหล่งที่ใช้ในการสืบค้น

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูลมีดังนี้

Population : Postnatal Women/ Postpartum Women

Intervention : Cognitive behavior therapy

Comparison intervention : -

Outcome : Depressive Symptoms

ฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น มีดังนี้

1. สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (E-database) ได้แก่ Cochrane Library, Science-Direct, PubMed, BMJ, CINAHL, Elsevier, Springer Link
2. สืบค้นด้วยมือ (Hand search) จากเอกสารอ้างอิงในบทความ งานวิจัยต่างๆ รวมทั้งวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับงานทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จากห้องสมุดของสถาบันในประเทศไทย ได้แก่ ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

2.1.3 เกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

- 1) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม เพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดและผลลัพธ์ที่วัดเกี่ยวกับการลดลงของอาการซึมเศร้า
- 2) เป็นงานวิจัยที่มีรูปแบบการศึกษาแบบ Systematic review หรือ Meta-analysis งานวิจัยแบบทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ และงานวิจัยกึ่งทดลอง
- 3) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ฉบับสมบูรณ์ (Full Text) ที่มีการตีพิมพ์ระหว่างปี 2000 - 2013
- 4) มีภาษาที่ใช้ในการตีพิมพ์เป็นภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ

2.2 วิธีที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2.1 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

โดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ สกัดเนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงในตารางที่ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มตัวอย่าง สถานที่เก็บข้อมูล ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของหลักฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา รูปแบบการบำบัด วิธีการดำเนินการวิจัย ผลการศึกษาวิจัย และผลการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์และการสรุปเพื่อการประยุกต์ใช้ในการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพ

หลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 องค์ประกอบ ดังนี้คือ (1) ผลการวิจัยมีความตรงหรือไม่ (2) ผลการวิจัยเป็นอย่างไร (3) ผลการวิจัยเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการปฏิบัติหรือไม่ ซึ่งวิธีการประเมินในแต่ละองค์ประกอบมีความแตกต่างกันขึ้นกับชนิดของระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005)

รูปแบบงานวิจัยแบบ Systematic Review การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้

ก. ผลการวิจัยมีความตรงหรือไม่ พิจารณาจากมีการบอกว่าวัตถุประสงค์ในการ Review อย่างชัดเจนหรือไม่ มีการรายงานถึงขั้นตอนการค้นหางานวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อหา งานวิจัยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่ มีการอธิบายเกณฑ์ในการคัดเข้า และคัดออกหรือไม่ ใช้เกณฑ์อะไรในการตัดสินใจ เป็นเหตุเป็นผลที่เหมาะสมหรือไม่ ผู้เขียนบอกถึงการประเมิน งานวิจัยที่รวบรวมไว้หรือไม่ และเกณฑ์ในการประเมินเหมาะสมหรือไม่ กล่าวคือมีการนำเสนอ ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยแต่ละเรื่องอย่างเพียงพอหรือไม่ มีการบอกจุดประสงค์ของงานวิจัย ขนาด ของกลุ่มทดลอง คำอธิบายเกี่ยวกับการรักษา ผลลัพธ์มีการเปรียบเทียบความคล้ายคลึงของกลุ่ม ตัวอย่างกับผู้ป่วยในคลินิกหรือไม่ คุณภาพของงานวิจัยที่เลือกมาเป็นอย่างไร มีขั้นตอนการสกัด และการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร

ข. ผลการวิจัยเป็นอย่างไร พิจารณาจากการประมวลผลรวมของการศึกษามีความ เหมาะสมหรือไม่ งานวิจัยที่รวบรวมมีความคล้ายคลึงกันเพียงพอที่จะนำผลมารวมกันหรือไม่ ผลรวมของ Systematic review สรุปผลอย่างไร ต้องมีผลสรุปของงานวิจัยที่มีการให้น้ำหนัก ความสำคัญของงานวิจัย มีการพิจารณาผลลัพธ์ที่มีความสำคัญทุกตัวหรือไม่ ถึงแม้ผลลัพธ์บางตัว ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อาจมีนัยสำคัญทางคลินิกได้ ผลลัพธ์ที่ได้มีความคุ้มค่ากับการลงทุนและ ความเสี่ยงหรือไม่ ตลอดจนพิจารณาความแตกต่างในกลุ่มย่อย

ค. ความเหมาะสมของผลงานวิจัยในการนำไปใช้ในการปฏิบัติเป็นอย่างไร โดย ผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่ ขึ้นกับผู้ปฏิบัติที่จะพิจารณาว่า ผลการวิจัยที่มี Statistically significant หรือ Non-significant มีความสำคัญทางคลินิกอย่างไร (Clinically significant)

รูปแบบงานวิจัยแบบ Randomized controlled trial, quasi-experimental design, pre-posttest design การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้

ก. ผลการวิจัยมีความตรงหรือไม่ พิจารณาที่ความชัดเจนของคำถามการวิจัย การกำหนดประชากรที่ศึกษา การบำบัด และตัวแปรตามตรงกับปัญหาทางคลินิกที่กำหนดหรือไม่ ประเภทของงานวิจัยมีการใช้ระเบียบวิธีวิจัยและการวิเคราะห์ผลการวิจัยที่เหมาะสมในการหาคำตอบการวิจัยหรือไม่ จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีเพียงพอและการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเหมาะสมหรือไม่ มีการสุ่มหรือไม่ มีการคำนวณ Power เพื่อกำหนดกลุ่มตัวอย่างหรือไม่ การบำบัดที่ได้รับมีการปฏิบัติเหมือนกันในกลุ่มตัวอย่างหรือไม่ การติดตามและการประเมิน ผลเหมือนกันหรือไม่อย่างไร ผู้วิจัยได้นำกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาวิเคราะห์ข้อมูลหรือไม่ (Intention to treat analysis) มีการรายงานถึงการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ไม่สามารถคงอยู่ในการวิจัย (Drop out) หรือไม่

ข. ผลการวิจัยเป็นอย่างไร พิจารณาจากผลการวิจัยสรุปได้ว่าอย่างไร ประสิทธิภาพของการบำบัดเป็นอย่างไร ในกรณี Categorical outcomes : ค่า Risk reduction, Relative risk, Absolute risk reduction เป็นอย่างไร และในกรณี Continuous outcomes : ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นเท่าไร มีความสำคัญทางสถิติ และความสำคัญทางคลินิกหรือไม่ อย่างไร ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและผลลัพธ์ ค่า Risk reduction, Odds ratio ระหว่างกลุ่มเป็นอย่างไร ความถูกต้องของการประมาณค่า Treatment effect ค่า Confidence intervals หรือ

P- values เป็นอย่างไร ค่า Confidence intervals มีค่าที่แสดงว่าไม่มีความสำคัญทางคลินิกอยู่ในช่วงคะแนนหรือไม่

ค. ความเหมาะสมของผลงานวิจัยในการนำไปใช้ในการปฏิบัติเป็นอย่างไร โดยพิจารณาความคล้ายของลักษณะกลุ่มตัวอย่างกับผู้ป่วยที่สนใจศึกษา ผู้ป่วยในคลินิกตรงกับเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยหรือไม่ ถ้าไม่ตรงมีข้อจำกัด หรือเหตุผลที่ไม่สามารถนำวิธีการบำบัดไปใช้ในหน่วยงานหรือไม่ ลักษณะหน่วยงานเหมือนกับงานวิจัยและสามารถใช้วิธีการบำบัดนี้ในหน่วยงานได้หรือไม่ การเปรียบเทียบระหว่างความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost- benefit ratio) เมื่อมีการนำไปใช้เกิดความเสียหายหรืออันตรายกับผู้ป่วย เกิดประโยชน์ด้านใดกับผู้ป่วย การยอมรับในการนำไปใช้ของผู้ที่เกี่ยวข้อง ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการบำบัดเป็นอย่างไร

2.2.2 ประเมินระดับความน่าเชื่อถือ ของหลักฐานงานวิจัย

จากผลการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดการรู้คิด และปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดโดยใช้เกณฑ์ประเมินความ

เข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence) ตามระบบการจัดลำดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk & Fineout - Overholt (2005) มีรายละเอียด ดังนี้

Level I: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือการวิเคราะห์ห่อภิณ (Meta-analysis) จากงานวิจัยที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial, RCT) ที่ตรงกับประเด็นปัญหาหรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Clinical Practice Guidelines) โดยการทบทวนงานวิจัย RCTs อย่างเป็นระบบ (systematic review)

Level II: หลักฐานเชิงประจักษ์ จากงานวิจัยที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial, RCT)

Level III: หลักฐานเชิงประจักษ์หลักฐานที่จากงานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี (well-designed controlled trials) แต่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Nonrandomized controlled trial)

Level IV: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยกรณีศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Case-controlled analytical study) หรืองานวิจัยที่มีการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Cohort study) ที่มีการออกแบบการวิจัยมาเป็นอย่างดี

Level V: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จากงานวิจัยแบบพรรณนาหรือบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

Level VI: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงคุณภาพหรืองานวิจัยแบบพรรณนาหรือบรรยาย 1 งาน

Level VII: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็น ทศนะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

สรุป วิธีการดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษากำหนดกรอบการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้หลักการของ PICO framework โดยกำหนดประชากร คือ หญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้า การบำบัดคือการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม โดยไม่มีการจำกัดหรือกำหนดกลุ่มเปรียบเทียบ ผลของการบำบัดคือลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด หลังจากสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วนำมาประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการสืบค้นจะนำเสนอในบทต่อไป

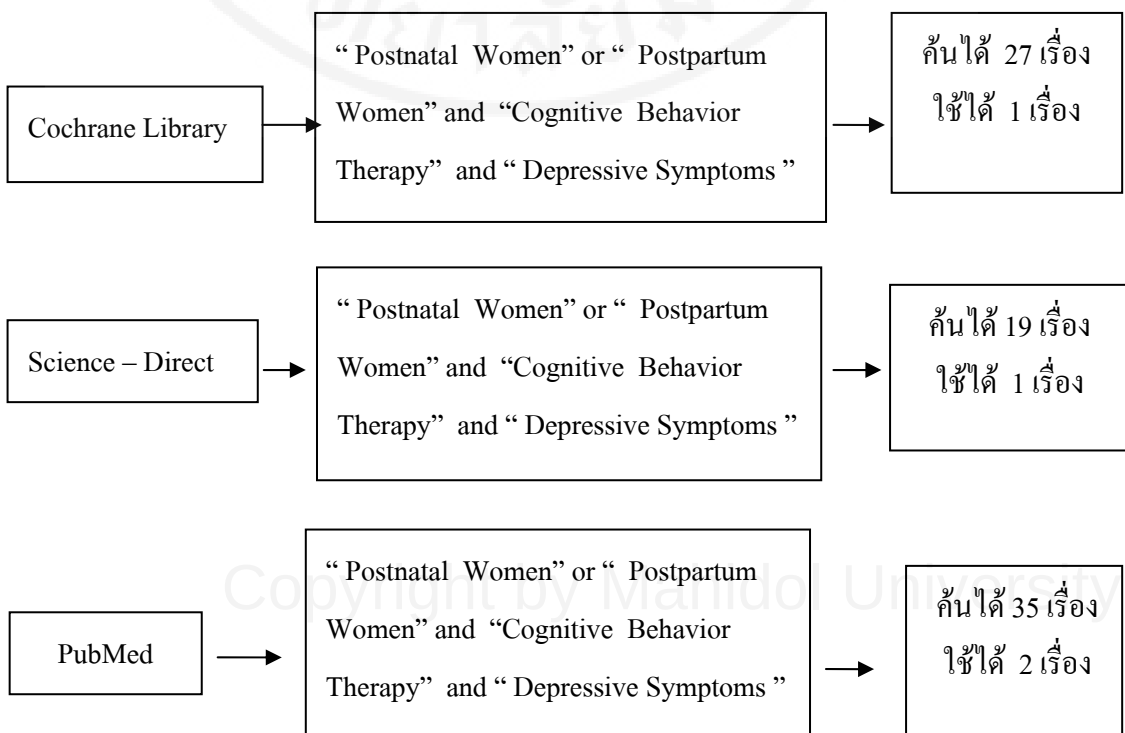
บทที่ 3

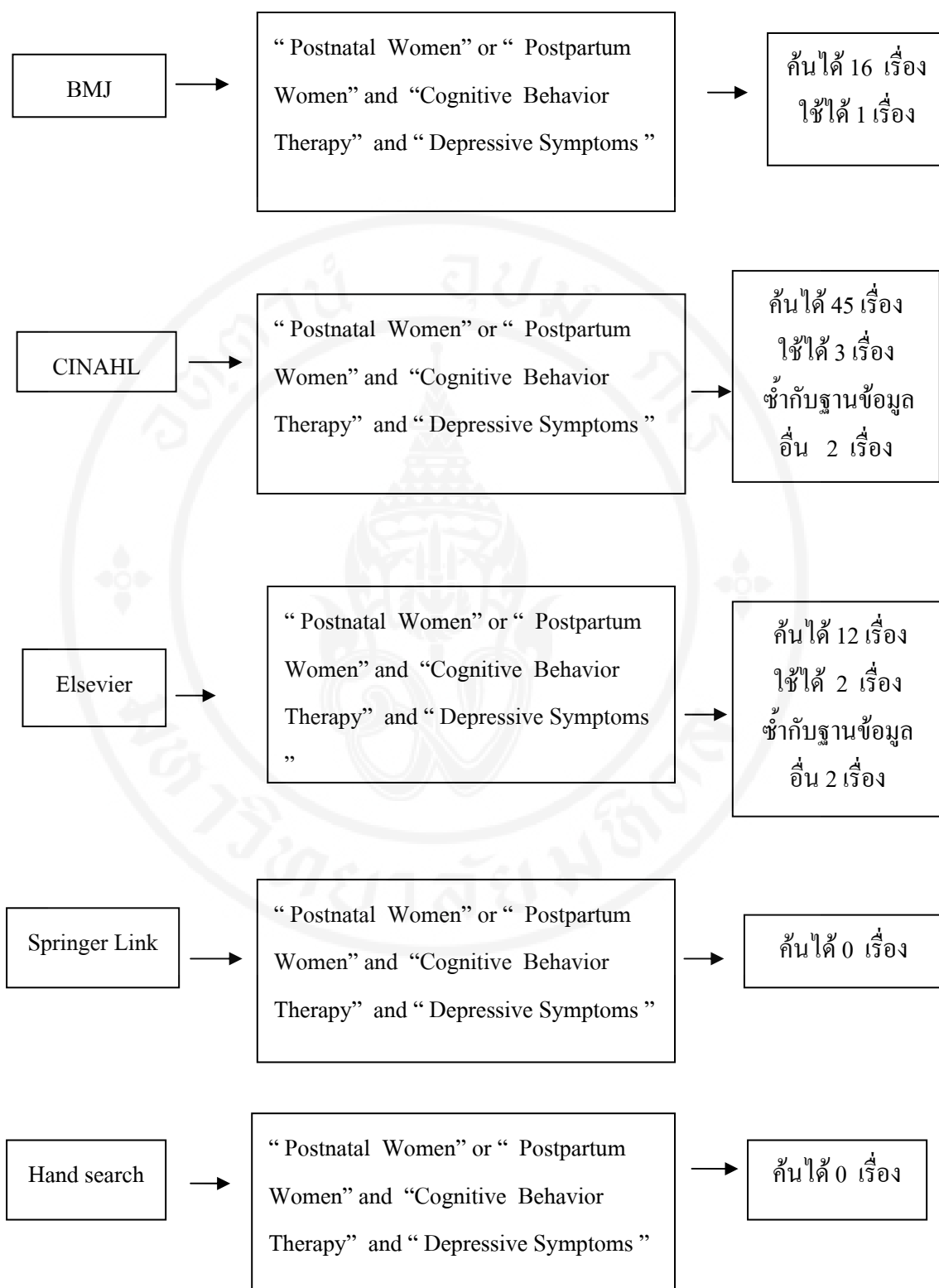
ผลการดำเนินงาน

จากขั้นตอนของการดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดเพื่อตอบปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา มีผลการดำเนินการดังนี้

3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น

ผลการดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้ Cochrane Library, Science-Direct, PubMed, BMJ, CINAHL, Elsevier, Springer Link และการสืบค้นด้วยมือ โดยใช้คำค้นดังนี้ Postnatal Women/ Postpartum Women and Cognitive Behavior Therapy and Depressive Symptoms





สรุปผลการสืบค้น

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวมา พบงานวิจัยจำนวน 6 เรื่อง มีงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์ จำนวน 6 เรื่อง

3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดเมื่อนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ทั้ง 6 เรื่องมาจัดระดับความน่าเชื่อถือโดยใช้เกณฑ์ของ Melnyk & Fineout - Overholt (2005) ตาม Therapy evidence pyramid ดังแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 ตารางแสดงผลการสืบค้นและการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

ลำดับ	ชื่อผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	ประเภท/ ระดับของ งานวิจัย
1	Dennis, CL., Hodnett, E.D., & Bloombreg, L.S. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression (Review). <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , 4, 1-46.	Systematic review Level 1
2	Prendergast, J., & Austin, M.P. (2001). Early childhood nurse-delivered cognitive behavioural counselling for post-natal depression. <i>Australasian Psychiatry</i> , 9(3), 265-269.	Randomized controlled trials Level 2
3	Chabroi, H., Teissedre, F., Saint-Jean, M., Teisseyre, N., Roge, B., & Mullet, E. (2002). Prevention and Treatment of Postpartum depression: A controlled randomized study on woman at risk. <i>Psychological Medicine</i> , 32, 1039 – 1047.	Randomized controlled trials Level 2

ตารางที่ 3.1 ตารางแสดงผลการสืบค้นและการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	ประเภท/ ระดับของ งานวิจัย
4	Misri, S., Reebye, P., Corral, M., & Milis, L. (2004). The Use of Paroxetine and Cognitive -Behavioral Therapy in Postpartum Depression and Anxiety : A Randomized, <i>Journal of Clinical Psychiatry</i> , 65(9), 1236 -1241.	Randomized controlled trials Level 2
5	Milgrom, J., Negri, L.M., Gemmill, A.W., McNeil, M., & Martin, P. R. (2005). A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression . <i>British Journal of Clinical Psychology</i> , 44, 529–542.	Randomized controlled trials Level 2
6	Craig, E., Judd, F., & Hodgins, G. (2005). Therapeutic group programme for women with postnatal depression in rural Victoria : a pilot study. <i>Australasian Psychiatry</i> , 13(3), 291 -296.	One group Pre – Post test Level 6

3.3 วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดจำนวน 6 เรื่อง เป็น Systematic review 1 เรื่อง Randomized controlled trial 4 เรื่อง และ One group design 1 เรื่อง หลังการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วพบว่าเนื้อหาตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด จึงนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียดเพื่อสกัดข้อมูลมาใช้ในการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังมีรายละเอียดในภาคผนวก

สรุปประเด็นจากหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด จำนวน 6 เรื่อง เป็นงาน Systematic review จำนวน 1 เรื่อง เป็นงาน Randomized controlled trial จำนวน 4 เรื่อง และเป็นงาน One group pre-post test จำนวน 1 เรื่อง สามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้

1. **ผู้รับการบำบัด** ผู้รับการบำบัดเป็นหญิงหลังคลอดที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอด โดยอาการเกิดขึ้นภายใน 12 เดือนหลังคลอด (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6) อาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอดนั้นประเมินได้จากการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSM-IV ว่าเป็น Minor หรือ Major depressive disorders (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6) และการใช้เครื่องมือ Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ในการคัดกรองอาการซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด และใช้เกณฑ์คะแนน EPDS ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป เป็นจุดตัดสำหรับการระบุว่ามีความเสี่ยงของโรคซึมเศร้าหลังคลอด (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6) อย่างไรก็ตามมี 1 การศึกษาที่ใช้เกณฑ์คะแนน EPDS ตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป เป็นจุดตัดสำหรับการระบุว่าเริ่มมีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอด เพื่อนำคนกลุ่มนี้มาเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันโรคซึมเศร้า และใช้ค่าคะแนน EPDS ตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป เป็นจุดตัดสำหรับการเข้ารับการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Chabroi et al., 2002: level 2) นอกจากนี้ มี 2 การศึกษาที่มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าของผู้รับการบำบัดว่าเป็นมารดาหลังคลอดที่มีทารกสุขภาพดี กล่าวคือคลอดในช่วงอายุครรภ์ระหว่าง 37-42 สัปดาห์ และทารกมีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 2.5 กก. ขึ้นไป (Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2)

นอกจากนั้นผู้รับการบำบัดต้องไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต หรืออยู่ระหว่างได้รับการรักษาจากจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาด้วยโรคทางจิตเวช เช่น โรคจิต โรคอารมณ์สองขั้ว หรือความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6) ไม่มีการใช้สารเสพติด หรือการสูบบุหรี่ (Misri et al., 2004: level 2; Craig et al., 2005: level 6)

2. ผู้บำบัด ผู้บำบัดเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ นักจิตวิทยาคลินิกระดับปริญญาตรีและปริญญาโท และพยาบาลที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท ด้านการให้คำปรึกษาหรือจิตวิทยา (Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2) (Milgrom et al., 2005: level 2) พยาบาลที่ดูแลเด็กแรกเกิด (Prendergast & Austin, 2001: level 2) ทั้งนี้ผู้บำบัดต้องได้รับการฝึกอบรมการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนให้การบำบัด โดยเน้นการพัฒนาทักษะของการบำบัดที่ต้องนำไปใช้กับผู้รับการบำบัด และการใช้คู่มือปฏิบัติงานด้านการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Prendergast & Austin, 2001: level 2)

อย่างไรก็ตาม มี 1 การศึกษาที่ให้บริการในเขตชนบท ของประเทศออสเตรเลีย ใช้ผู้บำบัดซึ่งเป็นผู้ที่ทำงานด้านสุขภาพชุมชนที่มีความหลากหลายด้านการศึกษา (อนุปริญญา ถึงสูงกว่าปริญญาตรี) และด้านอาชีพ (เช่น พยาบาล ผู้ให้การปรึกษา ผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ และบุคคลที่ทำงานด้านครอบครัว เป็นต้น) มาเป็นผู้ให้การบำบัดก็พบว่าสามารถช่วยลดอาการของโรคซึมเศร้าของหญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้าได้ ทั้งนี้บุคคลเหล่านี้ต้องได้รับการอบรมเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอด กระบวนการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเบื้องต้น และการใช้แบบประเมินต่างๆ และภายหลังการฝึกอบรม ก็มีการให้คำปรึกษาเฉพาะรายตามที่ต้องการด้วย (Craig et al., 2005: level 6)

3. รูปแบบการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รูปแบบการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับหญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอดที่พบจากการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ มี 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) การบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบรายบุคคล (Individual cognitive behavior therapy, I-CBT) (Dennis, et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2) และ 2) การบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบกลุ่ม (Group cognitive behavior therapy, G-CBT) (Dennis, et al., 2007: level 1; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6) ซึ่งทั้งสองรูปแบบการบำบัดพบว่ามีประสิทธิภาพในการลดจำนวนผู้ที่ถูกวินิจฉัยด้วยโรคซึมเศร้า และลดอาการของโรคซึมเศร้าได้ โดยมีองค์ประกอบซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

3.1) การบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบรายบุคคล (Individual cognitive behavior therapy, I-CBT) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบรายบุคคลมีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการซึมเศร้าของหญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้าได้ (Dennis et al., 2007: level 1) และจาก 3 การศึกษาแบบ Randomized controlled trial (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2;

Misri et al., 2004: level 2) ก็พบประสิทธิภาพของการบำบัดในการช่วยลดอาการซึมเศร้าของหญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้า (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2;) และอาการของโรคซึมเศร้าร่วมกับโรควิตกกังวล (Misri et al., 2004: level 2)

ในการศึกษาของ Chabroi และคณะ (2002) ไม่เพียงแต่พบประสิทธิภาพของการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบรายบุคคลในการช่วยลดอาการซึมเศร้าของหญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้า แต่ยังพบประสิทธิภาพในการเพิ่มอัตราการฟื้นหายจากอาการซึมเศร้า และอัตราการตอบสนองต่อการรักษาอีกด้วย สำหรับการศึกษาของ Misri และคณะ (2004) นั้น มีการเปรียบเทียบกลุ่มที่ให้การบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบรายบุคคลร่วมกับการให้ยาด้านเศร้า (Paroxetine) กับกลุ่มที่ได้รับยาด้านเศร้าเพียงอย่างเดียว พบว่าทั้งสองรูปแบบสามารถลดอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลของหญิงหลังคลอดได้เมื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าก่อนเริ่มโปรแกรมการบำบัดและเมื่อสิ้นสุดการบำบัด อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มที่ให้การบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการให้ยาด้านเศร้า กับกลุ่มที่ได้รับยาด้านเศร้าเพียงอย่างเดียว

เมื่อพิจารณาการศึกษาของ Prendergast และ Austin (2001) ถึงแม้จะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการลดลงของอาการซึมเศร้าของหญิงหลังคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลหญิงหลังคลอดที่มีอาการซึมเศร้าภายหลังโปรแกรมสิ้นสุดก็ตาม แต่ก็พบว่าเมื่อติดตามในระยะยาว (6 เดือน) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีแนวโน้มของการลดลงของอาการซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า การดูแลตามมาตรฐานในการศึกษานี้ เป็นการดูแลตามมาตรฐานสำหรับหญิงหลังคลอดที่มีอาการซึมเศร้า ไม่ใช่การดูแลตามมาตรฐานสำหรับหญิงหลังคลอดปกติ จึงมีความเฉพาะกับปัญหาของหญิงหลังคลอดที่มีอาการซึมเศร้า หรือในอีกมุมหนึ่งก็คือ สำหรับผู้ที่มีอาการซึมเศร้าไม่มากนักการดูแลตามมาตรฐานการดูแลหญิงหลังคลอดที่มีอาการซึมเศร้าด้วยการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับทักษะการเป็นแม่ การสอนทักษะการแก้ปัญหา และการให้การช่วยเหลือสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจก็อาจเพียงพอในการช่วยการฟื้นหายจากอาการซึมเศร้า การบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาจเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการบำบัดผู้ที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง และช่วยลดอาการซึมเศร้าหรือเพิ่มการฟื้นหายของโรคในระยะยาว จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบรายบุคคลนั้น ไม่เพียงแต่มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าของหญิงหลังคลอดเมื่อโปรแกรมสิ้นสุด แต่มีแนวโน้มที่จะช่วยลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มการฟื้นหายของโรคได้ในระยะยาว

การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมแบบรายบุคคลมีกระบวนการบำบัดจำนวน 5-8 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2) โดยมีองค์ประกอบหลักของการบำบัดดังนี้

1. องค์ประกอบด้านการให้ความรู้ (Educational component)

เป็นการสอนเกี่ยวกับเรื่องธรรมชาติและพัฒนาการตามปกติของเด็ก และปัญหาของทารกแรกเกิด การให้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ปฏิกริยาตอบสนองของร่างกาย และสิ่งแวดล้อม ว่ามีผลต่อกัน (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2)

2. องค์ประกอบด้านการให้การสนับสนุนช่วยเหลือ (Supportive component)

โดยการรับฟังปัญหาและความรู้สึกทางลบที่มารดาให้ การยอมรับความรู้สึกสับสนไม่แน่ใจ และช่วยลดความรู้สึกผิดของมารดา ด้วยการทำให้มารดาเข้าใจว่าประสบการณ์ที่มีนั้นเป็นเรื่องปกติธรรมดา ช่วยให้มารดาเพิ่มความนับถือตนเองและความมั่นใจโดยการสนับสนุนให้เห็นความสำเร็จ (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2)

3. องค์ประกอบด้านการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Component) มีการพัฒนาความคิดและทักษะต่างๆ ดังนี้

(1) ปรับความคิดที่หมกมุ่นของมารดาเกี่ยวกับความคิดที่ว่าตนต้องเป็นมารดาที่สมบูรณ์แบบ (Chabroi et al., 2002: level 2)

(2) เสริมสร้างทักษะทางความคิด ในการตรวจหา ประเมิน และปรับแก้ความคิดที่บิดเบือน และการท้าทายความคิด (Thought challenging) (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2)

(3) เสริมสร้างการให้กำลังใจแก่ตนเอง และการสร้างถ้อยคำทางบวกในการจัดการกับปัญหา (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2)

(4) พัฒนาทักษะทางสังคม เช่น การกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertive training) ผ่านทางแบบฝึกหัดการเล่นบทบาทสมมุติ การทำกิจกรรมบันเทิงใจ (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2)

(5) พัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหา ผ่านทางการสอนถึงการประยุกต์ใช้คำสอนด้านการแก้ปัญหาในสถานการณ์ยุ่งยากต่างๆ โดยสามารถปรับให้เหมาะสมกับมารดาแต่ละคนได้

โดยในกระบวนการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมนั้น มีการพัฒนาความคิดและทักษะในการจัดการกับปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ การมีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอด ประสบการณ์การคลอด ประสบการณ์ในอดีตที่เข้ามารบกวนเมื่อตั้งครรภ์ ปัญหาต่างๆ ที่พบได้ในทารก สัมพันธภาพของมารดากับบิดามารดาของกลุ่มสมรส แหล่งสนับสนุนทางสังคม การต้องปรับตัวทั้งในครอบครัวและสังคม การต้องปรับตัวกับสมดุลของหน้าที่การงานกับเวลาพักผ่อน ปัญหาการเปลี่ยนแปลงบทบาท ความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างที่เปลี่ยนไป และเรื่องทางเพศ เป็นต้น (Chabroi et al., 2002: level 2)

ในกระบวนการปรับความคิดและพฤติกรรมนั้น ควรมีการติดตามและบันทึกความคิดในแต่ละวันของตน (Cognitive monitoring diary) มีการท้าทายความคิด (Thought challenging diary) รวมไปถึงการจัดตารางเวลาเพื่อกิจกรรมบันเทิงใจด้วย (Pleasant-event scheduling) (Prendergast & Austin, 2001: level 2)

4. องค์ประกอบด้านกระบวนการทางจิต (Psychodynamic component) สำหรับองค์ประกอบนี้มีเพียง 1 การศึกษาที่เสนอไว้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของโปรแกรม เน้นที่การรับรู้และการจัดการกับอารมณ์สองฝ่ายของมารดา ความขัดแย้งหลักของมารดามักเกี่ยวข้องกับ การเก็บกดอารมณ์หรือการปฏิเสธอารมณ์ที่มีต่อทารก ผู้บำบัดจะช่วยให้มารดาได้ตระหนักรู้ในอารมณ์นี้ของตน และเชื่อมโยงให้เห็นความสัมพันธ์กับประวัติส่วนตัวแต่หนหลังของมารดา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความขัดแย้งที่เกิดจากปมออดิปัส (Oedipal conflict) และความขัดแย้งที่เกิดจากการพรากจาก (separation-individuation conflict) (Chabroi et al., 2002: level 2)

3.2) การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมแบบกลุ่ม (Group cognitive behavior therapy, G-CBT) มีจำนวนกลุ่มละ 5–10 คน (Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6) จาก 1 การศึกษาแบบ Randomized controlled trial (Milgrom et al., 2005: level 2) และอีก 1 การศึกษาแบบ One group pre-post test (Craig et al., 2005: level 6) พบประสิทธิภาพของการบำบัดในการช่วยลดอาการซึมเศร้าของหญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้า (Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6)

การศึกษาของ Milgrom และคณะ (2005) นำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมของการบำบัดทางจิตวิทยาโดยรวม (Psychological intervention ได้แก่ การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม และการให้คำปรึกษา) พบว่ามีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าของหญิงหลังคลอด ได้ดีกว่าการดูแลตามปกติ อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการลดลงของอาการซึมเศร้าของหญิงหลังคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดการรู้คิดและปรับ

พฤติกรรมแบบกลุ่ม กับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม นอกจากนั้นการศึกษายังพบว่าการบำบัดทางจิตวิทยาแบบรายบุคคลนั้นมีประสิทธิภาพดีกว่าแบบกลุ่ม

เมื่อพิจารณาการศึกษาของ Craig และคณะ (2005) ก็พบประสิทธิภาพของการบำบัดเชิงจิตวิทยาที่ใช้แนวคิดและรูปแบบของการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมแบบกลุ่ม ในการช่วยลดอาการซึมเศร้าของหญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลร่วมด้วย เมื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าก่อนเริ่มโปรแกรมการบำบัดและเมื่อสิ้นสุดการบำบัด อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดเชิงจิตวิทยารูปแบบดังกล่าวในการลดอาการซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดในเขตพื้นที่ชนบท ที่ให้การบำบัดโดยเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เนื่องจากการขาดแคลนผู้บำบัดที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตหรือผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม ดังนั้นจึงมีการใช้เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นผู้ให้การบำบัด ภายหลังจากการฝึกอบรมเบื้องต้นเกี่ยวกับการบำบัดจากนักจิตวิทยา ถึงแม้จะพบประสิทธิภาพของการบำบัดแบบกลุ่มในการศึกษานี้ แต่การนำผลการศึกษาไปใช้ก็ควรคำนึงถึงข้อจำกัดของการวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (16 คน) และไม่มีกลุ่มควบคุมในการเปรียบเทียบ

การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมแบบกลุ่มมีกระบวนการบำบัดจำนวน 9 -12 ครั้ง ๆ ละ 90-120 นาที (Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6) โดยเป็นการบำบัดกับหญิงหลังคลอด จำนวน 9 ครั้ง และการบำบัดคู่สมรส จำนวน 3 ครั้ง (Milgrom et al., 2005: level 2) สำหรับการศึกษาของ Craig และคณะนั้น ใช้รูปแบบการบำบัดที่ดัดแปลงมาจากการศึกษาของ Milgrom et al. (2005) แต่ให้การบำบัดเฉพาะกับหญิงหลังคลอด จำนวน 9 ครั้ง ไม่มีการบำบัดคู่สมรส องค์ประกอบหลักของการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมแบบกลุ่ม ได้แก่

1. การทำความเข้าใจอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด การบำบัดดูแลตนเอง และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พัฒนาทักษะในการส่งเสริมอารมณ์ด้านบวกเช่นกิจกรรมที่สร้างความรื่นรมย์และกลยุทธ์ในการผ่อนคลายความเครียด การบริหารเวลา

2. กลวิธีของการปรับการรู้คิดและพฤติกรรม ได้แก่ การทำความเข้าใจถึงความคิดอัตโนมัติด้านลบ การท้าทายความคิดด้านลบและความคาดหวังที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงเช่นการคาดหวังในบทบาทของมาดามที่สมบูรณ์แบบ การท้าทายคำวิพากษ์วิจารณ์ภายในจิตใจของตน (internal critic) การพูดให้กำลังใจตนเอง การพัฒนาความคิดในทางบวกที่อยู่บนความเป็นจริง พัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาที่สำคัญในปัจจุบันและทักษะทางสังคม เช่น การกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม (Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6)

โดยในกระบวนการทำกลุ่มนั้นจะมีการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้อภิปรายแลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่ม มีการค้นหาปัญหาของสมาชิกและเป้าหมายที่สมาชิกแต่ละคนคาดหวัง นอกจากนั้นยังมีการมอบหมายการบ้านให้สมาชิกได้ฝึกทักษะต่างๆด้วย

4. จำนวนครั้งในการบำบัด จำนวนครั้งในการบำบัดมีตั้งแต่ 5 ครั้งถึง 12 ครั้ง (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6) การบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบรายบุคคล ใช้เวลาในการบำบัดจำนวน 5-8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2) สำหรับการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบกลุ่ม จำนวนกลุ่มละ 5 – 10 คน ใช้เวลาในการบำบัดจำนวน

9 - 12 ครั้ง ครั้งละ 90 - 120 นาที (Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6) ใน 1 การศึกษามีการนำคู่สมรสเข้าร่วมการบำบัดด้วยจำนวน 3 ครั้ง จากจำนวนการบำบัด 12 ครั้ง (Milgrom et al., 2005: level 2) ทั้งนี้จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดในแต่ละการศึกษาอาจแตกต่างกันบ้างน่าจะมาจากการคงองค์ประกอบหลักของการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไว้แต่มีการเพิ่มองค์ประกอบการบำบัดบางอย่างในโปรแกรม เช่น การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา (Problem-solving skills training) การฝึกทักษะทางสังคม (Social skill training) และการแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertiveness) หรือลักษณะการมีคู่สมรสเข้าร่วมการบำบัดด้วย เป็นต้น

5. สถานที่ในการบำบัด การบำบัดสามารถทำได้ทั้งในลักษณะผู้ป่วยนอก (Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6) ผู้ป่วยในที่แผนกหลังคลอด (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2) และนอกโรงพยาบาล คือที่บ้านของหญิงหลังคลอดในชุมชน (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2) รวมถึงในศูนย์สุขภาพชุมชน (Craig et al., 2005: level 6) และศูนย์สุขภาพแม่และเด็ก (Milgrom et al., 2005: level 2)

6. การประเมินผลลัพธ์ การประเมินผลลัพธ์หลักได้แก่ การลดลงของอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งสามารถประเมินได้จากเครื่องมือต่างๆ ดังนี้

เครื่องมือที่การศึกษาส่วนใหญ่ใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดได้แก่ แบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Dennis, et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6) ซึ่งใช้ในการคัดกรองอาการซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยแต่ละข้อมีตัวเลือกที่ค่าคะแนนจาก 0 – 3 คะแนน

และมีคะแนนรวม 30 คะแนน โดยการศึกษาส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์คะแนน EPDS ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป เป็นจุดตัดสำหรับการระบุว่ามีการมีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอด

นอกจากนั้นบางการศึกษายังมีการใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าอื่นร่วมด้วย ได้แก่ แบบวัด Beck Depression Inventory (BDI) (Dennis et al., 2007: level 1; Chabroi et al., 2002: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2) มีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ เป็นแบบ rating scale จาก 0-3 ซึ่งใช้ในการประเมินปัจจัยในด้านการรู้คิด อารมณ์ และสรีรวิทยา ที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการของโรค (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; Milgrom et al., 2005: level 2) แบบวัดมีข้อคำถามที่ถามถึงอาการ และทัศนคติต่างๆที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า เช่น ความรู้สึกท้อแท้ (pessimism) ความรู้สึกผิด ความคิดอยากฆ่าตัวตาย แยกตัวจากสังคม นอนไม่หลับ ร้องไห้ และหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย (irritability) เป็นต้น แบบวัดนี้มีค่าความเที่ยง Cronbach's alpha จาก .79-.90

สุดท้าย แบบประเมินอาการซึมเศร้าที่มีการนำมาใช้ ได้แก่ แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) มีข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ใช้ประเมิน 4 กลุ่มอาการ ได้แก่ กลุ่มอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล กลุ่มอาการนอนหลับ กลุ่มอาการแสดงออกทางกายภาพ และกลุ่มอาการทางความคิด เป็นแบบวัดมาตรฐานที่นิยมใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และติดตามผลการรักษา เนื่องจากมีความแม่นยำ สามารถจำแนกระหว่างผู้ที่มีอาการและไม่มีอาการซึมเศร้าได้ รวมทั้งมีความไวในการวัดการเปลี่ยนแปลงของอาการ โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีคะแนนตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไป ถ้าคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 30 ถือว่าเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; มาโนช หล่อตระกูล ปราโมทย์ สุคนิชย์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2539)

7. **ระยะเวลาในการวัดประเมินผล** พบว่า การวัดประเมินผล ในการศึกษาทั้ง 6 การศึกษามีการวัดผลลัพธ์เมื่อสิ้นสุดการบำบัด และมีการวัดในระยะติดตาม 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี (Dennis, et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al, 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6)

3.4 ข้อเสนอแนะ (Recommendation) ในการการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด จึงมีข้อเสนอแนะ (Recommendations) ในการนำการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดไปใช้ดังต่อไปนี้

1.คุณสมบัติของผู้เข้ารับการบำบัด ผู้รับการบำบัดมีคุณสมบัติดังนี้

- 1) เป็นหญิงหลังคลอดที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอด (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6)
- 2) มีอาการของโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นภายใน 12 เดือนหลังคลอด (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6)
- 3) มีอาการเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSM-IV ว่าเป็น Minor หรือ Major Depressive Disorders (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6)
- 4) มีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) โดยมีคะแนน ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6)
- 5) ไม่มีอาการทางจิต หรืออยู่ระหว่างได้รับการรักษาจากจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาด้วยโรคทางจิตเวช เช่น โรคจิต โรคอารมณ์สองขั้ว หรือความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ (Chabroi et al., 2002: level 2; ; Misri et al., 2004: level 2; Craig et al., 2005: level 6) (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 4) และไม่มีการใช้สารเสพติด หรือบุหรี่ (Misri et al., 2004: level 2; Craig et al., 2005: level 6)

2. คุณสมบัติผู้บำบัด

1) ผู้บำบัดเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ นักจิตวิทยาคลินิกระดับปริญญาตรีและระดับปริญญาโท และพยาบาลที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทด้านการให้คำปรึกษาหรือจิตวิทยา (Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2) และพยาบาลที่ดูแลเด็กแรกเกิด (Prendergast & Austin, 2001: level 2)

2) ต้องได้รับการฝึกอบรมการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนให้การบำบัด

สำหรับในเขตชนบท อาจพิจารณาให้ผู้ที่ทำงานด้านสุขภาพชุมชนมาเป็นผู้ให้การบำบัดได้ โดยให้ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอด กระบวนการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเบื้องต้น และการใช้แบบประเมินต่างๆ ทั้งนี้ภายหลังการฝึกอบรม ก็มีการให้คำปรึกษาเฉพาะรายตามที่ต้องการด้วย (Craig et al., 2005: level 6)

3. รูปแบบการบำบัด

รูปแบบการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับหญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอดที่พบจากการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ มี 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) การบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบรายบุคคล (Individual cognitive behavior therapy, I-CBT) (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2) และ 2) การบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบกลุ่ม (Group cognitive behavior therapy, G-CBT) ซึ่ง (Dennis et al., 2007: level 1; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6) ทั้งสองรูปแบบการบำบัดพบว่ามีประสิทธิภาพในการลดจำนวนผู้ที่ถูกวินิจฉัยด้วยโรคซึมเศร้า และลดอาการของโรคซึมเศร้าได้ โดยมีองค์ประกอบซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

3.1) การบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบรายบุคคล (Individual cognitive behavior therapy, I-CBT) จากการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่า การบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบรายบุคคลมีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการซึมเศร้าของหญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้าได้ (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2) โดยมีองค์ประกอบหลักของการบำบัดดังนี้

1. องค์ประกอบด้านการให้ความรู้ (Educational component) เป็นการสอนเกี่ยวกับเรื่องธรรมชาติและพัฒนาการตามปกติของเด็ก และปัญหา

ของทารกแรกเกิด การให้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ปฏิกริยาตอบสนองของร่างกาย และสิ่งแวดล้อม ว่ามีผลต่อกัน (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2)

2. องค์ประกอบด้านการให้การสนับสนุนช่วยเหลือ (Supportive component) โดยการรับฟังปัญหาและความรู้สึกทางลบที่มารดา มีให้การยอมรับความรู้สึกสับสนไม่แน่ใจ และช่วยลดความรู้สึกผิดของมารดา ด้วยการทำให้มารดาเข้าใจว่าประสบการณ์ที่มีนั้นเป็นเรื่องปกติธรรมดา ช่วยให้มารดาเพิ่มความนับถือตนเองและความมั่นใจโดยการสนับสนุนให้เห็นความสำเร็จ (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2)

3. องค์ประกอบด้านการปรับการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral component) มีการพัฒนาความคิดและทักษะต่างๆ ดังนี้

(1) ปรับความคิดที่หมกมุ่นของมารดาเกี่ยวกับความคิดที่ว่าตนเองเป็นมารดาที่สมบูรณ์แบบ (Chabroi et al., 2002: level 2)

(2) เสริมสร้างทักษะทางความคิด ในการตรวจหา ประเมิน และปรับแก้ความคิดที่บิดเบือน และการท้าทายความคิด (Thought challenging) (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2)

(3) เสริมสร้างการให้กำลังใจแก่ตนเอง และการสร้างถ้อยคำทางบวกในการจัดการกับปัญหา (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2)

(4) พัฒนาทักษะทางสังคม เช่น การกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertive training) ผ่านทางแบบฝึกหัดการเล่นบทบาทสมมุติ การทำกิจกรรมบันเทิงใจ (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2)

(5) พัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหา ผ่านทางการสอนถึงการประยุกต์ใช้คำสอนด้านการแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ โดยสามารถปรับให้เหมาะสมกับมารดาแต่ละคนได้

โดยในกระบวนการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมนั้น มีการพัฒนาความคิดและทักษะในการจัดการกับปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ การมีอารมณ์ของโรคซึมเศร้าหลังคลอด ประสบการณ์การคลอด ประสบการณ์ในอดีตที่เข้ามารบกวนเมื่อตั้งครรภ์ ปัญหาต่างๆ ที่พบได้ในทารก สัมพันธภาพของมารดากับบิดามารดาของคู่สมรส แหล่งสนับสนุนทางสังคม การต้องปรับตัวทั้งในครอบครัวและสังคม การต้องปรับตัวกับสมดุลของหน้าที่การทำงานกับเวลาพักผ่อน ปัญหาการ

เปลี่ยนบทบาท ความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างที่เปลี่ยนไป และเรื่องทางเพศ เป็นต้น (Chabroi et al., 2002: level 2) นอกจากนี้ในกระบวนการปรับความคิดและพฤติกรรม ผู้รับการบำบัดควรมีการติดตามและบันทึกความคิดในแต่ละวันของตน (Cognitive monitoring diary) มีการท้าทายความคิด (Thought challenging diary) รวมไปถึงการจัดตารางเวลาเพื่อกิจกรรมบันเทิงใจด้วย (Pleasant-event scheduling) (Prendergast & Austin, 2001: level 2)

ทั้งนี้ หากพบว่าหญิงหลังคลอดมีอาการซึมเศร้าร่วมกับอาการวิตกกังวล อาจพิจารณาให้การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมแบบรายบุคคลร่วมกับการให้ยาต้านเศร้า โดยพบว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลของหญิงหลังคลอดได้ (Misri et al., 2004: level 2)

3.2) การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมแบบกลุ่ม (Group cognitive behavior therapy, G-CBT) จากการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่า การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการซึมเศร้าของหญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้าได้ (Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6) โดยมีจำนวนครั้งของการบำบัด 9-12 ครั้ง ๆ ละ 90-120 นาที (Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6) โดยเป็นการบำบัดกับหญิงหลังคลอด จำนวน 9 ครั้ง และการบำบัดคู่สมรส จำนวน 3 ครั้ง (Milgrom et al., 2005: level 2) อย่างไรก็ตามอาจให้การบำบัดเฉพาะกับหญิงหลังคลอด จำนวน 9 ครั้ง ได้ โดยไม่ต้องมีการบำบัดคู่สมรสได้ องค์ประกอบหลักของการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมแบบกลุ่ม ได้แก่

1. การทำความเข้าใจอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด การเพิ่มกิจกรรมที่สร้างความรื่นรมย์และผ่อนคลาย การเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง การกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม การทำความเข้าใจเกี่ยวกับการคาดหวังในบทบาทของมาดามที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง การพูดให้กำลังใจตนเอง การพัฒนาความคิดในทางบวก การท้าทายคำวิพากษ์วิจารณ์ภายในจิตใจของตน (internal critic) และการก้าวไปข้างหน้า (Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6)

2. กลวิธีของการปรับการรู้คิดและพฤติกรรม ได้แก่ การกำหนดตารางกิจกรรม การผ่อนคลาย การทำความเข้าใจถึงความคิดอัตโนมัติด้านลบ การแก้ปัญหา การดูแลตัวเอง การท้าทายความคิดและพฤติกรรม และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นต้น (Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6)

โดยในกระบวนการทำกลุ่มนั้นจะมีการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้อภิปรายแลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่ม มีการค้นหาปัญหาของสมาชิกและเป้าหมายที่สมาชิกแต่ละคนคาดหวัง นอกจากนี้ยังมีการมอบหมายการบ้านให้สมาชิกได้ฝึกทักษะต่างๆด้วย

4. จำนวนครั้งในการบำบัด

สำหรับการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบรายบุคคล ใช้เวลาในการบำบัดจำนวน 5-8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2) สำหรับการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบกลุ่ม จำนวนกลุ่มละ 5 – 10 คน ใช้เวลาในการบำบัดจำนวน 9 - 12 ครั้ง ครั้งละ 90 - 120 นาที (Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6) ทั้งนี้จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดสามารถปรับได้ขึ้นกับองค์ประกอบที่นำมาใช้ในการบำบัด และลักษณะการนำคู่สมรสเข้าร่วมการบำบัดหรือไม่

5. สถานที่บำบัด

การบำบัดสามารถทำได้ทั้งในลักษณะผู้ป่วยนอก (Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 4) ผู้ป่วยในที่แผนกหลังคลอด (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2) และนอกโรงพยาบาล คือที่บ้านของหญิงหลังคลอดในชุมชน (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2) รวมถึงในศูนย์สุขภาพชุมชน (Craig et al., 2005: level 6) และศูนย์สุขภาพแม่และเด็ก (Milgrom et al., 2005: level 2)

6. การประเมินผลลัพธ์

การติดตามประเมินผลการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด สามารถประเมินผลลัพธ์ได้จากการลดลงของอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6) ซึ่งสามารถประเมินได้จากเครื่องมือต่างๆ ดังนี้

1. แบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Dennis, et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al, 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6) ซึ่งใช้ในการคัดกรองอาการซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยแต่ละข้อมีตัวเลือกที่ค่า

คะแนนจาก 0 – 3 คะแนน และมีคะแนนรวม 30 คะแนน โดยการศึกษาส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์คะแนน EPDS ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป เป็นจุดตัดสำหรับการระบุว่ามีการของโรคซึมเศร้าหลังคลอด

2. แบบวัด Beck Depression Inventory (BDI) (Dennis et al., 2007: level 1; Chabroi et al., 2002: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2) มีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ เป็นแบบ rating scale จาก 0-3 ซึ่งใช้ในการประเมินปัจจัยในด้านการรู้คิด อารมณ์ และสรีรวิทยา ที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการของโรค (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; Milgrom et al., 2005: level 2) แบบวัดมีข้อคำถามที่ถามถึงอาการ และทัศนคติต่างๆที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า เช่น ความรู้สึกว่าทุกอย่างเลวร้าย (pessimism) ความรู้สึกผิด ความคิดอยากฆ่าตัวตาย แยกตัวจากสังคม นอนไม่หลับ ร้องไห้ และหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย (irritability) เป็นต้น แบบวัดนี้มีค่าความเที่ยง Cronbach's alpha จาก .79-.90

3. แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) มีข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ใช้ประเมิน 4 กลุ่มอาการ ได้แก่ กลุ่มอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล กลุ่มอาการนอนหลับ กลุ่มอาการแสดงออกทางกายภาพ และกลุ่มอาการทางความคิด เป็นแบบวัดมาตรฐานที่นิยมใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และติดตามผลการรักษา เนื่องจากมีความแม่นยำ สามารถจำแนกระหว่างผู้ที่มีอาการและไม่มีอาการซึมเศร้าได้ รวมทั้งมีความไวในการวัดการเปลี่ยนแปลงของอาการ โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีคะแนนตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไป ถ้าคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 30 ถือว่าเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; มาโนช หล่อตระกูล ปราโมทย์ สุคนิชย์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2539)

7. ระยะเวลาในการวัดประเมินผล

การประเมินผล สามารถประเมินผลได้ เมื่อสิ้นสุดการบำบัด และมีการวัดในระยะติดตาม 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี (Dennis, et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al, 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6)

บทที่ 4

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

4.1 สรุปผลการศึกษา

โรงพยาบาลปทุมธานีเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิ ที่ให้บริการบำบัดการรักษาผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทุกประเภท รวมถึงหญิงหลังคลอดที่แผนกสูติกรรมอีกทั้งยังให้การดูแลหญิงหลังคลอดที่มีอาการซึมเศร้าทั้งที่ได้รับการวินิจฉัยและยังไม่ได้ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ในคลินิกจิตเวช โดยจากประสบการณ์ของผู้ศึกษาในการปฏิบัติงานด้านหญิงหลังคลอดที่ประสบภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จะมีการให้คำปรึกษาโดยเบื้องต้น และให้ทำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q หากพบว่ามีอาการซึมเศร้าก็จะส่งแผนกจิตเวชเพื่อให้คำปรึกษาด้านจิตเวช จากสถิติหญิงหลังคลอด 3 ปีซ้อนหลัง (ปี พ.ศ.2554 – 2556) พบหญิงหลังคลอดที่มีอาการซึมเศร้า จำนวน 15, 12 และ 18 คน ตามลำดับ (คลินิกจิตเวช:โรงพยาบาลปทุมธานี, 2556) และจากการที่พบหญิงหลังคลอดในหน่วยงาน การให้คำปรึกษาเป็นเรื่องที่ต้องปฏิบัติเป็นเบื้องต้นเพื่อแก้ไขปัญหและบำบัดทางด้านจิตใจก่อนส่งผู้ป่วยไปคลินิกจิตเวชต่อไปเมื่อพบปัญหาที่ซับซ้อน แต่ก็พบว่าหน่วยงานของผู้ศึกษา ยังไม่มีรูปแบบการบำบัดที่ชัดเจน โดยมากเมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดก็จะส่งปรึกษาแผนกจิตเวช ซึ่งผู้ป่วยบางรายก็มีอาการดีขึ้น แต่บางรายก็ยังคงมีอาการซึมเศร้าอยู่ ผู้ศึกษาจึงได้ทบทวนวรรณกรรมและพบว่าโปรแกรมสำหรับการบำบัดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่การบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าได้ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สามารถช่วยลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดจากหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีรูปแบบอย่างไร

ขั้นตอนในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ใช้กรอบแนวคิดของ PICO (Craig & Smyth, 2002) โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นคือ Postnatal women/ Postpartum women and “Cognitive behavior therapy” and “Depressive symptoms” ได้งานวิจัยตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก 6 เรื่อง นำมาประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ของ DiCenso, Guyatt & Ciliska (2005) และประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์ของ Melnyk & Fineout - Overholt (2005) พบว่าเป็นงานวิจัยที่มีระดับความน่าเชื่อถือระดับ 1 (Systematic review)

จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยที่มีระดับความน่าเชื่อถือระดับ 2 (Randomized controlled trials) จำนวน 4 เรื่อง งานวิจัยที่มีระดับความน่าเชื่อถือระดับ 6 (One group pre – post test) จำนวน 1 เรื่อง จากนั้นทำการสังเคราะห์ลงในตารางสกัดหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) แล้วนำมาสรุปเป็นข้อแนะนำ (Recommendations) ได้ดังนี้ รูปแบบการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมบำบัดเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพคือ การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมที่ให้การบำบัดแบบรายบุคคลหรือแบบกลุ่ม ซึ่งเหมาะสำหรับผู้เข้ารับการบำบัดเป็นหญิงหลังคลอดที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอด โดยมีอาการของโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นภายใน 12 เดือนหลังคลอด และใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSM-IV ว่าเป็น Minor หรือ Major Depressive Disorders และการใช้เครื่องมือ Edinburgh Postnatal Depression Scale ใช้เกณฑ์คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป เป็นจุดตัดสำหรับการระบุว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอด ในด้านผู้บำบัดได้แก่ ผู้บำบัดเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ พยาบาลที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทด้านการให้คำปรึกษาหรือจิตวิทยา พยาบาลด้านสูติกรรม ได้แก่ พยาบาลที่ดูแลหญิงหลังคลอด และพยาบาลที่ดูแลเด็กแรกเกิด โดยต้องได้รับการฝึกอบรมการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมก่อนให้การบำบัด และสำหรับในเขตชนบท อาจพิจารณาให้ผู้ที่ทำงานด้านสุขภาพชุมชนมาเป็นผู้ให้การบำบัดได้ โดยให้ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอด กระบวนการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเบื้องต้น และการใช้แบบประเมินต่างๆ สำหรับรูปแบบการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมแบบรายบุคคล ใช้เวลาในการบำบัดจำนวน 5-8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที สำหรับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมแบบกลุ่ม จำนวนกลุ่มละ 5 – 10 คน ใช้เวลาในการบำบัดจำนวน 9 - 12 ครั้ง ครั้งละ 90 - 120 นาที และมีการวัดในระยะติดตามผลใน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ทั้งนี้จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดสามารถปรับได้ขึ้นกับองค์ประกอบที่นำมาใช้ในการบำบัดและลักษณะการนำคู่สมรสเข้าร่วมการบำบัดหรือไม่ สำหรับองค์ประกอบหลักของการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมรายบุคคลคือ องค์ประกอบด้านการให้ความรู้ การให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และการปรับการรู้คิดและพฤติกรรม ส่วนองค์ประกอบหลักของการบำบัดแบบกลุ่มคือ การทำความเข้าใจอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด และกลวิธีการปรับการรู้คิดและพฤติกรรม ส่วนสถานที่ในการบำบัดสามารถทำการบำบัดทั้งในแผนกหลังคลอดและนอกโรงพยาบาล คือที่บ้านหญิงหลังคลอด รวมถึงในศูนย์สุขภาพชุมชน และศูนย์สุขภาพแม่และเด็ก

4.2 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พบว่าลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะการนำไปใช้ดังนี้

1) ก่อนนำการบำบัดไปใช้ควรมีการพัฒนาคู่มือการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมสำหรับหญิงหลังคลอดที่มีอาการซึมเศร้าเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติให้มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ประชากร ตลอดจนวัฒนธรรมของพื้นที่นั้นๆ

2) ควรพัฒนาแนวปฏิบัติ (Practice guideline) ในการดูแลหญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ทั้งแบบรายบุคคล และแบบกลุ่ม และเลือกใช้ตามความเหมาะสมของบริบทของพื้นที่และลักษณะบริการ และบุคลากรที่ให้บริการ

3) ควรนำข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปทำการวิจัยนำร่อง (Pilot study) เพื่อศึกษาผลของการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด และเพื่อยืนยันผลการวิจัยที่ผ่านมา

4) ควรมีการจัดหลักสูตรอบรมการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมสำหรับหญิงหลังคลอดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มให้กับพยาบาลจิตเวชและพยาบาลที่ดูแลหญิงหลังคลอดให้มีการฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดความชำนาญ

5) ควรมีการเผยแพร่ผลของการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กรด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การประชุมวิชาการ การลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการ เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และพัฒนางานด้านการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป

6) เนื่องจากโรงพยาบาลปทุมธานีมีหน่วยงานเวชกรรมสังคม ที่มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอยู่แล้ว ดังนั้นควรมีการติดตามคัดกรองอาการซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดตั้งแต่อยู่โรงพยาบาล และเมื่อติดตามเยี่ยมบ้าน ในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 หลังคลอด ตามการปฏิบัติของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาล ถ้าพบว่ามีอาการซึมเศร้าควรส่งต่อให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม

7) ควรมีการพิจารณาเลือกใช้รูปแบบการบำบัดให้เหมาะสมกับหน่วยงาน เช่น ในคลินิกผู้ป่วยนอกของสถานบริการสุขภาพระดับโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีความพร้อมของบุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชในการให้การบำบัดอาจเลือกใช้การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมที่ให้การบำบัดในหญิงหลังคลอดโดยตรงเป็นหลักแบบรายบุคคลในระดับชุมชน เช่นที่บ้าน เนื่องจากผู้รับบริการอาจไม่พร้อมเข้ารับการบำบัดรูปแบบกลุ่ม หรือไม่สามารถมารับบริการพร้อมกันได้ แต่สำหรับหญิงหลังคลอดที่ยังรับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลจะ

เหมาะสมสำหรับการบำบัดรายกลุ่มมากกว่า เนื่องจากได้มีการสนทนากันระหว่างหญิงหลังคลอด
หลายๆราย และการคุ้มทุนด้านการบำบัด



การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด :

การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

CONITIVE BEHAVIOR THERAPY TO REDUCE DEPRESSIVE SYMPTOMS IN WOMEN
WITH POSTPARTUM DEPRESSION : EVIDENCE-BASED NURSING

ศิริกานดา คีรีรัตน์ 5236529 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อติทยา พรชัยเกตุ โอว ของ, Ph.D. (NURSING)

อัจฉราพร สิริบุญวงศ์, พย.ค.

บทสรุปแบบสมบูรณ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิก

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postnatal depression) เป็นภาวะที่หญิงหลังคลอดมีอาการซึมเศร้าภายในเวลา 6 สัปดาห์หลังคลอด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) หรือบางการศึกษาอาจให้คำจำกัดความถึง 1 ปีหลังคลอด (Stewart et al., 2003) ผู้ป่วยหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มักมีอาการในช่วงเดือนแรกหลังคลอด โดยอาการจะเหมือนกับโรคซึมเศร้าทั่วไปคือ มีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดเหี่ยวแรง บางคนรู้สึกตัวตนเองทำผิด และอาจมีความคิดอยากทำร้ายตนเอง ซึ่งลักษณะดังกล่าวจะแตกต่างจากภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Postpartum blues) คือ อาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดจะมีอาการรุนแรงมากกว่า และรบกวนความเป็นอยู่ของมารดาและการเลี้ยงดูทารก โดยอาการจะเป็นอยู่นานเกินกว่า 2 สัปดาห์ ส่วนอารมณ์เศร้าหลังคลอดนั้น จะมีอาการรู้สึกซึมเศร้าเหนื่อยอ่อน หดหวัง ท้อแท้ โดยหาสาเหตุไม่ได้ โดยส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์หลังคลอด (จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ และกมลรัตน์ วัชรภรณ์, 2548) บางการศึกษาได้กล่าวถึงหญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอดว่ามีอารมณ์ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ร้องไห้บ่อย ขาดความอยากอาหาร เหนื่อยอ่อน มีอาการทางร่างกายหลายอย่าง ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ มีความรู้สึกด้อยค่าในตนเอง และมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Cho, Kwon, & Lee, 2008) สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ตามระบบการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (DSM-IV-TR) นั้นไม่มีการแยกการวินิจฉัยที่เฉพาะเจาะจง แต่จัดเป็น

ภาวะที่บุคคลมีอาการที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) และเข้าเกณฑ์ของภาวะหลังคลอด กล่าวคือบุคคลจะมีอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่ อารมณ์หดหู่ ความสนใจในกิจกรรมลดลง เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง นอนไม่หลับ สมาธิลดลง อ่อนเพลียเมื่อยล้า รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และอยากฆ่าตัวตาย โดยอาการของโรคเกิดขึ้นภายใน 4 สัปดาห์หลังคลอด (American Psychiatric Association : APA, 2000) สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามองค์การอนามัยโลก ตามบัญชีการจำแนกโรกระหว่างประเทศฉบับแก้ไข ครั้งที่ 10 (ICD - 10) ได้อธิบายอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด (F53.0) ว่าเป็นความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมในระยะหลังคลอด โดยบุคคลจะมีอาการแสดงที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ปานกลาง หรือรุนแรง คือในด้านอารมณ์พบว่าผู้ป่วยมีอาการเศร้า มีความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง รู้สึกเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า ไม่มีความพยายามในการทำกิจกรรม การนอนหลับมักจะถูกครอบงำ ความอยากอาหารลดลง ความภาคภูมิใจในตนเองและความมั่นใจในตนเองลดลงเกือบตลอดเวลา แม้จะมีอาการไม่รุนแรง และมักมีความรู้สึกผิดหรือความรู้สึกไร้ค่า ในส่วนของร่างกายพบว่ามีอาการสูญเสียความสนใจและความพึงพอใจ มักตื่นในตอนเช้าเป็นเวลาหลายชั่วโมงก่อนเวลาปกติ ความอยากอาหารลดลง น้ำหนักลด และความต้องการทางเพศลดลง โดยมีอาการเกิดขึ้นภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด (World Health Organization : WHO, 2013)

จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2008) ในรายงานการประชุมสุขภาพจิตมารดาและทารกแรกเกิด ที่กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ในปี 2008 พบว่ามีอัตราหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดทั่วโลกที่มีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น โดยมีอัตราสูงถึง 14% เมื่อพิจารณาสถิติของอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดในประเทศต่างๆ พบความชุกของอาการซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดในประเทศสหรัฐอเมริกา 8 - 12% (Cox et al., 1987 อ้างใน กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และจารุรินทร์ ปีตานพวงศ์, 2546) และสถิติจากเมืองวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย พบความชุกของอาการซึมเศร้า 10-25% ของหญิงหลังคลอด (Horan-Smith & Gullone, 1998; O'Hara & Swain, 1996 cited in Craig, Judd & Hodgins, 2005) สำหรับการศึกษาความชุกของการเกิดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดของประเทศในภูมิภาคเอเชีย พบการศึกษาจากประเทศเกาหลีใต้ ที่ได้ทำการวิเคราะห์แบบ meta-analysis จากการศึกษา 59 งาน พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าตามการวินิจฉัยด้วยการสัมภาษณ์คิดเป็น 14% ซึ่งใกล้เคียงกับความชุก 12% ที่ได้จากการวัดด้วยแบบสอบถามแบบรายงานตนเอง (O'Hara & Swain, 1996 cited in Cho, Kwon & Lee, 2008) ในประเทศสิงคโปร์พบความชุกของอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด 11.6% และในประเทศมาเลเซียพบความชุกของอาการ 3.9% จะพบว่าในภูมิภาคเอเชียมีความชุกน้อยกว่าประเทศทางตะวันตก ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าบุคคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลอาจไม่ตระหนักถึงภาวะดังกล่าว

หรือความลังเลใจในการขอความช่วยเหลือของหญิงหลังคลอดเพราะรู้สึกอับอายกับการเจ็บป่วย (Kit, Janet & Jegasothy, 1997 อ้างใน กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และจารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, 2546) สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาความชุกของอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2544 ถึงเมษายน พ.ศ. 2545 ในผู้หญิงที่ได้รับการตรวจในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 253 ราย (ไม่รวมผู้ที่ป่วยเป็นโรครุนแรงทางกายและทางจิตที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้) ผลการศึกษาพบผู้หญิงหลังคลอดจำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.5 มีคะแนนจากแบบประเมินอาการซึมเศร้า Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ฉบับภาษาไทย ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 13 คะแนน ซึ่งถือว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอด (จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์และกมลรัตน์ วัชรภรณ์, 2548) นอกจากนั้นอีกหนึ่งการศึกษาในประเทศไทยพบความชุกของอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด 16.8% จากกลุ่มตัวอย่าง 610 คน (โดยมีคะแนนจากแบบวัดอาการซึมเศร้า EPDS ตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป) (Limlomwongse & Liabsuetrakul, 2005 cited in WHO, 2008)

แม้ว่าผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอดส่วนใหญ่จะมีอาการดีขึ้นได้ด้วยตนเองโดยไม่ได้รับการรักษา (Cooper, Murray, Wilson & Romaniuk, 2003 cited in Cho, Kwon, & Lee, 2008) แต่มากกว่าครึ่งของผู้หญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอดก็ยังคงมีช่วงเวลาที่มีอาการซึมเศร้าต่อเนื่องในช่วงปีแรกหลังคลอด หญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอดยาวนานมักจะรู้สึกไม่ค่อยผูกพันกับทารก และอาจมีความรู้สึกในด้านลบกับทารกของตนเอง (Cornish, McMahon, Ungerer, Barnett, Kowalenko & Tennant, 2005 cited in Cho, Kwon & Lee, 2008) การวิจัยด้วยการสังเกต (Observational research) พบว่าเด็กที่มารดามีอาการของโรคซึมเศร้าจะอ่อนแอกว่า มีคะแนนด้านความฉลาดและพัฒนาการช้ากว่า ควบคุมอารมณ์ได้น้อยกว่า และรู้สึกผูกพันกับมารดาน้อยกว่า เมื่อเทียบกับเด็กที่มารดาไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า และเด็กที่มารดามีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอด ยังมีการตอบสนองในเชิงลบต่อความเครียด มีพัฒนาการในการควบคุมตนเอง ศักยภาพด้านการศึกษา ความสามารถด้านสังคม และระดับความเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ และมีปัญหาเชิงพฤติกรรมในระดับสูง (Goodman & Gotlib, 1999 cited in Cho, Kwon & Lee, 2008) ด้วยเหตุนี้อัตราความชุกของความผิดปกติทางจิตในกลุ่มบุตรที่มารดามีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอด จึงได้รับการคาดการณ์ว่าสูงกว่าเด็กทั่วไป 2-5 เท่า (Beardslee et al., 1993; Beardslee, Versage & Gladston, 1998 cited in Cho, Kwon & Lee, 2008) นอกจากนั้น อาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอดก็ยังมีผลให้อัตราการเกิดโรคซึมเศร้าในคู่สมรสเพิ่มสูงขึ้น (Cutrona, 1984 cited in Cho, Kwon & Lee, 2008) และ 50 - 70% ของหญิงที่มีอาการของโรค

ซึมเศร้าหลังคลอดรายงานว่าประสบปัญหาและความขัดแย้งในชีวิตสมรส (Phillipps & O'Hara, 1991 cited in Cho, Kwon & Lee, 2008)

ในส่วน of โรงพยาบาลปทุมธานีสถิติจากการสืบค้นจากเวชระเบียนในหญิงหลังคลอดที่พักรักษาตัวในแผนกหลังคลอด 3 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ.2554 – 2556) พบหญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้า จำนวน 15, 12 และ 18 ราย ตามลำดับ (เวชระเบียนผู้ป่วยใน: โรงพยาบาลปทุมธานี, 2556) ในกลุ่มนี้พบว่ามารดามีปัญหาภาวะแทรกซ้อนทางกาย เช่น แผลผ่าตัดติดเชื้ที่ต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น การสูญเสียทารกหลังคลอด ทารกอยู่ ICU เนื่องจากปัญหาแรกคลอด การคลอดก่อนกำหนดและไม่พร้อมเลี้ยงดูทารก การมีปัญหากับสามี (การนอกใจและทำร้ายร่างกาย) และความกังวลในการเลี้ยงบุตรว่าจะเลี้ยงได้ดี บุตรจะไม่แข็งแรง เป็นต้น

สำหรับสาเหตุของอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดอธิบายตามแนวคิดทฤษฎีหลักๆ 3 แนวคิด คือแนวคิดทฤษฎีทางชีวภาพ แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาและแนวคิดทฤษฎีทางจิตสังคม (Beck, 1967) **แนวคิดทฤษฎีทางชีวภาพ** ได้อธิบายอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดว่ามีความสัมพันธ์กับพันธุกรรม สารสื่อประสาทในสมองโดยเฉพาะสารซีโรโตนิน นอร์อิพิเนฟริน ทริปโตเฟน โดปามีน และฮอร์โมน ซึ่งภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเกิดจากการลดระดับฮอร์โมนในร่างกาย เช่น ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน เอสโตรเจน โปรแลคติน ไทรอยด์ และคอร์ติซอล เป็นต้น ในการศึกษาปัจจุบันพบว่าหญิงหลังคลอดที่ให้นมบุตรต่อเนื่องมีโอกาสเกิดอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่าหญิงที่ไม่ให้นมบุตร ซึ่งอาจเป็นผลมาจากฮอร์โมนโปรแลคตินที่สูงขึ้น ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนและเอสโตรเจนลดลง (Ahokas, Kaukoranta, & Aito, 1999 อ้างใน กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และจารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, 2546) ในส่วนของแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาสามารถอธิบายการเกิดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด โดยใช้กรอบแนวคิดทางปัญญาของเบ็ค (Beck, 1967) ซึ่งจากแนวคิดนี้อธิบายได้ว่าอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดเกิดจากภาวะวิกฤตตามพัฒนาการจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และการปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา รวมทั้งระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิดและการรับรู้ ทำให้มารดาหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดได้ (Beck, 1967) และสำหรับ**แนวคิดทฤษฎีทางจิตสังคม** ประกอบด้วยลักษณะทั่วไปทางประชากร อายุ สถานภาพสมรส สถานการณ์การทำงาน รายได้ อายุของมารดา การศึกษาพบว่าอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดมักเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน โดยที่อาการที่หญิงแต่ละคนประสบก็อาจแตกต่างกันไป (Warner, Appleby & Whitton, 1996; Webster, Thomson, Mitchell & Werry, 1994; Schaper, Rooney & Kay, 1994 อ้างใน

กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และจารุรินทร์ ปีตานพวงศ์, 2546) และปัจจัยที่อาจส่งผลเพิ่มโอกาสที่หญิงจะเกิดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด ได้แก่หญิงหลังคลอดที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี (Warner, Appleby & Whitton, 1996 อ้างในกมลรัตน์ วัชรภรณ์ และจารุรินทร์ ปีตานพวงศ์, 2546) และผู้หญิงที่มีบุตรคนแรกตอนอายุมากมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าสูงกว่าหญิงที่มีบุตรตอนอายุน้อย ส่วนในด้านสถานภาพสมรสที่หย่าร้างพบว่าการเกิดโรคซึมเศร้าได้สูงกว่าหญิงที่มีสถานภาพสมรสอยู่ การมีประวัติการมีโรคซึมเศร้าในอดีต เหตุการณ์ที่ทำให้เครียดที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์หรือการคลอดบุตร การมีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับสามี การตั้งความหวังในการเป็นแม่ที่ไม่สามารถเป็นจริงได้ และปัจจัยส่วนบุคคลต่างๆ (Milgrom et al., 1999; Johnstone et al., 2001 cited in Craig, Judd & Hodgins, 2005) อาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดนั้น ส่งผลกระทบต่อหญิงหลังคลอดจำนวน 10-20% หญิงส่วนใหญ่จะฟื้นตัวได้ใน 6 เดือน แต่อีกส่วนหนึ่งก็จะยังคงปรากฏอาการซึมเศร้าอีกต่อไปได้ถึง 2 ปี ผลกระทบที่ตามมาทั้งความขัดแย้งในชีวิตสมรส การรบกวนต่อความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูก และปัญหาเรื่องพัฒนาการของลูกในภายหลัง (Milgrom et al., 2005) ผลกระทบในด้านต่างๆที่เกิดขึ้นของอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดได้แก่ด้านบุคคล คือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ มีความวิตกกังวล มีความเครียดต่อสิ่งต่างๆตลอดเวลา มีความรู้สึกด้านลบ ปรับตัวได้ไม่ดี ไม่มีความสุข อาจมีอาการหลงผิด อาการทางจิตประสาทถึงขั้นทำร้ายตนเองได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ ในส่วนของผลกระทบต่อครอบครัว คือ มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับบุตร สามี บุคคลอื่น และสังคมโดยรวม (Pilliteri, 2003)

การรักษาอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด มีหลายวิธี แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ คือ การรักษาทางชีวภาพและการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งการรักษาทางชีวภาพได้แก่การรักษาด้วยยาสำหรับการรักษาอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดด้วยยา บางการศึกษาก็ได้บ่งชี้ถึงประสิทธิผลของยาด้านอาการซึมเศร้าในการป้องกันและรักษาอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด (Wisner & Wheeler, 1994; Nonacs & Cohen, 1998 cited in Chabroi et.al., 2002) อย่างไรก็ตามแม้จะมีข้อมูลรับรองมากขึ้นเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้ยาด้านเศร้าระหว่างช่วงการให้นมบุตร แต่ก็ยังไม่เป็นที่รู้กันถึงผลกระทบของยาด้านเศร้าที่อาจส่งผ่านการให้นมบุตรและอาจมีผลต่อพัฒนาการทางสมองของทารกในระยะยาว และการส่งยาประเภทนี้ให้กับหญิงที่ให้นมบุตรก็ต้องมีการประเมินถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้ในแต่ละกรณีเฉพาะรายไป มารดาส่วนใหญ่ โดยเฉพาะผู้ที่ให้นมบุตรมักหลีกเลี่ยงการใช้ยา จึงอาจส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของมารดา (Chabroi et.al, 2002)

ในส่วนการบำบัดทางจิตสังคมที่ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy) เป็นการรักษาที่เน้นปรับปรุงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ สำหรับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy : CBT) เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขความคิดของผู้ป่วยเพราะเชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีสาเหตุจากการมีความคิดบิดเบือนไปซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์หรืออารมณ์เศร้า นอกจากนั้นยังมีจิตบำบัดระยะสั้น (Short-term psychotherapy) โดยช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของตนให้เกิดความคิดที่ต้องเหมาะสมและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) จากประสบการณ์ของผู้ศึกษาที่ปฏิบัติงานในแผนกหลังคลอดพบว่าหญิงหลังคลอดส่วนใหญ่ประสบปัญหาในเรื่องการเลี้ยงบุตร โดยมีความคิดในด้านลบ เช่น กังวลว่าจะเลี้ยงบุตรได้ไม่ดี บุตรไม่แข็งแรง ไม่มีใครช่วยดูแลบุตร หรือสามีอาจไม่รักใคร่หรือห่วงใยเหมือนเดิม เป็นต้น ทำให้ผู้ศึกษาคิดว่าการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมนั้นมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยในแผนกที่ปฏิบัติงานอยู่

สำหรับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดที่มีอาการซึมเศร้าได้ผลดีกว่าการดูแลตามปกติ (Dennis, Hodnett & Bloombreg, 2007) นอกจากนั้นการศึกษาดูตามผลกับผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดในรูปแบบนี้พบว่ามีประสิทธิภาพดีกว่าการบำบัดโดยใช้ยาเพียงอย่างเดียว เมื่อมองในเรื่องของการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ (Blackburn, Eunson & Bishop, 1986; Evans, Hollon & DeRubeis, 1992; Kovacs, Rush, Beck & Hollon, 1981; Shea, Elkin & Imber, 1992; Simons, Murphy, Levine & Wetzel, 1986 cited in Craig, Judd & Hodgins, 2005) หรือในบางการศึกษามีการใช้การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมร่วมกับการใช้ยาด้านเศร้า paroxetine ในบางการศึกษาให้การบำบัดเฉพาะการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว เนื่องจากการบำบัดโดยใช้ยาถือเป็นรูปแบบการรักษาโรคซึมเศร้า หรือความวิตกกังวลหลังคลอดที่ใช้กันทั่วไป แต่พบว่าความมีประสิทธิภาพของการบำบัดด้วยวิธีนี้ขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยได้ทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดเพียงใด ปัจจัยที่ส่งผลต่อความยินยอมที่จะทานยาของผู้ป่วยนั้นมีหลายปัจจัย เช่น ทศนคติต่ออาการเจ็บป่วย ประเภทของยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยา การจะทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะทานยาตามแผนการรักษา ถือเป็นสิ่งที่ซับซ้อนและยากยิ่ง ดังนั้นการบำบัดทางจิตสังคมจึงน่าจะมียอบทบาทเพิ่มขึ้น และจากผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการรักษา 2 แบบคือ การให้ยารักษาโรคซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว กับ การให้ยาร่วมกับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม ล้วนแต่มีประสิทธิภาพในการลดอาการของโรคซึมเศร้าใน

หญิงหลังคลอดหรือลดอาการของโรคซึมเศร้าร่วมกับโรควิตกกังวล อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพของการใช้การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว (โดยไม่ใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าร่วมด้วย) ในการใช้รักษานักลี้ที่มีโรคซึมเศร้าหลังคลอดระดับปานกลางจนถึงรุนแรงร่วมกับโรควิตกกังวลยังต้องมีการศึกษาต่อไป (Misri, Reebye, Corral & Milis, 2004)

ในส่วนของรูปแบบการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมนั้นมีข้อดีที่การบำบัดแบบนี้เน้นการปรับความคิดด้านลบและปรับแก้การขาดความสนใจในการทำกิจกรรมประจำวัน ซึ่งมักจะเป็นลักษณะอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด (Craig, Judd & Hodgins, 2005) สำหรับบางการศึกษาในเรื่องการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม พบว่าเป็นการบำบัดที่ถูกใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติทั้งจากโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลโดยมีเป้าหมายที่จะลดอาการต่างๆ โดยเน้นการปรับรูปแบบเชิงลบในความคิดและพฤติกรรม (Austina et.al., 2002) และจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการนำการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมมาใช้ในการบำบัดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด พบว่ามีองค์ประกอบหลักที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดคือการเพิ่มความหวังในชีวิต และการเพิ่มความสามารถในการปรับตัวและจัดการกับปัญหาได้ โดยการส่งเสริมการตระหนักถึงความคิดด้านลบของตน การท้าทายความคิดและพฤติกรรม การแก้ปัญหา การกำหนดตารางกิจกรรม การผ่อนคลาย การดูแลตัวเอง และการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดอาการซึมเศร้า โปรแกรมการบำบัดนั้นมีการบ้านให้ไปทำระหว่างสัปดาห์ ซึ่งทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ ในแต่ละครั้งของการบำบัดด้วย (Craig, Judd & Hodgins, 2005) และในส่วนของการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการนำการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมมาใช้ในการบำบัดหญิงหลังคลอดอีกการศึกษาพบว่า มีองค์ประกอบหลัก ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและธรรมชาติของทารก การให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และการปรับการรู้คิดและปรับพฤติกรรม เป็นต้น การบำบัดโดยการประยุกต์การใช้แนวคิดการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม มาใช้ ในการส่งเสริมความสามารถของหญิงหลังคลอด ในการปรับตัวกับปัญหาต่างๆ ที่พบบ่อยในช่วงหลังคลอด เช่น พฤติกรรมที่มีปัญหาของทารก ข้อขัดแย้งกับคู่สมรสและครอบครัว ขยาย รวมถึงปัญหาด้านการเปลี่ยนบทบาทต่างๆ อีกทั้งยังเน้นย้ำถึงความสำเร็จและพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับหญิงหลังคลอดและทารก เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นกับหญิงหลังคลอด (Chabroi, Teissedre, Saint-Jean, Teisseyre, Roge & Mullet, 2002) จะเห็นว่าการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมนั้นมีประสิทธิภาพในการลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดได้

1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา (Clinical Question)

โรงพยาบาลปทุมธานีเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ ตติยภูมิ จำนวน 375 เตียง รับผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทุกประเภท รวมถึงผู้ป่วยทางจิตกรรมโดยแผนกจิตกรรมหลังคลอดนั้นมีหญิงหลังคลอดเป็นจำนวนถึง 250-300 รายในแต่ละเดือน อีกทั้งยังให้บริการการบำบัดรักษาหญิงหลังคลอดที่มีอาการซึมเศร้าทั้งที่ได้รับการวินิจฉัยและยังไม่ได้มีการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ในคลินิกจิตเวช โดยจากประสบการณ์ของผู้ศึกษาในการปฏิบัติงานด้านหญิงหลังคลอดที่ประสบภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จะมีการให้คำปรึกษาโดยเบื้องต้น และให้ทำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q หากพบว่ามีอาการซึมเศร้าก็จะส่งแผนกจิตเวชเพื่อให้คำปรึกษาทางด้านจิตเวช และจากการที่พบหญิงหลังคลอดในหน่วยงาน การให้คำปรึกษาเป็นเรื่องที่ต้องปฏิบัติเป็นเบื้องต้นเพื่อแก้ไขปัญหาและบำบัดทางด้านจิตใจก่อนส่งผู้ป่วยไปคลินิกจิตเวชต่อไปเมื่อพบปัญหาที่ซับซ้อน แต่ก็พบว่าหน่วยงานของผู้ศึกษา还没有มีรูปแบบการบำบัดที่ชัดเจน โดยมากเมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดก็จะส่งปรึกษาแผนกจิตเวช ซึ่งผู้ป่วยบางรายก็มีอาการดีขึ้น แต่บางรายก็ยังคงมีอาการซึมเศร้าอยู่ ผู้ศึกษาจึงได้ทบทวนวรรณกรรมและพบว่าโปรแกรมสำหรับการบำบัดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้า ได้แก่การบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สามารถช่วยลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษา วิเคราะห์ และสังเคราะห์รูปแบบการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ได้รูปแบบหรือแนวทางในการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด
- 2) หน่วยงานสามารถนำแนวทางการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้

2.วิธีการดำเนินการศึกษา

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1.1 กรอบการสืบค้น ผู้ศึกษาได้กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO (PICO framework) (Craig & Smyth, 2002) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้นดังนี้

Population : ประชากรที่ศึกษาคือ หญิงหลังคลอดที่มีอาการซึมเศร้า โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นคือ Postnatal Women/ Postpartum Women

Intervention : การบำบัดคือ การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม โดยใช้คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น “Cognitive behavior therapy”, CBT

Comparison intervention : กลุ่มที่ใช้เปรียบเทียบ ไม่มี

Outcome : ผลลัพธ์ที่ศึกษาคือ การลดลงของอาการซึมเศร้าหลังคลอด (Reduction of Depressive Symptoms) โดยใช้คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นคือ Depressive symptoms

2.1.2 ขอบเขตการสืบค้น ฐานข้อมูล/แหล่งที่ใช้ในการสืบค้น

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูลมีดังนี้

Population : Postnatal Women/ Postpartum Women

Intervention : Cognitive behavior therapy

Comparison intervention : -

Outcome : Depressive Symptoms

ฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น มีดังนี้

1. สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (E-database) ได้แก่ Cochrane Library, Science-Direct, PubMed, BMJ, CINAHL, Elsevier, Springer Link

2. สืบค้นด้วยมือ (Hand search) จากเอกสารอ้างอิงในบทความ งานวิจัยต่างๆ รวมทั้งวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับงานทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จากห้องสมุดของสถาบันในประเทศไทย ได้แก่ ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

2.1.3 เกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

1) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม เพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดและผลลัพธ์ที่วัดเกี่ยวกับการลดลงของอาการซึมเศร้า

2) เป็นงานวิจัยที่มีรูปแบบการศึกษาแบบ Systematic review หรือ Meta-analysis งานวิจัยแบบทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ และงานวิจัยกึ่งทดลอง

3) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ฉบับสมบูรณ์ (Full Text) ที่มีการตีพิมพ์ระหว่างปี 2000 - 2013

4) มีภาษาที่ใช้ในการตีพิมพ์เป็นภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ

2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2.1 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

ในการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 องค์ประกอบ ดังนี้คือ (1) ผลการวิจัยมีความตรงหรือไม่ (2) ผลการวิจัยเป็นอย่างไร (3) ผลการวิจัยเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการปฏิบัติหรือไม่ (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005)

2.2.2 ประเมินระดับความน่าเชื่อถือ ของหลักฐานงานวิจัย

การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด ทั้ง 6 เรื่องโดยใช้เกณฑ์ประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence) ตามระบบการจัดลำดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk & Fineout - Overholt (2005)ตามTherapy evidence pyramid ซึ่งมีการแบ่งระดับของหลักฐาน (Level of evidence) เป็น Systematic review จำนวน 1 เรื่อง Randomized controlled trial จำนวน 4 เรื่อง และ One group design จำนวน 1 เรื่อง

2.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากประเมินระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทั้ง 6 เรื่องมาสังกัดเนื้อหาลงในตารางวิเคราะห์ที่มีประเด็นสำคัญคือ วัตถุประสงค์การศึกษา กลุ่มตัวอย่าง สถานที่เก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ชนิดการบำบัด วิธีการดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย โดยได้สรุปงานวิจัยที่สืบค้นได้ลงในตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

2.4 สรุปประเด็นที่ได้จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

เพื่อสรุปเป็นรูปแบบการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง คุณสมบัติของผู้บำบัด การประเมินผลลัพธ์ และเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม

3. สรุปข้อแนะนำ (Recommendation) ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด จึงมีข้อแนะนำ (Recommendations) ในการนำการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดไปใช้ดังต่อไปนี้

1. คุณสมบัติของผู้เข้ารับการบำบัด ผู้รับการบำบัดมีคุณสมบัติดังนี้

1) เป็นหญิงหลังคลอดที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มีอาการของโรคซึมเศร้าหลัง

คลอด (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6)

2) มีอาการของโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นภายใน 12 เดือนหลังคลอด (Dennis et al.,

2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6)

3) มีอาการเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSM-

IV ว่าเป็น Minor หรือ Major Depressive Disorders (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6)

4) มีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมิน Edinburgh

Postnatal Depression Scale (EPDS) โดยมีคะแนน ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6)

5) ไม่มีอาการทางจิต หรืออยู่ระหว่างได้รับการรักษาจากจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาด้วยโรคทางจิตเวช เช่น โรคจิต โรคอารมณ์สองขั้ว หรือความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ (Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Craig et al., 2005: level 6) (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin,

2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 4) และไม่มีการใช้สารเสพติด หรืออบุหรี่ (Misri et al., 2004: level 2; Craig et al., 2005: level 6)

2. คุณสมบัติผู้บำบัด

1) ผู้บำบัดเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ นักจิตวิทยาคลินิกในระดับปริญญาตรีและระดับปริญญาโท และพยาบาลที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทด้านการให้คำปรึกษาหรือจิตวิทยา (Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2) และพยาบาลที่ดูแลเด็กแรกเกิด (Prendergast & Austin, 2001: level 2)

2) ต้องได้รับการฝึกอบรมการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนให้การบำบัด

สำหรับในเขตชนบท อาจพิจารณาให้ผู้ที่ทำงานด้านสุขภาพชุมชนมาเป็นผู้ให้การบำบัดได้ โดยให้ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอด กระบวนการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเบื้องต้น และการใช้แบบประเมินต่างๆ ทั้งนี้ภายหลังการฝึกอบรม ก็มีการให้คำปรึกษาเฉพาะรายตามที่ต้องการด้วย (Craig et al., 2005: level 6)

3. รูปแบบการบำบัด

รูปแบบการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับหญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอดที่พบจากการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ มี 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) การบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบรายบุคคล (Individual cognitive behavior therapy, I-CBT) (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2) และ 2) การบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบกลุ่ม (Group cognitive behavior therapy, G-CBT) ซึ่ง (Dennis et al., 2007: level 1; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6) ทั้งสองรูปแบบการบำบัดพบว่ามีประสิทธิภาพในการลดจำนวนผู้ที่ถูกวินิจฉัยด้วยโรคซึมเศร้า และลดอาการของโรคซึมเศร้าได้ โดยมีองค์ประกอบซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

3.1) การบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบรายบุคคล (Individual cognitive behavior therapy, I-CBT) จากการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่า การบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบรายบุคคลมีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการซึมเศร้าของหญิงหลังคลอดที่มีอาการ

ของโรคซึมเศร้าได้ (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2) โดยมีองค์ประกอบหลักของการบำบัดดังนี้

1. องค์ประกอบด้านการให้ความรู้ (Educational component) เป็นการสอนเกี่ยวกับเรื่องธรรมชาติและพัฒนาการตามปกติของเด็ก และปัญหาของทารกแรกเกิด การให้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ปฏิกริยาตอบสนองของร่างกาย และสิ่งแวดล้อม ว่ามีผลต่อกัน (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2)

2. องค์ประกอบด้านการให้การสนับสนุนช่วยเหลือ (Supportive component) โดยการรับฟังปัญหาและความรู้สึกทางลบที่มารดาามี ให้การยอมรับความรู้สึกสับสนไม่แน่ใจ และช่วยลดความรู้สึกผิดของมารดา ด้วยการทำให้มารดาเข้าใจว่าประสบการณ์ที่มีนั้นเป็นเรื่องปกติธรรมดา ช่วยให้มารดาเพิ่มความนับถือตนเองและความมั่นใจโดยการสนับสนุนให้เห็นความสำเร็จ (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2)

3. องค์ประกอบด้านการปรับการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral component) มีการพัฒนาความคิดและทักษะต่างๆ ดังนี้

(1) ปรับความคิดที่หมกมุ่นของมารดาเกี่ยวกับความคิดที่ว่าตนต้องเป็นมารดาที่สมบูรณ์แบบ (Chabroi et al., 2002: level 2)

(2) เสริมสร้างทักษะทางความคิด ในการตรวจหา ประเมิน และปรับแก้ความคิดที่บิดเบือน และการท้าทายความคิด (Thought challenging) (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2)

(3) เสริมสร้างการให้กำลังใจแก่ตนเอง และการสร้างถ้อยคำทางบวกในการจัดการกับปัญหา (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2)

(4) พัฒนาทักษะทางสังคม เช่น การกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertive training) ผ่านทางแบบฝึกหัดการเล่นบทบาทสมมุติ การทำกิจกรรมบันเทิงใจ (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2)

(5) พัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหา ผ่านทางการสอนถึงการประยุกต์ใช้คำสอนด้านการแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ โดยสามารถปรับให้เหมาะสมกับมารดาแต่ละคนได้

โดยในกระบวนการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมนั้น มีการพัฒนาความคิดและทักษะในการจัดการกับปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ การมีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอด ประสบการณ์การคลอด ประสบการณ์ในอดีตที่เข้ามารบกวนเมื่อตั้งครรภ์ ปัญหาต่างๆ ไปที่พบได้ในทารก สัมพันธภาพของมารดากับบิดามารดาของกลุ่มสมรส แหล่งสนับสนุนทางสังคม การต้องปรับตัวทั้งในครอบครัวและสังคม การต้องปรับตัวกับสมดุลของหน้าที่การทำงานกับเวลาพักผ่อน ปัญหาการเปลี่ยนบทบาท ความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างที่เปลี่ยนไป และเรื่องทางเพศ เป็นต้น (Chabroi et al., 2002: level 2) นอกจากนี้ในกระบวนการปรับความคิดและพฤติกรรม ผู้รับการบำบัดควรมีการติดตามและบันทึกความคิดในแต่ละวันของตน (Cognitive monitoring diary) มีการท้าทายความคิด (Thought challenging diary) รวมไปถึงการจัดตารางเวลาเพื่อกิจกรรมบันเทิงใจด้วย (Pleasant-event scheduling) (Prendergast & Austin, 2001: level 2)

ทั้งนี้ หากพบว่าหญิงหลังคลอดมีอาการซึมเศร้าร่วมกับอาการวิตกกังวล อาจพิจารณาให้การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมแบบรายบุคคลร่วมกับการให้ยาด้านเศร้า โดยพบว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลของหญิงหลังคลอดได้ (Misri et al., 2004: level 2)

3.2) การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมแบบกลุ่ม (Group cognitive behavior therapy, G-CBT) จากการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่า การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการซึมเศร้าของหญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้าได้ (Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6) โดยมีจำนวนครั้งของการบำบัด 9-12 ครั้งๆ ละ 90-120 นาที (Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6) โดยเป็นการบำบัดกับหญิงหลังคลอด จำนวน 9 ครั้ง และการบำบัดคู่สมรส จำนวน 3 ครั้ง (Milgrom et al., 2005: level 2) อย่างไรก็ตามอาจให้การบำบัดเฉพาะกับหญิงหลังคลอด จำนวน 9 ครั้ง ได้ โดยไม่ต้องมีการบำบัดคู่สมรสได้ องค์ประกอบหลักของการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมแบบกลุ่ม ได้แก่

1. การทำความเข้าใจอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด การเพิ่มกิจกรรมที่สร้างเสริมความรื่นรมย์และผ่อนคลาย การเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง การกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม การทำความเข้าใจเกี่ยวกับการคาดหวังในบทบาทของมารดาที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง การพูดให้กำลังใจตนเอง การพัฒนาความคิดในทางบวก การท้าทายคำวิพากษ์วิจารณ์ภายในจิตใจของตน (internal critic) และการก้าวไปข้างหน้า (Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6)

2.กลวิธีของการปรับการรู้คิดและพฤติกรรม ได้แก่ การกำหนดตารางกิจกรรม การผ่อนคลาย การทำความเข้าใจถึงความคิดอัตโนมัติด้านลบ การแก้ปัญา การดูแลตัวเอง การท้าทายความคิดและพฤติกรรม และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นต้น ((Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6)

โดยในกระบวนการทำกลุ่มนั้นจะมีการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้อภิปรายแลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่ม มีการค้นหาปัญหาของสมาชิกและเป้าหมายที่สมาชิกแต่ละคนคาดหวัง นอกจากนี้ยังมีการมอบหมายการบ้านให้สมาชิกได้ฝึกทักษะต่างๆด้วย

4. จำนวนครั้งในการบำบัด

สำหรับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมแบบรายบุคคล ใช้เวลาในการบำบัดจำนวน 5-8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2) สำหรับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมแบบกลุ่ม จำนวนกลุ่มละ 5 – 10 คน ใช้เวลาในการบำบัดจำนวน 9 - 12 ครั้ง ครั้งละ 90 - 120 นาที (Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6) ทั้งนี้จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดสามารถปรับได้ขึ้นกับองค์ประกอบที่นำมาใช้ในการบำบัด และลักษณะการนำคู่สมรสเข้าร่วมการบำบัดหรือไม่

5.สถานที่บำบัด

การบำบัดสามารถทำได้ทั้งในลักษณะผู้ป่วยนอก (Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 4) ผู้ป่วยในที่แผนกหลังคลอด (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2) และนอกโรงพยาบาล คือที่บ้านของหญิงหลังคลอดในชุมชน (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2) รวมถึงในศูนย์สุขภาพชุมชน (Craig et al., 2005: level 6) และศูนย์สุขภาพแม่และเด็ก (Milgrom et al., 2005: level 2)

6. การประเมินผลลัพธ์

การติดตามประเมินผลการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด สามารถประเมินผลลัพธ์ได้จากการลดลงของอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6) ซึ่งสามารถประเมินได้จากเครื่องมือต่างๆ ดังนี้

1. แบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

(Dennis, et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al, 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6) ซึ่งใช้ในการคัดกรองอาการซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยแต่ละข้อมีตัวเลือกที่ค่าคะแนนจาก 0 – 3 คะแนน และมีคะแนนรวม 30 คะแนน โดยการศึกษาส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์คะแนน EPDS ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป เป็นจุดตัดสำหรับการระบุว่ามีการของโรคซึมเศร้าหลังคลอด

2. แบบวัด Beck Depression Inventory (BDI) (Dennis et al., 2007: level

1; Chabroi et al., 2002: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2) มีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ เป็นแบบ rating scale จาก 0-3 ซึ่งใช้ในการประเมินปัจจัยในด้านการรู้คิด อารมณ์ และสรีรวิทยา ที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการของโรค (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; Milgrom et al., 2005: level 2) แบบวัดมีข้อคำถามที่ถามถึงอาการ และทัศนคติต่างๆที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า เช่น ความรู้สึกว่าทุกอย่างเลวร้าย (pessimism) ความรู้สึกผิด ความคิดอยากฆ่าตัวตาย แยกตัวจากสังคม นอนไม่หลับ ร้องไห้ และหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย (irritability) เป็นต้น แบบวัดนี้มีค่าความเที่ยง Cronbach's alpha จาก .79-.90

3. แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) มี

ข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ใช้ประเมิน 4 กลุ่มอาการ ได้แก่ กลุ่มอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล กลุ่มอาการนอนหลับ กลุ่มอาการแสดงออกทางกายภาพ และกลุ่มอาการทางความคิด เป็นแบบวัดมาตรฐานที่นิยมใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และติดตามผลการรักษา เนื่องจากมีความแม่นยำ สามารถจำแนกระหว่างผู้ที่มีอาการและไม่มีอาการซึมเศร้าได้ รวมทั้งมีความไวในการวัดการเปลี่ยนแปลงของอาการ โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีคะแนนตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไป ถ้าคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 30 ถือว่าเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; มาโนช หล่อตระกูล ปราโมทย์ สุคนิชย์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2539)

7. ระยะเวลาในการวัดประเมินผล

การประเมินผล สามารถประเมินผลได้ เมื่อสิ้นสุดการบำบัด และมีการวัดในระยะติดตาม 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี (Dennis, et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al, 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6)

4. ข้อเสนอแนะ (Suggestion)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พบว่าลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะการนำไปใช้ดังนี้

1. ก่อนนำการบำบัดไปใช้ควรมีการพัฒนาคู่มือการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับหญิงหลังคลอดที่มีอาการซึมเศร้าเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติให้มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ประชากร ตลอดจนวัฒนธรรมของพื้นที่นั้นๆ
2. ควรพัฒนาแนวปฏิบัติ (Practice guideline) ในการดูแลหญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ทั้งแบบรายบุคคล และแบบกลุ่ม และเลือกใช้ตามความเหมาะสมของบริบทของพื้นที่และลักษณะบริการ และบุคลากรที่ให้บริการ
3. ควรนำข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปทำการวิจัยนำร่อง (Pilot study) เพื่อศึกษาผลของการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด และเพื่อยืนยันผลการวิจัยที่ผ่านมา
4. ควรมีการจัดหลักสูตรอบรมการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับหญิงหลังคลอดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มให้กับพยาบาลจิตเวชและพยาบาลที่ดูแลหญิงหลังคลอดให้มีการฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดความชำนาญ
5. ควรมีการเผยแพร่ผลของการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กรด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การประชุมวิชาการ การลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการ เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และพัฒนางานด้านการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป
6. เนื่องจากโรงพยาบาลปทุมธานีมีหน่วยงานเวชกรรมสังคม ที่มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอยู่แล้ว ดังนั้นควรมีการติดตามคัดกรองอาการซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดตั้งแต่อยู่โรงพยาบาล และเมื่อติดตามเยี่ยมบ้าน ในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 หลังคลอด ตามการปฏิบัติของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาล ถ้าพบว่ามีอาการซึมเศร้าควรส่งต่อให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม
7. ควรมีการพิจารณาเลือกใช้รูปแบบการบำบัดให้เหมาะสมกับหน่วยงาน เช่น ในคลินิกผู้ป่วยนอกของสถานบริการสุขภาพระดับโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีความพร้อมของบุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชในการให้การบำบัดอาจเลือกใช้การบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ให้การบำบัดในหญิงหลังคลอดโดยตรงเป็นหลักแบบรายบุคคลในระดับชุมชน เช่นที่บ้าน เนื่องจากผู้รับบริการอาจไม่พร้อมเข้ารับการบำบัดรูปแบบกลุ่ม หรือไม่สามารถมารับบริการพร้อมกันได้ แต่สำหรับหญิงหลังคลอดที่ยังรับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลจะ

เหมาะสมสำหรับการบำบัดรายกลุ่มมากกว่า เนื่องจากการสนทนากันระหว่างหญิงหลังคลอด
หลายๆราย และการคุ้มทุนด้านการบำบัด



COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY TO REDUCE DEPRESSIVE SYMPTOMS IN WOMEN WITH POSTPARTUM DEPRESSION: EVIDENCE-BASED NURSING

SIRIKANDA KEEREERAT 5236529 NSMH/M

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

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

EXTENDED SUMMARY**Background and Significance of the Clinical Problem**

Postpartum depression is a condition that occurs within six weeks after giving birth (Somphop Ruangtrakul, B.E. 2542), or within a much longer period of one year (Stewart et al., 2003). Most of the women who suffer from postpartum depression tend to develop depressive symptoms within one month after giving birth. Postpartum depression is characterized by symptoms similar to those of general depression, including depressive symptoms, boredom, lethargy, or guilt, and even self-violence. These symptoms are different from postpartum blues, as postpartum depression is more severe and disturbs mothers' well-being and childcare ability. The symptoms of postpartum depression generally last for longer than two weeks, while those of postpartum blues involve the feelings of depression, exhaustion, desperation, and despair, without any specific causes, and they usually take place within two weeks after giving birth (Jarurin Pitanupong & Kamolrat Watcharaporn, B.E. 2548). Some studies have define postpartum depression as the condition in which postpartum women suffer from depression, insomnia, frequent bouts of tearfulness, loss of appetite, fatigue, a number of physical symptoms, inability to cope with problems, sense of worthlessness, and suicidal thoughts (Cho, Kwon, & Lee, 2008). As for the diagnosis of postpartum depression, the DSM-IV-TR criteria of the American

Psychiatric Association are generally used, but the criteria do not specifically diagnose postpartum depression. They only identify individuals who are stricken with major depressive disorder and meet the criteria of postpartum depression including gloominess, loss of interest in activities, loss of appetite, weight loss, insomnia, loss of concentration, fatigue, sense of worthlessness, and suicidal thoughts. The symptoms of postpartum depression generally occur within four weeks after giving birth (American Psychiatric Association, 2000). According to the World Health Organization, the ICD-10 defines postpartum depression (F53.0) as mental and behavioral abnormalities that occur after individuals have given birth. Symptoms of individuals that can be classified as mild, moderate, or severe depression include sadness, loss of interest in activities, fatigue, loss of attempt to do activities, disturbed sleep, loss of appetite, and loss of self-esteem and self-confidence, even though they may not be severe. Moreover, individuals who suffer from depression may also develop the feeling of guilt and worthlessness. As regards physical symptoms, the individuals may lose interest and satisfaction with life. They tend to wake up several hours sooner than they usually do, lose their appetite, suffer from weight loss, and lose their sexual desires. These symptoms tend to occur within in six weeks after giving birth (World Health Organization, 2013).

According to the statistics of WHO (2008), it was reported during the conference on mental health of mothers and newborn infants held in Geneva, Switzerland, that the rates of depression tended to rise among pregnant women and postpartum mothers, by as high as 14%. With regard to the United States of America, the prevalence rates of postpartum depression ranged from 8% to 12% (Cox et al., 1987 cited in Kamolrat Watcharaporn & Jarurin Pitanupong, B.E. 2546), A study of depressive symptoms in postpartum women in Victoria, Australia has revealed that the prevalence rate of postpartum depression was about 10% to 25% (Horan-Smith & Gullone, 1998; O'Hara & Swain, 1996 cited in Craig, Judd, & Hodgins, 2005). In Asia, a study conducted in South Korea has reported the prevalence rate of postpartum depression a meta-analysis of 59 studies conducted determined by means of interviews at 14%, which was similar to the prevalence rate of 12% determined by the self-reported questionnaire (O'Hara & Swain, 1996 cited in Cho, Kwon, & Lee, 2008). in Singapore has reported that the prevalence rate of postpartum depression was equal

to 11.6%, and the prevalence rate in Malaysia was only at 3.9%. Thus, it could be seen that the prevalence rates of postpartum depression in Asia are lower than those in Europe, which may be due to a number of reasons. For instance, care provided by physicians and healthcare team members may not be comprehensive enough, postpartum women may feel too embarrassed to ask for help, when illness (Kit, Janet, & Jagasothy, 1997 cited in Kamolrat Watcharaporn & Jarurin Pitanupong, B.E. 2546), Women who suffer from postpartum depression are more likely to use addictive substance, harm their newborn infants, or harm themselves, particularly those who suffer from social isolation and sense of despair (WHO, 2008).

Even though women who suffer from postpartum depression tend to improve naturally within a few months after giving birth (Cooper, Murray, Wilson, & Romaniuk, 2003 cited in Cho, Kwon, & Lee, 2008), but more than half of these women with postpartum depression tend to continue to suffer from depressive symptoms for a year. In general, women who suffer from prolonged postpartum depression tend to fail to establish a strong relationship with their newborn infant, or they may even develop a negative attitude toward their own infant Cornish, McMahon, Ungerer, Barnett, Kowalenko, & Tennat, 2005 cited in Cho, Kwon, & Lee, 2008).

According to an observational research conducted by Goodman and Gotlib (1999 cited in Cho, Kwon, & Lee, 2008), infants who were born to mothers with postpartum depression tend to be more difficult to raise as they have lower scores of intellectuality and development, are less able to control their emotions, and have less bonding and attachment with their mother when being compared to infants whose mothers are free from postpartum depression. Besides this, children whose mother have suffered from postpartum depression tend to have negative responses to stress, slow development of self-control, low educational potential, low social ability, a low level of self-value, and a high level of behavioral problems (Goodman & Gotlib, 1999 cited in Cho, Kwon, & Lee, 2008). For these reasons, the prevalence rate of mental abnormalities among children of parents with postpartum depression is estimated to be two to five times higher than that in normal children (Beardslee et al., 1993; Beardslee, Versage, & Gladston, 1988 cited in Cho, Kwon, & Lee, 2008). Furthermore, postpartum depression increases the rate of depressive symptoms in the spouse (Cutrona, 1984 cited in Cho, Kwon, & Lee, 2008), and 50% to 70% of women

suffering from postpartum depression also have marital problems and conflicts (Phillips & O'Hara, 1991 cited in Cho, Kwon, & Lee, 2008). As for Thailand, a study was conducted to investigate the prevalence of postpartum depression at Prince of Songkla Hospital from November 2011 to April 2012 with 253 postpartum women who sought postnatal care services within four to six weeks after giving birth, excluding those who had a severe physical or mental illness who were unable to participate in the study. It was found that 24 postpartum women, accounting for 9.5%, had the scores of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Thai version, equal to 13 points or higher, which meant they had postpartum depression (Jarurin Pitanupong & Kamolrat Watcharaporn, B.E. 2548). As for Thailand, it was reported during the conference that in one study which was conducted with 610 postpartum women, it was found that the prevalence rate of postpartum depression was as high as 16.8%, as diagnosed with the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), with the scores of 10 points or higher (Limlomwongs & Liabsuetrakul, 2005 cited in WHO, 2008).

With regard to Pathumthani Hospital, a review of medical records of postpartum women admitted into the postnatal ward between 2011 and 2013 has revealed that the numbers of women with postpartum depression were 15, 12, and 18, respectively (Inpatient Registration, Pathumthani Hospital, B.E. 2556). Of these, some also had physical complications such as infected surgical wounds that required prolonged hospital stay, loss of the infants after birth, infants being admitted into the neonatal intensive care unit due to neonatal problems, premature birth and lack of readiness for childcare, and marital problems (extramarital affairs and physical abuse). Observations, interviews, and provision of advice have shown that the rates of postpartum depression tend to increase every year, and these women have to be referred to the psychiatric department for diagnosis and treatment by a psychiatrist.

As regards the causes of postpartum depression, there are three major theories that can be used to explain the causes—biological theory, psychological theory, and psychosocial theory (Beck, 1967). First, according to the biological theory, it is explained that postpartum depression is related to heredity and neurotransmitters in the brain, particularly serotonin, norepinephrine, tryptophan, dopamine, and other hormones. Postpartum depression results when hormone levels

in the body decrease, such as progesterone, estrogen, prolactin, thyroid, and cortisol, etc. Studies have pointed out that the decrease in estrogen hormones is associated with postpartum depression, and postpartum women who continuously breastfeed their infant are more susceptible to postpartum depression than those who do not do breastfeeding, which may be due to an increase in prolactin hormone and a decrease in progesterone and estrogen hormones (Ahokas, Kaukoranta, & Aito, 1999 cited in Kamolrat Watcharaporn & Jarurin Pitanupong, B.E. 2546). Second, the psychological theory explains the onset of postpartum depression based on the cognitive concept of Beck (1967) that postpartum depression results from a developmental crisis caused by physical, psychological, emotional, and adaptational changes when women adjust their existing roles and adopt their maternal role. Moreover, during pregnancy and labor, women have to undergo drastic emotional, cognitive, and perceptive changes, which make them susceptible to postpartum depression (Beck, 1967). Finally, the psychosocial theory explains the onset of postpartum depression based on postpartum mothers' demographic characteristics of age, marital status, employment status, and income. For example, mothers who are younger than 20 years of age have higher risks of postpartum depression (Warner, Appleby, & Whitton, 1996 cited in Kamolrat Watcharaporn & Jarurin Pitanupong, B.E. 2546). Furthermore, women who have their first child at an older age are more likely to develop postpartum depression than younger mothers. In terms of marital status, postpartum mothers who are divorced are more susceptible to postpartum depression than those who are married. In fact, previous studies have pointed out that there can be several factors that lead to development of postpartum depression, and depressive symptoms in postpartum women can vary (Warner, Appleby, & Whitton, 1996; Webster, Thomson, Mitchell, & Werry, 1994; Schaper, Rooney, & Kay, 1994 cited in in Kamolrat Watcharaporn & Jarurin Pitanupong, B.E. 2546). In brief, factors that may increase depressive symptoms in postpartum mothers include past history of depression, stressful situation related or unrelated to pregnancy or childbirth, marital problems, unrealistic expectation of maternal roles, and other individual factors (Milgrom et al., 1999; Johnstone et al., 2001 cited in Craig, Judd, & Hodgins, 2005).

Depressive symptoms affect 10% to 20% of postpartum women, who mostly recover within six months, but some can continue to suffer from the symptoms

for as long as two years. The effects of postpartum depression that follow include marital conflicts, disturbed relationships between the mother and the infant, and subsequent developmental problems of the infant (Milgrom et al., 2005). Individual effects of postpartum depression are physical and emotional changes, anxiety, constant stress, negative feelings, poor adaptation, unhappiness, and delusion. In fact, if left untreated, neuro-psychological problems caused by postpartum depression may lead to self-harm. Besides, there are effects on the family of postpartum women including problems with relationships with the spouse, infant, other family members, and the society at large (Pilliteri, 2003).

There are different methods to treat postpartum depression, which can be divided to biological treatment and psychosocial treatment. Biological treatment refers to treatment with medication. There are previous studies have confirmed the effectiveness of antidepressants to prevent and treat postpartum depression (Wisner & Wheeler, 1994; Nonacs & Cohen, 1998 cited in Chabroi et al., 2002). However, even though the evidence of safety to administer pharmacological treatment in women with postpartum depression during breastfeeding, the possible side effects of medication of antidepressants on breastfed infants. It is suspected that antidepressants may have a long-term effect on brain development of breastfed infants. Therefore, prescription of antidepressants for breastfeeding postpartum mothers has to take possible benefits and risks into consideration on a case-by-case basis. Besides, most of the breastfeeding mothers tend to avoid taking medication, so medication adherence of postpartum mothers is another factor that needs to be carefully considered (Chabroi et al., 2002).

Psychosocial therapy that is effectively used with patients with depressive symptoms is interpersonal psychotherapy, which emphasizes improvement of interaction between patients and others to enhance patients' adjustment to their environment and other people without focusing on mental conflicts. In addition, cognitive behavioral therapy (CBT) is another form of therapy that emphasizes correction of patients' thinking as it is believed that patients' symptoms result from their distorted thinking that leads to sadness or misery. Furthermore, short-term psychotherapy can be used to enable patients to adjust their cognition and beliefs and to better adapt themselves to various situations (Manote Lortrakul & Pramote Sukanit, B.E. 2548). A systematic review of literature has shown that cognitive behavioral

therapy is more effective to reduce depressive symptoms in postpartum women than routine care (Dennis & Hodnett, 2009). Furthermore, studies have also pointed out that cognitive behavioral therapy was more effective than using medication alone when considering prevention of depressive symptoms (Blackburn, Eunson, & Bishop, 1986; Evans, Hollon, & DeRubeis, 1992; Kovacs, Rush, Beck, & Hollon, 1981; Shea, Elkin, & Imber, 1992; Simons, Murphy, Levine, & Wetzel, 1986 cited in Craig, Judd, & Hodgins, 2005). In some studies, cognitive behavioral therapy was used together with an antidepressant called Paroxetine that has been documented as an effective medication generally used to treat postpartum depression or anxiety, but the degree of effectiveness depends on patients' medication adherence. In general, there are various factors that influence patients' medication adherence such as attitudes toward illness, type of medication, and medication side effects. Management of mental problems during the postpartum period enables physicians to increase patients' medication adherence, which is more complex and difficult than pharmacological treatment of other symptoms. Furthermore, it has been documented that the use of antidepressants alone and the use of antidepressants together with cognitive behavioral therapy both are effective to treat severe postpartum depression and postpartum anxiety because both can improve patients' emotions and reduce anxiety with statistical significance, when comparing their symptoms on the day they first met the physician and on the last. However, it is worth noting that the effectiveness of the use of cognitive behavioral therapy alone without pharmacological treatment to treat moderate to severe postpartum depression needs to be further investigated (Misri, Reebye, Corral, & Milis, 2004).

Benefits of cognitive behavioral therapy include adjustment of negative thinking and lack of interest in daily living activities, which are commonly found in women with postpartum depression (Craig, Judd, & Hodgins, 2005). In general, cognitive behavioral therapy is used to treat patients with depression and anxiety with an aim to reduce depressive symptoms by adjusting negative cognition and behavior (Austina et al., 2002). A review of evidence-based research studies on the implementation of cognitive behavioral therapy in women with postpartum depression has revealed that the major components that can induce cognitive adaptation are an increase in hope in life, an increase in adaptive ability, and a promotion of problem-

solving skills such as specification of an activity schedule, relaxation, identification of negative thinking, problem solving, self-care, cognitive and behavioral challenges, and prevention of onset of depressive symptoms. The therapy program involves assignment of homework for patients to complete during the week, so they have a chance to practice different skills during therapy sessions (Craig, Judd, & Hodgins, 2005). Furthermore, it has been found from the literature review that there are four components of including education about the disease and the nature of the baby. Providing support And adjustment, cognition and behavior, etc. These components are included in the manual to promote confidence in postpartum mothers and to offer them guidelines on how to deal with behavioral problems of their infant. Also, the success of the guideline for postpartum women on how to deal with problems with the spouse and their extended family was also mentioned, as well as possible problems with role changes (Chabroi, Teissedre, Saint-Jean, Teisseire, Roge, & Mullet, 2002). Thus, cognitive behavioral therapy can be used to effectively reduce depressive symptoms in postpartum women.

1.1 Clinical problem of the study

Pathumthani Hospital is a tertiary hospital of 375 beds for patients with illnesses of all types. Including patients with obstetric obstetric postpartum postpartum women have a lot to 250-300 cases each month. that provides treatment and care to women with postpartum depression, both who have already been diagnosed by a psychiatrist in the psychiatric clinic and those who have not yet been diagnosed. Based on the researcher's personal experience working to provide care to women with postpartum depression at the hospital, initial consultation is provided and they are asked to complete the 2Q depression screening instrument. If it is found that they have postpartum depression, they will be referred to the psychiatric ward for more specific treatment and care. It has become evident that the rates of postpartum depression tend to increase. The numbers of women with postpartum depression between 2011 and 2013 were equal to 15, 12, and 18, respectively (Psychiatric Clinic, Pathumthani Hospital, B.E. 2556). When women with postpartum depression are found, consultancy is initially given to solve immediate problems. However, there is no clearly defined guideline on how to deal with postpartum depression except

referring patients to the psychiatric ward. It can be seen that some patients improve, but others continue to have depressive symptoms. As a review of literature has shown that cognitive behavioral therapy is effective to reduce depressive symptoms, the researcher was interested in exploring cognitive behavioral therapy to reduce depressive symptoms in women with postpartum depression.

1.2 Purpose of the study

The present study aimed at analyzing and synthesizing cognitive behavioral therapy to reduce depressive symptoms in women with postpartum depression.

Expected outcomes and benefits

The study findings can result in a guideline on implementation of cognitive behavioral therapy to reduce depressive symptoms in women with postpartum depression.

The workplace can implement the guideline on cognitive behavioral therapy to more effectively reduce depressive symptoms in women with postpartum depression.

2.Methodology

2.1 Search strategy

2.1.1 Advanced Search

The PICO Framework (Craig & Smyth, 2002) was employed to determine the keywords in the search of research-based evidence as follows:

Population (P) = postnatal women, postpartum women

Intervention (I) = cognitive behavioral therapy, CBT

Comparison (C) = no comparison

Outcome (O) = reduction of depressive symptoms

2.1.2 Scope of the search/ databases/ sources of the search

The scope of the search was as follows:

Population: postnatal women/ postpartum women

Intervention: cognitive behavioral therapy

Comparison: -

Outcome: depressive symptoms

The databases used in the search included the following:

1. Electronic databases used in the search were Cochrane Library, Science-Direct, PubMed, BMJ, CINAHL, Elsevier, Springer Link
2. Hand search was conducted with references in journal articles, research reports, and theses and dissertations related to psychiatric and mental health care of the library of the Faculty of Nursing, Mahidol University and Somdej Chaopraya Psychiatric Institute.

2.1.3 Selection criteria

1. It was a research study related to cognitive behavioral therapy to reduce depressive symptoms in postpartum women.
2. It was a systematic review or meta-analysis of research studies, a systematic randomized controlled trial, or a quasi-experimental research.
3. It had a full text which was available for retrieval and published between 2000 and 2013.
4. It was published either in Thai or in English.

2.2 Evaluation of quality and level of evidence

2.2.1 Evaluation of research-based evidence

The criteria used to evaluate the quality of research-based evidence included the following: 1) Are the research findings valid?, 2) What are the research findings?, and 3) Are the research findings feasible to implement? (DiCenso, Guyatt, & Cliska, 2005).

2.2.1 Evaluation of level of evidence

All six research studies related to cognitive behavioral therapy to reduce depressive symptoms in postpartum women selected in this study were evaluated to determine their level of evidence based on the strength of evidence

(Therapy Evidence Pyramid) criteria proposed by Melnyk & Fineout-Overholt (2005). Of the six studies selected, one was a systematic review, four were randomized controlled trials, and one was an experimental study with a one-group design.

2.3 Synthesis of research-based evidence

The contents of the six research studies were extracted to complete the collective table including study objectives, samples, research settings, instruments, types of therapy, data collection procedures, and findings.

2.4 Summary of the synthesis of research-based evidence

The summary of the six research studies on cognitive behavioral therapy to reduce depressive symptoms in postpartum mothers selected in the study were done regarding characteristics of the study samples, qualifications of the therapists, evaluation of outcomes, and instruments used to evaluate therapy outcomes.

3. Recommendations Based on Research-based Evidence

Of the six studies on cognitive behavioral therapy to reduce depressive symptoms in postpartum mothers selected in the present study, one was a systematic review, four were randomized controlled trials, and one was an experimental study with a one-group design. The contents of these studies could be summarized as follows:

1. Characteristics of the patients

The patients who participated in the cognitive behavioral therapy to reduce depressive symptoms in postpartum mothers had the following characteristics:

1) The study subjects were postpartum women who were at least 18 years of age and who had symptoms of postpartum depression (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6).

2) The symptoms of postpartum depression occurred within 12 months after giving birth (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6).

3) The symptoms of postpartum depression were diagnosed using the DSM-IV of the American Psychiatric Association as minor or major depressive disorders (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6).

4) Their scores of postpartum depression as determined using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) were equal to 12 points or higher (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6).

5) They did not have any mental illness or were being treated by a psychologist or psychiatrist for any psychiatric illnesses such as bipolar disorder, suicidal thought, or personality disorder (Chabroi et al., 2002: level 2; ; Misri et al., 2004: level 2; Craig et al., 2005: level 6; Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6), and they did not have problems with substance abuse or cigarette smoking (Misri et al., 2004: level 2; Craig et al., 2005: level 6).

2. Qualifications of the therapists

1. They were psychiatric and mental healthcare professionals including psychologists professional and nurses with a Master's degree in counseling or psychology (Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2), and neonatal care nurses (Prendergast & Austin, 2001: level 2).

2. They had to undergo training on cognitive behavioral therapy before conducting the therapy with postpartum women.

For those living in a rural area, community health professionals may be able to conduct the therapy program after undergoing training on postpartum depression, basic cognitive behavioral therapy, and implementation of different instruments. After the training, individual counseling may be provided as needed (Craig et al., 2005: level 6).

3. Forms of therapy

There are two types of cognitive behavioral therapy to reduce depressive symptoms in postpartum mothers: 1) individual cognitive behavioral therapy (I-CBT) (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2) and 2) group cognitive behavioral therapy (G-CBT) (Dennis et al., 2007: level 1; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6). Both types of therapy were found to be effective to reduce the number of postpartum women diagnosed with postpartum depression and relieve depressive symptoms, which can be further described as follows:

3.1 Individual cognitive behavioral therapy (I-CBT) was effective to reduce depressive symptoms in women with postpartum depression (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2). The components of individual cognitive behavioral therapy were as follows:

1. Educational component: The teaching involved knowledge of nature and age-appropriate development of the infants, problems of newborn infants, and interrelationships among cognition, emotion, behavior, physical reactions, and the environment (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2).

2. Supportive component: The therapists listened to problems and negative feelings of postpartum mothers, accepted their confusion and uncertainty, and reduced their feeling of guilt by making them understand that their experience was normal so that the mothers could develop self-respect and self-confidence (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2).

3. Cognitive behavioral component: This component involved the following (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2):

- 1) Adjusting mothers' obsessive thinking that they had to be perfect mothers (Chabroi et al., 2002: level 2)

- 2) Promoting thinking skills to search for, assess, and adjust distorted thinking, or thought challenging (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2)

3) Promoting self-encouragement and positive talks to solve problems (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2)

4) Developing social skills such as assertive training through role-playing and entertaining activities (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2)

5) Developing the ability to solve problems. Teaching through the application of the doctrine of the solutions in the various hassles. Can be tailored to individual patients.

During the process cognitive behavioral therapy, the patients' problem-solving ability was promoted through teaching of application of problem solving techniques in different difficult situations by revising the teaching to suit individual mothers' frequently found problems such as depressive symptoms during the postpartum period, experience with childbirth, past experience that disturbed pregnancy, generally found problems in infants, relationship between the postpartum mothers and their in-laws, sources of social support, adaptation in family and society, adaptation to maintain work and rest, problems with role changes, concern about changing physical condition, and sexual problems, etc. (Chabroi et al., 2002: level 2). During the process of cognitive behavioral therapy, a cognitive monitoring diary and a thought challenging diary should be kept, as well as pleasant-event scheduling (Prendergast & Austin, 2001: level 2).

If it was found that postpartum women had depressive symptoms and anxiety, individual cognitive behavioral therapy may be given together with prescription of antidepressants as this had been found to be effective to reduce depressive symptoms and anxiety of postpartum women.

3.2 Group cognitive behavioral therapy (G-CBT) (Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6). A systematic review of literature has shown that group cognitive behavioral therapy was effective to reduce depressive symptoms in postpartum women (Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6) Group cognitive behavioral therapy consisted of nine to 12 sessions, each of which lasted approximately 90 to 120 minutes. There were five to ten members in each group (Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6). In one study, the husbands

participated in three therapy sessions (Milgrom et al., 2005: level 2). The main components of the therapy included the following:

1) relaxation strategies: understanding of depressive symptoms in postpartum women, doing pleasant activities, promoting self-esteem, understanding unmet expectations of mothers in childcare, developing self-understanding, promoting positive thinking, dealing with internal critics, and moving forward. (Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6).

2) cognitive and behavioral strategies: scheduling activities, relaxation, understanding negative thinking, problem solving, self-care, challenging thinking, and prevention of relapses of depressive symptoms, etc. (Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6).

5. Number of therapy sessions

The total numbers of sessions of individual cognitive behavioral therapy ranged from five to eight sessions, each lasting 60 minutes (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2). The total numbers of sessions of group cognitive behavioral therapy ranged from 9 to 12 sessions, each lasting 90 to 120 minutes, with five to ten members in the group (Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6). The numbers of sessions and duration of therapy varied across the selected studies depending on the major components of the therapy program. The number and duration of therapy is adjustable depending on the components used in the therapy. And characteristics bringing spouses to attend therapy or not.

6) Venue

Cognitive behavioral therapy could be conducted for outpatients (Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6), inpatients admitted into the postnatal ward (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2), and at home of postpartum women in the community (Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2). Community Health Centers (Chabroi et al., 2002: level 2). And Maternal and Child Health Center (Milgrom et al., 2005: level 2)

7) Evaluation of therapy outcomes

The evaluation of outcomes of cognitive behavioral therapy to reduce depressive symptoms in postpartum women could be done by determining the reduction of depressive symptoms (Dennis et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6),

7.1 The Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) (Dennis, et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al., 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 4). Consisted of ten items to screen depressive symptoms in postpartum women. Each item has a T score of 0-3 points, and have scored a combined 30 points. By most studies use threshold the cut-off score was 12 points, with the scores of 12 points or higher indicating postpartum depression .

7.2 The Beck Depression Inventory (BDI) (Dennis et al. 2007: level 1; Chabroi et al. 2002: level 2; Milgrom et al. 2005: level 2).was composed of 21 items based on knowledge, outcome, and psychological factors to determine severity of depressive symptoms. The inventory items were divided into 0-3 levels regarding symptoms and attitudes toward depression such as pessimism, guilt, suicidal thoughts, social avoidance, and irritability. (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). Test with questions that asked about symptoms. And attitudes associated with depression, such as feeling that everything bad (pessimism) guilt. Suicidal thoughts Separated from society, insomnia, irritability, crying and irritability. Prototype with the reliability of this measure, Cronbach's alpha of .79 to .90.

7.3 The Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) There were 17 items in the scale There were four groups of symptoms that could be identified by this scale as follows: 1) depression and anxiety symptoms, 2) sleeping symptoms, 3) physical symptoms, and 4) cognitive symptoms was a standardized instrument that was popularly used to assess the severity of depressive symptoms and monitoring of treatment outcomes because it was valid and reliable and could distinguish patients who had and who did not have depressive symptoms. Moreover, the rating scale was sensitive to changes in symptoms, and the total number of items was small, so it was not time-consuming to administer , and the scores of 14 points or

higher indicated depressive symptoms. If the scores were equal to 30 points or higher, the patients were considered having severe depression. (Manote Lortrakul, Pramote Sukanich, & Jackrit Sukying, B.E. 2539) (Chabroi et al. 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2).

7. Evaluation time

According to the six research studies selected in the present study, evaluation of therapy program outcomes were conducted immediately after the program ended and during the follow-up periods at three months, six months, and one year after the termination of the therapy program (Dennis, et al., 2007: level 1; Prendergast & Austin, 2001: level 2; Chabroi et al, 2002: level 2; Misri et al., 2004: level 2; Milgrom et al., 2005: level 2; Craig et al., 2005: level 6).

4. Suggestions

Based on the systematic review of research-based evidence on cognitive behavioral therapy to reduce depressive symptoms in postpartum women, it could be concluded that behavioral therapy could be used to effectively reduce depressive symptoms in postpartum women. Therefore, the following suggestions are made for implementation of the study findings:

1) Before the cognitive behavioral therapy can be used to reduce depressive symptoms in postpartum women, a practice guideline should be developed to achieve clearly defined implementation processes and to ensure suitability with the contexts of the workplace, the population, and the local cultures.

2) Practice guidelines on care of postpartum women with depressive symptoms in in postpartum women with symptoms of depression. Both individually and as a group, and select the appropriate context of space and service characteristics. And service personnel.

3) The recommendations derived from the analysis and synthesis of research-based evidence in the present study should be tried out in a pilot study to better determine the effects of cognitive behavioral therapy to reduce depressive symptoms in postpartum women and to confirm the findings of previous studies.

4) Training programs should be organized to equip psychiatric nurses with knowledge and skills on how to implement both individual and group cognitive behavioral therapy to reduce depressive symptoms in postpartum women to ensure their expertise.

5) The effects of the cognitive behavioral therapy to reduce depressive symptoms in postpartum women should be publicized to related agencies and organizations, both internal and external, through various means such as academic conferences, journal article publications, etc. so as to promote exchange of knowledge to further develop the nursing science.

6) Due Pathumthani Hospital Medical social agencies. Home visits with patients already. So there should be a follow-up screening for depressive symptoms in women postpartum hospital stay. Home visit and at weeks 2 and 6 after birth, according to the practice of Social Medicine of the hospital. If found to have depressive symptoms should forward assist, as appropriate.

7) Should be considered a form of therapy to appropriate agencies, such as the outpatient clinics of the health facility level hospitals or hospital health district with the availability of personnel, mental health and psychiatry in. Healing may choose to use cognitive therapy and behavioral therapy in postpartum women to direct a major individual community level, such as at home, because patients may not form groups and therapy. Or can be served simultaneously. For postpartum women who are admitted to the hospital would be appropriate for the treatment group over. Due to the dialogue between the many postpartum women. And the cost of therapy.

รายการอ้างอิง

- กมลรัตน์ วัชรภรณ์, จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, และนิศานดี ลำอางศรี. (2546). การประเมินแบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 11(3), 164-169.
- กมลรัตน์ วัชรภรณ์, และจารุรินทร์ ปิตานพวงศ์. (2548). โรคซึมเศร้าหลังคลอด. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 11(2), 111-120.
- ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, และมาโนช หล่อตระกูล. (2541). *เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2542). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สุวีชาญการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- เวชระเบียนผู้ป่วยใน. (2556). *ข้อมูลสถิติผู้ป่วยหลังคลอดในแผนกจิตเวชปี 2554 – 2556*. โรงพยาบาลปทุมธานี.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2555). *บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 ไทย – อังกฤษ. (ICD-10): สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนนทบุรี*.
- อรวมน ศรียุคศุทธ. (2010). *แนวทางการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์*. เอกสารประกอบการสอนวิชาการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต พยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัทยมหิดล.
- Ahokas, A., Kaukoranta, J., & Aito, M. (1999). Effect of estradol on postpartum depression. *Psychopharmacology*, 146, 108-10.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV (4th ed., text, revision)*, Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Austina, M.P., Frilingosb, M., Lumleyc, J., Hadzi-Pavlovica, D., Roncolatoa, W., Aclanda, S., Santa, K., Segala, N. & Parkera, G. (2008). Brief antenatal cognitive behaviour

- therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety : A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 105, 35 –44.
- Blackburn, I.M., Eunson, K.M. & Bishop, S. (1986). A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy, and a combination of both. *Journal of Affective Disorders*, 10, 67-75.
- Beardslee, W.R., Keller, M.B., Lavori, P.W., Staley, J. & Sacks, N. (1993). The impact of parental affective disorder on depression in offspring: a longitudinal follow-up in a nonreferred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32, 723-730.
- Beardslee, W.R., Versage, E.M. & Gladston, T.R. (1998). Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37, 1134-1141.
- Beck, A.T. (1967). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, C.T. (2002) . Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory .*JOGNN Journal*, 31(4).
- Butler, A.C. & Beck, A.T. (1995). Cognitive therapy for depression. *The Clinical Psychologist*, 48(3), 3-5.
- Chabroi, H., Teissedre, F., Saint-Jean, M., Teisseire, N., Roge. B., & Mullet, E. (2002) Prevention and Treatment of Postpartum depression: A controlled randomized study on woman at risk. *Psychological Medicine*, 32, 1039 – 104.
- Cho, H.J., Kwon, J.H., & Lee, J.J. (2008). Antenatal Cognitive-behavioral Therapy for Prevention of Postpartum Depression :A Pilot Study. *Yonsei Medical Journal*, 49(4), 553 – 562.
- Cox, J.L. & Holden, J.M. (1987). Detection of Postnatal Depression Scale. *Br Journal Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cooper, P.J., Murray, L., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short-and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. *Br Journal Psychiatry*, 182, 412-9.
- Cornish, A.M., McMahon, C.A., Ungerer, J.A. , Barnett, B., Kowalenko, N., & Tennant, C. (2005). Postnatal depression and infant cognitive and motor development in the second postnatal year: The impact of depression chronicity and infant gender. *Infant Behaviour. Infant Behavior & Development*, 28, 407-17.

- Craig, E., Judd, F., & Hodgins, G. (2005). Therapeutic group programme for women with postnatal depression in rural Victoria : a pilot study. *Australasian Psychiatry*, 13(3), 291 -296.
- Cutrona, C.E. (1984). Social support and stress in the transition to parenthood. *Journal Abnormal Psychologist*, 93 , 378-90.
- Dennis, C.L., Hodnett,E.D. & Bloombreg, L.S.(2007). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression (Review) . *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, 4.
- DiCenso, A., Hutchison, B., Grimshaw, J., Edwards, N., & Guyatt, G. (2005). Health Services Interventions. In A. DiCenso, G. Guyatt & D. Ciliska (Eds.), *Evidence- Based Nursing A Guide to Clinical Practice*. St. Louis, MO: Elsevier Mosby. 265-297.
- Evans, M.D., Hollon, S.D., DeRubeis, R. J., Piasecki, J.M., Grove, W.M., Garey, M.J., & Tuason, V. B., (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *The Archives of General Psychiatry*, 49, 802-808.
- Goodman , S.H. & Gotlib, I.H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106, 458-90.
- Horan-Smith, J., & Gullone, E. (1998), Screening an Australian community sample for risk of postnatal depression. *Australian Psychologist*, 33, 138–142.
- Johnstone, S.J., Boyce, P.M., Hickey. A.R., Morris-Yates, A.D. & Harris, M.G. (2001). Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Australian and NewZealand Journal of Psychiatry*, 35, 69–74.
- Kit, L.K., Janet, G. & Jegasothy, R.(1997). Incidence of Postnatal depression in Malaysian women. *Journal Obstetric Gynaecol Res*, 2, 85-89.
- Kovacs, M., Rush, A.J., Beck, A.T., & Hollon, S.D., (1981). Depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *The Archives of General Psychiatry*, 38, 33-39.
- Limlomwongse, N., Liabsuetrakul, T. (2006). Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6-8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Archives of Women Mental Health*, 9, 131-138.

- Lowdermilk, D.L., & Perry, S.E.(2004). *Maternity and Women health care*.(8th ed.). St.Louis: Mosby.
- Milgrom, J., Negri, L.M., Gemmill, A.W., McNeil, M., & Martin, P.R. (2005). A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 529–542.
- Milgrom, J., Martin, P.R. & Negri, L.M. (1999). *Treating Postnatal Depression*. West Sussex: Wiley.
- Nonacs, R. & Cohen, L. S. (1998). Post-partum mood disorder: diagnosis and treatment guidelines. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (2), 34-40.
- O'Hara, M., & Swain, A. (1996). Rates and risk of post-partum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37–54.
- Pilliteri, A. (2003). *Maternal & child health nursing*. Philadelphia: Wolters Kulwer Company.
- Phillipps, L.H.C., & O'Hara, M.W. (1991). Prospective study of postpartum depression: 4 1/2 year follow up of women and children. *Journal Abnormal Psychologist*, 100, 151-155.
- Prendergast, J., & Austin, M.P. (2001). Early childhood nurse-delivered cognitive behavioural counselling for post-natal depression. *Australasian Psychiatry*, 9(3), 265-269.
- Shaila, M., Pratibha, R., Maria, C., & Lisa, M. (2004). The Use of Paroxetine and Cognitive-Behavioral Therapy in Postpartum Depression and Anxiety: A Randomized, *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(9), 1236 -1241.
- Schaper, A.M., Rooney, B.L., & Kay, N.R. (1994). Use of Edinburgh Postnatal Depression indentify postpartum depression in a clinical setting. *Journal Report Medical*, 39, 620 -640.
- Shea, M. T., Elkin, I., Imber, S.D., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Collins, J.F., Pilkonis, P.A., Beckman, E., Glass, D. R., Dolan, R.T., & Parloff, M .B., (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *The Archives of General Psychiatry*, 49, 782-787.

- Simons, A .D., Murphy, G. E., Levine, J. L., & Wetzel, R. D. (1986). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Sustained improvement over one year. *The Archives of General Psychiatry*, 43, 43-48.
- Stevenson, M.D., Scope, A., Sutcliffe, P.A., Booth, A., Slade, P., Parry, G.& the group cognitive behavioural therapy for postnatal depression advisory group (2010). Group cognitive behavioural therapy for postnatal depression: a systematic review of clinical effectiveness, cost-effectiveness and value of information analyses. *Health Technology Assessment*, 14(44).
- Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C.L. & Grace, S. (2004). An evidence-based approach to post-partum depression. *World Psychiatry*, 3(2), 97–98.
- Warner, R., Appleby, L., & Whitton, A. (1996). Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br Journal Psychiatry*, 168, 607 - 611.
- Webster, M.L., Thomson, J.M., Mitchell, E.A, & Werry, J.S. (1994). Postnatal depression In a community cohort. *Australia -Newzeland Journal Psychiatry*, 28, 42 – 49.
- Williams, J.B. (1967). A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Br Journal of Clinical Psychiatry* 6(4): 278–296.
- Wisner, K. L. & Wheeler, S. B. (1994). Prevention of recurrent postpartum major depression. *Hospital Community Psychiatry*, 45, 1191-1196.
- World Health Organization. (2008). *Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries*: Report of the WHO UNFPA meeting held in Geneva, Switzerland.



หลักฐานเรื่องที่ 1

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์	Dennis, CL., Hodnett, E.D., & Bloomberg, L.S. (2007)
เรื่อง/ แหล่งตีพิมพ์	Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression (Review). <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2007, 4.
วัตถุประสงค์การศึกษา	เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมและการบำบัดทางจิตเมื่อเทียบกับการดูแลหลังคลอดตามปกติเพื่อลดอาการของภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด
กลุ่มตัวอย่าง	เป็นการทบทวนงานวิจัย โดย 1. ประเภทของงานวิจัย : เป็นการศึกษาที่ใช้รูปแบบการวิจัยแบบการทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (randomised controlled trials) หรือการวิจัยกึ่งทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (quasi randomised trials) ได้งานวิจัยที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 9 เรื่อง 2. ประเภทของกลุ่มตัวอย่าง : กลุ่มตัวอย่างได้แก่หญิงหลังคลอดจำนวน 956 ราย เกณฑ์การคัดเข้า เป็นหญิงหลังคลอดภายใน 1 ปีแรกหลังคลอด ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลังคลอดตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-IV โดย 4 การศึกษาใช้เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการทดลองจากการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าหลังคลอด สำหรับอีก 5 การศึกษาใช้เกณฑ์การคัดเลือกหญิงหลังคลอดที่มีอาการซึมเศร้าจากแบบวัดอาการซึมเศร้าที่หญิงหลังคลอดเป็นผู้ตอบแบบวัดด้วยตนเอง เกณฑ์การคัดออก (1) ไม่ได้ใช้การศึกษาแบบทดลอง (experimental design) (2) ไม่ได้ใช้โปรแกรมทางจิตสังคมหรือทางจิตวิทยา (3) การทบทวนระเบียบวิธีวิจัยไม่เข้มแข็ง (Methodologically Weak) (4) การศึกษาไม่ได้มุ่งเน้นไปที่การรักษาอาการซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด (5) การทดลองไม่ได้ศึกษาในเรื่องอาการซึมเศร้าหลังคลอด

หัวข้อ	รายละเอียด
สถานที่เก็บข้อมูล	จากการศึกษาจำนวน 9 เรื่อง ในปี ค.ศ.1989 – 2006 มีการศึกษาในสหราชอาณาจักร จำนวน 5 เรื่อง ในประเทศแคนาดา จำนวน 2 เรื่องในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 1 เรื่องในประเทศออสเตรเลียจำนวน 1 เรื่อง และในประเทศสวีเดนจำนวน 1 เรื่อง
ระเบียบวิธีการวิจัย / ระดับของหลักฐาน	Systematic review Level 1
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแต่ละงานวิจัยนั้นมีการวัดผลลัพธ์หลักคือการลดลงของอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV โดยเครื่องมือที่ใช้วัดผลคือแบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox, 1987) แบบประเมิน Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) (Spitzer, 1992) และแบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, 1961)
รูปแบบการบำบัด	รูปแบบการบำบัด ที่ใช้ในกลุ่มทดลองจากงานวิจัยที่นำมาทบทวนเป็นการบำบัดด้วย Cognitive behavior therapy ในกลุ่มของหญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด ที่มีรูปแบบทั้งแบบกลุ่ม และรายบุคคล
วิธีดำเนินการวิจัย	1. ทำการสืบค้นโดยวิธีดังนี้ 1.1 Electronic databases ฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นจาก The Cochrane Collaboration Depression Anxiety and Neurosis group trials registers (CCDANCTR- Studies and CCDANCTR-References) และจากฐานข้อมูล THE CCDAN Module of The Cochrane Library (http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clabout/articles/DEPRESSN/frame.html) โดยกลุ่มการทดลองจะทำการลงทะเบียนที่ฐานข้อมูล THE CENTRAL, MEDLINE (1966-2006), EMBASE (1980-2006) และ CINAHL (1982- 2006)

หัวข้อ	รายละเอียด
วิธีดำเนินการวิจัย	2.Hand search 1.2 การสื่อสารส่วนบุคคล โดยการติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่ระบุการตีพิมพ์อื่น ๆ หรือการทดลองที่ไม่ได้เผยแพร่ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ The I-Squared Test.
ผลการทบทวน	- ผลการทบทวนการศึกษาจากการประเมินอาการซึมเศร้าของหญิงหลังคลอดในช่วงปีแรก พบว่าการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดมีผลในการลดอาการซึมเศร้า จาก 5 การทดลอง (n = 482; RR = 0.72, 95% CI 0.57-0.90) - จาก 1 การทดลองพบว่าจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล (n = 120; RR = 0.80, 95% CI 0.66-0.98) มีประสิทธิภาพในการลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด - จาก 1 การทดลองไม่พบประสิทธิภาพของจิตบำบัดแบบ Psychodynamic therapy (n = 91; RR = 0.67, 95% CI 0.33-1.37) - เมื่อวิเคราะห์ร่วมกันระหว่าง Cognitive Behavior Therapy และ Interpersonal psychotherapy พบว่ามีผลในการลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด (6 การทดลอง n = 602; RR = 0.75, 95% CI 0.63-0.88) - ผลการทดลองเพื่อประเมินผลทันทีหลังสิ้นสุดการบำบัดสำหรับการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพบว่ามีประสิทธิภาพในการลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด (จาก 4 การทดลอง) (n = 209; RR = 0.79, 95% CI 0.62-1.01) - พบประสิทธิภาพของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล (จาก 1 การทดลอง) (n = 120; RR = 0.80, 95% CI 0.66 - 0.98) และพบประสิทธิภาพจิตบำบัดแบบ Psychodynamic therapy (1 การทดลอง) (n = 95; RR = 0.48, 95% CI 0.29-0.80)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์	ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้ 1. ผลของ Systematic Review มีความเที่ยงตรง - มีการบอกวัตถุประสงค์ในการทบทวนอย่างชัดเจน - มีการรายงานถึงขั้นตอนการค้นหางานวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อหา งานวิจัยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ในการรายงานผลลัพธ์การ ทดลองจากวัตถุประสงค์ได้ คือลดอาการของโรควิตกกังวลในหญิง หลังคลอด - มีการอธิบายเกณฑ์ในการคัดเลือกและคัดออกอย่างชัดเจนอย่าง เหมาะสม หญิงหลังคลอดภายใน 1 ปีแรกหลังคลอด ที่ได้รับการ วินิจฉัยว่ามีอาการของโรควิตกกังวลในหญิงหลังคลอดตามเกณฑ์ การวินิจฉัย DSM-IV โดยเกณฑ์การคัดเลือก ผู้เข้าร่วมการ ทดลองขึ้นอยู่กับ การวินิจฉัยโรควิตกกังวลจาก 4 การทดลอง สำหรับอีก 5 การทดลอง ได้พบเกณฑ์การคัดเลือกหญิงหลังคลอด จากบันทึกการรายงานอาการวิตกกังวลด้วยตนเอง - มีการบอกถึงการออกแบบการวิจัย การสุ่ม ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การบำบัด ผลลัพธ์ตรงกับปัญหาในคลินิก ในกลุ่มของหญิงหลัง คลอดที่มีอาการของโรควิตกกังวลในหญิงหลังคลอด ที่มีรูปแบบทั้ง แบบกลุ่ม และรายบุคคล โดยการบำบัดแบบกลุ่มใน 1 การทดลอง (n = 39) พบว่าไม่สามารถสรุปผลลัพธ์การประเมินของโปรแกรม การบำบัดได้ (RR = 0.55, 95% CI 0.28-1.10) สำหรับการ ประเมินผล 8 การทดลองรายบุคคล ปรากฏผลลัพธ์ในการรักษา อาการของโรควิตกกังวลในหญิงหลังคลอด (n = 917; RR = 0.71, 95% CI 0.61-0.82) 2. ผลของการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) การ ประมวลผลรวมของการศึกษามีความเหมาะสม - งานวิจัยที่รวบรวมมีความคล้ายคลึงกัน และเพียงพอที่จะนำผลมา รวมกัน

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ)	3. สามารถประยุกต์ผลการวิจัยในการดูแลหญิงหลังคลอดได้ดังนี้ - การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเหมาะสมสำหรับหญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง - กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึง กับกลุ่มผู้ป่วยในคลินิก - รูปแบบการนำไปใช้ควรมีจำนวนครั้งอย่างน้อย 10-12 ครั้ง รูปแบบจะประกอบด้วยการเสริมสร้างความสัมพันธ์อย่างเชื่อมั่นกับมารดา เพื่อเป็นแนวทางรับมือปัญหาพฤติกรรมของทารก และเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองแก่หญิงหลังคลอดด้วยการเน้นย้ำถึงความสำเร็จ เพื่อสำรวจและพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลมารดาและทารก การเกิดข้อขัดแย้งกับคู่สมรสและครอบครัวขยาย รวมถึงปัญหาด้านการเปลี่ยนบทบาทต่างๆ - ในองค์ประกอบในด้านการปรับการรู้คิดและปรับพฤติกรรม (cognitive-behavior component) คือเพื่อเสริมทักษะการเรียนรู้ในการตรวจหา ประเมิน และปรับแก้ความคิดที่ขาดการไตร่ตรอง เพื่อเสริมสร้างกำลังใจแก่หญิงหลังคลอดและการสร้างถ้อยคำในแง่บวก เพื่อพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาผ่านทางการสอนถึงการประยุกต์ใช้คำสอนด้านการแก้ปัญหาในสถานการณ์ยุ่งยากต่างๆ ความคุ้มค่าในการนำไปใช้นั้นหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่ อาจต้องมีต้นทุนเพิ่มในการเตรียมเอกสาร เวลา การเตรียมความพร้อมให้ทีมงาน และการสร้างเครือข่ายในชุมชน แต่เมื่อเทียบกับผลลัพธ์ที่จะลดอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอดให้ลดลงและสามารถลดผลกระทบจากอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดได้จึงมีความคุ้มค่ามาก

หลักฐานเรื่องที่ 2

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์	Prendergast, J., & Austin, M.P. (2001)
เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	Early childhood nurse-delivered cognitive behavior counseling for post-natal depression. <i>Australasian Psychiatry</i> , 9(3), 265-269.
วัตถุประสงค์การศึกษา	1. เพื่อประเมินผลว่าพยาบาลที่ดูแลหญิงหลังคลอดและเด็กแรกเกิด (Early Childhood Nurses, ECNs) ที่ได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตร การบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบดัดแปลง (A Modified Cognitive Behavior Therapy) สามารถลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดได้หรือไม่ 2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของหญิงหลังคลอดที่ได้รับการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) โดยเปรียบเทียบกับวิธีการดูแลแบบมาตรฐาน (Ideal Standard Care) ซึ่งให้การให้คำปรึกษาโดยไม่ได้มีการเน้นเฉพาะรูปแบบการบำบัดรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง (Nonspecific Counseling) โดยเป็นการบำบัดโดยพยาบาล ECNs ซึ่งไม่ได้มีการฝึกอบรมเพิ่มเติม
กลุ่มตัวอย่าง	- กลุ่มตัวอย่าง คือหญิงหลังคลอด จำนวน 37 คน โดยอยู่ในกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน - กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 32.3 ปี - กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 32.1 ปี เกณฑ์การคัดเข้า 1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV ว่าเป็น major or minor depression 2. ได้คะแนนจากแบบประเมิน EPDE ≥ 12 เกณฑ์การคัดออก หญิงหลังคลอดที่มีคะแนนน้อยกว่า 12 ไม่อยู่ในเกณฑ์ DSM-IV โดยใช้ DSM-IV major and minor criteria

หัวข้อ	รายละเอียด
สถานที่เก็บข้อมูล	ในพื้นที่ชุมชนเขตตะวันออกของเมืองซิดนีย์ (Eastern Sydney Area)
ระเบียบวิธีการวิจัย / ระดับของหลักฐาน	Randomized control trial Level 2
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	1. แบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ใช้เกณฑ์คะแนนที่ 12 โดยหญิงหลังคลอดที่มีคะแนน ≥ 12 ถือว่ามีการซึมเศร้าจะได้รับการเสนอให้เข้าร่วมในการศึกษา 2. แบบประเมิน Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS), Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS) และ Parenting Stress Index (PSI)
รูปแบบการบำบัด	1.กลุ่มทดลอง คือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ Cognitive Behavior Therapy (CBT) คือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธี CBT ที่บ้าน เป็นเวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง ทุกสัปดาห์ ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (six weekly one-hour home-based CBT sessions) โดยใช้หลักการจาก CBT-based work-book เป็นหนังสือคู่มือปฏิบัติงานโดยเน้นด้าน CBT ซึ่งได้รับการจัดเตรียมมาสำหรับงานศึกษานี้ work-book ประกอบด้วย 1. การสอนด้านสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) 2. สมุดบันทึกติดตามด้านเนื้อหาความคิด (Cognitive monitoring diary) 3. สมุดบันทึกเกี่ยวกับการท้าทายเชิงความคิด (Thought challenging diary) 4. โมดูลต่างๆ เกี่ยวกับการจัดการความวิตกกังวล (Modules on anxiety management) 5. การฝึกอบรมเกี่ยวกับการยืนหยัดสิทธิ์ (Assertiveness training) 6. การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) 7. การจัดตารางเวลาเพื่อทำกิจกรรมสร้างเสริมความสุข (Pleasant-event scheduling)

หัวข้อ	รายละเอียด
รูปแบบการบำบัด	โดย work-book ดังกล่าวเป็นเหมือนคำบอกบทว่าให้ทำอะไร (prompt) สำหรับพยาบาล ECNs ในการบำบัดหญิงหลังคลอดที่มีอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอด แต่สำหรับwork-book นี้ไม่ได้เน้นเป็นพิเศษในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างหญิงนั้นกับทารกหรือกับสามี .กลุ่มควบคุม คือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย วิธีการดูแลแบบมาตรฐานที่เห็นว่าจะได้ผลและเป็นสิ่งที่ทำจริงกันอยู่ (realistic ideal standard care) ในการรักษาอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด โดยมีการบำบัดที่คลินิก ครั้งละ 20-60 นาที ทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ (six weekly clinic visits for ‘ideal standard care) สำหรับหญิงหลังคลอดที่ได้รับการนัดให้มาทำการบำบัดที่คลินิก เพื่อ - ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับทักษะการเป็นแม่ (Mothercraft advice) - การให้การสนับสนุนทางอารมณ์ความรู้สึกแบบไม่จำเพาะเจาะจง (non-specific emotional support) ในระหว่างการทำเซสชันบำบัดเหล่านี้ พยาบาล ECN จะไม่ได้รับการฝึกอบรมหรือการสอนเพิ่มเติม พวก ECN ได้แต่รับรู้เพียงว่าหญิงเหล่านี้มีความซึมเศร้าและจำเป็นต้องมีการตรวจเยี่ยมให้บ่อยขึ้น เนื่องจากหญิงหลังคลอดที่ได้รับการระบุว่ามมีอาการซึมเศร้าที่อาศัยอยู่ด้านตะวันออกของเมืองซินีส์ โดยการติดต่อกับพยาบาล ECNs นี้ ได้รับการจัดให้มีการบำบัดทุกสัปดาห์เป็นมาตรฐาน ทั้งนี้เพื่อให้จำนวนช่วงที่ได้รับการบำบัดสำหรับทั้งสองกลุ่มนั้นมีจำนวนเท่ากัน 1. พยาบาลดูแลหญิงหลังคลอดและเด็กแรกเกิด (Early Childhood Nurses, ECNs) ในชุมชน จำนวน 5 คน 2. พยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตร Modified Cognitive Behavior Therapy (CBT) คือการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบที่ได้รับการดัดแปลงสำหรับโรคซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งการฝึกอบรมนี้ใช้วิธีการสอนแบบกลุ่มเล็ก โดยเน้นที่การแสดงบทบาทต่างๆ และการพัฒนาทักษะเป็นหลักจำนวน 5 คน

หัวข้อ	รายละเอียด
วิธีดำเนินการวิจัย	1. พยาบาล ECNs 5 คน ที่ได้รับการฝึกอบรมด้าน Cognitive Behavior Therapy (CBT) และได้รับการดูแลทุกสัปดาห์ สำหรับหญิงหลังคลอดที่ได้รับการคัดกรอง โดยใช้แบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) และได้รับการประเมินในการวินิจฉัยโรคโดยนายทะเบียนของงานวิจัย จากนั้นหญิงหลังคลอดที่ผลการตรวจตามเกณฑ์ DSM-IV ว่าเป็น major depression หรือ minor depression จำนวนทั้งสิ้น 37 คน ก็ได้ถูกจัดแบ่งอย่างสุ่มให้อยู่ในกลุ่ม Ideal Standard Care (n=20) และอยู่ในกลุ่ม CBT (n=17) เพื่อให้ได้รับการบำบัดสัปดาห์ละครั้งเป็นเวลา 6 สัปดาห์ 2. โดยที่ 2 กลุ่มนั้น ประกอบด้วย กลุ่มที่1 home-based CBT sessions คือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีการรู้คิดและปรับพฤติกรรมที่บ้าน เป็นเวลาช่วงละ 1 ชั่วโมงทุกสัปดาห์ในช่วงระยะเวลา 6 สัปดาห์ และกลุ่มที่2 ideal standard care คือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีมาตรฐานในการรักษาโรคซึมเศร้าหลังคลอด โดยมีการบำบัดที่คลินิกทุกสัปดาห์เป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบมาตรฐาน (Ideal Standard Care) นั้น ประกอบด้วยหญิงหลังคลอดที่ได้รับการนัดให้มาทำการบำบัดที่คลินิกเป็นเวลา 20-60 นาที เพื่อให้คำปรึกษาเกี่ยวกับทักษะการเป็นแม่ (Mother Craft Advice) และการให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึกแบบไม่เฉพาะเจาะจง (non-specific emotional support) ในระหว่างการทำกลุ่มบำบัดนี้ พยาบาล ECN จะไม่ได้รับการฝึกอบรมหรือการสอนเพิ่มเติม พยาบาล ECN ได้ทราบข้อมูลว่าหญิงหลังคลอดนี้มีอาการซึมเศร้าและจำเป็นต้องมีการตรวจเยี่ยมให้บ่อยขึ้น กลุ่มควบคุมนี้ได้รับการดูแลแบบมาตรฐาน (Realistic Ideal Standard Care) ซึ่งอยู่ที่ Eastern Sydney โดยได้รับการแนะนำโดยพยาบาล ECNs ให้มาที่คลินิก

หัวข้อ	รายละเอียด
วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	1. เป็นช่วงๆ เพื่อรับคำปรึกษาเกี่ยวกับทักษะความเป็นแม่ และให้การสนับสนุนในเรื่องอื่นๆ ทั่วไป โดยให้มีการบำบัดทุกสัปดาห์เป็นมาตรฐาน เพื่อให้จำนวนช่วงที่ได้รับการบำบัดสำหรับทั้งสองกลุ่มนั้นเท่ากัน 2. การติดตามผลนั้น ทำขึ้น 2 ช่วง ได้แก่ การสัมภาษณ์ในทันทีหลังจากสิ้นสุดการบำบัดโดยนายทะเบียนผู้วิจัย และทำการติดตามผลหลังจากเวลาผ่านไป 6 เดือน
ผลการวิจัย	ผลการศึกษาพบว่า 1. จากการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ independent t-test พบว่าระดับคะแนน EPDS ในตอนก่อนเริ่มบำบัดของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยที่ คะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม CBT อยู่ที่ 15.9 (SD 2.8) และ กลุ่มควบคุม อยู่ที่ 13.7 (SD 2.3) ค่า p-value ของความแตกต่างนี้ มีค่าเท่ากับ 0.03 2. จากผลการศึกษาพบว่าพบว่ามีลดลงของคะแนน EPDS โดยที่ คะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม CBT อยู่ที่ 8.1 (SD 2.9) และ กลุ่มควบคุม อยู่ที่ 6.5 (SD 6.2) จากระดับคะแนนพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทั้งสองกลุ่ม 3. จากการติดตามผลเมื่อทำการบำบัดไปแล้ว 6 สัปดาห์ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีอัตราการฟื้นตัวอย่างชัดเจนอยู่ในระดับสูง จากการใช้ระดับคะแนน EPDS ต่ำกว่า 10 เป็นเกณฑ์ พบว่า มี 82% ในกลุ่ม CBT และ 77% ในกลุ่มควบคุม ที่มีอาการดีขึ้น อย่างไรก็ตาม จากระดับคะแนน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในเชิงสถิติระหว่างทั้งสองกลุ่ม และเมื่อทำการติดตามผลหลัง 6 เดือน พบว่าหญิงหลังคลอดที่มีคะแนน EPDS ต่ำกว่า 10 ในกลุ่ม CBT

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	1. มีอยู่ 93% และในกลุ่มควบคุมมีอยู่ 82% แสดงให้เห็นว่า แนวโน้ม CBT จะมีประสิทธิภาพมากกว่าในระยะยาว จากการที่มีระดับการลดลงของคะแนน EPDS มากกว่า และผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมากกว่า ถึงแม้จะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม CBT กับกลุ่มควบคุมในการประเมินทันทีหลังเสร็จสิ้นการบำบัด ในระหว่างการทำกลุ่มบำบัด พบว่าพยาบาล ECNs ที่ให้การบำบัดแบบ ideal standard care เกือบ 70% ที่ได้ใช้ยุทธศาสตร์การแก้ปัญหา และการจัดการให้มีกิจกรรมให้ความบันเทิงใจ ส่วนพยาบาลในกลุ่มที่ให้การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมได้ใช้ยุทธศาสตร์ด้านการรู้คิดและปรับพฤติกรรม
ผลการประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์	1. ผลการวิจัยมีความตรง 1) วัตถุประสงค์การวิจัยสอดคล้องต่อการแก้ปัญหาทางคลินิกที่ใช้ Cognitive-Behavioral Therapy ในการลดความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด 2) จากการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ Independent t-test พบว่า ระดับคะแนน EPDS ในตอนก่อนเริ่มบำบัดของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยที่ คะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม CBT อยู่ที่ 15.9 (SD2.8) และ กลุ่มควบคุม อยู่ที่ 13.7 (SD 2.3) ค่า p-value ของความแตกต่างนี้ มีค่าเท่ากับ 0.03 คะแนน EPDS เหล่านี้อยู่ในช่วงที่ถือว่ามีความเป็นไปได้สูงที่ผู้ที่ได้ถูกทำการศึกษาทดลองนี้มีอาการผิดปกติด้วยโรคซึมเศร้า 3) จากคะแนน MADRS พบว่า ผู้ร่วมการศึกษามีระดับอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 20.8 (SD 4.4) ทั้งนี้ ในตอนก่อนเริ่มทำการบำบัด ไม่พบว่ามีความแตกต่างกันในเชิงสถิติระหว่างทั้งสองกลุ่มนี้ ในประเด็นเกี่ยวกับคะแนนตามแบบวัด MADRS, PSI หรือ DASS

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ)	3. ผลการวิจัยนี้เหมาะแก่การนำไปใช้ปฏิบัติในหน่วยงานได้ 3.1 ในการทดลองพบว่าในกลุ่มควบคุม ผู้บำบัดได้ใช้เทคนิคแบบ ยุทธศาสตร์การแก้ปัญหา และ การจัดตารางให้มีกิจกรรมให้ความบันเทิงใจ อยู่บ่อยๆ และอาจจะเป็นผลให้การบำบัดมีประสิทธิภาพในกรณีของผู้ป่วยที่มีอาการในระดับเล็กน้อย ทำให้ในหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่ อาจบำบัดให้แก่หญิงหลังคลอดที่มีอาการในระดับไม่รุนแรงได้ 3.2 โรงพยาบาลต้องเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรควรจบระดับบัณฑิตศึกษา จัดการถ่ายทอดองค์ความรู้ในเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้าหลังคลอดในหญิงหลังคลอดแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ต้องมีการเตรียมเครื่องมือในการวัดผลการบำบัด เอกสาร คู่มือ ซึ่งมีความ

หลักฐานเรื่องที่ 3

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์	Chabroi, H., Teissedre, F., Saint-Jean, M., Teisseyre, N., Roge, B., & Mullet, E. (2002)
เรื่อง / แหล่งตีพิมพ์	Prevention and Treatment of Postpartum depression: A controlled randomized study on woman at risk. <i>Psychological Medicine</i> , 32, 1039 – 1104.
วัตถุประสงค์การศึกษาวิจัย	เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและการบำบัดรักษาเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด
กลุ่มตัวอย่าง	คลินิกสูติกรรมและหลังคลอด 3 แห่ง ในเมืองตูลูส และนาบอนเน่ ประเทศฝรั่งเศส ในคลินิกเหล่านี้จะไม่เลือกปฏิบัติบนพื้นฐานของรายได้ โดยผู้ให้บริการมีความหลากหลายทางเศรษฐกิจและสังคม โดยหญิงหลังคลอดที่เข้ารับการรักษามีกลุ่มประชากรจำนวน 859 ราย ประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ครั้งที่ 1 หลังคลอด 2-5 วัน มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน ได้หญิงหลังคลอด จำนวน 258 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง (Prevention Group) จำนวน 130 คน ปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 17 คน และไม่ส่งคืนแบบประเมิน EPDS จำนวน 16 คน ดังนั้นเหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 97 คน และกลุ่มควบคุม (Control group) จำนวน 128 คน ไม่คืนแบบประเมิน EPDS จำนวน 14 คน ดังนั้นเหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม จำนวน 114 คน เกณฑ์การคัดเข้า : สำหรับกลุ่มที่มีคะแนน EPDS มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน และมีทักษะการใช้ภาษาฝรั่งเศส

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	เกณฑ์การคัดเข้า : สำหรับกลุ่มที่มีคะแนน EPDS มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน และมีทักษะการใช้ภาษาฝรั่งเศส เกณฑ์การคัดออก: มีทักษะการใช้ภาษาฝรั่งเศสต่ำ และอยู่ระหว่างได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยา ช่วงTreatment ประเมิน EPDS ครั้งที่ 2 ที่ 4-6 สัปดาห์ หลังหลังคลอดที่บ้านมีคะแนน EPDS มากกว่า 11 คะแนนทั้งกลุ่มทดลอง (Prevention Group) และกลุ่มควบคุม (Control group) เหลือจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัย 18 คนในกลุ่มทดลอง (Treatment Group) และ 30 คนในกลุ่มควบคุม (Control group)
สถานที่เก็บข้อมูล	คลินิกสูติกรรม 3 แห่ง ในเมืองตูลูส และนาบอนเน่ ประเทศฝรั่งเศส ในช่วงเดือนธันวาคมปี 1999 ถึงเดือนมีนาคม ปี 2000
ระเบียบวิธีวิจัย / ระดับของหลักฐาน	เป็น randomised controlled trials Level 2
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย ใช้แบบคัดกรอง ภาวะซึมเศร้ามารดาหลังคลอด เป็นแบบทดสอบที่แบ่งเป็น 2 ช่วง แบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox et al.,1987) ใช้เป็นการคัดกรองภาวะซึมเศร้ามารดาหลังคลอด มี 10 ข้อคำถาม ออกแบบเพื่อคัดกรองผู้ที่มีอาการเป็นโรคซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งได้รับการรับรองความถูกต้องและน่าเชื่อถือในงานสำรวจชุมชนขนาดใหญ่หลายงาน (Nonacs & Cohen, 1998) และได้ถูกแปลเป็นภาษาฝรั่งเศสพร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้อง (Guedeney & Fermanian, 1998) ได้พบว่าคะแนน EPDS ช่วง 5 วันแรก และ 6 สัปดาห์ หลังคลอดมีความผันแปรไปในทางเดียวกันอย่างชัดเจนมาก

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	โดยมีค่าคะแนนที่ 10 จะพบว่าอาการซึมเศร้าหลังคลอด (Hannah et al., 1992) สำหรับการศึกษานี้ได้ใช้คะแนนที่ 9 คะแนน เพื่อจะได้เพิ่มการระบุถึงหญิงหลังคลอดที่มีความเสี่ยง 1. ในช่วงต้นของระยะหลังคลอด โดยในช่วงที่หญิงหลังคลอดมาใช้บริการในแผนกหลังคลอดถ้าพบว่าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนนจะให้เข้าร่วมการทำโปรแกรมให้ความรู้กลุ่ม ซึ่งเป็นบริการตามปกติของโรงพยาบาล ในช่วง 2-5 วัน หลังคลอดขณะที่ยังนอนโรงพยาบาล 2. แบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1988) โดยใช้คำถาม 13 ข้อ เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ร่วมศึกษาที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงในกลุ่มทดลอง ได้ถูกให้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดเป็นเวลา 1 ชั่วโมง ทุกๆ สัปดาห์ที่มีการเยี่ยมบ้าน เป็นจำนวน 5 ถึง 8 สัปดาห์ 3. แบบประเมิน The Mini-Neuropsychiatric Interview (MINI) (Lecrubier et al., 1967) เพื่อการวินิจฉัย Majored Depressive Episode สำหรับหญิงหลังคลอดที่มีคะแนน EPDS ≥ 11 แบบประเมิน Structured Interview Guide ของ Hamilton Depression Rating Scale (SIGH-D, Williams, 1988; HDRS, Hamilton, 1967) ที่ประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ ซึ่งใช้ประเมินคู่กับแบบประเมิน MINI ในการเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ เป็นจำนวน 5 ถึง 8 สัปดาห์

หัวข้อ	รายละเอียด
รูปแบบการบำบัด	กลุ่มทดลอง คือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ Cognitive Behavior Therapy (CBT) (Prevention group) Interventions ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นโปรแกรม CBT ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ช่วง 1. ในกลุ่มทดลองคือหญิงหลังคลอดที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จากแผนกหลังคลอด จำนวน 859 ราย จากการทำแบบประเมิน EPDS 10 ข้อคำถาม พบว่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน จะได้รับโปรแกรม CBT เพื่อการป้องกัน ในระหว่างวันที่ 2-5 ของการนอนอยู่โรงพยาบาล 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ก่อนออกจากโรงพยาบาล ลักษณะโปรแกรมที่ใช้มีองค์ประกอบ 3 ข้อ ได้แก่ องค์ประกอบด้านการให้ความรู้ (Educational component) กลุ่มทดลอง คือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ Cognitive Behavior Therapy (CBT) (Prevention group) Interventions ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นโปรแกรม CBT ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ช่วง 2. ในกลุ่มทดลองคือหญิงหลังคลอดที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จากแผนกหลังคลอด จำนวน 859 ราย จากการทำแบบประเมิน EPDS 10 ข้อคำถาม พบว่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน จะได้รับโปรแกรม CBT เพื่อการป้องกัน ในระหว่างวันที่ 2-5 ของการนอนอยู่โรงพยาบาล 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ก่อนออกจากโรงพยาบาล ลักษณะโปรแกรมที่ใช้มีองค์ประกอบ 3 ข้อ ได้แก่ (1) องค์ประกอบด้านการให้ความรู้ (Educational component) เป็นการสอนเกี่ยวกับเรื่องธรรมชาติและ พัฒนาการปกติของเด็ก และปัญหาของทารกแรกเกิด

หัวข้อ	รายละเอียด
รูปแบบการบำบัด (ต่อ)	(1) องค์ประกอบด้านความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioural Component) - โดยการปรับความคิดที่หมกมุ่นของมารดา ถึงความคิดที่ว่าตนเองต้องเป็นมารดาที่สมบูรณ์แบบ - โดยการสอนทักษะการแก้ปัญหา โดยแต่ละSetting จะมีปัญหาที่แตกต่างกันตามปัญหาที่พบบ่อยในพื้นที่นั้นๆ เช่นการมีอาการของโรคซึมเศร้า หลังคลอด ประสบการณ์การคลอด ประสบการณ์ในอดีตที่เข้ามารบกวนเมื่อตั้งครรภ์ ปัญหาต่างๆไปที่พบได้ในทารก สัมพันธภาพของมารดากับบิดามารดาของกลุ่มรส แหล่งสนับสนุนทางสังคม การต้องปรับตัวทั้งใน ครอบครัวและสังคม การต้องปรับตัวกับสมดุลของหน้าที่การ 1) การช่วยเหลือสนับสนุนมารดา 2) การให้ความรู้ 3) การปรับความคิดและพฤติกรรม 4) กลไกทางจิต (psychodynamic) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจกับมารดา 2. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมต่างๆไปของเด็ก 3. การเพิ่มความนับถือตนเองและความมั่นใจโดยการสนับสนุนให้เห็น ความสำเร็จ 4. การสำรวจและพัฒนาความเหมาะสมต่อการจัดการกับความสับสนของมารดา ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว และปัญหาการเปลี่ยนบทบาท เป็นต้น สำหรับวัตถุประสงค์ขององค์ประกอบในด้านการปรับพฤติกรรมและการเรียนรู้ (Cognitive behavior component) คือ 1. เพื่อเสริมทักษะการเรียนรู้ในการตรวจหา ประเมิน และปรับแก้ความคิดที่ขาดการไตร่ตรอง 2. เพื่อเสริมการให้กำลังใจแก่ตนเองและการสร้างถ้อยคำในแง่บวก

หัวข้อ	รายละเอียด
รูปแบบการบำบัด (ต่อ)	3. เพื่อพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาผ่านทางการสอนถึงการประยุกต์ใช้คำสอนด้านการแก้ปัญหาในสถานการณ์ยุ่งยากต่างๆ 4. เพื่อปรับปรุงทักษะทางสังคมผ่านทางแบบฝึกหัดการเล่นบทบาท (Beck et al. 1979; D'Zurilla, 1986) สำหรับองค์ประกอบด้านการเปลี่ยนแปลงของจิต (Psychodynamic component) คือ เน้นที่การรับรู้และการจัดการกับอารมณ์ที่แปรปรวนของมารดา ความขัดแย้งด้านกลไกทางจิตหลักๆของอาการซึมเศร้าหลังคลอด เกี่ยวข้องกับการยับยั้งและระงับความโกรธต่อทารก วัตถุประสงค์ขององค์ประกอบด้านกลไกทางจิต คือ 1. เพื่อช่วยให้ผู้เข้าร่วมได้เรียนรู้ถึงอารมณ์อันแปรปรวนของตนเอง และเชื่อมโยงเข้ากับประวัติส่วนตัวแต่หนหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความขัดแย้งแบบความรู้สึกรักแม่แต่ไม่ชอบพ่อ (Oedipal conflict) และความขัดแย้งในการแยกตัวอย่างโดดเดี่ยว (separation-individuation conflict) 2. กลุ่มควบคุม คือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ได้แก่ หญิงหลังคลอด มีคะแนน ≥ 9 ตามแบบ EPDS ในกรณีที่ลำดับที่ของแบบสอบถามเป็นเลขคู่ให้อยู่กลุ่มทดลอง และถ้าลำดับที่เป็นเลขคี่ให้อยู่ในกลุ่มควบคุม แต่แตกต่างที่กลุ่มทดลองถ้าพบว่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน จะได้รับโปรแกรมการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อการป้องกัน ในระหว่างวันที่ 2-5 ของการนอนอยู่โรงพยาบาล 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ก่อนออกจากโรงพยาบาล
ผู้บำบัด	นักศึกษาระดับปริญญาเอกที่เป็นผู้หญิงจำนวน 5 คน

หัวข้อ	รายละเอียด
วิธีการดำเนินการวิจัย	1. กลุ่มทดลอง คือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ Cognitive Behavior Therapy (CBT) (Prevention group) ในระหว่างวันที่ 2 – 5 วัน หลังคลอด มีคะแนน ≥ 9 ตามแบบ EPDS ในกรณีที่ลำดับที่ของแบบสอบถามเป็นเลขคู่ให้อยู่กลุ่มทดลอง และถ้าลำดับที่เป็นเลขคี่ให้อยู่ในกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองนั้นจะได้รับการบำบัด 1 ครั้ง เป็นเวลา 1 ชั่วโมง ระหว่างที่ยังพักอยู่ที่หลังคลอด โดยผู้ร่วมการศึกษาลงใหญ่พักอยู่ที่หลังคลอดไม่เกิน 3 วัน เว้นแต่หญิงที่คลอดด้วยการผ่าตัด (Caesarean section) มีจำนวนผู้เข้าร่วมโปรแกรมจากกลุ่มคิดเป็น 75.8% 2. ผู้เข้าร่วมจากทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มป้องกันได้ถูกให้แบบประเมิน EPDS ครั้งที่สอง พร้อมด้วยซองที่เจ้าหน้าที่ของถึงตัวเองที่มีคำแนะนำในการตอบแบบสอบถามระหว่างช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด และส่งกลับมาให้ทำการวิเคราะห์ เนื่องจากว่าการตรวจสอบคะแนน EPDS ฉบับภาษาฝรั่งเศสพบว่าระดับคะแนนที่ควรใช้แบ่งแยกอาการซึมเศร้าคือที่คะแนนตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป ผู้ที่มีคะแนน EPDS มากกว่าหรือเท่ากับ 11 จะถูกสอบถามและประเมินที่บ้านโดยใช้แบบประเมิน (1) Mini Neuropsychiatric Interview (MINI) (2) Structured Interview Guide for Hamilton Depression Rating Scale (SIGH-D), ที่ ประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ (3) Beck Depression Inventory (BDI) ที่ประกอบด้วยคำถาม 13 ข้อ

หัวข้อ	รายละเอียด
วิธีการดำเนินการวิจัย (ต่อ)	1. ในระหว่างช่วง 10 ถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด หลังจากที่พวกกุ่มบำบัด (กลุ่มป้องกัน) ได้สิ้นสุดการรักษาอย่างสมบูรณ์แล้ว ผู้ร่วมการศึกษาจากทั้งสองกลุ่มก็ได้ถูกประเมินโดยใช้แบบ MINI, SIGH-D และ BDI โดยที่ยังคงมีการให้กรอกแบบสำรวจ BDI และ EPDS ในช่วงที่ไปเยี่ยมบ้าน โดยนักบำบัดคนเดียวกับที่ผู้ร่วมการศึกษารู้จักเหมือนตอนที่พบกันครั้งแรกในคลินิก เพื่อที่จะลดอัตราการถอนตัวออกไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา 2. กลุ่มควบคุม คือกลุ่มหญิงหลังคลอด ที่มีคะแนน ≥ 9 ตามแบบ EPDS ในกรณีที่ลำดับที่ของแบบสอบถามเป็นเลขคู่ให้อยู่กลุ่มทดลอง และถ้าลำดับที่เป็นเลขคี่ให้อยู่ในกลุ่มควบคุม
ผลการวิจัย	1. พบว่าใน 4 ถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด พบว่าหญิงหลังคลอดในกลุ่มทดลองมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ตามคะแนน $EPDS \geq 11$ โดยคะแนน EPDS พบหญิงหลังคลอดจำนวน 29 คน (30.2%) ในกลุ่มทดลองนั้นมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้า ขณะที่ในกลุ่มควบคุมนั้นมี 55 คน (48.2%) ($\chi^2 = 7.36$, $df = 1$, $P = 0.0067$) การวิเคราะห์ ANOVA แสดงให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มกับการประเมิน ($F = 30.9$, $P < 0.0000001$) จากค่าเฉลี่ยของคะแนน EPDS ค่าคะแนนของอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (8.5, $s.d. = 4$ เมื่อเทียบกับ 10.3, $s.d. = 4.4$, $t = 3.06$, $df = 209$, $P = 0.0024$) 2. ผลการวิเคราะห์ Intention to treat analysis โดยเป็นการวิเคราะห์กับผู้ร่วมศึกษาทุกคนที่มีคะแนน $EPDS \geq 11$ ในช่วง 4 ถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด การวิเคราะห์นี้รวมถึงคนที่ปฏิเสธการสัมภาษณ์และคนที่ไม่มีอาการซึมเศร้าตามแบบประเมิน MINI

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	3. สำหรับหญิงหลังคลอดที่ได้ทำการวิเคราะห์โดยใช้คะแนน EPDS ครั้งที่สอง พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับการประเมินอย่างมีนัยสำคัญ โดยที่กลุ่มทดลองจะได้ผลที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ($F = 32.1$, $P < 0.0000001$)
ผลการประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์	ความตรงของงานวิจัย จากการประเมินพบว่า 1. มีความตรงของการวิจัยตรงตามวัตถุประสงค์คือเป็นการประเมินผลของโปรแกรมการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและการบำบัดรักษาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดอย่างเหมาะสมและชัดเจน 2. จากการทดลองโดยใช้แบบประเมิน HDRS, BDI และ EPDS พบว่ากลุ่มการทดลองโดยโปรแกรมมีการตอบสนองต่อการบำบัดรักษาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3. สามารถนำรูปแบบของโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังคลอดที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในหน่วยงานได้ เพื่อ (1) ปรับความคิด ประเมินผล และพัฒนาความคิดที่ผิดปกติด้วยด้านบวก (2) พัฒนาความคิดในด้านการเรียนรู้ การแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง (3) การฝึกทักษะสังคมด้วยการฝึกบทบาทสมมติ (4) จากงานศึกษานี้ทำขึ้นเพื่อรายงานถึงผลของโปรแกรมที่มีโครงสร้างเป็นอย่างดีในการตรวจหาและป้องกันหญิงที่มีความเสี่ยง ร่วมกับการให้โปรแกรมบำบัดอย่างมีโครงสร้างโดยทำขึ้นที่บ้านผู้ป่วย ในการป้องกันและรักษาอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด

หลักฐานเรื่องที่ 4

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์	Misri, S., Reebye, P., Corral, M., & Milis, L. (2004).
เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	The Use of Paroxetine and Cognitive-Behavioral Therapy in Postpartum Depression and Anxiety: A Randomized, <i>Journal of Clinical Psychiatry</i> , 65(9), 1236 - 1241.
วัตถุประสงค์การศึกษา	เพื่อประเมินผลการใช้การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม ร่วมกับการใช้ยา Paroxetine ในการรักษาเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าและมีความวิตกกังวลในหญิงหลังคลอด
กลุ่มตัวอย่าง	หญิงหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความวิตกกังวล จำนวน 35 ราย จากผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเซนต์ปอล และโรงพยาบาลหญิงบริติสโคลัมเบีย ในมลรัฐแวนคูเวอร์ บริติสโคลัมเบีย ประเทศแคนาดา และมีการส่งต่อการดูแลโปรแกรมสุขภาพจิตจากมหาวิทยาลัย บริติสโคลัมเบีย ประเทศแคนาดา 1) ใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV โดยการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยบริติสโคลัมเบีย และคณะวิชาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลเซนต์ปอล โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยนอก 2) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มการใช้ยา Paroxetine และกลุ่ม ที่ใช้ยา Paroxetine ร่วมกับการใช้ Cognitive Behavior Therapy

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	เกณฑ์การคัดเข้า : 1. มีอาการที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็น Depressive and/or Anxiety Disorders ตามเกณฑ์ DSM-IV 2. อาการเหล่านี้เกิดขึ้นภายใน 6 เดือนหลังคลอด 3. คะแนนในแบบประเมิน HAM – D ≥ 18 คะแนนในแบบประเมิน HAM – A ≥ 20 และคะแนนในแบบประเมิน EPDS ≥ 12 4. มารดาหลังคลอดที่อายุระหว่าง 18 และ 40 ปีบริบูรณ์ 5. มีความเข้าใจในภาษาอังกฤษและเขียนให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร 6. มารดาที่คลอดทารกสุขภาพดี ช่วงอายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ 7. ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำสุด 2.5 กิโลกรัม 8. ไม่สูบบุหรี่ 9. มีการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในขณะที่เข้าร่วมในการศึกษา เกณฑ์การคัดออก : 1. มีอาการแสดงของโรคจิต ภาวะฆ่าตัวตาย 2. มีการใช้สารเสพติด 3. ได้รับจิตบำบัดหรือยาโรคจิตอื่นๆ ไม่ได้ใช้ยา Paroxetine ด้วยเหตุผลทางการแพทย์
สถานที่เก็บข้อมูล	ห้องตรวจคลินิกหลังคลอดในโรงพยาบาลเซนต์ปอล และโรงพยาบาลหญิงบริติสโคลัมเบีย ในมลรัฐแวนคูเวอร์ บริติสโคลัมเบีย ประเทศแคนาดา ช่วงระหว่างเดือนเมษายน 2002 ถึงเดือนเมษายน 2003

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย / ระดับของหลักฐาน	randomised controlled trial Level 2
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	- แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression, Hamilton Rating Scale(DHRS) 21 รายการ แบ่งเป็น - แบบประเมิน HAM - D สำหรับกลุ่มความวิตกกังวลหลังคลอด - แบบประเมิน HAM - A สำหรับกลุ่มภาวะซึมเศร้าหลังคลอด - แบบประเมิน Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS) สำหรับกลุ่มโรคย้ำคิดย้ำทำ (OCD) หลังคลอด - หากคะแนน ≥ 18 ใน HAM - D, ≥ 20 ใน HAM - A และ ≥ 12 จาก EPDS จะมีการเพิ่มการประเมินด้วยแบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) แบบประเมิน Clinical Global Impressions scale (CGI) ต่อไปในการติดตามเยี่ยมสัปดาห์ที่ 12
รูปแบบการบำบัด	- กลุ่มที่ได้รับ Combination ของยา Paroxetine ร่วมกับการใช้ CBT - Paroxetine เริ่มให้ที่ 10 mg โดยจิตแพทย์ และปรับเพิ่มขนาดยาได้จนถึง 50 mg - Cognitive Behavior Therapy - โปรแกรมเน้นเรื่อง การให้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ปฏิกริยาตอบสนองของร่างกาย และสิ่งแวดล้อม ว่ามีผลต่อกัน - การสอนกลยุทธ์ที่เน้นการเปลี่ยนแปลงในทางบวก - ในแต่ละขั้นตอนของการบำบัดด้วย individual CBT โดยให้ทุกสัปดาห์ ละ 1 ชั่วโมง เป็นจำนวน 8 ครั้ง คือสัปดาห์ที่ 1-6 และสัปดาห์ที่ 8 กับ 12

หัวข้อ	รายละเอียด
รูปแบบการบำบัด (ต่อ)	3. มีการลงบันทึกและปฏิบัติตามคู่มือ และติดตามผลการรักษา สำหรับหญิงหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความวิตกกังวล 2. กลุ่มที่ได้รับยา Paroxetine เพียงอย่างเดียว 2.1 Paroxetine เริ่มให้ที่ 10 mg โดยจิตแพทย์ และปรับเพิ่มขนาดยา ได้จนถึง 50 mg
ผู้บำบัด	พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลมารดาหลังคลอดแผนกผู้ป่วยนอกระดับ 3 ของโรงพยาบาลเซนต์ปอล และโรงพยาบาลหญิงบริติสโคลัมเบีย ในมลรัฐ แวนคูเวอร์ บริติสโคลัมเบีย ประเทศแคนาดา
วิธีการดำเนินการวิจัย	1. หลังจากมีการเซ็นต์ให้ความยินยอมในการทำการวิจัยแล้ว จะทำการสุ่มโดยใช้คอมพิวเตอร์เลือกการรักษา 1 แบบใน 2 แบบ ซึ่งได้แก่ กลุ่มการใช้ยา Paroxetine และกลุ่มที่ใช้ยา Paroxetine ร่วมกับการใช้ การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม 2. ในกลุ่มที่ใช้ยา Paroxetine ร่วมกับการใช้การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมจะมีการให้ความรู้แบบรายบุคคล ในครั้งละ 1 ชั่วโมง ทุกสัปดาห์เป็นเวลา 12 สัปดาห์ 3. ในทั้งสองกลุ่มต้องตอบแบบสอบถามรายสัปดาห์ เป็นการ ประเมินผลทางคลินิกในสัปดาห์ที่ 1 ถึง 6, 8 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์รวมทั้งหมด 8 ครั้งในการเข้าคลินิก 4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ Intention- to - treat analysis

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	1. จากผลการศึกษาพบว่า ทั้งสองกลุ่มได้มีการพัฒนาตัวชี้ ขึ้นของระดับอารมณ์และอาการวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) แต่ ทั้งสองกลุ่มนี้ไม่ได้มีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญ ในเรื่องของ จำนวนสัปดาห์ในการฟื้นตัว การ ลดขนาดรับประทานของยา paroxetine ค่าต่างๆ ที่ใช้วัด ระดับอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล และ ผลลัพธ์ของการ รักษา 2. ผลคะแนนต่างๆ ได้ถูกวิเคราะห์เพื่อหาความเปลี่ยนแปลง ของคะแนน HAM-D, HAM-A, EPDS, YBOCS, และ CGI ระหว่างการพบแพทย์ครั้งแรกและครั้งสุดท้าย พบว่าอาการของผู้ป่วยในทั้งสองกลุ่มมีการปรับปรุงดีขึ้น อย่างชัดเจนและมีนัยสำคัญ ($p < .01$) ความสัมพันธ์ สอดคล้องกันระหว่างคะแนน HAM-D, HAM-A, EPDS, และ CGI ในตอนพบแพทย์ครั้งสุดท้ายมีความสอดคล้อง กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < .01$ (ค่าผันแปรอยู่ในช่วง จาก $r = 0.48$ ถึง $r = 0.87$) ส่วนคะแนน YBOCS เมื่อ ตอนพบแพทย์ครั้งสุดท้ายไม่มีความสอดคล้องกันอย่างมี นัยสำคัญกับคะแนนของค่าวัดตัวอื่นๆ 3. เมื่อวิเคราะห์ด้วย independent t test ไม่พบความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญใดๆ ของคะแนนค่าวัด HAM-D, HAM- A, EPDS, YBOCS, และ CGI ระหว่างทั้งสองกลุ่ม เมื่อวัด ตอนพบแพทย์ครั้งสุดท้าย

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์	1. ผลการวิจัยมีความตรงดังนี้ 1. แม้ว่าความตรงของการวิจัยไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ในการลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด แต่ในเรื่องของ จำนวนสัปดาห์ในการฟื้นตัว การลดขนาดรับประทานของยา paroxetine ค่าต่างๆ ที่ใช้วัดระดับอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล และ ผลลัพธ์ของการรักษาพบว่าแนวโน้มที่ดีในการประเมินผลการใช้การบำบัดการรู้คิด และปรับพฤติกรรม ร่วมกับการใช้ยา Paroxetine โดยที่อัตราการฟื้นตัวของกลุ่มใช้ยา paroxetine ร่วมกับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม จะเร็วกว่า และใช้ขนาดรับประทานยา paroxetine ที่ต่ำกว่ากลุ่ม monotherapy เมื่อมีการประเมินผลที่ 6 เดือน ถึงแม้ว่าความแตกต่างนั้น ไม่ได้มีนัยสำคัญทางสถิติ 1. ความเหมาะสมในการนำโปรแกรมมาใช้ในกลุ่มตัวอย่างพบว่า หากมีการใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้น อาจพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงประสิทธิภาพของการใช้ยาด้านโรคซึมเศร้าร่วมกับ CBT ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น 2. สามารถพิจารณานำโปรแกรมบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม ไปใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา Paroxetine ในเรื่อง 1. เพื่อปรับลดขนาดยา หรือลดผลข้างเคียงของยาในหญิงหลังคลอดที่ให้นมทารก และอาการแพ้ยาที่อาจเกิดขึ้น 2. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้การดูแลหญิงหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความวิตกกังวล ในการปรับเปลี่ยนรูปแบบใหม่จากเดิมที่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเดียว ให้เป็นการรักษาด้วยยาร่วมกับการได้รับโปรแกรมบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์	3.เพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปรับลด ขนาดยาด้วยการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมร่วมกับการ ใช้ยา ในแผนกหลังคลอดโรงพยาบาลปทุมธานีได้ในอนาคต



หลักฐานเรื่องที่ 5

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์	Milgrom, J., Negri, L.M., Gemmill, A.W., McNeil, M., & Martin, P. R. (2005)
เรื่อง/แหล่งที่พิมพ์	A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression . <i>British Journal of Clinical Psychology</i> , 44, 529–542.
วัตถุประสงค์การศึกษา	1. เพื่อหาประสิทธิภาพของโปรแกรมการรักษาทางจิตวิทยา เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลรักษาเบื้องต้นทั่วไป สำหรับการจัดการอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด (Postnatal Depression: PND) 2. เพื่อเป็นการเปรียบเทียบระหว่าง บำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม(Cognitive-behavioral therapy: CBT) กับ การให้คำปรึกษาทั่วไป 3. เพื่อเปรียบเทียบประโยชน์ของการรักษาระหว่างรูปแบบการรักษาแบบรายกลุ่มกับรูปแบบการรักษาแบบรายบุคคล
กลุ่มตัวอย่าง	หญิงหลังคลอด จำนวน 192 คน ที่มีคะแนนจากแบบประเมิน EPDS ≥ 12 เกณฑ์การคัดเข้า : 1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามแบบสำรวจ DSM-IV 2. อายุครรภ์อยู่ระหว่าง 37-42 สัปดาห์ 3. น้ำหนักทารกตอนแรกเกิดตั้งแต่ 2.5 กก. ขึ้นไป 4. ไม่มีความผิดปกติแต่กำเนิด ไม่มีปัญหาสุขภาพร้ายแรง และไม่มี ความผิดปกติทางจิตอื่นๆ เกิดขึ้นร่วมกัน เกณฑ์การคัดออก 1. โรคซึมเศร้าประเภทที่ส่งผลต่อความสามารถในการพูดคุยหรือรับคำบอกกล่าว (เช่น psychotic depression) 2. มีความเสี่ยงในภาวะวิกฤติ 3. เข้าร่วมในโปรแกรมทางจิตวิทยาอื่นๆ 4. มีปัญหาในการสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษ

หัวข้อ	รายละเอียด
สถานที่เก็บข้อมูล	ศูนย์สุขภาพแม่และเด็ก 47 แห่งในเขตตอนเหนือของตัวเมืองของรัฐเมลเบิร์นและแถบชนบททางตะวันออกของเมืองในรัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย
ระเบียบวิธีการวิจัย / ระดับของหลักฐาน	Randomized controlled trial Level 2
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	1. แบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS: Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) โดยมีคำถาม 10 ข้อ ที่คัดค้านมาเพื่อคัดกรองหญิงที่มีอาการซึมเศร้าหลังคลอดโดยเฉพาะ จากการศึกษาที่มีหญิงหลังคลอดจำนวน 4,148 คนที่ทำแบบสำรวจ EPDS เสร็จสมบูรณ์ มีจำนวน 533 คน ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ตัดตัวที่ 12 คะแนนหรือมากกว่า (Gerrard et al., 1994) และมี 356 คนจากจำนวนนี้ ที่พร้อมเข้าร่วมการประเมินทางการแพทย์กับนักจิตวิทยา 2. แบบประเมิน BDI เป็นเครื่องมือสำรวจทางการแพทย์ที่มี 21 หัวข้อ ที่ใช้วัดปัจจัยในเชิงความรู้, เชิงการได้รับผล และเชิงจิตวิทยา เพื่อที่จะประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) หัวข้อทั้ง 21 หัวข้อนั้น จะจัดระดับ (มี 3 ระดับ) ของอาการต่างๆ และทัศนคติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ตัวอย่างเช่น ความรู้สึกว่าทุกอย่างเลวร้าย (pessimism) ความรู้สึกผิด ความคิดอยากฆ่าตัวตาย การหลบหนีสังคม การนอนไม่หลับ การร้องไห้ ความฉุนเฉียวง่าย (irritability) ฯลฯ แบบฟอร์มดั้งเดิมของเครื่องมือนี้ (Beck et al., 1961) ได้ถูกปรับแก้เพื่อให้เข้ากันได้มากขึ้นกับเกณฑ์ของ DSM ด้วยการทำให้มีตัวเลือกที่เข้าใจง่ายขึ้น และตัดเอาข้อความเชิงลบที่ซ้ำกันออกไป (Beck & Steer, 1987) ค่า Cronbach's alpha อยู่ในช่วงระหว่าง 0.79-0.9

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (ต่อ)	3.แบบประเมิน Social Provisions Scale (SPS) (Cutrona, 1984) เป็นมาตรวัดที่มี 24 หัวข้อ สำหรับใช้วัดในเรื่องของการสนับสนุนทางสังคม แบบสำรวจนี้จะถามรวมถึงข้อมูลต่างๆ ไป อย่างเช่น อายุ อาชีพ และ สถานภาพสมรส เพื่อใช้ร่วมในการประเมินด้วย 4.แบบประเมิน Beck Anxiety Inventory (BAI)(Beck และคณะ, 1988) เป็นเครื่องมือสำรวจที่มี 21 หัวข้อ ที่ใช้วัดความวิตกกังวล ซึ่งได้รับการออกแบบมาให้ใช้ร่วมกันกับ BDI
รูปแบบการบำบัด	หญิงหลังคลอดจำนวน 192 คนที่เข้าเกณฑ์ที่จะถูกคัดรวมเข้าในการศึกษา ซึ่งจะมีการแบ่งกลุ่มแบบสุ่มให้อยู่ใน 1 ใน 4 กลุ่ม ดังนี้ 1.กลุ่ม การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม แบบรายกลุ่ม (Group-Based Cognitive Behavior Therapy) มี 46 คนโดยที่โปรแกรมนี้ได้รับการพัฒนาโดยการดัดแปลงแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้า ของ Lewinsohn, Antonuccio, Steinmetz, & Teri, 1984; Lewinsohn, Munoz., Youngren, & Zeiss, 1992) ผลจากการศึกษานำร่อง (Negri, 1999) ได้มีการปรับแก้ดัดแปลงแนวทาง เพื่อจะตอบสนองความจำเป็นเฉพาะของหญิงหลังคลอดใหม่ ด้วยการเพิ่มเซสชันที่ให้อุ้มสรวร่วมด้วย และมีชุดการสอนในประเด็นของครอบครัวและแหล่งกำเนิด นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการจัดลำดับของเซสชัน เช่น เรื่องการผ่อนคลาย ได้ถูกย้ายมาเพื่อให้เสริมในเรื่องของการแนะนำกิจกรรมที่สร้างความสุขและการจัดการเวลา เนื่องจากว่าหญิงหลังคลอดส่วนใหญ่นั้นกำลังประสบความยุ่งยากในการบริหารจัดการตนเองและลูก การเข้าร่วมกับเซสชันต่าง ๆ นั้นเป็นเรื่องที่ลำบากพอสมควร ในส่วนของเนื้อหานี้ได้ปรับให้เหมาะสม และไม่ต้องประมวลผลมาก เช่น โดยการใช้เทคนิค “relaxation-on-the-run” (ผ่อนคลาย ในขณะที่ชีวิตรีบเร่ง) เป็นต้น

หัวข้อ	รายละเอียด
รูปแบบการบำบัด (ต่อ)	2.กลุ่มการให้คำปรึกษาแบบรายกลุ่ม (Group-Based Counseling) มีจำนวน 47 คนแต่ละกลุ่มประกอบด้วยหญิงหลังคลอด 5-10 คน ได้รับการดูแลและแนะนำโดยนักบำบัดอาวุโส เพื่อให้ความมั่นใจในการบำบัด โดยที่ได้รับการออกแบบมาสำหรับโรคซึมเศร้าหลังคลอด และเป็นการให้คำปรึกษาโดยใช้ (1) การรับฟังอย่างเข้าใจ (2) การซักประวัติ (3) การเข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน (4) การตั้งเป้าหมาย (5) การแก้ไขปัญหา (ในนี้เซสชันมีคู่สมรสร่วมด้วย) (6) กระบวนการกลุ่ม 3.กลุ่มการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล (Individual Counseling) มี 66 คน โดยการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลนี้มีเนื้อหาเช่นเดียวกับการให้คำปรึกษาแบบรายกลุ่ม ซึ่งรวมถึงการทำกลุ่มบำบัดโดยใช้คู่สมรสร่วมด้วย เพียงแต่แตกต่างกันในลักษณะการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล 4.กลุ่มการดูแลเบื้องต้นทั่วไป (Routine Primary Care) มี 33 คน หญิงหลังคลอดในกลุ่มนี้จะได้รับการดูแลเป็นรายๆ ไป โดยศูนย์สุขภาพแม่และเด็ก และได้รับการส่งต่อไปให้กับสถานพยาบาลอื่นตามความจำเป็น ถือเป็นรูปแบบปกติ เนื่องจากหญิงหลังคลอดจะไม่ได้รับโปรแกรมรักษาอาการซึมเศร้าโดยเฉพาะ 6.โปรแกรมเหล่านี้ประกอบด้วย 12 ครั้ง ใช้เวลา 90 นาที และทำทุกสัปดาห์ โดยบำบัดกับหญิงหลังคลอดเท่านั้น รวมจำนวน 9 ครั้ง และอีก 3 ครั้ง ร่วมกับสามีด้วยใช้เวลา 90 นาทีเช่นเดียวกัน 7.ในแต่ละรอบของการคัดเลือคนั้น การแบ่งกลุ่มหาผู้เข้ากลุ่มคนต่อไปจะใช้วิธีจับสลาก (โดยมีกระดาษที่บอกว่าอยู่กลุ่มหนึ่งกลุ่มใดในสี่กลุ่ม โดยกระดาษที่ติดชื่อกลุ่มทั้งสี่นั้นมีจำนวนเท่ากัน) ซึ่งทำให้มีจำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน และทำการคัดคนไปเรื่อยๆ จนกว่าจะได้จำนวนขั้นต่ำของทุกกลุ่ม เพื่อที่จะไม่ให้เกิดความลำเอียง (ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ) ในการคัดแยกคนเข้ากลุ่ม ผู้เข้าร่วมทุกคนจะไม่ได้ล่วงรู้ถึงการ

หัวข้อ	รายละเอียด
รูปแบบการบำบัด (ต่อ)	รักษา จนกว่าจะถึงขั้นตอนการแบ่งกลุ่ม 8.การประเมินเชิงจิตวิทยาทำขึ้นในคลินิกของโรงพยาบาล ซึ่งต่างไปจากสถานที่ที่ทำการคัดกรองคือที่ศูนย์สุขภาพแม่และเด็ก ทำให้แพทย์ที่ประเมินทางจิตวิทยาไม่ทราบถึงการแบ่งกลุ่ม และได้เน้นย้ำถึงความจำเป็นที่ต้องปกปิดเรื่องการแบ่งกลุ่มนี้แก่ผู้ร่วมทำการศึกษาร่วมทุกคน
ผู้บำบัด	พยาบาลที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทด้านการให้คำปรึกษา และ/หรือ จิตวิทยาโดยที่นักบำบัดทุกคนได้รับการสอนให้ใช้คู่มือการบำบัดแบบตัวต่อตัว อีกทั้งได้รับการควบคุมดูแลอย่างเข้มข้น โดยผู้ตรวจสอบหลัก (Principal Investigator)
วิธีการดำเนินการวิจัย	1.ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยโปรแกรมการคัดเลือกในชุมชน (Milgrom, Ericksen, Negri, & Gemmill et al., 2005) ที่ทำขึ้นในศูนย์แม่และเด็ก โดยมีการติดต่อกับหญิงหลังคลอดที่คลอดใหม่ทุกคน และสามารถทำให้เลือกตัวอย่างที่มีความหลากหลายทั้งด้านคุณลักษณะและสภาพสังคมภูมิศาสตร์ โดยหญิงหลังคลอดที่เข้าร่วมในการให้คำปรึกษาหลังคลอด 6-18 สัปดาห์ได้ถูกให้เข้าร่วมในงานศึกษาเพื่อตรวจสอบหาวิธีการที่ดีที่สุดในการวินิจฉัยและรักษาโรคซึมเศร้าหลังคลอด และให้ทำแบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS: Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของงานศึกษานี้ มีคำถาม 10 ข้อ ที่คิดค้นมาเพื่อคัดแยกหญิงที่มีอาการซึมเศร้าหลังคลอดโดยเฉพาะ โดยหญิงหลังคลอดได้ให้คำยินยอมต่อการคัดกรองเบื้องต้นนี้ด้วยการลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรหลังจากที่ได้อ่านเอกสารชี้แจงแล้ว พยาบาลที่ทำการคัดกรองหญิงที่มีอาการซึมเศร้าหลังคลอดอย่างเดียวยังไม่ได้เกี่ยวข้องกับกระบวนการแบ่งกลุ่ม และไม่ได้ล่วงรู้ถึงวิธีการแบ่งแยกกลุ่มสำหรับหญิงหลังคลอด

หัวข้อ	รายละเอียด
วิธีการดำเนินการวิจัย (ต่อ)	2.หญิงหลังคลอด จำนวน 4,148 คนที่ทำแบบสำรวจ EPDS เสร็จสมบูรณ์ ในจำนวนนี้มี 533 คน ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ตัดตัว คือที่ 12 คะแนนหรือมากกว่า (Gerrard et al., 1994) และมี 356 คนจากจำนวนนี้ ที่ยินยอมเข้าร่วมการประเมินทางการแพทย์กับนักจิตวิทยา การประเมินดังกล่าวใช้แบบประเมิน Composite International Diagnostic Interview (CIDI) เพื่อที่จะให้ได้ผลการวินิจฉัย DSM-IV ว่ามีอาการซึมเศร้ารุนแรงหรือซึมเศร้าเล็กน้อย (World Health Organization, 1993) ในผู้ที่ถูกประเมินมีจำนวน 77 คนที่ไม่เข้าเกณฑ์ของ DSM-IV มีจำนวน 65 คนที่ไม่เข้าเกณฑ์ตาม inclusion criteria ข้ออื่นๆ และมีจำนวน 22 คนที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรม 3.ผู้ที่เข้าร่วมได้รับทราบข้อมูลเบื้องต้นว่าหญิงหลังคลอด ไม่สามารถเลือกว่าจะเข้าอยู่ในกลุ่มใด และรู้ว่าจะต้องใช้เวลาส่วนหนึ่งในการเข้าร่วมกิจกรรมของการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลอาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล และคำให้ความยินยอมทั้งหมดในช่วงก่อนการศึกษาเพื่อใช้สำหรับเปรียบเทียบผล ก่อนที่จะมีการแบ่งกลุ่ม ข้อมูลหลังโปรแกรมการรักษาได้ถูกรวบรวมเมื่อการรักษาผ่านไป 12 สัปดาห์ พร้อมกับมีการติดตามอีกครั้งหลังระยะเวลา 12 เดือน
ผลการวิจัย	การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ การบำบัดรูปแบบต่างๆ ใน 4 รูปแบบได้แก่กลุ่ม Group-Based Cognitive Behavior Therapy (CBT แบบรายกลุ่ม) กลุ่ม Group-Based Counseling (ให้คำปรึกษาแบบรายกลุ่ม) กลุ่ม Individual Counseling (ให้คำปรึกษาแบบเป็นรายบุคคล) และ กลุ่ม routine primary care (การดูแลเบื้องต้นทั่วไป) พบว่า 1. ผลของสมมุติฐานข้อที่ 1 พบว่าโปรแกรมเชิงจิตวิทยามีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ (Routine Primary Care) โดยมีนัยสำคัญทั้งเชิงการแพทย์และเชิงสถิติ (คะแนน Beck Depression Inventory 7 คะแนน และคะแนน Beck Anxiety Inventory 8 คะแนน)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	2. สมมุติฐานที่ 2 การบำบัดด้วย Group Cognitive Behavior Therapy กับ Group Counseling ซึ่งให้ผลคะแนนก่อนการบำบัด Group CBT = 70.88(3.00)/ Group Counseling = 68.96(2.21)และหลังการบำบัด Group CBT = 77.44(2.87)/ Group Counseling = 71.50(2.26) ไม่มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในเรื่องของอาการซึมเศร้า และอาการวิตกกังวล (การศึกษาทดลองที่ตั้งสมมุติฐาน ว่าโปรแกรมทั้งสองมีความแตกต่างกัน) 3. ในเรื่องของ การให้คำปรึกษานั้น พบว่าการรักษาแบบเดี่ยวให้ผลที่ดีกว่าแบบกลุ่มในกรณีของอาการซึมเศร้า (คะแนน BDI ดีกว่า 3-5 คะแนน) 4. ในงานศึกษานี้พบว่า ผลคะแนน BDI หลังการบำบัดลดลงต่ำกว่าค่าเกณฑ์ของโรคซึมเศร้า (17 คะแนน) ได้แก่ Cognitive Behavior Therapy (55%), Group Counseling (64%), Individual Counseling (59%), และ Routine Primary Care (29%) โดยที่ค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่ 5.5 คะแนน 5. การประเมินติดตามผลการศึกษา ที่ระยะเวลา 12 เดือนพบว่า มีเพียง 57 รายที่เก็บข้อมูลได้ การวิเคราะห์ผลโดยแบบประเมิน BDI พบว่า โปรแกรม Cognitive Behavior Therapy = 12.17 (ความแปรปรวน 9.1) จำนวนตัวอย่าง N = 12/ group counseling = 13.77 (10.1) N = 13/ Individual counseling = 9.79 (5.9) N = 24/ routine primary care = 21.13 (9.5) N = 8
ผลการประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์	1. ผลการวิจัยมีความตรงต่อสมมุติฐานการวิจัย (1) ทั้งกลุ่มตัวอย่าง มีตัวแปรต้น ตัวแปรตามที่ชัดเจน (2) มีการสุ่มเข้ากลุ่มตามแบบการวิจัย Randomized control trial ในส่วนของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมไม่มีความแตกต่างของลักษณะทางข้อมูลพื้นฐาน

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์	(3) กลุ่มตัวอย่างได้รับการปกปิดว่าอยู่กลุ่มใด (4) ผู้ประเมินหรือผู้ที่เก็บรวบรวมข้อมูลไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างนั้นอยู่กลุ่มใดในการวิจัย (5) ผู้วิจัยได้นำกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาวิเคราะห์ข้อมูล จากการศึกษาพบว่าโปรแกรมการรักษาเหล่านี้จะทำให้เกิดทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการรักษาต่อหญิงหลังคลอดครั้งแรกจำนวนมากที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดในระดับปานกลางจนถึงรุนแรงสามารถเลือกที่จะหลีกเลี่ยงการใช้ยาบรรเทาอาการซึมเศร้าได้ การเปรียบเทียบเพื่อให้ได้ผลที่ชัดเจนถึงประสิทธิผลของ การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม ว่าเท่าเทียมกันหรือไม่อย่างไร ยังคงต้องมีการทดลองต่อไป 3. งานวิจัยเหมาะสำหรับนำไปใช้ในการปฏิบัติเนื่องจาก 3.1. ผลการศึกษามีความสอดคล้องในการแก้ปัญหาทางคลินิกคือสามารถลดอาการความรุนแรงของการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอดและอาการวิตกกังวลจากกระบวนการประเมินผล อาจสามารถปฏิบัติได้จริงทางคลินิกตามบริบทของหน่วยงาน 3.2 จากงานศึกษายังได้ศึกษาถึงคุณค่าของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล งานศึกษาในอนาคตอาจจะตั้งเป้าเพื่อทดสอบสมมติฐานแบบทิศทางเดียว (unidirectional หรือ one-tailed) ที่ว่า การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเป็นรูปแบบที่ดีที่สุด พบว่าถ้าหากว่าการให้การบำบัดแบบรายบุคคลให้ผลดีกว่าการบำบัดแบบรายกลุ่ม ดังนั้นการทำการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมแบบรายบุคคลก็น่าจะดีกว่า การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมแบบรายกลุ่ม อย่างไรก็ตามก็เป็นเพียงการคาดการณ์ และยังคงมีการวิจัยต่อไป โดยควรทำแบบพิจารณาทุกปัจจัย ใช้การศึกษาแบบควบคุมอย่างสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยที่มีรูปแบบและวิธีจากโปรแกรมรักษาเป็นปัจจัยคงที่ (independent factors) พยาบาลที่มีประสบการณ์ สามารถใช้ Cognitive Behavior Therapy ในการรักษา ผู้ป่วย ร่วมกับการรักษาทางยาของแพทย์ เพื่อลดความรุนแรงของโรคได้

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์	3.3 หน่วยงานต้องมีต้นทุนในด้านอุปกรณ์ในการบำบัด การเตรียม ด้านสถานที่และบุคคล ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาบำบัด เพิ่มขึ้นแต่การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมทำให้เกิดความเข้าใจต่อ โรคหรืออาการที่เป็นสามารถนำมาบำบัดหรือร่วมกับการบำบัดทางยาจะมี ความคุ้มค่าและคุ้มค่าในการรักษาอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลัง คลอดได้เป็นอย่างดี

หลักฐานเรื่องที่ 6

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์	Craig, E., Judd, F., & Hodgins, G. (2005)
เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	Therapeutic group programme for women with postnatal depression in rural Victoria : a pilot study. <i>Australasian Psychiatry</i> , 13(3), 291 -296.
วัตถุประสงค์การศึกษา	เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมบำบัดแบบกลุ่ม (ซึ่งให้บริการโดยคนทำงานดูแลสุขภาพในชุมชน) ในการลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดและความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้อง ในกลุ่มหญิงหลังคลอดที่อยู่ในชนบท รัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ที่เข้าร่วมในโปรแกรมบำบัดแบบกลุ่มได้รับการคัดเลือกมาจากศูนย์ดูแลสุขภาพในชุมชน โดยการส่งต่อมาจากเจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพในท้องถิ่นหรือมาด้วยตนเอง โดยได้คัดเลือกหญิงหลังคลอด ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลังคลอดตามแบบ DSM-IV คือมีคะแนน EPDS มากกว่า 12 จำนวน 16 คนให้เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ หรือว่าถ้าหากว่าหญิงหลังคลอดเลือกไม่เข้าร่วมโปรแกรม จะถูกส่งไปรับการรักษา ซึ่งดำเนินการโดยศูนย์ดูแลสุขภาพชุมชนแห่งนั้น เกณฑ์การคัดเข้า : 1. ได้รับการประเมินในรายงานว่ามีอาการซึมเศร้า และ/หรือ อาการวิตกกังวล นับตั้งแต่คลอดบุตร 2. บุตรของหญิงหลังคลอดมีอายุน้อยกว่า 12 เดือน เกณฑ์การคัดออก : 1. มีอาการทางจิต (Psychosis) 2. โรคจิตแบบอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) 3. มีความผิดปกติในด้านบุคลิกภาพ (Personality disorder) 4. การใช้สารที่อาจจะส่งผลต่อการเข้าร่วมของโปรแกรม

หัวข้อ	รายละเอียด
สถานที่เก็บข้อมูล	ศูนย์ดูแลสุขภาพชุมชน จำนวน 3 แห่งในเขต Loddon Campaspe Southern Mallee Region ของ รัฐวิกตอเรีย ประเทศ ออสเตรเลีย ซึ่งเป็นเขตที่มีเนื้อที่ 36,000 ตร.กม. และมีประชากร 230,500 คน
ระเบียบวิธีการวิจัย / ระดับของหลักฐาน	One group Pre – Post test Level 4
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	1. แบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) EPDS คือเครื่องมือที่มีคำถาม 10 ข้อ ซึ่งใช้ในการประเมินอาการที่บ่งชี้ถึงโรคซึมเศร้าหลังคลอด มีความน่าเชื่อถือและความถูกต้องสูง และได้ถูกใช้อย่างแพร่หลายในงานศึกษาเกี่ยวกับซึมเศร้าหลังคลอด ในหลายๆ ประเทศ 2. แบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) HADS เป็นเครื่องมือที่มี 16 ข้อ ใช้ประเมินอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าโดยทั่วไป HADS เป็นเครื่องมือแบบสั้นๆ ง่ายต่อการบริหารจัดการ โดยมีระดับความน่าเชื่อถือและความถูกต้องสูงเช่นกัน โดยเครื่องมือเหล่านี้ใช้วัดให้แก่อนุญหลังคลอดที่มีอาการซึมเศร้าหลังคลอดตลอดโปรแกรม เป็นเวลา 9 สัปดาห์เพื่อวัดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในช่วงเวลาก่อนเริ่มโปรแกรมการบำบัดแบบรายกลุ่มครั้งนี้ และหลังสิ้นสุดโปรแกรม และมีการติดตามผลอีก 2 ครั้ง
รูปแบบการบำบัด	กลุ่มทดลอง ใช้การบำบัดแบบการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยโปรแกรมที่ใช้เป็นแนวทางการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้ระยะเวลาบำบัดรวม 9 สัปดาห์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที รวมทั้งหมด 9 ครั้ง (ประเมิน 2 ครั้ง คือก่อนและหลังโปรแกรม) ซึ่งมีเจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพในชุมชนที่มีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษา และการบำบัดแบบรายกลุ่ม ทำการดูแลอนุญหลังคลอดในแต่ละกลุ่ม โปรแกรมการบำบัดดังกล่าวใช้หลักการตามที่ให้ไว้โดย Milgrom และคณะ จากกรอบแนวคิดนั้นก็ได้จัดทำคู่มือโปรแกรมการบำบัดสำหรับท้องถิ่นขึ้นมา ในเรื่อง

หัวข้อ	รายละเอียด
รูปแบบการบำบัด (ต่อ)	1.การทำความเข้าใจอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด 2.การเพิ่มกิจกรรมที่สร้างความรื่นรมย์ 3.ความภาคภูมิใจในตนเอง 4.ความไม่สมหวังของแม่ต่อการเลี้ยงดูทารก 5. การพูดคุยเข้าใจในตัวเอง 6.การพัฒนาความคิดในทางบวก 7.การทำท่ายต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ภายในจิตใจ (internal critic) 8.ความก้าวหน้า สำหรับโปรแกรมการบำบัดนั้นมีการบ้านให้ไปทำระหว่างสัปดาห์ ซึ่งทำให้ผู้เข้าร่วมได้ฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ ในระหว่างแต่ละครั้ง โดยที่องค์ประกอบของโปรแกรมนั้นได้แก่ 1) ยุทธศาสตร์หลักต่างๆ ในเชิงการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม เช่น การกำหนดตารางกิจกรรม การผ่อนคลาย การเข้าใจถึงความคิดด้านลบ การแก้ปัญหาด้วยตนเอง การดูแลตัวเอง การเข้าใจถึงความคิดและพฤติกรรม 2) การป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดอาการซึมเศร้า กลุ่มควบคุม ในงานการศึกษานี้ไม่ได้ระบุกลุ่มควบคุม
ผู้บำบัด	เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน 3 แห่ง จำนวน 16 คน ที่ร่วมโปรแกรมฝึกอบรมอย่างเสร็จสมบูรณ์ในจำนวนผู้เข้าร่วมฝึกอบรม 16 คนนั้น มีผู้หญิง 13 คน และ เป็นผู้ชาย 3 คน โดยมีอายุตั้งแต่ 23 ถึง 62 ปี และมี “จำนวนปีที่ทำงาน” ตั้งแต่ 1.5 ปี ถึง 34 ปี อาชีพของผู้ที่รับการฝึกอบรมเหล่านี้ ประกอบด้วย 1. ที่ปรึกษา (counselor) จำนวน 5 คน 1. 2. 3.

หัวข้อ	รายละเอียด
ผู้บำบัด	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12 13 14 15 16. 2. ผู้ที่ทำงานด้านครอบครัว (family worker) จำนวน 2 คน 2. นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 4 คน 3. นักวิชาการสุขภาพ (health educator) จำนวน 1 คน 4. พยาบาล จำนวน 4 คน - ผู้เข้าร่วมการฝึกอบรมจำนวน 4 คน (25%) ที่จบการศึกษา ระดับสูงกว่าปริญญาตรีในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 6. ผู้ที่ทำงานด้านครอบครัว (family worker) จำนวน 2 คน 1. นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 4 คน 2. นักวิชาการสุขภาพ (health educator) จำนวน 1 คน 3. พยาบาล จำนวน 4 คน - ผู้เข้าร่วมการฝึกอบรมจำนวน 4 คน (25%) ที่จบการศึกษา ระดับสูงกว่าปริญญาตรีในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผู้บำบัด (ต่อ)	- จำนวน 10 คน (62.5%) ที่จบปริญญาตรี - จำนวน 2 คน (12.5%) ที่จบอนุปริญญา - ในจำนวนคนทำงานด้านดูแลสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรมเหล่านี้ มี 5 คนที่ร่วมในการจัดดำเนินการ โปรแกรมบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งมี 3 กลุ่ม โดยมีเจ้าหน้าที่หนึ่งคนที่ดูแลสองกลุ่ม - การฝึกอบรมโดยนักจิตวิทยาคลินิก (Clinical psychologist) และ ผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต (Probationary health psychologist) การฝึกอบรมนั้นมีเนื้อหาประกอบด้วย 1. สุขภาพจิตศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าหลังคลอด 2. การแนะนำถึงกลยุทธ์ของการปรับความคิดและพฤติกรรม และความรู้เพื่อการรักษาโรคซึมเศร้าหลังคลอด 3. การอภิปรายเกี่ยวกับแนวทางการบำบัดแบบรายกลุ่ม โดยการฝึกอบรมนั้นยังเกี่ยวข้องกับแนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือวัดต่างๆ เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกรวมตัวอย่าง หรือตัดออกจากกลุ่มที่ศึกษา การประเมินโรคซึมเศร้าหลังคลอด และมีการแจกคู่มือของโปรแกรมการบำบัดโดยที่การบำบัดแบบรายกลุ่มนั้น จะมีจิตแพทย์คนดังกล่าวให้การสนับสนุนได้ ถ้าหากเจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพนั้นต้องการ
วิธีการดำเนินการวิจัย	1. ใช้การออกแบบการทดลองแบบ Prospective repeated measures design โดยที่มีการเก็บข้อมูลใน 2 ช่วง คือ ก่อนเริ่มโปรแกรม และ ทันทีเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม 2. ผู้ที่เข้าร่วมในโปรแกรมบำบัดแบบกลุ่มได้รับการคัดเลือกมาจากศูนย์ดูแลสุขภาพในชุมชน ด้วยการส่งต่อมาจากเจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพในท้องถิ่นหรือมาด้วยตนเอง โดยได้คัดเลือกหญิง 16 คนที่มีรายงานว่ามีอาการซึมเศร้าหลังคลอด เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
วิธีการดำเนินการวิจัย (ต่อ)	3. โปรแกรมการบำบัดนั้นทำโดยศูนย์ดูแลสุขภาพชุมชนในเขต โดยโปรแกรมนี้ได้รับการประชาสัมพันธ์ ทั้งจากโดยศูนย์นั้นเอง และโรงพยาบาลในท้องถิ่น รวมถึงแพทย์พยาบาลที่ดูแลหญิงหลังคลอดและบุตร ในตอนที่ส่งต่อมายังศูนย์บริการนั้นหญิงหลังคลอดเหล่านั้นได้รับการประเมินและยอมรับให้เข้าร่วมโปรแกรมเมื่อมีรายงานว่ามีอาการซึมเศร้าและ/หรือ วิตกกังวล นับแต่คลอดบุตร และ บุตรนั้นมีอายุน้อยกว่า 12 เดือน โดยที่จะถูกคัดออกจากโปรแกรมถ้าหากว่าพบว่ามีอาการทางจิต หรือโรคจิตแบบอารมณ์สองขั้ว (Bipolar Disorder) มีความผิดปกติทางจิตในด้านบุคลิกภาพ (Personality Disorder) หรือใช้สารที่อาจจะส่งผลต่อการเข้าร่วมของโปรแกรม ถ้าหากว่าหญิงหลังคลอดถูกคัดออกจากโปรแกรมนี้ หรือว่าถ้าหากว่าหญิงหลังคลอดที่จะไม่เข้าร่วมโปรแกรม ก็จะถูกส่งไปรับการรักษาต่อ ซึ่งดำเนินการโดยศูนย์ดูแลสุขภาพชุมชนแห่งนั้น
ผลการวิจัย	1. หญิงหลังคลอด 14 คนที่ให้ข้อมูลในช่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างเสร็จสมบูรณ์ทุกกระบวนการ ในจำนวนนี้มี 7 คนที่ได้ให้ข้อมูลอย่างสมบูรณ์ในช่วงติดตามผล เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมผ่านไป 6 สัปดาห์ และมี 6 คนที่ได้ให้ข้อมูลสมบูรณ์ในตอนติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน อายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมอยู่ที่ 28.4 ปี (อยู่ใน ช่วงระหว่าง 20 – 34 ปี) 2. ผลการศึกษาพบการเปลี่ยนแปลงของคะแนน EPDS จากก่อนเริ่มโปรแกรมจนถึงหลังสิ้นสุดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($t(13) = 6.34, p < 0.001$) การเปลี่ยนแปลงของคะแนน HADS-A และ HADS-D เหลือจากช่วงก่อนเริ่มโปรแกรมจนถึงหลังสิ้นสุดโปรแกรมก็มีนัยสำคัญเช่นกัน (โดยที่ $t(13) = 5.81, p < 0.001$; $t(13) = 7.44, p < 0.001$)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	3. การวิเคราะห์แบบ paired samples t-tests สำหรับหญิงหลังคลอดที่ทำแบบวัดเพื่อติดตามผลเมื่อผ่านไป 6 สัปดาห์ และ 3 เดือน อย่างเสร็จสมบูรณ์ ด้วยระดับความเชื่อมั่น α ที่ 0.05 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ระหว่างคะแนนตอนสิ้นสุดโปรแกรมกับคะแนนที่วัดเมื่อผ่านไป 6 สัปดาห์ ไม่ว่าจะเป็นการวัดด้วย EPDS, HADS-A, หรือ HADS-D ความแตกต่างเพียงอย่างเดียวที่พบว่ามีนัยสำคัญก็คือความแตกต่างระหว่างคะแนน HADS-D ตอนสิ้นสุดโปรแกรมกับคะแนน HADS-D ตอนติดตามผล 3 เดือน (โดยที่ $t(13) = 5.81, p < 0.001$; $t(13) = 7.44, p < 0.001$) มีหญิงหลังคลอด 2 คน ที่เข้าร่วมโปรแกรมแต่ไม่ได้ร่วมในครั้งสุดท้ายและไม่ได้ให้ข้อมูลที่วัดตอนสิ้นสุดโปรแกรม โดยที่หญิงหลังคลอด 2 คนที่ถอนตัวนั้น มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 36.5 ปี (อยู่ในช่วงอายุ 35-38 ปี) ที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากอายุเฉลี่ยของหญิงอีก 14 คนที่ร่วมการศึกษาอย่างเสร็จสมบูรณ์ ซึ่งมีค่าอยู่ที่ 28.4 ปี ($t(14) = -2.75, p < 0.05$) ทำให้คะแนน EPDS, HADS-A และ HADS-D เฉลี่ย ก่อนก่อนเริ่มโปรแกรม ของหญิงหลังคลอด 2 คนที่ถอนตัวไป (14.00, 11.50, และ 10.50 ตามลำดับ) ไม่ได้แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับคะแนนเฉลี่ยก่อนเริ่มโปรแกรมของหญิงหลังคลอดที่ร่วมโปรแกรมเสร็จสมบูรณ์ ($t(14) = 1.12, p > 0.05$; $t(14) = 0.908, p > 0.05$; $t(14) = 0.238, p > 0$)
ผลการประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์	1. ความตรงของงานวิจัย 1.1 เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมบำบัดแบบกลุ่ม (ซึ่งให้บริการโดยคนทำงานดูแลสุขภาพในชุมชน) ในการลดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าหลังคลอด (PND) 1.2 แต่งานศึกษานี้มีข้อจำกัดอยู่ 2 ประการ ประการแรกก็คือ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ)	1) การมีจำนวนตัวอย่างที่น้อย แม้ว่าจะเป็นที่น่าสนใจได้ว่าในพื้นที่ชนบทนั้น คงต้องใช้เวลาานกว่านี้จึงจะสามารถค้นหาหญิงหลังคลอดที่มีคุณสมบัติตามต้องการมาร่วมโปรแกรมกลุ่มได้ 2) การขาดกลุ่มควบคุมเพื่อใช้เปรียบเทียบ อย่างไรก็ตาม เช่นเดียวกับที่มึความคิดเห็นจากนักวิจัยคนอื่นๆ หน้าที่ในการให้การดูแลแก่หญิงหลังคลอดที่มีความเครียดนั้นต้องได้รับความสำคัญกว่าข้อกำหนดในการทำงานวิจัย 2. ผลงานวิจัยที่ได้ ผลการศึกษาพบการเปลี่ยนแปลงของคะแนน EPDS จากก่อนเริ่มโปรแกรมจนถึงหลังสิ้นสุดโปรแกรมนั้นถือว่ามีนัยสำคัญ ($t(13)=6.34$, $p<0.001$) การเปลี่ยนแปลงของคะแนน HADS-A และ HADS-D เฉลี่ยจากช่วงก่อนเริ่มโปรแกรมจนถึงหลังสิ้นสุดโปรแกรมก็มีนัยสำคัญเช่นกัน (โดยที่ $t(13)=5.81$, $p<0.001$; $t(13)=7.44$, $p<0.001$) 3. ความเหมาะสมของผลการวิจัยในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ งานวิจัยนี้มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ประกอบการเลือกรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยเนื่องจาก 3.1 กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยที่สนใจศึกษา คือ หญิงหลังคลอดในช่วงอายุ 25 – 35 ปี มีการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็น Post natal / Postpartum Depression เข้ารับการรักษายู่หอผู้ป่วยหลังคลอด 3.2 เปรียบเทียบระหว่างต้นทุนหรือความเสียหายกับผลประโยชน์ (Cost / harm และ benefit) เมื่อมีการให้ Intervention นี้ อาจไม่มีการเพิ่มต้นทุนมากนัก และไม่มีผลเสียต่อผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งยังได้ประโยชน์มากในการนำมาให้บริการกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดได้ 3.3 จากนโยบายของโรงพยาบาลได้มีการพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพจิตรองรับนโยบายของกรมสุขภาพจิตสอดคล้องกับการปฏิบัติ จากผลการวิจัยที่จะให้การบำบัดปรับความรู้คิดและปรับพฤติกรรมเป็นแนวทางการบำบัดแก่หญิงหลังคลอดที่มีโรคซึมเศร้าอีกวิธีหนึ่งนอกจากการบำบัดด้วยยาอย่างเดียวนั้น

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ)	1. งานศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดเป็นเวลา 9 สัปดาห์แบบเป็นกลุ่มที่เน้นไปที่การใช้ยุทธศาสตร์การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมนี้มีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการกังวลและซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าหลังคลอด ในหญิงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทของรัฐวิกตอเรีย การที่คะแนน EPDS และ HADS ที่ลดต่ำลงเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมยังคงมีค่าอยู่เช่นเดิมเมื่อวัดติดตามผลตอนผ่านไป 6 สัปดาห์และ 3 เดือน แสดงถึงว่า องค์ประกอบในการป้องกันโรคของโปรแกรมนี้น่าจะประสบความสำเร็จ ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเพียงอย่างเดียวที่พบก็คือค่าคะแนน HADS-D เฉลี่ยตอนสิ้นสุดโปรแกรมกับคะแนนตอนติดตามผล 3 เดือนผ่านไป ซึ่งเมื่อตรวจสอบเพิ่มเติม พบว่าคะแนนหลัง 3 เดือนผ่านไปนั้น ลดลงมากกว่าตอนสิ้นสุดโปรแกรม ซึ่งเป็นการสนับสนุนมากยิ่งขึ้นว่า โปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพในการช่วยให้หญิงหลังคลอดที่ร่วมโปรแกรมได้เรียนรู้ทักษะที่จะสามารถใช้เวลาที่เกิดความเครียดสูงและลดโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า หากจะหาข้อสรุปให้ได้มากกว่านี้ก็ควรจะต้องทำการตรวจสอบในระยะยาว โดยเฉพาะกับหญิงหลังคลอดที่จะมีลูกคนต่อไป

ตาราง การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective Table)
 เรื่องที่ 1 Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression (Review)
 ผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์ Dennis, CL., Hodnett, E.D., & Lawrence, S. (2009)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / กลุ่มตัวอย่าง / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ / ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
เพื่อทราบประสิทธิภาพของการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม ในการลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด	สถานที่ศึกษา จากการศึกษาจำนวน 9 เรื่อง ในปี ค.ศ.1989 – 2006 มี การศึกษาในสหราชอาณาจักร จำนวน 5 เรื่อง ในประเทศแคนาดา จำนวน 2 เรื่องในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 1 เรื่อง ในประเทศออสเตรเลีย จำนวน 1 เรื่อง และใน ประเทศสวีเดนจำนวน 1 เรื่อง	การวินิจฉัย PND: Postnatal Depression เครื่องมือที่ใช้ 1.แบบประเมิน EPDS 2.แบบประเมิน SCID 3.แบบประเมิน BDI ระยะเวลาติดตามผล ประเมินผลหลังการบำบัดทันทีและหลัง 6	กลุ่มทดลอง การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมที่มีรูปแบบทั้งรายกลุ่ม และรายบุคคล (I-CBT, G-CBT) กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลรูปแบบอื่น	1. ผลการทบทวนการศึกษาจากการประเมินอาการซึมเศร้าของหญิงหลังคลอด ในช่วงปีแรก พบว่าการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดมีผลในการลดอาการซึมเศร้า จาก 5 การทดลอง ($n = 482$; $RR = 0.72, 95\% CI 0.57-0.90$) 2. จาก 1 การทดลองพบว่าจิตบำบัด สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ($n = 120$; $RR = 0.80, 95\% CI 0.66-0.98$) มีประสิทธิภาพในการลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด 3. จาก 1 การทดลองไม่พบประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / กลุ่มตัวอย่าง / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ / ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	งานวิจัยจำนวน 9 เรื่อง เกณฑ์การคัดเลือก 1. หญิงหลังคลอดภายใน 1 ปีแรกหลังคลอด ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลังคลอดตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-IV โดย 4 การศึกษาใช้เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการทดลองจากการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าหลังคลอด 2. อีก 5 การศึกษาใช้เกณฑ์การคัดเลือกหญิงหลังคลอดที่มีอาการซึมเศร้าจากแบบวัดอาการซึมเศร้าที่หญิงหลังคลอดเป็นผู้ตอบแบบวัดด้วย	เดือน		ของจิตบำบัดแบบ Psychodynamic therapy (n = 91; RR = 0.67, 95% CI 0.33-1.37) 4. เมื่อวิเคราะห์ร่วมกันระหว่าง Cognitive Behavior Therapy และ Interpersonal psychotherapy พบว่ามีผลในการลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด (6 การทดลอง n = 602; RR = 0.75, 95% CI 0.63-0.88) 5. ผลการทดลองเพื่อประเมินผลทันทีหลังสิ้นสุดการบำบัดสำหรับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมพบว่ามีประสิทธิภาพในการลดอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด (จาก 4 การทดลอง) (n = 209; RR = 0.79, 95% CI 0.62-1.01) พบประสิทธิภาพของจิตบำบัดสัมพันธ์กับประสิทธิภาพระหว่างบุคคล (จาก 1 การทดลอง) (n =

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / กลุ่มตัวอย่าง / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ / ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
Copyright by Mahidol University	ตนเอง เกณฑ์การคัดออก (1) "ไม่ได้ใช้การศึกษาแบบทดลอง (experimental design)" (2) "ไม่ได้ใช้โปรแกรมทางจิตสังคมหรือทางจิตวิทยา" (3) การทบทวนระเบียบวิธีวิจัยไม่เข้มแข็ง (Methodologically Weak) การศึกษาไม่ได้มุ่งเน้นไปที่การ			120; RR = 0.80, 95% CI 0.66 - 0.98) และพบประสิทธิภาพจิตบำบัดแบบ Psychodynamic therapy (1 การทดลอง) (n = 95; RR = 0.48, 95% CI 0.29-0.80)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / กลุ่มตัวอย่าง / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์ / ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
	(1) รักษาอาการซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด (2) การทดลองไม่ได้ศึกษาในเรื่องอาการซึมเศร้าหลังคลอด ผู้บำบัดไม่ระบุ			

การวินิจฉัย = PND: Postnatal Depression

การบำบัด CBT = Cognitive Behavioral Therapy, I-CBT/G-CBT = Individual-Cognitive Behavioral Therapy / Group- Cognitive Behavioral Therapy
เครื่องมือวัดผล = แบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)(Cox, 1987) / แบบประเมิน Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) (Spitzer, 1992) / และแบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI)(Beck, 1961)

เรื่องที่ 2 Early childhood nurse-delivered cognitive behavioural counselling for post-natal depression.
ผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์ Prendergast, J., & Austin, M.P. (2001)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / กลุ่มตัวอย่าง / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
1. เพื่อประเมินผลว่า พยาบาลที่ดูแลหญิงหลังคลอดและทารกแรกเกิด (Early Childhood Nurses, ECNs) ที่ได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตร การบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Modified Cognitive Behavior Therapy) สามารถลดอาการ	สถานที่ศึกษา ในพื้นที่ชุมชนเขตตะวันออกของเมืองซิดนีย์ (Eastern Sydney Area) กลุ่มตัวอย่าง - กลุ่มตัวอย่าง คือหญิงหลังคลอด จำนวน 37 คน โดยอยู่ในกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน - กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 32.3 ปี	การวินิจฉัย PND: Postnatal Depression เครื่องมือที่ใช้ 1.แบบประเมิน EPDS 2.แบบประเมิน MADRS 3. แบบประเมิน DASS ระยะเวลาการติดตามผล หลังการบำบัดอีก 10 – 12 สัปดาห์	กลุ่มทดลอง คือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ Cognitive Behavior Therapy (CBT) คือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธี CBT ที่บ้าน เป็นเวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง ทุกสัปดาห์ ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (six weekly one-hour home-based CBT sessions) โดยใช้หลักการจาก CBT-Based Work-Book เป็นหนังสือคู่มือปฏิบัติงาน โดยเน้นด้าน CBT ซึ่งได้รับการจัดเตรียมมาสำหรับงานศึกษานี้ work-book ประกอบด้วย	ผลการศึกษาพบว่า 1. จากการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ independent t-test พบว่า ระดับคะแนน EPDS ในตอนก่อนเริ่มบำบัดของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยที่ คะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม CBT อยู่ที่ 15.9 (SD 2.8) และ กลุ่มควบคุม อยู่ที่ 13.7 (SD 2.3) ค่า p-value ของความแตกต่างนี้มีค่าเท่ากับ 0.03 2. จากผลการศึกษาพบว่าพบว่ามีผลลดลงของคะแนน EPDS โดยที่ คะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม CBT อยู่ที่ 8.1 (SD 2.9) และ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / กลุ่มตัวอย่าง / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
ของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดได้หรือไม่ 2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของหญิงหลังคลอดที่ได้รับ การบำบัดการรู้คิด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) โดยเปรียบเทียบกับวิธีการดูแลแบบมาตรฐาน (Ideal Standard Care) ซึ่งใช้การให้คำปรึกษาโดยไม่ได้	- กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 32.1 ปี เกณฑ์การคัดเข้า 1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV ว่าเป็น major or minor depression 2. ได้คะแนนจากแบบประเมิน EPDE ≥ 12 เกณฑ์การคัดออก หญิงหลังคลอดที่มีคะแนนน้อยกว่า 12 ไม่อยู่ในเกณฑ์ DSM-IV โดยใช้ DSM-IV ผู้บำบัด		1. การสอนด้านสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) 2. สมุดบันทึกติดตามด้านการเรียนรู้ (Cognitive monitoring diary) 3. สมุดบันทึกเกี่ยวกับการท้าทายเชิงความคิด (Thought challenging diary) 4. โมดูลต่างๆ เกี่ยวกับการจัดการความวิตกกังวล (Modules on anxiety management) 5. การฝึกอบรมเกี่ยวกับการอ้างสิทธิ (Assertiveness training) 6. การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) 7. การจัดตารางเวลาเพื่อกิจกรรมบันเทิงใจ (Pleasant-event	และ กลุ่มควบคุม อยู่ที่ 6.5 (SD 6.2) จากระดับคะแนนพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทั้งสองกลุ่ม 3. จากการติดตามผลเมื่อทำการบำบัดไปแล้ว 6 สัปดาห์ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีอัตราการฟื้นตัวอย่างชัดเจนอยู่ในระดับสูง จากการ ใช้ระดับคะแนน EPDS ต่ำกว่า 10 เป็นเกณฑ์ พบว่า มี 82% ในกลุ่ม CBT และ 77% ในกลุ่มควบคุม ที่มีอาการดีขึ้น อย่างไรก็ตาม จากระดับคะแนน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในเชิงสถิติระหว่างทั้งสองกลุ่ม และเมื่อทำการติดตามผลหลัง 6 เดือน พบว่าหญิงหลังคลอดที่มีคะแนน EPDS ต่ำกว่า 10 ในกลุ่ม CBT มีอยู่ 93%

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / กลุ่มตัวอย่าง / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
มีการเน้นเฉพาะเจาะจงที่เรื่องหนึ่งเรื่องใด (Nonspecific Counseling) โดยเป็นการบำบัดโดยพยาบาล ECNs ซึ่งไม่ได้มีการฝึกอบรมเพิ่มเติม	1. พยาบาลดูแลหญิงหลังคลอดและเด็กแรกเกิด (Early Childhood Nurses, ECNs) ในชุมชน 2. พยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตร Modified Cognitive Behavior Therapy (CBT)	ผล	scheduling) กลุ่มควบคุม คือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย วิธีการดูแลแบบมาตรฐาน ที่เห็นว่าจะได้ผลและเป็นที่จริงกันอยู่ (realistic ideal standard care) ในการรักษาอาการของโรคซึมเศร้า ในหญิงหลังคลอด โดยมีการบำบัดที่คลินิก ครั้งละ 20-60 นาที ทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ (Six weekly clinic visits for ideal standard care) สำหรับหญิงหลังคลอดที่ได้รับการนัดให้มาทำการบำบัดที่คลินิก เพื่อ - ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับทักษะในการเป็นแม่ (Mothercraft advice) - การให้การสนับสนุนทางอารมณ์	และในกลุ่มควบคุมมีอยู่ 82% แสดงให้เห็นว่า แนวโน้ม CBT จะมีประสิทธิภาพมากกว่าในระยะยาว จากการศึกษาที่มีระดับการลดลงของคะแนน EPDS มากกว่า และผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมากกว่า ถึงแม้จะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม CBT กับกลุ่มควบคุมในการประเมินทันทีหลังเสร็จสิ้นการบำบัด และเมื่อติดตามที่ 6 เดือน 4. ในระหว่างการทำกลุ่มบำบัด พบว่าพยาบาล ECNs ที่ให้การบำบัดแบบ ideal standard care เกือบ 70% ที่ได้ใช้ยุทธศาสตร์การแก้ปัญหา และการจัดตารางให้มีกิจกรรมให้ความบันเทิงใจ ส่วนพยาบาลในกลุ่มที่ให้การบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้ใช้ยุทธศาสตร์

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / กลุ่มตัวอย่าง / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
			ความรู้สึกละเลยแบบไม่เฉพาะเจาะจง (non-specific emotional support) ระยะเวลาบำบัด 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที	ด้านความรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

หมายเหตุ

การวินิจฉัย = PND: Postnatal Depression

การบำบัด = I-CBT (Individual-Cognitive Behavioral Therapy)

เครื่องมือวัดผล Edinburgh PND Scale (EPDS) / Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS)/ Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS)

เรื่องที่ 3 Prevention and Treatment of Postpartum depression: A controlled randomized study on woman at risk.

ผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์ Chabroi, H., Teissedre, F., Saint-Jean, M., Teisseyre, N., Roge, B., & Mullet, E. (2002)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้ที่ได้รับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและการบำบัดรักษาเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด	สถานที่ศึกษา คณินิสิตุกรมและหลังคลอด 3 แห่ง ในเมืองตูลุส และนาบอนเน่ ประเทศ ฝรั่งเศส ผู้ได้รับการบำบัด โดยหญิงหลังคลอดที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มประชากรจำนวน 859 ราย ประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ครั้งที่ 1 หลังคลอด 2-5 วัน มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน ได้หญิงหลัง	การวินิจฉัย PND: Postnatal Depression เครื่องมือที่ใช้ 1.แบบประเมิน EPDS 2. แบบประเมิน BDI 3.แบบประเมิน MINI 4.แบบประเมิน SIGH-D ระยะเวลาการติดตามผล หลังการบำบัด และมี การติดตามเยี่ยมชมจนถึง 10-12 สัปดาห์	กลุ่มทดลอง คือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ Cognitive Behavior Therapy (CBT) (Prevention group) แบ่งเป็น 2 ช่วง สำหรับหญิงหลังคลอดที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน จะได้รับโปรแกรม CBT เพื่อการป้องกันในระยะหว่างวันที่ 2-5 ของการนอนอยู่โรงพยาบาล 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ก่อนออกจากโรงพยาบาล ลักษณะโปรแกรมที่ใช้มีองค์ประกอบ 3 ข้อ ได้แก่ 1.องค์ประกอบด้านการให้ความรู้ (Educational component) เป็นการสอนเกี่ยวกับเรื่องธรรมชาติและพัฒนาการ	ผลการศึกษาพบว่า 1.พบว่าใน 4 ถึง 6 สัปดาห์หลังคลอดพบว่าหญิงหลังคลอดในกลุ่มทดลองมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ตามคะแนน EPDS ≥ 11 โดยคะแนน EPDS พบหญิงหลังคลอดจำนวน 29 คน (30.2%) ในกลุ่มทดลองนั้นมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้า ขณะที่ในกลุ่มควบคุมนั้นมี 55 คน (48.2%) ($\chi^2 = 7.36$, $df = 1$, $P = 0.0067$) การวิเคราะห์ ANOVA ที่ทำซ้ำๆ เผยให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มกับการประเมิน ($F = 30.9$, $P < 0.00000001$)

วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้รับการบำบัด / ผู้ บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
	ทดลอง จำนวน 258 ราย สุ่ม เข้ากลุ่มทดลอง (Prevention Group) จำนวน 130 คน ปฏิเสธเข้า ร่วมการวิจัย จำนวน 17 คน และไม่ส่งคืนแบบประเมิน EPDS จำนวน 16 คน ดังนั้นเหลือกลุ่มตัวอย่างใน กลุ่มทดลองจำนวน 97 คน และกลุ่มควบคุม (Control group) จำนวน 128 คน ไม่ คืนแบบประเมิน EPDS จำนวน 14 คน ดังนั้นเหลือ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่ม ควบคุม จำนวน 114 คน		ปกติของเด็ก และปัญหาของทารกแรกเกิด 2.องค์ประกอบด้านการให้การสนับสนุนช่วยเหลือ (Supportive component) โดยการรับฟังปัญหาและความรู้สึกทางลบที่มารดาให้ การยอมรับความรู้สึกกลับสน ไม่แน่ใจ และช่วยลดความรู้สึกผิดของมารดา ด้วยการทำให้ประสบการณ์ที่มารดาไม่นั้นเป็นเรื่องปกติธรรมดา 3.องค์ประกอบด้านความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioural Component) โดยการปรับความคิดของมารดา และสอนทักษะการแก้ปัญหา	จากค่าเฉลี่ยของคะแนน EPDS ค่าคะแนนของการซึมเศร้าในกลุ่มป้องกันลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (8.5, s.d. = 4 เมื่อเทียบกับ 10.3, s.d. = 4.4, t = 3.06, df = 209, P = 0.0024) 2.ผลการวิเคราะห์ Intention to treat analysis โดยเป็นการวิเคราะห์กับผู้ร่วมศึกษาทุกคนที่มีคะแนน EPDS $\geq$ 11 ในช่วง 4 ถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด การวิเคราะห์นี้รวมถึงคนที่ปฏิเสธการสัมภาษณ์และคนที่ไม่มีอาการซึมเศร้าตามแบบสำรวจ MINI ด้วย สำหรับหญิงหลังคลอดได้ทำการวิเคราะห์โดยใช้คะแนน EPDS ครั้งที่สอง แม้จะด้วยการวิเคราะห์แบบนี้ก็พบว่า

วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้เข้ารับการบำบัด / ผู้ บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
	เกณฑ์การคัดเลือก: สำหรับกลุ่มที่มีคะแนน EPDS มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน และมีทักษะการใช้ภาษาฝรั่งเศส เกณฑ์การคัดออก: มีทักษะการใช้ภาษาฝรั่งเศสต่ำ และอยู่ระหว่างได้รับการรักษาจากจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา ผู้บำบัด นักศึกษาระดับปริญญาเอก ที่เป็นผู้หญิงจำนวน 5 คน		2. Treatment of Postpartum depression โดยโปรแกรม Cognitive Behavior Therapy ระยะนี้ให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัย มีการวัดด้วย EPDS ครั้งที่ 2 ที่ 4-6 สัปดาห์ (มีคะแนนที่มากกว่า 11 คะแนน และมีการประเมินด้วย Mini-Neuropsychiatric Interview) (MINI), Structured Interview Guide for Hamilton Depression Rating Scale (SIGH -D), Beck Depression Inventory (BDI) และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Major Depressive Episode จะให้เข้าร่วมโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยได้รับการเห็นชอบให้ทำในช่วงหลังคลอด 5-8 สัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง โดยโปรแกรมเป็นการบูรณาการใน 4	มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับการประเมินอย่างมีนัยสำคัญ โดยที่กลุ่มทดลองจะได้ผลที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ($F = 32.1, P < 0.00000001$)

วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้รับการบำบัด / ผู้ บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
Copyright by Mahidol University			องค์ประกอบได้แก่ 1) การช่วยเหลือสนับสนุนมารดา 2) การให้ความรู้ 3) การปรับความคิดและพฤติกรรม 4) กลไกทางจิต (psychodynamic) กลุ่มควบคุม คือกลุ่มที่ได้รับการบำบัด เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ได้แก่วิจัยหลังคลอด มีคะแนน ≥ 9 ตามแบบ EPDS ในกรณีที่กำลังตั้งครรภ์ แบบสอบถามเป็นเลขคู่ให้อยู่กลุ่มทดลอง และถ้าลำดับที่เป็นเลขคี่ให้อยู่ในกลุ่มควบคุม	

วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้รับการบำบัด / ผู้ บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
			ระยะเวลาบำบัด 5-8 สัปดาห์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที	

หมายเหตุ

การวินิจฉัย = PND: Postnatal Depression

การบำบัด = I-CBT (Individual-Cognitive Behavioral Therapy)

เครื่องมือวัดผล = the Edinburgh Post-natal Scale (EPDS) (Cox et al., 1987) / Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1988) / Structured Interview Guide ของ Hamilton Depression Rating Scale (SIGH-D, Williams, 1988; HDRS, Hamilton, 1967)

เรื่องที่ 4 The Use of Paroxetine and Cognitive-Behavioral Therapy in Postpartum Depression and Anxiety: A Randomized
ผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์ Misri, S., Reebye, P., Corral, M., & Milis, L. (2004).

วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้รับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
เพื่อประเมินผล การใช้การบำบัด การรู้คิดและปรับ พฤติกรรม ร่วมกับการใช้ยา Paroxetine ใน การรักษาเพื่อลด อาการของโรค ซึมเศร้าและ ความวิตกกังวล ในหญิงหลัง คลอด	สถานที่ศึกษา มดรีฐแวนคูเวอร์ บริติช โคลัมเบีย ประเทศแคนาดา ผู้เข้ารับการบำบัด หญิงหลังคลอดที่มีภาวะ ซึมเศร้าและมีความวิตก กังวล จำนวน 35 ราย จาก ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล เซนต์ปอล และโรงพยาบาล หญิงบริติชโคลัมเบีย ในมด รีฐแวนคูเวอร์ บริติช โคลัมเบีย ประเทศแคนาดา และมีการส่งต่อการดูแล โปรแกรมสุขภาพจิตจาก มหาวิทยาลัย บริติช	การวินิจฉัย PND: Postnatal Depression /Anxiety เครื่องมือที่ใช้ 1.แบบประเมิน HRDS 2.แบบประเมิน HAM - D 3.แบบประเมิน HAM - A ระยะเวลาการติดตามผล หลังการบำบัด 6 เดือน	1.กลุ่มที่ได้รับ Combination ของยา Paroxetine ร่วมกับ การใช้ CBT (1) Paroxetine เริ่มให้ที่ 10 mg โดยจิตแพทย์ และปรับเพิ่ม ขนาดยาได้จนถึง 50 mg (2) Cognitive Behavior Therapy 1) โปรแกรมเน้นเรื่อง การให้ ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ปฏิกริยา ตอบสนองของร่างกายและ สิ่งแวดล้อม ว่ามีผลต่อกัน 2) การสอนกลยุทธ์ที่เน้นการ เปลี่ยนแปลงในทางบวก	ผลการศึกษาพบว่า 1.จากผลการศึกษาพบว่า ทั้งสอง กลุ่มได้มีการพัฒนาตัวชี้ของตนเอง ระดับอารมณ์และอาการวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) แต่ทั้งสอง กลุ่มนี้ไม่ได้มีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญ ในเรื่องของ จำนวน สัปดาห์ในการฟื้นตัว การลดขนาด การรับประทานของยา paroxetine ค่าต่างๆ ที่ใช้วัดระดับอาการซึมเศร้า และวิตกกังวล และผลลัพธ์ของการ รักษา 2.ผลคะแนนต่างๆ ได้ถูกวิเคราะห์ เพื่อหาความเปลี่ยนแปลงของคะแนน HAM-D, HAM-A, EPDS, YBOCS,

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้เข้ารับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	โคลัมเบีย ประเทศแคนาดา 1. ใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV โดยการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยมหาวิทยาลัยบริติส โคลัมเบีย และ คณะวิชา จริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลเซนต์ปอล โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยนอก		3) ในแต่ละขั้นตอนของการบำบัดด้วย individual CBT โดยให้ทุกสัปดาห์แต่ละ 1 ชั่วโมง เป็นจำนวน 8 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1-6 และ สัปดาห์ที่ 8 กับ 12 4) มีการลงบันทึกและปฏิบัติ ตามคู่มือ และติดตามผลการรักษาสำหรับหญิง หลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า และมีความวิตกกังวล	และ CGI ระหว่างการพบแพทย์ครั้งแรกและครั้งสุดท้าย พบว่าอาการของผู้ป่วยในทั้งสองกลุ่มมีการปรับปรุงดีขึ้นอย่างชัดเจนและมีนัยสำคัญ ($p < .01$) ความสัมพันธ์สอดคล้องกันระหว่างคะแนน HAM-D, HAM-A, EPDS, และ CGI ในตอนพบแพทย์ครั้งสุดท้ายมีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < .01$ (ค่าปรับปรอยในช่วงจาก $r = 0.48$ ถึง $r = 0.87$) แต่คะแนน YBOCS เมื่อตอนพบแพทย์ครั้งสุดท้ายไม่มีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญกับคะแนนของคำวัดตัวอื่นๆ
	2. โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มการใช้ยา Paroxetine และกลุ่มที่ใช้ยา Paroxetine ร่วมกับการใช้ Cognitive Behavior Therapy		2.กลุ่มที่ได้รับยา Paroxetine เพียงอย่างเดียว 1.3 Paroxetine เริ่มให้ที่ 10 mg โดยจิตแพทย์ และปรับเปลี่ยนขนาดยาได้จนถึง 50 mg	3.เมื่อวิเคราะห์ด้วย independent t test ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้เข้ารับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
วินิจฉัยว่าเป็น Depressive and/or Anxiety Disorders ตามเกณฑ์ DSM-IV 2.อาการเหล่านี้เกิดขึ้นภายใน 6 เดือนหลังคลอด 3.คะแนนในแบบประเมิน HAM – D $\geq$ 18 คะแนนในแบบประเมิน HAM – A $\geq$ 20 และคะแนนในแบบประเมิน EPDS $\geq$ 12 4.มารดาหลังคลอดที่อายุระหว่าง 18 และ 40 ปี บริบูรณ์ 5.มีความเข้าใจในภาษาอังกฤษและเขียนให้ ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร			ระยะเวลาบำบัด 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ทั้งหมด 12 ครั้ง	ใดๆ ของคะแนนค่าวัด HAM-D, HAM-A, EPDS, YBOCS, และ CGI ระหว่างทั้งสองกลุ่ม เมื่อวัด ตอนพบแพทย์ครั้งสุดท้าย

วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้เข้ารับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
Copyright by Mahidol University	6.มารดาที่คลอดทารก สุขภาพดี ช่วงอายุครรภ์ 37- 42 สัปดาห์ 7.ทารกมีน้ำหนักแรกเกิด ต่ำสุด 2.5 กิโลกรัม 8.ไม่สูบบุหรี่ 9.มีการคุมกำเนิดเพื่อ ป้องกันการตั้งครรภ์ใน ขณะที่เข้าร่วมในการศึกษา เกณฑ์การคัดออก : 1.มีอาการแสดงของโรคจิต ภาวะฆ่าตัวตาย 2. มีการใช้สารเสพติด 3. ได้รับจิตบำบัดหรือยาโรค จิตอื่นๆ 4. ไม่ได้ใช้ยา Paroxetine ด้วยเหตุผลทางการแพทย์			

วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้เข้ารับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
	ผู้บำบัด พยาบาลวิชาชีพที่ให้การ ดูแลมารดาหลังคลอดแผนก ผู้ป่วยนอกระดับ 3 ของ โรงพยาบาลเซนต์ปอล และ โรงพยาบาลหญิง BC			

หมายเหตุ

การวินิจฉัย = PND: Postnatal Depression and Anxiety Disorder

การบำบัด = I-CBT (Individual-Cognitive Behavioral Therapy)

เครื่องมือวัดผล = Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) / Clinical Global Impressions scale (CGI) / HAM - D / HAM - A / Yale-Brown Obsessive

เรื่องที่ 5 A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression

ผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์ Milgrom, J., Negri, L.M., Gemmill, A.W., McNeil, M., & Martin, P. R. (2005)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้เข้ารับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
1. เพื่อหาประสิทธิภาพของโปรแกรมการรักษาทารก จิตวิทยา เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลรักษาเบื้องต้นทั่วไป	สถานที่ เขตตอนเหนือของตัวเมือง ของรัฐเมลเบิร์นและแถบ ชนบททางตะวันออกเฉียง เมืองในรัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย	การวินิจฉัย PND: Postnatal Depression เครื่องมือที่ใช้ 1.แบบประเมิน EPDS 2.แบบประเมิน BDI 3.แบบประเมิน SPS 4.แบบประเมิน BAI	หญิงหลังคลอดจำนวน 192 คน เข้าเกณฑ์ที่จะถูกคัดรวมเข้าใน การศึกษา ซึ่งจะมีการแบ่งกลุ่มแบบสุ่ม ให้อยู่ใน 1 ใน 4 กลุ่ม ดังนี้ 1.กลุ่ม การบำบัดการรู้คิดและปรับ พฤติกรรม แบบรายกลุ่ม (Group-Based Cognitive Behavior Therapy) มี 46 คน โดยที่โปรแกรมนี้ได้รับการพัฒนาโดย การดัดแปลง แนวทางการรักษาโรค ซึมเศร้า ของ Lewinsohn, Antonuccio, Steinmetz, & Teri, 1984; Lewinsohn, Munoz, Youngren, & Zeiss, 1992) ผลจากการศึกษานำร่อง (Negri, 1999) "ได้มีการปรับแก้เปลี่ยนแปลงแนวทาง เพื่อ จะตอบสนองความจำเป็นเฉพาะของ	การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ การบำบัดรูปแบบต่างๆใน 4 รูปแบบ ได้แก่กลุ่ม Group-Based Cognitive Behavior Therapy (CBT แบบราย กลุ่ม) กลุ่ม Group-Based Counseling (ให้คำปรึกษาแบบราย กลุ่ม) กลุ่ม Individual Counseling (ให้คำปรึกษาแบบเป็นรายบุคคล) และ กลุ่ม routine primary care (การ ดูแลเบื้องต้นทั่วไป) พบว่า ผลของสมมุติฐานข้อที่ 1 พบว่า โปรแกรมเชิงจิตวิทยามี ประสิทธิภาพมากกว่าการดูแล ตามปกติ (Routine Primary Care) โดยมี

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้เข้ารับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
2. เพื่อเป็นทางเลือกเปรียบเทียบระหว่าง บำบัดการรู้คิดและการปรับพฤติกรรม (Cognitive-behavioral therapy: CBT) กับ การให้คำปรึกษาทั่วไป	2. อายุครุภักอยู่ระหว่าง 37-42 ปี 3. นำหนักการกตอนแรกเกิดตั้งแต่ 2.5 กก. ขึ้นไป 4. ไม่มีความผิดปกติแต่กำเนิด ไม่มีปัญหาสุขภาพร้ายแรงและไม่มีความผิดปกติทางจิตอื่นๆ เกิดขึ้นร่วมกัน		หญิงหลังคลอดใหม่ ด้วยการเพิ่มเซสชันที่ให้ผู้สมรสด้วย และมีชุดการสอนในประเด็นของครอบครัวและแหล่งกำเนิด นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการจัดลำดับของเซสชัน เช่น เรื่องการผ่อนคลายได้ถูกย้ายมาเพื่อให้เสริมในเรื่องของการแนะนำกิจกรรมที่สร้างความสุขและการจัดการเวลา เนื่องจากว่าหญิงหลังคลอดส่วนใหญ่กำลังประสบความยุ่งยากในการบริหารจัดการตนเองและลูก การเข้าร่วมกับเซสชันต่าง ๆ นั้นเป็นเรื่องที่ลำบากพอสมควร ในส่วนของเนื้อหาได้ปรับให้เหมาะสม และไม่ต้องการประมาทผลมาก เช่น โดยการใช้เทคนิค “relaxation-on-the-run” (ผ่อนคลายในขณะที่ใช้ชีวิตเร่ง) เป็นต้น	(1) นัยสำคัญทั้งเชิงการแพทย์และเชิงสถิติ (คะแนน Beck Depression Inventory 7 คะแนน และคะแนน Beck Anxiety Inventory 8 คะแนน) สมมติฐานที่ 2 การบำบัดด้วย Group Cognitive Behavior Therapy กับ Group Counseling ซึ่งให้ผลคะแนนก่อนการบำบัด Group CBT = 70.88(3.00)/ Group Counseling = 68.96(2.21) และหลังการบำบัด Group CBT = 77.44(2.87)/ Group Counseling = 71.50(2.26)
3. เพื่อเปรียบเทียบประโยชน์ของการรักษา ระหว่างรูปแบบการรักษารูปแบบการรักษารูปแบบ	1. โรคซึมเศร้าประเภทที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการพูดคุยหรือรับคำบอกกล่าว (เช่น psychotic depression) 2. มีความเสี่ยงในภาวะวิกฤติ 3. เข้าร่วมในโปรแกรมทางจิตวิทยาอื่นๆ 4. มีปัญหาในการสื่อสารด้วย			

วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้เข้ารับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
กลุ่มกับรูปแบบ การรักษาแบบ รายบุคคล	ภาษาอังกฤษ ผู้บำบัด พยาบาลที่จบการศึกษาระดับ ปริญญาโทด้านการให้การบำบัด หรือจิตวิทยา		2.กลุ่มการให้การบำบัดแบบรายกลุ่ม (Group-Based Counseling) มีจำนวน 47 คนแต่ละกลุ่มประกอบด้วยหญิงหลัง คลอด 5-10 คน ได้รับการดูแลและ แนะนำโดยนักบำบัดอาวุโส เพื่อให้ ความมั่นใจในการบำบัด โดยที่ผู้รับ การออกแบบมาสำหรับโรคซึมเศร้า หลังคลอด และเป็นการให้การบำบัด โดยใช้ (1) การรับฟังอย่างเข้าใจ (2) การชักจูงประวัติ (3) การเข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน (4) การตั้งเป้าหมาย (5) การแก้ไขปัญหา (ในนี้เชลล์มี คู่สมรสร่วมด้วย) (6) กระบวนการกลุ่ม 3.กลุ่มการให้การบำบัดแบบรายบุคคล	(1) ไม่มีแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญ ในเรื่องของ อาการซึมเศร้า และอาการ วิตกกังวล (การศึกษาทดลอง ที่ตั้งสมมติฐานว่าโปรแกรม ทั้งสองมีความแตกต่างกัน) (2) ในเรื่องของอาการซึมเศร้า นั้น พบว่าการรักษาแบบ เดี่ยวให้ผลดีกว่าแบบกลุ่ม ในกรณีของการซึมเศร้า (คะแนน BDI ดีกว่า 3-5 คะแนน) ในงานศึกษานี้พบว่า ผลคะแนน BDI หลังการบำบัดลดลงต่ำกว่าค่าเกณฑ์ ของโรคซึมเศร้า (17 คะแนน) ได้แก่ Cognitive Behavior

วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้เข้ารับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
Copyright by Mahidol University			(Individual Counseling) มี 66 คน โดยการทำบำบัดแบบรายบุคคลนี้มีเนื้อหาเช่นเดียวกับการให้คำปรึกษาแบบรายกลุ่ม ซึ่งรวมถึงการทำกลุ่มบำบัดโดยใช้ผู้สมรสร่วมด้วย เพียงแต่แตกต่างกันในลักษณะการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล 4.กลุ่มการดูแลเบื้องต้นทั่วไป (Routine Primary Care) มี 33 คน หญิงหลังคลอดในกลุ่มนี้จะได้รับการดูแลเป็นรายๆไป โดยศูนย์สุขภาพแม่และเด็กและได้รับการส่งต่อไปให้กับสถานพยาบาลอื่นตามความจำเป็น ถือเป็นรูปแบบปกติเนื่องจากหญิงหลังคลอดจะไม่ได้รับโปรแกรมรักษาอาการซึมเศร้าโดยเฉพาะ 6.ในแต่ละรอบของการคัดเลือกรุ่น	(1) Therapy (55%), Group Counseling (64%), Individual Counseling (59%), และ Routine Primary Care (29%) โดยที่ค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่ 5.5 คะแนน การประเมินติดตามผลการศึกษาที่ระยะเวลา 12 เดือนพบว่ามีเพียง 57 รายที่เก็บข้อมูลได้ การวิเคราะห์ผลโดยแบบประเมิน BDI พบว่าโปรแกรม Cognitive Behavior Therapy = 12.17 (ความแปรปรวน 9.1) จำนวนตัวอย่าง N = 12/

วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้รับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
Copyright by Mahidol University			การแบ่งกลุ่มให้ผู้เข้ากลุ่มคนต่อไปจะใช้วิธีจับสลาก (โดยมีกระดามที่บอกว่าอยู่กลุ่มหนึ่งกลุ่มใดในสี่กลุ่ม โดยกระดามที่ติดช้อกลุ่มทั้งสี่นั้นมีจำนวนเท่ากัน) ซึ่งทำให้มีจำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน และทำการคัดคนไปเรื่อยๆ จนกว่าจะได้จำนวนขั้นต่ำของทุกกลุ่ม เพื่อที่จะไม่ให้เกิดความลำเอียง (ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ) ในการคัดแยกคนเข้ากลุ่ม ผู้เข้าร่วมทุกคนจะไม่ได้ล่วงรู้ถึงการรักษา จนกว่าจะถึงขั้นตอนการแบ่งกลุ่ม 9. การประเมินเชิงจิตวิทยาทำขึ้นในคลินิกของโรงพยาบาล ซึ่งต่างไปจากสถานที่ที่ทำการคัดกรองคือที่ศูนย์สุขภาพแม่และเด็ก ทำให้แพทย์ที่ประเมินทางจิตวิทยาไม่ทราบถึงการ	(1) group counseling = 13.77 (10.1) N = 13/ Individual counseling = 9.79 (5.9) N = 24/ routine primary care = 21.13 (9.5) N = 8

วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้เข้ารับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
			แบ่งกลุ่ม และได้นัดนัดถึงตามจำเป็น ที่ต้องเปิดเรื่องการแบ่งกลุ่มนี้แก่ผู้ ร่วมทำการศึกษาทุกคน ระยะเวลาบำบัด 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ทั้งหมด 12 ครั้ง (บำบัดร่วมกับสามี 3 ครั้ง และ 90 นาทีเช่นเดียวกัน)	

หมายเหตุ

การวินิจฉัย PND: Postnatal Depression

การบำบัด = G-CBT (Group Cognitive Behavioral Therapy)/ group-based counseling/ individual counseling/ group routine primary care

เครื่องมือวัดผล = Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS: Cox, Holden, & Sagovsky, 1987)/ Beck Depression Inventory (BDI)/ Social Provisions Scale (SPS) (Cutrona, 1984)

เรื่องที่ 6 Therapeutic group programme for women with postnatal depression in rural Victoria : a pilot study
 ผู้วิจัย / ปิตีพิมพ์ Craig, E., Judd, F., & Hodgins, G. (2005)

วัตถุประสงค์ของ การศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้เข้ารับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมบำบัดแบบกลุ่ม (ซึ่งให้บริการโดยคนทำงานดูแลสุขภาพในชุมชน) ในการลดอาการโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดและ ความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้อง ในกลุ่มหญิงหลังคลอดที่อยู่ในชนบทรัฐ	สถานศึกษา / ศูนย์ดูแลสุขภาพชุมชน จำนวน 3 แห่งในเขต Loddon Campaspe Southern Mallee Region ของรัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย ผู้เข้ารับการบำบัด ผู้ที่เข้าร่วมในโปรแกรมบำบัดแบบกลุ่มได้รับการคัดเลือกมาจากศูนย์ดูแลสุขภาพในชุมชน โดยการส่งต่อมาจากเจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพในท้องถิ่นหรือมาด้วยตนเอง โดยได้คัดเลือก	การวินิจฉัย: Postnatal Depression เครื่องมือที่ใช้ 1.แบบประเมิน EPDS 2. แบบประเมิน HADS 3.แบบประเมิน HADS - A 4.แบบประเมิน HADS - D ระยะเวลาการติดตามผล ติดตามหลังการบำบัด 2 ครั้งใน 6 สัปดาห์ และ 3 เดือน	กลุ่มทดลอง ใช้การบำบัดแบบการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยโปรแกรมที่ใช้เป็นแนวทางการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้ระยะเวลาบำบัดรวม 9 สัปดาห์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที รวมทั้งหมด 9 ครั้ง (ประเมิน 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังโปรแกรม) ซึ่งมีเจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพในชุมชนที่มีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษา และการบำบัดแบบรายกลุ่ม ทำการดูแลหญิงหลังคลอดในแต่ละกลุ่ม โปรแกรมการบำบัดดังกล่าวใช้หลักการตามที่ได้ไว้โดย Milgrom และคณะ จากกรอบแนวคิดนี้	1หญิงหลังคลอด 14 คนที่ให้ข้อมูลในช่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม อย่างเสร็จสมบูรณ์ทุกกระบวนการ ในจำนวนนี้มี 7 คนที่ได้ให้ข้อมูลอย่างสมบูรณ์ในช่วงติดตามผล เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมผ่านไป 6 สัปดาห์ และมี 6 คนที่ได้ให้ข้อมูลสมบูรณ์ในตอนติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน อายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมอยู่ที่ 28.4 ปี (อยู่ในช่วงระหว่าง 20 – 34 ปี) 2.ผลการศึกษาพบการเปลี่ยนแปลงของคะแนน EPDS จากก่อนเริ่มโปรแกรมจนถึงสิ้นสุดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($t(13) = 6.34, p < 0.001$) การเปลี่ยนแปลงของคะแนน HADS-A

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้เข้ารับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
วิเทศวิธี ประเทศ ออสเตรเลีย	หญิงหลังคลอด ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้า หลังคลอดตามแบบ DSM-IV คือมีคะแนน EPDS มากกว่า 12 จำนวน 16 คน ให้เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ หรือว่าถ้าหากว่าหญิงหลังคลอดเลือกไม่เข้าร่วมโปรแกรม จะถูกส่งไปรับการรักษา ซึ่งดำเนินการโดยศูนย์ดูแลสุขภาพชุมชนแห่งนั้น เกณฑ์การคัดเลือก : 1. ได้รับการประเมินในรายงานว่ามีอาการซึมเศร้า และ/หรือ อาการวิตกกังวล นับตั้งแต่คลอดบุตร		ได้จัดทำคู่มือโปรแกรมการบำบัด สำหรับท้องถิ่นขึ้นมา ในเรื่อง (1) การทำความเข้าใจอาการของโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด (2) การเพิ่มกิจกรรมที่สร้างความรื่นรมย์ (3) ความภาคภูมิใจในตนเอง (4) ความไม่สมหวังของแม่ต่อการเลี้ยงดูทารก (5) การพูดคุยเข้าใจในตัวเอง (6) การพัฒนาความคิดในทางบวก (7) การทำท่าย่อค่า วิพากษ์วิจารณ์ภายในจิตใจ (internal critic) (8) ความก้าวหน้า สำหรับการโปรแกรมการบำบัดนั้นมีการบ้านให้ไปทำระหว่างสัปดาห์ ซึ่ง	และ HADS-D เหลือจากช่วงก่อนเริ่มโปรแกรมจนถึงหลังสิ้นสุดโปรแกรมมีนัยสำคัญเช่นกัน (โดยที่ $t(13) = 5.81, p < 0.001$; $t(13) = 7.44, p < 0.001$) 3. การวิเคราะห์แบบ paired samples t-tests สำหรับหญิงหลังคลอดที่ทำแบบวัดเพื่อติดตามผลเมื่อผ่านไป 6 สัปดาห์ และ 3 เดือน อย่างเสร็จสมบูรณ์ ด้วยระดับความเชื่อมั่น α ที่ 0.05 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างคะแนนตอนสิ้นสุดโปรแกรมกับคะแนนที่วัดเมื่อผ่านไป 6 สัปดาห์ ไม่จำเป็นสำหรับการวัดด้วย EPDS, HADS-A, หรือ HADS-D ความแตกต่างเพียงอย่างเดียวที่พบว่ามีนัยสำคัญก็คือความแตกต่างระหว่างคะแนน HADS-D ตอนสิ้นสุดโปรแกรมกับคะแนน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้เข้ารับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลสัมฤทธิ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	2. บุตรของหญิงหลังคลอดมีอายุน้อยกว่า 12 เดือน เกณฑ์การคัดออก : 1. มีอาการทางจิต (Psychosis) 2. โรคจิตแบบอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) 3. มีความผิดปกติในด้านบุคลิกภาพ (Personality disorder) 4. การใช้สารที่อาจส่งผลต่อการเข้าร่วมของโปรแกรม ผู้บำบัด เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน แห่ง จำนวน 16 คน ที่ร่วม	เครื่องมือวัดผลสัมฤทธิ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	ทำให้ผู้เข้าร่วมได้ฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ ในระหว่างแต่ละครั้ง โดยที่องค์ประกอบของโปรแกรมนั้นได้แก่ ยุทธศาสตร์หลักต่างๆ ในเชิงการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การกำหนดตารางกิจกรรม การผ่อนคลาย การเข้าใจถึงความคิดด้านลบ การแก้ปัญหาด้วยตนเอง การดูแลตัวเอง การเข้าใจถึงความคิดและพฤติกรรมที่ป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดอาการซึมเศร้า กลุ่มควบคุม ในงานการศึกษานี้ไม่ได้ระบุกลุ่มควบคุม การใช้ระยะเวลาบำบัด จำนวน 9 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที ทั้งหมด 9 ครั้ง	HADS-D ตอนติดตามผล 3 เดือน (โดยที่ $t(13) = 5.81, p < 0.001$; $t(13) = 7.44, p < 0.001$) 4. มีหญิงหลังคลอด 2 คน ที่เข้าร่วมโปรแกรมแต่ไม่ได้รับในครั้งสุดท้ายและไม่ให้ข้อมูลที่วัดตอนสิ้นสุดโปรแกรม โดยที่หญิงหลังคลอด 2 คนที่โปรแกรมได้นั้น มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 36.5 ปี (อยู่ในช่วงอายุ 35-38 ปี) ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญจากอายุเฉลี่ยของหญิงอีก 14 คนที่ร่วมการศึกษายังสร้างสมบุรณ์ ซึ่งมีค่าอยู่ที่ 28.4 ปี ($t(14) = -2.75, p < 0.05$) ทำให้คะแนน EPDS, HADS-A และ HADS-D เฉลี่ยตอนก่อนเริ่มโปรแกรม ของหญิงหลังคลอด 2 คนที่ถอนตัวไป (14.00, 11.50, และ 10.50 ตามลำดับ) ไม่ได้แตกต่างกันอย่างมี

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้เข้ารับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
	โปรแกรมฝึกอบรมอย่าง เสริมบุรณในจำนวน ผู้เข้าร่วมฝึกอบรม 16 คนนั้น มีผู้หญิง 13 คน และ เป็นผู้ชาย 3 คน โดยมีอายุตั้งแต่ 23 ถึง 62 ปี และมี "จำนวนปี ที่ทำงาน" ตั้งแต่ 1.5 ปี ถึง 34 ปี อาชีพของผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมเหล่านี้ ประกอบด้วย 1.ที่ปรึกษา (counselor) จำนวน 5 คน		(ประเมิน 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลัง โปรแกรม)	นัยสำคัญกับคะแนนเฉลี่ยก่อนเริ่ม โปรแกรมของผู้หญิงหลังทดลองที่ร่วม โปรแกรมเสริมสมบูรณ์ (t (14) = 1.12, $p > 0.05$; t (14) = 0.908, $p > 0.05$; t (14) = 0.238, $p > 0$

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้เข้ารับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
	29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44			

วัตถุประสงค์ของการศึกษา	สถานที่ศึกษา / ผู้เข้ารับการบำบัด / ผู้บำบัด	เครื่องมือวัดผลลัพธ์/ ระยะเวลาวัดติดตามผล	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
	2.ผู้ทำงานด้านครอบครัว (family worker) จำนวน 2 คน 3.นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 4 คน 4.นักวิชาการสุขภาพ (health educator) จำนวน 1 คน 5.พยาบาล จำนวน 4 คน			

หมายเหตุ

การวินิจฉัย = PND: Postnatal Depression

การบำบัด = G-CBT (Group Cognitive Behavioral Therapy)

เครื่องมือวัดผล = Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) / Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) HADS/ HADS – A/ HADS - D

ตาราง เปรียบเทียบหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) ของหลักฐานที่สนับสนุน Therapy Domain

หัวข้อเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6
ผู้วิจัย	Dennis, CL., et al. (2007)	Prendergast, J., & Austin, M.P. (2001)	Chabroi, H., et al. (2002)	Misri, S., et al. (2004)	Milgrom, J., et al. (2005)	Craig, E., et al . (2005)
ระเบียบวิธีวิจัย	Systematic review	RCT	RCT	RCT	RCT	One group Pre – Post test
จำนวนผู้รับการ บำบัด(คน)	956	37	258	35	192	16
-กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด	ไม่ระบุ	17	130	16	46	16
-กลุ่มทดลอง		20	128	19	33	ไม่มี
-กลุ่มควบคุม						

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6
อายุกลุ่ม ตัวอย่าง (ปี)	ไม่ได้ระบุ	-เฉลี่ย 32.2 -กลุ่ม CBT เฉลี่ย = 32.3 -กลุ่ม CT เฉลี่ย = 32.1	ที่คลินิก -กลุ่ม CBT เฉลี่ย = 30.4 -กลุ่ม CT เฉลี่ย = 29.6 การเยี่ยมบ้าน -กลุ่ม CBT เฉลี่ย = 30.5 -กลุ่ม CT เฉลี่ย = 30	ในช่วง 18 – 40 -กลุ่ม CBT เฉลี่ย = 30.81 -กลุ่ม CT เฉลี่ย = 29.52	เฉลี่ยที่ 29.7 -กลุ่ม CBT เฉลี่ย = ไม่ได้ระบุ -กลุ่ม CT เฉลี่ย = ไม่ได้ระบุ	ในช่วง 20 - 34 -กลุ่ม CBT เฉลี่ย = 28.4 -กลุ่ม CT เฉลี่ย = ไม่ มี

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6
เกณฑ์การคัด เข้า	-หญิง 1 ปีแรกหลังคลอด -ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลังคลอดตามแบบ DSM-IV -คะแนน EPDS >12	-หญิง 14 สัปดาห์หลังคลอด -ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลังคลอดตามแบบ DSM-IV -คะแนน EPDS >12	-หญิง 1-3 วันหลังคลอดในโรงพยาบาล -ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลังคลอดตามแบบ DSM-IV -คะแนน EPDS > 9 และเมื่อไปเยี่ยมบ้าน คะแนน EPDS > 12	-หญิง 12 สัปดาห์หลังคลอด -ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลังคลอดตามแบบ DSM-IV -คะแนน EPDS > 12 -อายุครรภ์เมื่อคลอดบุตร 37 – 45 สัปดาห์ -มารดาหลังคลอด 18 และ 40 ปีบริบูรณ์ -ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำสุด 2.5 กิโลกรัม -ไม่สูบบุหรี่ -มีการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในขณะที่เข้าร่วมในการศึกษา	-หญิง 6-18 สัปดาห์หลังคลอด -ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลังคลอดตามแบบ DSM-IV -คะแนน EPDS > 12 -อายุครรภ์เมื่อคลอดบุตร 37 – 42 สัปดาห์	-หญิง 1 ปีแรกหลังคลอด -ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลังคลอดตามแบบ DSM-IV -คะแนน EPDS > 12

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6
เกณฑ์การคัด ออก	- "ไม่" ได้ใช้การศึกษาแบบทดลอง - "ไม่" ได้ใช้โปรแกรมทางจิตสังคมหรือทางจิตวิทยา - การทบทวนระเบียบวิธีวิจัยไม่เข้มแข็ง - "ไม่" ได้มุ่งเน้นไปที่การรักษาก่อน - "ไม่" ได้มุ่งเน้นไปที่การรักษาก่อน	- หนังสือหลังคลอดที่มีคะแนน EPDS < 12 - "ไม่" อยู่ในเกณฑ์การวินิจฉัย major หรือ minor depression criteria	- มีทักษะการใช้ภาษาฝรั่งเศสต่ำ - อยู่ระหว่าง "ได้รับ" การรักษาจากจิตแพทย์ หรือ นักจิตวิทยา	- มีอาการแสดงของโรคจิต ภาวะฆ่าตัวตาย - มีการใช้สารเสพติด - "ได้รับ" จิตบำบัดหรือยาโรคจิตอื่นๆ - "ไม่" ได้ใช้ยา Paroxetine ด้วยเหตุผลทางการแพทย์	- โรคซึมเศร้าประเภทที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการพูดคุย - มีความเสี่ยงในภาวะวิกฤติ - เข้าร่วมโปรแกรมทางจิตวิทย่อื่นๆ - มีปัญหาในการสื่อสารภาษาอังกฤษ	- มีอาการทางจิต - โรคจิตแบบอารมณ์สองขั้ว - มีความผิดปกติในด้านบุคลิกภาพ - การใช้สารที่อาจส่งผลต่อการเข้าร่วมของโปรแกรม

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6
ผู้บำบัด	ไม่ระบุ	-พยาบาลดูแลเด็กวัย แรกเกิด ในชุมชน -ได้รับการฝึกอบรม Modified CBT	--นักศึกษาในระดับ ปริญญาโทสาขา จิตวิทยา ที่ทำงานใน คลินิกที่เป็นผู้หญิง	-นักจิตวิทยา (registered psychologist)	-พยาบาลที่จบ การศึกษาระดับ ปริญญาโทด้านการ ให้คำปรึกษา และ/ หรือ จิตวิทยาในระดับ ปริญญาโทและ นักจิตวิทยาคลินิก	-เจ้าหน้าที่ศูนย์ สุขภาพชุมชน
รูปแบบการ บำบัด	รูปแบบทั้งรายกลุ่ม และรายบุคคล (I-CBT, G-CBT)	แบบรายบุคคล (I-CBT)	แบบรายบุคคล (I-CBT)	แบบรายบุคคล (I-CBT)	แบบกลุ่ม (G-CBT)	แบบกลุ่ม (G-CBT)

หัวข้อเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6
เนื้อหาของ Intervention	ไม่ได้ระบุ	work-book ประกอบด้วย 1.การสอน สุขภาพจิตศึกษา 2.สมุดบันทึก ติดตามการเรียนรู้ 3.สมุดบันทึกกับการ การทำทฤษฎีความคิด	1.องค์ประกอบด้าน การให้ความรู้ 2.องค์ประกอบด้าน การให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ 3.องค์ประกอบด้าน ความคิด	1.โปรแกรมเน้นเรื่อง การให้ความรู้เกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ปฏิกริยา ตอบสนองของ ร่างกาย และ สิ่งแวดล้อม ว่ามีผล ต่อกัน	1.การทำความเข้าใจ อาการของโรค ซึมเศร้าในหญิงหลัง คลอด 2. กลวิธีของการปรับ การรู้คิดและ พฤติกรรม	1.การทำความเข้าใจ อาการของโรค ซึมเศร้าในหญิงหลัง คลอด 2.การเพิ่มกิจกรรมที่ สร้างความสัมพันธ์ 3.การเสริมสร้าง ความภาคภูมิใจใน ตนเอง 4.การทำความเข้าใจ เกี่ยวกับการคาดหวัง ในบทบาทของมาดา ที่ไม่อยู่บนพื้นฐาน ของความเป็นจริง

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6
		4.โมเดล เกี่ยวกับการจัดการความวิตกกังวล 5.การฝึกอบรมการแสดงออกอย่างเหมาะสม 6.การเห็นคุณค่าในตนเอง 7.การจัดตารางเวลาเพื่อความบันเทิงใจ		2. การสอนกลยุทธ์ที่เน้นการเปลี่ยนแปลงในทางบวก		5. การพูดให้กำลังใจตนเอง 6.การพัฒนาความคิดในทางบวก 7.การทำท่ายค่าวิพากษ์วิจารณ์ 8.การก้าวไปข้างหน้า 9.การกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6
ระยะเวลาในการบำบัด (จำนวนครั้ง)	ไม่ระบุ	- 6 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้ง - ครั้งละ 60 นาที	- 5-8 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้ง - ครั้งละ 60 นาที	- 12 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้ง - ครั้งละ 60 นาที	- 12 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้ง - ครั้งละ 90 -120 นาที (บำบัดร่วมกับผู้สมรส 3 ครั้ง)	- 9 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้ง - ครั้งละ 120 นาที
สถานที่บำบัด	ไม่ระบุ	คลินิกหลังคลอด 1-3 วันแรก และที่บ้าน ขณะเยี่ยมบ้าน	คลินิกหลังคลอด 1-3 วันแรก และที่บ้าน ขณะเยี่ยมบ้าน	คลินิกหลังคลอด	ศูนย์สุขภาพแม่และเด็ก ในเมือง	ศูนย์ดูแลสุขภาพในชุมชน
ระยะเวลาติดตามผลลัพธ์		- ทันทีหลังเสร็จสิ้นการบำบัด - 6 เดือน	- ทันทีหลังเสร็จสิ้นการบำบัด - 10-12สัปดาห์	- ทันทีหลังเสร็จสิ้นการบำบัด - 6 เดือน	- ทันทีหลังเสร็จสิ้นการบำบัด - 12 เดือน	- ทันทีหลังเสร็จสิ้นการบำบัด - 6สัปดาห์ - 3 เดือน

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6
เครื่องมือวัด						
ผลลัพธ์						
-EPDS	✓	✓	✓	✓	✓	✓
-BDI	✓		✓	✓	✓	
-HAM-D, HRSD	✓		✓	✓		
-SCID						
-MADRS		✓				
-DASS		✓				
-BAI					✓	
-HADS						✓

หมายเหตุ

CBT = Cognitive Behavioral Therapy

CT = control group

EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale

BDI = Beck Depression Inventory

HADS/ HADS – A/ HADS – D = Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) A/D

SIGH-D = Structured Interview Guide ของ Hamilton Depression Rating Scale (SIGH-D, Williams, 1988; HDRS, Hamilton, 1967)

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล

นางศิริกานดา คีรีรัตน์

วัน เดือน ปีเกิด

วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2516

สถานที่เกิด

อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

วุฒิการศึกษา

พ.ศ. 2538 ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี
พ.ศ. 2543 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์
ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
นนทบุรี จังหวัดนนทบุรี
พ.ศ. 2547ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี
พ.ศ. 2557 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่อยู่ปัจจุบัน

69/76 หมู่ 2 ตำบลบ้านฉาง อำเภอเมือง
จังหวัดปทุมธานี 12000

E-mail : ohye 39 @ hotmail.com

เบอร์โทร 081-3494322

ประวัติการทำงาน

ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ
ชำนาญการ

สถานที่ทำงาน

โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี