



รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

เรื่อง

การพัฒนารูปแบบจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับ
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย

Development of Interpersonal Psychotherapy Model for
Patients with Depressive Disorders in Thailand

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ไพรพจน์ ลีบุญญวัชชัย
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2562

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย โดยทุนที่ได้รับเป็นทุนงบประมาณแผ่นดินที่จัดสรรโดยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (This research is funded by Chulalongkorn University)

โครงการวิจัย สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา ช่วยเหลือ และความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอกล่าวนามเพื่อระลึกถึงพระคุณของทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ ที่ปรึกษาโครงการวิจัย รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย อาจารย์ร่วมที่มงานวิจัย ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ ตลอดจนข้อคิดเห็น จงงานวิจัยนี้ฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์

พร้อมทั้งขอขอบคุณนางสาวพุลลิติน เฉลิวัฒน์ นางสาวยุภาภรณ์ มีหนองหว้า นางสาวเยาวลักษณ์ ประเสริฐสุข นางอรสา ไยยอง ผู้ร่วมงานวิจัย และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่านที่กรุณาสละเวลาเข้าร่วมการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

บทคัดย่อภาษาไทย

ชื่อเรื่อง: การพัฒนารูปแบบจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย

ที่มาและความสำคัญของปัญหา: โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย ส่งผลกระทบต่อความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า การนำมาปรับใช้ในประเทศไทย ต้องคำนึงถึงบริบทด้านสังคมวัฒนธรรมร่วมด้วย จึงมีความจำเป็นในการนำมาปรับพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ผู้วิจัยได้พัฒนาและปรับรูปแบบการบำบัดเป็นรูปแบบกลุ่ม และศึกษาประสิทธิภาพในการรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย: เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลรูปแบบกลุ่มในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเปรียบเทียบการใช้จิตบำบัดร่วมกับการรักษาตามปกติด้วยยา ว่ามีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้มากกว่าการรักษาตามปกติด้วยยาเพียงอย่างเดียวหรือไม่

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงทดลองโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่ม เกณฑ์การคัดเลือกคือเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิด major depressive disorder หรือ persistent depressive disorder ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5 และมีคะแนนจากแบบประเมิน Thai HRSD ตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป โดยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ทำการศึกษาทั้งหมด 64 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 คนเท่ากันโดยวิธีการสุ่มแบบบล็อก กลุ่มทดลองได้รับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลรูปแบบกลุ่มเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ร่วมกับการรักษาด้วยยาตามปกติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาด้วยยาตามปกติเพียงอย่างเดียว ทำการประเมินคะแนนซึมเศร้าโดยแบบประเมิน Thai HRSD และคะแนนอาการทางคลินิกโดยแบบประเมิน CGI ก่อนเริ่มศึกษา (สัปดาห์ที่ 0) และติดตามประเมินต่อในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และหลังจากการศึกษา (สัปดาห์ที่ 16) แล้วทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนซึมเศร้าเฉลี่ย และคะแนนอาการทางคลินิกเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบ repeated measures analysis of variance (ANOVA) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับน้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา: กลุ่มทดลองที่ได้รับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลร่วมกับการรักษาด้วยยาตามปกติมีค่าคะแนนซึมเศร้าเฉลี่ย โดยแบบประเมิน Thai HRSD และค่าคะแนนอาการทางคลินิกเฉลี่ย โดยแบบประเมิน CGI ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาด้วยยาตามปกติเพียงอย่างเดียว ทั้งในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และหลังการศึกษา (สัปดาห์ที่ 16)

สรุปผลการศึกษา: จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลรูปแบบกลุ่มที่ได้ปรับและพัฒนาขึ้นช่วยให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าลดลง และมีอาการทางคลินิกที่ดีขึ้นได้ และพบว่าการให้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลรูปแบบกลุ่มร่วมกับการรักษาด้วยยาตามปกติ ส่งผลให้ลดอาการซึมเศร้า และอาการทางคลินิกของผู้ป่วยได้มากกว่าการรักษาด้วยยาตามปกติเพียงอย่างเดียว

Abstract

Title: Development of Interpersonal Psychotherapy Model for Patients with Depressive Disorders in Thailand

Background and Rationale: Depressive disorder is the common psychiatric disorders leading to the socioeconomic loss. Interpersonal psychotherapy (IPT) is one the evidence-based therapies for depression. The socio-cultural context is the concerning issue when adapting IPT for use in Thailand. The author developed and adapted IPT into a group format and study the effects of the program on the reduction of depressive symptoms in Thai depressed patients.

Research Objective: To study the effects of interpersonal psychotherapy in a group format (IPT-G) on the reduction of depressive symptoms in Thai depressed patients by comparing the IPT-G plus the usual medication treatment with the usual medication treatment only.

Methods: The randomized controlled trial was conducted. The selection criteria were patients with major depressive disorder or persistent depressive disorder by DSM-5 criteria and the score of Thai HRSD of 13 or above. The total number of depressed patients were 64. They were allocated into the experimental group and the control group (equally 32 person in each group) by block randomization. The experimental group received 12-week IPT-G with the usual medication treatment while the control group received only the usual medication treatment only. The symptoms of depression and the severity of clinical condition were assessed by using Thai HRSD and CGI before the program (week 0), and at the week 4, 8, 12, and after the program (week 16). The repeated measures ANOVA was used to compare the differences of the scores of depression and the severity of clinical conditions throughout the study period. A p-value of less than 0,05 was considered statistically significant.

Results: The experimental group receiving IPT-G with the usual medication treatment had the reduction of scores on depression (by Thai HRSD) and the clinical conditions (by CGI) than the control group receiving only the usual medication treatment in the week 4, 8,12, and after the study (week 16).

Conclusion: Interpersonal psychotherapy in a group format (IPT-G) was adapted and developed to reduce the patients' depressive symptoms and the severity of clinical conditions. The IPT-G plus the usual medication treatment had the effects on reduction of patients' depressive symptoms and the severity of clinical conditions than the usual medication treatment only.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
สารบัญ.....	ง
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ช
1 บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
ขอบเขตการวิจัย.....	3
วิธีดำเนินการวิจัย.....	3
กรอบแนวความคิด.....	4
การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	16
2 เนื้อเรื่อง.....	17
วิธีดำเนินการวิจัย.....	17
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	23
ผลการวิจัย.....	24
3 อภิปราย/วิจารณ์ (Discussion) ผลการทดลอง/ผลการวิจัย.....	29
4 สรุปและเสนอแนะเกี่ยวกับการวิจัยขึ้นไป.....	32
สรุปผลการศึกษาวิจัย.....	32
ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยต่อไป.....	33

บรรณานุกรม.....	35
ภาคผนวก.....	40
แบบสอบถาม.....	41
ประวัติคณะผู้วิจัยและที่ปรึกษาโครงการวิจัย.....	51

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะอาการทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง	24
2	แสดงค่าคะแนนโดยเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้า (Thai HRSD)และอาการทางคลินิก (CGI) ก่อนและหลังการศึกษา	26
3	แสดงค่าความแตกต่างของคะแนนซึมเศร้าเฉลี่ยโดยแบบประเมิน Thai HRSD ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	27
4	แสดงค่าความแตกต่างของคะแนนอาการทางคลินิกเฉลี่ยโดยแบบประเมิน CGI ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	28

สารบัญภาพ

	หน้า
1 กรอบแนวคิด.....	4

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ปัจจุบันปัญหาทางด้านสุขภาพจิตกำลังเป็นปัญหาสำคัญของทั่วโลก โรคทางจิตเวชที่พบมาก ได้แก่ ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ (mood disorders) ซึ่งโรคที่สำคัญได้แก่ โรคซึมเศร้า (depressive disorders) ซึ่งพบว่าในปัจจุบัน มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในประเทศไทย พบว่า มีประชากรร้อยละ 5.7 ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปีงบประมาณ 2551 มีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเกือบ 3 ล้านคน แต่มาพบแพทย์เพื่อการดูแลรักษาไม่ถึงแสนคน โรคซึมเศร้า (depressive disorders) เป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติทางด้านอารมณ์ โดยมีอาการหลัก คือ อารมณ์ซึมเศร้า (depressed mood) และความรู้สึกเบื่อหน่าย (decreased interest) อาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (depressive disorders) ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า (depressed mood) เบื่อหน่าย (decreased interest) หรือหมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำ (anhedonia or loss of interest) ท้อแท้สิ้นหวัง (hopelessness) มีความรู้สึกผิด (guilt) รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า (worthlessness) เบื่ออาหาร (decreased appetite) น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นจากเดิม (weight gain or weight loss) นอนไม่หลับหรือนอนมากขึ้นกว่าเดิม (insomnia or hypersomnia) จิตใจการเคลื่อนไหวช้าลงหรือหงุดหงิดก้าวร้าว (psychomotor retardation or psychomotor agitation) มีความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) ในที่สุดมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (suicidal attempts) โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อหน้าที่ของบุคคลทั้งทางด้านการทำงานอาชีพ (occupational functioning) ทางด้านการเรียน (academic functioning) ตลอดจนหน้าที่ทางสังคม (social functioning) ซึ่งผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ารุนแรง (major depressive disorder) ทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ (comorbid psychiatric disorders) ร่วมด้วย ซึ่งได้แก่ โรควิตกกังวล (anxiety disorders) การใช้ยาและสารเสพติดอื่นๆ (substance use disorders) ให้สูงขึ้นไปด้วย รวมทั้งพบว่าจะเพิ่มความเสี่ยงของการมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง (self-harm behaviors) และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (suicidal behaviors) ให้สูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากสถิติการฆ่าตัวตายในสังคมไทยที่สูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้เกิดความสูญเสียต่อบุคคล องค์กร และสังคมเศรษฐกิจ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสถานะเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศอย่างชัดเจน

โรคซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์เจ็บป่วย ซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตจากการทำร้ายตัวเองและฆ่าตัวตาย ดังที่ได้กล่าวมา อย่างไรก็ตาม โรคซึมเศร้าก็เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าประมาณร้อยละ 80 - 90 สามารถหายได้จากการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า (antidepressants)

ร่วมกับการรักษาด้วยจิตบำบัด (psychotherapy) แม้จะต้องใช้ระยะเวลาหลายสัปดาห์ ปัจจุบันมีวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้ผลหลากหลายวิธี ทั้งการรักษาด้วยวิธีการทางชีววิทยา(biological treatment) ซึ่งได้แก่ การใช้ยา (psychopharmacotherapy) และการรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) และการรักษาทางด้านจิตสังคม (psychosocial treatment) ซึ่งได้แก่ การรักษาโดยการบำบัด (psychotherapy) ด้วยวิธีการต่างๆ รวมทั้งการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย (rehabilitation) หลากรูปแบบ ในปัจจุบันวิธีการรักษาด้วยจิตบำบัดที่มีหลักฐานยืนยันว่าได้ผลในการรักษาผู้ป่วย (evidence-based treatment) มีหลายรูปแบบ ได้แก่ จิตบำบัดโดยอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic-oriented or psychodynamic psychotherapy) จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy) จิตบำบัดทางพุทธิปัญญา (cognitive therapy) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) กลุ่มจิตบำบัด (group psychotherapy) และ จิตบำบัดครอบครัว (family therapy)

จิตบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy, IPT) เป็นจิตบำบัดชนิดหนึ่งที่ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย Professor Dr. Myrna M. Weissman, Ph.D. โดยอ้างอิงจากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theory) ของ Harry Stack Sullivan เป็นจิตบำบัดที่มีพื้นฐานทฤษฎีที่ว่า ภาวะซึมเศร้า (depression) มีส่วนเกี่ยวข้องของสัมพันธกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal problems) การบำบัดรักษาจะพยายามเชื่อมโยงความเกี่ยวข้องของระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า แบ่งได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1. อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief) 2. ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal role disputes) 3. การเปลี่ยนผ่านบทบาท (role transitions) 4. ความบกพร่องทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal deficits) โดยจะพยายามแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า เมื่อปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้นได้รับการแก้ไขก็จะช่วยให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้นตามลำดับ และยังเป็นจิตบำบัดที่มุ่งเน้นประเด็นปัญหาสำคัญ (core problem) และใช้ระยะเวลาในการรักษาที่สั้น (time-limited psychotherapy) คือ ประมาณ 12 - 16 สัปดาห์ ซึ่งต่างจากจิตบำบัดเดิม ซึ่งได้แก่ จิตบำบัดโดยอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic-oriented or psychodynamic psychotherapy) ซึ่งต้องใช้เวลาในการรักษานานเป็นปีๆ ได้มีการศึกษาที่ผ่านมามากมายการศึกษา พบว่า จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy) เป็นจิตบำบัดที่มีหลักฐานอ้างอิงถึงประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วย (evidence-based treatment) ชัดเจน มีการศึกษาถึงประสิทธิภาพ (controlled trial) และมีคู่มือการบำบัดรักษา (manualized treatment) เป็นระบบอย่างชัดเจน สามารถใช้ได้ผลดีกับโรคซึมเศร้า (depressive disorders) ทั้งในโรคซึมเศร้ารุนแรง

(major depressive disorder) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (persistent depressive disorder or dysthymia) ทั้งในผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลจึงเป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่ได้ผล เป็นที่นิยม และมีหลักฐานอ้างอิงถึงประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เหมาะกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยในปัจจุบันที่ต้องคำนึงถึงเรื่องระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดรักษา จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลจึงเป็นจิตบำบัดที่น่าสนใจนำมาศึกษาและใช้ในการบำบัดรักษาได้เป็นอย่างดี แต่การนำรูปแบบการรักษาชนิดนี้มาใช้ในประเทศไทย ต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางด้านสังคมวัฒนธรรมของประเทศตะวันตกและตะวันออก ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล และยังไม่มีการนำจิตบำบัดชนิดนี้มาใช้ในการรักษาผู้ป่วยในประเทศไทย งานวิจัยชิ้นนี้จึงเป็นการเริ่มต้นทำการศึกษาวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้วิธีจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย เพื่อนำมาดัดแปลงและปรับให้ได้รูปแบบการรักษา (treatment model) เพื่อให้สามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทสังคมและวัฒนธรรมของประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

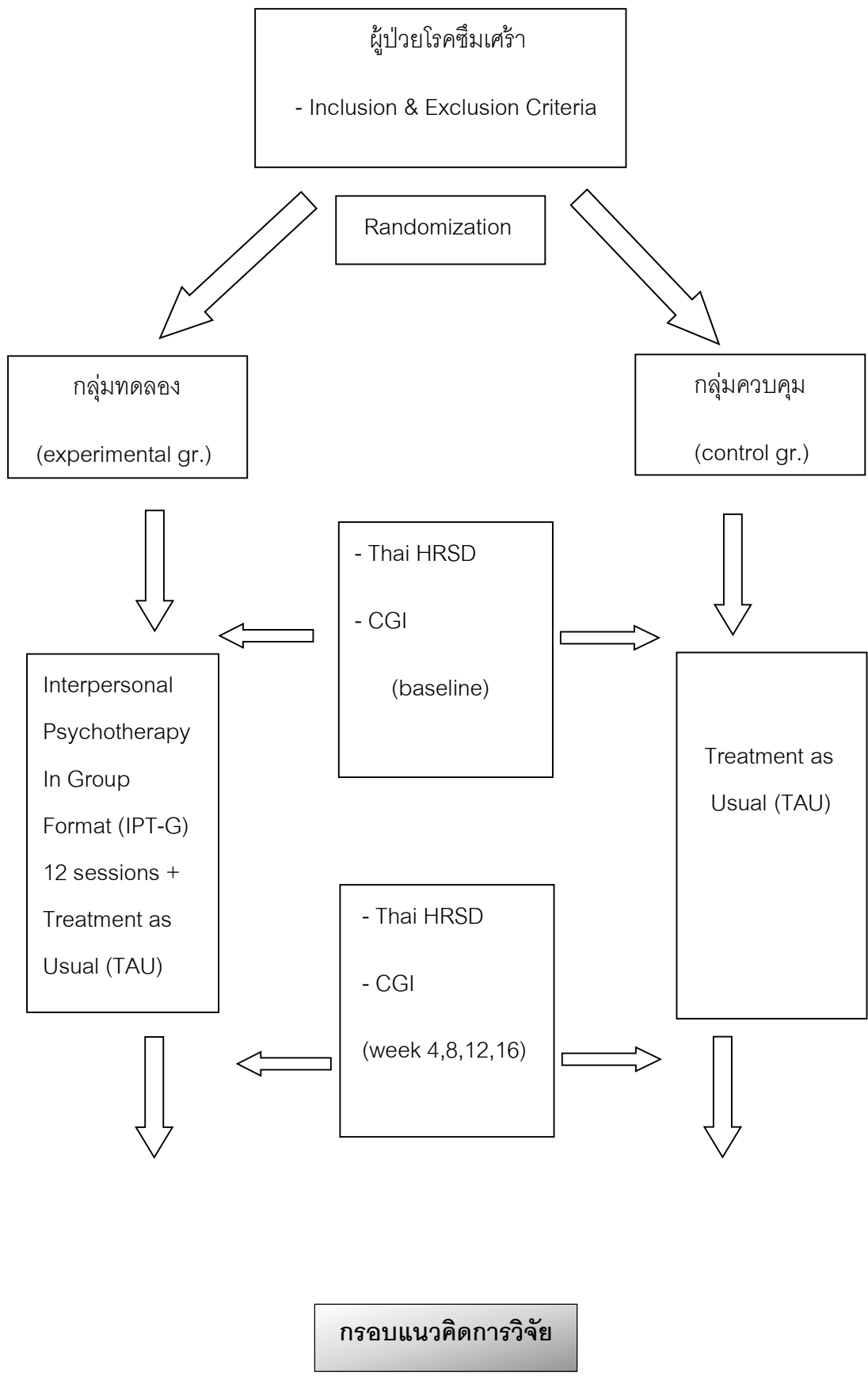
เพื่อพัฒนารูปแบบของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมของประเทศไทย

ขอบเขตของการวิจัย

ทำการศึกษาวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กรอบแนวคิดและวิธีการดำเนินการวิจัย

ทำการศึกษาเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่ม (randomized controlled trial) เพื่อศึกษาผลของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy, IPT) ต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยทำการเปรียบเทียบระหว่างผลของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลร่วมกับการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้ากับการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว ในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังกรอบแนวคิดที่ได้แสดงต่อไปนี้



การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy, IPT)

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy, IPT) เป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยทางด้านจิตเวชที่มีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพ (evidence-based therapy, EBT) อย่างหนึ่ง ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั้งโรคซึมเศร้ารุนแรง (major depressive disorder) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia) ทั้งในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้ป่วยวัยรุ่น

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy, IPT) เป็นหนึ่งในวิธีการรักษาผู้ป่วยทางด้านจิตเวชที่มีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพ (evidence-based therapy, EBT) ผู้ที่ก่อตั้งทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theory) ได้แก่ Adolf Meyer แห่งมหาวิทยาลัย Johns Hopkins และผู้ร่วมงานของเขา คือ Harry Stack Sullivan วิธีการในการบำบัดรักษาตามหลักการของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล คือการพยายามทำความเข้าใจบริบทของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วยในปัจจุบัน มีงานวิจัยหลายงานแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของจิตบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการรักษาโรคซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ โรคซึมเศร้ารุนแรง (major depressive disorder) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia) (Myrna M. Weissman, John Markovitz, Gerald L. Klerman) รวมทั้งการใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการรักษาโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น (Laura Mufson)

โรคซึมเศร้า (Depressive Disorders)

โรคซึมเศร้า (depression) หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกที่พบลักษณะอาการหลัก คือ อารมณ์ซึมเศร้าที่คงอยู่นาน (sustained depressed mood) เป็นช่วงระยะเวลาหนึ่ง นำไปสู่การเสื่อมของหน้าที่ทางด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอื่น (interpersonal functioning) ทางด้านสังคม (social functioning) และทางด้านการงาน (occupational functioning) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการต่างๆดังต่อไปนี้ อารมณ์ซึมเศร้า (depressed mood) ความสนใจในกิจกรรมต่างๆลดลง (decrease in interest) หรือหมดความสนใจในกิจกรรมต่างๆ (loss of interest or anhedonia) มีอาการผิดปกติของอาการชีวภาพทางกาย (disturbances of vegetative functions) ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร (decreased appetite) ปัญหาการนอน (sleep disturbance) เช่นนอนไม่หลับ (insomnia) กิจกรรมทางเพศลดลง (decreased sexual activity) ความผิดปกติของพุทธิปัญญา (disturbance in cognitive functions) ซึ่งได้แก่ ความรู้สึกผิด (guilt) ความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง (helplessness, hopelessness) ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า (worthlessness) ไม่มีสมาธิ (difficulty in concentrating) มีความคิดถึงเรื่องการตาย (thoughts of death) หรือคิดฆ่าตัวตาย

(suicide) และความผิดปกติของระบบการเคลื่อนไหว (psychomotor abnormalities) ซึ่งได้แก่ จิตใจการเคลื่อนไหวที่ช้าลง (psychomotor retardation) จิตใจการเคลื่อนไหวที่หงุดหงิดกระสับกระส่าย (psychomotor agitation) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5 criteria โรคซึมเศร้า (depressive disorders) สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดใหญ่ๆ ได้แก่ โรคซึมเศร้ารุนแรง (major depressive disorder) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (persistent depressive disorder or dysthymia)

โรคซึมเศร้ารุนแรง (Major Depressive Disorder)

โรคซึมเศร้ารุนแรง (major depressive disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5 criteria หมายถึง โรคซึมเศร้าในรูปแบบที่รุนแรง มีลักษณะ คือ มีอารมณ์ซึมเศร้าที่คงอยู่นาน (sustained depressed mood) หรือหมดความสนใจในกิจกรรมต่างๆ (loss of interest or pleasure) ต่อเนื่องกันในช่วงระยะเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ร่วมกับมีอาการต่างๆดังต่อไปนี้อย่างน้อย 5 อาการขึ้นไป ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า (depressed mood) ความสนใจในกิจกรรมต่างๆลดลงอย่างมาก (markedly diminished interest or pleasure) น้ำหนักลดลงอย่างมาก (significant weight loss) หรือมีการลดลงหรือเพิ่มขึ้นของความอยากอาหาร (decrease or increase in appetite) นอนไม่หลับหรือนอนมากกว่าปกติ (insomnia or hypersomnia) จิตใจการเคลื่อนไหวหงุดหงิดกระสับกระส่ายหรือช้าลง (psychomotor agitation or retardation) เหนื่อยล้าหรือหมดเรี่ยวแรง (fatigue or loss of energy) ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลงหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ (diminished ability to think or concentrate or indecisiveness) มีความคิดเรื่องความตายซ้ำๆหรือมีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำๆ (recurrent thoughts of death or recurrent suicidal ideation) หรือเคยมีความพยายามฆ่าตัวตาย (a suicidal attempt) ซึ่งส่งผลให้เกิดความรู้สึกทรมานอย่างมาก (significant distress) และเกิดการเสื่อมลงของหน้าที่ทางด้านสังคม (social functioning) การงานอาชีพ (occupational functioning) รวมทั้งหน้าที่ทางด้านสำคัญอื่นๆ (other important areas of functioning)

โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Persistent Depressive Disorder or Dysthymia)

โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (persistent depressive disorder or dysthymia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5 criteria หมายถึง โรคซึมเศร้าในรูปแบบที่รุนแรงน้อยกว่าแต่เรื้อรัง มีลักษณะ คือ อารมณ์ซึมเศร้าที่คงอยู่นานต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี (ในเด็กหรือวัยรุ่น อาจจะเป็นอารมณ์หงุดหงิด (irritable mood) และให้ระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี) ร่วมกับมีอาการต่างๆดังต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป ได้แก่ ความอยากอาหารลดลงหรือรับประทานอาหารมากขึ้น (poor appetite or overeating) นอนไม่หลับหรือนอน

มากกว่าปกติ (insomnia or hypersomnia) ไม่มีเรี่ยวแรงหรือเหนื่อยเพลีย (low energy or fatigue) ภาวะภูมิใจในตัวเองต่ำลง (low self-esteem) สมาธิแย่งจากเดิมหรือตัดสินใจในเรื่องต่างๆได้ยาก (poor concentration or difficulty making decisions) มีความรู้สึกสิ้นหวัง (feelings of hopelessness) และส่งผลให้เกิดความทรมานอย่างมาก (significant distress) หรือทำให้เกิดการเสื่อมลงของหน้าที่ทางด้านสังคม (social functioning) การงานอาชีพ (occupational functioning) รวมทั้งหน้าที่ทางด้านสำคัญอื่นๆ (other important areas of functioning)

ลักษณะของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Characteristics of Interpersonal Psychotherapy)

1. เป็นจิตบำบัดเป็นจิตบำบัดระยะสั้น (short-term psychotherapy) และมีการกำหนดระยะเวลาในการรักษาอย่างชัดเจนแน่นอน (time-limited psychotherapy)
2. เป็นจิตบำบัดที่มุ่งความสนใจในประเด็นปัญหาหลักอย่างชัดเจน (focused psychotherapy) โดยมุ่งให้ความสนใจแก้ไขปัญหาหลัก (core conflict) ที่สำคัญในปัจจุบันของผู้ป่วย เพียง 1 หรือ 2 ปัญหาหลักๆเท่านั้น
3. เป็นจิตบำบัดที่มุ่งให้ความสนใจความสัมพันธ์ของผู้ป่วยในปัจจุบัน (current relationship) ที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า (depressive symptoms) ของผู้ป่วย
4. เป็นจิตบำบัดที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นปัญหาความขัดแย้งของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal conflicts) ไม่ใช่ปัญหาความขัดแย้งภายในจิตใจ (intrapsychic conflicts) เหมือนกับในจิตบำบัดโดยอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychodynamic psychotherapy) และไม่เหมือนกับจิตบำบัดทางพุทธิปัญญาและพฤติกรรมบำบัด (cognitive-behavior therapy) ที่มุ่งความสนใจในการแก้ไขความคิดที่บิดเบือน (thinking errors or distortion) และการปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (maladaptive behavior)
5. ไม่ได้มุ่งเน้นในการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพของผู้ป่วยเหมือนกับในจิตบำบัดโดยอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychodynamic psychotherapy) ซึ่งเป็นจิตบำบัดระยะยาว (long-term psychotherapy)
6. ผู้รักษาต้องมีบทบาทเชิงรุกและเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย (active and advocate therapist) ไม่ได้มีลักษณะวางตัวเป็นกลางเช่นเดียวกับในจิตบำบัดโดยอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychodynamic psychotherapy) แต่ก็ต้องมีทัศนคติที่ไม่ตัดสินถูกผิดแก่ผู้ป่วย (non-judgemental)

attitude) , มีความอบอุ่น (warmth) และมองผู้ป่วยในด้านที่ดีเสมอ (unconditional positive regard) ผู้บำบัดในจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลมีลักษณะที่มองโลกในแง่ดี (optimistic) คอยให้ความช่วยเหลือ (helpful) ปรึกษาประคอง (supportive) และสามารถให้ความมั่นใจในสิ่งที่ถูกต้อง (reassurance) และให้คำแนะนำโดยตรง (direct advice) เมื่อคิดว่าจะเป็นเรื่องที่มีประโยชน์กับผู้ป่วย

เป้าหมายของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Goals and Tasks of Interpersonal Psychotherapy)

1. ช่วยให้อาการซึมเศร้า (symptoms of depression) ดีขึ้น
2. ช่วยปรับปรุงแก้ไขปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal problems)

ปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล 4 ด้านที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า (4 Areas of Interpersonal Approach to Depression)

1. อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grief / Complicated bereavement) เป็นอารมณ์เศร้าโศกที่เกิดขึ้นจากการสูญเสีย โดยเฉพาะการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิดอันเป็นที่รัก ผู้รักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นความรู้สึกเศร้าเสียใจและหากิจกรรมและความสัมพันธ์ใหม่ๆ เพื่อทดแทนความสูญเสีย (loss) ที่เกิดขึ้นนั้น

2. ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal role disputes) หมายถึง ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลสำคัญ เช่น คู่สมรส หรือสมาชิกของครอบครัวคนอื่นๆ ผู้ร่วมงาน หรือเพื่อนสนิท ผู้รักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุของความขัดแย้งที่เกิดขึ้น และหาวิธีทางเลือกในการแก้ไขปัญหา

3. การเปลี่ยนผ่านบทบาท (Role transitions) เป็นการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่เกิดขึ้นกับสถานภาพชีวิต ได้แก่ การเริ่มต้นหรือสิ้นสุดความสัมพันธ์ หรือการงานอาชีพ การย้ายที่อยู่ การได้รับตำแหน่งใหม่หรือได้รับเงินเดือนเพิ่มขึ้น (promotion) การเกษียณออกจากงาน การสำเร็จการศึกษา การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ผู้รักษาจะช่วยให้จัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยตระหนักถึงข้อดีและข้อเสียของบทบาทใหม่

4. ความบกพร่องทางสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal deficits) หมายถึง การที่ผู้ป่วยขาดทักษะทางด้านสังคม (social skills) ทำให้เกิดปัญหาในการสร้างหรือคงสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น

ผู้รักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มทักษะทางด้านสัมพันธภาพและทักษะทางด้านสังคม ลดการแยกตัวทางสังคม และได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น

ระยะต่างๆในจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Phases of Interpersonal Psychotherapy)

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลใช้จำนวนครั้งในการรักษาประมาณ 12 – 16 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45-50 นาที โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ แต่ละระยะใช้จำนวนครั้งประมาณ 4 – 5 ครั้ง ดังนี้

1. ระยะเริ่มต้น (Initial Phases) เป็นระยะที่ให้การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าและอธิบายเรื่องโรคซึมเศร้าให้กับผู้ป่วย, พยายามเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้ากับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วย, พยายามค้นหาประเด็นปัญหาหลัก (major problem areas) ของผู้ป่วย และอธิบายหลักการของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลให้แก่ผู้ป่วย

2. ระยะกลาง (Intermediate Phase) เป็นระยะที่ค้นหาและทำความเข้าใจปัญหาหลักที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วยซึ่งทำให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า และพยายามแก้ไขปัญหามุมสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้นๆ

3. ระยะสิ้นสุด (Termination Phase) เป็นระยะที่ผู้รักษาจะพูดคุยเกี่ยวกับการสิ้นสุดการรักษาแก่ผู้ป่วย พยายามผลักดันให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสามารถที่จะพึ่งพาตัวเองต่อไป จัดการกับปัญหาของการไม่ตอบสนองต่อการรักษาในผู้ป่วยบางราย รวมทั้งพิจารณาการรักษาต่อเนื่อง (continuation or maintenance treatment) ไปอีก

ประสิทธิภาพของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีดังนี้

1) ประสิทธิภาพของการรักษาโรคซึมเศร้าในระยะเฉียบพลัน

ในการศึกษาประสิทธิภาพของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในระยะแรก ได้มีการศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะเฉียบพลันจำนวนทั้งหมด 81 ราย โดยเปรียบเทียบผลการใช้ยา amitriptyline จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy, IPT) และทั้ง 2 วิธีร่วมกัน ในระยะเวลา 16 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัด IPT มีอาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้นเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา amitriptyline และผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีอาการดีขึ้นกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม (Weissman MM, et al., 1979) และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้ง 2 วิธีร่วมกัน จะได้ผลการรักษาที่ดีกว่า

การรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว (Weissman MM, et al., 1979) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการซึมเศร้าที่ดีขึ้นในกลุ่มที่ได้รับยา amitriptyline และกลุ่มที่ได้รับจิตบำบัด IPT พบว่า กลุ่มที่ได้รับยา amitriptyline จะมีอาการชีวภาพทางกาย (vegetative symptoms) ดีขึ้นเร็วกว่าในระยะแรก ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร และไม่มีเรี่ยวแรงกำลัง ส่วนกลุ่มที่ได้รับจิตบำบัด IPT อาการที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ความรู้สึกเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในตนเอง และยังช่วยลดความรู้สึกผิด ลดความคิดฆ่าตัวตาย และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่การทำงาน โดยจะเห็นผลชัดเจนอย่างมีนัยสำคัญหลังจาก 4-8 สัปดาห์ และผลยังคงอยู่ต่อเนื่องตลอดช่วงการศึกษา (DiMascio A, et al., 1979)

ในการศึกษาระยะต่อมา มีการศึกษาขนาดใหญ่ของ the multi-site National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program (NIMH-TDRCP) เป็นการศึกษาแบบ randomized controlled trial ในผู้ป่วยทั้งหมด 256 ราย สุ่มเข้ารับการรักษาด้วยยา imipramine จิตบำบัด IPT การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavior therapy, CBT) และ placebo ที่ให้การดูแลรักษาตามอาการ ใช้ระยะเวลาศึกษา 16 สัปดาห์ พบว่า IPT ให้ผลการรักษาที่ดีกว่า placebo และให้ผลเทียบเท่ากับยา imipramine และ CBT ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงเล็กน้อยถึงปานกลาง และ IPT ให้ผลการรักษาที่ดีกว่า CBT ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรง แต่ก็ยังไม่เท่ากับยา imipramine จึงได้ข้อสรุปว่า IPT และ CBT มีประสิทธิภาพชัดเจนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง ในกรณีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรง การรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร่ายังคงเป็นการรักษาอันดับแรกในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Elkin I, et al., 1989)

2) ประสิทธิภาพของการรักษาโรคซึมเศร้าในระยะต่อเนื่อง

มีการศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาด้วยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในระยะต่อเนื่อง (maintenance treatment) เป็นระยะเวลา 8 เดือน ในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าที่มีอาการดีขึ้นจากระยะเฉียบพลัน โดยเปรียบเทียบผลของจิตบำบัด IPT ยา amitriptyline และทั้ง 2 วิธีร่วมกัน ในระยะต่อเนื่อง พบว่ากลุ่มที่ให้การรักษาร่วมกันทั้ง 2 วิธีให้ผลการรักษาที่ดีที่สุด อัตราการกลับเป็นซ้ำต่ำที่สุด และหน้าที่ทางด้านสังคมของผู้ป่วยดีขึ้นมากที่สุด (Klerman GL, 1990; Klerman GL, et al., 1974) จากผลการศึกษาการรักษาในระยะเฉียบพลันและในระยะต่อเนื่อง สามารถสรุปได้ว่า การรักษาด้วยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 16 สัปดาห์ทำให้เกิดการหายจากโรคซึมเศร้าในระยะเฉียบพลัน แต่ไม่อาจยืนยันการหายขาดในระยะยาวได้ เนื่องจากโรคซึมเศร่ามีแนวโน้มที่จะกลับเป็นซ้ำได้ หลังจากการรักษาจนอาการดีขึ้น

จากระยะเฉียบพลันแล้วอาจจะต้องให้การรักษาในระยะต่อเนื่องด้วยเพื่อให้คงการหายขาดในระยะยาว การรักษาด้วยจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลในระยะต่อเนื่องเดือนละครั้ง สามารถช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำลงได้และช่วยคงระยะการหายขาดไว้ได้ในระยะยาว (Reynolds CF III, et al., 1999; Frank E, et al., 1990)

3) ประสิทธิภาพของการรักษาในด้านสรีรวิทยา

มีการศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงจำนวน 28 ราย โดยประเมินจาก single photon emission computed tomography (SPECT) ผู้ป่วยกลุ่มแรกได้รับการรักษาด้วยยา venlafaxine และผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัด IPT ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับการประเมินด้วย SPECT ตั้งแต่เริ่มต้น และเมื่อเวลาผ่านไป 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีอาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงของ SPECT คือ มีการเพิ่มขึ้นของ right basal ganglia blood flow ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยจิตบำบัด IPT ยังพบว่ามี การเพิ่มขึ้นของ right posterior cingulate blood flow อีกด้วย ซึ่งเป็นการยืนยันผลการรักษาที่ดีขึ้นโดยอาศัย SPECT (Gabbard GO, Bennett TJ, 2006) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของ positron emission tomography (PET) scan ในผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรง 24 ราย เปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยยา paroxetine และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยจิตบำบัด IPT พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงของ PET scan ไปในทางที่ดีขึ้น คือมีการลดลงของ metabolism ในบริเวณ prefrontal cortex และ left anterior cingulate gyrus และมีการเพิ่มขึ้นของ metabolism ในบริเวณ left temporal lobe จากเดิมก่อนให้การรักษา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าดีขึ้น (Brody AL, et al., 2001)

4) ประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าชนิดอื่นๆ

นอกจากจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลจะมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder) แล้ว ยังพบว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าชนิดอื่นๆอีก ได้แก่ โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder) (Markowitz JC, 2006) โรคซึมเศร้าในวัยรุ่น (depression in adolescents) (Mufson L, et al., 2004; 1999) โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (late-life depression) (Reynolds CF III, et al., 1992) โรคซึมเศร้าในผู้ที่มีโรคทางกาย (depression in the medically ill) (Stuart S, et al., 1996) โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV (depression in human immunodeficiency virus-positive patients) (Markowitz JC, et al., 1998) โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยก่อนและหลังคลอด (depression in ante- and postpartum patients) (O'Hara MW, et al., 2000) โรคซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้งของคู่สมรส

(depression in marital disputes) (Foley SH, et al., 1989) โรคซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) (Miniati M, et al., 2014)

นอกจากการรักษาผู้ป่วยแบบรายบุคคลแล้วยังมีผู้ที่นำไปพัฒนาเป็นกลุ่มจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (group interpersonal psychotherapy/ group IPT) และได้มีการศึกษาแบบ randomized controlled trial ใน Uganda พบว่า group IPT มีประสิทธิภาพสูงในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder) และผู้ที่มีกลุ่มอาการของโรคซึมเศร้า (subsyndromal depression) (Bolton P, et al., 2003)

ในปัจจุบัน จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดที่มีคู่มือในการรักษา (manualized psychotherapy) ซึ่งเป็นประโยชน์ในการรักษาและการฝึกอบรมให้เป็นที่ไปในแนวทางเดียวกัน และเป็นประโยชน์ในการวัดผลของการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการรักษา จนมีงานศึกษาวิจัยต่างๆที่ยืนยันประสิทธิภาพของการรักษาดังที่ได้กล่าวมาแล้ว และเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันว่า เป็นจิตบำบัดที่มีหลักฐานยืนยันประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าอย่างชัดเจน (evidence-based therapy, EBT for depression)

การศึกษาวิจัยด้านจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในประเทศไทย

พีรพันธ์ ลีบุญฤทธิ์ชัย (2552) ได้ศึกษาบทบาทของความเครียด ความรุนแรงของความเครียด และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่มีต่อการเกิดโรคซึมเศร้า โดยศึกษาเปรียบเทียบผู้ที่เป็นซึมเศร้า 90 ราย และผู้ที่ไม่ซึมเศร้า 90 ราย พบว่า ผู้ที่ซึมเศร้าได้ประสบกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปีมากกว่าผู้ที่ไม่ซึมเศร้า (5.81 ± 3.19 และ 3.24 ± 2.80 เหตุการณ์ใน 1 ปี) ($p < 0.01$) ความเครียดในทุกด้าน (ทั้งด้านสุขภาพ ครอบครัว การเงิน การงาน และสังคม) รวมถึงความเครียดโดยรวม มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า ($p < 0.05$) ผู้ที่ประสบกับความเครียดในระดับปานกลางถึงรุนแรงในทุกด้านมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ประสบกับความเครียดในระดับต่ำ ($p < 0.05$) โดยความเครียดด้านสุขภาพมีระดับความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าสูงสุด (OR = 5.93, 95%CI = 2.33 – 16.92, $p < 0.01$) ชนิดของเหตุการณ์ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล การเจ็บป่วยที่ต้องหยุดงานหรือรบกวนกิจกรรมปกติ การเปลี่ยนแปลงการนอน การขาดการผ่อนคลาย อารมณ์ ความขัดแย้งกับคู่สมรส ปัญหาเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส ปัญหาการเงินของครอบครัว การตกงาน ปัญหาภักย์กับนายจ้างหรือผู้บังคับบัญชา ($p < 0.05$) และผลการวิเคราะห์ความถดถอยลอจิสติก พบว่า

ความเครียดในระดับปานกลางถึงสูงเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของโรคซึมเศร้า (OR = 5.26, 95%CI = 1.85 – 14.92, p < 0.01)

พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, นันทิกา ทวิชาชาติ และสมรรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ (2551) ได้ทำการศึกษา ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย โดยศึกษาแบบจับคู่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ที่ไม่ซึมเศร้า จำนวน 90 คู่ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับอาการของโรคซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้ง 4 ด้าน มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าไทย โดยพบว่าปัญหาการเปลี่ยนผ่านบทบาทมีระดับความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าไทยสูงสุด

พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย และนันทิกา ทวิชาชาติ (2553) ได้ศึกษาตัวกระตุ้นทางด้านปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้ง 4 ด้านกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าไทย เนื่องจากบริบทสังคม วัฒนธรรมที่ต่างกันของประเทศไทยกับในต่างประเทศ พบว่า ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้ง 4 ด้าน ยังคงเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญที่ก่อให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าไทย จึงบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มุ่งเน้นในการแก้ไขปัญหามุมมองสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสามารถประยุกต์ใช้ได้กับผู้ป่วยในบริบทของสังคมวัฒนธรรมไทย

ศิริลักษณ์ ปัญญา, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2556) ได้ศึกษาผลของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนที่ได้รับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ร่วมกับการรักษาตามปกติ และกลุ่มควบคุม 20 คนที่ได้รับการรักษาตามปกติ โดยอาศัยวิธีการจับคู่ด้วยเพศและอายุของผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่า จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

1. ขณะนี้มีการใช้ IPT อยู่แล้วหรือไม่ ถ้ามี มี evidence อะไรที่บอกว่ายังกบพร้อมอยู่ และไม่สอดคล้องกับบริบทสังคมไทย

ปัจจุบันมีการใช้ IPT ในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชศาสตร์ โดยผู้วิจัยเอง ซึ่งเป็นผู้ได้เข้าอบรม IPT จากผู้ตั้งต้น Professor Dr. Weissman จาก Columbia University ที่ผู้วิจัยเคยเดินทางไปศึกษาอบรมมา แต่ผู้วิจัยต้องการขยายงานด้าน IPT ให้เป็นวิธีการบำบัดรักษาโรคจิตเวชศาสตร์ให้เป็นที่แพร่หลายสำหรับจิตแพทย์ แพทย์ทั่วไป และบุคลากรทางจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต เพื่อให้สามารถนำไปใช้บำบัดรักษา

ผู้ป่วยซึ่งมีจำนวนมากในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นหนึ่งใน evidence-based therapies (EBTs) สำหรับโรคทางจิตเวชศาสตร์ โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า

ที่ผ่านมา มีงานวิจัยที่แสดงว่า ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้ง 4 ด้าน มีความเกี่ยวข้องกับอาการโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าในประเทศไทย และมี evidences ของประสิทธิภาพของ IPT ในการรักษาโรคซึมเศร้าชัดเจน รวมถึงในการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา แต่เมื่อผู้บำบัดรักษานำ IPT ไปใช้ควรมีการปรับให้เข้ากับบริบทของสังคมนั้นๆ เช่น ใน Uganda ซึ่งเป็นประเทศกำลังพัฒนา ก็จะมีแตกต่างจากในประเทศตะวันตกซึ่งเป็นที่เริ่มต้นพัฒนา IPT (เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย หรือในยุโรป) ใน Uganda ก็มีการปรับเทคนิควิธีการบำบัดของ IPT ให้เหมาะสมในการใช้กับบริบทของสังคมใน Uganda และจากการบำบัดรักษาผู้ป่วยในประเทศไทยด้วย IPT ของผู้วิจัยเอง ก็พบว่า ยังมีประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้ที่มีความแตกต่างกับประเทศตะวันตกซึ่งจำเป็นต้องปรับให้เข้ากับบริบทของสังคมไทย ดังนี้

1) อาการของโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย รวมถึงในประเทศตะวันออกและเอเชีย

เช่น จีน ใต้หวัน เกาหลี ญี่ปุ่น มักจะรายงานอาการทางด้านร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ ปวดศีรษะ เหนื่อย ไม่มีแรง คลื่นไส้ ท้องอืด อาหารไม่ย่อย เป็นอาการเริ่มต้นที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ ซึ่งต่างจากในประเทศตะวันตก ซึ่งผู้ป่วยมักจะรายงานอาการด้านอารมณ์เป็นอาการเริ่มต้นที่มาพบแพทย์ เช่น อารมณ์เศร้า หดหู่ ไม่มีความสุข ซึ่งประเด็นดังกล่าว เป็นสิ่งที่แพทย์หรือผู้บำบัดรักษาต้องให้ความสำคัญและให้ความสนใจกับอาการทางกายที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ว่าอาจจะเป็นส่วนหนึ่งของอาการของโรคซึมเศร้า รวมถึงในขั้นตอนการให้สุขภาพจิตศึกษา ในประเด็นทางอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกในการบำบัดรักษาของ IPT

2) เทคนิควิธีการที่ใช้ในการบำบัดรักษา (Therapeutic Techniques) ในการจัดการปัญหาสัมพันธภาพด้านต่างๆที่ต้องปรับให้เข้ากับบริบทของสังคมไทย มีดังนี้

2.1) ปัญหาอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief/bereavement) จากการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านนี้ พบว่า ในบริบทสังคมไทย ความเชื่อและหลักคำสอนทางพุทธศาสนา ความใกล้ชิดของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียไปได้ นอกจากเทคนิควิธีการของ IPT ในการช่วยให้ผู้ป่วยได้มองเห็นภาพความสัมพันธ์และภาพการสูญเสียอย่างตรงความเป็นจริงแล้ว ส่วนหนึ่งที่ช่วยผู้สูญเสียได้มาก คือ การใช้ความเชื่อ หลักคำสอนทางศาสนา และการสนับสนุนจากครอบครัวร่วมไปด้วยในการบำบัดรักษา

2.2) ปัญหาความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal role disputes) ในการจัดการปัญหาด้านนี้โดยการปรับเปลี่ยนรูปแบบการสื่อสาร (communication) และพัฒนาทักษะทางด้าน

สัมพันธภาพ (interpersonal skills) ในสังคมตะวันตกมักจะพยายามให้ผู้ป่วยเปิดการสื่อสารความต้องการ และความรู้สึกของตนเองอย่างตรงไปตรงไปกับอีกฝ่าย แต่ในสังคมตะวันออก สังคมเอเชีย และสังคมไทย ผู้ป่วยหลายรายมักมองว่าการสื่อสารแบบตรงไปตรงมาเป็นการไม่สุภาพและเป็นการแสดงความไม่เคารพ ผู้บำบัดรักษาต้องพยายามช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า การสื่อสารที่ตรงไปตรงมาช่วยให้อีกฝ่ายเข้าใจความต้องการและความรู้สึกของผู้ป่วยได้ แต่ต้องให้ผู้ป่วยเข้าใจและใส่ใจความรู้สึกของฝ่ายตรงข้ามด้วยการศึกษาที่ผ่านมา เกี่ยวกับประสิทธิภาพของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อภาวะซึมเศร้า ของศิริลักษณ์ ปัญญา เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และพีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย เป็นการศึกษาเบื้องต้นและรูปแบบการศึกษาเป็นแบบกึ่งทดลอง ซึ่งยังมีข้อจำกัดในด้านระเบียบวิธีวิจัยที่ยังไม่ใช่ randomized controlled trial (RCT) ที่จะแสดงประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน

2. อะไรที่เป็น modification ที่จะทำให้ต่างจากเดิมที่ให้บริการอยู่

มีการพัฒนาและปรับ Treatment Model ในรูปแบบที่ต่างจากเดิม ดังต่อไปนี้

1) ปรับรูปแบบจากการรักษาจากแบบรายบุคคล (individual IPT) เป็นจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในรูปแบบกลุ่ม (IPT in group format, IPT-G) เนื่องจากการบำบัดรักษาแบบรายบุคคล ต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัด 12-16 ครั้งต่อคน จำนวนผู้ป่วยค่อนข้างมาก ต้องใช้เวลามาก การปรับรูปแบบการบำบัดรักษา เป็นแบบกลุ่มจิตบำบัด (group therapy) จะสามารถรักษาผู้ป่วยได้คราวละ 8-20 คน โดยมีผู้รักษาในกลุ่ม 1-2 คน (ได้แก่ ผู้นำกลุ่ม และผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม) และเหมาะที่จะให้บุคลากรทางจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต ได้แก่ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ และนักอาชีวบำบัด สามารถนำรูปแบบและวิธีการไปใช้บำบัดรักษาผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น ซึ่งจะมีส่วนช่วยแพทย์ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยซึ่งมีจำนวนมากขึ้น ในปัจจุบัน

2) ปรับวิธีการและเทคนิคของการบำบัดรักษา (methods & techniques) โดยนำหลักการ และเทคนิควิธี

การรักษาของ IPT มาประยุกต์ปรับเข้ากับขั้นตอนและกระบวนการของกลุ่มจิตบำบัด โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1. ระยะเริ่มต้น (Initial Phase) 4 ครั้ง ได้แก่ การสร้างความสัมพันธ์และตกลงการรักษา การประเมินอาการและปัญหาสัมพันธภาพของผู้ป่วย การอธิบายและจัดการเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า 2. ระยะกลาง (Middle Phase) 4 – 8 ครั้ง ได้แก่ การใช้เทคนิควิธีการรักษาของ IPT ในการจัดการแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และ 3. ระยะสิ้นสุด (Termination Phase) 4 ครั้ง ได้แก่ การทบทวนความก้าวหน้าและความสำเร็จของการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตัวเองได้หลังสิ้นสุดการรักษา

3) ปรับโดยใช้กระบวนการกลุ่มในการพัฒนารูปแบบการสื่อสาร ทักษะทางสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและทักษะทางสังคมที่เหมาะสม ได้แก่ การฝึกปฏิสัมพันธ์ เช่น การให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันวิเคราะห์การสื่อสาร และให้ข้อมูลย้อนกลับ (communication analysis and feedback) การใช้บทบาทสมมติ (role play) และการใช้แบบอย่างบทบาท (role model) รวมถึงการพัฒนาการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นข้อได้เปรียบของการปรับรูปแบบการบำบัดรักษาเป็นกลุ่มจิตบำบัด

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการพัฒนารูปแบบ IPT-G ในบริบทสังคมไทย

1. ได้รูปแบบ และเทคนิควิธีการบำบัดรักษาของ IPT ที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย
2. ได้ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบ IPT ดังกล่าวในการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าไทย
3. ได้คู่มือการบำบัดรักษา IPT ที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย เพื่อให้จิตแพทย์ แพทย์ทั่วไป และบุคลากรทางด้านจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิตได้นำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชศาสตร์และผู้มีปัญหาสุขภาพจิตต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการบริการดูแลรักษาผู้ป่วย ได้รูปแบบการรักษาของจิตบำบัดที่เป็นรูปแบบใหม่ ซึ่งเป็นจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่เหมาะสมในการนำมาใช้กับผู้ป่วยในประเทศไทย ตามบริบทของสังคมและวัฒนธรรมของประเทศไทย
2. ด้านการเรียนการสอนและการวิจัย ได้พัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับจิตสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย โดยเฉพาะปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย รวมทั้งองค์ความรู้เกี่ยวกับจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในประเทศไทย

เนื้อเรื่อง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research design)

เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental study) ที่มีการสุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มเปรียบเทียบ (randomized controlled trial, RCT) โดยเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าของกลุ่มจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (group interpersonal psychotherapy) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับและไม่ได้รับจิตบำบัดดังกล่าว

ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology)

ประชากรและตัวอย่าง (Population and sample)

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรตัวอย่าง (Sample population) คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลศึกษาวิจัย ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) และไม่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกออก (exclusion criteria) ตามที่ได้กำหนดไว้

หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่าง (Selection criteria)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5 criteria ทั้งโรคซึมเศร้ารุนแรง (major depressive disorder) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (persistent depressive disorder or dysthymia) ภายใน 3 เดือนก่อนเข้าร่วมการศึกษาวิจัย
2. ได้คะแนนจากแบบประเมิน HRSD ตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป
3. อายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
4. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดเลือกรอก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงที่มีอาการของโรคจิตร่วมด้วย (major depressive disorder with psychotic features) ผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia) และโรคจิตชนิดอื่นๆ (other psychotic disorders) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนไบโพลาร์ (bipolar disorders) ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (dementias) ผู้ป่วยที่อาการทางจิตเวชที่เกิดจากภาวะทางร่างกาย (organic mental disorders) หรือเกิดจากการใช้สาร (substance-induced) โดยการประเมินด้วยการซักประวัติและตรวจสภาพจิตโดยทีมผู้วิจัย
2. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชที่รุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาวิจัย
3. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าใจการสื่อสารโดยการฟัง พูด อ่าน หรือเขียนตามปกติได้

เกณฑ์การถอนออกจากการศึกษา (Withdrawal criteria)

1. ผู้ป่วยขอถอนตัวออกจากการศึกษา
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการวิจัยหรือโปรแกรมการรักษาได้ตลอดการรักษา
3. ผู้ป่วยที่เกิดความเสี่ยงที่รุนแรงในระหว่างโปรแกรมการศึกษา เช่น อาการซึมเศร้าเป็นรุนแรงขึ้น มีความเสี่ยงสูงในการฆ่าตัวตาย ซึ่งต้องการได้รับการรักษาอื่นเพิ่มเติมเพื่อลดอาการผู้ป่วยที่รุนแรงโดยเร็ว

จำนวนตัวอย่างของการทำวิจัย

อาศัยการคำนวณจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างในงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างและมีกลุ่ม

เปรียบเทียบ ดังนี้
$$n = \frac{2\sigma^2 (z_\beta + z_{\alpha/2})^2}{(x_1 - x_2)^2}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

σ = standard deviation ของผลที่ได้จากตัวแปร

z_β = ค่า z ที่ได้จากตารางแจกแจงปกติ เมื่อกำหนดขนาดของ type II error ให้เท่ากับ 0.1 มีค่าเท่ากับ 1.28

$z_{\alpha/2}$ = ค่า z ที่ได้จากตารางแจกแจงปกติ เมื่อกำหนดขนาดของ type I error ให้เท่ากับ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

x_1 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง เท่ากับ 8.45 (Panya S, et al, 2015)

x_2 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง เท่ากับ 2.20 (Panya S, et al, 2015)

$$\sigma^2 = (SD_1^2 + SD_2^2) / 2 \text{ เมื่อ } n_1 = n_2$$

$$\text{แทนค่า } n = \frac{2(2.94)^2(1.28 + 1.96)^2}{(8.45 - 2.20)} = 29 \text{ คน}$$

เพื่อป้องกันการออกจากการศึกษา ต้องเก็บตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 ดังนั้นต้องเก็บตัวอย่างเพิ่มขึ้นเป็นกลุ่มละ 32 คน รวมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 64 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปร (ดังเอกสารแนบอยู่หลังรายละเอียดของโครงการวิจัย)

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สำหรับเก็บข้อมูลประวัติส่วนตัว ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา

การประกอบอาชีพ รายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัว

- แบบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลของผู้เข้าร่วมการศึกษา โดยรวบรวมจากเวชระเบียน เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค โรคทางจิตเวชที่เกิดร่วม และชนิดและขนาดของยาที่ได้รับ

- แบบวัดอาการซึมเศร้า Thai version of Hamilton Rating Scale for Depression (Thai HRSD) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการของโรคซึมเศร้าอย่างแพร่หลาย มักใช้ในการศึกษาวิจัยที่ใช้ติดตามผลการรักษา ได้รับการพัฒนาโดยมานิช หล่อตระกูลและคณะ ได้ทดสอบแล้วพบว่ามีความสัมพันธ์ของเครื่องมือที่ได้ มีความแม่นยำและความน่าเชื่อถือที่ดี โดยค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.74 ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-57 คะแนน โดยคะแนน 0-7 แสดงว่าไม่พบภาวะซึมเศร้า คะแนน 8-29 แสดงถึงภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และคะแนน 30 คะแนนขึ้นไป แสดงถึงภาวะซึมเศร้ารุนแรงหรือมีอาการของโรคจิตร่วมด้วย

- Clinical Global Impression (CGI) เป็นเครื่องมือที่ประเมินโดยผู้วิจัย โดยใช้ประเมินความรุนแรงของอาการผู้ป่วย (severity) โดยรวม เมื่อเริ่มต้น (baseline) แบ่งเป็น 6 ระดับ ได้แก่ 1) normal, 2) borderline ill, 3) slightly ill, 4) moderately ill, 5) markedly ill และ 6) extremely ill และประเมินอีกครั้งเมื่อสิ้นสุดการรักษา (endpoint) เพื่อใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของอาการทางคลินิกของผู้ป่วยโดยรวม

(change) เมื่อสิ้นสุดการรักษาระหว่างแบ่งเป็น 7 ระดับ ได้แก่ 1) very much improved, 2) much improved, 3) minimally improved, 4) no change, 5) minimally worse, 6) much worse และ 7) very much worse

รายละเอียดของโปรแกรมการบำบัด

เป็นจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในรูปแบบกลุ่ม (interpersonal psychotherapy in group format, IPT-G) จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 32 คน จะให้การรักษารูปแบบกลุ่ม โดยจัดเป็น 3 กลุ่ม จำนวนผู้ป่วยแต่ละกลุ่มประมาณ 10-12 คน แต่ละกลุ่มจะให้การรักษาทันทีทั้งหมด 12 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ รวมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีผู้รักษาในแต่ละกลุ่ม 1-2 คน ได้แก่ ผู้นำกลุ่ม และผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ดังนี้

1. ผู้นำกลุ่มในการบำบัดทุกครั้งของทุกกลุ่ม ได้แก่ รศ.นพ.พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย หัวหน้าโครงการวิจัย ซึ่งผ่านการฝึกอบรมทางด้าน IPT กับ Prof. Dr. Myrna M. Weissman จาก Columbia University และได้ทำการปฏิบัติ สอนและฝึกอบรม และทำวิจัยทางด้าน IPT

2. ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในแต่ละกลุ่ม ได้แก่ คุณพอลลีน เฉลิมวัฒน์ (พยาบาลจิตเวช หอผู้ป่วยนอก ภาปร. ชั้น 12) คุณยุภาภรณ์ มีหนองหว่า (พยาบาลจิตเวช หอผู้ป่วยนอก ภาปร. ชั้น 12) และคุณเยาวลักษณ์ ประเสริฐสุข (พยาบาลจิตเวช หอผู้ป่วยใน) ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำกลุ่มผู้ป่วยนอก/กลุ่มผู้ป่วยในของผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และเคยเข้าฟังการอบรมทางด้าน IPT จากหัวหน้าโครงการวิจัย โดย อ.นพ.โชติมันต์ ชินวรารักษ์ ซึ่งไม่ได้ร่วมในกระบวนการบำบัดรักษาและไม่ทราบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาคนใดอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม จะเป็นผู้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้เข้าร่วมการศึกษาแต่ละรายในทุกครั้งของการประเมิน โดยใช้เครื่องมือ Thai HRSD และ CGI ซึ่ง อ.นพ.โชติมันต์ ได้เคยผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือดังกล่าว และเคยผ่านใช้เครื่องมือดังกล่าวในการประเมินผู้ป่วยทางจิตเวชมาแล้ว รายละเอียดการบำบัดรักษาของ IPT-G แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) **ระยะเริ่มต้น (Initial Phase)** ใช้เวลาประมาณ 3 – 4 ครั้ง ได้แก่ การสร้างความสัมพันธ์และตกลงการรักษา การประเมินอาการและให้การวินิจฉัย การประเมินปัญหาสัมพันธภาพหลักของผู้ป่วยแต่ละราย การอธิบายและจัดการเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า รวมถึงการเชื่อมโยงปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลหลักกับอาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยแต่ละราย

2) **ระยะกลาง (Intermediate or Middle Phase)** ใช้เวลาประมาณ 6 - 7 ครั้ง ได้แก่ การทบทวนปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยแต่ละคนในกลุ่ม การใช้เทคนิควิธีการรักษาของ IPT ทั้งการค้นหาข้อมูล (exploratory techniques) การวิเคราะห์การสื่อสาร (communication analysis) การกระตุ้นให้แสดงอารมณ์ที่เกิดขึ้นและจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม (use or

encouragement of affect) การแสดงบทบาทสมมติ (role playing) การแก้ไขปัญหาและวิเคราะห์เพื่อการตัดสินใจ (problem solving and decision analysis) การมอบหมายงานหรือให้การบ้าน (task assignment or homework) การใช้สัมพันธภาพในการบำบัดรักษา (use of therapeutic relationship) รวมทั้งกระบวนการและเทคนิคของกลุ่มบำบัดในการจัดการแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้แก่ การเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มได้แสดงความคิดเห็น (go-around) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อเสนอแนะของสมาชิกแต่ละคนในกลุ่ม การฝึกบทบาทสมมติและการฝึกการสื่อสารของสมาชิกในกลุ่ม รวมถึงการฝึกทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและทักษะทางสังคมของสมาชิกในกลุ่ม จนสมาชิกแต่ละรายในกลุ่มสามารถเรียนรู้วิธีการจัดการแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ตนเองประสบ สามารถนำไปแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผู้รักษาจะคอยทบทวนการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วยที่ดีขึ้นเรื่อยๆ ในแต่ละครั้งของการรักษาในระหว่างกลาง ร่วมกับการทบทวนการดีขึ้นของอาการซึมเศร้าในแต่ละครั้ง

3) ระยะสิ้นสุด (Termination Phase) ใช้เวลาประมาณ 3 - 4 ครั้ง ได้แก่ การทบทวนความก้าวหน้าและความสำเร็จของการรักษาของสมาชิกแต่ละคนในกลุ่ม โดยการทบทวนปัญหาสัมพันธภาพหลักที่ดีขึ้น ร่วมกับอาการของโรคซึมเศร้าที่ดีขึ้นของผู้ป่วยแต่ละราย ทบทวนเทคนิควิธีการจัดการปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่สมาชิกแต่ละคนใช้ในการจัดการปัญหา เตรียมพร้อมกับการสิ้นสุดการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสามารถพึ่งพาตัวเอง จัดการปัญหาและเผชิญปัญหาของตนเองได้ในอนาคตหลังสิ้นสุดการรักษา รวมถึงการประเมินความจำเป็นสำหรับการรักษาต่อในระยะต่อเนื่อง (continuation and maintenance treatment) ในการบำบัดรักษาแบบห่างขึ้น เช่น เดือนละครั้ง สำหรับผู้ป่วยบางรายที่มีความเสี่ยงอาจกลับเป็นซ้ำ

วิธีการวิจัย (Method) และการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

1. ส่งโครงร่างการวิจัยเพื่อรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยทำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และฝ่ายการพยาบาล เพื่อขอเก็บข้อมูลการวิจัย
3. ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยและคณะวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ร่วมกับเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยและคณะวิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการและขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ของโครงการวิจัย และผลที่อาจเกิดขึ้นแก่

ผู้เข้าที่มีโอกาสร่วมการศึกษาวินิจฉัยตามเกณฑ์การคัดเลือก แล้วเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาดัดสินใจ เข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ และแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยโดยลงลายมือชื่อเป็น ลายลักษณ์อักษร

4. เมื่อได้ผู้เข้าร่วมการศึกษาดัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจแล้ว ทำการจัด (allocation) ผู้เข้าร่วมการศึกษาลงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยอาศัยวิธีการสุ่มแบบบล็อก (block randomization) ให้ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละประมาณ 32 คน

5. ทำการประเมินผู้เข้าร่วมการศึกษาก่อนเริ่มโปรแกรม โดยให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาดอบแบบสอบถามข้อมูล ทั่วไป และผู้วิจัยสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม และเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเพิ่มเติมจากเวชระเบียนผู้ป่วย บันทึกลงไว้ในแบบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ ผู้วิจัยทำการประเมินผู้เข้าร่วมการศึกษาด้วย Thai HRSD และ CGI ผู้วิจัยที่เป็นผู้ประเมินจะไม่ใช้ผู้ที่ให้การบำบัดรักษา จึงจะไม่ทราบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษายู่ในกลุ่ม ทดลองหรือกลุ่มควบคุม (blind ผู้ประเมิน) ในการตอบแบบสอบถามและการประเมินผู้เข้าร่วมการศึกษาด จะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 20 นาทีต่อคน

6. ผู้เข้าร่วมการศึกษาร่วมโปรแกรมการบำบัดรักษา โดยกลุ่มทดลองจะเข้ารับการบำบัดรักษาด้วยจิต บำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในรูปแบบกลุ่ม (interpersonal psychotherapy in group format, IPT-G) ร่วมกับการดูแลรักษาตามปกติ (treatment as usual, TAU) ซึ่งได้แก่การให้ยารักษาจากแพทย์ผู้ดูแล ผู้ป่วย โดยจิตบำบัดจะใช้เวลาประมาณ 12 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) ระยะเริ่มต้น (initial phase) ประมาณ 3 - 4 ครั้ง เพื่อเตรียมพร้อมผู้เข้าร่วมการ รักษาเข้าสู่การทำจิตบำบัด การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น การค้นหาปัญหา สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า การทบทวนสัมพันธภาพของผู้ป่วย 2) ระยะกลาง (intermediate or middle phase) ประมาณ 6 - 7 ครั้ง ประกอบด้วย การจัดการแก้ไขปัญหาสัมพันธ์ภาพ ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย จนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น และ 3) ระยะสิ้นสุด (termination phase) ประมาณ 3 - 4 ครั้ง ประกอบด้วย การทบทวนผลของการบำบัดรักษา การเตรียม ผู้ป่วยเพื่อให้พร้อมสำหรับการสิ้นสุดการรักษา และความสามารถในการพึ่งพาตัวเองหลังจากสิ้นสุดการ รักษา ส่วนผู้เข้าร่วมการศึกษาลงกลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลรักษาตามปกติ (treatment as usual, TAU) ซึ่งได้แก่การให้ยารักษาจากแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้วิจัยมีมาตรการในการควบคุมปัจจัยกวน จากกรที่ได้รับจิตบำบัดจากแพทย์ผู้ดูแลของผู้ป่วย โดย ผู้วิจัยจะแจ้งให้แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับทราบว่าผู้ป่วยได้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัด IPT-G ในโครงการวิจัย

และขอความร่วมมือแพทย์ผู้ดูแลในการหลีกเลี่ยงการให้จิตบำบัดอื่นๆแก่ผู้ป่วยตลอดช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโปรแกรมการศึกษา 16 สัปดาห์ (โดยแพทย์ผู้ดูแลยังสามารถให้การรักษาผู้ป่วยด้วยยารักษาตามปกติ เช่นเดิม) และแจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบและขอความร่วมมือผู้ป่วยไม่ได้รับการทำจิตบำบัดและโปรแกรมการบำบัดอื่นใด จากสถานบำบัดรักษาอื่นในระหว่างที่อยู่ในโปรแกรมการศึกษา

7. ในระหว่างที่อยู่ในโปรแกรมการศึกษา คณะผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษาตลอดช่วงการศึกษา และจะประเมินการเปลี่ยนแปลงของอาการของผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งที่อยู่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 โดยผู้วิจัยจะประเมินผู้เข้าร่วมการศึกษาด้วย Thai HRSD และ CGI โดยผู้วิจัยที่เป็นผู้ประเมินจะไม่ใช้ผู้ที่ให้การบำบัดรักษา จึงจะไม่ทราบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (blind ผู้ประเมิน)

8. หลังสิ้นสุดโปรแกรมการรักษาในสัปดาห์ที่ 12 ทั้งผู้เข้าร่วมการศึกษาที่อยู่ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จะได้รับการประเมินอีกครั้ง โดยผู้วิจัยจะทำการประเมินผู้เข้าร่วมการศึกษาด้วย Thai HRSD และ CGI และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัด ผ่านไปอีก 4 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 16) จะประเมินการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้เข้าร่วมการศึกษาของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Thai HRSD และ CGI อีกเป็นครั้งสุดท้าย

9. เวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งหมดประมาณ 16 สัปดาห์ต่อคน

10. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบในแบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและสมบูรณ์สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

11. ระยะเวลาทั้งหมดในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ประมาณ 6 – 8 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสถิติ SPSS นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษาโดยใช้จำนวน สัดส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบผลของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการลดอาการของโรคซึมเศร้า และการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกโดยรวมที่ดีขึ้นทั้งภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และการเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการของโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดโปรแกรมการศึกษา โดยใช้ repeated measures of analysis of variance or ANOVA รวมทั้งเพื่อทดสอบอิทธิพล

ของการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดต่อการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคซึมเศร้า โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับน้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะอาการทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 64) แยกเป็นกลุ่มทดลอง (n = 32) และกลุ่มควบคุม (n = 32)

ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะอาการทางคลินิก	กลุ่มทดลอง (n = 32) n (%)	กลุ่มควบคุม (n = 32) n (%)	รวม (n = 64) n (%)
เพศ			
ชาย	6 (18.8)	6 (18.8)	12 (18.8)
หญิง	26 (81.3)	26 (81.3)	52 (81.3)
อายุ (ปี)			
Mean ± SD	33.74 ± 14.86	26.22 ± 7.63	29.92 ± 12.26
Min, Max	18, 68	18, 53	18, 68
สถานภาพสมรส			
โสด	25 (78.1)	26 (81.3)	51 (79.7)
สมรส	4 (12.5)	4 (12.5)	8 (12.5)
แยกกันอยู่ หย่าร้าง	2 (6.3)	1 (3.1)	3 (4.7)
หม้าย	1 (3.1)	1 (3.1)	2 (3.1)
ระดับการศึกษา			
มัธยมศึกษา	10 (31.3)	9 (28.1)	19 (29.7)
ปริญญาตรี	20 (62.5)	19 (59.4)	39 (60.9)
สูงกว่าปริญญาตรี	2 (6.3)	4 (12.5)	6 (9.4)
อาชีพ			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13 (40.6)	11 (34.4)	24 (37.5)
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2 (6.3)	2 (6.3)	4 (6.3)
ธุรกิจส่วนตัว	4 (12.5)	3 (9.4)	7 (10.9)
พนักงาน	13 (40.6)	16 (50)	29 (45.3)
รายได้			
มี	19 (59.4)	21 (65.6)	40 (62.5)
ไม่มี	13 (40.6)	11 (34.3)	24 (37.5)

ข้อมูลส่วนบุคคลและ ลักษณะอาการทาง คลินิก	กลุ่มทดลอง (n = 32) n (%)	กลุ่มควบคุม (n = 32) n (%)	รวม (n = 64) n (%)
ประวัติโรคซึมเศร้าใน ครอบครัว			
มี	12 (37.5)	10 (31.3)	22 (34.4)
ไม่มี	20 (62.5)	22 (68.8)	42 (65.6)
โรคทางจิตเวชที่เกิด ร่วม			
ไม่มี	23 (71.9)	20 (62.5)	43 (67.2)
Anxiety disorders	7 (21.9)	10 (31.3)	17 (26.6)
Cluster B PD	2 (6.3)	2 (6.3)	4 (6.3)
ประวัติโรคทางกาย			
มี	5 (15.6)	3 (9.4)	8 (12.5)
ไม่มี	26 (84.4)	29 (90.6)	56 (87.5)
ประวัติการใช้สุราและ สารเสพติด			
มี	3 (9.4)	3 (9.4)	6 (9.4)
ไม่มี	29 (90.6)	29 (90.6)	58 (90.6)

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลและอาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด 64 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 52 คน คิดเป็นร้อยละ 81.3 อายุเฉลี่ย 29.92 ± 12.26 ปี โดยอายุต่ำสุดคือ 18 ปี และสูงสุดคือ 68 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสโสด 51 คน คิดเป็นร้อยละ 79.7 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 39 คน คิดเป็นร้อยละ 60.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นพนักงาน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 45.3 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ 24 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 ส่วนใหญ่ (40 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5) มีรายได้ มี 22 คน (คิดเป็นร้อยละ 34.4) มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ส่วนใหญ่ (43 คน คิดเป็นร้อยละ 67.2) ไม่พบโรคทางจิตเวชที่เกิดร่วม โรคทางจิตเวชที่พบร่วมมากที่สุดได้แก่ โรคกลุ่ม anxiety disorders 17 คน (คิดเป็นร้อยละ 26.6) มีอยู่ 8 คน (ร้อยละ 12.5) พบว่ามีโรคประจำตัวทางกาย และมีอยู่ 6 คน (ร้อยละ 9.4) ที่มีการใช้สุราหรือสารเสพติดร่วมด้วย

หากพิจารณาแยกเป็นกลุ่มทดลอง (n = 32) และกลุ่มควบคุม (n = 32) จะพบว่าลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะทางคลินิกทั้ง 2 กลุ่มจะมีความใกล้เคียงกัน โดยพบว่าสัดส่วนของเพศชายและหญิงใน 2 กลุ่ม คือ 6:26 เท่ากัน อายุเฉลี่ยกลุ่มทดลอง 33.74 ± 14.86 ปี ในขณะที่กลุ่มควบคุม 26.22 ± 7.63 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นโสดในทั้ง 2 กลุ่ม ทั้ง 2 กลุ่มมีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีเป็น

ส่วนใหญ่ ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จะมีทั้งที่ประกอบอาชีพเป็นพนักงาน (13 คน คิดเป็นร้อยละ 40.6) และไม่ได้ประกอบอาชีพ (13 คน คิดเป็นร้อยละ 40.6) เท่าๆกัน ในขณะที่กลุ่มควบคุม จะมีผู้ประกอบอาชีพเป็นพนักงาน (16 คน คิดเป็นร้อยละ 50) มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (11 คน คิดเป็นร้อยละ 34.4) กลุ่มทดลองมีผู้ที่มีรายได้ 19 คน (ร้อยละ 59.4) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้ที่มีรายได้ 21 คน (ร้อยละ 65.6) ทั้ง 2 กลุ่มมีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัวใกล้เคียงกัน (กลุ่มทดลอง 12 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 ในขณะที่กลุ่มควบคุม 10 คน คิดเป็นร้อยละ 31.3) ทั้ง 2 กลุ่มไม่พบโรคทางจิตเวชอื่นที่เกิดร่วม โดยโรคทางจิตเวชที่พบร่วมมากที่สุด ได้แก่ โรคกลุ่ม anxiety disorders (กลุ่มทดลอง 7 คน คิดเป็นร้อยละ 21.9 ในขณะที่กลุ่มควบคุม 10 คน คิดเป็นร้อยละ 31.3) กลุ่มทดลองมีโรคทางกายร่วมด้วย 5 คน คิดเป็นร้อยละ 15.6 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีโรคทางกายร่วมด้วย 3 คน คิดเป็นร้อยละ 9.4 และพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีผู้ใช้สุราและสารเสพติดกลุ่มละ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 9.4 เท่ากัน

ตารางที่ 2 แสดงค่าคะแนนโดยเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้า (Thai HRSD) และอาการทางคลินิก (CGI) ก่อนและหลังการศึกษา

คะแนนซึมเศร้าโดยแบบประเมิน Thai HRSD

กลุ่ม	ก่อนการศึกษา (สัปดาห์ที่ 0)	หลังการศึกษา (สัปดาห์ที่ 16)	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการศึกษา
กลุ่มทดลอง (n = 32)	29.94±1.73	5.29±1.52	24.65±1.94
กลุ่มควบคุม (n = 32)	28.78±1.70	15.34±1.50	13.44±1.94

คะแนนอาการทางคลินิกโดยแบบประเมิน CGI

กลุ่ม	ก่อนการศึกษา (สัปดาห์ที่ 0)	หลังการศึกษา (สัปดาห์ที่ 16)	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการศึกษา
กลุ่มทดลอง (n = 32)	5.12±0.18	1.78±0.14	3.34±0.22
กลุ่มควบคุม (n = 32)	5.02±0.18	3.36±0.13	1.66±0.22

จากตารางที่ 2 แสดงถึงคะแนนซึมเศร้าเฉลี่ยโดยแบบประเมิน Thai HRSD และคะแนนอาการทางคลินิกเฉลี่ยโดยแบบประเมิน CGI ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการศึกษา โดยการทำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในรูปแบบกลุ่ม (IPT in a group format, IPT-G) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนซึมเศร้าเฉลี่ยก่อนการศึกษา (ในสัปดาห์ที่ 0) อยู่ที่ 29.94±1.73 ลดลงไปที่คะแนน 5.29±1.52 หลังการศึกษา (สัปดาห์ที่ 16) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนซึมเศร้าเฉลี่ยก่อนการศึกษา (ในสัปดาห์ที่ 0)

อยู่ที่ 28.78 ± 1.70 ลดลงไปที่คะแนน 15.34 ± 1.50 หลังการศึกษา (ในสัปดาห์ที่ 16) โดยมีความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนการศึกษาและหลังการศึกษาในกลุ่มทดลองอยู่ที่ 24.65 ± 1.94 และในกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 13.44 ± 1.94 และพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนอาการทางคลินิกเฉลี่ยก่อนการศึกษา (ในสัปดาห์ที่ 0) อยู่ที่ 5.12 ± 0.18 ลดลงไปที่คะแนน 1.78 ± 0.14 หลังการศึกษา (สัปดาห์ที่ 16) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนอาการทางคลินิกเฉลี่ยก่อนการศึกษา (ในสัปดาห์ที่ 0) อยู่ที่ 5.02 ± 0.18 ลดลงไปที่คะแนน 3.36 ± 0.13 หลังการศึกษา (ในสัปดาห์ที่ 16) โดยมีความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนการศึกษาและหลังการศึกษาในกลุ่มทดลองอยู่ที่ 3.34 ± 0.22 และในกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 1.66 ± 0.22

ตารางที่ 3 แสดงค่าความแตกต่างของคะแนนซีเอ็มเอสอาร์เอเฉลี่ยโดยแบบประเมิน Thai HRSD ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการวัดความแตกต่างของคะแนนซีเอ็มเอสอาร์เอเฉลี่ยในครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 0-4) ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 0-8) ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 0-12) และครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 0-16)

การวัดความแตกต่างของคะแนนซีเอ็มเอสอาร์เอเฉลี่ย (Thai HRSD)

ครั้งที่	กลุ่มทดลอง (n = 32)	กลุ่มควบคุม (n = 32)	p-value (between gr.)
ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 0-4)	17.06 ± 1.69	10.84 ± 1.69	0.01*
ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 0-8)	19.50 ± 1.84	10.53 ± 1.84	0.001**
ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 0-12)	22.06 ± 1.79	13.03 ± 1.79	0.001**
ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 0-16)	24.65 ± 1.94	13.43 ± 1.94	<0.001**

*p < 0.05, **p < 0.01

จากตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนซีเอ็มเอสอาร์เอเฉลี่ยโดยแบบประเมิน Thai HRSD ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการวัดความแตกต่างของคะแนนซีเอ็มเอสอาร์เอเฉลี่ยในครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 0 - 4) ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 0 - 8) ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 0 - 12) และครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 0 - 16) โดยการใช้สถิติทดสอบ repeated measures ANOVA ผลการทดสอบ พบว่า มีความแตกต่างของการวัดเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการวัดเปรียบเทียบทั้ง 4 ครั้ง โดยมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (mean difference) ในครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 0 - 4) = 6.22 (95% CI = 1.43 - 11.01) (p < 0.05) ในครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 0 - 8) = 8.97 (95%CI = 3.77 - 14.17) (p < 0.01) ในครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 0 - 12) = 9.03 (95%CI = 3.96 - 14.10) (p < 0.01) และในครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 0 - 16) = 11.22 (95%CI = 5.73 - 16.71) (p < 0.01) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับจิตบำบัดสัมพันธภาพ

ระหว่างบุคคลรูปแบบกลุ่ม (IPT-G) 12 สัปดาห์ มีคะแนนซึมเศร้าเฉลี่ยลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้
 รับประทานบำบัดดังกล่าว

**ตารางที่ 4 แสดงค่าความแตกต่างของคะแนนอาการทางคลินิกเฉลี่ยโดยแบบประเมิน CGI
 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการวัดความแตกต่างของคะแนนซึมเศร้าเฉลี่ยในครั้งที่ 1
 (สัปดาห์ที่ 0-4) ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 0-8) ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 0-12) และครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 0-16)**

การวัดความแตกต่างของคะแนนทางคลินิกเฉลี่ย (CGI)

ครั้งที่	กลุ่มทดลอง (n = 32)	กลุ่มควบคุม (n = 32)	p-value (between gr.)
ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 0-4)	2.50 ± 0.23	1.38 ± 0.23	0.001**
ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 0-8)	2.53 ± 0.23	1.41 ± 0.23	0.001**
ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 0-12)	3.03 ± 0.21	1.59 ± 0.21	<0.001**
ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 0-16)	3.34 ± 0.22	1.66 ± 0.22	<0.001**

*p < 0.05, **p < 0.01

จากตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนอาการทางคลินิก
 เฉลี่ยโดยแบบประเมิน CGI ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการวัดความแตกต่างของคะแนน
 อาการทางคลินิกเฉลี่ยในครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 0 - 4) ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 0 - 8) ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 0 - 12)
 และครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 0 - 16) โดยการใช้สถิติทดสอบ repeated measures ANOVA ผลการทดสอบ
 พบว่า มีความแตกต่างของการวัดเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการวัดเปรียบเทียบ
 ทั้ง 4 ครั้ง โดยมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (mean difference) ในครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 0 - 4) = 1.13 (95%
 CI = 0.49 - 1.76) (p < 0.01) ในครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 0 - 8) = 1.13 (95%CI = 0.49 - 1.77) (p < 0.01) ใน
 ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 0 - 12) = 1.44 (95%CI = 0.83 - 2.04) (p < 0.01) และในครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 0 - 16)
 = 1.68 (95%CI = 1.07 - 2.30) (p < 0.01) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับบำบัดสัมพันธภาพ
 ระหว่างบุคคลรูปแบบกลุ่ม (IPT-G) 12 สัปดาห์ มีคะแนนอาการทางคลินิกเฉลี่ยลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม
 ที่ไม่ได้รับบำบัดดังกล่าว

โดยสรุป จากผลการศึกษาที่ได้ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลส่วนบุคคลและ
 ข้อมูลอาการทางคลินิกเมื่อเริ่มต้นก่อนศึกษาใกล้เคียงกัน โดยอาศัยวิธีการสุ่ม (randomization) เมื่อ

ทำการศึกษาค่าผลของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในรูปแบบกลุ่ม (IPT-G) 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับ IPT-G มีค่าคะแนนซึมเศร้าเฉลี่ย โดยแบบประเมิน Thai HRSD และค่าคะแนนอาการทางคลินิกเฉลี่ย โดยแบบประเมิน CGI ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับ IPT-G อย่างต่อเนื่องในการวัดซ้ำทุกครั้งตั้งแต่เริ่มทำการศึกษา (สัปดาห์ที่ 0) สัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และไปจนถึงสิ้นสุดการศึกษา (สัปดาห์ที่ 16) แสดงให้เห็นว่า จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในรูปแบบกลุ่ม (IPT-G) ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการของโรคซึมเศร้าที่ลดลง และมีอาการทางคลินิกที่ดีขึ้นได้

อภิปรายและวิจารณ์ผลการศึกษา

ผลจากการศึกษานี้ พบว่า จากการพัฒนาโปรแกรมจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลรูปแบบกลุ่ม (interpersonal psychotherapy in group format, IPT-G) ในการรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเป็นการศึกษาแบบทดลอง มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่ม (randomized controlled trial) โดยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ทำการศึกษาทั้งหมด 64 คน จัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าสู่กลุ่มทดลอง 32 คนและกลุ่มควบคุม 32 คน โดยอาศัยวิธีการสุ่มแบบบล็อก (block randomization) กลุ่มทดลองได้รับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลรูปแบบกลุ่ม (IPT-G) เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ร่วมกับการรักษาตามปกติ (treatment as usual, TAU) จากจิตแพทย์ประจำตัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นการรักษาด้วยยาตามปกติ และกลุ่มควบคุมได้รับเพียงการรักษาตามปกติ (TAU) จากจิตแพทย์ประจำตัวผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ทำการประเมินคะแนนซึมเศร้าโดยแบบประเมิน Thai HRSD และคะแนนอาการทางคลินิกโดยแบบประเมิน CGI ก่อนเริ่มศึกษา (สัปดาห์ที่ 0) และติดตามประเมินต่อในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และหลังจากการศึกษา (สัปดาห์ที่ 16) ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนซึมเศร้าเฉลี่ย และคะแนนอาการทางคลินิกเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยแบ่งการวัดเปรียบเทียบซ้ำเป็น 4 ครั้ง โดยเปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างกับตอนก่อนศึกษา (mean difference) (สัปดาห์ที่ 0) ดังนี้ ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 0 - 4) ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 0 - 8) ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 0 - 12) และครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 0 - 16) โดยใช้สถิติทดสอบ repeated measures analysis of variance (ANOVA) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ผลการศึกษาพบว่า หลังจากจัดผู้ป่วยเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอาการทางคลินิกเมื่อเริ่มต้นก่อนศึกษาใกล้เคียงกัน เมื่อเปรียบเทียบผลของผลของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในรูปแบบกลุ่ม (IPT-G) 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับ IPT-G มีค่าคะแนนซึมเศร้าเฉลี่ย โดยแบบประเมิน Thai HRSD และค่าคะแนนอาการทางคลินิกเฉลี่ย โดยแบบประเมิน CGI ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับ IPT-G อย่างต่อเนื่องในการวัดซ้ำทุกครั้งตั้งแต่เริ่ม

ทำการศึกษา (สัปดาห์ที่ 0) สัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และไปจนถึงสิ้นสุดการศึกษา (สัปดาห์ที่ 16) แสดงให้เห็นว่า จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลในรูปแบบกลุ่ม (IPT-G) ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการของโรคซึมเศร้าที่ลดลง และมีอาการทางคลินิกที่ดีขึ้นได้ การให้จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลร่วมกับการรักษาตามปกติของจิตแพทย์ประจำตัวผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ การรักษาด้วยยา ส่งผลลดอาการซึมเศร้า และอาการทางคลินิกของผู้ป่วยได้มากกว่าการรักษาตามปกติของจิตแพทย์ประจำตัวผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว

จากการศึกษาที่ผ่านมา เกี่ยวกับผลของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy, IPT) ด้วยการบำบัดรักษา 12 – 16 สัปดาห์ ในการรักษาโรคซึมเศร้า ให้ผลชัดเจนในการลดอาการซึมเศร้าทั้งในระยะเฉียบพลัน (acute treatment) และหากให้การรักษาในระยะต่อเนื่อง (continuation treatment) หลังจากดีขึ้น สามารถลดโอกาสการกลับเป็นโรคซึมเศร้าซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงที่จะกลับเป็นซ้ำ (Cuijpers P, Karyotaki E, Weitz E, et al 2014, Markowitz JC 1998)

การศึกษาที่ผ่านมา มีการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลอย่างเดียว การใช้ยาเพียงอย่างเดียว จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลร่วมกับการใช้ยา และการรักษาตามปกติ ในการรักษาโรคซึมเศร้า พบว่า จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลอย่างเดียว การใช้ยาเพียงอย่างเดียว และจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลร่วมกับการใช้ยา ให้ผลในการรักษาอาการของโรคซึมเศร้าเหนือกว่าการรักษาตามปกติ แต่ความแตกต่างของผลของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลร่วมกับการใช้ยา การใช้ยาเพียงอย่างเดียว และจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลเพียงอย่างเดียว ยังไม่เห็นความแตกต่างชัดเจน (Cuijpers P, Donker T, Weissman MM, Ravitz P, Cristea IA 2016, Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Andersson G 2008, De Mello MF, de Jesus Mari J, Bacaltchul J, Verdelli H, Neugebauer R 2008)

Helena Verdelli และคณะ ได้พัฒนารูปแบบของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลจากการบำบัดรูปแบบเดี่ยว (individual IPT) ไปสู่การบำบัดรักษาในรูปแบบกลุ่ม (IPT in group format, IPT-G) สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า การบำบัดรักษาแบบกลุ่ม สามารถช่วยให้บำบัดรักษาผู้ป่วยได้จำนวนมากขึ้นในคราวเดียวกัน และได้ทดสอบผลของจิตบำบัดในรูปแบบกลุ่มในการรักษาอาการของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยใน Uganda พบว่าได้ผลดีในการช่วยบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใน Uganda (Verdelli H, Clougherty K, Bolton P, Spielman L, Ndogoni L, Bass J, et al 2003, Bolton P, Bass J, Neugebauer R, Verdelli H, Clougherty KF, Wickramaratne P, et al 2003)

การศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่พบการพัฒนาจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะในประเทศเอเชีย เนื่องจากมีบริบททางสังคมวัฒนธรรมแตกต่างจากประเทศตะวันตก ดังเช่น เคยมีผู้ศึกษาพบว่า ใน Uganda ปัญหาสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลด้านความบกพร่องทางสัมพันธ์ภาวะ (interpersonal deficits) ไม่พบว่าเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใน Uganda เนื่องจากสังคมของประชากรอยู่ใกล้ชิดกัน ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัญหาสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย ซึ่งพบว่า ปัญหาสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief or bereavement) ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล (interpersonal role disputes) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (role transitions) และความบกพร่องทางสัมพันธ์ภาวะ (interpersonal deficits) มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย และพบว่าเป็นตัวกระตุ้นทางสังคม (social triggers) ที่สำคัญที่ส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าได้สูงกว่าปัจจัยทางสังคมประชากรอื่นๆ (other socio-demographic factors) และพบว่าเป็นตัวกระตุ้นทางด้านสัมพันธ์ภาวะมีความเกี่ยวข้องกับช่วงวัยของผู้ป่วย โดยช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง ปัญหาสัมพันธ์ภาวะที่พบส่วนใหญ่เป็นปัญหาการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งได้แก่การเปลี่ยนแปลงต่างๆในชีวิตผู้ป่วย ในขณะที่ปัญหาอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียเป็นปัญหาสัมพันธ์ภาวะที่พบบ่อยในช่วงวัยสูงอายุ ซึ่งมักประสบเหตุการณ์การสูญเสีย จากการเสียชีวิตของคนใกล้ชิดอันเป็นที่รัก ส่วนปัญหาความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในทุกช่วงวัย และปัญหาความบกพร่องทางสัมพันธ์ภาวะก็เป็นปัญหาสัมพันธ์ภาวะหนึ่งที่พบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรม บุคลิกภาพและการแสดงออก และเกี่ยวข้องกับผลของอาการของโรคซึมเศร้าที่ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ (low self-esteem) ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ไม่กล้าแสดงออก และไม่กล้าพิทักษ์รักษาสิทธิของตัวเอง (low assertiveness) เป็นปัจจัยส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร่ายังคงอยู่ต่อเนื่องในระยะยาว (Lueboonthavatchai P, Thavichachart N. 2010)

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการบำบัดของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลเป็นรูปแบบกลุ่ม (IPT-G) สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับผลของจิตบำบัด IPT-G พบว่าสามารถช่วยลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย (Panya S, Dangdomyouth P, Lueboonthavatchai P 2015) แต่ยังคงขาดการศึกษาที่เป็นการศึกษาเชิงทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบและมีการสุ่ม (randomized controlled trial) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการใช้จิตบำบัด IPT-G ร่วมกับการใช้ยา และการใช้ยาเพียงอย่างเดียว ในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงได้

ทำการศึกษานี้ และได้ผลพบว่าการใช้จิตบำบัด IPT-G ร่วมกับการใช้ยา ส่งผลลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้มากกว่าการใช้ยารักษาเพียงอย่างเดียว

กลไกของการลดลงของอาการซึมเศร้าจากการใช้จิตบำบัด IPT-G ร่วมกับการใช้ยาเพียงอย่างเดียว เป็นผลจากการใช้เทคนิคของกลุ่มจิตบำบัด (group therapy) ในการบำบัดผู้ป่วย โดยอาศัยหลักการ เทคนิคและวิธีการบำบัดรักษาของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสฝึกและทดลองการสื่อสารในกลุ่ม (communication practicing) โดยอาศัยเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ร่วมกับการแลกเปลี่ยน (sharing) ได้รับข้อมูลป้อนกลับและข้อเสนอแนะ (feedback) จากเพื่อนสมาชิก ได้โอกาสในการพัฒนาทักษะทางสังคมและทักษะทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (social and interpersonal skills) จากเพื่อนสมาชิกในกลุ่มมากขึ้น เรียนรู้เทคนิควิธีการแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจากเพื่อนสมาชิกที่เคยประสบปัญหาดังกล่าวมาก่อน (learning interpersonal skills) เสริมความเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในตัวเอง (increased self-esteem) ในการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม รวมถึงการเป็นตัวอย่าง (role model) ในการจัดการและผ่านพ้นปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ตนเองเคยประสบ และได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) และทางสังคม (social support) จากเพื่อนสมาชิก ส่งผลให้ผู้ป่วยลดการแยกตัวทางสังคม (decreased social isolation) ซึ่งการพัฒนาเทคนิควิธีการจัดการแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (increased interpersonal problem-solving) การเพิ่มทักษะและหน้าที่ทางด้านสังคมและสัมพันธภาพ (social and interpersonal skills and functioning) รวมถึงการลดการแยกตัวทางสังคม (decreased social isolation) เป็นเป้าหมายสำคัญของการบำบัดของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (IPT) ส่งผลให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้นได้มาก

สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

สรุปผลการศึกษาวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลรูปแบบกลุ่ม (interpersonal psychotherapy in group format, IPT-G) ในการรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และทำการศึกษาค้นคว้าของ IPT-G ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเป็นการศึกษาแบบทดลอง มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่ม (randomized controlled trial) โดยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ทำการศึกษาทั้งหมด 64 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 คนเท่าๆกัน กลุ่มทดลองได้รับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

รูปแบบกลุ่ม (IPT-G) เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ร่วมกับการรักษาตามปกติ (treatment as usual, TAU) จากจิตแพทย์ประจำตัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นการรักษาด้วยยาตามปกติ และกลุ่มควบคุมได้รับเพียงการรักษาตามปกติ (TAU) ด้วยยาเพียงอย่างเดียว ทำการประเมินคะแนนซึมเศร้าโดยแบบประเมิน Thai HRSD และคะแนนอาการทางคลินิกโดยแบบประเมิน CGI ก่อนเริ่มศึกษา (สัปดาห์ที่ 0) และติดตามประเมินต่อในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และหลังจากการศึกษา (สัปดาห์ที่ 16) ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนซึมเศร้าเฉลี่ย และคะแนนอาการทางคลินิกเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบ repeated measures analysis of variance (ANOVA) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับน้อยกว่า 0,05 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับ IPT-G มีค่าคะแนนซึมเศร้าเฉลี่ย โดยแบบประเมิน Thai HRSD และค่าคะแนนอาการทางคลินิกเฉลี่ย โดยแบบประเมิน CGI ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับ IPT-G แสดงให้เห็นว่า จิตบำบัดสัมพันธ์ทางบุคคลในรูปแบบกลุ่ม (IPT-G) ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการของโรคซึมเศร้าที่ลดลง และมีอาการทางคลินิกที่ดีขึ้นได้ และการให้จิตบำบัดสัมพันธ์ทางบุคคลร่วมกับการรักษาด้วยยาตามปกติ ส่งผลให้ลดอาการซึมเศร้า และอาการทางคลินิกของผู้ป่วยได้มากกว่าการรักษาด้วยยาตามปกติแต่เพียงอย่างเดียว

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยต่อไป

1. การนำผลการศึกษาวิจัยไปปรับใช้ (adaptation) และขยายผลต่อสำหรับการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยจิตบำบัดสัมพันธ์ทางบุคคลรูปแบบกลุ่ม (IPT-G) สำหรับผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ และแผนกผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยใน คือในหอผู้ป่วยจิตเวชศาสตร์ โดยทีมผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพจิตเวช เพื่อช่วยในการบำบัดรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatment) ในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาสัมพันธ์ทางสภาพที่ตนเองประสบ ส่งให้อาการซึมเศร้าดีขึ้น นอกเหนือจากการใช้ยารักษาซึมเศร้า
2. การฝึกอบรมทีมผู้บำบัดเพื่อช่วยจิตแพทย์ในการบำบัดรักษาและดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นอกเหนือพยาบาลวิชาชีพจิตเวชแล้ว สามารถฝึกอบรมในทีมนักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ และนักอาชีวบำบัดเกี่ยวกับการใช้จิตบำบัดสัมพันธ์ทางบุคคลในรูปแบบกลุ่ม (IPT-G) เพื่อเป็นทีมในการช่วยดูแลและบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพิ่มเติมจากการใช้ยาของจิตแพทย์
3. การศึกษาต่อไปเกี่ยวกับการใช้จิตบำบัดสัมพันธ์ทางบุคคลในการลดอาการของโรคซึมเศร้าร่วมกับการใช้ยา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา (treatment-resistant depression) ซึ่งอาจจะใช้ยา

แล้วไม่ประสบความสำเร็จในการรักษาอย่างเต็มที่ เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาหรือรักษายาก (treatment-resistant depression) เป็นผู้ป่วยที่ประสบกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและทางสังคมที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษา (treatment responders) ทำให้ตอบสนองต่อการรักษายากขึ้น และจากการศึกษานี้พบว่า การให้จิตบำบัด IPT-G ร่วมไปกับการใช้ยา ส่งผลให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าดีขึ้นชัดเจนมากกว่าการใช้ยาเพียงอย่างเดียว จึงน่าจะมีการศึกษาต่อไปเกี่ยวกับการนำ IPT-G ไปศึกษาและใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา

4. การศึกษาต่อไปเกี่ยวกับการนำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไปใช้ในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ในคนไทย ที่พบปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หรือความบกพร่องของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีโรคทางกายหรือโรคเรื้อรัง (depression in the medically or chronically ill) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังคลอด (post-partum depression) ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า (elderly depression) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น (child and adolescent depression) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนไบโพลาร์ (bipolar disorder) โดยการให้จิตบำบัดร่วมกับการใช้ยา ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของอาการทางกายหลายระบบ (somatic symptom disorder) ผู้ป่วยที่มีปัญหากลัวสังคม (social phobia) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการรับประทานอาหาร (eating disorders) ผู้ป่วยที่มีปัญหามูลึกภาพผิดปกติ (personality disorder) รวมถึงโรคที่กำลังมีการศึกษาถึงการนำจิตบำบัดนี้ไปใช้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความเครียดทางจิตใจจากการประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder) และผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก (panic disorder) เป็นต้น

บรรณานุกรม

1. Bolton P, Bass J, Neugebauer R, Verdelli H, Clougherty KF, Wickramaratne P, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 289:3117-24.
2. Brody AL, Saxena S, Stoessel P, Gillies LA, Fairbanks LA, Alborzian S, et al. Regional brain metabolic changes in patients with major depression treated with either paroxetine or interpersonal therapy: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:631-40.
3. Chambless D, Hollon S. Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66:7-18.
4. Cuijpers P, Donker T, Weissman MM, Ravitz P, Cristea IA. Interpersonal psychotherapy for mental health problems: a comprehensive meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2016; 173:680-7.
5. Cuijpers P, Karyotaki E, Weitz E, Andersson G, Hollon SD, van Straten A. The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. *J Affect Disord* 2014; 159:118-26.
6. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Andersson G. Psychological treatment of depression: a meta-analytic database of randomized studies. *BMC Psychiatry* 2008; 8:36.
7. De Mello MF, de Jesus Mari J, Bacaltchuk J, Verdelli H, Neugebauer R. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal psychotherapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255(2):75-82.
8. DiMascio A, Weissman MM, Prusoff BA, Neu C, Zwilling M, Klerman GL. Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36:1450-6.
9. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:971-82.
10. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Carr SJ, Solomon RA, O'Conner ME, et al. Three psychological treatments for bulimia nervosa: a comparative trial. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:463-9.

11. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Hope RA, O'Conner M. Psychotherapy and bulimia nervosa: longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:419-28.
12. Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Conner ME, Doll HA, Peveler RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:304-12.
13. Foley SH, Rounsaville BJ, Weissman MM, Sholomskas D, Shevron E. Individual versus conjoint interpersonal therapy for depressed patients with marital disputes. *Int J Fam Psychiatry* 1989; 10:29-42.
14. Frank E, Kupfer DJ, Ehlers CL, Monk TH, Cornes C, Carter S, et al. Interpersonal and social rhythm therapy for bipolar disorder: integrating interpersonal and behavioral approaches. *Beh Ther* 1994; 17:143-9.
15. Frank E, Swartz HA, Kupfer DJ. Interpersonal and social rhythm therapy for bipolar disorder: managing the chaos of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000; 48:593-604.
16. Frank E, Swartz HA, Mallinger AG, Thase ME, Weaver EV, Kupfer DJ. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: effects of changing treatment modality. *J Abnorm Psychol* 1999; 108:579-87.
17. Klerman GL. Treatment of recurrent unipolar major depressive disorder: commentary on the Pittsburgh Study. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:1158-62.
18. Klerman GL, DiMascio A, Weissman MM, Prusoff B, Paykel ES. Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1974; 131:186-91.
19. Klerman GL, Weissman MM. *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1993.
20. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron E. *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books; 1984.
21. Klier CM, Muzik M, Rosenblum KL, Lenz G. Interpersonal psychotherapy adapted for the group setting in the treatment of postpartum depression. *J Psychother Pract Res* 2001; 10:124-31.

22. Levkovitz Y, Shahar G, Nativ G, Hirschfeld E, Treves I, Krieger I, Fennig S. Group interpersonal psychotherapy for patients with major depression disorder - pilot study. *J Affect Disord* 2000; 60:191-5.
23. Lipsitz JD, Markowitz JC, Cherry S, Fyer AJ. Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1814-6.
24. Lipsitz JD, Marshall RD. Alternative psychotherapy approaches for social anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24:817-29.
25. Lueboonthavatchai P. Interpersonal psychotherapy: a new option for treatment of depression. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2006; 51(2):117-31.
26. Lueboonthavatchai P. Depressed patient treated with interpersonal psychotherapy: a case report. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2006; 51(2):132-41.
27. Lueboonthavatchai P. Interpersonal psychotherapy: A current evidence-based therapy of depression. Proceeding of the 47th Annual Scientific Meeting, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University 2006:109-19.
28. Lueboonthavatchai P. Grief and interpersonal psychotherapy: principle and Management. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2007; 52(1): 29-45.
29. Lueboonthavatchai P, Thavichachart N, Lertmaharit S. Relationship between interpersonal problem areas and depressive disorder in Thai depressed patients: a matched case-control study. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2008; 53(1):69-80.
30. Lueboonthavatchai P. Roles of stress areas, stress severity, and stressful life events on the onset of depressive disorder: a case-control study. *J Med Assoc Thai* 2009; 92(9):1240-9.
31. Lueboonthavatchai P, Thavichachart N. Universality of interpersonal psychotherapy (IPT) problem areas in Thai depressed patients. *BMC Psychiatry* 2010 Oct 21;10:87.
32. Lueboonthavatchai P. Somatoform disorder as an ineffective interpersonal communication Proceeding of the 52nd Annual Scientific Meeting 2013: Healthcare Beyond Boundaries: Asean Initiative, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University 2013.281-92.
33. MacKenzie KR, Grabovac AD. Interpersonal psychotherapy group (IPT-G) for depression. *J Psychother Pract Res* 2001; 10:46-51.

34. Markowitz JC. Evidence-based psychotherapies for depression. *J Occup Environ Med* 2008; 50:437-40.
35. Markowitz JC. Interpersonal psychotherapy for dysthymic disorder. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1998.
36. Markowitz JC, Kocsis JH, Fishman B, Spielman LA, Jacobsberg LB, Frances AJ, et al. Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-positive patients. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:452-7.
37. Martin SD, Martin E, Rai SS, Richardson MA, Royall R. Brain blood flow changes in depressed patients treated with interpersonal psychotherapy or venlafaxine hydrochloride: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:641-8.
38. Miniati M, Callari A, Calugi S, Rucci P, Savino M, Mauri M, Dell'Osso L. Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: a systematic review. *Arch Womens Ment Health* 2014; 17(4):257-68.
39. Mufson L, Dorta KP, Moreau D, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. 2nd ed. New York: Guilford; 2004.
40. Mufson L, Dorta KP, Wickramaratne P, Nomura Y, Olfson M, Weissman MM. A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 661:557-84.
41. Mufson L, Fairbanks J. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: a one-year naturalistic follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:1145-55.
42. Mufson L, Weissman MM, Moreau D, Garfinkel R. Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:573-9.
43. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:1039-45.
44. Panya S, Dangdomyouth P, Lueboonthavatchai P. The effects of group interpersonal psychotherapy on depression among patients with depressive disorder. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2015; 60(2):99-110.
45. Reynolds CF III, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA* 1999; 281:39-45.

46. Reynolds CF III, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Morycz RK, et al. Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: a preliminary report. *Am J Psychiatry* 1992; 149:1687-92.
47. Scott J, Ikkos G. A pilot study of interpersonal psychotherapy for the treatment of chronic somatization in primary care. *Proceeding of the First Congress of the World Council of Psychotherapy*; 1996 June 30 - July 4; Vienna, Australia; 1996.
48. Stuart S, Cole V. Treatment of depression following myocardial infarction with interpersonal psychotherapy. *Ann Clin Psychiatry* 1996; 8:203-6.
49. Stuart S, Robertson M. *Interpersonal psychotherapy: a clinician's guide*. New York: Oxford University Press; 2003.
50. Sullivan HS. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W.W. Norton; 1953.
51. Verdelli H, Clougherty K, Bolton P, Speelman L, Ndogoni L, Bass J, et al. Adapting group interpersonal psychotherapy for a developing country: experience in Uganda. *World Psychiatry* 2003; 2:2.
52. Weissman MM, Klerman GL, Prusoff BA, Sholomskas D, Padian N. Depressed outpatients: results after one-year of treatment with drugs and/or interpersonal psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38:51-5.
53. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books; 2000.
54. Weissman MM, Prusoff BA, DiMascio A, Neu C, Goklaney M, Klerman GL. The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *Am J of Psychiatry* 1979; 136:555-8.
55. Weissman MM, Sanderson WC. Promises and problems in modern psychotherapy: the need for increased training in evidence based treatments. In: *Modern Psychiatry: Challenges in Educating Health Professionals to Meet New Needs*. New York: Josiah Macy Jr. Foundation; 2002:132-65.
56. อรพวรรณ ลีอบุญฤกษ์ชัย, พีรพนธ์ ลีอบุญฤกษ์ชัย. หนังสือ "การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า (Psychosocial Treatment for Depressive Disorder)" พิมพ์ครั้งที่ 1 จำนวน 266 หน้า กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส, 2553.

ภาคผนวก

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย
- ข้อมูลทางการแพทย์ (ผู้วิจัยเป็นผู้ลงข้อมูล)
- Thai Version - Hamilton Rating Scale for Depression (Thai HRSD) (ประเมินโดยผู้วิจัย)
- Clinical Global Impression (CGI) (ประเมินโดยผู้วิจัย)

No.....

วันที่เก็บข้อมูล/...../.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ลงใน ในแต่ละข้อคำถามที่ตรงกับท่านมากที่สุด

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

เพศ

หญิง

(1)

ชาย

(2)

อายุ

..... ปี

สถานภาพสมรส

โสด

(1)

คู่ อยู่ด้วยกัน

(2)

คู่ ไม่ได้อยู่ด้วยกัน

(3)

หม้าย

(4)

หย่าร้าง

(5)

ระดับการศึกษาสูงสุด

ไม่ได้ศึกษา

(1)

ประถมศึกษา

(2)

มัธยมศึกษาตอนต้น

(3)

มัธยมศึกษาตอนปลาย

(4)

ปวช.

(5)

อนุปริญญา หรือ ปวส.

(6)

ปริญญาตรี

(7)

สูงกว่าปริญญาตรี

(8)

อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ (1)

รับราชการ (2)

รัฐวิสาหกิจ (3)

ธุรกิจส่วนตัว (4)

ถูกจ้าง พนักงาน (5)

รับจ้าง แรงงาน (6)

อื่นๆ (7)

โปรดระบุ

รายได้

ไม่มี (1)

มี (2)

ถ้ามี รายได้โดยเฉลี่ย บาท/เดือน

ท่านมีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคหรือมีอาการซึมเศร้าหรือไม่

ไม่มี (1)

มี (2)

ถ้ามี โปรดระบุความสัมพันธ์กับท่าน

ข้อมูลทางการแพทย์ (ผู้วิจัยเป็นผู้ลงข้อมูล)

การวินิจฉัยทางจิตเวช..... วันที่.....

โรคทางจิตเวชที่พบร่วม

.....

โรคประจำตัวทางกาย

.....

ประวัติการใช้สาร

.....

ยาที่ใช้ในปัจจุบัน

1. Antidepressants

..... ขนาด..... วันที่เริ่ม

.....

..... ขนาด..... วันที่เริ่ม

.....

2. Antipsychotics

..... ขนาด..... วันที่เริ่ม

.....

..... ขนาด..... วันที่เริ่ม

.....

3. Mood stabilizers

..... ขนาด..... วันที่เริ่ม

.....

..... ขนาด..... วันที่เริ่ม

.....

4. Anxiolytics

..... ขนาด..... วันที่เริ่ม

.....

..... ขนาด..... วันที่เริ่ม

.....

5. อื่นๆ ระบุ

..... ขนาด..... วันที่เริ่ม

.....

..... ขนาด..... วันที่เริ่ม

.....

Thai Version - Hamilton Rating Scale for Depression (Thai HRSD)

(ประเมินโดยผู้วิจัย)

1. อารมณ์ซึมเศร้า (เศร้าใจ สิ้นหวัง หมดหนทาง ไร้ค่า)

0. ไม่
1. จะบอกภาวะความรู้สึกนี้ ต่อเมื่อถามเท่านั้น
2. บอกภาวะความรู้สึกนี้ออกมาเอง
3. สื่อภาวะความรู้สึกนี้โดยภาษากาย ได้แก่ ทางกรแสดงสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง และท่าทางจะร้องไห้
4. ผู้ป่วยบอกเพียงความรู้สึกนี้อย่างชัดเจน ทั้งการบอกเล่าเอง และภาษากาย

2. ความรู้สึกว่าตนเอง

0. ไม่มี
1. ตีเทียบตนเอง รู้สึกตนเองทำให้ผู้อื่นเสียใจ
2. คิดว่าตนเองมีผิด หรือครุ่นคำนึงถึงความผิดพลาดหรือการก่อกรรมทำบาปในอดีต
3. ความเจ็บป่วยในปัจจุบันเป็นการลงโทษ, มีอาการหลงผิดว่าตนเองมีความผิดบาป
4. ได้ยินเสียงกล่าวโทษ หรือประนาม และ/หรือ เห็นภาพหลอนที่ข่มขู่คุกคาม

3. ความคิดฆ่าตัวตาย

0. ไม่มี
1. รู้สึกชีวิตไร้ค่า
2. คิดว่าตนเองน่าจะตาย หรือมีความคิดใด ๆ เกี่ยวกับการตายที่อาจเกิดขึ้นได้กับตนเอง
3. มีความคิดหรือทำที่จะฆ่าตัวตาย
4. พยายามฆ่าตัวตาย (ความพยายามใดๆ ที่รุนแรง ให้คะแนน 4)

4. การนอนไม่หลับในช่วงต้น

0. ไม่มีนอนหลับยาก
1. แจ้งว่ามีนอนหลับยากบางครั้ง ได้แก่ นานมากกว่า 1/2 ชั่วโมง
2. แจ้งว่านอนหลับยากทุกคืน

5. การนอนไม่หลับ ในช่วงกลางคืน

0. ไม่มีปัญหา
1. ผู้ป่วยแจ้งว่ากระสับกระส่ายและนอนหลับไม่สนิทช่วงกลางคืน
2. ตื่นกลางดึก การลุกจากที่นอนไม่ว่าจะจากอะไรก็ตาม ให้คะแนน 2 (ยกเว้นเพื่อปัสสาวะ)

6. การตื่นนอนเช้ากว่าปกติ

0. ไม่มีปัญหา
1. ตื่นแต่เช้ามีดี แต่นอนหลับต่อได้
2. ไม่สามารถนอนหลับต่อได้อีก หากลุกจากเตียงไปแล้ว

7. การงานและกิจกรรม

0. ไม่มีปัญหา
1. มีความคิดหรือความรู้สึกว่าตนเองไม่มีสมรรถภาพ เหนื่อยล้า หรืออ่อนแรงที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ; การงาน หรือ งานอดิเรก
2. หมดความสนใจในกิจกรรมต่างๆ; งานอดิเรก หรืองานประจำ-ไม่ว่าจะทราบโดยตรงจากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือทางอ้อมจากการที่ผู้ป่วยดูไม่กระตือรือร้น ลังเลใจ และเปลี่ยนใจไปมา (ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะต้องบังคับให้ตนเองทำงานหรือกิจกรรม)
3. ใช้เวลาจริงในการทำงานอย่างเป็นทางการเป็นผลลดลง หากอยู่ในโรงพยาบาล, ให้คะแนน 3 ถ้าผู้ป่วยใช้เวลาต่ำกว่า 3 ชั่วโมง/วันในการทำกิจกรรม (งานของโรงพยาบาลหรืองานอดิเรก) ยกเว้นหน้าที่ประจำในโรงพยาบาล
4. ไม่ได้ทำงานเพราะการเจ็บป่วยในปัจจุบัน หากอยู่ในโรงพยาบาล, ให้คะแนน 4 ถ้าผู้ป่วยไม่ทำกิจกรรมอื่นนอกจากหน้าที่ประจำวัน หรือถ้าผู้ป่วยทำหน้าที่ประจำวันไม่ได้หากไม่มีคนช่วย

8. ความเฉื่อยช้า (ความเชื่องช้าของความคิดและการพูดจา: สมาธิเสื่อม การเคลื่อนไหวลดลง)

0. การพูดจาและความคิดปกติ
1. มีความเฉื่อยช้าเล็กน้อยขณะสัมภาษณ์
2. มีความเฉื่อยช้าชัดเจนขณะสัมภาษณ์
3. สัมภาษณ์ได้อย่างลำบาก
4. อยู่นิ่งเฉยไม่ขยับเขยื้อน

9. อาการกระวนกระวายทั้งกายและใจ

0. ไม่มี
1. หงุดหงิดงุ่นง่าน
2. เล่นมือ สางผม ฯลฯ
3. ขยับตัวไปมา นั่งนิ่งๆไม่ได้
4. บีบมือ กัดเล็บ ดึงผม กัดริมฝีปาก

10. ความวิตกกังวลในจิตใจ

0. ไม่มีปัญหา
1. ผู้ป่วยรู้สึกตึงเครียด และหงุดหงิด
2. กังวลในเรื่องเล็กน้อย
3. การพูดจาหรือสีหน้ามีท่าทีหวัดวิตก
4. แสดงความหวาดกลัว โดยไม่ต้องถาม

11. ความวิตกกังวลซึ่งแสดงออกทางกาย

0. ไม่มี
1. เล็กน้อย
2. ปานกลาง
3. รุนแรง
4. เสื่อมสมรรถภาพ มีอาการด้านสรีระวิทยาพร้อมกับความวิตกกังวล เช่น:
 - ระบบทางเดินอาหาร : ปากแห้ง ลมขึ้น อาหารไม่ย่อย ท้องเสีย ปวดเกร็งท้อง แน่นท้อง
 - ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ใจสั่น ปวดศีรษะ
 - ระบบหายใจ : หายใจหอบเร็ว ถอนหายใจ ปัสสาวะบ่อย เหงื่อออก

12. อาการทางกาย ระบบทางเดินอาหาร

0. ไม่มี
1. เบื่ออาหาร แต่รับประทานได้โดยผู้อื่นไม่ต้องคอยกระตุ้น - รู้สึกหวนงในท้อง
2. รับประทานยากหากไม่มีคนคอยกระตุ้น - ขอหรือจำต้องได้ยาระบายหรือยาเกี่ยวกับลำไส้ หรือยาสำหรับอาการของระบบทางเดินอาหาร

13. อาการทางกาย อาการทั่วไป

- 0. ไม่มี
- 1. ตึงแขนขา หลังหรือศีรษะ ปวดหลัง ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ไม่มีแรงและอ่อนเพลีย
- 2. มีอาการใด ๆ ที่ชัดเจน ให้คะแนน 2

14. อาการเกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์

- 0. ไม่มี อาการเช่น หมดความสนใจทางเพศ, ประจำเดือนผิดปกติ
- 1. เล็กน้อย
- 2. ปานกลาง

15. อาการคิดว่าตนป่วยเป็นโรคทางกาย

- 0. ไม่มี
- 1. สนใจอยู่แต่เรื่องของตนเอง (ด้านร่างกาย)
- 2. หงุดหงิดเรื่องสุขภาพ
- 3. แจ้งถึงอาการต่าง ๆ บ่อย เรียกร้องความช่วยเหลือ ฯลฯ
- 4. มีอาการหลงผิดว่าตนป่วยเป็นโรคทางกาย

16. น้ำหนักลด เลือกข้อ ก. หรือ ข.

- ก. เมื่อให้คะแนนโดยอาศัยประวัติ
 - 0. ไม่มีน้ำหนักลด
 - 1. อาจมีน้ำหนักลด ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้
 - 2. น้ำหนักลดชัดเจน (ตามคำบอกเล่าของผู้ป่วย)
 - 3. ไม่ได้ประเมิน
- ข. จากการให้คะแนนประจำสัปดาห์โดยจิตแพทย์ประจำหอผู้ป่วย เมื่อได้ซึ่งวัดน้ำหนักที่เปลี่ยนไปจริง
 - 0. น้ำหนักลดน้อยกว่า 1 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์
 - 1. น้ำหนักลดมากกว่า 1 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์
 - 2. น้ำหนักลดมากกว่า 2 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์
 - 3. ไม่ได้ประเมิน

17. การหยั่งเห็นถึงความผิดปกติของตนเอง

0. ตระหนักว่าตนเองกำลังซึมเศร้า และเจ็บป่วย
1. ตระหนักว่ากำลังเจ็บป่วย แต่โยงสาเหตุกับอาหารที่ไม่มีคุณค่า ดินฟ้าอากาศ การทำงานหนัก ไวรัส การต้องการพักผ่อน ฯลฯ
2. ปฏิเสธการเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง

18. การเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลา

ก. สังเกตว่าอาการเลวลงในช่วงเช้าหรือเย็น หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลา ไม่ต้องกา

0. ไม่มีการเปลี่ยนแปลง
1. อาการเลวลงในช่วงเช้า
2. อาการเลวลงในช่วงเย็น

ข. หากมีการเปลี่ยนแปลง ระบุความรุนแรงของการเปลี่ยนแปลง ให้ ก "ไม่มี" หากไม่มีการเปลี่ยนแปลง

0. ไม่มี
1. เล็กน้อย
2. รุนแรง

Clinical Global Impression (CGI) (ประเมินโดยผู้วิจัย)

CGI – Severity (Baseline)

- 1. Normal
- 2. Borderline ill
- 3. Slightly ill
- 4. Moderately ill
- 5. Markedly ill
- 6. Extremely ill

CGI – Change (Endpoint)

- 1. Very much improved
- 2. Much improved
- 3. Minimally improved
- 4. No change
- 5. Minimally worse
- 6. Much worse
- 7. Very much worse

ประวัติคณะผู้วิจัยและที่ปรึกษาโครงการวิจัย

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (หัวหน้าโครงการวิจัย)

1. ชื่อ

ภาษาไทย รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, พ.บ., วท.ม.

ภาษาอังกฤษ Associate Professor Peeraphon Lueboonthavatchai, M.D., M.Sc.

2. ตำแหน่งปัจจุบัน รองศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม. 10330

หมายเลขโทรศัพท์(และโทรสาร): 02-2564298, 02-2564346, 085-0751075 (มือถือ)

E-mail: peeraphon_tu@yahoo.com

4. ประวัติการศึกษา

ปริญญา	สาขาวิชา	มหาวิทยาลัย	ปี พ.ศ. ที่ได้รับ
1. แพทยศาสตรบัณฑิต	แพทยศาสตร์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	2542
2. ประกาศนียบัตรบัณฑิต	จิตเวชศาสตร์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	2543
3. วุฒิบัตรแสดง- ความรู้ความชำนาญ- ในการประกอบ- วิชาชีพเวชกรรม	จิตเวชศาสตร์	แพทยสภา / จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	2545
4. Research Fellowship	Interpersonal Psychotherapy	New York State Psychiatric Institute, Columbia University, New York, USA	2548
5. Master of Science	Health Development	Thai CERTC Consortium / (Clinical Epidemiology) Chulalongkorn University	2551

วุฒิการศึกษา

พ.บ. (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, แพทยสภา) พ.ศ. 2542

ว.ว. จิตเวชศาสตร์ (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, แพทยสภา) พ.ศ. 2545

Research Fellowship in Interpersonal Psychotherapy at Columbia University, New York, USA พ.ศ.
2548

M.Sc. Health Development (Clinical Epidemiology), Thai CERTC Consortium (Chulalongkorn
University) พ.ศ. 2551

5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ

5.1 จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy, IPT)

5.2 ระบาดวิทยาทางจิตเวชศาสตร์ (Psychiatric Epidemiology)

5.3 การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า (Treatment of Depression)

5.4 บริบททางสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสังคมในโรคจิตเวช (Interpersonal and Social Context of
Psychiatric Disorders)

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัย

6.1 หัวหน้าโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย “ความเครียด เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย” แหล่งทุน: ทุนรัชดาภิเษกสมโภช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดำเนินการเสร็จแล้ว ตีพิมพ์เรียบร้อยแล้วดังนี้

- Lueboonthavatchai P, Thavichachart N, Lertmaharit S. Relationship between interpersonal problem areas and depressive disorder in Thai depressed patients: a matched case-control study. J Psychiatr Assoc Thailand 2008; 53(1):69-80.

- Lueboonthavatchai P. Roles of stress areas, stress severity, and stressful life events on the onset of depressive disorder: a case-control study. J Med Assoc Thai 2009; 92(9):1240-9.

- Lueboonthavatchai P, Thavichachart N. Universality of interpersonal psychotherapy (IPT) problem areas in Thai depressed patients. BMC Psychiatry 2010 Oct 21; 10:87.

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและทำเสร็จแล้ว

1) ผู้ร่วมวิจัยในโครงการวิจัย “โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการในการลดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย” แหล่งทุน: ทุนรัชดาภิเษกสมโภช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดำเนินการเสร็จแล้ว ตีพิมพ์เรียบร้อยแล้วดังนี้

- Lueboonthavatchai O, Soonthornchaiya R, Lueboonthavatchai P. Effects of integrated psychosocial intervention on depression and suicidal ideation in Thai depressed patients with major depressive disorders. J Psychiatr Assoc Thailand 2012; 57(2):151-64.

- Lueboonthavatchai O, Soonthornchaiya R, Lueboonthavatchai P. Psychosocial Intervention Model by psychiatric nurses for persons with depression and suicidal ideation in Bangkok Metropolis. J Psychiatr Nurs Ment Health 2012; 26(2):112-26.

2) ผู้ร่วมวิจัยในโครงการวิจัย “โครงการผลของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล: การศึกษาไปข้างหน้า (The Outcome of Depressive Disorders in Hospital-Based Psychiatric Patients: A Prospective Study: THAISAD)” แหล่งทุน: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

ดำเนินการเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว เขียนตีพิมพ์แล้ว 2 เรื่อง ดังนี้ (ยังมีเรื่องอื่นๆของโครงการวิจัยที่กำลังวิเคราะห์ข้อมูล เขียนตีพิมพ์ หรืออยู่ระหว่างรอการตีพิมพ์)

- Wongpakaran T, Wongpakaran N, Pinyopornpanish M, Srisutasanavong U, Lueboonthavatchai P, Nivataphand R, et al. Baseline characteristics of depressive disorders in Thai outpatients: findings from Thai Study of Affective Disorders. Neuropsychiatr Dis Treat 2014; 10:217-23.

- Wongpakaran N, Wongpakaran T, Wannarit K, Saisavoey N, Pinyopornpanish M, Lueboonthavatchai P, et al. Level of agreement between self-rated and clinician-rated instruments when measuring major depressive disorder in the Thai elderly: a 1-year assessment as part of the THAISAD study. Clin Interv Aging 2014; 9:377-82.

3) ผู้ร่วมวิจัยในโครงการวิจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและโรคซึมเศร้า งานวิจัยที่ดำเนินการเสร็จ ตีพิมพ์เรียบร้อยแล้ว ดังนี้

- Yaiyong O, Lueboonthavatchai P. Depression and grief of the Elderly Associate in Nonthaburi Province. J Psychiatr Assoc Thailand 2011; 56(2):117-28.

งานวิจัยที่ดำเนินการเสร็จแล้ว ส่งรับการพิจารณาจากวารสารทางวิชาการ ได้ปรับแก้ไขและได้รับการตอบรับแล้ว อยู่ระหว่างรอการตีพิมพ์ของวารสาร มีดังนี้

- Phainrungruang R, Lueboonthavatchai P. Interpersonal problems and depression of the elderly at the Elderly Associate in Phitsanulok Province. J Psychiatr Assoc Thailand 2015. (in press)

- Wanna R, Lueboonthavatchai P. Prevalence of grief and associated factors in psychiatric outpatients at King Chulalongkorn Memorial Hospital. J Psychiatr Assoc Thailand 2015. (in press)

- Sasithorn N, Lueboonthavatchai P. Depression and associated psychosocial factors of elderly at the Elderly Associate of Public Health Center 48 Nakwatchara-utid. Chula Med J 2015. (in press)

- Sathianphattharanan R, Lueboonthavatchai P, Dangdomyouth P. Loss Experiences of spouses after dying of terminally ill patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Chula Med J 2015. (in press)

- Panya S, Dangdomyouth P, Lueboonthavatchai P. The effect of group interpersonal psychotherapy on depression among patients with depressive disorder. J Psychiatr Assoc Thailand 2015. (in press)

6.3 งานวิจัยที่กำลังทำ

- ผู้ร่วมวิจัยในโครงการวิจัย “โครงการผลของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล: การศึกษาไปข้างหน้า (The Outcome of Depressive Disorders in Hospital-Based Psychiatric Patients: A Prospective Study: THAISAD)” แหล่งทุน: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

ดำเนินการเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว เขียนตีพิมพ์แล้ว 2 เรื่อง (ดังที่ได้รายงานไว้ในข้อ 7.2) (ยังมีเรื่องอื่นๆของโครงการวิจัยที่กำลังวิเคราะห์ข้อมูล เขียนตีพิมพ์ หรืออยู่ระหว่างรอการตีพิมพ์)

ตำรา/หนังสือทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. หนังสือ “การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า (Psychosocial Treatment for Depressive Disorder)” พิมพ์ครั้งที่ 1 จำนวน 266 หน้า กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส, 2553.

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (ผู้ร่วมงานวิจัย)

1. ชื่อ

ภาษาไทย รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, วท.ม.

ภาษาอังกฤษ Associate Professor Dr. Oraphun Lueboonthavatchai, M.Sc.

2. ตำแหน่งปัจจุบัน รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
อาจารย์ประจำหลักสูตร และประธานฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
กรุงเทพธนบุรี

3. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

16/10 ถนนเลียบคลองทวีวัฒนา แขวงทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนา กทม. 10700

หมายเลขโทรศัพท์(และโทรสาร): 02-8006800 ต่อ 504, 083-6869313 (มือถือ)

E-mail: ora_lueboon@hotmail.co.th

4. ประวัติการศึกษา

- 1) ประกาศนียบัตรชั้นสูงพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พ.ศ.2513
- 2) ครุศาสตรบัณฑิต (พยาบาลศึกษา) สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง พ.ศ.2516
- 3) ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พ.ศ.2524
- 4) ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต (อุดมศึกษา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ.25138
- 5) ศึกษาด้านหลักสูตรและการสอนและผู้ช่วยสอน Auburn University at Montgomery, Alabama, USA

6) ศึกษาวิจัยหลังปริญญาเอก (การประเมินภาวะสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง และการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์) Indiana University, Indianapolis, USA

5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ

- 1) การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (Mental Health and Psychiatric Nursing)
- 2) การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ (Health Counseling)
- 3) การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Treatment)
- 4) หลักสูตรและการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์ (Curriculum and Instruction in Nursing)
- 5) การวิจัยทางพยาบาล (Research in Nursing)
- 6) กฎหมายและจริยธรรมในวิชาชีพการพยาบาล (Laws and Ethics in Professional Nursing)

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

1) หัวหน้าโครงการวิจัย

1) อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และคณะ “ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความเครียด การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความพร้อมในการสอบขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชน”

แหล่งตีพิมพ์ เอกสารนำเสนอผลงานวิจัยที่ประชุมระดับชาติ ครั้งที่ 3 มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี “สหวิทยาการวิจัย เพื่อพัฒนาสู่สากล” 18 กรกฎาคม 2558

แหล่งทุน มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

2) อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และสุชาติ พันธุ์ลาภ “ผลของการออกกำลังกายต่อภาวะสุขภาพของนักศึกษาและบุคลากรของมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร”

แหล่งตีพิมพ์ เอกสารนำเสนอผลงานวิจัยที่ประชุมระดับชาติ ครั้งที่ 3 มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี “สหวิทยาการวิจัย เพื่อพัฒนาสู่สากล” 18 กรกฎาคม 2558

แหล่งทุน มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

3) อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2555). “รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชสำหรับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร.”

แหล่งตีพิมพ์ วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. ปีที่ 26 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2555) น.112-126.

แหล่งทุน กองทุนวิจัยรัชดาภิเษกสมโภช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2552

4) อรพวรรณ ลีอนุญวัชชัย. (2550). เรื่อง “ผลของการเรียนการสอนด้วยกรณีศึกษาทางการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชต่อความคิดอย่างมีวิจารณญาณของนิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.”

แหล่งตีพิมพ์ วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. ปีที่ 21 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม- ธันวาคม 2550) น. 90 - 102.

แหล่งทุน สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา

5) อรพวรรณ ลีอนุญวัชชัย และคณะ เรื่อง “พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและการปรับตัวของผู้ป่วย เรือร้างและ ครอบครัว ในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร”

แหล่งตีพิมพ์ วารสารสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย ปี 2547

แหล่งทุน งบประมาณแผ่นดิน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ปี 2547

2) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและทำเสร็จแล้ว

1) วารุณี แสงเมฆ. และอรพวรรณ ลีอนุญวัชชัย. (2557). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. (ที่ปรึกษา)

แหล่งตีพิมพ์ วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2557) น.114-124. (ที่ปรึกษา)

แหล่งทุน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2) ดาราณี วันวา. และอรพวรรณ ลีอนุญวัชชัย. (2557). “ผลของกลุ่มสนับสนุนครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. (ที่ปรึกษา)

แหล่งตีพิมพ์ วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2557) น.68-80

แหล่งทุน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

3) กรรณิการ์ ผ่องโต. และอรพวรรณ ลีอนุญวัชชัย. (2557). “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย.” (ที่ปรึกษา)

แหล่งตีพิมพ์ วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2557) น.121-132.

แหล่งทุน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

4) น้ำทิพย์ วิชัชชัย. และอรพวรรณ ลีอนุญวัชชัย. (2555). “ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น.” (ที่ปรึกษา)

แหล่งตีพิมพ์ วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2555) น.99-111.

แหล่งทุน กรมสุขภาพจิต แหล่งทุนวิจัย กรมกระทรวงสาธารณสุข

5) วันวิสาห์ โปธิ์อิม และอรพรรณ ลีอนุญวัชชัย. (2555). “ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน”

แหล่งตีพิมพ์ วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. ปีที่ 26 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2555) น.50-61.

แหล่งทุน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

6) สกาวเดือน กลิ่นน้อย และอรพรรณ ลีอนุญวัชชัย. (2555). “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

การตีพิมพ์ ” วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. ปีที่ 26 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2555) น.62-73.

แหล่งทุน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

7) นภาพรณ พึ่งเกศสุนทร และอรพรรณ ลีอนุญวัชชัย. (2554). ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.”

การตีพิมพ์ วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม- สิงหาคม 2554) น.51-63.

แหล่งทุน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

8) ธิติรัตน์ เขียมชื่น และ อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย. (2554). “ ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมนอนหลับในผู้ป่วยโรคจิตกักังวลทั่วไป.”

แหล่งตีพิมพ์ วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 (มกราคม- เมษายน 2554) น. 95-108.

แหล่งทุน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

9) เวื่ออากาศเอก หญิง ปัทมา ศรีใส และอรพรรณ ลีอนุญวัชชัย.(2553). “ผลของการใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อการรับรู้อาการหว่วในผู้ป่วยจิตเภท.”

แหล่งการตีพิมพ์ วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฉบับพิเศษ ปี 2553 น. 68-82.

แหล่งทุน บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

10) Thongkhamrod, R., YUnibhand, J., Lueboonthavatchai, O., (2009). “ Nursing management in preventing psychotic relapse in first episode schizophrenic (FES) patients.”

แหล่งตีพิมพ์ Proceedings of the joint conference of the 6th Annual International Conference on Advances in management & 2nd Annual International Conference on Social Intelligence Vol, 16 p211-214

แหล่งทุน บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3) งานวิจัยที่กำลังทำ

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันท์ และสุชาติ พันธุ์ลาภ “ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร”

ดำเนินการเสร็จแล้วอยู่ระหว่างรอการนำเสนอผลงาน

แหล่งทุน มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

ตำรา/หนังสือทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. หนังสือ “การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช” พิมพ์ครั้งที่ 4 จำนวน 390 หน้า กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. หนังสือ “การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ” พิมพ์ครั้งที่ 2 จำนวน 210 หน้า กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. หนังสือ “การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า (Psychosocial Treatment for Depressive Disorder)” พิมพ์ครั้งที่ 1 จำนวน 266 หน้า กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส, 2553

นางสาวพูลสิน เฉลิมวัฒน์ (ผู้ร่วมงานวิจัย)

1. ชื่อ

ภาษาไทย นางสาวพูลสิน เฉลิมวัฒน์

ภาษาอังกฤษ Miss Poonsin chalearmwat

2. ตำแหน่งปัจจุบัน หัวหน้าหอผู้ป่วยตึก ภปร. 12 จิตเวช กลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

3. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก

แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ตึก ภปร. ชั้น 12 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

หมายเลขโทรศัพท์: 02-2565180, 02-2565182, 089-7957297 (มือถือ)

โทรศัพท์: 02-2565176

E-mail: poonsin.bear@yahoo.co.th

4. ประวัติการศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พ.ศ. 2537

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ.
2552

5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ การพยาบาลจิตเวช

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

ประสบการณ์งานวิจัยในส่วนของวิทยานิพนธ์

Chalermwat P, Soonthornchaiya R. Loved experiences of being with depressive disorder of elderly patients. Thesis of master of science (Mental Health and Psychiatric Nursing),

Chulalongkorn University 2009, 127 pp.

นางสาวยุภาภรณ์ มีหนองหว่า (ผู้ร่วมงานวิจัย)

1. ชื่อ

ภาษาไทย นางสาวยุภาภรณ์ มีหนองหว่า

ภาษาอังกฤษ Miss Yupaporn Menongwa

2. ตำแหน่งปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN กลุ่มผู้ป่วย schizophrenia)
ตึก ภปร 12 จิตเวช กลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

3. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ตึกภปร. ชั้น 12 โรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์ หมายเลขโทรศัพท์: 02-2565180, 02-2565182, 081-4882417 (มือถือ) โทรศัพท์: 02-2565176

E-mail: 17ppol@gmail.com

4. ประวัติการศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พ.ศ. 2539

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พ.ศ.
2552

5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ การพยาบาลจิตเวช

ได้รับวุฒิมัธยมศึกษาผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (กลุ่มผู้ป่วยโรคจิต
เภท) จากสภากาชาดไทย ปี พ.ศ. 2555

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

ประสบการณ์งานวิจัยในส่วนของวิทยานิพนธ์

Menongwa Y, Lueboonthavatchai O. The effects of using health promotion behavior group program on compliance of schizophrenic patients, outpatient department. Thesis of master of science (Mental Health and Psychiatric Nursing), Chulalongkorn University 2009,
คณะกรรมการพัฒนางานวิชาชีพฝ่ายการพยาบาล ด้านที่ปรึกษากลุ่ม Research Club ปี พ.ศ 2557 ถึง
ปัจจุบัน

นางสาวเยาวลักษณ์ ประเสริฐสุข (ผู้ร่วมงานวิจัย)

1. ชื่อ

ภาษาไทย นางสาวเยาวลักษณ์ ประเสริฐสุข

ภาษาอังกฤษ Miss Yaowaluk Prasertsuk

2. ตำแหน่งปัจจุบัน หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ 7

หอผู้ป่วยในจิตเวช ตึกธนาคารกรุงเทฯ ชั้น 1

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

3. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก

หอผู้ป่วยตึกธนาคารกรุงเทฯชั้น 1 แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม. 10330

หมายเลขโทรศัพท์: 02-2564121, 086-5431687 (มือถือ)

E-mail: yaowaluk2504@hotmail.com

4. ประวัติการศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พ.ศ.2527

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ.2536

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หลักสูตรระยะสั้น 4 เดือน

จากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ร่วมกับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2549

หลักสูตรเฉพาะทางบริหารทางการพยาบาล หลักสูตรระยะสั้น 4 เดือน จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พ.ศ. 2554

5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ การพยาบาลจิตเวช

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

ประสบการณ์งานวิจัยในส่วนของวิทยานิพนธ์

Prasertsuk Y, Intakorn E. Comparative study between multiple monitored electroconvulsive therapy with antipsychotic drug and antipsychotic drug alone in the treatment schizophrenia, Thesis of master of science (Mental Health), Chulalongkorn University 1992, 137 p.

ผู้ร่วมวิจัยในโครงการวิจัยเกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้า

Chanpattana W, Kitaroonchai W, Chakrabhand S, Choovanichvong S, Prasertsuk Y. Effects of twice-versus thrice-weekly electroconvulsive therapy in schizophrenia. J Med Assoc Thai 1999; 82(5): 477-83.

Kirdcharoen N, Techakasem P, Tuntirungsee Y, Chanpattana W, Chakrabhand S, Prasertsuk Y. The use of the stabilization period in electroconvulsive therapy research in schizophrenia: II. Implementation. J Med Assoc Thai 1999; 82(6): 558-68.

นางอรสา ไยยอง (ผู้ร่วมงานวิจัย)

1. ชื่อ

ภาษาไทย นางอรสา ไยยอง

ภาษาอังกฤษ Mrs. Orasa Yaiyong

2. ตำแหน่งปัจจุบัน เจ้าหน้าที่บริการการศึกษา

ฝ่ายพัฒนาคุณภาพการศึกษา

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก

อาคารอำนวยการ ชั้น 6 ฝ่ายพัฒนาคุณภาพการศึกษา

ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม. 10330

หมายเลขโทรศัพท์: 02-2564338, 092-5125579 (มือถือ)

E-mail: orasa_y@hotmail.com

4. ประวัติการศึกษา

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ.2552

5. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

Yaiyong O, Lueboonthavatchai P. Depression and grief of the Elderly Associate in Nonthaburi Province. J Psychiatr Assoc Thailand 2011; 56(2):117-28.

ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ (ที่ปรึกษาโครงการวิจัย)

1. ชื่อ

ภาษาไทย ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ, พ.บ., จท.ม.

ภาษาอังกฤษ Professor Nuntika Thavichachart, M.D., M.Sc.

2. ตำแหน่งปัจจุบัน ศาสตราจารย์ (อาจารย์พิเศษ) ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรรมการและเลขานุการ มูลนิธิโรคอัลไซเมอร์แห่งประเทศไทย

3. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม. 10330

หมายเลขโทรศัพท์(และโทรสาร): 02-2564298, 02-2564346, 081-9052827 (มือถือ)

E-mail: fmednta@md2.md.chula.ac.th

4. ประวัติการศึกษา

ปริญญา	สาขาวิชา	มหาวิทยาลัย	ปี พ.ศ. ที่ได้รับ
1. วิทยาศาสตร์การแพทย์	วิทยาศาสตร์การแพทย์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	2515
2. แพทยศาสตรบัณฑิต	แพทยศาสตร์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	2517
3. วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญ	จิตเวชศาสตร์	แพทยสภา	2521
4. Master of Science	Health Development	Thai CERTC Consortium / (Clinical Epidemiology) Chulalongkorn University	2535
5. ฝึกอบรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	University of London	2536

5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ

5.1 จิตเวชศาสตร์ทั่วไป (General Psychiatry)

5.2 จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Geriatric Psychiatry)

5.3 ระบาดวิทยาทางจิตเวชศาสตร์ (Psychiatric Epidemiology)

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

หัวหน้าโครงการวิจัยและผู้ร่วมวิจัย

Thavichachart N, Worakul P, Farlow MR. RAPID progression: tool for screening aggressive course of disease (ACD) in Alzheimer dementia. *J Med Assoc Thai* 2011; 94(4):485-9.

Thavichachart N, Kongsakon R, Lo WT, Lim L, Singh S, Sobrevega E, Banaag C, Bautista J, Evangelista ML, Dimatalac B, Choi A, Nerapusee O. The psychological characteristics of treatment discontinuation group in 6-month treatment with paliperidone ER. *Int J Clin Pract* 2012; 66(10):969-75.

Panphunpho S, Thavichachart N, Kritpet T. Positive effects of Ska game practice on cognitive function among older adults. *J Med Assoc Thai* 2013; 96(3):358-64.

ประวัติคณะผู้วิจัยและที่ปรึกษาโครงการวิจัย

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพจน์ ลือบุญธวัชชัย (หัวหน้าโครงการวิจัย)

1. ชื่อ

ภาษาไทย รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพจน์ ลือบุญธวัชชัย, พ.บ., วท.ม.

ภาษาอังกฤษ Associate Professor Peeraphon Lueboonthavatchai, M.D., M.Sc.

2. ตำแหน่งปัจจุบัน รองศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม. 10330

หมายเลขโทรศัพท์(และโทรสาร): 02-2564298, 02-2564346, 085-0751075 (มือถือ)

E-mail: peeraphon_tu@yahoo.com

4. ประวัติการศึกษา

ปริญญา	สาขาวิชา	มหาวิทยาลัย	ปี พ.ศ. ที่ได้รับ
1. แพทยศาสตรบัณฑิต	แพทยศาสตร์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	2542
2. ประกาศนียบัตรบัณฑิต	จิตเวชศาสตร์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	2543
3. วุฒิบัตรแสดง- ความรู้ความชำนาญ- ในการประกอบ- วิชาชีพเวชกรรม	จิตเวชศาสตร์	แพทยสภา / จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	2545
4. Research Fellowship	Interpersonal Psychotherapy	New York State Psychiatric Institute, Columbia University, New York, USA	2548
5. Master of Science	Health Development (Clinical Epidemiology)	Thai CERTC Consortium / Chulalongkorn University	2551

วุฒิการศึกษา

พ.บ. (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, แพทยสภา) พ.ศ. 2542

ว.ว. จิตเวชศาสตร์ (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, แพทยสภา) พ.ศ. 2545

Research Fellowship in Interpersonal Psychotherapy at Columbia University, New York, USA พ.ศ. 2548

M.Sc. Health Development (Clinical Epidemiology), Thai CERTC Consortium (Chulalongkorn University) พ.ศ. 2551

5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ

5.1 จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy, IPT)

5.2 ระบาดวิทยาทางจิตเวชศาสตร์ (Psychiatric Epidemiology)

5.3 การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า (Treatment of Depression)

5.4 บริบททางสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลและสังคมในโรคจิตเวช (Interpersonal and Social Context of Psychiatric Disorders)

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัย

6.1 หัวหน้าโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย “ความเครียด เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และปัญหาสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย” แหล่งทุน: ทุนรัชดาภิเษกสมโภช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดำเนินการเสร็จแล้ว ตีพิมพ์เรียบร้อยแล้วดังนี้

- Lueboonthavatchai P, Thavichachart N, Lertmaharit S. Relationship between interpersonal problem areas and depressive disorder in Thai depressed patients: a matched case-control study. J Psychiatr Assoc Thailand 2008; 53(1):69-80.

- Lueboonthavatchai P. Roles of stress areas, stress severity, and stressful life events on the onset of depressive disorder: a case-control study. J Med Assoc Thai 2009; 92(9):1240-9.

- Lueboonthavatchai P, Thavichachart N. Universality of interpersonal psychotherapy (IPT) problem areas in Thai depressed patients. BMC Psychiatry 2010 Oct 21; 10:87.

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและทำเสร็จแล้ว

1) ผู้ร่วมวิจัยในโครงการวิจัย “โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการในการลดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย” แหล่งทุน: ทุนรัชดาภิเษกสมโภช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดำเนินการเสร็จแล้ว ตีพิมพ์เรียบร้อยแล้วดังนี้

- Lueboonthavatchai O, Soonthornchaiya R, Lueboonthavatchai P. Effects of integrated psychosocial intervention on depression and suicidal ideation in Thai depressed patients with major depressive disorders. J Psychiatr Assoc Thailand 2012; 57(2):151-64.

- Lueboonthavatchai O, Soonthornchaiya R, Lueboonthavatchai P. Psychosocial Intervention Model by psychiatric nurses for persons with depression and suicidal ideation in Bangkok Metropolis. J Psychiatr Nurs Ment Health 2012; 26(2):112-26.

2) ผู้ร่วมวิจัยในโครงการวิจัย “โครงการผลของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล: การศึกษาไปข้างหน้า (The Outcome of Depressive Disorders in Hospital-Based Psychiatric Patients: A Prospective Study: THAISAD)” แหล่งทุน: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

ดำเนินการเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว เขียนตีพิมพ์แล้ว 2 เรื่อง ดังนี้ (ยังมีเรื่องอื่นๆของโครงการวิจัยที่กำลังวิเคราะห์ข้อมูล เขียนตีพิมพ์ หรืออยู่ระหว่างรอการตีพิมพ์)

- Wongpakaran T, Wongpakaran N, Pinyopornpanish M, Srisutasanavong U, Lueboonthavatchai P, Nivataphand R, et al. Baseline characteristics of depressive disorders in Thai outpatients: findings from Thai Study of Affective Disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014; 10:217-23.

- Wongpakaran N, Wongpakaran T, Wannarit K, Saisavoey N, Pinyopornpanish M, Lueboonthavatchai P, et al. Level of agreement between self-rated and clinician-rated instruments when measuring major depressive disorder in the Thai elderly: a 1-year assessment as part of the THAISAD study. *Clin Interv Aging* 2014; 9:377-82.

3) ผู้ร่วมวิจัยในโครงการวิจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและโรคซึมเศร้า งานวิจัยที่ดำเนินการเสร็จ ตีพิมพ์เรียบร้อยแล้ว ดังนี้

- Yaiyong O, Lueboonthavatchai P. Depression and grief of the Elderly Associate in Nonthaburi Province. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2011; 56(2):117-28.

งานวิจัยที่ดำเนินการเสร็จแล้ว ส่งรับการพิจารณาจากวารสารทางวิชาการ ได้รับแก้ไขและได้รับการตอบรับแล้ว อยู่ระหว่างรอการตีพิมพ์ของวารสาร มีดังนี้

- Phainrungruang R, Lueboonthavatchai P. Interpersonal problems and depression of the elderly at the Elderly Associate in Phitsanulok Province. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2015. (in press)

- Wanna R, Lueboonthavatchai P. Prevalence of grief and associated factors in psychiatric outpatients at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2015. (in press)

- Sasithorn N, Lueboonthavatchai P. Depression and associated psychosocial factors of elderly at the Elderly Associate of Public Health Center 48 Nakwatchara-utid. *Chula Med J* 2015. (in press)

- Sathianphattharanan R, Lueboonthavatchai P, Dangdomyouth P. Loss Experiences of spouses after dying of terminally ill patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chula Med J* 2015. (in press)

- Panya S, Dangdomyouth P, Lueboonthavatchai P. The effect of group interpersonal psychotherapy on depression among patients with depressive disorder. J Psychiatr Assoc Thailand 2015. (in press)

6.3 งานวิจัยที่กำลังทำ

- ผู้ร่วมวิจัยในโครงการวิจัย “โครงการผลของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล: การศึกษาไปข้างหน้า (The Outcome of Depressive Disorders in Hospital-Based Psychiatric Patients: A Prospective Study: THAISAD)” แหล่งทุน: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

ดำเนินการเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว เขียนตีพิมพ์แล้ว 2 เรื่อง (ดังที่ได้รายงานไว้ในข้อ 7.2) (ยังมีเรื่องอื่นๆของโครงการวิจัยที่กำลังวิเคราะห์ข้อมูล เขียนตีพิมพ์ หรืออยู่ระหว่างรอการตีพิมพ์)

ตำรา/หนังสือทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง

อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, พีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย. หนังสือ “การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า (Psychosocial Treatment for Depressive Disorder)” พิมพ์ครั้งที่ 1 จำนวน 266 หน้า กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส, 2553.

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (ผู้ร่วมงานวิจัย)

1. ชื่อ

ภาษาไทย รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, วท.ม.

ภาษาอังกฤษ Associate Professor Dr. Oraphun Lueboonthavatchai, M.Sc.

2. ตำแหน่งปัจจุบัน

รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร
อาจารย์ประจำหลักสูตร และประธานฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
กรุงเทพมหานคร

3. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร
16/10 ถนนเลียบคลองทวีวัฒนา แขวงทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนา กทม. 10700
หมายเลขโทรศัพท์(และโทรสาร): 02-8006800 ต่อ 504, 083-6869313 (มือถือ)
E-mail: ora_lueboon@hotmail.co.th

4. ประวัติการศึกษา

- 1) ประกาศนียบัตรชั้นสูงพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พ.ศ.2513
- 2) ครุศาสตรบัณฑิต (พยาบาลศึกษา) สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง พ.ศ.2516
- 3) ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พ.ศ.2524
- 4) ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต (อุดมศึกษา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ.25138
- 5) ศึกษาด้านหลักสูตรและการสอนและผู้ช่วยสอน Auburn University at Montgomery, Alabama, USA
- 6) ศึกษาวิจัยหลังปริญญาเอก (การประเมินภาวะสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง และการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์) Indiana University, Indianapolis, USA

5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ

- 1) การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (Mental Health and Psychiatric Nursing)
- 2) การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ (Health Counseling)
- 3) การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Treatment)
- 4) หลักสูตรและการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์ (Curriculum and Instruction in Nursing)
- 5) การวิจัยทางพยาบาล (Research in Nursing)
- 6) กฎหมายและจริยธรรมในวิชาชีพการพยาบาล (Laws and Ethics in Professional Nursing)

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

1) หัวหน้าโครงการวิจัย

1) อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และคณะ “ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความเครียด การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความพร้อมในการสอบขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชน”

แหล่งตีพิมพ์ เอกสารนำเสนอผลงานวิจัยที่ประชุมระดับชาติ ครั้งที่ 3 มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี “สหวิทยาการวิจัย เพื่อพัฒนาสู่สากล” 18 กรกฎาคม 2558

แหล่งทุน มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

2) อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย และสุชาติ พันธุ์ลาภ “ผลของการออกกำลังกายต่อภาวะสุขภาพของนักศึกษาและบุคลากรของมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร”

แหล่งตีพิมพ์ เอกสารนำเสนอผลงานวิจัยที่ประชุมระดับชาติ ครั้งที่ 3 มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี “สหวิทยาการวิจัย เพื่อพัฒนาสู่สากล” 18 กรกฎาคม 2558

แหล่งทุน มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

3) อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, และพีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย. (2555). “รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชสำหรับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร.”

แหล่งตีพิมพ์ วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. ปีที่ 26 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2555) น.112-126.

แหล่งทุน กองทุนวิจัยรัชดาภิเษกสมโภช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2552

4) อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย. (2550). เรื่อง “ผลของการเรียนการสอนด้วยกรณีศึกษาทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต่อความคิดอย่างมีวิจารณญาณของนิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.”

แหล่งตีพิมพ์ วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. ปีที่ 21 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม- ธันวาคม 2550) น. 90 - 102.

แหล่งทุน สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา

5) อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย และคณะ เรื่อง “พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและการปรับตัวของผู้ป่วยเรื้อรังและ ครอบครัว ในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร”

แหล่งตีพิมพ์ วารสารสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย ปี 2547

แหล่งทุน งบประมาณแผ่นดิน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ปี 2547

2) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและทำเสร็จแล้ว

1) วารุณี แสงเมฆ. และอรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย. (2557). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. (ที่ปรึกษา)

แหล่งตีพิมพ์ วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2557) น.114-124. (ที่ปรึกษา)

แหล่งทุน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2) ดาราณี วันวา. และอรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย. (2557). “ผลของกลุ่มสนับสนุนครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. (ที่ปรึกษา)

แหล่งตีพิมพ์ วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2557) น.68-80

แหล่งทุน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

3) กรรณิการ์ ผ่องโต. และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2557). “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย.” (ที่ปรึกษา)

แหล่งตีพิมพ์ วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2557) น.121-132.

แหล่งทุน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

4) นันทิพย์ วิชาชัย. และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2555). “ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น.” (ที่ปรึกษา)

แหล่งตีพิมพ์ วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2555) น.99-111.

แหล่งทุน กรมสุขภาพจิต แหล่งทุนวิจัย กรมกระทรวงสาธารณสุข

5) วันวิสาห์ โพธิ์อิม และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2555). “ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน”

แหล่งตีพิมพ์ วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. ปีที่ 26 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2555) น.50-61.

แหล่งทุน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

6) สกาวเดือน กลิ่นน้อย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2555). “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

การตีพิมพ์ ” วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. ปีที่ 26 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2555) น.62-73.

แหล่งทุน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

7) นภาพรณ พึ่งเกศสุนทร และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.”

การตีพิมพ์ วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม- สิงหาคม 2554) น.51-63.

แหล่งทุน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

8) ธิติรัตน์ เอี่ยมชื่น และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). “ ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป.”

แหล่งตีพิมพ์ วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 (มกราคม- เมษายน 2554) น. 95-108.

แหล่งทุน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

9) เรืออากาศเอก หญิง ปัทมา ศรีใส และอรพรรณ ลือบุญวัชชัย.(2553). “ผลของการใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อการรับรู้อาการหว่วในผู้ป่วยจิตเภท.”

แหล่งการตีพิมพ์ วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฉบับพิเศษ ปี 2553 น. 68-82.

แหล่งทุน บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

10) Thongkhamrod, R., YUnibhand, J., Lueboonthavatchai, O., (2009). “ Nursing management in preventing psychotic relapse in first episode schizophrenic (FES) patients.”

แหล่งตีพิมพ์ Proceedings of the joint conference of the 6th Annual International Conference on Advances in management & 2nd Annual International Conference on Social Intelligence Vol, 16 p211-214

แหล่งทุน บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3) งานวิจัยที่กำลังทำ

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์ และสุชาติ พันธุ์ลาภ “ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร”

ดำเนินการเสร็จแล้วอยู่ระหว่างรอการนำเสนอผลงาน

แหล่งทุน มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

ตำรา/หนังสือทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. หนังสือ “การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช” พิมพ์ครั้งที่ 4 จำนวน 390 หน้า กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554.

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. หนังสือ “การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ” พิมพ์ครั้งที่ 2 จำนวน 210 หน้า กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553.

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, พีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย. หนังสือ “การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า (Psychosocial Treatment for Depressive Disorder)” พิมพ์ครั้งที่ 1 จำนวน 266 หน้า กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส, 2553

นางสาวพูลสิน เฉลิมวัฒน์ (ผู้ร่วมงานวิจัย)

1. ชื่อ

ภาษาไทย นางสาวพูลสิน เฉลิมวัฒน์

ภาษาอังกฤษ Miss Poonsin chalearmwat

2. ตำแหน่งปัจจุบัน

หัวหน้าหอผู้ป่วยตึก ภปร. 12 จิตเวช กลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยนอก
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

3. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก

แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ตึก ภปร. ชั้น 12 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

หมายเลขโทรศัพท์: 02-2565180, 02-2565182, 089-7957297 (มือถือ)

โทรสาร: 02-2565176

E-mail: poonsin.bear@yahoo.co.th

4. ประวัติการศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พ.ศ. 2537

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ.
2552

5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ

การพยาบาลจิตเวช

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

ประสบการณ์งานวิจัยในส่วนของวิทยานิพนธ์

Chalermwat P, Soonthornchaiya R. Loved experiences of being with depressive disorder of elderly patients. Thesis of master of science (Mental Health and Psychiatric Nursing) , Chulalongkorn University 2009, 127 pp.

นางสาวยุภาภรณ์ มีหนองหว่า (ผู้ร่วมงานวิจัย)

1. ชื่อ

ภาษาไทย นางสาวยุภาภรณ์ มีหนองหว่า

ภาษาอังกฤษ Miss Yupaporn Menongwa

2. ตำแหน่งปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN กลุ่มผู้ป่วย schizophrenia)
ตึก ภปร 12 จิตเวช กลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

3. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก

แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ตึกภปร. ชั้น 12 โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ หมายเลขโทรศัพท์: 02-2565180, 02-2565182, 081-4882417 (มือถือ) โทรสาร: 02-2565176
E-mail: 17ppol@gmail.com

4. ประวัติการศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พ.ศ. 2539

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พ.ศ. 2552

5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ

การพยาบาลจิตเวช
ได้รับวุฒิปริญญาปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท) จากสภาการพยาบาล ปี พ.ศ. 2555

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

ประสบการณ์งานวิจัยในส่วนของวิทยานิพนธ์

Menongwa Y, Lueboonthavatchai O. The effects of using health promotion behavior group program on compliance of schizophrenic patients, outpatient department. Thesis of master of science (Mental Health and Psychiatric Nursing), Chulalongkorn University 2009,

คณะกรรมการพัฒนาวิชาชีพฝ่ายการพยาบาล ด้านที่ปรึกษากลุ่ม Research Club ปี พ.ศ 2557 ถึงปัจจุบัน

นางสาวเยาวลักษณ์ ประเสริฐสุข (ผู้ร่วมงานวิจัย)

1. ชื่อ

ภาษาไทย นางสาวเยาวลักษณ์ ประเสริฐสุข

ภาษาอังกฤษ Miss Yaowaluk Prasertsuk

2. ตำแหน่งปัจจุบัน

หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ 7
หอผู้ป่วยในจิตเวช ตึกธนาคารกรุงเทฯ ชั้น 1

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

3. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก

หอผู้ป่วยตึกธนาคารกรุงเทฯชั้น 1 แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม. 10330

หมายเลขโทรศัพท์: 02-2564121, 086-5431687 (มือถือ)

E-mail: yaowaluk2504@hotmail.com

4. ประวัติการศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พ.ศ.2527

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ.2536

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หลักสูตรระยะสั้น 4 เดือน

จากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ร่วมกับ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2549

หลักสูตรเฉพาะทางบริหารทางการแพทย์ หลักสูตรระยะสั้น 4 เดือน จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พ.ศ. 2554

5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ การพยาบาลจิตเวช

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

ประสบการณ์งานวิจัยในส่วนของวิทยานิพนธ์

Prasertsuk Y, Intakorn E. Comparative study between multiple monitored electroconvulsive therapy with antipsychotic drug and antipsychotic drug alone in the treatment schizophrenia, Thesis of master of science (Mental Health), Chulalongkorn University 1992, 137 p.

ผู้ร่วมวิจัยในโครงการวิจัยเกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้า

Chanpattana W, Kitaroonchai W, Chakrabhand S, Choovanichvong S, Prasertsuk Y. Effects of twice-versus thrice-weekly electroconvulsive therapy in schizophrenia. J Med Assoc Thai 1999; 82(5): 477-83.

Kirdcharoen N, Techakasem P, Tuntirungsee Y, Chanpattana W, Chakrabhand S, Prasertsuk Y. The use of the stabilization period in electroconvulsive therapy research in schizophrenia: II. Implementation. J Med Assoc Thai 1999; 82(6): 558-68.

นางอรสา ไยยอง (ผู้ร่วมงานวิจัย)

1. ชื่อ

ภาษาไทย นางอรสา ไยยอง

ภาษาอังกฤษ Mrs. Orasa Yaiyong

2. ตำแหน่งปัจจุบัน

เจ้าหน้าที่บริการการศึกษา

ฝ่ายพัฒนาคุณภาพการศึกษา

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. หน่วยงานและสถานที่อยู่ติดต่อได้สะดวก

อาคารอานันทมหิดล ชั้น 6 ฝ่ายพัฒนาคุณภาพการศึกษา

ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม. 10330

หมายเลขโทรศัพท์: 02-2564338, 092-5125579 (มือถือ)

E-mail: orasa_y@hotmail.com

4. ประวัติการศึกษา

5. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

Yaiyong O, Lueboonthavatchai P. Depression and grief of the Elderly Associate in Nonthaburi Province. J Psychiatr Assoc Thailand 2011; 56(2):117-28.

ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ (ที่ปรึกษาโครงการวิจัย)

1. ชื่อ

ภาษาไทย ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ, พ.บ., วท.ม.

ภาษาอังกฤษ Professor Nuntika Thavichachart, M.D., M.Sc.

2. ตำแหน่งปัจจุบัน ศาสตราจารย์ (อาจารย์พิเศษ) ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรรมการและเลขานุการ มูลนิธิโรคอัลไซเมอร์แห่งประเทศไทย

3. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม. 10330

หมายเลขโทรศัพท์(และโทรสาร): 02-2564298, 02-2564346, 081-9052827 (มือถือ)

E-mail: fmednta@md2.md.chula.ac.th

4. ประวัติการศึกษา

ปริญญา	สาขาวิชา	มหาวิทยาลัย	ปี พ.ศ. ที่ได้รับ
1. วิทยาศาสตร์การแพทย์	วิทยาศาสตร์การแพทย์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	2515
2. แพทยศาสตรบัณฑิต	แพทยศาสตร์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	2517
3. วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญ	จิตเวชศาสตร์	แพทยสภา	2521
4. Master of Science	Health Development	Thai CERTC Consortium / (Clinical Epidemiology) Chulalongkorn University	2535
5. ฝึกอบรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	University of London	2536

5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ

5.1 จิตเวชศาสตร์ทั่วไป (General Psychiatry)

5.2 จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Geriatric Psychiatry)

5.3 ระบาดวิทยาทางจิตเวชศาสตร์ (Psychiatric Epidemiology)

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

หัวหน้าโครงการวิจัยและผู้ร่วมวิจัย

Thavichachart N, Worakul P, Farlow MR. RAPID progression: tool for screening aggressive course of disease (ACD) in Alzheimer dementia. J Med Assoc Thai 2011; 94(4):485-9.

Thavichachart N, Kongsakon R, Lo WT, Lim L, Singh S, Sobrevega E, Banaag C, Bautista J, Evangelista ML, Dimatalac B, Choi A, Nerapusee O. The psychological characteristics of treatment discontinuation group in 6-month treatment with paliperidone ER. Int J Clin Pract 2012; 66(10):969-75.

Panphunpho S, Thavichachart N, Kritpet T. Positive effects of Ska game practice on cognitive function among older adults. J Med Assoc Thai 2013; 96(3):358-64.